

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI

Serpil YAĞAN

109209

KANSER HASTALARI VE YAKINLARI İLE ÖLÜMCÜL OLMAYAN
HASTALAR VE YAKINLARININ PSİKOLOJİK BAZI DEĞİŞKENLER
YÖNÜNDEN KARŞILAŞTIRILMASI

109209

YÜKSEK LİSANS TEZİ

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
BOKÜ MANTASYON MERKEZİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Mehmet KÖK

~~T-109209~~

ERZURUM - 2001

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu çalışma Eğitim Bilimleri Anabilim Dalının Rehberlik ve Psikolojik

Danışmanlık Bilim Dalında jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman/ Jüri

Yrd.Doç.Dr.Mehmet KÖK

JÜRI

Doç.Dr.Sırrı AKBABA

JÜRI

Y.Doç.Dr.Mustafa GİRGIN

Yukarıdaki imzalar, adı geçen öğretim üyelerine aittir. / /

Prof.Dr.Bilge SEYİTOĞLU

Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

	SAYFA NO
ÖNSÖZ.....	VI
ÖZET.....	VII
ABSTRACT.....	IX
TABLolar.....	XI

BÖLÜM I

1. GİRİŞ.....	1
1.1 Problem.....	5
1.2 Alt Problemler.....	5
1.3 Denenceler.....	7
1.4 Sayıtlar.....	13
1.5 Sınırlamalar.....	13
1.6 Tanımlar.....	14
1.7 Araştırmanın Gerekçesi ve Önemi.....	15

BÖLÜM II

KURAMSAL ÇALIŞMALAR VE İLGİLİ KAYNAKLAR

2.1 Konu ile İlgili Kuramsal Çalışmalar.....	18
2.2 Türkiye’de Konu ile İlgili Araştırmalar.....	38
2.3 Yurtdışı’nda Konu ile İlgili Araştırmalar.....	44

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Modeli.....	51
3.2 Araştırma Grubu.....	51
3.3 Veri Toplama Araçları.....	55
3.3.1 Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri.....	55
3.3.2 Belirti Tarama Listesi.....	59
3.3.3 Kişisel Bilgi Formları.....	64
3.4 Bilgilerin Toplanması.....	64
3.5 Verilerin Analizi.....	66

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1	Kanser Hastalarıyla Şeker Hastalarının “Belirti Tarama Listesi” Alt Ölçek Puanları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanları Arasında Bir Fark Olup Olmadığı ile İlgili Bulgular.....	67
4.2	Kanser Hastalarının Yakınları ve Şeker Hastalarının Yakınlarının “Belirti Tarama Listesi” Alt Ölçek Puanları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanları Arasında Bir Fark Olup Olmadığı ile ilgili Bulgular.....	70
4.3	Kanser Hastalarının “Belirti Tarama Listesi” Alt Ölçek Puanları ve Durumluk – Sürekli Kaygı Ölçeği Puanları Arasında Cinsiyete Göre Bir Fark Olup Olmadığı ile İlgili Bulgular.....	73
4.4	Şeker Hastalarının “Belirti Tarama Listesi” Alt Ölçek Puanları ve Durumluk – Sürekli Kaygı Ölçeği Puanları Arasında Cinsiyete Göre Bir Fark Olup Olmadığı ile İlgili Bulgular.....	76
4.5	Kanser Hastalarının Yakınlarının “Belirti Tarama Listesi” Alt Ölçek Puanları ve Durumluk – Sürekli Kaygı Puanları Arasında Refakatçi Olma Durumuna Göre Bir Fark Olup Olmadığı ile İlgili Bulgular.....	79
4.6	Şeker Hastalarının Yakınlarının “Belirti Tarama Listesi” Alt Ölçek Puanları ve Durumluk – Sürekli Kaygı Puanları Arasında Refakatçi Olma Durumuna Göre Bir Fark Olup Olmadığı ile İlgili Bulgular.....	82
4.7	Kanser Hastalarının “Belirti Tarama Listesi” Alt Ölçek Puanları ve Durumluk – Sürekli Kaygı Puanları Arasında Tanının Söylenilmesi Durumuna Göre Bir Fark Olup Olmadığı ile İlgili Bulgular.....	85
4.8	Deneklerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanları ile “Belirti Tarama Listesi” Alt Ölçek Puanları Arasında Bir İlişki Olup Olmadığı ile İlgili Bulgular.....	88

BÖLÜM V

TARTIŞMA VE YORUM

5.1	Kanser ve Şeker Hastalarının Psikolojik Belirti ve Kaygı Puanlarının Karşılaştırıl-masına İlişkin Bulguların Yorumu.....	93
-----	--	----

5.1.1	Belirti Tarama Listesi Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Yorumu.....	93
5.1.2	Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Yorumu.....	99
5.2	Kanser Hastalarının Yakınları ile Şeker Hastalarının Yakınlarının Psikolojik Belirti ve Kaygı Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Yorumu.....	100
5.2.1	Belirti Tarama Listesi Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Yorumu.....	100
5.2.2	Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Yorumu.....	102
5.3	Hastaların ve Yakınlarının Psikolojik Belirti ve Kaygı Puanlarının Çeşitli Değişken-ler ile İlişkisini Açıklayan Bulguların Yorumu.....	103
5.3.1	Kanser ve Şeker Hastalarının Ölçek Puanlarının Cinsiyet ile İlişkisini Açıklayan Bulguların Yorumu.....	103
5.3.2	Kanser ve Şeker Hastalarının Yakınlarının Ölçek Puanlarının Refakatçi Olma Durumu ile İlişkisini Açıklayan Bulguların Yorumu.....	105
5.3.3	Kanser Hastalarının Ölçek Puanlarının Tanının Söylenilmesi Durumu ile İlişkisini Açıklayan Bulguların Yorumu.....	107
5.4	Kaygı ve Psikolojik Belirti Puanları Arasındaki İkili İlişkilere Ait Bulguların Yorumu.....	108
5.4.1	Kanser ve Şeker Hastalarının Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanları ile Belirti Tarama Listesi Alt Ölçek Puanları Arasındaki İkili İlişkilere Ait Bulguların Yorumu	108
5.4.2	Kanser Hastalarının Yakınları ile Şeker Hastalarının Yakınlarının Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanları ile Belirti Tarama Listesi Alt Ölçek Puanları Arasındaki İkili İlişkilere Ait Bulguların Yorumu	109

BÖLÜM VI

GENEL SONUÇ VE ÖNERİLER.....	111
Kaynaklar.....	117
Özgeçmiş.....	125

EKLER

EK-1 Belirti Tarama Listesi (SCL 90-R).....	126
EK-2 Belirti Tarama Listesi Cevap Formu.....	130
EK-3 Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI TX-1).....	131
EK-4 Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI TX-2).....	132
EK-5 Hasta Görüşme Formu.....	133
EK-6 Hasta Yakını Görüşme Formu.....	134



ÖNSÖZ

Ölümcül bir hastalık olma özelliğini bugün için koruyan kanserle yüz yüze gelme durumunda olan hasta ve yakınlarının sergilediği olumsuz tablolar gelişen teknoloji ile birlikte evrensel bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tıp alanındaki medikal yöntemlerin hızla gelişmesi ile kanser hastalarının yaşam sürelerinin uzatılması mümkün hale getirilebilmiştir. Bu durum, hasta ve yakınlarında ortaya çıkabilecek ruhsal sorunların incelenmesi konusunu ön plana çıkarmıştır. Ancak ülkemizde kanser teşhisi ve uygulanan tedavilerin hastada, ailesinde ve hatta toplumda yol açtığı psikolojik baskılar üzerinde yeterince durulduğu söylenemez. Oysa birçok gelişmiş ülkede Bütüncül Sağlık Hareketi (Holistic Health Movement) sayesinde medikal yaklaşımlar ile psikolojik destek programları birlikte uygulanarak, kanser artık yaşam kalitesi düşmeksizin uzun zaman kontrol altında tutulabilen bir hastalık haline gelmiştir.

Bu araştırma; Ülkemizde kanser hastaları ve yakınlarının yaşadıkları duygusal zorlanmaların ortaya konulması ve bu alandaki boşluğun doldurularak psiko-onkolojik sorunlara gereken hassasiyetin gösterilmesini sağlamak amacıyla yapılmıştır. Bununla beraber araştırmadan elde edilen sonuçların, hasta ve yakınlarının yaşadıkları psikolojik stres ile baş etmelerinde kendilerine destek olabilecek dinamiklerin belirlenmesi ve sağlanacak psikolojik hizmetlere yönelik etkili görüşler geliştirilmesinde yardımcı olması beklenmektedir.

Bu araştırma birçok kişinin yardımı ile gerçekleştirilmiştir. Burada tümüne teşekkür etmeyi bir borç bilirim.

Başta araştırmanın her aşamasında yardımlarını esirgemeyen hocam ve danışmanım Yrd. Doç. Dr. Sayın Mehmet KÖK'e, lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca kıymetli tecrübe ve bilgisinden istifade ettiğim Prof. Dr. Sayın Muhittin AŞKIN' a, eleştiri ve görüşlerinden yararlandığım Doç. Dr. Sırrı AKBABA'ya, istatistik işlemleri olmak üzere tezin her aşamasında yakın ilgi ve desteğini gördüğüm Yrd. Doç .Dr. Şener BÜYÜK ÖZTÜRK'e teşekkür ederim.

Ayrıca tezin düzenlenip bu şekle getirilmesine kadar her konuda bana yardımcı olan ve güdüleyici desteklerini her zaman hissettiğim arkadaşlarım Ayşe AKÇELİK ve Erol ÖZDEMİR'e, GATA Radyasyon ve Tıbbi Onkoloji Kliniklerinde görev yapan ve hastalara ulaşmamı kolaylaştıran tüm hemşire ve doktor arkadaşlarıma ve son olarak da araştırmaya katılan bütün hasta ve yakınlarına sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Erzurum-2001

Serpil YAĞAN

ÖZET

KANSER HASTALARI VE YAKINLARI İLE ÖLÜMCÜL OLMAYAN HASTALAR VE YAKINLARININ PSİKOLOJİK BAZI DEĞİŞKENLER YÖNÜNDEN KARŞILAŞTIRILMASI YÜKSEK LİSANS TEZİ

Serpil YAĞAN

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Mehmet KÖK

2001 – SAYFA: 146

Jüri: Yrd. Doç. Dr. Mehmet KÖK

.....

.....

Bu araştırmada kanserli hastalar ve yakınları ile şeker hastaları ve yakınlarının bazı psikolojik belirtiler yönünden karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Araştırma grubunu 2000 yılı içerisinde Ekim – Aralık ayları arasında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hastanesi Tıbbi Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisi ünitelerinde yatmakta olan 50 kanser hastası ve onların I. Dereceden yakınları ile aynı hastanenin Endokrinoloji ve Dahiliye Ünitelerinde yatarak tedavi gören 50 şeker hastası ve onların I.dereceden yakınları olmak üzere 200 kişi oluşturmuştur. Araştırma grubuna her hastanın yalnızca bir yakını alınmıştır.

Araştırma grubuna Belirti Tarama Listesi (Symptom Check List Revised – SCL 90-R), Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri (State Trait Anxiety Inventory) ve araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formları uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS istatistik programında çözümlenmiştir.

Kanserli hastalar ve yakınları ile şeker hastaları ve yakınlarının somatizasyon, obsesif – kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, hostilite, fobik kaygı, paranoid düşünce ve genel belirti düzeyleri ile durumluk – sürekli kaygı düzeyleri arasında fark bulunup bulunmadığı t testi ile test edilirken, araştırma grubunu oluşturan hastalar ile I. dereceden yakınlarının Durumluk ve Sürekli Kaygı puanları ile Belirti Tarama Listesi puanları arasında bir ilişki olup olmadığı Pearson Momentler Çarpım Korelasyon Katsayısı ile incelenmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre, hasta grubunda; kanser ve şeker hastalarının durumluk kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Buna karşılık kanser hastalarının depresyon, paranoid düşünce, fobik kaygı düşmanca duygular ve genel ruhsal belirti düzeyleri ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyete göre her iki hasta grubunda da kadınların depresyon, somatik yakınmalar ve

genel psikolojik belirti düzeyleri erkeklerden yüksek çıkmıştır. Buna karşılık cinsiyetin, her iki hasta grubunda da durumluk kaygı düzeyine önemli bir etki yapmadığı tespit edilmiştir. Kanser hastalarına tanının söylenilmesi durumuna göre hastaların ruhsal belirti düzeyleri arasında önemli bir fark olmadığı saptanmıştır. Tanısı kendilerine söylenilmeyen kanser hastalarının daha fazla depresyon ve fobik kaygıya sahip oldukları bulunmuştur.

Hasta yakını grubunda ise; kanser hastası yakınlarının durumluk kaygı, depresyon, paranoid düşünce, fobik kaygı, obsesif – kompulsif ve genel psikolojik belirti düzeyleri şeker hastalarının yakınlarından daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca araştırmada refakatçi olan hasta yakınlarının daha fazla ruhsal belirti gösterdikleri görülmektedir. Ölçekler arasındaki ikili korelasyonlara bakıldığında ise bütün gruplarda Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanları ile Depresyon Puanları arasında pozitif ve anlamlı ilişkilerin olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Psiko-onkoloji, psikolojik belirti, durumluk kaygı, sürekli kaygı

ABSTRACT

THE COMPPRASION OF CANCER PATIENS AND THEIR RELATIVES WITH PATIENS
THAT DO NOT HAVE FATAL DISEASES AND THEIR RELATIVES IN POINT OF
PSYCHOLOGICAL SOME VARIABLES

MASTER THESIS

Advisor : Assoc. Prof. Dr. Mehmet KÖK
2001 – 146 pages

Jury : Assoc. Prof. Dr. Mehmet KÖK

.....
.....

In this research, it is aimed to compare cancer patiens and their relatives with diabetic patiens and their relatives in point of some psychological symptoms.

The research group consisted of 200 people, 50 of whom are cancer inpatients being treated at Gülhane Military Medical Academy in Medical Oncology and Radiation Oncology Units and their fist degree relatives, and 50 of whom are diabetic inpatients being treated at the same hospital in Endocrinology and Internal Units and their first degree relatives in the year of 2000 between October - December. Only one relative of each patient included in the research.

Symptom Check List Revised – SCL – 90 – R, State Trait Anxiety Inventory and specific information forms which were prepared by research were applied on research group. And the data were analyzed by SPSS statistics programme.

The t test is applied to see whether there is difference between the levels of somatization obsessive, compulsive, interpersonal sensitivity, depression, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, general symptom and the levels of State Trait Anxiety, whereas Pearson Moment Multiplication Correlation Coefficients is used to see whether there is relation between the points of State Trait Anxiety and Symptom Search List of the patients and their relatives that constituted the research group.

According to research results a significance difference between State Anxiety Levels of cancer and diabetic patients was not found in the patients group. However, depression, paranoid ideation phobic anxiety, hostility and general psychological symptom and Trait Anxiety levels of cancer patients were found higher. According to sex, in both patient groups women's depression somatic complaints and general psychological symptom levels were found higher than men's. Nevertheless, it is found that sex does not play an important role on the State Anxiety Levels of both patient groups. When the patients were informed about the diagnosis; it is seen that there is not a significance difference between the psychological symptom levels of cancer patients, On the contrary, it is found that the cancer patients who were not informed about their diagnosis had more depression phobic anxiety.

When it comes to patients relatives group, the levels of state anxiety, depression, paranoid ideation phobic anxiety, obsessive, compulsive and general psychological symptom of the relatives of cancer patients were found higher than those of the relatives of diabetic patients. Also, it is seen that the patients' relatives who accompanied them at the hospital showed more psychological symptom. When we look at the dual correlation between the scales it is seen that there is a positive and significance relation between State Trait Anxiety and Depression points.

Key Words: Psycho – Oncology, Psychological Symptom, State Anxiety and Trait Anxiety.



TABLOLAR

Tablo No		SAYFA NO
Tablo 3.1	Araştırmaya Katılan Kanser Hastalarının Tanılarına Göre Dağılımı.....	52
Tablo 3.2	Hasta ve Hasta Yakınlarının Hastalık Türü, Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum ve Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.....	53
Tablo 3.3	Kanser ve Şeker Hastası Yakınlarının Refakatçi Olma Durumu ve Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı.....	54
Tablo 4.1.1	Kanser Hastaları ile Şeker Hastalarının «Belirti Tarama Listesi» Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Ortalama, Standart Sapma ve t Değerleri.....	67
Tablo 4.1.2	Kanser ve Şeker Hastalarının Durumluk – Sürekli Kaygı Puanlarının Ortalama, Standart Sapma ve t Değerleri.....	69
Tablo 4.2.1	Kanser Hastalarının Yakınlarının ve Şeker Hastalarının Yakınlarının «Belirti Tarama Listesi» Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Ortalama, Standart Sapma ve t Değerleri.....	70
Tablo 4.2.2	Kanser Hastalarının Yakınları ile Şeker Hastalarının Yakınlarının Durumluk – Sürekli Kaygı Puanlarının Ortalama, Standart Sapma ve t Değerleri.....	72
Tablo 4.3.1	Kanser Hastalarının «Belirti Tarama Listesi» Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Cinsiyete Göre Ortalama, Standart Sapma ve t Değerleri.....	73
Tablo 4.3.2	Kanser Hastalarının Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Cinsiyete Göre Ortalama, Standart Sapma ve t Değerleri.....	75
Tablo 4.4.1	Şeker Hastalarının «Belirti Tarama Listesi» Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Cinsiyete Göre Ortalama, Standart Sapma ve t Değerleri.....	76
Tablo 4.4.2	Şeker Hastalarının Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Cinsiyete Göre Ortalama, Standart Sapma ve t Değerleri.....	78
Tablo 4.5.1	Kanser Hastalarının Yakınlarının «Belirti Tarama Listesi» Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Refakatçi Olma Durumuna Göre Ortalama, Standart Sapma ve t Değerleri.....	79

Tablo 4.5.2	Kanser Hastalarının Yakınlarının Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Refakatçi Olma Durumuna Göre Ortalama, Standart Sapma ve t Değerleri.....	81
Tablo 4.6.1	Şeker Hastalarının Yakınlarının «Belirti Tarama Listesi» Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Refakatçi Olma Durumuna Göre Ortalama, Standart Sapma ve t Değerleri.....	82
Tablo 4.6.2	Şeker Hastalarının Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Refakatçi Olma Durumuna Göre Ortalama, Standart Sapma ve t Değerleri.....	84
Tablo 4.7.1	Kanser Hastalarının «Belirti Tarama Listesi» Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Tanının Söylenilmesi Durumuna Göre Ortalama, Standart Sapma ve t Değerleri.....	85
Tablo 4.7.2	Kanser Hastalarının Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Tanının Söylenilmesi Durumuna Göre Ortalama, Standart Sapma ve t Değerleri.....	87
Tablo 4.8.1	Şeker ve Kanser Hastalarının Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanları ile «Belirti Tarama Listesi» Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları (Pearson r).....	88
Tablo 4.8.2	Şeker Hastalarının Yakınları ile Kanserli Hastaların Yakınlarının Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanları ile «Belirti Tarama Listesi» Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları (Pearson r).....	90

BÖLÜM I

GİRİŞ

Yirmibirinci yüzyıla girdiğimiz şu yıllarda hızla gelişen teknoloji; tanı imkanlarının artmasını ve toplumlara daha yaygın sağlık hizmeti sunulmasını sağlayarak daha çok sayıdaki kanserli hastaya tanı koymayı mümkün hale getirmiştir. Bugün enfeksiyon hastalıkları başta olmak üzere birçok hastalığın kontrol altına alınmış olması, daha çok hastanın hekime başvurması, kanserde tedavi olanaklarının artması ve insanların kanserojenlere (kansere yapıcı maddeler) daha yoğun bir şekilde maruz kalmaları, kanserle daha çok karşılaşılmasına ve hakkında daha çok konuşulmasına yol açmıştır.

Üzerinde bu derece konuşulan ve insan sağlığını ciddi bir şekilde tehdit eden kanser en kısa tanımı ile; hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalmaları demektir. Bu çoğalma sırasında kanser hücresinde normal hücrelerden yapısal olarak farklılıklar ortaya çıktığı gibi, işlevleri açısından da farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Bazen kanser hücresi normalde yaptığı işlevlerini yapmazken, bazen de normal olmayan bir takım işlevleri de yapmaya başlayabilir. Hücre kontrolünün bozulup bir hastalık olarak kanser tablosu çıkıncaya kadar geçen kanser oluşum süresi kanserin türüne göre değişmekle birlikte ortalama 15-20 yıldır. Sebebi tam olarak bilinmeyen bu hastalıkların oluş mekanizması da tam olarak bilinmemektedir (Kutluk ve Kars, 1998, s.13).

Bugün için tedavisi henüz mümkün olmayan kanser gibi bir hastalığın algılanması, bireyin kendi değer yargıları gereksinimleri ve korkuları ışığında olmaktadır. Toplum kanser olan kişiyi herkes tarafından kabul gören bir sosyal role yerleştirir. Bu rol “ölümcül hasta” rolüdür. Bu rol hastayı toplumsal yükümlülüklerinden kurtarır. Hastalanan kişiden hastalığı yenmek için çaba göstermesi, iyileşmeyi istemesi ve gerekli yardım için uzman kişilere başvurması beklenir. Kişinin hastalığına yönelik tepkilerini o kişinin biyo-psiko-sosyal yapısı belirler ise de kanser gibi ciddi bir hastalığı olan her birey hastalığını bir “kayıp” olarak yaşamaktadır. Kaybedilen şey sağlıktır. Sağlığın kaybedilmesi “yas” reaksiyonuna neden olabilir ve patolojik tepkileri başlatabilir. Bazı hastalarda ruhsal bakımdan bir regresyona yol açar. Kişinin intrapsişik çatışmaları alevlenir ve adaptif olmayan ilkel savunma mekanizmaları kullanılmaya başlanır.

Kanser tek tip bir hastalık değildir. Birçok tipi bulunan kanser hastalığının türüne göre farklı tedavi yaklaşımları uygulanmaktadır. Bu şekilde farklı uygulamalar da kendine özgü yeni sorunlar getirmektedir. Örneğin; kemoterapi alan hastanın ilaçların yan etkisi olarak saçları dökülebilir, bulantı ve kusması olabilir. Yine ameliyat olacak hastanın bazı organlarını kaybetme riski vardır. Bunun yanında tedavi yaklaşımlarının kesin bir iyileşmeyi sağlamaması nedeniyle bu tedaviler çoğu hasta tarafından stres yaratan yaşantılar olarak algılanmaktadır.

Bu konuda incelemeler yapan birçok araştırmacı tarafından da kanser tanısı ve tedaviye yönelik olan organ amputasyonları (kesilip çıkarılması), büyük ameliyatlar, radyoterapi ve kemoterapi gibi işlemler psikolojik belirtilerin ortaya çıkmasına yol açan travmatik yaşantılar olarak kabul edilmektedir (Clifford, 1979, s.121).

Bunun yanında kanser teşhisi ve uygulanan tedavi yaklaşımlarının hastada, ailesinde ve toplumda yol açtığı psikolojik, sosyal ve ekonomik sonuçlar üzerinde yeterince durulduğu söylenememektedir. Kanser tanısı hasta ve yakınları üzerinde şok etkisi yaparak karmaşık duygusal tepkilere neden olmaktadır. Bu durum hastalığın öldürücü ve acı verici olmasından dolayı kişinin yaşama umudunu yitirme korkusu ile ilgilidir (Kübler – Ross, 1969, s.11).

Kansere bağlı karmaşık duygusal tepkilerin nedeni hasta olmanın ötesinde belirsizlik, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran kaygı, suçluluk ve terk edilme duygusu yaratan durumlardır. İnsan varlığına ve varoluşuna ilişkin sorunları gündeme getiren kanser, hasta ve ailesi tarafından bir yıkım gibi algılanarak psikososyal dengede bozulmaya yol açar.

Kanser olduğunu duymak bir insanın başına gelebilecek en yıpratıcı olaylardan birisidir. Kişinin zihninden binlerce korkutucu soru geçer “Ölecek miyim?” “Ailem ne olacak?” “Bu haberi onlara nasıl söyleyeceğim?” “Onlar nasıl karşılayacak?” gibi. Hastanın hastalığıyla ilgili endişelerine ailesiyle ilgili endişeleri de katılarak durum daha da artan bir psikolojik zorlanma oluşturabilmektedir.

Bazı araştırmacılara göre ise hastalığın kendisiyle ilgili olan yukarıdaki endişelerin yanında, kanserli hasta olmak acılı ve bazen de duygusal olarak zorlayıcı tedavilerin stresiyle yüzyüze kalmak anlamına gelmektedir. Bazen de ciddi bir hastalık olan kanser tedavisinden sonra ortaya çıkan kendini çirkin hissetmeye bağlı cinsel ilişki sorunları hastada korku, anksiyete ve depresyonun ortaya çıkmasına yol açabilir.

Bunun yanında hastalığın zor ve acılı bir süreç olması “beklenti endişesi”nin yaşanmasına sebep olabilmektedir (Şahin, 1998, s.115).

Kanser bireyi bağımlı kılan, yeteneklerini sınırlayan ve benlik değerlendirmesini zedeleyen bir hastalıktır. Kanser hastalarında vücut üzerindeki kontrolün azalışı, özerkliğin yitirilişi ve hastalıkla ilgili belirsizlik fazlasıyla gözlenir. Ortaya çıkan belirsizliğe bağlı olarak birçok test ve tedavi prosedürünü kabul etmek hastalarda umutsuzluk, kaygı, bağımlılık ve bağımsızlık gibi çeşitli depresyon duygularına yol açabilir.

Kuzey Amerika ve Batı Avrupa’da kanser hastalarının %50’sinin test ve tedavi prosedürleri için bir hekime başvurmak yerine tıp dışı uygulamalar kullandıkları bildirilmektedir. Bunda sofistیک düşünce yöntemleri, hastaların korkusu, tedavi biçimlerinden tedirginlik ve çekinme, ürkmeler, teknolojiye ve kimyaya inanmama, doğaya dönüş düşünceleri, kullandıkları şeylerin yan etkilerinin olmadığı ve savunma mekanizmalarını harekete geçirdiği görüşünün etkisi bulunmaktadır (Altınok, 1993, s.124).

Yurtdışında olduğu gibi ülkemizde de hastalar tıp dışı uygulamalara yönelebilmektedir. Bazı çevrelere göre bunun önüne geçebilmek için öncelikle çeşitli kitle iletişim araçlarıyla kanserde erken tanının önemi ve kanser konusunda bilinmesi gereken herşey konusunda toplumun bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Bugün kanserin oluşumunda etkili olan faktörler ve bunlardan korunma yolları bireylere çeşitli yollardan anlatılmaktadır. Fakat kanser hastalığı ile ilgili yayınların sıklıkla kamuoyuna iletilmesinin insanlarda “kanser fobi”si yaratacağını savunanlarda bulunmaktadır.

İnsanlarda bu denli korku uyandıran kanserle ilgili istatistikler incelendiğinde hem dünya hem de Türkiye sağlık profilinde kanserin önemli bir yerinin olduğu söylenebilir. Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) verilerine göre dünyada her yıl altı milyondan fazla kişi kanserden ölmektedir (Öğün, 1998, s.24).

A.B.D. 1989 yılı istatistiklerine göre erkeklerde en sık akciğer, kadınlarda ise meme kanseri görülmektedir. Kansere bağlı ölümlerde ise birinci sırayı %35 ile akciğer kanseri almaktadır. Türkiye’de ise Kanser Savaş Daire Başkanlığı (1991) verilerine göre A.B.D. ile benzer sonuçlar çıktığı görülmüştür. Ülkemizde 1983 yılından bu yana hastanelerden kanser verilerinin toplanmaya başlanması ile 0-1 yaş

grubu hariç tutulursa ölüm nedenleri arasında kalp damar hastalıklarından sonra kanser ikinci sırada yer almakta ve on ölümden birisi kanser nedeni ile olmaktadır (Kutluk ve Kars, 1998, s.41,14).

Yukarıdaki veriler dikkate alındığında her on ölümden birinin kansere bağlı olduğu gerçeği göz önünde bulundurulduğunda konunun ne derece ciddi olduğu ortaya çıkmaktadır.

Bugün kanserin klinik olarak ortaya çıkışı ile özgün bir stres etkeni arasında bir ilişki saptanmamış olmasına karşın, psikolojik faktörlerin doku bölünmesini nöroendokrin yolla etkilediği düşünülmektedir. Ruhsal sorunlar ve ölümcül hastalık ilişkisinin uzun yıllardır bilim çevresinin ilgisini çekmesine karşın bu konudaki araştırmalar çok az sayıda ve sistemsizdir. Kanser oluşum ve ortaya çıkma mekanizmalarının karmaşıklığının yanı sıra bu sözcüğün olumsuz bir durumu ifade etmesi de konunun üzerinde yoğunlaşmayı engellemiştir. Halen günümüzde kanserin oluşum sürecinde psikolojik faktörlerin etkisi konusunda birçok açıklama bekleyen soru bulunmaktadır.

Kanser etyolojisi konusunda, bireylerin kişilik yapısı ile kanserin oluşumu arasındaki ilişkiyi inceleyen Cohen (1982), Jansen ve Muenz (1984) gibi araştırmacıların bulgularına göre; kanser hastalarının bağımlı, öfke ve nefret gibi olumsuz duygularını dışa vurmayan, sosyal norm ve kurallara bağlı, çaresizlik ve ümitsizlik gibi depresif duygular geliştirmeye eğilimli kişiler oldukları saptanmıştır. Ayrıca aynı araştırmada çocukluk yıllarında ana-baba gibi yakın obje ilişkilerini kaybeden üzücü deneyimler geçiren kimseler arasında yetişkinlikte kansere yakalanma riskinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Akt.Turan, 1987, s.162).

Kanser hastalarının hastalık öncesi kişilik özellikleri Fisher ve Cleveland (1956), Shaliton ve ark (1963), Lipowski ve ark (1977) gibi birçok araştırmacının da dikkatini çekmiştir. Bu araştırmalardan varılan ortak sonuç; kanser hastalarının diğer hasta ve normallere göre daha az isteyen, kolay hoşnut olan, sabırlı, uysal, özveriye eğilimli, aşırı alçak gönüllü, öfke ve kızma duygularını belli etmeyen kişiler olmalarıdır. Ayrıca bu kişilerin ana-babaları ile ilişkilerinde çözümlenmemiş bir sorunun belirtisi olarak ana-babayı yitirme korkularının da daha belirgin olmasıdır (Akt.Türküm, 1989, s.4).

Günümüzde psikolojik stres kaynaklarının organik hastalıklar üzerindeki etkisinin önemi birçok bilim çevresi tarafından anlaşılmış durumdadır. Özellikle onkoloji kliniklerinde uygulanan medikal tedavilerin etkisini arttırmada, hastanın yaşam kalitesini (Quality of life) yükseltmede ve kendi tedavisine aktif katılımını sağlamada psikolojik danışmanlık hizmetlerinden yararlanma daha çok ön planda yer almaktadır.

Kuzey Amerika ve Batı Avrupa’da pek çok gönüllü kuruluş yanında, hastanelerde destek kuruluşları ve yardım programları bu konuda hastaya yaygın olarak hizmet götürmektedirler. Bu programların bir kısmı bireysel nitelikte olup, hasta ile yatak başında yada görüşme odasında görüşülmektedir. Önemli bir kısmı ise grup yaklaşımlarını kullanmaktadır (Üre, 1989, s.5).

Ülkemizde ise kanser hastalarına verilecek olan psikolojik hizmetler sistematik olmayan görüşmelerden ve yetersiz yardım girişimlerinden öteye gidememekte hastaların psikolojik sorunları göz ardı edilerek daha çok tıbbi tedavilere ağırlık verilmektedir.

1.1. PROBLEM

Bugün için ölümcül ve kronik bir hastalık olma özelliğini koruyan kanser hastalığına, hastaların yoğun duygusal tepkiler verdikleri bazı araştırmalarla ortaya konulmuştur. Bununla birlikte kanser hastalarında ve onların bakımından kendilerini sorumlu hisseden yakınlarındaki duygusal zorlanmaların ve bu zorlanmalarda rol oynayabilecek etmenlerin araştırılması halen önemini koruyan bir konudur. Kanser hastaları ve yakınlarına etkili bir psikolojik hizmet sunulması öncelikle bu alandaki bilgilerin artmasına ve bu zorlanmaların zamanında tanınabilmesine bağlıdır. Bu durum kanser hastalarının özellik ve ihtiyaçlarının daha geniş biçimde incelenmesi gereksinimini gündeme getirmektedir.

Bu gerçeklerden hareket ederek yapılan bu araştırmada, kanser hastaları ve yakınları ile şeker hastaları ve yakınlarının bazı psikolojik belirtiler yönünden aralarında bir fark olup olmadığı incelenmiştir.

1.2. ALT PROBLEMLER

1. Kanser hastalarının Genel Belirti Ortalaması, Somatizasyon, Paronoid Düşünce, Fobik Kaygı, Hostilite, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık

Depresyon, Durumluk ve Sürekli Kaygı puanları, şeker hastalarının puanından anlamlı derecede yüksek midir?

2. Kanser hastalarının yakınlarının Genel Belirti Ortalaması, Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Hostilite, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon ve Durumluk Kaygı puanları, şeker hastalarının puanından önemli derecede yüksek midir?

3. Kanser hastalarının yakınları ile şeker hastalarının yakınlarının Sürekli Kaygı puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

4. Kanserli kadın hastaların Genel Belirti Ortalaması, Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Hostilite, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Durumluk ve Sürekli Kaygı puanları erkek hastaların puanlarından anlamlı ölçüde yüksek midir?

5. Şeker hastası olan kadınların, Genel belirti Ortalaması, Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Hostilite Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Durumluk ve Sürekli Kaygı puanları erkek hastaların puanlarından önemli derecede yüksek midir?

6. Refakatçi olarak kalan kanser hastası yakınlarının Genel Belirti Ortalaması, Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Hostilite, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon ve Durumluk Kaygı puanları, refakatçi olmayanların puanlarından anlamlı ölçüde yüksek midir?

7. Kanser hastalarının yakınlarının sürekli kaygı puanları arasında, refakatçi olma durumuna göre önemli bir fark var mıdır?

8. Refakatçi olarak kalan şeker hastası yakınlarının Genel Belirti Ortalaması, Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Hostilite, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon ve Durumluk Kaygı puanları, refakatçi olmayanların puanlarından anlamlı derecede yüksek midir?

9. Şeker hastalarının yakınlarının sürekli kaygı puanları arasında, refakatçi olma durumuna göre anlamlı bir fark var mıdır?

10. Kanser hastalarının Genel Belirti Ortalaması, Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Hostilite, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık

Depresyon, Durumluk ve Sürekli Kaygı puanları arasında tanının söylenilmesi durumuna göre anlamlı bir fark var mıdır?

11. Şeker hastalarının Durumluk ve Sürekli Kaygı puanları ile Genel Belirti Ortalaması, Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Hostilite, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık ve Depresyon puanları arasında önemli bir ilişki var mıdır?

12. Kanser hastalarının Durumluk ve Sürekli Kaygı puanları ile Genel Belirti Ortalaması, Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Hostilite, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık ve Depresyon puanları arasında önemli bir ilişki var mıdır?

13. Şeker hastalarının yakınlarının Durumluk ve Sürekli Kaygı puanları ile Genel Belirti Ortalaması, Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Hostilite, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık ve Depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

14. Kanser hastalarının yakınlarının durumluk ve Sürekli Kaygı puanları ile Genel Belirti Ortalaması, Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Hostilite, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık ve Depresyon puanları arasında önemli bir ilişki var mıdır?

1.3. DENENCELER

Bu araştırmada şu denenceler test edilecektir.

1. Kanser hastalarında, şeker hastalarına göre psikolojik belirtiler ile durumluk ve sürekli kaygıların düzeyi,

1.1. Kanser hastalarının “Genel Belirti Ortalaması” puanı, şeker hastalarının puanından önemli derecede yüksektir.

1.2. Kanser hastalarının “Somatizasyon” puanı, şeker hastalarının puanından anlamlı derecede yüksektir.

1.3. Kanser hastalarının “Paranoid Düşünce” puanı, şeker hastalarının puanından önemli derecede yüksektir.

1.4. Kanser hastalarının “Fobik Kaygı” puanı, şeker hastalarının puanından anlamlı derecede yüksektir.

1.5. Kanser hastalarının “Hostilite” puanı, şeker hastalarının puanından önemli ölçüde yüksektir.

1.6. Kanser hastalarının “Obsesif Kompulsif” puanı, şeker hastalarının puanından anlamlı derecede yüksektir.

1.7. Kanser hastalarının “Kişilerarası Duyarlılık” puanı, şeker hastalarının puanından anlamlı ölçüde yüksektir.

1.8. Kanser hastalarının “Depresyon” puanı, şeker hastalarının puanından anlamlı derecede yüksektir.

1.9. Kanser hastalarının “Durumluk Kaygı” puanı, şeker hastalarının puanından önemli derecede yüksektir.

1.10. Kanser hastalarının “Sürekli Kaygı” puanı, şeker hastalarının puanından önemli ölçüde yüksektir.

2. Kanser hastalarının yakınlarında, şeker hastalarına göre psikolojik belirtiler ile durumluk ve sürekli kaygıların düzeyi.

2.1. Kanser hastalarının yakınlarının “Genel Belirti Ortalaması” puanı, şeker hastalarının yakınlarının puanından anlamlı ölçüde yüksektir.

2.2. Kanser hastalarının yakınlarının “Somatizasyon” puanı, şeker hastalarının yakınlarının puanından önemli derecede yüksektir.

2.3. Kanser hastalarının yakınlarının “Paranoid Düşünce” puanı, şeker hastalarının yakınlarının puanından anlamlı derecede yüksektir.

2.4. Kanser hastalarının yakınlarının “Fobik Kaygı” puanı, şeker hastalarının yakınlarının puanından anlamlı ölçüde yüksektir.

2.5. Kanser hastalarının yakınlarının “Hostilite” puanı, şeker hastalarının yakınlarının puanından önemli ölçüde yüksektir.

2.6. Kanser hastalarının yakınlarının “Obsesif Kompulsif” puanı, şeker hastalarının yakınlarının puanından önemli derecede yüksektir.

2.7. Kanser hastalarının yakınlarının “Kişilerarası Duyarlılık” puanı, şeker hastalarının yakınlarının puanından anlamlı ölçüde yüksektir.

2.8. Kanser hastalarının yakınlarının “Depresyon” puanı, şeker hastalarının yakınlarının puanından önemli ölçüde yüksektir.

2.9. Kanser hastalarının yakınlarının “Durumluk Kaygı” puanı, şeker hastalarının yakınlarının puanından anlamlı derecede yüksektir.

2.10. Kanser hastalarının yakınlarının “Sürekli Kaygı” puanı ile şeker hastalarının yakınlarının puanı arasında önemli bir fark yoktur.

3. Kanser hastalarında,cinsiyete göre psikolojik belirtiler ile durumluk ve sürekli kaygıların düzeyi.

3.1. Kanserli kadın hastaların “Genel Belirti Ortalaması” puanı, erkek hastaların puanından önemli derecede yüksektir.

3.2. Kanserli kadın hastaların “Somatizasyon” puanı, erkek hastaların puanından anlamlı ölçüde yüksektir.

3.3. Kanserli kadın hastaların “Paranoid Düşünce” puanı, erkek hastaların puanından önemli derecede yüksektir.

3.4. Kanserli kadın hastaların “Fobik Kaygı” puanı, erkek hastaların puanından anlamlı ölçüde yüksektir.

3.5. Kanserli kadın hastaların “Hostilite” puanı, erkek hastaların puanından önemli derecede yüksektir.

3.6. Kanserli kadın hastaların “Obsesif Kompulsif” puanı, erkek hastaların puanından anlamlı ölçüde yüksektir.

3.7. Kanserli kadın hastalarının “Kişilerarası Duyarlılık” puanı, erkek hastaların puanından önemli derecede yüksektir.

3.8. Kanserli kadın hastalarının “Depresyon” puanı, erkek hastaların puanından anlamlı derecede yüksektir.

3.9. Kanserli kadın hastaların “Durumluk Kaygı” puanı, erkek hastaların puanından önemli ölçüde yüksektir.

3.10. Kanserli kadın hastaların “Sürekli Kaygı” puanı, erkek hastaların puanından anlamlı derecede yüksektir.

4. Şeker hastalarında, cinsiyete göre psikolojik belirtiler ile durumluk ve sürekli kaygıların düzeyi.

4.1. Şeker hastası olan kadınların “Genel Belirti Ortalaması” puanı, erkek hastaların puanından önemli derecede yüksektir.

4.2. Şeker hastası olan kadınların “Somatizasyon” puanı erkek hastaların puanından anlamlı ölçüde yüksektir.

4.3. Şeker hastası olan kadınların “Paranoid Düşünce” puanı, erkek hastaların puanından önemli derecede yüksektir.

4.4. Şeker hastası olan kadınların “Fobik Kaygı” puanı, erkek hastaların puanından anlamlı ölçüde yüksektir.

4.5. Şeker hastası olan kadınların “Hostilite” puanı, erkek hastaların puanından önemli derecede yüksektir.

4.6. Şeker hastası olan kadınların “Obsesif Kompulsif” puanı, erkek hastaların puanından anlamlı ölçüde yüksektir.

4.7. Şeker hastası olan kadınların “Kişilerarası Duyarlılık” puanı, erkek hastaların puanından önemli derecede yüksektir.

4.8. Şeker hastası olan kadınların “Depresyon” puanı, erkek hastaların puanından anlamlı derecede yüksektir.

4.9. Şeker hastası olan kadınların “Durumluk Kaygı” puanı, erkek hastaların puanından önemli ölçüde yüksektir.

4.10. Şeker hastası olan kadınların “Sürekli Kaygı” puanı, erkek hastaların puanından anlamlı derecede yüksektir.

5. Kanser hastalarının yakınlarında refakatçi olma durumuna göre psikolojik belirtiler ile durumluk ve sürekli kaygıların düzeyi.

5.1. Refakatçi olarak kalan kanser hastası yakınlarının “Genel Belirti Ortalaması” puanı, refakatçi olmayanların puanından önemli ölçüde yüksektir.

5.2. Refakatçi olarak kalan kanser hastası yakınlarının “Somatizasyon” puanı, refakatçi olmayanların puanından önemli ölçüde yüksektir.

5.3. Refakatçi olarak kalan kanser hastası yakınlarının “Paranoid Düşünce” puanı, refakatçi olmayanların puanından önemli ölçüde yüksektir.

5.4. Refakatçi olarak kalan kanser hastası yakınlarının “Fobik Kaygı” puanı, refakatçi olmayanların puanından önemli ölçüde yüksektir.

5.5. Refakatçi olarak kalan kanser hastası yakınlarının “Hostilite” puanı, refakatçi olmayanların puanından önemli ölçüde yüksektir.

5.6. Refakatçi olarak kalan kanser hastası yakınlarının “Obsesif Kompulsif” puanı, refakatçi olmayanların puanından önemli ölçüde yüksektir.

5.7. Refakatçi olarak kalan kanser hastası yakınlarının “Kişilerarası Duyarlılık” puanı, refakatçi olmayanların puanından önemli ölçüde yüksektir.

5.8. Refakatçi olarak kalan kanser hastası yakınlarının “Depresyon” puanı, refakatçi olmayanların puanından önemli ölçüde yüksektir.

5.9. Refakatçi olarak kalan kanser hastası yakınlarının “Durumluk Kaygı” puanı, refakatçi olmayanların puanından önemli ölçüde yüksektir.

5.10. Refakatçi olarak kalan kanser hastası yakınlarının “Sürekli Kaygı” puanı ile refakatçi olmayanların puanı arasında anlamlı bir fark yoktur.

6. Şeker hastalarının yakınlarında refakatçi olma durumuna göre psikolojik belirtileri ile durumluk ve sürekli kaygıların düzeyi.

6.1. Refakatçi olan şeker hastası yakınlarının “Genel Belirti Ortalaması” puanı, refakatçi olmayanların puanından önemli ölçüde yüksektir.

6.2. Refakatçı olan şeker hastası yakınlarının “Somatizasyon” puanı, refakatçı olmayanların puanından önemli ölçüde yüksektir.

6.3. Refakatçı olan şeker hastası yakınlarının “Paranoid Düşünce” puanı, refakatçı olmayanların puanından önemli ölçüde yüksektir.

6.4. Refakatçı olan şeker hastası yakınlarının “Fobik Kaygı” puanı, refakatçı olmayanların puanından önemli ölçüde yüksektir.

6.5. Refakatçı olan şeker hastası yakınlarının “Hostilite” puanı, refakatçı olmayanların puanından önemli ölçüde yüksektir.

6.6. Refakatçı olan şeker hastası yakınlarının “Obsesif Kompulsif” puanı, refakatçı olmayanların puanından önemli ölçüde yüksektir.

6.7. Refakatçı olan şeker hastası yakınlarının “Kişilerarası Duyarlılık” puanı, refakatçı olmayanların puanından önemli ölçüde yüksektir.

6.8. Refakatçı olan şeker hastası yakınlarının “Depresyon” puanı, refakatçı olmayanların puanından önemli ölçüde yüksektir.

6.9. Refakatçı olan şeker hastası yakınlarının “Durumluk Kaygı” puanı, refakatçı olmayanların puanından önemli ölçüde yüksektir.

6.10. Refakatçı olan şeker hastası yakınlarının “Sürekli Kaygı” puanı ile refakatçı olmayanların puanı arasında anlamlı bir fark yoktur.

7. Kanser hastalarında tanının söylenmesi durumuna göre psikolojik belirtiler ile durumluk ve sürekli kaygıların düzeyi.

7.1. Tanısı söylenilen kanser hastalarının “Genel Belirti Ortalaması” puanı ile tanısı söylenilmeyen hastaların puanı arasında önemli bir fark yoktur.

7.2. Tanısı söylenilen kanser hastalarının “Somatizasyon” puanı ile tanısı söylenilmeyen hastaların puanı arasında anlamlı bir fark yoktur.

7.3. Tanı söylenilen kanser hastalarının “Paranoid Düşünce” puanı ile tanısı söylenilmeyen hastaların puanı arasında önemli bir fark yoktur.

7.4. Tanısı söylenilen kanser hastalarının “Fobik Kaygı” puanı ile tanısı söylenilmeyen hastaların puanı arasında anlamlı bir fark yoktur.

7.5. Tanısı söylenilen kanser hastalarının “Hostilite” puanı ile tanısı söylenilmeyen hastaların puanı arasında önemli bir fark yoktur.

7.6. Tanısı söylenilen kanser hastalarının “Obsesif Kompulsif” puanı ile tanısı söylenilmeyen hastaların puanı arasında anlamlı bir fark yoktur.

7.7. Tanısı söylenilen kanser hastalarının “Kişilerarası Duyarlılık” puanı ile tanısı söylenilmeyen hastaların puanı arasında önemli bir fark yoktur.

7.8. Tanısı söylenilen kanser hastalarının “Depresyon” puanı ile tanısı söylenilmeyen hastaların puanı arasında anlamlı bir fark yoktur.

7.9. Tanısı söylenilen kanser hastalarının “Durumluk Kaygı” puanı ile tanısı söylenilmeyen hastaların puanı arasında önemli bir fark yoktur.

7.10. Tanısı söylenilen kanser hastalarının “Sürekli Kaygı” puanı ile tanısı söylenilmeyen hastaların puanı arasında anlamlı bir fark yoktur.

8. Şeker hastalarının ölçek puanları arasındaki ilişkilerin düzeyi.

8.1. Şeker hastalarının Durumluk Kaygı puanı ile Genel Belirti Ortalaması, Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Hostilite, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık ve Depresyon puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır.

8.2. Şeker hastalarının Sürekli Kaygı puanı ile Genel Belirti Ortalaması, Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Hostilite, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık ve Depresyon puanları arasında pozitif ve önemli bir ilişki vardır.

9. Kanser hastalarının ölçek puanları arasındaki ilişkilerin düzeyi.

9.1. Kanser hastalarının Durumluk Kaygı puanı ile Genel Belirti Ortalaması, Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Hostilite, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık ve Depresyon puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır.

9.2. Kanser hastalarının Sürekli Kaygı puanı ile Genel Belirti Ortalaması, Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Hostilite, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık ve Depresyon puanları arasında pozitif ve önemli bir ilişki vardır.

10. Şeker hastalarının yakınlarının ölçek puanları arasındaki ilişkilerin düzeyi.

10.1. Şeker hastalarının yakınlarının Durumluk Kaygı puanı ile Genel Belirti Ortalaması, Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Hostilite, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık ve Depresyon puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır.

10.2. Şeker hastalarının yakınlarının Sürekli Kaygı puanı ile Genel Belirti Ortalaması, Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Hostilite, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık ve Depresyon puanları arasında pozitif ve önemli bir ilişki vardır.

11. Kanser hastalarının yakınlarının ölçek puanları arasındaki ilişkilerin düzeyi.

11.1. Kanser hastalarının yakınlarının Durumluk Kaygı puanı ile Genel Belirti Ortalaması, Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Hostilite, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık ve Depresyon puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır.

11.2. Kanser hastalarının yakınlarının Sürekli Kaygı puanı ile Genel Belirti Ortalaması, Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Hostilite, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık ve Depresyon puanları arasında pozitif ve önemli bir ilişki vardır.

1.4. SAYILTILAR

1. Verilerin toplanmasında kullanılan Belirti tarama Listesi (SCL90-R) ve Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri'nin (STAI TX-I ve II) anılan grubun durumunu ortaya koyduğu kabul edilmiştir.

2. Veri toplama araçlarının istenilen bilgileri toplama amacına dönük olarak, yeterli geçerlik ve güvenirliğe sahip olduğu kabul edilmiştir.

3. Araştırma kapsamına alınan hastalara tıp yetkililerince konulan tanımlar ve bu konudaki tıbbi görüşler ile bu hastaların adı geçen hastanede tedavi gören kanserli hastalarla şeker hastalarını temsil etme yeteneğine sahip olduğu kabul edilmiştir.

4. Araştırmaya katılan hasta ve yakınlarının ölçme araçlarını içtenlikle ve objektif bir şekilde cevaplandıracakları kabul edilmektedir.

1.5. SINIRLAMALAR

1. Araştırmada sadece testlerden elde edilen bilgiler değerlendiril-meye alınacaktır.

2. Araştırma, Ankara'da GATA Tıbbi Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisinde yatan kanser hastaları ve onların yakınları ile Dahili Kliniklerde yatan şeker hastaları ve onların yakınları üzerinde yapılmıştır. Diğer hastanelerin ilgili bölümleri hariç tutulmuştur.

3. Araştırma, kanser ve şeker hastalarının tedavi edildiği klinikleri bulunan tek bir hastanede gerçekleştirildiğinden dolayı, araştırma sonuçları da bu kliniklerde tedavi gören kanser ve şeker hastalarına genellenebilir.

4. Elde edilen bilgiler, ölçülmeye çalışılan psikolojik tepkilerin ne kadar süreden beri devamlılık gösterdiğini ortaya koymamaktadır.

5. Araştırma kapsamına alınan hasta yakınları anne, baba, kardeş, eş ve evlat gibi birinci dereceden akrabalarıdır.

6. Her hastanın yalnız bir yakını araştırma kapsamına alınmıştır.

7. Araştırmanın kapsamında, dokuz alt ölçeği bulunan “Belirti Tarama Listesi”nin sadece yedi alt ölçeği (Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Hostilite, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık ve Depresyon değerlendirilmeye alınmış ve Psikotizizm ve Anksiyete alt ölçekleri için ayrı bir değerlendirme yapılmamıştır.

1.6. TANIMLAR

Araştırmada kullanılan kavramlara ilişkin tanımlar aşağıda sunulmuştur:

Ölümcül Hastalık: Tıpça kesin tedavisi bulunamamış, yapılan tedavi ile hastanın sağlığına tamamen kavuşturulması mümkün olmayan, genelde ölümlle sonuçlanan hastalıktır.

Kanser: Yayılma eğiliminde olan kötü huylu ve çoğunlukla tedaviye dirençli (habis) tümörler için hücre kökeni gözetmeksizin kullanılan genel bir terimdir (Köküöz, 1996, s.32).

Tanatoloji: Ölmekte olan hastaların ve hasta yakınlarının ölüme ilişkin reaksiyonlarını inceleyen bilim dalı (Özkürkçügil, 1998, s.135).

Metastaz: Kanser hücrelerinin vücudun bir kısmından diğer bir kısmına geçmesi ve yayılmasıdır (Tuğlacı, 1990, s.470).

Mastektomi: meme kanserinde uygulanan cerrahi bir girişim; memenin ameliyatla çıkarılması işlemine verilen isimdir (Tuğlacı, 1990, s.455).

Onkoloji: Tümörlerin sebepleri, gelişimleri, klinik seyir ve tedavilerini konu alan tıp dalı; tümör bilimi (Kocatürk, 1984, s.513).

Radyoterapi: Kanser hastalığının ışınlı tedavisi.

Hematoloji: Kan ve kan yapıcı organlar ile kan hastalıklarıyla ilgilenen tıp dalı (Kocatürk, 1984, s.353).

Ötenazi: Yaşamından ümit kesilen veya tedavisi imkansız bir hastanın ağrı ve acı duymaksızın ilaçla öldürülmesi (Tuğlacı, 1990, s.263).

Onkojen: Kanser oluşumuna neden olan genlere verilen isimdir (Öğün, 1998, s.25).

Prognoz: Bir hastalığın muhtemel seyrini, süresini ve sonuçlarını önceden tahmin etme (Kocatürk, 1984, s.615).

Semptom: Hastalık belirtisi.

Lösemi: Kan kanseri.

Psiko-onkoloji: Kanserde ruhsal sendromlar, bunların sıklık ve sağaltımları, hastalığın ortaya çıkışı ve gidişinde ruhsal etkenlerin yeri gibi kanserin ruhsal özelliklerini inceleyen bilim dalıdır (Elbi, 1998, s.5).

Kaygı: Stres yaratan durumlarda ortaya çıkan üzüntü ve gerginlik gibi hoş olmayan, duygusal ve gözlenebilir reaksiyonlardır (Özgüven, 1994, s.322).

Sürekli Kaygı: Stres yaratan durumun tehlikeli yada tehdit edici olarak algılanması ve bu tehditlere karşı, durumluk duygusal reaksiyonların frekansının ve yoğunluğunun artması ve süreklilik kazanmasıdır (Özgüven, 1994, s.324).

Durumluk Kaygı: Kişinin yoğunluğu zamanla değişen ve belirli bir düzeyde kalmayan duygusal durumu yada koşulu olarak tanımlanabilir (Üre, 1989, s.41).

1.7. ARAŞTIRMANIN GEREKÇESİ VE ÖNEMİ

Ölümün ve yaşam üzerindeki kontrolün sınırlılığının bir sembolü olan kanser imgesi, insanlar için belirsizliği ve tehlikeyi çağrıştırmaktadır. Oysa insanlar belirsizlikten ve bilinmeyenden hoşlanmaz; bu boşlukları doldurmaya ve uygun açıklamalar bulmaya çalışırlar. Daha önce kanser konusunda tek önemli sorun hastanın nasıl tedavi edileceği iken, günümüzde bazı kanser türleri tedavi edilebildiği için ilgi psikolojik sorunlar üzerine yönelmiştir. Kanser psikolojik boyutlarını ele alan psiko-onkolojik çalışmalar; kanserde ruhsal sendromlar, bunların sıklık ve sağaltımları, psikoterapiler, hasta aileleri, kanserli hastalarla çalışan sağlık personeli, hastalığın ortaya çıkışı ve gidişinde ruhsal etkenlerin yeri, hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin (Quality of life) sürdürülmesi ve hastalık sonrasında kişinin bedenini algılayışı (body image) gibi başlıklarda toplanmıştır.

Görülme sıklığının artması, sakat bırakma ve ölümle sonuçlanma oranlarının yüksek olması nedeniyle, kanser bireysel olduğu kadar toplumsal düzeyde de önemli bir hastalıktır. Bu duruma tanı ve tedavi işlemlerinin pahalılığı ile ekonomik problemlerde eklenebilmektedir. Bu nedenle hasta ve yakınlarının psikolojik sorunlar yaşaması hemen hemen kaçınılmaz bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun yanı sıra hastalara kontrollerde uygulanan kemik iliği aspirasyonları, kan testleri, ilaçlar ve bu ilaçların yan etkileri de sürekli stres kaynağı oluşturmaktadır.

Kanser, hastalar için olduğu kadar aileleri için de zorlu bir deneyimdir. Çünkü; aile bir arada yaşayan insanlardan oluşan bir grup değil, karmaşık, güçlü ve dinamik bir sistemdir. Sosyal sistem teorisine göre sosyal bir sistemin herhangi bir üyesinin yaşadığı stres, sistemin bütün üyelerini etkiler. Bu durumda kanser hastalığına sahip olan yalnızca hasta değildir, aile de hastalığa sahiptir. Hatta kansere bir aile hastalığı da denilebilir (Lovejoy, 1986, s.33).

Kanserle yüz yüze kalma durumu, hasta yakınlarının da kaygı yaşamasına neden olduğu halde, tedavi ekibinin büyük bir bölümü tarafından bu durum göz ardı edilmektedir. Daha da önemlisi hasta yakınlarının psikolojik tepkileri, tedavi ekibince hastalarla aralarındaki iletişimi engelleyen bir unsur olarak düşünülmektedir. Halbuki, hasta yakınlarının stres ve anksiyete düzeylerinin düşürülmesi hastalarıyla aralarındaki etkileşime olumlu bir etki yapmakta ve bu yolla hastalarında anksiyete düzeyleri düşürülmüş olmaktadır (Clay, 1999, s.3).

Kanser teşhisi koyulan hasta bu durumu büyük bir felaket ve üzüntü kaynağı olarak görür. Bu durum onkolojide “Kriz” olarak ifade edilir. Kriz; “düzenli bir durumun alt – üst olmasıyla bireyin kendini tehlikeli bir durumda ne bir çözüm, ne de bir kaçış yolu bulamaması durumu” olarak tanımlanmaktadır (Üre, 1991, s.203).

Kansere yakalanma durumu tüm aile sisteminde krize yol açar. Bu kriz, aile içi dengelerin bozulmasına neden olur. Bu dengelerin bozulmasının ardından aile üyeleri dengeyi tekrar kurmaya çalışırlar. Bu süreç içerisinde aile üyeleri, hastalar kadar bazen de onlardan daha çok duygusal zorlanma gösterebilmektedirler. Çünkü kanser sadece hastanın değil, ailesinin de yaşama koşullarını bir anda değiştirir ve gelecekle ilgili kaygılar uyandırır. Hasta yakınları özellikle hastanın bakımıyla ilgili sorumluluk aldıklarında bu durumdan ruhsal olarak etkilenebilmektedirler. Ancak literatürü incelediğimizde kanserli hastalar üzerinde yapılan çalışmaların daha çok hasta odaklı olduğunu, hasta yakınlarını içine alan çalışmaların ise sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Oysa aile üyeleri de hastalığın bütün aşamaları boyunca hasta ile birlikte fiziksel ve psikolojik zorlanmalarla karşılaşmaktadırlar.

Kanserli hastanın yaşam kalitesinin artırılabilmesi için bedensel iyilik ve işlevselliğin yanı sıra ruh sağlığının da korunması gerekmektedir. Bu nedenle psikolojik yardım programlarının hasta ve ailesinin yaşam kalitesini ve kanserin prognozunu olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

UCLA Psikososyal Kanser Danışma Merkezinden telefonla psikolojik yardım isteğinde bulunan kanserli hastalar, öncelikle aile ve eşleriyle ilişkilerinin

bozulduğundan, kendi doktorlarıyla olan iletişim sorunlarından, yoğun endişelerinden, çökkünlüklerinden ve ölüme ilişkin korkularından bahsederek bu konuda yardım isteğinde bulunmuşlardır (Lawrence, Rainey, 1985, s.308).

Bu alandaki literatürü incelediğimizde tedavi ekibinin sıklıkla hasta ve yakınlarının yaşadığı psikolojik sorunların farkına varmadıkları ve hastaların psikolojik sorunları için yeterli ve uygun tedavi alamadıkları görülmektedir.

Ulusal Bilimsel Araştırma Merkezince yapılan bir araştırmada kanser hastalarının birçoğunun gerektiği gibi tedavi almadıkları saptanmıştır. Raporda kanser hastaları ve aileleri için yeterli psikolojik desteğin sağlanmadığı belirtilmektedir. Kanserli hastalarla çalışan uzmanların kanserin psikolojik etkilerinin tespit ve tedavisinde yetersiz kaldıkları bildirilmiştir. Tedavi ekibi kanserli hastalarda depresyonun bulgularını tam olarak tespit edememekte ve ciddi depresyonu olan hastaların sadece %13'üne depresyon tanısı koyabilmektedirler (Rabasca, 1999, s.1).

Kanser hastalarının ve yakınlarının karşılaştıkları psikolojik sorunlar evrensel olmakla birlikte; yaşadıkları topluma göre, değişen ve çeşitlenen sorunlarının olduğu da bir gerçektir. Yurt dışında kanser hastası ve yakınlarında ortaya çıkan psikolojik zorlanmaları konu alan birçok araştırma bulunmasına karşın, ülkemizde bu alanla ilgili araştırmalar sınırlı sayıdadır. İşte bu araştırma; ülkemizde kanserli hasta ve yakınlarının yaşadıkları duygusal zorlanmaların ortaya konulması ve alandaki böyle bir boşluğu doldurması açısından önemlidir.

Bu araştırmada elde edilen sonuçların, ülkemizde psiko-onkolojik konulara gereken hassasiyetin gösterilmesini sağlayarak, hasta ve yakınlarının yaşadıkları duygusal zorlanmalarla baş etmelerinde destek olabilecek dinamiklerin belirlenmesi ve kişilere sağlanacak psikolojik hizmetlere yönelik etkili görüşler geliştirilmesinde yardımcı olması beklenmektedir. Ümidimiz, bu çalışma sonrasında konu ile ilgili araştırmaların artması ve çeşitli tıbbi müdahalelerle ömrü uzatılmaya çalışılan kanser hastalarının ve onların yakınlarının yaşam kalitelerinin arttırılmasına yönelik çalışmaların hızlandırılmasıdır.

BÖLÜM II

KURAMSAL ÇALIŞMALAR VE İLGİLİ KAYNAKLAR

Kanser hastaları ve yakınlarındaki bazı psikolojik belirtilerin saptanması konusunda yapılacak bir çalışma, öncelikle bu konu ile doğrudan ve dolaylı olarak ilgili literatürün incelenmesini gerektirmektedir. Bu çalışmada kanserli hastaların ve ailelerinin psikolojik tepkileri ele alındığı için, konu ile ilgili olarak yapılan incelemelerde kanserle ilgili duygusal öğelerin ağırlık taşıdığı ve alan çalışması niteliğindeki araştırmalar temel alınmıştır.

2.1. KONU İLE İLGİLİ KURAMSAL ÇALIŞMALAR

Kanserin psikososyal yönlerden araştırılmasının gelişim ve gidişatı, tıbbi tekniklerin kanser tedavisindeki geçmişi ile paralel olmuştur. 1880 yılında bazı tümörlerin cerrahi olarak çıkarılmasının başarılabilmesi ile kanserin birinci tedavi şekli bulunmuş oldu. Bunu 1920'lerde radyasyon tedavisi, 1940'larda kemoterapi izledi. 1950'lerde ise kanserle psikosomatik ve psikolojik faktörlerin ilişkisi ilgi odağı oldu. 1913 yılında kurulan Amerikan Kanser Derneği tarafından kanserin, psikolojik boyutlarıyla ilgili olarak araştırılmaya gereksinim duyulan alanların saptanmasıyla bu alanda yapılan çalışmalar daha sistemli hale getirilmiştir (Cimmie ve Holland, 1991, s.769).

Ülkemizde ise kanser konusunda yapılan araştırmaları desteklemek ve kanserli hastalara yardımcı olmak için kurulan ilk sistemli organizasyon 1947'de Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu olmuştur. Bu kurumun adı 1973 yılında Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu olarak değiştirilmiştir (Kutluk ve Kars, 1998, s.7).

Kansere yönelik çalışmaları ve araştırmaları destekleyen kurumların yanında kanserin psikososyal boyutlarını ele alan ve kanserli hastalarla büyük başarı sağlamış kişiler de bulunmaktadır. Bu kişiler arasında Irvin Yalom, Elisabeth Kübler-Ross, Alexandra Levin, Bernie Siegel, Simonton'lar, Green'ler ve Schutzenbergen gibi bilim adamları bulunmaktadır (Ünlüoğlu, 1998, s.25).

Kanser hastalarında gözlenen kaygı ve psikolojik sorunlar üzerinde yapılan bilimsel araştırmaların ortaya koyduğu teorik çalışmaların ilki E.Kubler-Ross'un kanserli hastalar ve yakınları üzerinde yaptığı inceleme kabul edilmektedir. Bu çalışmada hastalar ve yakınlarının hastalık karşısında gösterdikleri psikolojik tepkiler ele alınmıştır (Kubler-Ross, 1969, s.38).

Kubler-Ross ölümcül hastalık olarak tanımlanan kansere yakınmış 500 hasta ile iki yıl boyunca yaptığı görüşmeler sonucunda kanser hastalarının teşhis ve tedavi süreci içinde farklı duygusal aşamalardan geçtiklerini saptamıştır. Araştırmacıya göre bu tepkiler zaman zaman bir arada görülmekte ancak genelde belirli bir sıra izlemektedir. Hastalığa uyum amacını taşıyan bu dönemler sağlıklı savunma mekanizmaları olarak kabul edilmektedir. Hastalar için olduğu gibi yakınları için de geçerli olan dönemler şunlardır (Kubler-Ross, 1969, s.38-112).

- a) Şaşkınlık ve yadsıma (denial)
- b) Öfke (anger)
- c) Pazarlık (bargaining)
- d) Depresyon (depression)
- e) Kabullenme (acceptance)

Bu dönemlerden ilki olan şaşkınlık ve yadsıma; kanser teşhisini öğrenen hasta ve yakınları bir yandan doktora inanmakla birlikte teşhisin yanlış olabileceği umudu ile başka doktorlara başvururlar. Öfke aşamasında ise, hasta ve yakınları yaşadıkları umutsuzluk ve çaresizlik duygularından dolayı çevrelerine ve tedavi ekibine kızgınlık duyarlar. Pazarlık döneminde, hasta yakınları tedavi ekibiyle hastalarının daha çok yaşayabilmesi, acı çekmemesi için sözler verme ve adaklar adama gibi pazarlıklar içine girerler. Depresyon olarak ifade edilen dönemde ise hastalığın giderek ilerlemesi sonucunda hasta ve yakınlarında umutsuzluk artar, geçmiş yaşantılara ilişkin suçluluk duyguları gelişir. Bazı durumlarda da hastalarının sona yaklaştığını anlayan yakınlarında yada hastalarda birbirlerinden uzaklaşma yada birbirlerinden hiç ayrılmama davranışları gözlenir. Bu dönemi yoğun çaresizlik duygularının ağır bastığı kabullenme dönemi izler. Ross'a göre ölümden sonra da hasta yakınları bu aşamalardan geçebilmektedir.

Ölümcül hastalığa yakalanan bireylerin tüm aşamalardan sırayla geçmeleri şart değildir, ancak depresyonun aşamalardan birini oluşturacağına kesin gözüyle bakılmaktadır. Çünkü kanser türleri henüz bilinmeyen pato-fizyolojik mekanizmalarla depresyona yatkınlık oluşturmaktadır. Ayrıca kanser tedavisinde kullanılan bazı ilaçlarda depresyona neden olabilmektedir. Tüm bu sebeplerden dolayı kanserin seyrinde depresyonun gelişmesi sıklıkla karşılaşılan bir durumdur (Cimilli, 1998, s.11).

Kubler-Ross'un kanserli hastaların geçirdikleri aşamaları ele alan bu yaklaşımı, tanımlanan aşamaların hastaların yaşadıkları duyguları ve tepkileri yeterince açıklayamadığı, "aşama" sözcüğünün teknik bir terim olduğu ve süreçte yaşanan kaygı üzerinde de yeterince durulmadığı ifade edilerek eleştirilmektedir (Taylor, 1991, s.416).

Weisman (1972) ise, Kubler-Ross'un sıralamasını kabul etmekle birlikte bunun her zaman mümkün olmayacağı şeklinde kuramı eleştirmektedir. Weisman, hastanın kabul ve inkar tepkilerini hastalığın her döneminde geçirdiğini belirtmektedir. Araştırmacı, hastalardaki psiko-sosyal değişimlerin bedensel değişiklikler, kanserin yayılma hızı, metastaz olasılığı, organizmanın tedaviye gösterdiği duyarlılık ve hastanın organik yapısı gibi faktörlerden etkilendiğini belirtmektedir. Bu yaklaşıma göre psiko-sosyal dönemler hastalığın fark edilmesi, hastalığın saptanması ve hastalığa yenik düşme şeklinde gruplandırılmaktadır (Akt.Türküm, 1989, s.15).

Kubler-Ross'un tanımladığı öfke ve pazarlık aşamalarına değişik bir boyut kazandıran bir çalışmada ise ölüm karşısında gösterilen öfke ve pazarlığın temelinde "eşitlik" kavramının olduğu belirtilmiştir. Yapılan açıklamada, insanların dünyanın adil olduğuna ilişkin çok derinlerde yerleşmiş bir inanca sahip oldukları ifade edilmektedir. Bunun sonucunda ölümcül hastalık karşısında da birey dünyanın adil olduğu duygusunu korumak için çaba sarfeder. Bireyin sarf ettiği çabalar önce öfke daha sonra da pazarlık yoluyla bu "adaleti" tekrar kurmak üzere pazarlık girişimleri biçiminde sürdürülür (Taylor, 1991, s.415).

Kanser hastalarının ve yakınlarının yaşadıkları duygusal tepkileri aşamalar halinde tanımlayan ve Kubler-Ross (1969) tarafından geliştirilen yaklaşımın eksiklikleri olduğu düşünülse de kanserli hastalarla ve yakınlarıyla çalışan psikolog ve diğer tedavi ekibi için önemli bir rehber olduğu söylenebilir. Kanserli hastaların duygusal tepkilerini anlayabilmenin şartlarından biri de teşhis ve tedavi sürecinde hangi duyguların ortaya çıktığı, bunlarda hangi etkenlerin rol oynadığı ve bunların hastalığın tedavisine ne şekilde yardımcı olacağını incelemektir. Ancak bu şekilde kanser hastaları için faydalı olabilecek müdahaleler geliştirilebilir.

Kanserle karşı karşıya kalan hasta bir yandan hastalığı ile savaşıırken diğer yandan da bazı aşamalardan geçer. Belirli bir sıra izleyen ve yukarıda açıklanan aşamalar sırasıyla inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenmedir. Bu konuda

yapılan bir çalışmada; iki yada üç evrenin aynı anda yaşanabileceği belirtilmiştir. Ayrıca hastalar önceki dönemlere geri dönebilir, önceki evrelerde olan gerilemelerin normal olduğu fakat kabullenme evresinde olan gerilemelerin kanser hastasına doğru yaklaşılmadığının göstergesi olduğu ortaya konulmuştur (Özkükçügil, 1998, s.137).

Yapılan bir çalışmada ise hastaların geçtiği depresyon aşamasının hazırlık üzüntüsü ve final üzüntüsü olarak iki bölümde yaşandığı bildirilmiştir. Hazırlık üzüntüsü denilen ilk bölümde hasta önce geçmişte yitirdiklerinin yasını tutar. Sosyal ve ailesel sorumluluklarını yerine getirmeme, sıklıkla da duygusal ilgisizlik görülür. Tanıdıklarını, eşini, çocuklarını yada akrabalarını görmek istemez. Pasif ve çekingen olur. Final üzüntüsü bölümünde ise hasta zihnini sürekli kendi ölümü ile meşgul eder. Sürekli var olmak ve yaşam üzerinde düşünür (Raimburt, 1981, s.181).

Peck (1972), kanserli hastaların kanser ve ölüm korkusuna karşı en sık kullandıkları patolojik savunma mekanizmalarını inkar yada depresif kabullenme olarak belirtmiştir. Sık kullanılan diğer mekanizmalar arasında ise yakınları hakkında aşırı endişelenme, geçmişte üstesinden geldiği daha basit yaşam olayları ile karşılaştırıp “daha önce başardım, yine başarırım” karşılaştırmasını yapma, hastanın sağaltım ekibinin rolünü üstlenmesi yada hekim ile özdeşimi ve hekime sahip olduğundan daha fazla güçler yükleyerek tedavi için harcanan zaman ve çabanın iyi prognoz belirtisi olduğuna inanmasıdır (Akt. Elbi, 1991, s.63).

Kanserli hasta ve yakınlarının hastalığa karşı gösterdikleri duygusal tepkilerle ilgili, kuramsal çalışmalara temel oluşturan diğer bir model ise Matz (1984) tarafından geliştirilmiştir (Akt. Turan, 1987, s.166).

Matz’ın üzüntü ve keder tepkileriyle ilgili yaklaşımı daha çok Kübler-Ross’un görüşü ile benzerlik göstermektedir. Matz’a göre hastaların kanser ve ölüm gerçeği karşısındaki tepkileri dört aşamada incelenebilir. Bunlar:

- a) İnkâr (Denial)
- b) Direnme çabası (Un-Doing efforts)
- c) Depresyon ve çaresizlik (Depression and helplessness)
- d) Yaşama bağlanma (Re-engagement)

Başka bir çalışmada ise, kanser gibi ölüme götürecek bir hastalığının olduğunu öğrenen kişinin ilk psikolojik tepkisinin depresyon olduğu bildirilmiştir. Kanser hastası sonu yaklaştıkça savunma olarak inkar etmeyi daha çok kullanır. İnkâr etmenin

kullanılması tanatofobinin (ölüm korkusu) varlığını ortaya koymayı zorlaştırır. Yaşlı kişilerin bu savunmayı daha çok kullanma eğilimleri, ölüm kaygısı ve yaş arasındaki karşılıklı bir ilişkiyi gözlemeye yardımcı olabilir (Koptagel ve Enbiyaoğlu, 1973, s.110).

Yaş ilerledikçe ölümün kişi için anlamı da değişmektedir. Daha önceki yaşam evrelerini sağlıklı ve üretken geçirmiş çoğu yaşlı insan ölümü huzurlu bir ağırbaşlılıkla yaşamın doğal bir parçası olarak görmekte ve ölüm kaygısı yaşamamaktadır (Lipowski, 1986, s.307).

Değişik kültür düzeyleri gösteren toplumlar üzerinde Howard (1965) ve Racy (1969) yaptıkları araştırmada; gelişmiş toplumlarda kişilerarası ilişkilerin gevşediği, duygusal yaşantıda bireyselliğin artmasından dolayı ölümcül hastalıklar karşısında yalnızlığın ön plana geçtiği, buna karşılık daha geri kültür düzeyindeki toplumlarda insanlar arasındaki dayanışmanın daha güçlü ve duygusal bağlantıların egemen olduğu durumlarda, ölümcül hastalıklar karşısındaki yalnızlık kaygısının daha az olduğu, ayrıca bu düzeydeki toplumlarda amaçların nitelikleri de yalın olduğundan ölüm karşısında panik durumunun daha az olduğu, dinsel inançlara bağlı bir fatalizmin de bir dereceye kadar etken olduğu görülmüştür (Akt. Koptagel ve Enbiyaoğlu, 1973, s.112).

Yalom (1980) kanser hastalarının ölüm korkusunu bastırmakta yaygın olarak kullandıkları iki inançtan söz eder. Bunlardan ilki, kişinin özel olmasıdır. Bu bireyin kişisel dokunulmazlığı ve incitilemez olduğu inancıdır. Kişisel dokunulmazlık, bireye kendi içinde görece bir güvenlik duygusu sağlar. İkinci inanç ise, bir kurtarıcı gelecek inancıdır. Bu inanç kişiye dışarıdan bir güç tarafından gözetildiği ve korunduğu duygusunu verir. Yalom'a göre birey ya kahramanca bir atılım yada üstün bir güç içinde erime yoluyla güvenlik arar (Akt. Okyayuz, 1995, s.187).

Kanser hastalarının yaşadıkları korkular arasında ilk sırayı ölüm korkusu almaktadır. Bunu aileye bağımlı hale gelme, beden görünüşünde ve kendilik imajında değişme ve bozulma, sosyal yaşamda yaşının gerektirdiği sorumlulukları yerine getirememe, kişilerarası ilişkilerin bozulması ve hastalığın ileri evrelerinde şiddetli ağrı ve rahatsızlık yaşama korkuları izlemektedir (Holland, Rowland, Lebovitz, 1979, s.347).

Başka bir çalışmada ise hastaların ilk olarak kanserin kendisiyle ilgili bir korku yaşadıkları bunu hastalığın ilerlemesi ve tekrarlamasına yönelik endişelerin izlediği bildirilmiştir. Ayrıca bu hastaların radyoterapinin ve kemoterapinin yan etkilerinden, aile yaşamlarının bozulmasından ve çalışamaz hale gelmekten korktukları belirtilmiştir (Gotay, 1984, s.605).

İlgili literatürde sıklıkla karşılaşılan bir başka araştırma konusu da meme kanseri ve tedaviye yönelik yapılan mastektominin kadında oluşturduğu korku reaksiyonlarıdır.

Bu konuda yapılan bir çalışmada mastektominin kadında değişik korku reaksiyonlarına neden olduğu gözlenmiştir. Bu korku reaksiyonları arasında ilk sırayı büyük bir ameliyatın yaratacağı anksiyete oluşturmuştur. Bunu cinsel çekicilik konusunda endişeler ve cinsel ilişkide sorun yaşama korkusu izlemiştir (Asken, 1975, s.58).

Kanser tanısı karşısında yalnızca hastanın korku, kaygı ve depresyon gibi psikolojik tepkiler gösterdiğini düşünmek yanlış olur. Çünkü hastalar kadar yakınları da olayın içinde yer alır ve hastalar kadar bazen onlardan daha fazla psikolojik zorlanmalar yaşayabilirler. Hasta yakınlarında gözlenen psikolojik tepkilerin belirlenmesi, hasta ve ailesinin kansere karşı psikolojik uyum sağlamasına yardımcı olmaya katkıda bulunabilir.

Whaley (1985), aile üyelerinin kanser tanısına karşı gösterdikleri tepkileri, kanserin çeşitli dönemlerini temel ölçüt alarak dört aşamada incelemiştir (Akt. Çavuşoğlu, 1989, s.12-15).

a) Tanı aşaması: Kanser tanısını ilk duyan genellikle hastadan önce ailedir. Aile bu aşamada daha çok inkar, öfke, düşmanlık, kendini suçlama, depresyon ve kabul etme gibi tepkiler gösterir. Bu aşamada hasta yakınlarının genellikle kederlerini açıkça ifade etmedikleri ve gerginliğin azaltılmasında inkar, kaygı ve ağlama gibi davranışlar gösterdikleri belirlenmiştir.

b) Remisyon dönemi: Tanı doğrulandıktan sonra tedavi ile hastalığın total remisyon (belirtilerin gerilemesi) girmesi amaçlanır. Bu dönemde aileler inkar ve depresyon gibi duygusal tepkiler gösterirler. Bu tepkilerin temelinde hastalığın tekrarlamasına ilişkin korku ve remisyon süresinin belirsizliği yatmaktadır.

c) Rölaps dönemi: Aile tanı aşamasından sonra göreceli bir dengeye ulaşmış olabilir. Ancak hastalığın tekrarlamasıyla birlikte aile, hastanın ölme olasılığı ile yeniden yüz yüze gelir. Hastalığın tedaviye cevap vermediğini ve kötü prognozu gösteren rölaps durumu, ailenin gerginliğini daha çok artırır ve aile üyeleri yeniden krize girerler.

d) Terminal dönem: Son rölapsın devamı şeklindedir. Bu dönem depresyon, umudun kaybı ve kaçınılmaz sonu kabul etme ile karakterize yoğun bir kederin yaşanmasına yol açar.

Kanser hastalarının yakınlarının gösterdikleri psikolojik tepkileri ele alan başka bir çalışmada ise, kanser tanısı karşısında tüm ailenin psikolojik, fiziksel ve sosyal yönden dengesinin bozularak, ciddi bir kriz dönemine girdikleri belirtilmiştir. Bu kriz esnasında hasta yakınlarında öfke, belirsizlik, yalnızlık ve çaresizlik gibi duyguların ortaya çıktığı saptanmıştır (Tringali, 1986, s.67).

Goldenberg (1973) ise, hastanın ölme ihtimaline karşı aile üyelerinin üç aşamadan geçtiklerine dikkati çekmiştir. Bu aşamalardan ilkinde hasta yakınları yalnızlığa kendilerini alıştırmak amacıyla, hastadan kopma davranışını gösterirler. İkinci aşamada değişik koşullarda yaşamaya kendilerini hazırlarlar. Üçüncü aşamada ise yeni sosyal ilişkiler kurma çabasına girerler (Akt. Turan, 1987, s.16).

Kanser çocukluk çağında da ortaya çıkabilmekte ve ölümcül hastalık tanısı karşısında çocuk ve ailesi de çeşitli aşamalardan geçmektedirler. Bu konuda yapılan çeşitli çalışmaların sonucunda kanser gibi ölümcül bir hastalık tanısı alan çocuk ve ailesinde gözlenen psikolojik tepkiler şu şekilde sıralanmıştır (Garfinkel, Carlson, Weller, 1990, s.468).

- a) Şok ve inkar
- b) İçerleme ve kızgınlık
- c) Kendini suçlu hissetme
- d) Depresyona kadar gidebilen üzüntü
- e) Kabullenme

Ölümcül hastalığı olan çocukların geliştirdikleri duygusal reaksiyonların nedeninin araştırıldığı bir çalışmada, çocukta ölüme ilişkin belirgin bir kavramın gelişmediği bildirilmiştir. Çocukta soyut düşünme yetisi henüz tam gelişmediği için ölümün varlığı inkar edilir. Küçük çocuklar ölümü geri dönüşü olan bir süreç olarak

algılar. Ölüm ile ilgili olarak sadece acı verici tedavi girişimlerinden korkarlar. Çocuk için korku oluşturan asıl etken, anne babasından ayrılma tehdididir (Özkürkçügil, 1998, s.134).

Martinson (1983) ise çalışmasında çocukların da kanser karşısında ölüm korkusu yaşadıklarını fakat bunu açıkça ifade etmediklerini bildirmektedir. Bu çocuklar anksiyetelerini sıklıkla oyunlarında, resimlerinde yada öykülerinde sembolik olarak ifade etmeye eğilimlidirler. Çocukların bu özellikleri dikkate alınarak yapılan çalışmalarda Rudin (1988) ve Whaley (1979) kanserli çocukların anlattıkları öykülerde daha çok yalnızlık, belirsizlik, ayrılık, öfke, keder, izolasyon, korku, engellenme ve ölüm temalarını işledikleri belirlenmiştir. Bunların yanında meslek ve okulla ilgili gelişimsel endişelere de yer verdikleri saptanmıştır (Akt. Çavuşoğlu, 1989, s.4).

Kanserli çocukların korkularından söz ettiği çalışmasında Hofman, bu çocukların ayrılma, vücudun bir bölümünün kesilmesi ve ölüm ile ilgili olarak üç temel korkularının olduğunu bildirmiştir (Akt. Thomas, Craig, Martin, Abeloff, 1974, s.1323).

Kanserli çocuklar yaşamlarını tehdit eden bu hastalığa karşı psikolojik uyum sağlayabilmek için çeşitli savunma ve baş etme düzenekleri kullanmaktadırlar. En çok kullanılan savunma mekanizması da “yadsıma”dır. Yadsıma iki farklı şekilde açıklanmaktadır. Birinci açıklamada “depresyonu örtmek için kullanılan sağlıklı bir savunma mekanizması” olabileceği ifade edilmekte, ikincisinde ise “gerçekten varolan depresyonun ölçeklerle bilinçli olarak yadsınması” olabilir denilmektedir (Brawn ve diğ., 1992, s.495).

Kanserli çocukların bu hastalıkla baş etme yeteneklerinin incelendiği bir çalışmada, çocuklardaki kaygının tanıdan sonra zamanla giderek azaldığı gözlenmiştir. Bu durum çocukların zamanla baş etme becerilerinin geliştiğini ve hastalığa bu sayede psikolojik uyum sağladıklarını göstermektedir (Sözer, 1991, s.13).

Konuyla ilgili diğer bir araştırmada ise Whaley (1985), bu çocukların kronik ve ölümcül bir hastalıkla yaşamın sürekli stresi nedeniyle depresyona girmede yüksek risk taşıdıkları ve sıklıkla bu depresyonun ölüm fantazilerine yol açtığını bildirmiştir (Akt. Çavuşoğlu, 1989, s.7).

İlgili literatür incelendiğinde, hastaların ve aile üyelerinin kansere karşı psikolojik uyumlarına ve bunda etkili olan faktörlere de sıklıkla yer verildiği görülmektedir.

Kansere psikolojik uyum, kişinin kanser tanısına karşı gösterdiği bilişsel ve davranışsal yanıtlar olarak tanımlanmaktadır. Psikolojik uyum sürecinin değerlendirme ve izleyen tepkiler olmak üzere iki aşaması bulunmaktadır. Değerlendirme aşamasını, hastanın kanser tanısını nasıl karşıladığı, izleyen tepkiler aşamasını da hastalığa yüklediği gerginliği azaltmak için hastanın yaptıkları ve düşündükleri oluşturmaktadır (Greer, Watson, Moorey, 1989, s.373).

Doğrudan yaşamı tehdit eden ve kabul edilmesi güç olan kanser tanısı karşısında kişilerin psikolojik uyuma yönelik tepkileri şu şekilde özetlenmiştir (Çay, 1996, s.36).

a) Tanı aşaması: Donakalma, tanıya inanamama, kısmi yadsıma, kaygı, kızgınlık, suçlayıcı davranış ve depresif duygudurum.

b) Tedavi aşaması: Tedavi girişiminin geciktirilmesi, beden algısı ile ilgili değişiklikler, yan etkilerden korkma, kaygı, yalnız kalma eğilimi, hafif depresif duygudurum, terk edilme korkusu.

c) Tedavi sonrası iyileşme: Hastalık – tedavi sınırları içerisinde yaşama dönüş.

d) Hastalığın ilerlemesi: Yeni bilgilerin araştırılması ve çeşitli tedavi seçeneklerine dönük arayış.

e) Terminal dönem: Terk edilme, bilinmezlik, ölüm ve ağrı korkusu, varoluşçu endişeler, ölüm düşüncesine bağlı yas duygusu ve kabullenme.

Kanserin psikolojik yönlerinin incelendiği çalışmaların sonucunda kanser araştırmalarında kullanılmak üzere bir psikolojik uyum mekanizması listesi oluşturulmuş ve bu mekanizmalar şöyle tanımlanmıştır (Greer, Watson, Moorey, 1989, s.373-374).

a) Savaşma ruhu (Fighting spirit): Hastanın tanıyı tamamen kabul etmesi, kanser sözcüğünü rahatlıkla kullanması, iyimser tutum ve hastalığa meydan okuması.

b) Çaresizlik – umutsuzluk: Tanıdan başka bir şey düşünmeme, sürekli ağlama, ölüm düşünceleri ve karamsar tutum.

c) Bunaltılı aşırı uğraş: Tanıya çökkünlük eşliğinde yaygın ve belirgin bunaltı ile yanıt verme, bilgi arama ama yanıtları olumsuz değerlendirme, alternatif sağaltımlara yönelme.

d) Kadercilik/stoik kabullenme: Tanıyı kabul etme, araştırmama, kaderci ve kabullendirici tutum.

e) Kaçınma / inkar: Hastanın ya tanıyı kabul etmemesi ya kanser sözcüğünü kullanmaması yada tanıyı kabul etmesi ama önemini yadsıması tutumu.

Bir başka çalışmada ise ölümcül bir hastalıkla karşılaşan bireyin, duruma psikolojik uyum sağlamak ve sorunun üstesinden gelebilmek için harcadığı çabalar genel olarak 4 grupta toplanmıştır (Okyayuz, 1995, s.187).

a) Bilgi edinme: Hastalıkla ilgili bilgi edinme, emasyonel yaşamın düzenlenmesine ve self concept'i (kendilik kavramı) güçlendirerek, self esteem'in (kendilik değeri) sürdürülmesine yardım eder.

b) Doğrudan eyleme girme: Hastalığın tedavisi için uygun yerlere başvurmak bu çabalar içerisinde yer alır. Bireyler eylemde bulunabildikleri durumlarda, kendilerinde kaygı yaratan, içinde bulundukları ortama egemen oldukları onu kontrol edebildikleri duygusunu yaşarlar.

c) Eylemin ketlenmesi: Bireyin içinde bulunduğu durumla başa çıkmakta kendisi için tehlikeli olabilecek şaşırtıcı ve impulsive davranışlarda bulunmasıdır.

d) İntrapsişik çabalar: Kanseri hastalar ve diğer ölümcül hastaların ölüm korkusunu bastırmakta kullandıkları yaygın inançlar bu çabalar içerisinde sayılmaktadır.

Kanser teşhisi karşısında hem hasta hem de ailesinin çeşitli duygusal tepkiler göstererek hastalığa psikolojik uyum sağlama çabaları, her zaman başarılı bir sonuç vermeyebilir. Çünkü kanser hala ölümü çağrıştıran, tedavisi olmadığı düşünülen ve ürküten bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Kanser gibi prognozu iyi olmayan, ölüm tehdidi oluşturan ve vücutta kalıcı bozukluklar oluşturan bir hastalık, hasta ve ailesinde psikolojik uyumla ilgili sorunlara neden olabilir.

Kanser tanısı konan hasta iki büyük tehditle karşı karşıya kalmaktadır. Bunlardan birisi, ölümle eşanlamlı tutulan hastalığın kendisidir. Diğer ise, vücut bütünlüğünün ve beden imgesinin bozulmasına yol açan cerrahi girişimlerdir. Tek başına bile kişide psikolojik sorunlar oluşturabilen bu iki tehdidin birlikte olduğu durumlarda ise birey üzerindeki etkileri daha da güçlenmekte ve ciddi psikolojik bozukluklara yol açmaktadır (Graydan, 1981, s.1124).

Kanserli hastalarda gözlenen psikolojik bozuklukların incelendiği bir çalışmada, kanser tanısı karşısında kişilerin uyuma yaramayan psikolojik tepkileri şu şekilde özetlenmiştir (Çay, 1996, s.36).

- a) Tanı aşaması: Kesin yadsıma ve tedaviyi reddetme yada ölümün kaçınılmaz olabileceği düşüncesiyle tedaviyi reddetme.
- b) Tedavi aşaması: Tedavi boyunca beden algısı ile ilgili değişiklikler ve uzamış yas reaksiyonu, ameliyat sonrası reaktif depresyon.
- c) İyileşme aşaması: Kaygı ve depresif duygudurum.
- d) Tekrarlama aşaması: Majör depresyon
- e) Terminal dönem: Majör depresyon ve akut deliryum.

Hastalığın her aşamasında normal kabul edilebilecek tepkilerin yanında yukarıda özetlenen ruhsal bozukluklarda önemli oranda ortaya çıkabilmektedir. Bunlara hastalardaki ciddi tıbbi sorunlar ve hasta yakınlarının benzer uyum güçlükleri de eklenebilmektedir.

Maquire (1985), kanser hastalarının önemli bir bölümünde normal reaksiyonların ötesinde “psikiyatrik bozukluk” olarak nitelendirilebilecek tabloların söz konusu olabileceğini bildirmektedir. Maquire, kanserli hastalarda görülen psikiyatrik sorun alanlarını; duygu durum ve anksiyete bozuklukları, beden imajı ile ilgili sorunlar, cinsel işlev sorunları ve bilişsel bozukluklar şeklinde sıralamaktadır (Akt. Özgüven, 1996, s.2).

Kanserli hastalarda, duygudurum bozukluklarına yol açan etmenlerin incelendiği bir çalışmada, depresyona neden olan faktörler arasında baş edilemeyen ağrılar, bazı kemoterapötik maddeler, ailede depresyon öyküsü, kişilik etmenleri, hastalığın ileri evrede ve kötü prognoza sahip olması, hastanın hastalığa yaklaşım biçimi, içinde bulunulan yaşam dönemi ve kanser seyrindeki belirli dönüm noktaları sıralanmıştır (Cimilli, 1998, s.12).

Depresyon ile ağrı arasındaki ilişkiye dikkati çeken bir çalışmada ise, ağrısı olan kanser hastalarının, diğer hastalara göre daha depresif, saldırgan ve düşmanlık (hostilite) duygularının daha fazla olduğu bildirilmektedir (Kutlutürkan, 1994, s.5).

Kanserli hastalarda gözlenen depresyon oranları kanserin türüne göre farklılık gösterebilmektedir. Depresyon görülme olasılığının yüksek olduğu kanser türleri arasında ilk sırayı mide bağırsak sistemi kanserleri almaktadır. Bunu baş-boyun ve

jinekolojik kanserler izlemektedir. Depresyon oranları pankreas kanserinde %50, orofarinks kanserinde %40, meme kanserinde %26 olarak saptanmıştır (McDaniel, Musselman, Nemeroff, 1997, s.360).

Meme kanseri olan kadınlarda ortaya çıkan duygudurum bozuklukları arasında en sık gözlenen depresyondur. Kendini çökkün hissetme, keder, sürekli yorgunluk hissi, intihar düşünceleri, düşmanca duygular, iştah azalması, kolay ağlama, benlik saygısında azalma, ilginin azalması ve isteksizlik başlıca depresyon belirtileridir. Bunun yanında alkol ve ilaç kullanımlarının artması da görülebilmektedir (Markel, 1971, s.1677).

Dünya Sağlık Teşkilatı tarafından sunulan bir raporda kanser hastalarında gözlenen depresyon, anksiyete ve öfkenin nedenleri incelenmiştir. Sonuçta, ailedeki yerin kaybı, umutsuzluk hissi, kronik yorgunluk, uykusuzluk ve sosyal pozisyon kaybının depresyona; tanıda gecikme, doktorlara ulaşamama ve tedavinin başarısız olması öfkeye; ölüm korkusu, ağrı korkusu, ruhsal huzursuzluk ve geleceğin belirsizliğinin anksiyeteye neden olduğu bildirilmiştir (Edirne, 1992, s.18).

Psikolojik bozukluklar ile çeşitli bedensel hastalıklar arasındaki ilişkiyi araştıran ilk büyük çalışma Kellerman ve ark. (1980) tarafından gerçekleştirilmiştir. Onlar kanser gibi ciddi ve kronik hastalıkların psikolojik bozukluklara neden olduğuna dair bir kanıt bulamamışlardır (Akt. Sözer, 1991, s.10).

Oysa incelenen literatür taramasında Thomas ve ark. (1974), Maquire (1985) ve Çay (1996) gibi pek çok araştırmacı çalışmalarında, kanser ile psikolojik bozukluklar arasında bir ilişkinin varlığından söz etmektedirler. Bu çalışmalarda kanserin ciddi davranış bozuklukları veya nevrotik bozukluklara yol açtığı ifade edilmektedir.

Kanserli olmaya karşı bireyin gösterdiği duygusal tepkiler normal sınırlardan uzaklaşarak patolojik hale geldiğinde, hastanın yaşam kalitesini düşürmekte, hastalığı yenme mücadelesinde onu güçsüz bırakmakta ve tedavi ile ilgili doğru kararlar almasını engelleyerek tedaviye olumsuz etki yapabilmektedir. Bu nedenle kanserin hasta ve yakınlarında oluşturduğu duygusal tepkiler, bu konuda çalışan psikologların yanı sıra onkoloji ünitelerinde çalışan diğer tedavi ekibini de yakından ilgilendirmektedir.

Terminal dönemdeki hasta karşısında hekim alışlagelmiş ve benimsenmiş olan tedavi edici rolü yerine yeni bir rolü, hastanın ölümüne kadar rahatlatılması ve yaşam kalitesinin artırılması işlevini yüklenmek zorunda kalmaktadır. Bu aşamada yeni ve yabancı rolü yüklenen hekimin uyum güçlükleri arasında; hasta ile ilişkiler, hastanın ailesi ile ilişkiler ve ölümcül hastaya karşı yaklaşım ve tedavisi konusunda eğitim yetersizliği gibi konular bulunmaktadır (Çay, 1996, s.36-37).

Hekimlerin ölmekte olan hastalara yönelik tutumlarının ve bu konudaki eğitim ve destek ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada, 461 hekime ölmekte olan hastalar için Tutum Ölçeği uygulanmıştır. Sonuçta hekimlerin ölmekte olan hasta ve ailesiyle ilgili duygu, tutum ve iletişim güçlükleri yaşadıkları ortaya konulmuştur (Özkan, Kulaksızoğlu, Alçalar, 1998, s.34).

Martucci (1968) stajyer hemşireler üzerinde yaptığı bir araştırmada, staja çıkan hemşire adaylarının en önemli stres kaynakları arasında ölümcül hasta karşısında ne yapacağını bilememe, hastanın öfke ve saldırganlığı karşısında nasıl bir tavır alacağını bilememe ve bilgi yetersizliği gibi noktaların olduğunu belirtmektedir (Akt. Terayke, 1985, s.12).

Hasta – hemşire ilişkilerinin ele alındığı bir başka çalışmada ise, ağrısı olan kanser hastalarının hemşirelerden beklentileri araştırılmıştır. Sonuçta, hastaların ilgi, anlayış, hoşgörü ve günlük aktivitelerinde kendilerine yardımcı olunması gibi davranış biçimleri üzerinde yoğunlaştıkları gözlenmiştir (Kutlutürkan, 1994, s.68).

Larson ve ark (1998) 53 kanser hastası ve bunlarla çalışan personel üzerinde yaptıkları bir çalışmada, personel ve hastaların çeşitli korunma davranışlarının önemi konusunda güçlü fikir ayrılıklarına sahip olduklarını saptamışlardır. Sonuçlar, hastalarla iletişimde personelin neyin önemli olduğu konusunda doğru kararlar verebilmeleri için özel bilgiye ve yeteneğe sahip olmadıklarını göstermiştir.

Weisman (1972) ölmesi beklenen bir grup kalp ve kanser hastası ile bu hastaların tedavisinden sorumlu sağlık personeli üzerinde yaptığı bir çalışmada, hastalar ile tedavi ekibi arasında ileri derecede iletişim bozukluğu olduğunu ortaya koymuştur (Akt.Turan 1987, s.165).

Hemşirelerin ölümle karşılaşmalarında gözlemlenmiş olan bazı sorunlarının neler olduğunu saptamak, bu konuya ilişkin görüş ve uygulamalarını incelemek amacıyla 125 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmanın değerlendirilmesi sonucunda

ise, hemşirelerin ölümü kabullenmede, hasta yakınları ile karşılaşmada, ölüm haberini bildirmede güçlükleri olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada hemşireler aldıkları eğitimi yeterli bulmadıklarını ve bu konuda eğitim gereksinimleri olduklarını bildirmektedirler (Ökdem, 1978, s.41).

Yukarıdaki çalışmaların da gösterdiği gibi kanser hastası ve ailesi ile karşılaşmak tedavi ekibi için büyük bir stres kaynağı oluşturmaktadır. Tedavi ekibi kanserli hasta ve ailesine karşı nasıl bir tutum izlemeleri gerektiği konusunda endişeler yaşamaktadır. Bu durum hasta ile tedavi ekibi arasındaki ilişkilerin niteliğinin incelenmesinin ne derece önemli bir konu olduğunu göstermektedir.

Robinson (1972), hasta ile aralarındaki ilişkide tedavi ekibinin dikkat etmesi gereken noktaları şu şekilde sıralamıştır (Akt. Ökdem, 1978, s.11).

- a) Ulaşılabilir ve insani olun, olanaklar ölçüsünde zamanı bu hasta ile geçirin.
- b) Hastanın, hastalığının gidişini düşünmesine izin verin ve hasta ölümünü konuşmak isterse konuyu değiştirmeyin. Eğer hasta inkarı kullanıyorsa bu savunmasını da yıkmaya çalışmayın.
- c) İçinde bulunulan zamana yoğunlaşın.
- d) İletişimi açık tutun.

Onkoloji kliniklerinde çalışan hemşire ve doktorların şüphesiz en büyük endişeleri, hasta ve ailesine kanser tanısının bildirilmesi olmaktadır. Hastalara tanılarını konusunda açıklama yapılmasının zorunlu olduğu artık kabul edilmiş olmasına karşın ölümcül tanının söylenip söylenmemesi konusunda farklı görüşler bulunmaktadır.

Kanser teşhisinin hastaya söylenip söylenmemesi, 1950'lere kadar tartışma konusu olmuş ve tanının hastaya söylenmemesi gerektiği kabul edilmiştir. Daha sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda hastaların kendi tanılarını bilmek istedikleri fakat doktorların tanıyı söylememeyi savundukları ortaya konulmuştur (Pienschke, 1973, s.484).

Kanserli hastaların sağaltımı söz konusu olduğunda hastaya ne söyleneceği? ve nasıl söyleneceği? sorusu hemen gündeme gelir. Bazı hekimler her zaman açıkça söylemek, bazıları da asla söylememek yanlısıdır. Klinik çalışmalar bilgilendirilmiş hastaların sağaltıma daha yüksek oranda uyum gösterdikleri, bununla birlikte tanıyı söyleme zamanının hasta ve ailesinin kanser ile baş etmesi bakımından önemli olduğunu göstermektedir (Elbi, 1991, s.62).

Bu konuda yapılan bir araştırmada, kanserli hastalar ve bu hastalarla çalışan hemşire ve doktorların, lml tanının hastaya söylenip sylenmemesine ilişkin görüşleri uygulanan anket yoluyla alınmıştır. Sonuçta, hasta, hemşire ve doktorların hastaya tanıyı söylemeden önce hastanın bu durumu kaldırabilecek gte olup olmadığının değerlendirilmesi, buna karşın ölüm tarihine ilişkin bilginin verilmemesi gerektiği görüşünde birleştikleri saptanmıştır (Başaran, 1987, s.52-53).

Fadıloğlu ve diğ. (1987) ise, kanserli hastalarla çalışan hemşire ve doktorların hastalara açıklayıcı yaklaşımlarını inceledikleri çalışmalarında, doktorların %52.4'ünün, hemşirelerin ise %73.4'ünün kanser tanısını hastaya söylemekten kaçındıkları ve kanserli hasta ile çalışmaktan dolayı endişe duydukları belirtilmiştir.

Amir (1987), kanser teşhisini söylemede doktorların kullandıkları yöntemler hakkında üç faktörün etkili olduğunu belirtmektedir. Bunlar hastanın karakteri, hekimin karakteri ve hastalığın derecesidir. Amir İsrail'de yaptığı çalışmasında, doktorların teşhisi açıklarken; hastanın hastalığını öğrenmede istekliliği, bunu kaldırabilme gücü ve bilinliliğine dikkat ettiklerini belirlemiştir. Araştırmacıya göre, teşhisi açıklamada doktorun inançları, karakteri, kanserle ilgili kişisel bir deneyim geçirmiş olup olmaması, okuduğu okul ve çalıştığı hastanenin politikası etkili olmaktadır. Yaş olarak daha genç doktorların teşhisi açıklarken daha yaşlı olan doktorlardan karamsar bir tablo çizdikleri belirlenmiştir (Akt. Türküm, 1989, s.20).

Kanser hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada tedavi ekibinin tanıyı söylemede hastalara karşı ne derece dürüst ve açık olurlarsa, hastaların da o oranda tedavi ekibine güvenlerinin artacağı, tedavi konusunda ekibe yardımcı olacakları ve tedaviye daha çok katılacakları böylece hastalar ve tedavi ekibi arasında sağlıklı bir iletişimin gelişeceği belirtilmiştir (Pienschke, 1973, s.489).

Tanıları söylenilmeyen yada tanıda gecikme olan hastalar, hastalıklarının nedeninden kuşkulanmakta ve durumları bir kesinliğe kavuşturulmadıka durumlarının umutsuz olduğunu düşünmektedirler. Çoğu hasta tanısını bilmemenin, tanılarını bilmekten çok daha kötü olduğunu belirtirler. Sağlık personeli ise tanıyı saklamakla hastayı sarsıcı bir haberden koruduklarına inanırlar. Oysa hasta ile tedavi ekibi arasındaki açık szllğn tüm alanlardaki iletişim yollarını açık tuttuğu ve hastaların tedavi ekibine güvenini arttırdığı ve hastanın tüm enerjisini iyileşmek için kullandığını belirtmek gerekir (Kutlutürkan, 1994, s.9).

Kanserli çocukların ve ailelerinin hastalık ve tedaviye ilişkin bilgi ihtiyaçlarının araştırıldığı bir çalışmada ailelerin hastalık, tedavi ve prognoza ilişkin bilgi gereksinimlerinin olduğu ve eğitim düzeyi arttıkça bilgi gereksiniminin azaldığı görülmüştür. Aynı çalışmada ailelerin, çocuklarına hastalıklarını açıklama şekli genellikle hastalığın ismini ve belirtilerini söyleyip, niteliği konusunda konuşmama yada hastalıklarını farklı şekilde açıklama biçiminde olduğu görülmüştür (Çavuşoğlu, 1989, s.112).

Tanının aileye bildirilmesinden sonra, çocuğu, yaşının elverdiği ölçüde hastalığının tanısından haberdar etme kararı genellikle aileye aittir. Fakat ailelerin çoğunluğu kendileri için tehlikeli buldukları bu bilgiyi çocuklarından saklarlar. Çocukların büyük bir kısmı hastalıklarının adını bilmedikleri gibi kendilerini nelerin beklediklerini de bilmezler. Ancak ailenin kaygısı ve üzüntüsü kötü bir şeylerin olduğunu anlamaları için yeterli olmaktadır. Özellikle ergenlerde, hastalığı hakkında bilgi sahibi olmayan genç için hastane ortamıyla karşılaşma hastalığının ciddiyetinin ilk elle tutulur kanıtıdır. Adolesanlarda hastalığı hakkında bilgi verilmediği takdirde, hastaneye yatış başka anlamlar kazanıp daha başlangıçta psişik bir travma olarak yaşanmaktadır (Kayaalp, 1995, s.114).

Kanser tanısını hastaya söylerken hekimin dikkat etmesi gereken noktalar şu şekilde belirtilmiştir (Hersh, 1985, s.2051).

1. Tanıyı söylemek için hasta ile birden fazla görüşme planlanmalıdır.
2. Hekim, hastanın geçmiş yaşantısını ve aile öyküsünü mümkün olduğunca iyi bilerek tanıyı söylemelidir.
3. Hekim tanıyı söylemeden önce asıl hedefinin, hastanın fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü korumasına yardımcı olmak olduğunun bilincinde olmalıdır.
4. Hastanın kişiliği, inançları, iletişim biçimi, ailesi ve yaşı bilinerek yalnız mı yoksa aile ile mi görüşüleceğine karar vermelidir.
5. Hekim hastanın kültürel özellikleri, dil ve yaşına uygun olarak görüşmeli, eğitim düzeyi yüksek hastalarda bile tıbbi terimler kullanmaktan kaçınmalıdır.
6. Hekim görüşme süresince hasta ve aileye ne anladıklarını sormalıdır. Bu şekildeki bir uygulama, yanlış anlamaları saptamayı kolaylaştırır.
7. Hekim hastayı dinlediği kadar, davranışlarını da gözlemelidir.

8. Hasta hekime tüm korku ve endişelerini hemen söylemeyecektir. Daha sonra akla gelebilecek soruların, hasta tarafından listesi yapıp bir sonraki görüşmeye getirilmesi istenmelidir.

9. Hastanın tanıya kendi tarzı içinde uyum göstermesi için zaman tanınmalı, müdahale etmeden hasta bir süre gözlenmelidir.

10. Tanıya kötü uyumlu tepkiler ve psikolojik zorlanmalar gözlenirse hastaya yardımcı olunmalıdır.

Hastalar ile tedavi ekibi arasındaki ilişkileri vurgulayan çalışmaların sonuçlarına bakarak, günümüzde hasta ve yakınları ile tedavi ekibi arasındaki ilişkilerin nitelik açısından değiştiğini söylemek mümkündür. Bu durum hasta ve yakınlarına tedavi ekibiyle ilişkilerinde yeni haklar, tedavi ekibine ise yeni ve daha büyük sorumluluklar getirmektedir. Bu sorumluluklar tedavi ekibinde bir tür stres yaratabilir. Özellikle hasta ve yakınlarıyla yoğun bir şekilde ilgilenmekten kaynaklanan kronik duygusal gerginlik çalışan personelde tükenmişliğe neden olabilir.

Whippen (1991) ve Wilkinson (1995) bu konudaki bir çalışmalarında, Onkoloji kliniklerinde çalışan personelin tükenmişlik durumlarını incelemişlerdir. Sonuçta personelde tükenmişliğe neden olan faktörlerin; hastaların durumlarının ağır olması, hastaların beklentilerinde artma, yeterince iyi bakım verememe, yapılanların sonucunu kontrol edememe, hastaların ölmesi, hasta ailesine yönelik sorunlar, araç-gereç ve eleman yetersizliği, iş yükünün fazla olması, ekip elemanları ile iletişim sorunları ve amirler ile hastalar tarafından takdir edilmeme gibi başlıklar altında sıralandığı görülmüştür (Akt. Işıkhani ve diğ., 1998, s.147).

“Umudu yok etmeden gerçeği kabullendir” sözü, kanser hastaları ile çalışan personelin yaptığı ve yapmaları gereken işleri hatırlatması bakımından, kişinin doğrudan kendisini ölüme götüren bir hastalığa psikolojik uyumunda yardımcı olabilecek destek sistemlerinin kullanılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Son yıllarda kanserle ilgili literatürü incelediğimizde “Sosyal Destek Sistemleri” kavramına sıklıkla yer verildiği görülmektedir. Psikolojik desteğin yanında sosyal desteğinde hastalığa uyum sağlamada etkili olduğu üzerinde durulmaya başlanmıştır.

Sosyal destek; kişilerarası ilişkiler ve toplumsal imkanlar yoluyla hasta ve ailesini yaşamlarında karşılaştıkları ciddi sorunların olumsuz etkilerinden korumayı amaçlayan çeşitli etkinlikleri ifade eden bir terimdir. Kanser hastasının ruh ve beden

sağlığının korunmasında, iyileşerek çeşitli sorumluluklarını yerine getirebilmesinde, moralinin yükselmesinde ve çevresi tarafından sevildiği ve değer verildiği duygusunun güçlenmesinde sosyal destek sistemlerinin önemli bir katkısı olduğu yapılan çalışmalarla da ortaya konulmuştur (Worthman, 1984, s.2356).

Sosyal destek sistemlerinin hasta ve ailesine sağlayacağı katkılar yapılan çalışmalar sonucunda şu şekilde özetlenmiştir (Turan, 1993, s.126).

a) Duygusal yönden destekleme: Hastaya sevildiği, değer verildiğini ifade eden cesaret verici ve moral arttırıcı söz ve davranışları içerir.

b) Onaylama-takdir etme: Hastanın duygularını, düşüncelerini, davranışlarını, planlarını ve yorumlarını kabul etme, övme ve değerli bulma ve hastayı hastalık düşüncesinden uzaklaştırma şeklindedir.

c) Bilgi verme: Hastaya hastalığı, tedavi yolları, kullanabileceği toplumsal hizmetler, imkanlar ve programlar hakkında bilgi aktarmayı kapsar.

d) Araçsal destek: Hastaya maddi yardım sağlama, iş bulma, kurum bakımından yararlandırma gibi etkinlikler şeklindedir. Hastaya yaşadığı toplumun bir parçası olduğu mesajını verir.

Sosyal desteğin insanlar üzerindeki etkisine ilişkin yapılan bir açıklamada; bu şekildeki bir desteğin insanlar üzerinde stresin etkisini azalttığı, fiziksel ve ruhsal hastalıkları önlediği, organik hastalıkların ve psikiyatrik belirtilerin iyileşmesinde önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir (Worthman, 1984, s.2339).

Kanser olduğunu öğrenen birey pek çok kararlar vermek zorunda kalmaktadır. Bu travmatik yaşantı hastanın kendi tedavisine aktif olarak katılmasını zorlaştırır. Bu durumda hastaya yapılacak en iyi yardım onun profesyonellerce psikolojik yönden desteklenmesi olacaktır.

Kansere psikolojik uyum ile kanserin prognozu arasında anlamlı bir ilişki olduğu birçok çalışmada vurgulanmıştır. Hasta ve yakınlarının hastalığa uyum sağlamalarına yardımcı olabilecek baş etme yöntemleri; tanı için gerekli olan tetkiklerin yapıldığı dönem, tanıya uyum dönemi, tedavi ve işlev kaybı düzeyine göre yaşantının yeniden düzenlenmesi döneminde farklılık göstermektedir. Hastalığın ilerlemesi durumunda hasta ve yakınlarının bu döneme hazırlanması ve ego destekleyici baş etme yöntemleri önerilmektedir. Hastanın iyileşmesi durumunda ise

yaşamına yeniden anlam kazandırma, toparlanma, iş yada okula hazırlanma ve çevrenin kansere karşı yaklaşımı ön plana çıkmaktadır (Adams-Greenly, 1986, s.449).

Aquilere (1974), kanser teşhisini almış ve psikolojik zorlanmalar yaşayan hastalara nasıl yardımcı olunacağını klişeleştirdiği denge kuramına dayalı olarak açıklamıştır. Buna göre, kanserle karşı karşıya kalan bireyin yaşadığı kaygı ve depresyon sonucunda psikolojik dengesi bozulur. Bireyin psikolojik dengesinin yeniden sağlanarak kaygı ve depresyonun giderilebilmesi için öncelikle hastanın durumu tanımlanır. Daha sonra destek kaynakları tespit edilerek işlemeyen yada yanlış işleyen mekanizmalar değiştirilir. Böylece hastanın psikolojik krizden çıkarak hastalığına ve tedaviye uyumunun sağlanması yoluyla denge yeniden kazanılır (Akt. Üre, 1991, s.207).

Young-Brockopp (1982) tarafından kanser hastalarına sağlanacak yardımın niteliği konusunda yapılan bir çalışmada, hastalara ne tür bir yardıma gereksinim duydukları sorulmuş ve sonuçta, hastaların kendilerini dinleyen birilerinin olmasına, benlik saygılarını yeniden kazanmaya, duygusal durumlarının desteklenmesine ve ümitlerinin devamının sağlanmasına gereksinim duydukları belirlenmiştir.

Elbi (1997), kanser hastalarında psikiyatrik sorunlar ve bunların sağaltımı konusunu ele aldığı çalışmasında, kanser hastalarında yararlılığı gösterilmiş psikolojik tedavi yöntemlerini, bilgilendirme, davranışçı eğitimler, bireysel ve grup terapileri şeklinde sıralamıştır. Krize müdahale modeline dayanan, kısa süreli psikoterapinin, tanının ilk koyulduğu yada metastazın ortaya çıktığı kriz dönemlerinde etkili olduğu ve psikoterapi ile hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyinde azalma, yaşam kalitesinde artma ve kendini daha iyi hissetme şeklindeki bir durumun yaşandığı belirtilmektedir.

Konuyla ilgili bir başka çalışmada ise kanser hastalarında kullanılan psikolojik tedaviler dört grupta sınıflandırılmıştır (Cimilli, 1998, s.12).

a) Kendine yardım (self-help) grupları: Hastalar birbirlerine deneyimlerini aktarır ve destek olurlar. Bazı gruplara aileler de katılır.

b) Uzun dönemli bireysel ve grup psikoterapileri: Ego gücü yetersiz hastalarda, hastalığın başlangıç ve alevlenme dönemlerinde anksiyete baskılayıcı (destekleyici) psikoterapiler; zeki ve iç görülü hastalarda, hastalığın belirtilerinin gerilediği iyileşme dönemlerinde anksiyete çıkarıcı (derinliğine araştırıcı) psikoterapiler önerilmektedir.

c) Bilişsel – davranışçı tedaviler: Genellikle ağrı, bulantı, iştahsızlık gibi belirtilere yöneliktir. Uygulanan yöntemler arasında gevşeme egzersizleri, biofeedback, sistematik duyarsızlaştırma, hipnoz, imgelem (imagery) ve telkin yer almaktadır.

d) Krize müdahale: Eğitim ağırlıklıdır. Özellikle tanı aşaması, tedavi başlanıcı ve tedavi başarısızlığı gibi kritik dönemeçlerde kullanılması yararlıdır.

Kanserde uygulanan psikolojik tedavi yaklaşımlarının hepsinden bahsetmek mümkün değildir. Fakat şu bir gerçektir ki konuyla ilgili araştırmaların da gösterdiği üzere son on yıldır kanser hastalarının ve ailelerinin psikososyal sorunları üzerine olan ilgide bir artışın olması hem hasta ve ailesi hem de bu alanda çalışan araştırmacılar ve tedavi ekibi için önemli bir gelişmedir. Ancak bu alanda daha sağlıklı veriler elde etmek ve çözüme gidebilmek için ölçme araçlarının zenginleştirilmesine ve daha gelişmiş organizasyonlarla uzmanların eğitimine gereksinim duyulmaktadır.

2.2. TÜRKİYE'DE KONU İLE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Günümüzde tıp alanındaki gelişmeler nedeniyle kanser hastalarının yaşam süreleri artmıştır. Bunun sonucu olarak kanserin hasta ve ailesi üzerindeki psiko-sosyal etkileri daha da önem kazanmıştır. Fakat Türkiye'de hasta ve yakınlarının psikolojik sorunlarını birlikte ele alarak inceleyen çok az sayıda araştırmaya rastlanmıştır. Yapılan araştırmalar daha çok kanser hastaları ve bu hastaların bakımından sorumlu tedavi ekibinin karşılaştıkları psikolojik sorunlar üzerinde yoğunlaşmıştır.

Orhon (1973), kanserli hastaların hastalıkları hakkındaki yorumlarını araştırdığı çalışmada, çeşitli fiziksel hastalığı olan kişilerle kanserli hastaları karşılaştırmıştır. Açık uçlu soru ve cevaplarla yürütülen çalışmada her iki grubunda kendi öz geçmişlerindeki travmatik ve acılı yaşantıları ile hastalıkları arasında bir bağlantı kurdukları ve cevapların her iki grup içinde %70 oranında üzüntü, ağır iş ve sıkıntı gibi stres oluşturan olumsuz nedenlere bağlandığı saptanmıştır.

Enbiyaoğlu ve Koptagel (1973), ölüm tehlikesi gösteren hastalıklar karşısında hastaların psikolojik tepkilerini inceledikleri araştırmalarında, 32 kanserli hasta ile 28 kötü huylu olmayan fakat ağır klinik tablo gösteren hastalıklara yakalanmış 60 hasta üzerinde anket uygulaması ve psikiyatrik görüşme yapmışlardır. Sonuçta iki grup arasında hastalığa karşı gösterilen psikolojik tepkiler arasında belirgin bir fark bulunamamıştır. Araştırmacılara göre bu sonuçta, her iki grupta da hastaların ağır bir klinik tablo içinde bulunuyor olmaları etkili olmuştur. Aynı araştırmada kanserli hastalarda kültür düzeyi yükseldikçe ümitsizlik duygusunun arttığı bildirilmiştir. Bu sonuç, düşük kültür düzeyine sahip kanser hastalarının, hastalıklarının kötü huylu olduğunu bilmedikleri fakat kültürce üst düzeyde bulunan hastaların kanser konusunda daha çok bilgiye sahip oldukları şeklinde yorumlanmıştır. Bu durum hekim ve diğer tedavi ekibinin hastaları bilgilendirme konusunda nevroitik kaygılı bir tutum içersinde olduklarını da ortaya çıkarmıştır. Cinse göre yapılan ayrım da ise, her iki grupta da kadınların hastalıkları karşısında erkeklere oranla daha fazla kaygı, korku ve üzüntü yaşadıkları bulunmuştur.

Aslanoğlu (1978), kötü huylu tümör saptanan bir grup hastada hastalığa yakalandıkları tıbbi yönden tespit edildiği tarihten önceki bir senelik sürede, yaşadıkları olaylar ve bu olayları nasıl algılayıp değerlendirdiklerini sağlıklı grupla karşılaştırmıştır. Çalışmada "Saranson'un Yaşam Değişimleri Anketi" kullanılmıştır.

Sonuçta, kanser hastalarının sağlıklı kişilere göre son bir sene içerisinde yaşamlarında daha çok değişimlerin yer aldığı yaşadıkları stresi daha güçlü olarak algıladıkları ve yaşam değişimlerinin etkisinde daha çok kaldıkları saptanmıştır. Cinsiyet açısından da kadınların erkeklere göre yaşam değişimlerin daha çok etkilendikleri ve bu etkilerin uzun süreli olduğu belirtilmiştir.

Turan (1987), kanserli hastaların kaygı ve depresyon düzeylerini dahili kliniklerde yatan hastalarla karşılaştırdığı araştırmasında, veri toplama aracı olarak "Back Depresyon Ölçeği, Durumluk Kaygı Ölçeği ve hastaların demografik özelliklerini gösteren soru formundan yararlanmıştır. Çalışmaya yüksek okul mezunları ve okuma-yazma bilmeyenler alınmamış ve deneklere 20-55 yaş sınırlaması getirilmiştir. Araştırmanın sonucunda, kanserli hastaların depresyon puanları, diğer gruptan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kanserli hastalar arasında depresyon puanları açısından yaşa göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Fakat eğitim düzeyi, ekonomik durum, aile büyüklüğü ve hastalık süresi açısından ortaya çıkan fark anlamlı bulunmamıştır. Aynı çalışmada kaygı puanları açısından kanserli hastalarla kontrol grubu arasında önemli bir fark bulunmamıştır. Bu sonuç araştırmacı tarafından hastanede yatmayı gerektiren bir hastalık durumunun tüm hastaları kaygılandıracağı biçiminde yorumlanmıştır.

Bu araştırma kanser hastalarının, hastalıkları nedeniyle yoğun bir kaygı ve depresyon içerisinde bulunduklarını doğrulamaktadır. Bu nedenle kliniklerde yatan kanser hastalarının tedavi sürecinde farmakolojik tedavinin yanı sıra psikolojik danışma ve grup rehberliğinin de üzerinde durulması gerekmektedir. Tedavi sürecinde tıp elemanların yanı sıra sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar da görev almalıdır.

Türküm (1989), kanser hastalarının kaygı düzeyleri üzerinde hastaların bazı demografik özellikleri ile yakınlarının uyum düzeylerinin etkisini araştırdığı çalışmada; Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI TX-I ve II), Hacettepe Kişilik Envanteri ve kendisi tarafından hazırlanan Soru Formunu kullanmıştır. Araştırmanın sonucunda hasta yakınlarının uyum düzeylerinin düşük, orta ve yüksek olmasının hastaların sürekli kaygılarını etkilemediği, buna karşın durumluk kaygı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etki oluşturduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada hastalara ilişkin çeşitli demografik özelliklerin hastaların kaygı düzeylerine etkisinin incelenmesi sonucunda, medeni durum, cinsiyet ve yaş gruplarına göre hastaların sürekli kaygı puanları arasında anlamlı bir fark olmamasına karşın; öğrenim durumları

açısından ortaya çıkan fark anlamlı bulunmuştur. Hastaların durumluk kaygıları üzerinde öğrenim durumu, yaş ve medeni durumun etkisi önemsiz bulunurken; cinsiyete göre yapılan ayırmda kadın kanser hastalarının puanı, erkek hastalardan önemli derecede yüksek bulunmuştur.

Yapıcı ve ark. (1989), meme kanserli hastaların psikolojik durumlarını değerlendirmek amacıyla yaptıkları bir çalışmada, 71 mastektomi ameliyatı geçirmiş hastaya Belirti Tarama Listesi uygulamışlardır. Araştırmada kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete, Hostilite ve Somatizasyon alt ölçekleri için ayrı bir değerlendirme yapılmıştır. Sonuçta hastaların %58'inde Depresyon, %50'sinde kişilerin sosyal ilişkilerinde bir tıkanıklık olduğunu gösteren Kişilerarası Duyarlılık, %46'sında Somatizasyon, %35'inde Anksiyete ve %28'inde Hostilite puanları kesin puanının üzerinde bulunmuştur. Aynı çalışmada evli olan kadınların, evli olmayanlara göre 5 psikolojik boyuttan aldıkları puanlar yüksek olmakla birlikte, en anlamlı sonuç anksiyete boyutunda bulunmuştur.

Yurt (1988), meme kanseri olan kadınların mastektomi öncesi ve sonrasında gösterdikleri duygusal tepkileri incelediği çalışmasında, veri toplama aracı olarak Belirti Tarama Listesi (SCL-90) ve hemşireler için geliştirdiği soru formunu kullanmıştır. Elde edilen bulgulara göre kanser hastaları mastektomi öncesinde ve sonrasında depresyon, anksiyete, kişilerarası duyarlık ve obsesif kompulsif uğraşlar alt boyutlarından yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Ayrıca hastaların eğitim düzeyinin yükselmesi ve evli olmasının Depresyon ve Kişilerarası Duyarlılık puanlarının yüksekliği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aynı araştırmada varılan bir başka sonuçta, kanserli hastaların tedavi gördüğü kliniklerde görev yapan hemşirelerin büyük bir bölümünün hastaların psikolojik durumlarının farkında oldukları ancak hastaya yardımcı olmada yetersiz kaldıklarıdır.

Üre (1989), Grupla psikolojik danışma ve grup rehberliğinin kanserli hastaların psikolojik rahatsızlıkları üzerindeki etkisini araştırdığı çalışmasında 60 kanser hastasına SCL-90-R'yi kullanarak grup uygulamaları öncesinde bir çalışma yapmıştır. Bütün gruptaki hastaların SCL-90-R alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar; Depresyon için 1,31, Somatizasyon 1,24, Paranoid Düşünceler 1,02, Fobik Kaygı 0,80, Hostilite 1,18 ve Genel Belirti Ortalamasını (GSI) 1,13 olarak saptanmıştır.

Sözer (1991), kronik hastalığı olan bireylerdeki psikolojik belirtileri araştırdığı çalışmasında, kronik böbrek yetmezliği ve şeker hastalığı olan kişileri, sağlıklı kişilerle karşılaştırmıştır. Ruhsal belirtileri ölçmek için SCL 90-R ve Back Depresyon Envanteri kullanılmıştır. Sonuçta kronik böbrek yetmezliği gibi çok ciddi ve ölüme götüren bir hastalığı olan kişilerin SCL 90-R'nin bütün alt ölçeklerinden normallere ve diyabetlilere göre yüksek puan aldıkları ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Aynı araştırmada kronik hastalık grubundaki ve sağlıklı gruptaki kadınların bütün ölçeklerden aldıkları puanlar, erkeklerin puanlarından önemli ölçüde yüksek bulunmuştur.

Abaan (1992), Ankara Onkoloji Hastanesinde yatarak tedavi olan 200 kanser hastası üzerinde, hastaların hastalıklarını algılama biçimlerini incelemiştir. Veri toplama aracı olarak Soru Formu'nun kullanıldığı çalışmada, hastaların %79'unun hastalıklarını kanser olarak algıladıkları bildirilmiştir. Hastaların sadece %5'inin hastalıklarını bilinen kanserojenlere bağladıkları ve hastaların hastalıklarına ilişkin algılamalarının geçmiş yaşantıları ile sınırlı olduğu belirtilmiştir. Ayrıca hastaların hastalıkla ilgili algılamaları ile yaş, cinsiyet, tanıyı bilme durumu ve hastaneye yatış sayısı arasındaki ilişki incelenmiş fakat bulunan ilişkiler istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır.

Kronik hastalıkların çocuk ve ailesi üzerindeki psiko-sosyal etkilerini araştıran Baysal (1993), içlerinde kanserli hastalarında bulunduğu çeşitli türden kronik hastalığı olan çocuk ve aileleri, sağlıklı çocuklar ve aileleri ile karşılaştırmıştır. Elde edilen bulgulara göre, kanserli çocuklarda uyum bozukluklarının tüm gruplardan fazla görüldüğü, fakat sadece normal çocuklardan anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Kanserli grupta hastalık belirtilerinin ve hastalığın süresinin artmasının, ailelerin depresyonlarındaki artışı etkilediği belirlenmiştir.

Tuna (1993), kanser hastalığının bireyin benlik saygısı üzerindeki etkisini incelediği çalışmasında, 20-55 yaşları arasındaki 89 kanser hastası ile aynı yaş grubundaki sağlıklı bireyleri, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve demografik özellikleri gösteren Soru Formunu kullanarak karşılaştırmıştır. Araştırma bulguları, kanserin başlı başına bireyin benlik saygısını olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur. Ayrıca aynı araştırma, cinsiyet açısından kanserli hastalar arasında benlik saygıları yönünden erkeklerin lehine anlamlı bir fark olduğunu göstermiştir.

Yavaş ve arkadaşlarının (1994), kanserli çocukların ruhsal durumlarını inceledikleri çalışmalarında, 18 kanserli çocuk ve annesi ile fiziksel ve ruhsal hastalığı bulunmayan 24 sağlıklı çocuk ve annesi araştırma kapsamına alınmıştır. Bilgi toplama aracı olarak, çocuklar için Depresyon Ölçeğinin Anne Baba Formu ve Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeğinin kullanıldığı araştırmanın sonucunda, kanserli çocukların ölçek puanları normal çocuklardan yüksek olmakla birlikte, iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuç araştırmacılar tarafından kanserli çocukların yadsıma savunma düzeneğini kullandıkları şeklinde yorumlanmıştır.

Kanserli çocukların yaşlarının küçük olması, hasta olma ile ilgili bellekleri üzerinde koruyucu bir rol oynayabilmektedir. Kanserli çocuklar küçük yaşta hatta daha ileri yaşlarda bile ölüm kavramını ve hastalıkla ilgili olup bitenleri anlayabilecek bilişsel düzeye ulaşamayabilmektedirler. Bu çocukların yaşam ile ilgili tecrübeleri ise oldukça azdır. Birçoğu kendilerini tanımaya başladıklarından beri kanserle yaşamaya alışmışlardır. Tüm bu gibi sebeplerden ötürü bu çocukların birçoğu kendini diğer çocuklardan farklı görmemekte ve psikolojik rahatsızlıklar göstermemektedirler.

Şendil (1995), yaptığı çalışmasında mastektominin kadının evlilik ve cinsel yaşamına etkisini araştırmıştır. Çalışma kapsamına 30 kadın ile herhangi bir onkolojik ve psikiyatrik rahatsızlık bildirimi olmayan 30 kadın olmak üzere 60 kadın alınmıştır. Veri toplama aracı olarak Evlilik İlişki Ölçeği, Bilgi Formu ve Mastektomi Soru Cetveli'nin kullanıldığı çalışmanın sonucunda, mastektomi geçirmiş kadınların evlilik yaşamlarında duygusal ve sosyal yönden uyum içinde oldukları bildirilmiştir. Bu sonuç araştırmacı tarafından hasta grubun çok ciddi bir hastalığa yakalandıktan sonra, yaşama bakış açılarında olumlu bir değişiklik olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Aynı araştırmada mastektomi ameliyatının cinsel yaşam üzerindeki etkisinden elde edilen bulguların sonucunda ise, mastektomi sonrasında cinsel ilişki sıklığında azalma olduğu gibi, cinsel ilişkiden zevk almada da azalma olduğu saptanmıştır. Bu sonuç araştırmacı tarafından kadınların dış görünüşünün ve memelerinin varlığının cinsel yaşamlarında önemli bir yer tuttuğunu düşündükleri şeklinde yorumlanmıştır.

Şenol ve diğ. (1994), kanser tanısı alan hastalardaki psikiyatrik bozuklukların belirlenmesi amacı ile bir cerrahi kliniğinde yatan 33 kanserli hasta üzerinde yaptıkları araştırmada, psikiyatrik görüşme formu olan SCID I ve II ile hazırladıkları Soru Formunu veri toplama aracı olarak kullanmışlardır. Sonuçta 35 hastanın %77.1'i,

DSM-III-R ölçütlerine göre herhangi bir I.eksen tanısı alırken; hastaların %34.3 duygusal bozukluk, %28.6'sı uyum bozukluğu, %8.6'sı anksiyete bozukluğu, %2.8'i somatizasyon bozukluğu; %2.8'i de alkol bağımlılığı tanısı almıştır. Kadın hastaların %25'inde, erkek hastaların ise %26.6'sında kişilik bozukluğu saptanmıştır.

Özgüven (1996), kanser hastaları ve onların birinci derece yakınlarındaki psikolojik bozuklukları ve bu bozukluklarda etkili olabilecek faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında; araştırmanın örneklemini, hastanede yatan 40 kanser hastası ve onların yakınları ile ayaktan izlenen 40 Behçet hastası ve onların yakınları oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak Beck Depresyon Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Spielberger Durumluk Kaygı Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Psikiyatrik Görüşme notları kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda kanser hastaları ile karşılaştırma grubu hastaları arasında psikiyatrik bozukluğun yaygınlığı açısından anlamlı bir fark bulunamazken; kanserlilerin yakınlarında, kontrol grubunun yakınlarına göre psikiyatrik bozukluk istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturacak şekilde yaygın bulunmuştur.

Aynı araştırmada kanser hastalarının yakınlarının bütün ölçek puanları, karşılaştırma grubu hastalarının yakınlarının puanından anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Bunun yanında kanser hastalarının Depresyon puanı, kontrol grubu hastalarından anlamlı bir fark oluşturacak şekilde yüksek bulunmuştur. Kanser hastalarının Durumluk Kaygı ortalama puanı ise kontrol grubundan yüksek bulunmuş, ancak iki grubun puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ayrıca kadın kanser hastalarının Depresyon ve Kaygı puanları ile karşılaştırma grubu kadın hastalarının Depresyon puanı erkeklere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Yukarıdaki bulgular kanserin “bir aile hastalığı” olduğu şeklindeki görüşleri destelemekte ve hastalar ile yakınlarındaki psikolojik sorunların zamanında tanınıp tespit edilmesinin önemini göstermektedir.

Okyayuz ve Ünlüoğlu (1996), kanser hastalarının durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini, sağlıklı kişilerle karşılaştırdıkları çalışmalarında, veri toplama aracı olarak Spielberger'in Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeğini kullanmışlardır. Sonuçta, kanserlilerin Durumluk ve Sürekli Kaygı puanları ile sağlıklı grubun puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak bu hastaların duygu ve düşüncelerini açıkça

ifade etmekten kaçındıkları ve bilinçli kontrol yolunu kullandıkları saptanmıştır (Akt. Özgüven, 1996, s77).

İki kurumda ortak olarak yürüttüğü bir çalışmasında Elbi (1998), kanser tanısının söylenmesi konusunda kanser hastalarının, hasta yakınlarının ve hekimlerin düşüncelerini araştırmıştır. Sonuçta kanser hastalarının, batılı ülkelerle karşılaştırıldığında daha fazla inkar mekanizmasını kullandıkları, yaklaşık %20'inin söylenecekleri duymamak için doktora soru sormadıkları yada bilgi alma dahil tüm işleri yakınlarına bıraktıkları, bir grup hastanın ise tanıyı bilmelerine karşın bu konuda yakınları ile konuşmadıkları; hasta yakınlarının yarıya yakınında ise morallerinin bozulacağı, dayanamayacakları gibi endişelerle hastalarına tanının söylenmemesini istedikleri saptanmıştır. Hekimler ise tanı ile ilgili konuşmayı, hastaların entellektüel düzeylerine göre belirlediklerini, %40 oranında ise hemen hemen hiç tanıyı söylemediklerini bildirmişlerdir.

Kömürcü ve diğ. (1998), kanserli hastaların benlik saygıları ve bazı ruhsal belirtilerini saptamak amacıyla hastanede yatan 90 kanser hastasına, Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri, Belirti Tarama Listesi ve Anket Formu uygulamışlardır. Sonuçta, cinsiyet, medeni durum, ağrı ve erken teşhis durumlarına göre hastaların benlik saygıları puanlarında anlamlı bir fark bulunmamasına karşın, yaş ve eğitim durumuna göre hastaların benlik saygıları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Aynı araştırmada, hastaların kişilerarası duyarlılık, anksiyete ve depresyon düzeylerinin psikolojik bir müdahaleyi gerektirecek kadar yüksek olmadığı bildirilmiştir. Ayrıca hastaların depresyon duygusunu, kişilerarası duyarlılık ve anksiyeteye göre daha yoğun yaşadıkları ve kadın hastaların depresyon ve anksiyete puan ortalamalarının erkeklerle göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur.

2.3. YURTDIŞINDA KONU İLE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Peck (1972), kanser hastalarının duygusal reaksiyonları üzerinde 50 kanser hastasıyla yaptığı bir çalışmada, hastaların depresyon ve kaygı düzeylerini oldukça yüksek bildirmiştir. İlgili çalışmada, hastaların %98'inde ciddi düzeyde kaygı ve %74'ünde ise depresyon saptanmıştır.

Thomas ve diğ. (1974) ise, hastanede yatmakta olan 30 kanser hastası üzerinde Belirti Tarama Listesi (SCL-90) kullanarak psikolojik belirtileri araştırmışlardır. Sonuçta hastaların SCL-90'ın alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalaması;

Depresyon için 1.01, Obsesif Kompulsif 0.91, Somatizasyon 0.82, Kaygı 0.63, Kişilerarası Duyarlılık 0.56, Paranoid Düşünceler 0.48, Hostilite 0.43 ve Fobik Kaygı alt ölçeği için 0.34 saptanmıştır.

Araştırmanın sonucunda hastaların yarısından fazlasında orta ve yüksek düzeyde depresyon ve %43.3'ünde yüksek düzeyde somatizasyon görüldüğü saptanmıştır. Amerika'da yapılan bir çalışmada Kenedy (1976), psikolojik faktörlerin kanser prognozuna etkisini incelemiştir. Bu çalışmada 5-10 yıl önce ölümcül, ilerlemiş kanser hastası olan ve ancak tedaviden sonra iyileşmeyi başarmış 22 hasta ile görüşülmüştür. Bunların çoğu tanılarının ilk çıkışlarından sonra kanserle savaşmak için güçlü bir duyguya sahip olduklarını ve Tıp biliminin yada Tanrının yardımıyla başaracaklarına inanmış olduklarını söylemişlerdir (Akt. Tuna, 1993, s.7).

Plumb ve Holland (1977), kanser hastalarının ve yakınlarının depresyon düzeylerini Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanarak ölçtükleri çalışmalarında hastaların %25'inde ciddi düzeyde depresyon olduğu ve hastaların depresyon düzeyinin, kanserlilerin yakınlarında saptadıkları depresyon düzeyinden farklı olmadığı saptanmıştır.

Morris ve arkadaşları (1978), meme kanserli hastaların yaşadıkları duygusal zorlanmaların nedenlerini araştırdıkları bir çalışmanın sonucunda; kadınların %52'sinin duygusal sorunlarını doğrudan memenin kaybına bağlarken, %34'ünün kanser ve ölüm düşüncesine, %14'ünün ise her iki durumunda kendilerinde psikolojik sorunlara yol açtığını ifade ettiklerini bildirmişlerdir.

Kellerman ve diğ. (1980) ise onkolojik ve diğer kronik hastalığı bulunan 168 genç ile 345 sağlıklı genci psikolojik durumları yönünden karşılaştırmışlardır. Araştırma bulguları, onkolojik hastaların diabetik hastalara göre hastalıklarından daha çok etkilendiklerini ortaya koymuştur. Aynı çalışmada kanserli gençlerde, beden imgesinde değişiklikler, kişilerarası ilişkilerde bozulma ve kendilik değerinde azalmanın olduğu saptanmıştır (Akt. Sözer, 1991, s.12-13).

Maquire (1981), meme kanserli hastaların eşlerinin stres düzeyini, ölümcül olmayan hastalığa sahip kadınların eşleriyle karşılaştırmıştır. Sonuçta meme kanserli hastaların eşlerinin stres düzeyi karşılaştırma grubu kadın hastaların eşlerinin stres düzeyinden anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (Akt. Özgüven, 1996, s.65).

Holland ve Plumb (1981), İlerlemiş Kanser tedavisi için hastanede yatan 80 kanser hastası üzerinde, Current and Post Psychopathology ölçeğini (CAPPS) kullanarak hastaların gösterdikleri psikolojik tepkileri incelemişlerdir. Araştırmanın sonucunda hastaların %30'unda hastalık derecesinde depresyon ve %15'inde ise şiddetli kaygı olduğu bulunmuştur.

Blumberg ve arkadaşları (1982) tarafından yapılan bir çalışmada ise ölümcül hastalığı olan çocuklar kaygı düzeyleri yönünden diğer kronik hastalığı olan çocuklarla karşılaştırılmıştır. Araştırma bulguları, kanserli çocukların kaygı düzeylerinin, diğer kronik hastalığı olan çocuklarınkinden anlamlı ölçüde yüksek olduğunu göstermiştir.

Lewis ve La Barbera (1983) ise konuyla ilgili araştırmalarında, kemoterapisi sonlandırılmış olan kanserli çocukların ana-babalarının kaygı düzeylerini incelemişlerdir. Hasta çocukların annelerinden 90, babalarından bir kişinin katıldığı çalışmada mülakat yoluyla bilgiler toplanmıştır. Sonuçta ana-babaların büyük bir çoğunluğunda çocukların tekrar hastalanmasına duyulan yoğun bir kaygı ve korkunun mevcut olduğu saptanmıştır (Akt.Türküm, 1989, s.31).

Terminal dönemdeki kanser hastalarına tanının söylenip söylenmemesinin, hastalar üzerindeki etkisini araştıran Fielding ve Lewelyn (1983), hastaların %50'sine hastalıklarının ciddi olduğu doktor ve hemşireler tarafından söylenmediği halde hastaların hastalıklarının ciddiyetinin farkında olduklarını saptamışlardır. Ayrıca hastaların kanser hakkında açıkça konuşamamalarının kendilerinde daha fazla stres ve kaygı oluşturduğu bildirilmiştir (Akt. Başaran, 1987, s.4).

Tross (1984) tarafından yapılan bir çalışmada, testis kanserli ve hoçkinli hastalar kanserli olmayan bir grup hasta ile karşılaştırılmıştır. Sonuçta hoçkinli ve testis kanserli hastaların karşılaştırma grubu hastalarına göre daha depresif duygu duruma, kaygıya, somatizasyona, zorlayıcı ve kaçınma düşüncelerine sahip oldukları bildirilmiştir (Akt.Bloom ve diğ., 1993, s.980).

Benzer bir çalışmada ise Jansen ve Muenz (1984), meme kanserli, fibrokistik hastalığı olan ve hiçbir meme hastalığı öyküsü olmayan üç kadın grubunu, kişilik özelliklerinin algılanması bakımından dört standart ölçek kullanarak karşılaştırmışlardır. Araştırmanın bulguları, meme kanserli grubun diğer iki gruba oranla daha depresif duygu duruma sahip olduklarını göstermiştir. Sağlıklı gruptaki kadınlar kendilerini ifade edebilir; fibrokistik gruptaki kadınlar kendilerini gergin ve

öfkeyi ifade edebilir; meme kanserli grup ise ürkek, atılğan olmayan, soğukkanlı, uysal ve öfkeyi içinde tutan kişiler olarak tanımlanmıştır (Akt.Elbi, 1991, s.62).

Barrie ve diğ. (1985), kanser hastası olan 201 kişi ve onların yakınlarında Durumluk Kaygı Ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada, hastaların yakınlarından daha yüksek puanlar aldıkları, ancak iki grubun puanlarının anlamlı derecede ilişkili olduğu saptanmıştır.

Northouse ve Swair (1987), meme kanserli hastaların yaşadıkları duygusal zorlanmanın şiddetini, hastaların eşlerinin yaşadıkları zorlanmanın şiddetiyle karşılaştırılmışlar ve bunları birbiriyle yüksek düzeyde ilişkili bulmuşlardır.

Başka bir çalışmada ise yine Northouse (1989), hasta ve hasta yakınlarının endişe duydukları alanları sıralamıştır. Sonuçta, hem hasta hem de hasta yakınlarının en büyük endişelerinin ölüm olduğu bunu yaşam biçiminin değişmesi, aile sorunları ve tedaviyle ilgili korkuların izlediği bildirilmiştir.

Kroode ve diğ. (1989), myokard enfarktüsü geçiren kalp hastaları ile kanser olan hastaların, hastalıklarının oluşumuna ilişkin görüşlerini karşılaştırmışlardır. Sonuçta, karşılaştırma grubu hastaları, hastalık oluşumunda tıbbi açıklamalar yaptıkları, buna karşın kanser hastalarının hem tıbbi hem de geçmiş yaşantılarına ilişkin açıklamalar getirdikleri görülmüştür.

Johnstone ve arkadaşlarının (1991), kanser hastaları ve yakınlarındaki bazı psikolojik belirtileri saptamak amacıyla yaptıkları bir çalışmada, 70 testis kanserli hasta ve onların yakınları ile 38 hoçkinli hasta ve onların yakınları hiçbir fiziksel ve psikolojik hastalığı olmayan kişilerle karşılaştırılmıştır. Veri toplama aracı olarak BDE ve SCL-90'ın kullanıldığı araştırmanın sonucunda, hoçkinli hastaların depresyon, kaygı, obsesif kompulsif, psikoz ve somatizasyon düzeyleri; testis kanserli hastaların ise obsesif kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, psikoz ve kaygı düzeyleri normal kontrollerden anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada hoçkinli hastaların yakınlarının kaygı, kişilerarası duyarlılık ve depresyon düzeyleri ile testis kanserli hastaların yakınlarının obsesif kompulsif, kaygı, kişilerarası duyarlılık düzeyleri normal popülasyondan yüksek bulunmuştur. Ayrıca kanserli hastalar ve yakınları ile hoçkinli hastalar ve yakınlarının umutsuzluk düzeyleri de normal kontrollerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Hopwood ve Howell (1991), meme kanserli hastaların ciddi düzeydeki psikolojik rahatsızlıklarını ve psikolojik hastalıklarda zaman içerisinde değişiklikler olup olmadığını saptamak amacıyla yaptıkları çalışmalarında, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) ile Rotterdam Belirti Tarama Listesi (RSCL) veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. HADS'ı cevaplayan 211 kadından %27'sinde, RSCL'yi cevaplandıran 204 kadından %22'sinde kaygı ve depresyon düzeyleri yüksek bulunmuştur. 1-3 ay sonra testlerin tekrar uygulanması sonucunda ise hastaların %13'ünde HADS, %10'unda RSCL'ye göre ciddi anlamda kaygı ve depresyon saptanmıştır. İki ölçeğin sonuçları birlikte ele alındığında hastaların yaklaşık olarak 1/3'ünde düşük oranda, 1/3'ünde ise ileri düzeyde bir psikolojik rahatsızlığın olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastaların 1/3'ünde psikolojik rahatsızlığın devamlılık gösterdiği saptanmıştır.

Konuyla ilgili bir başka araştırma ise, Brendan ve arkadaşlarının (1993) kanser hastalarındaki bazı psikolojik belirtileri saptamak amacıyla yaptıkları çalışmadır. HADS'ı kullanarak 809 kanser hastası üzerinde yapılan çalışmanın sonucunda, hastaların %35'inin kaygı, %21.7'sinin ise depresyon puanları kesim noktasının üzerinde bulunmuştur.

Benzer bir çalışmada Heim ve Oei (1993) tarafından kanser hastalarında psikolojik stres yaratan ağrının, hastaların depresyon ve kaygı düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya prostat kanserli hastalar alınmıştır. Ağrı yakınması olan kanser hastaları ile ağrısı olmayanlar karşılaştırılmış ve sonuçta, ağrısı olan hastaların, ağrısı olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede depresyon ve kaygı puanları yüksek bulunmuştur.

Carpiniello ve arkadaşları (1995), İtalya'da gönüllü 30 kanser hastası yakınına düzenli olarak yapılan psikolojik yardımların etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında, veri toplama aracı olarak Beck Depresyon Envanteri ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterini kullandılar. Araştırmanın sonucunda hasta yakınlarına sağlanan psikososyal desteğin, kanser hastalarının yakınları üzerindeki psikolojik baskıyı azalttığı, depresyon ve kaygı düzeyini düşürdüğü bildirildi.

Allen ve diğ. (1997), İngiltere'de yaptıkları araştırmalarında, kanser tanısının hastalar ve aileleri üzerindeki duygusal etkilerini incelemişlerdir. Araştırma kapsamını üç hafta önce kanser tanısı almış 42 genç ve ailesi ile aynı yaş ve backgrounda sahip

173 sağlıklı genç ve ailesi oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak Beck Depresyon Envanteri ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin kullanıldığı araştırmanın sonucunda, kanserli gençlerle normal grup arasında depresyon ve durumluk-sürekli kaygı düzeyleri yönünden anlamlı bir fark saptanmadı. Kanserli yakınları ile normal gençlerin yakınları arasındaki farkta önemli bulunmadı. Bu sonuçlar araştırmacılar tarafından kanser hastası ve yakınlarının henüz kendilerinde depresyon ve kaygı oluşturabilecek herhangi bir tedavi prosedürüyle (kemoterapi, cerrahi tedavi ve radyoterapi gibi) karşı karşıya gelmedikleri şeklinde yorumlandı. Aynı çalışmada tüm gruplardaki kadınların depresyon ve kaygı düzeylerinin erkeklerden anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır.

Weitzner ve arkadaşlarının (1997), meme kanseri tedavisinden olumlu sonuçlar alınan 60 kadın ve meme kanseri riski nedeniyle incelenen 93 kadın üzerinde, hastaların depresyon ve kaygı durumları ile yaşam kalitelerini karşılaştırmak amacıyla yaptıkları bir çalışmanın sonucunda, risk taşıyan kadınların kaygı ve depresyon düzeyi, meme kanseri tedavisinden olumlu sonuç alınan kadınlarınkine göre anlamlı ölçüde düşük çıkmıştır. Bu sonuçlar meme kanseri tedavisinde olumlu sonuç alınan hastaların duygusal stresi yaşamaya devam ettiklerini göstermiştir.

Hoopwood ve Stephens (2000), Amerika'da akciğer kanseri olan hastaların depresyon düzeylerini değerlendirerek, klinik tablo ve yaşam kalitesi faktörlerini depresyonla birleştirerek incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada veri toplama aracı olarak Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmaya alınan 987 kanser hastasından %53'ünün kötü prognoza, %47'sinin ise iyi prognoza sahip olduğu saptanmıştır. Sonuçta, kötü prognoza sahip olan hastaların depresyon oranı, iyi prognoza sahip olan hastalardan 3 kat fazla olduğu ve fonksiyonel bozukluklar, fiziksel tedavilerin ve yorgunluğun %41 oranında depresyonu arttırdığı bildirilmiştir.

Fukui ve arkadaşları (2000), Japon kanser hastalarında, psikososyal grup çalışmalarının psikolojik stresi azaltmadaki etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, hastalara 6 hatta boyunca yapılandırılmış, psikososyal grup çalışması uygulanmıştır. Bu programda stres yönetimi, sağlık eğitimi, baş etme becerileri ve psikolojik destek üzerinde durulmuştur. Deney grubuna ve kontrol grubuna 6 hafta sonunda Mental Uyum Ölçeği (MAC) ve HADS uygulanmıştır. Sonuçta deneysel grup, kontrol grubuna göre ölçeklerden önemli oranda düşük puan almıştır. Ayrıca deney grubunun, 6 hafta ve devam eden 6 ay sonunda, ölçek puanlarının

değerlendirilmesi sonucunda psikosozal grup çalışmalarının, hastaların psikolojik baskıyla başa çıkmalarında olumlu etkiler oluşturduğu belirtilmiştir.



BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, araştırmaya katılan deneklerin seçiminde temel olan ölçütler, deneklerin seçimi, deneklere ilişkin bazı özellikler, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve verilerin çözümlenmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler yer almaktadır.

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Kanser ve şeker hastaları ile onların yakınlarının psikolojik belirtileri ve kaygı düzeylerini değerlendirmeye yönelik bu çalışma, tarama modeli niteliğindedir. Katılımcıların söz konusu değişkenlere ilişkin puanlarının hastalık türü ve bazı faktörlere göre farklılık gösterip göstermediği incelendiğinden araştırma, karşılaştırmalı türden ilişkisel tarama modeli mantığı çerçevesinde yürütülmüştür (Karasar, 1995, s.155).

Çalışmada katılımcılara herhangi bir müdahalede bulunulmamış, onların sadece mevcut psikolojik belirtileri ve kaygı düzeyleri saptanmaya çalışılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMA GRUBU

Araştırma grubu, Ankara'da bulunan Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hastanesinin;

1. Radyasyon Onkolojisi ünitesinde yatan ve radyoterapi gören 19 hasta ile Tıbbi Onkoloji ünitesinde yatan ve kemoterapi gören 31 hasta olmak üzere toplam 50 kanser hastası ve onların birinci dereceden yakını olan 50 kişi ve

2. Endokrinoloji ve Dahiliye ünitesinde yatarak tedavi gören 50 şeker hastası ve onların birinci dereceden yakını olan 50 kişiden oluşmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan hastalar, Ekim-Aralık 2000 tarihleri arasında belirtilen hastanede tedavi görenler arasından belirlenmiştir.

Çalışma grubuna alınan kanser ve şeker hastaları aşağıdaki ölçütlere göre, servis hemşireleri ve sorumlu doktorların yardımıyla hastalarla görüşülerek, gönüllü olanların içinden random yöntemiyle belirlenmiştir.

Hastaların seçiminde temel olan ölçütler şunlardır:

1. Kanser ve şeker hastalığı tanısı almak ve ileri safhada bulunmamak.
2. Hastanede tedavi altında bulunmak (kemoterapi, radyoterapi, ameliyat gibi)
3. 20-70 yaşları arasında olmak.
4. Zihni açık ve anket sorularını anlayabilecek ve cevaplayabilecek düzeyde olmak; iletişim kurabilecek seviyede olmak.
5. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.
6. Yakınlarına ulaşma imkanı bulunmak.

Araştırma kapsamına lösemi dışındaki kanser türleri alınmış ve Hematoloji ünitesinde yatarak tedavi gören lösemili (kan kanseri) hastalar ve onların birinci dereceden yakınları çalışma dışında bırakılmıştır. Çalışma grubunu oluşturan kanser hastalarının tanılarları hakkındaki bilgiler tablo 3.1’de verilmiştir.

Tablo 3.1: Araştırmaya Katılan Kanser Hastalarının Tanılarına Göre Dağılımı:

Tanı	n	%
Akciğer Tümörü	11	22
Beyin Tümörü	6	12
Hodgkin Lenfoma	5	10
Meme Kanseri	4	8
Non Hodgkin Lenfoma (NHL)	3	6
Osteosarkom	3	6
Ewing Sarkom	3	6
Nazofarenks Tümörü	2	4
Testis Tümörü	2	4
Multipl Myeloma	2	4
Rahim Kanseri	2	4
Pankreas Tümörü	1	2
Adeno Tümörü	1	2
Mide Kanseri	1	2
Özefagus Tümörü	1	2
Anaplastik Lenfoma	1	2
Pineoblastoma	1	2
Rektum Kanseri	1	2
TOPLAM	50	100

Tablo 3.1’deki dağılıma göre; araştırma kapsamına alınan 50 kanser hastasından 11’i (%22) akciğer kanseri, 6’sı (%12) beyin tümörü, 5’i (%10) Hodgkin lenfoma, 4’ü (%8) meme kanseri, 3’ü (%6) NHL, 3’ü (%6) osteosarkom, 3’ü (%6) ewing sarkom, 2’si (%4) nazofarenks tümörü, 2’si (%4) testis tümörü, 2’si (%4) multipl myeloma, 2’si (%4) rahim kanseri, 1’i (%2) pankreas tümörü, 1’i (%2) adeno tümörü, 1’i (%2) mide kanseri, 1’i (%2) özefagus tümörü, 1’i (%2) anaplastik lenfoma, 1’i (%2) pineoblastoma ve 1’i (%2) rektum kanseridir.

Çalışma grubuna alınan hasta ve yakınlarına ilişkin kişisel bilgiler Tablo 3.2 ve Tablo 3.3’de verilmiştir.

Tablo 3.2: Hasta ve Hasta Yakınlarının Hastalık Türü, Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum ve Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı:

Değişken	Düzy	Hasta		Hasta Yakını		Toplam	
		N	%	N	%	N	%
Hastalık Türü	Şeker Hastası	50	50.0	50	50.0	100	50.0
	Kanser Hastası	50*	50.0	50	50.0	100	50.0
	Toplam	100	50.0	100	50.0	200	100.0
Cinsiyet	Kadın	43	43.0	62	62.0	105	52.5
	Erkek	57	57.0	38	38.0	95	47.5
	Toplam	100	50.0	100	50.0	200	100.0
Yaş (Yıl)	20-25	20	20.0	7	7.0	27	13.5
	26-30	4	4.0	8	8.0	12	6.0
	31-40	5	5.0	27	27.0	32	16.0
	41-50	14	14.0	27	27.0	41	20.5
	51-70	57	57.0	31	31.0	88	44.0
	Toplam	100	50.0	100	50.0	200	100.0
Medeni Durum	Evli	63	63.0	90	90.0	153	76.5
	Bekar	18	18.0	10	10.0	28	14.0
	Dul	19	19.0	-	-	19	9.5
	Toplam	100	50.0	100	50.0	200	100.0
Eğitim Düzeyi	Okur-Yazar Değil	13	13.0	6	6.0	19	9.5
	İlkokul	38	38.0	34	34.0	72	36.0
	Ortaokul	10	10.0	10	10.0	20	10.0
	Lise	28	28.0	32	32.0	60	30.0
	Üniversite	11	11.0	18	18.0	29	14.5
	Toplam	100	50.0	100	50.0	200	100.0

Tablo 3.2’deki dağılıma göre; şeker hastaları ve yakınları ile kanser hastaları ve yakınlarının oluşturduğu grupta denek sayısı birbirine eşittir.

Araştırma kapsamına giren hastaların %20’si 25 yaşın altında, %4’ü 26 ile 30, %5’i 31 ile 40, %14’ü 41-50, %57’si 51 ile 70 yaş arasındadır. Hasta yakınlarının ise %7’si 25 yaşın altında, %8’i 26 ile 30, %27’si 31 ile 40, %27’si 41 ile 50, %31’i 51-70 yaş arasındadır. Hem hastalar hem de hasta yakınları 51-70 yaş arasında yığılma göstermişlerdir.

Hastaların %63'ünü evliler, %37'sini ise bekar ve dullar oluşturmaktadır. Bekar ve dulların oranı hemen hemen birbirine eşittir. Hasta yakınlarının ise %90'ı evlidir.

Kanser ve şeker hastalarının oluşturduğu grupta okur-yazar olmayanların oranı, lise mezunlarının lehine yaklaşık 1/2 iken, ortaokul mezunları ile üniversite mezunlarının oranı 1/1'dir. Buna karşın hasta yakınlarında bu oran üniversite mezunlarının lehine yaklaşık 1/2'dir. Lise mezunlarının üniversite mezunlarına oranı ise 1/1'dir.

*Kanser hastalarında 35'ine (%70) tanısı söylenilmiş 15'ine (%30) tanısı söylenilmemiştir. Buna karşın şeker hastalarının hepsi tanısını bilmektedir.

Kanser hastalarının ortalama hastanede kalış süresi 13 gün, bu süre şeker hastalarında 10 gündür.

Tablo 3.3: Kanser ve Şeker Hastası Yakınlarının Refakatçi Olma Durumu ve Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı:

Değişken	Düzey	Kanserli Yakını		Şeker Hast.Yakını		Toplam	
		N	%	N	%	N	%
Refakatçi Olma Durumu	Kalıyor	27	54	19	38	46	46
	Kalmıyor	23	46	31	62	54	54
	Toplam	50	100	50	100	100	100
Yakınlık Derecesi	Eşi	13	26	22	44	35	35
	Diğerleri	37	74	28	56	65	65
	Toplam	50	100	50	100	100	100

Tablo 3.3 incelendiğinde kanser hastalarının 27'si (%54) refakatçi kalırken 23'ü (%46) refakatçi kalmamaktadır. Şeker hastaları yakınlarından ise 19'u (%38) refakatçi kalırken 31'i (%62) kalmamaktadır.

Kanserlilerin yakınlarının 13'ü (%26) onların eşi, kalanı ise birinci derece akraba (kardeş, ana-baba, evlat), şeker hastaları yakınlarının 22'si (%44) onların eşi, kalanı ise birinci derece yakınlarıdır.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada kullanılan veriler aşağıdaki araçlar aracılığıyla elde edilmiştir.

1. Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri – Kendini Değerlendirme Envanteri (STAI-State-Trait Anxiety Inventory)
2. Belirti Tarama Listesi (Symptom Check List Revised - SCL 90 - R)
3. Kişisel Bilgi Formları,

Aşağıda veri toplama araçları hakkında ayrıntılı bilgiler verilmiştir.

3.3.1. Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri (State – Trait Anxiety Inventory)

Bu çalışmada deneklerin durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini belirlemek için Spielberger ve arkadaşları tarafından (1970) geliştirilmiş olan ve Öner ile LeCompte tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılan Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri kullanılmıştır.

Spielberger Freud'un Fizyolojik Kaygı ve Cattell'in Fenomenolojik Kaygı Kuramlarını birleştirerek iki faktörlü kaygı kuramını (Two factor theory of anxiety) geliştirmiş ve buna bağlı olarak da bireyin kaygı düzeyinin ölçümünde kullanılmak üzere Durumluk – Sürekli Kaygı kavramlarını tanımlamıştır (Spielberger, 1966, s.7-9).

Bu envanter, altı yıl süren bir çalışma sonucunda geliştirilmiştir. Örneklem grupları; toplam 6300 Amerikalı lise ve üniversite öğrencisi, psikiyatrik ve medikal hasta ile genç mahkumlardan meydana gelmiştir.

Spielberger (1970) Envanterin uygulanması sonucunda madde güvenirliği, test – tekrar test güvenirliği, kriter ve yapı geçerliğinin yüksek olduğunu bildirmiştir (Akt. Öner, 1977, s.18).

Durumluk ve sürekli kaygı seviyesini yansıtmada kullanılan Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE), bireyin kendisini betimleyen 20'şer maddeden oluşan bir kağıt kalem ölçeğidir. Orjinali İngilizce olarak geliştirilen bu ölçek öz değerlendirme (self – report) tekniğiyle, duyguların sıklık yada şiddet derecesine göre cevaplandırılmasında kullanılır (Öner, 1977, s.67-68).

Durumluk Kaygı (A-State): Bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Fizyolojik olarak da otonom sinir sisteminde meydana gelen bir uyarılma sonucu terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel

değişmeler, bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergeleridir. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olur (LeCompte ve Öner, 1985, s.1).

Sürekli Kaygı (A-Trait): Bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Buna kişinin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılama yada stres olarak yorumlama eğilimi de denilebilir. Objektif kriterlere göre nötr olan durumların birey tarafından tehlikeli ve özünü tehdit edici (küçültücü) olarak algılanması sonucu oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusudur. Sürekli kaygı düzeyi yüksek olan bireylerin kolaylıkla incindikleri ve karamsarlığa büründükleri görülür. Bu bireyler durumluk kaygıyı da diğerlerinden daha sık ve yoğun bir şekilde yaşarlar (LeCompte ve Öner, 1985, s.2).

Fizikten bir örnekle anlatacak olursak durumluk kaygı kinetik enerjiye, sürekli kaygı ise potansiyel enerjiye benzetilebilir. Kinetik enerji gibi durumluk kaygı da belirli bir zaman kesiminde ortaya çıkan bir olay yada reaksiyondur. Sürekli kaygı ise, potansiyel enerji gibi belirli bir reaksiyonu gösterme yatkınlığıdır. Sürekli kaygının seviyesi, bireyin ilerdeki tehlikeli durumlarda yaşayacağı durumluk kaygı derecesinin şiddetini ve sıklığını belirler (LeCompte ve Öner, 1985, s.53).

Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir. Durumluk Kaygı Ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirir. Sürekli Kaygı Ölçeği ise, bireyin genellikle nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir. 20’şer maddelik bu iki ölçek iki ayrı sayfada Form Tx-1 ve Tx-2 şeklinde sunulmuştur (Ek - 3ve Ek - 4).

Ölçeğin Geçerliliği ve Güvenirliği:

Spielberger ve arkadaşları (1970) kriter ve yapı geçerliği tekniklerinin uygulandığı geçerlik çalışmalarında Sürekli Kaygı Envanteri için Taylor’un Açık Kaygı Ölçeği ile 0.81, Cattell ve Scheier’in IPAT Kaygı Ölçeği ile 0.76, Zuckerman Ölçeği ile 0.50’lik korelasyonlar gösterdiğini belirlemişlerdir (Akt. Özgüven, 1994, s.325).

Ölçeğin geçerliğini saptamada iki faktörlü kuramın, “zaman içinde durumluk kaygıda meydana gelen değişikliğe rağmen sürekli kaygı seviyesinde değişiklik

olmaması gerekir” düşüncesinden hareket ederek değişik zaman ve koşullarda yapılan uygulamalarda $r=0.60$ civarında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Abacı, 1986, s.41).

Ülkemizde ise, Öner tarafından Durumluk Kaygı Ölçeğinin geçerliği için en uygun teknik olan yapı geçerliği kullanılarak geçerlik çalışmaları yapılmıştır. Deneysel koşullarda yordanan durumluk kaygı seviyesindeki değişmeler test edilmiştir. Stresin olmadığı yada çok az olduğu normal, nötr veya rahat durumlarda durumluk kaygının düşük olduğu; stresin mevcut olduğu tehlike ve tehdit durumlarında ise durumluk kaygıda artış olduğu saptanmıştır. Söz konusu stres koşullarında sürekli kaygı seviyesinde anlamlı değişmelerin olmaması, durumluk ve sürekli kaygı arasındaki farkı yansıtması envanterin yapı geçerliğinin olduğunu göstermektedir (Öner, 1977, s.19).

Stresin etkilerini saptamada Durumluk Kaygı Ölçeğinin duyarlı olduğu; uyum bozuklukları gösteren psikiyatrik ve diyaliz hastalarının dışında stresin sürekli kaygıyı etkilemediği yapılan çalışmalarla saptanmıştır. Ölçeklerin kaygı davranışlarına göre normal ve nevrotik bireyleri birbirinden ayırt ettiği görülmüştür. Böylece ölçeklerin klinik teşhislerde yardımcı olacağı, Türk toplumunda geçerli olduğu psikiyatri, ruh sağlığı merkezleri ve araştırmalarda kullanılabileceği anlaşılmıştır (Öner, 1977, s.125-126).

Türkçeleştirilmiş ölçeklerin güvenirliği ve iç tutarlığı (madde homojenliği) Kuder Richardson 20, “İtem Remainder” korelasyonları ve test – tekrar test tekniğiyle saptanmıştır.

Türkçe formunda Kuder – Richardson 20 formülünün genelleştirilmiş bir formu olan alpha korelasyonları ile saptanan güvenirlik katsayılarının Sürekli Kaygı Ölçeği için .83 ile .87 arasında; Durumluk Kaygı Ölçeği için .94 ile .96 arasında olduğu bulunmuştur (Öner, 1977, s.68).

İngilizce formunda alpha korelasyonları ile saptanan güvenirlik katsayıları Sürekli Kaygı Ölçeği için .86 ile .92 Durumluk Kaygı Ölçeği için .83 ile .92 arasındadır (Spielberger ve ark., 1970, s.8).

Madde güvenirliğinde her maddenin tüm ölçekten elde edilen puanın varyansı ile olan ilişkisi saptanmış ve Durumluk Kaygı Ölçeğinin korelasyon katsayılarının 0.42 ile 0.85 arasında, Sürekli Kaygı Ölçeğinin ise 0.34 ile 0.72 arasında değiştiği görülmüştür (LeCompte ve Öner, 1985, s.12).

İngilizce formda ise madde güvenirliği yoluyla elde edilen korelasyon katsayıları Durumluk Kaygı Ölçeği için 0.39 ile 0.75, sürekli Kaygı Ölçeği için 0.33 ile 0.68 olarak hesaplanmıştır (Spielberger ve ark., 1970, s.24).

Test-tekrar test tekniğiyle elde edilen güvenirlik katsayıları ise Türkçe formda Durumluk Kaygı Ölçeği için 0.26 ile 0.68 arasında, Sürekli Kaygı Ölçeğinde ise 0.74 ile 0.86 arasında değişmektedir. İngilizce formda ise Durumluk Kaygı Ölçeği için 0.16 ile 0.56, Sürekli Kaygı Ölçeği için 0.73 ile 0.86 arasında değişmektedir. Durumluk Kaygı Ölçeğinin güvenirlik katsayılarının düşük olması bu tür kaygının geçici ve duruma bağlı olarak değişkenliğinden ileri geldiği kanısına varılmıştır (Öner, 1977, s.18).

Lise öğrencilerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri üzerinde yapılan bir çalışmada ise; 1982-1983 öğretim yılında Demetevler Lisesi'ne devam eden 52 öğrenciye ölçekler test-tekrar test tekniğiyle 15 gün ara ile iki kez uygulanmış, sonuçta Durumluk Kaygı Ölçeği için güvenirlik katsayısı 0.76, Sürekli Kaygı Ölçeği için ise 0.87 olarak saptandığı belirtilmiştir (Baş, 1984, s.34).

14 yaşından yukarı olan gençler ve yetişkinlerde kaygıyı ölçmek için geliştirilen Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeğinin İngilizce ve Türkçe formlarının iç tutarlığı ve test-tekrar test güvenirliğinin yüksek olduğu çeşitli araştırmalarla kanıtlanmıştır (Öner ve LeCompte, 1976, s.60-63).

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Türkçe'ye uyarlanmasından sonra envanter bazı araştırmalarda ölçme aracı olarak kullanılmıştır. Bu araştırmaların çoğu akademik tez çalışmaları olmuş ve elde edilen sonuçlar Türkçeleştirilmiş kaygı envanterinin geçerliği hakkında veri birikimi sağlamıştır. Deneklerde envanterin normal ve hasta bireylere olduğu gibi okuma yazması olmayanlara da uygulanabileceği görülmüştür.

Uygulanması ve Puanlanması:

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri öz-değerlendirme yöntemi ve kâğıt kalem tekniğiyle cevaplandırıldığından, bu ölçekler bireysel ya da grup halinde uygulanabilir. Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeği iki ayrı sayfa halinde basılmıştır. Her bir sayfanın başında soruların nasıl cevaplandırılacağı birer paragraflık yönergeyle belirtilmiştir. Ölçeklerin cevaplandırılması sırasında bir zaman sınırlaması yoktur. Ancak yirmi dakikada her iki ölçek cevaplandırılabilir. Okuma-yazma

bilmeyenlere maddelerin uygulamacı tarafından işaretlendiği durumlarda bu süre yarım saati bulabilir. Bireylerin ölçek sorularını savunmasız ve samimi bir tarzda cevaplandırılmasını sağlamak için test yapımcıları envanterin başlığında kaygı sözcüğünü kullanmamışlar; envantere “Kendini Değerlendirme Envanteri” demişlerdir (LeCompte ve Öner, 1985, s.4).

Her iki ölçek içinde cevap seçenekleri dörder tanedir. Seçeneklerin ağırlık değerleri 1’den 4’e kadar değişir. Her ölçek 20 maddeden oluşmuştur. Her ölçekten en az 20, en fazla 80 puan alınabilir. Puanın yüksekliği kaygının yüksekliğini gösterir. Ölçeklerde iki tür ifade bulunmaktadır. Bunlarda ilki olumsuz duyguları ifade eden doğrudan ifadeler; ikincisi ise olumlu duyguları gösteren tersine dönmüş (reverse) ifadelerdir. Durumluk Kaygı Ölçeğinde 10 tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1,2,5,8,10, 11, 15,16, 19 ve 20’nci maddelerdir. Sürekli Kaygı Ölçeğinde ise 7 tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39’uncu maddelerdir (LeCompte ve Öner, 1985, s.5).

Her iki ölçekde doğrudan ve tersine dönmüş ifadeler için ikişer ayrı anahtar hazırlanmıştır. Her iki ölçek için doğrudan ifadelerden elde edilen toplam puandan tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkartılmıştır. Bu sayıya durumluk kaygı için değişmez değer olan 50, sürekli kaygı için değişmeyen değer olan 35 sayısı eklenmiştir. Değişmeyen bu değerler şöyle hesaplanır. Durumluk Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş (olumlu) ifadelerin sayısı olan 10 ile ağırlıklı puan olarak kabul edilmiş olan 5 çarpılmış ve 50 sayısı bulunmuştur. Sürekli Kaygı Ölçeğindeki tersine dönmüş 7 madde 5 ile çarpılmış ve 35 sayısı elde edilmiş. Diyelim ki, bir hasta Durumluk Kaygı Ölçeğinden +15 ve -25 puan almış olsun. Bu iki puanın toplam -10 olarak hesaplanacaktır. Buna sabit değer olan 50’yi eklediğimiz zaman hastanın durumluk kaygı puanı 40 olarak belirlenecektir. Aynı hasta Sürekli Kaygı Envanterinden +40 ve -37 puan almış olsun. Bu durumda $40-37=3$ olacak ve buna da 35 sabit puanı eklenirse toplam 38 sürekli kaygı puanı hesaplanacaktır.

3.3.2. Belirti Tarama Listesi (Symptom Check List Revised-SCL-90-R):

Bu çalışmada hasta ve yakınlarındaki psikolojik belirtilerin düzeyini ve hangi alanlara yayıldığını saptamak için Derogatis ve arkadaşları (1973) tarafından geliştirilmiş; Kılıç ve Dağ tarafından Türkçe’ye uyarlanmış olan Belirti Tarama Listesi kullanılmıştır (Karadayı, 1995, s.258).

Değişik hasta gruplarında ve normal bireyler üzerinde kendini değerlendirme yöntemi (Self-report) olarak kullanılmakta olan bu envanter, Hopkins Belirti Tarama Listesi (HSCL) olarak bilinen ve toplam 58 maddeden oluşan Somatizasyon, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Anksiyete ve Depresyon olmak üzere 5 alt ölçeği bulunan bir envanterden yararlanılarak geliştirilmiştir (Derogatis ve ark., 1974, s.4).

Belirti Tarama Listesinde, HSCL'nin beş belirti boyutuna dört yeni boyut olan psikotizm paranoid düşünce, Fobik Kaygı ve düşmanca duygular eklenmiştir. Böylece 90 maddeden oluşan ve 9 alt boyutu bulunan bir envanter oluşturulmuştur. Envanterde cevap skalaları "hiç"den "ileri derece"ye doğru 0,1,2,3,4 şeklinde deneğin durumunu belirten 5'li seçenekler olarak hazırlanmıştır. Bu alt ölçeklerin dışında envanterde, kişilerin suçluluk duygularını, yemek yeme ve uyku durumlarını değerlendirmek için 7 maddelik bir ek skalaya ve alt ölçeklerdeki belirti puanlarının toplamının ortalamasını gösteren Genel Semptom Ortalamasına (GSI) yer verilmiştir (Derogatis, 1973, s.13).

Belirti Tarama Listesinin 9 alt boyutu ve envanterle ölçülebilen psikolojik belirtiler şu şekilde açıklanmaktadır (Derogatis ve ark., 1976, s.282-283).

1-Somatizasyon (Somatization-SOM), 12 Madde. Bu boyut vücudun kalp-damar (kardiyovasküler), sindirim, solunum sistemi ve diğer sistemlerdeki fonksiyon bozukluklarıyla ilgili algılamalarından ortaya çıkan sıkıntıları yansıtır. Ayrıca bu boyutta başarısı gibi anksiyetenin somatik belirtilerine de yer verilmiştir. Bu boyutta yer alan maddeler, 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58'dir.

2-Obsesif – Kompulsif (Obsessive – Compulsive, 0-C), 10 Madde. Bu boyut kişilerce yaşanan, egoya yabancı, istenmeyen fakat sürekli, ardı arkası kesilmez ve karşı konulması güç düşünceler ve zorlayıcı hareketler üzerinde odaklaşır. Bu boyutun maddeleri 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65'dir.

3-Kişilerarası Duyarlılık (Interpersonal Sensitivity-INT), 9 Madde. Bu boyut, kişinin özellikle kendini diğerleri ile karşılaştırıldığında kişisel yetersizlik ve küçüklük duygularına kapılarak kişilerarası ilişkilerinde kendini küçük görmesi, zorluk çekmesi, iç rahatsızlık hissetmesi ve olumsuz beklentiler taşıması üzerinde odaklaşır. Bu boyutun maddeleri 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73'dür.

4-Depresyon (Depression-Dep) 13 Madde. Disforik bir mizaç ve duygu belirtilerini, yaşam ilgisinin geri çekilmesini, motivasyon eksikliğini ve yaşam

enerjisinin kaybı gibi belirtileri gösterir. Ümitsizlik duyguları, intihar düşünceleri ile diğer bilişsel ve somatik belirtileri de içerir. Bu alt ölçeğin maddeleri 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79'dur.

5-Anksiyete (Anxiety-ANX), 10 Madde. Bu boyut klinik anksiyete tanımının içerdiği belirti ve davranışlar (rahatsızlık, hiç dinlenememe, sinirlilik, gerginlik) üzerinde odaklaşır. Bu boyut serbest yaygın kaygı (free floating anxiety) ve panik ataklarını da kapsar. Bu boyutla ilgili maddeler 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86'dır.

6-Öfke-Düşmanlık (Hostility – HOS), 6 Madde. Bu boyut öfkenin olumsuz duygu durumunun özellikleri olan düşünce, duygu ve davranışlar üzerinde odaklaşır. Bu boyutta seçilen maddeler saldırganlık (agresyon), sinirlilik (irritability), şiddetli öfke (rage) ve küskünlük (resentment) gibi durumları da içerir. Bu alt ölçeğin maddeleri 11, 24, 63, 67, 74 ve 81'dir.

7-Fobik Kaygı (Phobic Anxiety-PHOB), 7 Madde. Bu boyut belirli bir insana, yere, nesneye veya duruma karşı ısrarlı bir korku hissetmeyle ilgilidir. Uyarılara karşı olan bu korku, mantıksız ve gereğinden fazla oluşu ile karakterizedir. Bu korku beraberinde kaçınma ve kaçma davranışını getirir. Bu boyuttaki maddeler fobik davranışın daha patolojik daha yıkıcı ve bozucu biçimi üzerinde odaklaşır. Bu boyutun maddeleri 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82'dir.

8-Paranoid Düşünce (Paranoid Ideation – PAR), 6 Madde. Bu boyut, bozulmuş bir düşünce biçimi olarak paranoid davranış üzerine odaklaşır. Kişinin başkalarından kötülük göreceği korkusu, şüphe, büyüklük ve merkezilik düşünceleri, bağımsızlığı kaybetme korkusu ve sanrılar bu bozukluğun primer yansımaları olarak görülmüştür. Bu alt ölçeğe ait maddeler 8, 18, 43, 68, 76, 83'dür.

9-Psikotizm (Psychotizm-PSY), 10 Madde. Bu boyut bir anlamda insan yaşantısının sürekli bir boyutu olarak “yapı”yı ortaya koymak için geliştirilmiştir. İçe kapanmayı, izole olmayı, şizoid hayat stili gibi şizofreninin ilk belirtileri arasında sayılabilen maddeleri içerir. Bu belirtiler sosyal etkileşimden çekilme ile algı, düşünce ve iletişim bozukluklarıdır. Bu alt boyutla ilgili maddeler 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90'dır.

Ölçeğin Geçerliliği ve Güvenirliği:

Envanterin ilk norm çalışmaları ayaktan kontrollere gelen 1000 psikiyatrik hastadan oluşan heterojen bir örneklem üzerinde yapılmış, daha sonra geniş bir klinik

gruba derlenmiştir. Norm gruplarına seksüel bozukluğu olanlar, yatan psikiyatrik hastalar, dengesiz adolesanlar, uyuşturucu madde kullananlar ve alkolikler de dahil edilmiştir. Bunların yanında kanser ve kalp hastalığı gibi ciddi bir rahatsızlığı bulunanlar için de normlar geliştirilmiştir (Derogatis ve ark., 1976, s.282).

Envanterin güvenilirliğini belirlemek için 565 denek üzerinde bir çalışma yapılmış ve sonuçta aşağıdaki Alfa tutarlılık katsayıları hesaplanmıştır. Psikotizizm .77, Anksiyete .85, kişilerarası duyarlılık .86, Depresyon .90, Obsesif Kompulsif .86, Hostilite .84, Somatizasyon .86 ve Fobik Kaygı .82'dir (Derogatis ve ark., 1976, s.282-283).

Envanterin geçerlik çalışmaları; yakınmaları olan 100 erkek ve 109 kadın olmak üzere toplam 209 gönüllü üzerinde gerçekleştirilmiştir. Deneklere Belirti Tarama Listesi ile birlikte Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI) verilmiştir. Envanterin 9 alt boyutu MMPI'in, Wiggins, Tryon ve Clinical ölçeğiyle karşılaştırılmıştır. Ölçeğin ölçüt geçerliği için ölçek puanları ile MMPI arasında hesaplanan korelasyon katsayıları 0.75 ile 0.41 arasında değişmektedir (Derogatis ve ark., 1976, s.280-285).

Madde sayısının MMPI'a göre az olması, uygulanmasının ve puanlanmasının kolaylığı, ifadelerin açık seçikliği gibi özellikleri nedeniyle envanter kronik ve katastrofik hastalıklarda da kolaylıkla uygulanabilmektedir. Derogatis ve arkadaşları bu ölçme aracını çeşitli araştırmalarda kanserli hastalara uygulamışlardır (Üre, 1989, s.36).

Bu testin, Derogatis ve arkadaşları tarafından 2500 hastaya uygulanması ile testin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları tamamlanmış ve sonuçta testin; klinik uygulamalarda yararlı bir ölçek olarak kullanılabileceği, sayısal açıdan karşılaştırılabilir oluşu, kısalık ve açıklığı, sonuçların grafik ve istatistiksel yöntemlere uygunluğu gibi özellikleriyle kullanım alanının genişletilebileceği savunulmuştur (Akt. Birsöz, 1980, s.76).

SCL 90-R'nin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dağ tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılmış olup, ölçek güvenilir ancak yalnızca genel göstergesi (GSI) yönünden geçerli bulunmuştur. Ölçeğin geçerlik çalışmalarında uygulanan faktör analizi sonuçlarına göre varyansın %68.7'sini açıklayan tek bir faktörün belirdiği görülmüştür (Dağ, 1991, s.5).

SCL-90-R, SCL-90'ın Anksiyete ve Obsesif kompulsif alt ölçeğinin yeterli olmadığından fark edilmesinden sonra bütün düzeltmeler yapılarak geliştirildi. Kısa ve çok yönlü bir kendini değerlendirme envanteri olduğundan çok geniş psikolojik sorunlar ve psikopatolojik belirtileri taramak için klinik psikologlar, psikiyatristler ve psikolojik danışmanlar tarafından kullanılabilir. Bu envanter hastaların ilk değerlendirilmesinde kullanılabileceği gibi tedavinin sonuçlarını takip etmek içinde kullanılabilir (Derogatis, 1975, s.1-4).

Belirti Tarama Listesi ülkemizde ilk defa nevrotik kadın hastaların çocuklarının psikolojik rahatsızlıklarını saptamak amacıyla, nevrotik annelerin ilköğretim çağındaki çocuklarına uygulanmış ve testin ayırt ediciliğinin iyi olduğu belirtilmiştir (Gökler, 1978).

Envanterin kullanıldığı başka bir çalışmada ise envanterin güvenilirliğini saptamak amacıyla Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinde yatarak ve ayaktan tedavi gören nevrotik ve psikotik bozukluğu olan 80 hasta ile organik rahatsızlığı bulunan 80 hastaya ve kontrol grubunu oluşturan 40 sağlıklı bireye uygulanmıştır. Uygulama sonucunda GSI puanı ortalaması organik rahatsızlığı olan grupta; fiziksel grupta 0.79, psikosomatik grupta 0.85, psikiyatrik hasta grubunda; psikotiklerde 1.55, nörotiklerde 1.64; sağlıklı grupta ise 0.41 düzeyinde bulunmuştur. Bu bulgular sonucunda psikiyatrik hasta grubunun puanlarının ortalaması bu envanter için kesim puanı olarak kabul edilen 1.00'in üzerinde bulunmuştur. Bu durum envanterin ayırt edicilik özelliğinin iyi olduğunu göstermektedir (Birsöz, 1980, s.73,91).

Gökçakan' da (1984) envanteri ruhsal ve fiziksel hastalığı olanlar ile sağlıklı kişilere uygulanmıştır. Sonuçta hastalar ile sağlıklı kişilerin puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmuştur. Böylece aracın psikolojik bozuklukları tespit etmede yeterli olduğu, araçla kolayca iletişim sağlanabildiği, hastaların maddeleri anlamada güçlüklerinin olmadığı yani aracın sağlıklı kişilerle ruhsal sorunu olan kişileri iyi derecede ayırt ettiği belirtilmiştir (Akt. Yurt, 1988, s.19).

Aydın (1987) ülkemizde bu envanter ile yapılan araştırmaların sonuçlarının ortak özelliklerinin, ölçeğin güvenilirliği konusunda (özellikle kanser hastaları için) test araştırmacı tarafından 25 kanser hastasına 15 gün ara ile iki kez uygulanmıştır. Testin iki kez uygulanması arasındaki ilişki katsayıları somatizasyon 0.20, hostilite 0.22, depresyon 0.43 ile düşük; obsesif kompulsif 0.91, kişilerarası duyarlılık 0.94,

Fobik Kaygı 0.88, Paranoid Düşünceler 0.75, Psikotizm 0.77 ve Genel semptom İndeksi için 0.76 ile yüksek bulunmuştur (Akt. Üre, 1989, s.38).

Uygulanması ve Puanlanması:

Belirti Tarama Listesi; envanteri cevaplayan kişinin kendisinde gözlediği çeşitli ruhsal belirtileri ölçmeye yönelik 90 maddeden oluşan bir ölçektir. Envanteri cevaplayan kişiden, her bir maddede belirtilen durumun kendisinde ne ölçüde bulunduğunu, 0-hiç, 1-çok az, 2-orta derecede, 3-oldukça fazla, 4-ileri derecede şeklindeki 5'li derecelemeden uygun olanı ile belirlemesi istenir. Ölçeğin tamamı yaklaşık 15-20 dakikada cevaplandırılabilir (Derogatis, 1979, s.1504).

Bu envanter son 15 gün içerisinde var olan durumları değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ölçekte 0.00 (hiç)'den 1.00(çok az)'e kadar olan puanlar normal sınırlarda kabul edilmektedir. Daha yüksek puanlar ise giderek artan patolojiyi göstermektedir. Cevap kağıtlarının değerlendirilmesi, hazırlanan cevap anahtarı yoluyla olmaktadır. Bireyin her alt boyutla ilgili durumu, o alt boyutla ilgili maddelere verdiği cevaplardan elde edilen puanların toplamının o alt ölçekteki madde sayısına bölünmesiyle hesaplanır. Genel Belirti Ortalaması ise toplam puanın toplam madde sayısına bölünmesiyle hesaplanır.

3.3.3. Kişisel Bilgi Formları:

Araştırma için yapılan kaynak taramaları ve ilgili uzmanlarla yapılan görüşmelerden sonra anket maddeleri herhangi bir karışıklığı önlemek amacıyla hasta ve yakınları için ayrı formlar halinde araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Geliştirilen soru formlarında yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyine ilişkin maddeler bulunmaktadır. Bu ortak maddelerin dışında çalışmanın hastanede yatan kanser ve şeker hastaları ile yapılacağı göz önüne alınarak hastalarla ilgili olan soru formuna hastanede yatma süresi ile ilgili maddeler eklenmiştir. Hasta yakını için hazırlanan forma ise hastaya yakınlık derecesi refakatçi kalma durumu ve tanının söylenip söylenmediğine ilişkin maddeler eklenmiştir. Hastalar için hazırlanan bilgi formu toplam dört, yakınları için hazırlanan bilgi formu ise toplam altı maddeden oluşmaktadır.

3.4. BİLGİLERİN TOPLANMASI

Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının uygulanması 2000 yılı içerisinde Ekim – Aralık ayları arasında gerçekleştirilmiştir. Uygulamanın

gerçekleştirilebilmesi için öncelikle ilgili makamdan izin alınmıştır. Çalışma kanserli hastalarla yapılacağı için, onların ruh hallerinin bu durumdan olumsuz etkilenebileceği göz önünde bulundurularak test maddeleri ilgili makam tarafından incelemeye tabi tutulmuştur. Sonuçta Belirti Tarama Listesindeki Psikotizm alt boyutuna ait olan “bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi” İfadesi kanser hastalığının ciddi ve ölümü çağrıştıran bir hastalık olması nedeniyle hastaları olumsuz etkileyebileceği düşünülerek uygulama dışında bırakıldı. Bunun sonucunda envanterde bu alt boyutla ilgili ayrı bir hesaplama yapılmadı.

İzin alma işlemi tamamlandıktan sonra uygulamanın yapılacağı kliniklerde hastalardan sorumlu olan doktor ve hemşirelerle iletişime geçildi ve hastalar hakkında bilgi alındı. Onlarında önerilerinden yararlanılarak klinik dosyalarından hastaların isimleri tespit edildi. Tespit edilen hastalarla bire bir görüşülerek yakınlarına ulaşma imkanı bulunmayanlar listeden çıkartıldı. Yakınlarına ulaşmada sorun yaşanılmayacak hastalarla ön görüşme yapılarak çalışmanın amacı anlatıldı ve katılmak isteyip istemedikleri soruldu. Katılmak isteyenler belirlenerek uygun zaman tespit edildi. Belirlenen zamanda uygulamalar yapıldı. Refakatçi olan hasta yakınlarına ulaşmada ve envanterleri uygulamada sorun yaşanmadı. Fakat diğer hasta yakınlarına ulaşmak biraz zaman aldı. Aynı şekilde hasta yakınlarıyla da ön görüşme yapılarak çalışmaya katılmayı isteyip istemedikleri soruldu. Katılmak isteyenlere envanterler uygulandı. Araştırmadan elde edilen sonuçların sağlıklı olması açısından envanterlerin bireyin çevreden etkilenmeden cevaplayabileceği bir ortamda gerçekleştirilmesine dikkat edilmiştir.

Bilgi toplama araçları, hasta yakınlarına en kolay ulaşılabilir zaman aralığı olan ziyaret saatlerinde hasta yakınlarına verilerek uygulandı. Hastalarla yapılan uygulamalar ise hastaların tedavilerini aksatmayacak şekilde genellikle mesai saatleri dışında gerçekleştirildi.

Uygulamalar sırasında kanser hastalarının yakınlarından üç kişi testi yarım bırakarak cevaplamak istemediklerini ifade ettiler. Bu durum anlayışla karşılanarak o kişilerin yakını olan hastalar çalışma dışı tutuldular. Ayrıca okuma - yazması olmayanlara ve bazı hastalara envanterler araştırmacı tarafından uygulandı. Bu uygulamalar sırasında tarafsızlık ilkesine aykırı söz ve davranışlardan kaçınılmaya özen gösterilmiştir.

Örneklem grubunu oluşturan hasta ve yakınlarına yapılan test uygulamaları yaklaşık üç ayda tamamlanmıştır.

3.5. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırma sorularını cevaplamak yada hipotezlerini test etmek için Belirti Tarama Listesi ve Durumluk – Sürekli Kaygı Envanterleri ile toplanan veriler bilgisayar ortamında SPSS İstatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Araştırmanın katılımcılarının Belirti Tarama Listesi ve Durumluk – Sürekli Kaygı puanları;

a-Hastalık türüne ve hasta yakınlarına,

b-Kanser hastalarında cinsiyete, tanının söylenme durumuna, yakınlarının refakatçi olma durumuna,

c-Şeker hastalarının cinsiyete ve yakınlarının refakatçi olma durumuna göre farklılık gösterip göstermediği ilişkisiz gruplar için t-testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Verilerin analizinde kullanılan t-testi, bağımlı değişkenin sürekli olduğu ve puanların dağılımının her bir alt grupta normalden aşırı bir sapma göstermedikleri ve grupların varyanslarının homojen olması durumunda ilişkisiz iki ortalamanın arasındaki farkın anlamlılığını test etmede kullanılan güçlü bir parametrik istatistiktir. Karşılaştırma gruplarının 15 ve daha fazla büyüklüğe sahip olmaları durumunda puanların dağılımlarının normalden aşırı bir sapma göstermedikleri ve varyansların homojenliğinin de önemli bir sorun olmadığı ileri sürülebilmektedir (Green ve ark., 1997; Howitt ve Cramer, 1997).

Bu çalışmada alt örneklerin büyüklüklerinin tümü için sözü edilen koşul sağlanmaktadır.

Kanser ve şeker hastalarının durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ve Belirti Tarama Listesi puanları arasında bir ilişki olup olmadığı Pearson Momentler Çarpım Korelasyon Katsayısı ile incelenmiştir.

Analizlerde anlamlılık düzeyi $\alpha=.05$ esas alınmıştır, ancak $\alpha=.01$ düzeyinde anlamlı çıkan bulgulara da işaret edilmiştir.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde bilgi toplama araçlarından elde edilen verilerin analizleri sonucunda elde edilen bulgular verilmektedir. Bulgular, araştırmanın alt problem ve denencelerine bağlı olarak yapılan analizler sonucunda elde edilmiştir.

4.1.Kanser Hastalarıyla Şeker Hastalarının “Belirti Tarama Listesi” Alt Ölçek Puanları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanları Arasında Bir Fark Olup Olmadığı ile İlgili Bulgular:

Tablo 4.1.1: Kanser Hastalarıyla Şeker Hastalarının Belirti Tarama Listesi Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Ortalama, Standart Sapma ve t Değerleri:

Ölçek	Hastalık	N	$\bar{X}$	S	t	t _{tablo}
GSİ	Şeker	50	0.53	0.25	3.10**	2.36
	Kanser	50	0.68	0.23		
SOMATİZASYON	Şeker	50	0.47	0.35	0.95	1.66
	Kanser	50	0.53	0.32		
PARANOİD DÜŞÜNCE	Şeker	50	0.35	0.29	3.46**	2.36
	Kanser	50	0.57	0.33		
FOBİK KAYGI	Şeker	50	0.28	0.17	1.81*	1.66
	Kanser	50	0.36	0.24		
HOSTİLİTE	Şeker	50	0.67	0.59	1.68*	1.66
	Kanser	50	0.86	0.52		
OBSESİF-KOMPULSİF	Şeker	50	0.56	0.27	3.02**	2.36
	Kanser	50	0.75	0.35		
KİŞİLERARASI DUYARLILIK	Şeker	50	0.64	0.33	1.43	1.66
	Kanser	50	0.74	0.33		
DEPRESYON	Şeker	50	0.74	0.42	2.96**	2.36
	Kanser	50	0.99	0.39		

*P<.05 **p<.01, sd=98

Tablo 4.1.1 incelendiğinde, şeker ve kanser hastalarının Tüm Belirti Ortalaması (GSİ) puanları arasında şeker hastalarının lehine anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir [t(98)=3,10,p<.01]. Kanser hastalarının Genel Belirti Ortalaması değerleri ($\bar{X}$ =0.68), şeker hastalarının aynı değerlerinden ($\bar{X}$ =0.53) daha yüksektir. Bu sonuçlar “Kanser hastalarının Genel Belirti Ortalaması puanı, şeker hastalarının puanından önemli derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

Şeker ve kanser hastalarının Somatizasyon (SOM) alt ölçeği puanları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır [$t(98)=0,95, p>.05$]. Kanser hastalarının Somatizasyon alt ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}=0.53$), şeker hastalarının puan ortalamasından ($\bar{X}=0.47$) yüksek olmakla beraber elde edilen fark önemsizdir. Bu bulgular “Kanser hastalarının Somatizasyon puanı, şeker hastalarının puanından anlamlı derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklenmediğini gösterir.

Şeker ve Kanser hastalarının Paranoid Düşünceler (PAR) alt boyutu puanları arasında şeker hastalarının lehine anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur [$t(98)=3,48, P<.01$]. Kanser hastalarının Paranoid Düşünceler alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması ($\bar{X}=0.57$), şeker hastalarının puan ortalamasından ($\bar{X}=0.35$) daha yüksektir. Bu sonuçlar “Kanser hastalarının Paranoid Düşünce Puanı, şeker hastalarının puanından önemli derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

Şeker ve kanser hastalarının Fobik Kaygı (PHOB) alt boyutu puanları arasında şeker hastalarının lehine anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur [$t(98)=1,81, p<.05$]. Kanser hastalarının Fobik kaygı alt boyutundan aldıkları puan ortalaması ($\bar{X}=0.36$), şeker hastalarının aynı değerlerinden ($\bar{X}=0.28$) yüksektir. Bu bulgular “kanser hastalarının Fobik Kaygı puanı, şeker hastalarının puanından anlamlı derecede yüksektir” biçimindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

Şeker ve kanser hastalarının Hostilite (HOS) alt ölçek puanları arasında şeker hastalarının lehine anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir [$t(98)=1,81, p<.05$]. Kanser hastalarının bu alt boyuttan aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}=0.86$), şeker hastalarının puan ortalamasından ($\bar{X}=0.67$) daha yüksektir. Bu sonuçlar “kanser hastalarının Hostilite puanı, şeker hastalarının puanından önemli derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezini desteklemektedir.

Şeker ve kanser hastalarının Obsesif Kompulsif (O-C) alt ölçek puanları arasında şeker hastalarının lehine anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır [$t(98)=3,02, p<.01$]. Kanser hastalarının Obsesif Kompulsif alt ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması ($x=0.75$), şeker hastalarının puan ortalamasından ($x=0.56$) daha yüksektir. Bu bulgular “Kanser hastalarının Obsesif Kompulsif puanı, şeker

hastalarının puanından anlamlı derecede yüksektir” biçimindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

Şeker ve kanser hastalarının Kişilerarası Duyarlılık (INT) alt ölçek puanları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır [$t(98)=1,43, p>.05$]. Kanser hastalarının Kişilerarası duyarlılık alt ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}=0.74$), şeker hastalarının puan ortalamasından ($\bar{X}=0.64$) yüksek olmakla birlikte fark anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuçlar “Kanser hastalarının Kişilerarası Duyarlılık puanı, şeker hastalarının puanından anlamlı ölçüde yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin reddedildiğini göstermektedir.

Şeker ve kanser hastalarının Depresyon (DEP) alt boyutu puanları arasında anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur [$t(98)=2,96, p<.01$]. Kanser hastalarının Depresyon alt boyutundan aldıkları puan ortalaması ($\bar{X}=0.99$), şeker hastalarının puan ortalamasından ($\bar{X}=0.74$) daha yüksektir. Bu bulgular “Kanser hastalarının Depresyon puanı, şeker hastalarının puanından anlamlı derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

Tablo 4.1.2: Kanser ve Şeker Hastalarının Durumluk – Sürekli Kaygı Puanlarının Ortalama, Standart sapma ve t Değerleri:

Ölçek	Hastalık	N	$\bar{X}$	S	t	t _{tablo}
DURUMLUK KAYGI	Şeker	50	45.06	7.36	1.34	1.66
	Kanser	50	47.32	9.32		
SÜREKLİ KAYGI	Şeker	50	38.08	4.20	3.03**	2.36
	Kanser	50	41.20	5.94		

** $p<.01$, $sd=98$

Tablo 4.1.2 incelendiğinde şeker ve kanser hastalarının Durumluk Kaygı puanları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır [$t(98)=1,34, p>.05$]. Kanser hastalarının Durumluk Kaygı Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması ($\bar{X}=47.32$), şeker hastalarının puan ortalamasından ($\bar{X}=45.06$) yüksek olmakla birlikte aradaki fark önemsizdir. Bu sonuçlar “Kanser Hastalarının Durumluk Kaygı puanı, şeker hastalarının puanından önemli derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklenmediğini göstermektedir.

Şeker ve Kanser hastalarının Sürekli Kaygı puanları arasında şeker hastalarının lehine anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur [$t(98)=3,03, p<.01$]. Kanser hastalarının

Sürekli Kaygı puanlarının ortalaması ($\bar{X}=41.20$), şeker hastalarının aynı değerlerinden ($\bar{X}=38,08$) daha yüksektir. Bu bulgular “Kanser hastalarının Sürekli Kaygı puanı, şeker hastalarının puanından önemli ölçüde yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

4.2 Kanser Hastalarının Yakınları ve Şeker Hastalarının Yakınlarının “Belirti Tarama Listesi” Alt Ölçek Puanları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanları Arasında Bir Fark Olup Olmadığı ile İlgili Bulgular:

Tablo 4.2.1: Kanser Hastalarının Yakınları ve Şeker Hastalarının Yakınlarının Belirti Tarama Listesi Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Ortalama, Standart Sapma ve t Değerleri:

Ölçek	Hasta Yakını	N	$\bar{X}$	S	t	t _{tablo}
GSI	Şeker	50	0.53	0.25	2.51**	2.36
	Kanser	50	0.68	0.34		
SOMATİZASYON	Şeker	50	0.45	0.37	1.26	1.66
	Kanser	50	0.55	0.40		
PARANOİD DÜŞÜNCE	Şeker	50	0.48	0.29	2.43**	2.36
	Kanser	50	0.67	0.45		
FOBİK KAYGI	Şeker	50	0.25	0.16	1.89*	1.66
	Kanser	50	0.34	0.30		
HOSTİLİTE	Şeker	50	0.76	0.48	0.10	1.66
	Kanser	50	0.77	0.51		
OBSESİF-KOMPULSİF	Şeker	50	0.59	0.27	2.89**	2.36
	Kanser	50	0.79	0.42		
KİŞİLERARASI DUYARLILIK	Şeker	50	0.68	0.31	0.54	1.66
	Kanser	50	0.72	0.40		
DEPRESYON	Şeker	50	0.69	0.40	2.43**	2.36
	Kanser	50	0.97	0.46		

*P<.05 **p<.01, sd=98

Tablo 4.2.1 incelendiğinde, şeker ve kanser hastalarının Tüm Belirti Ortalama (GSI) puanları arasında şeker hastalarının lehine anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir [$t(98)=2,51, p<.01$]. Kanserlilerin yakınlarının Tüm Belirti Ortalaması değerleri ($\bar{X}=0.68$), şeker hastalarının aynı değerlerinden ($\bar{X}=0.53$) daha yüksektir. Bu sonuçlar “Kanser hastalarının yakınlarının Genel Belirti Ortalaması puanı, şeker hastalarının yakınlarının puanından anlamlı ölçüde yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

Şeker hastalarının yakınları ile kanserlilerin yakınlarının Somatizasyon alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır [$t(98)=1,26, p>.05$]. Kanserlilerin yakınlarının Somatizasyon alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması ($\bar{X}=0.55$), şeker hastalarının yakınlarının puan ortalamasından ($\bar{X}=0.45$) yüksek olmakla birlikte farkın önemsiz olduğu görülmektedir. Bu bulgular “Kanser hastalarının yakınlarının Somatizasyon puanı, şeker hastalarının yakınlarının puanından önemli derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin reddedildiğini göstermektedir.

Şeker hastalarının yakınları ile kanserlilerin yakınlarının Paranoid Düşünce alt ölçek puanları arasında şeker hastalarının yakınlarının lehine anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur [$t(98)=2,43, p<.01$]. Kanser hastalarının yakınlarının bu alt boyuttan aldıkları puan ortalaması ($\bar{X}=0.67$), şeker hastalarının yakınlarının puan ortalamasından ($\bar{X}=0.48$) daha yüksektir. Bu sonuçlar “Kanser hastalarının yakınlarının Paranoid Düşünce puanı, şeker hastalarının yakınlarının puanından anlamlı derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

Şeker hastalarının yakınları ile kanser hastalarının yakınlarının Fobik Kaygı alt ölçek puanları arasında şeker hastalarının yakınlarının lehine anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur [$t(98)=1,89, p<.05$]. Kanser hastalarının yakınlarının bu alt ölçekten aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}=0.34$), şeker hastalarının yakınlarının puan ortalamasından ($\bar{X}=0.25$) daha yüksektir. Bu bulgular “Kanser hastalarının yakınlarının Fobik Kaygı puanı, şeker hastalarının yakınlarının puanından anlamlı ölçüde yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezini desteklemektedir.

Şeker hastalarının yakınları ile kanser hastalarının yakınlarının Hostilite alt ölçek puanları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır [$t(98)=0,10, p>.05$]. Kanser hastalarının yakınlarının bu alt ölçekten aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}=0.77$), şeker hastası yakınlarının aynı değerlerinden ($\bar{X}=0.76$) yüksek olmakla birlikte fark önemsiz bulunmuştur. Bu sonuçlar “Kanser hastalarının yakınlarının Hostilite puanı, şeker hastalarının yakınlarının puanından önemli ölçüde yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin reddedildiğini göstermektedir.

Şeker hastalarının yakınları ile kanser hastalarının yakınlarının Obsesif Kompulsif alt boyut puanları arasında şeker hastalarının yakınlarının lehine anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır [$t(98)=2,89, p<.01$]. Kanser hastalarının yakınlarının bu alt

ölçekle ilgili puanlarının ortalaması ($\bar{X}=0.79$), şeker hastalarının yakınlarının puan ortalamasından ($\bar{X}=0.59$) daha yüksektir. Bu bulgular “Kanser hastalarının yakınlarının Obsesif Kompulsif puanı, şeker hastalarının yakınlarının puanından önemli derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

Şeker hastalarının yakınları ile kanser hastalarının yakınlarının Kişilerarası Duyarlılık alt boyutu puanları arasındaki fark önemli bulunmamıştır [$t(98)=0.54, p>.05$]. Kanser hastalarının yakınlarının bu alt boyuttan aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}=0.72$), şeker hastalarının yakınlarının puan ortalamasından ($\bar{X}=0.68$) yüksek olmakla birlikte elde edilen fark anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuçlar “kanser hastalarının yakınlarının Kişilerarası Duyarlılık puanı, şeker hastalarının yakınlarının puanından anlamlı ölçüde yüksektir” biçimindeki araştırma hipotezinin desteklenmediğini göstermektedir.

Şeker hastalarının yakınları ile kanser hastalarının yakınlarının Depresyon alt ölçek puanları arasında şeker hastalarının yakınlarının lehine anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür [$t(98)=2.43, p<.01$]. Kanserli hastaların yakınlarının Depresyon alt ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}=0.97$), şeker hastalarının yakınlarının aynı alt ölçekle ilgili değerlerinden ($\bar{X}=0.69$) daha yüksektir. Bu bulgular “Kanser hastalarının yakınlarının Depresyon puanı, şeker hastalarının yakınlarının puanından önemli ölçüde yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezini desteklemektedir.

Tablo 4.2.2: Kanser Hastalarının Yakınları İle Şeker Hastalarının Yakınlarının Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Ortalama, Standart Sapma ve t Değerleri:

Ölçek	Hasta Yakını	N	$\bar{X}$	S	t	t _{tablo}
DURUMLUK KAYGI	Şeker	50	44.74	8.81	3.77**	2.36
	Kanser	50	51.92	10.14		
SÜREKLİ KAYGI	Şeker	50	39.60	4.50	0.49	1.98
	Kanser	50	40.08	5.22		

**p<.01, sd=98

Tablo 4.2.2. incelendiğinde, şeker hastalarının yakınları ile kanser hastalarının yakınlarının Durumluk Kaygı puanları arasındaki farkın şeker hastalarının yakınlarının lehine anlamlı olduğu görülmektedir [$t(98)=3.77, p<.01$]. Kanserlilerin yakınlarının Durumluk Kaygı puanlarının ortalaması ($\bar{X}=51.92$), şeker hastalarının yakınlarının

puan ortalamasından ($\bar{X}=44.74$) daha yüksektir. Bu sonuçlar “Kanser hastalarının yakınlarının Durumluk Kaygı puanı, şeker hastalarının yakınlarının puanından anlamlı derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

Şeker hastalarının yakınları ile kanser hastalarının yakınlarının Sürekli Kaygı puanları arasındaki fark önemli bulunmamıştır [$t(98)=0.49, p>.05$]. Kanserlilerin yakınlarının Sürekli Kaygı puanlarının ortalaması ($\bar{X}=40.08$), şeker hastalarının yakınlarının puan ortalamasından ($\bar{X}=39.60$) yüksek olmakla birlikte fark önemli bulunmamıştır. Bu bulgular “Kanser hastalarının yakınlarının Sürekli Kaygı puanı ile şeker hastalarının yakınlarının puanı arasında önemli bir fark yoktur” şeklindeki araştırma hipotezini desteklemektedir.

4.3. Kanser Hastalarının “Belirti Tarama Listesi” Alt Ölçek Puanları ve Durumluk – Sürekli Kaygı Ölçeği Puanları Arasında Cinsiyete Göre Bir Fark Olup Olmadığı İle İlgili Bulgular:

Tablo 4.3.1: Kanser Hastalarının Belirti tarama Listesi Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Cinsiyete Göre Ortalama, Standart Sapma ve t Değerleri:

Ölçek	Cinsiyet	N	$\bar{X}$	S	t	t_{tablo}
GSİ	Kadın	17	0.77	0.25	2.08*	1.68
	Erkek	33	0.63	0.21		
SOMATİZASYON	Kadın	17	0.64	0.34	1.69*	1.68
	Erkek	33	0.48	0.31		
PARANOİD DÜŞÜNCE	Kadın	17	0.57	0.30	0.05	1.68
	Erkek	33	0.56	0.35		
FOBİK KAYGI	Kadın	17	0.43	0.28	1.38	1.68
	Erkek	33	0.33	0.21		
HOSTİLİTE	Kadın	17	0.90	0.56	0.42	1.68
	Erkek	33	0.84	0.51		
OBSESİF-KOMPULSİF	Kadın	17	0.83	0.32	1.14	1.68
	Erkek	33	0.71	0.36		
KİŞİLERARASI DUYARLILIK	Kadın	17	0.79	0.28	0.84	1.68
	Erkek	33	0.71	0.36		
DEPRESYON	Kadın	17	1.16	0.31	2.34*	1.68
	Erkek	33	0.90	0.36		

* $P<.05$, $sd=48$

Tablo 4.3.1 incelendiğinde kanser hastalarının Genel Belirti Ortalaması (GIS) puanları arasında cinsiyete göre erkeklerin lehine anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir [$t(48)=2.08, p<.05$]. Kadın kanser hastalarının Genel Belirti Ortalaması değerleri ($\bar{X}=0.77$), erkeklerin aynı değerlerinden ($\bar{X}=0.63$) daha yüksektir. Bu

sonuçlar “Kanserli kadın hastaların Genel Belirti Ortalaması puanı, erkek hastaların puanından önemli derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

Kanser hastalarının Somatizasyon puanları arasında cinsiyete göre erkeklerin lehine anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur [$t(48)=1,69, p<.05$]. Kanserli kadın hastaların bu alt ölçekten aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}=0.64$), kanserli erkeklerin puan ortalamasından ($\bar{X}=0.48$) yüksektir. Bu bulgular “Kanserli kadın hastaların Somatizasyon puanı, erkek hastaların puanından önemli derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezini desteklemektedir.

Kanser hastalarının Paranoid Düşünce puanları cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$t(48)=0,05, p>.05$]. Kanserli kadınların bu alt ölçekten aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}=0,57$), erkek hastaların puan ortalamasından ($\bar{X}=0,56$) yüksek olmakla birlikte fark önemsizdir. Bu sonuçlar “Kanserli kadın hastalarının Paranoid Düşünce puanı, erkek hastaların puanından önemli derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin reddedildiğini göstermektedir.

Kanser hastalarının Fobik Kaygı puanları arasında cinsiyete göre anlamlı bir fark bulunmamıştır [$t(48)=1,38, p>.05$]. Kadın kanser hastalarının bu alt boyuttan aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}=0,43$), erkek hastaların puan ortalamasından ($\bar{X}=0,33$) yüksek olmakla birlikte fark önemsizdir. Bu bulgular “Kanserli kadın hastalarının Fobik Kaygı puanı, erkek hastaların puanından anlamlı ölçüde yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezini reddetmektedir.

Kanser hastalarının Hostilite puanları arasında cinsiyete göre anlamlı bir fark bulunmamıştır [$t(48)=0,42, p>.05$]. Kanserli kadın hastaların puan ortalaması ($\bar{X}=0.90$), erkeklerin puan ortalamasından ($\bar{X}=0.84$) yüksek olmakla beraber fark anlamlı değildir. Bu sonuçlar “Kanserli kadın hastaların Hostilite puanı, erkek hastaların puanından önemli derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin reddedildiğini göstermektedir.

Kanserli hastaların Obsesif Kompulsif puanları arasında cinsiyete göre anlamlı bir fark bulunmamıştır [$t(48)=1,14, p>.05$]. Kadın kanser hastalarının puan ortalaması ($\bar{X}=0.83$), erkek hastaların puan ortalamasından ($\bar{X}=0.71$) yüksek olmakla beraber fark anlamlı değildir. Bu bulgular “Kanserli kadın hastaların Obsesif Kompulsif puanı,

erkek hastaların puanından anlamlı ölçüde yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezini reddetmektedir.

Kanser hastalarının Kişilerarası Duyarlılık puanları arasında cinsiyete göre önemli bir fark bulunmamıştır [$t(48)=0,84, p>.05$]. Kanserli kadınların bu alt ölçek puanlarının ortalaması ($\bar{X}=0.79$), erkek kanser hastalarının puan ortalamasından ($\bar{X}=0.71$) fazladır. Fakat bu fark önemli bulunmamıştır. Bu sonuçlar “Kanserli kadın hastaların Kişilerarası Duyarlılık puanı, erkek hastaların puanından önemli derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin reddedildiğini göstermektedir.

Kanser hastalarının Depresyon puanları arasında cinsiyete göre erkeklerin lehine anlamlı bir fark bulunmuştur [$t(48)=2,34, p<.05$]. Kanserli kadınların Depresyon puan ortalaması ($\bar{X}=1.16$), kanserli erkeklerin puan ortalamasından ($\bar{X}=0.90$) daha yüksektir. Bu bulgular “kanserli kadın hastalarının Depresyon puanı, erkek hastaların puanından anlamlı derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezini desteklemektedir.

Tablo 4.3.2: Kanser Hastalarının Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Cinsiyete Göre Ortalama, Standart Sapma ve t Değerleri:

Ölçek	Cinsiyet	N	$\bar{X}$	S	t	t_{tablo}
DURUMLUK KAYGI	Kadın	17	50.00	9.31	1.47	1.68
	Erkek	33	45.93	9.16		
SÜREKLİ KAYGI	Kadın	17	43.82	5.82	2.34*	1.68
	Erkek	33	39.84	5.61		

* $P<.05$, $sd=48$

Tablo 4.3.2 incelendiğinde, kanser hastalarının Durumluk Kaygı puanları arasında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık görülmemektedir [$t(48)=1,47, p>.05$]. Kanserli kadın hastaların bu ölçekten aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}=50.00$), erkek hastaların puan ortalamasından ($\bar{X}=45,93$) daha fazla olmakla beraber fark önemsizdir. Bu sonuçlar “kanserli kadın hastaların Durumluk Kaygı puanı, erkek hastaların puanından anlamlı derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezini reddetmektedir.

Kanser hastalarının Sürekli Kaygı puanları arasında cinsiyete göre erkeklerin lehine anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir [$t(48)=2,34, p<.05$]. Kadın kanser hastalarının Sürekli Kaygı puanlarının ortalaması ($\bar{X}=43.82$), erkek hastaların puan

ortalamasından ($\bar{X}=39.84$) daha yüksektir. Bu bulgular “kanserli kadın hastaların Sürekli Kaygı puanı, erkek hastaların puanından anlamlı derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

4.4. Şeker Hastalarının “Belirti Tarama Listesi” Alt Ölçek Puanları ve Durumluk – Sürekli Kaygı Ölçeği Puanları Arasında Cinsiyete Göre Bir Fark Olup Olmadığı İle İlgili bulgular:

Tablo 4.4.1: Şeker Hastalarının “Belirti Tarama Listesi” Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Cinsiyete Göre Ortalama, Standart Sapma ve t Değerleri:

Ölçek	Cinsiyet	N	$\bar{X}$	S	t	t _{tablo}
GSİ	Kadın	26	0.60	0.31	2.17*	1.68
	Erkek	24	0.45	0.13		
SOMATİZASYON	Kadın	26	0.62	0.40	3.45**	2.42
	Erkek	24	0.31	0.17		
PARANOİD DÜŞÜNCE	Kadın	26	0.40	0.34	1.33	1.68
	Erkek	24	0.29	0.21		
FOBİK KAYGI	Kadın	26	0.28	0.18	0.33	1.68
	Erkek	24	0.29	0.17		
HOSTİLİTE	Kadın	26	0.71	0.71	0.50	1.68
	Erkek	24	0.62	0.44		
OBSESİF-KOMPULSİF	Kadın	26	0.63	0.30	1.81*	1.68
	Erkek	24	0.49	0.22		
KİŞİLERARASI DUYARLILIK	Kadın	26	0.71	0.32	1.63	1.68
	Erkek	24	0.56	0.33		
DEPRESYON	Kadın	26	0.86	0.46	2.12*	1.68
	Erkek	24	0.61	0.34		

*P<.05 **P<.01, sd=48

Tablo 4.4.1 incelendiğinde, şeker hastalarının Genel Belirti Ortalaması Puanları arasında cinsiyete göre erkeklerin lehine anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir [$t(48)=2.17, p<.05$]. Kadın şeker hastalarının Tüm Belirti Ortalaması değerleri ($\bar{X}=0.60$), erkek hastaların aynı değerlerinden ($\bar{X}=0.45$) daha yüksektir. Bu sonuçlar “Şeker hastası kadınların Genel Belirti Ortalaması puanı, erkek hastaların puanından önemli ölçüde yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezini desteklemektedir.

Şeker hastalarının Somatizasyon puanları arasında cinsiyete göre erkeklerin lehine önemli bir farkın olduğu saptanmıştır [$t(48)=3.45, p<.01$]. Kadınların somatizasyon alt ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}=0.62$), erkek hastaların puan ortalamasından ($\bar{X}=0.31$) daha yüksektir. Bu bulgular “Şeker hastası kadınların

Somatizasyon puanı, erkek hastaların puanından anlamlı derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

Şeker hastalarının Paranoid Düşünce puanları cinsiyete göre önemli bir farklılık göstermemektedir [$t(48)=1,3, p>.05$]. Kadın şeker hastalarının Paranoid Düşünce puanlarının ortalaması ($\bar{X}=0,40$), erkeklerin puan ortalamasından ($\bar{X}=0,29$) yüksek olmakla birlikte fark anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuçlar “Şeker hastası olan kadınların Paranoid Düşünce puanı, erkek hastaların puanından önemli derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezini reddetmektedir.

Şeker hastalarının Fobik Kaygı puanları cinsiyete göre önemli bir farklılık göstermemektedir [$t(48)=0,33, p>.05$]. Kadın hastaların bu alt ölçek puanlarının ortalaması ($\bar{X}=0,28$), erkeklerin puan ortalamasından ($\bar{X}=0,29$) düşük çıkmıştır. Bu bulgular “Şeker hastası olan kadınların Fobik Kaygı puanı, erkek hastaların puanından anlamlı ölçüde yüksektir” biçimindeki araştırma hipotezinin reddedildiğini göstermektedir.

Şeker hastalarının Hostilite puanları arasında cinsiyete göre anlamlı bir fark bulunmamıştır [$t(48)=0,50, p>.05$]. Şeker hastası kadınların Hostilite puan ortalaması ($\bar{X}=0,71$), erkeklerin puan ortalamasından ($\bar{X}=0,62$) fazla olmakla birlikte aradaki fark önemsizdir. Bu sonuçlar “Şeker hastası olan kadınların Hostilite puanı, erkek hastaların puanından önemli ölçüde yüksektir” şeklinde kurulan araştırma hipotezini reddetmektedir.

Şeker hastalarının Obsesif Kompulsif puanları arasında cinsiyete göre erkeklerin lehine anlamlı bir fark bulunmuştur [$t(48)=1,81, p<.05$]. Kadın şeker hastalarının bu alt boyuttan aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}=0,63$), erkek hastaların puan ortalamasından ($\bar{X}=0,49$) daha yüksektir. Bu bulgular “Şeker hastası olan kadınların Obsesif Kompulsif puanı, erkek hastaların puanından anlamlı derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

Şeker hastalarının Kişilerarası Duyarlılık puanları arasında cinsiyete göre önemli bir fark bulunmamıştır [$t(48)=1,63, p>.05$]. Kadın şeker hastalarının bu alt ölçekten aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}=0,71$), erkek hastaların puan ortalamasından ($\bar{X}=0,56$) yüksek olduğu halde fark önemsizdir. Bu sonuçlar “Şeker

hastası olan kadınların Kişilerarası Duyarlılık puanı, erkek hastaların puanından önemli derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezini reddetmektedir.

Şeker hastalarının Depresyon puanları arasında cinsiyete göre erkeklerin lehine anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur [$t(48)=2,12, p<.05$]. Şeker hastası olan kadınların Depresyon puan ortalaması ($\bar{X}=0,86$), erkek hastaların puan ortalamasından ($\bar{X}=0,61$) daha yüksektir. Bu bulgular “Şeker hastası olan kadınların Depresyon puanı, erkek hastaların puanından anlamlı ölçüde yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

Tablo 4.4.2: Şeker Hastalarının Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Cinsiyete Göre Ortalama, Standart Sapma ve t Değerleri:

Ölçek	Cinsiyet	N	$\bar{X}$	S	t	t_{tablo}
DURUMLUK KAYGI	Kadın	26	46.38	7.98	1.33	1.68
	Erkek	24	43.62	6.49		
SÜREKLİ KAYGI	Kadın	26	38.80	4.04	1.28	1.68
	Erkek	24	37.29	4.30		

sd=48

Tablo 4.4.2 incelendiğinde, şeker hastalarının Durumluk Kaygı puanları arasında cinsiyete göre anlamlı bir fark bulunmamıştır [$t(48)=1,33, p>.05$]. Kadın şeker hastalarının puan ortalaması ($\bar{X}=46,38$), erkek hastaların puan ortalamasından ($\bar{X}=43,62$) yüksek olmakla birlikte fark önemsizdir. Bu sonuçlar “Şeker hastası olan kadınların Durumluk Kaygı puanı, erkek hastaların puanından önemli ölçüde yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezini reddetmektedir.

Şeker hastalarının Sürekli Kaygı puanları cinsiyete göre anlamlı bir fark göstermemektedir [$t(48)=1,28, p>.05$]. Şeker hastası olan kadınların bu ölçek puanlarının ortalaması ($\bar{X}=38,80$), erkeklerin puan ortalamasından ($\bar{X}=37,29$) yüksek olmakla birlikte aradaki fark anlamlı değildir. Bu bulgular “Şeker hastası olan kadınların Sürekli Kaygı puanı, erkek hastaların puanından anlamlı derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin reddedildiğini göstermektedir.

4.5. Kanser Hastalarının Yakınlarının “Belirti Tarama Listesi” Alt Ölçek Puanları ve Durumluk – Sürekli Kaygı Puanları Arasında Refakatçi Olma Durumuna Göre Bir Fark Olup Olmadığı İle İlgili Bulgular:

Tablo 4.5.1: Kanser Hastalarının Yakınlarının “Belirti Tarama Listesi” Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Refakatçi Olma Durumuna Göre Ortalama, Standart Sapma ve t Değerleri:

Ölçek	Refakatçi	N	$\bar{X}$	S	t	t _{tablo}
GSI	Evet	27	0.80	0.39	2.85**	2.42
	Hayır	23	0.54	0.18		
SOMATİZASYON	Evet	27	0.71	0.44	3.51**	2.42
	Hayır	23	0.35	0.25		
PARANOİD DÜŞÜNCE	Evet	27	0.70	0.52	0.52	1.68
	Hayır	23	0.63	0.36		
FOBİK KAYGI	Evet	27	0.38	0.37	1.00	1.68
	Hayır	23	0.30	0.17		
HOSTİLİTE	Evet	27	0.95	0.55	3.01**	2.42
	Hayır	23	0.55	0.34		
OBSESİF-KOMPULSİF	Evet	27	0.90	0.44	1.94*	1.68
	Hayır	23	0.67	0.35		
KİŞİLERARASI DUYARLILIK	Evet	27	0.80	0.46	1.50	1.68
	Hayır	23	0.63	0.21		
DEPRESYON	Evet	27	1.18	0.49	3.88**	2.42
	Hayır	23	0.72	0.28		

*P<.05, ** p<.01, sd=48

Tablo 4.5.1 incelendiğinde kanser hastalarının Genel Belirti Ortalaması (GIS) puanları arasında refakatçi olma durumuna göre refakatçi olmayanların lehine anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir [t(48)=2,85,p<.01]. Refakatçi olarak kalanların Genel Belirti Ortalaması değerleri ($\bar{X}$ =0,80), refakatçi olmayanların aynı değerlerinden ($\bar{X}$ =0,54) daha yüksektir. Bu sonuçlar “Refakatçi olarak kalan kanser hastası yakınlarının Genel Belirti Ortalaması puanı, refakatçi olmayanların puanından önemli ölçüde yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezini desteklemektedir.

Kanser hastalarının yakınlarının Somatizasyon puanları arasında refakatçi olma durumuna göre, refakatçi kalmayanların lehine anlamlı bir fark bulunmuştur [t(48)=3,51,p<.01]. Refakatçi olan kanser hastası yakınlarının Somatizasyon puanlarının ortalaması ($\bar{X}$ =0,71), refakatçi olmayanların puan ortalamasından ($\bar{X}$ =0,35) yüksektir. Bu bulgular “Refakatçi olarak kalan kanser hastası yakınlarının

Somatizasyon puanı, refakatçi olmayanların puanından anlamlı derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

Kanser hastalarının yakınlarının Paranoid Düşünce puanları arasında refakatçi olma durumuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır [$t(48)=0,52, p>.05$]. Refakatçi olan kanser hastası yakınlarının bu alt ölçekten aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}=0,70$), refakatçi olmayanların puan ortalamasından ($\bar{X}=0,60$) yüksek olmakla birlikte fark önemsizdir. Bu sonuçlar “refakatçi olarak kalan kanser hastası yakınlarının Paranoid Düşünce puanı, refakatçi olmayanların puanından önemli derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezini reddetmektedir.

Kanser hastalarının yakınlarının Fobik Kaygı puanları arasında refakatçi olma durumuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır [$t(48)=1,00, p>.05$]. Refakatçi olarak kalan hasta yakınlarının Fobik Kaygı puanlarının ortalaması ($\bar{X}=0,38$), refakatçi olmayanların puan ortalamasından ($\bar{X}=0,30$) yüksek olduğu halde fark anlamlı değildir. Bu bulgular “Refakatçi olarak kalan kanser hastası yakınlarının Fobik Kaygı puanı, refakatçi olmayanların puanından anlamlı ölçüde yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin reddedildiğini göstermektedir.

Kanser hastalarının yakınlarının Hostilite puanları arasında refakatçi olma durumuna göre, refakatçi olmayanların lehine anlamlı bir fark bulunmuştur [$t(48)=3,01, p<.01$]. Refakatçi olarak kalan hasta yakınlarının puanlarının ortalaması ($\bar{X}=0,95$), refakatçi olmayanların puan ortalamasından ($\bar{X}=0,55$) daha yüksektir. Bu sonuçlar “Refakatçi olarak kalan kanser hastası yakınlarının Hostilite puanı, refakatçi olmayanların puanından önemli ölçüde yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

Kanser hastalarının yakınlarının Obsesif Kompulsif puanları refakatçi olma durumuna göre refakatçi olmayanların lehine anlamlı bir farklılık göstermektedir [$t(48)=1,94, p<.05$]. Refakatçi olan kanser hastası yakınlarının bu alt ölçekten aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}=0,90$), refakatçi olmayanların puan ortalamasından ($\bar{X}=0,67$) daha fazladır. Bu bulgular “Refakatçi olarak kalan kanser hastası yakınlarının Obsesif Kompulsif puanı, refakatçi olmayanların puanından anlamlı derecede yüksektir” biçimindeki araştırma hipotezini desteklemektedir.

Kanser hastalarının yakınlarının Kişilerarası Duyarlılık puanları arasında refakatçi olma durumuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır [$t(48)=1,50, p>.05$]. Refakatçi olanların Kişilerarası Duyarlılık puanlarının ortalaması ($\bar{X}=0,80$), refakatçi olmayanların puan ortalamasından ($\bar{X}=0,63$) yüksek olmakla birlikte fark önemsizdir. Bu sonuçlar “Refakatçi olarak kalan kanser hastası yakınlarının Kişilerarası Duyarlılık puanı, refakatçi olmayanların puanından önemli derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin reddedildiğini göstermektedir.

Kanser hastalarının yakınlarının Depresyon puanları refakatçi olma durumuna göre, refakatçi olmayanların lehine anlamlı bir farklılık göstermektedir [$t(48)=3,88, p<.01$]. Refakatçi olarak kalan kanser hastası yakınlarının Depresyon puanı ortalaması ($\bar{X}=1,18$), refakatçi olmayanların puan ortalamasından ($\bar{X}=0,72$) daha yüksektir. Bu bulgular “Refakatçi olarak Kalan kanser hastası yakınlarının Depresyon puanı, refakatçi olmayanların puanından anlamlı ölçüde yüksektir” şeklinde kurulan araştırma hipotezini desteklemektedir.

Tablo 4.5.2: Kanser Hastalarının Yakınlarının Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Refakatçi Olma Durumuna Göre Ortalama, Standart Sapma ve t Değerleri:

Ölçek	Refakatçi	N	$\bar{X}$	S	t	t _{tablo}
DURUMLUK KAYGI	Evet	27	56.55	7.83	4.00*	2.42
	Hayır	23	46.47	9.97	*	
SÜREKLİ KAYGI	Evet	27	41.07	5.56	1.47	2.02
	Hayır	23	38.91	4.63		

** $p<.01$, sd=48

Tablo 4.5.2 incelendiğinde kanser hastalarının yakınlarının Durumluk Kaygı puanları arasında refakatçi olma durumuna göre refakatçi olmayanların lehine anlamlı bir fark olduğu görülmektedir [$t(48)=4,00, p<.01$]. Refakatçi olan kanser hastası yakınlarının Durumluk Kaygı puanlarının ortalaması ($\bar{X}=56,55$), refakatçi olmayanların puan ortalamasından ($\bar{X}=46,47$) daha yüksektir. Bu sonuçlar “Refakatçi olarak kalan kanser hastası yakınlarının Durumluk Kaygı puanı, refakatçi olmayanların puanından önemli ölçüde yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

Kanser hastalarının yakınlarının Sürekli Kaygı puanları arasında refakatçi olma durumuna göre önemli bir fark bulunmamıştır [$t(48)=1,47, p>.05$]. Refakatçi olan hasta

yakınlarının bu ölçekten aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}=41,07$), refakatçi olmayanların puan ortalamasından ($\bar{X}=38,91$) yüksek olmakla birlikte fark önemsizdir. Bu bulgular “Refakatçi olarak kalan kanser hastası yakınlarının Sürekli Kaygı puanı ile refakatçi olmayanların puanı arasında anlamlı bir fark yoktur” şeklindeki araştırma hipotezini desteklemektedir.

4.6. Şeker Hastalarının Yakınlarının “Belirti Tarama Listesi” Alt Ölçek Puanları ve Durumluk – Sürekli Kaygı Puanları Arasında Refakatçi Olma Durumuna Göre Bir Fark Olup Olmadığı İle İlgili Bulgular:

Tablo 4.6.1: Şeker Hastalarının Yakınlarının “Belirti Tarama Listesi” Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Refakatçi Olma Durumuna Göre Ortalama, Standart sapma ve t Değerleri:

Ölçek	Refakatçi	N	$\bar{X}$	S	t	t _{tablo}
GSI	Evet	19	0.66	0.34	3.06**	2.42
	Hayır	31	0.45	0.13		
SOMATİZASYON	Evet	19	0.62	0.49	2.70**	2.42
	Hayır	31	0.34	0.22		
PARANOİD DÜŞÜNCE	Evet	19	0.53	0.34	0.86	1.68
	Hayır	31	0.45	0.25		
FOBİK KAYGI	Evet	19	0.27	0.20	0.63	1.68
	Hayır	31	0.24	0.13		
HOSTİLİTE	Evet	19	0.99	0.56	2.86**	2.42
	Hayır	31	0.61	0.36		
OBSESİF-KOMPULSİF	Evet	19	0.64	0.33	1.15	1.68
	Hayır	31	0.55	0.23		
KİŞİLERARASI DUYARLILIK	Evet	19	0.73	0.29	0.72	1.68
	Hayır	31	0.66	0.33		
DEPRESYON	Evet	19	0.91	0.54	3.27**	2.42
	Hayır	31	0.56	0.20		

**p<.01, sd=48

Tablo 4.6.1 incelendiğinde, şeker hastalarının yakınlarının Genel Belirti Ortalaması (GSI) puanları arasında refakatçi olma durumuna göre refakatçi olmayanların lehine anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir [$t(48)=3,06, p<.01$]. Refakatçi olarak kalan şeker hastası yakınlarının Genel Belirti Ortalaması değerleri ($\bar{X}=0,66$), refakatçi olmayanların aynı değerlerinden ($\bar{X}=0,45$) yüksektir. Bu sonuçlar “Refakatçi olan şeker hastası yakınlarının Genel Belirti Ortalaması puanı, refakatçi olmayanların puanından önemli ölçüde yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

Şeker hastalarının yakınlarının Somatizasyon puanları arasında refakatçi olma durumuna göre, refakatçi olmayanların lehine anlamlı bir fark bulunmuştur [$t(48)=2,70, p<.01$]. Refakatçi olanların Somatizasyon puanı ortalaması ($\bar{X}=0,62$), refakatçi olmayanların puan ortalamasından ($\bar{X}=0,34$) daha yüksektir. Bu bulgular “Refakatçi olan şeker hastası yakınlarının Somatizasyon puanı, refakatçi olmayanların puanından anlamlı derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezini desteklemektedir.

Şeker hastalarının Paranoid Düşünce puanları arasında refakatçi olma durumuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır [$t(48)=0,86, p>.05$]. Refakatçi olarak kalan şeker hastası yakınlarının Paranoid Düşünce puanlarının ortalaması ($\bar{X}=0,53$), refakatçi olmayanların puan ortalamasından ($\bar{X}=0,45$) fazla olmakla birlikte aradaki fark önemsizdir. Bu sonuçlar “Refakatçi olan şeker hastası yakınlarının Paranoid Düşünce puanı, refakatçi olmayanların puanından önemli derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin reddedildiğini göstermektedir.

Şeker hastalarının yakınlarının Fobik Kaygı puanları arasında refakatçi olma durumuna göre anlamlı bir fark saptanmamıştır [$t(48)=0,63, p>.05$]. Refakatçi olan şeker hastası yakınlarının Fobik Kaygı puanı ortalaması ($\bar{X}=0,27$), refakatçi olmayanların puan ortalamasından ($\bar{X}=0,24$) yüksek olmakla beraber aradaki fark anlamlı bulunmamıştır. Bu bulgular “Refakatçi olan şeker hastası yakınlarının Fobik Kaygı puanı, refakatçi olmayanların puanından anlamlı ölçüde yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezini reddetmektedir.

Şeker hastalarının yakınlarının Hostilite puanları arasında refakatçi olma durumuna göre, refakatçi olmayanların lehine anlamlı bir fark bulunmuştur [$t(48)=2,86, p<.01$]. Refakatçi olarak kalan şeker hastası yakınlarının Hostilite puanlarının ortalaması ($\bar{X}=0,99$), refakatçi olmayanların puan ortalamasından ($\bar{X}=0,61$) daha yüksektir. Bu sonuçlar “Refakatçi olan şeker hastası yakınlarının Hostilite puanı, refakatçi olmayanların puanından önemli ölçüde yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

Şeker hastalarının yakınlarının Obsesif Kompulsif puanları arasında refakatçi olma durumuna göre anlamlı bir fark saptanmamıştır [$t(48)=1,15, p>.05$]. Refakatçi olan hasta yakınlarının bu alt ölçekten aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}=0,64$), refakatçi olmayanların puan ortalamasından ($\bar{X}=0,55$) fazla olmakla beraber fark

önemsizdir. Bu bulgular “Refakatçi olan şeker hastası yakınlarının Obsesif Kompulsif puanı, refakatçi olmayanların puanından anlamlı derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin reddedildiğini göstermektedir.

Şeker hastası yakınlarının Kişilerarası Duyarlılık puanları arasında refakatçi olma durumuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır [$t(48)=0,72, p>.05$]. Refakatçi olanların Kişilerarası Duyarlılık puanlarının ortalaması ($\bar{X}=0,73$), refakatçi olmayanların puan ortalamasından ($\bar{X}=0,66$) yüksek olduğu halde aradaki fark anlamlı değildir. Bu sonuçlar “Refakatçi olan şeker hastası yakınlarının Kişilerarası Duyarlılık puanı, refakatçi olmayanların puanından önemli derecede yüksektir” biçimindeki araştırma hipotezini reddetmektedir.

Şeker hastalarının yakınlarının Depresyon puanları arasında refakatçi olma durumuna göre, refakatçi olmayanların lehine anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır [$t(48)=3,27, p<.01$]. Refakatçi olarak kalan şeker hastası yakınlarının Depresyon puanı ortalaması ($\bar{X}=0,91$), refakatçi olmayanların puan ortalamasından ($\bar{X}=0,56$) daha yüksektir. Bu bulgular “Refakatçi olan şeker hastası yakınlarının Depresyon puanı, refakatçi olmayanların puanından anlamlı ölçüde yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

Tablo 4.6.2: Şeker Hastalarının Yakınlarının Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Refakatçi Olma Durumuna Göre Ortalama, Standart Sapma ve t Değerleri:

Ölçek	Refakatçi	N	$\bar{X}$	S	t	t_{tablo}
DURUMLUK KAYGI	Evet	19	50.89	10.14	4.58**	2.42
	Hayır	31	40.96	5.15		
SÜREKLİ KAYGI	Evet	19	40.84	5.88	1.54	2.02
	Hayır	31	38.83	3.28		

** $p<.01$, sd=48

Tablo 4.6.2 incelendiğinde, şeker hastalarının yakınlarının Durumluk Kaygı puanları arasında refakatçi olma durumuna göre, refakatçi olmayanların lehine anlamlı bir fark olduğu görülmektedir [$t(48)=4,58, p<.01$]. Refakatçi olarak kalan hasta yakınlarının Durumluk Kaygı puan ortalaması ($\bar{X}=50,89$), refakatçi olmayanların puan ortalamasından ($\bar{X}=40,96$) daha yüksektir. Bu sonuçlar “Refakatçi olan şeker hastası

yakınlarının Durumluk Kaygı puanı, refakatçi olmayanların puanından önemli ölçüde yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezini desteklemektedir.

Şeker hastalarının yakınlarının Sürekli Kaygı puanları arasında refakatçi olma durumuna göre önemli bir fark bulunmamıştır [$t(48)=1,54, p>.05$]. Refakatçi olanların sürekli Kaygı puanlarının ortalaması ($\bar{X}=40,84$), refakatçi olmayanların puan ortalamasından ($\bar{X}=38,83$) yüksek olmakla birlikte fark anlamlı bulunmamıştır. Bu bulgular “Refakatçi olan şeker hastası yakınlarının Sürekli Kaygı puanı ile refakatçi olmayanların puanı arasında anlamlı bir fark yoktur” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

4.7. Kanser Hastalarının “Belirti Tarama Listesi” Alt Ölçek Puanları ve Durumluk – sürekli Kaygı Puanları Arasında Tanının Söylenilmesi Durumuna Göre Bir Fark Olup Olmadığı ile İlgili Bulgular:

Tablo 4.7.1: Kanser Hastalarının “Belirti Tarama Listesi” Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Tanının Söylenilmesi Durumuna Göre Ortalama, Standart sapma ve t Değerleri:

Ölçek	Tanısı	N	$\bar{X}$	S	t	t _{tablo}
GSI	Söylenenler	35	0.64	0.24	1.91	2.02
	Söylenmeyenler	15	0.78	0.22		
SOMATİZASYON	Söylenenler	35	0.50	0.34	1.08	2.02
	Söylenmeyenler	15	0.61	0.29		
PARANOİD DÜŞÜNCE	Söylenenler	35	0.55	0.33	0.81	2.02
	Söylenmeyenler	15	0.63	0.31		
FOBİK KAYGI	Söylenenler	35	0.31	0.21	2.70**	2.70
	Söylenmeyenler	15	0.50	0.29		
HOSTİLİTE	Söylenenler	35	0.82	0.52	0.87	2.02
	Söylenmeyenler	15	0.96	0.49		
OBSESİF-KOMPULSİF	Söylenenler	35	0.73	0.41	0.83	2.02
	Söylenmeyenler	15	0.82	0.22		
KİŞİLERARASI DUYARLILIK	Söylenenler	35	0.70	0.37	1.45	2.02
	Söylenmeyenler	15	0.84	0.25		
DEPRESYON	Söylenenler	35	0.91	0.38	2.49*	2.02
	Söylenmeyenler	15	1.20	0.42		

*P<.05 **P<.01, sd=48

Tablo 4.7.1 incelendiğinde, kanser hastalarının Genel Belirti Ortalaması (GSI) puanları arasında tanının söylenilmesi durumuna göre anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir [$t(48)=1,91, p>.05$]. Tanısı söylenilen kanser hastalarının Genel Belirti

Ortalaması puanlarının ortalaması ($\bar{X}=0,64$), tanısı söylenilmeyen hastaların puan ortalamasından ($\bar{X}=0,78$) daha düşük olmakla birlikte aradaki fark önemsizdir. Bu sonuçlar “Tanısı söylenilen kanser hastalarının Genel Belirti Ortalaması puanı ile tanısı söylenilmeyen hastaların puanı arasında önemli bir fark yoktur” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

Kanser hastalarının Somatizasyon puanları arasında tanının söylenilmesi durumuna göre anlamlı bir fark saptanmamıştır [$t(48)=1,08, p>.05$]. Tanısı söylenilen kanser hastalarının Somatizasyon puanlarının ortalaması ($\bar{X}=0,50$), tanısı söylenilmeyen hastaların puan ortalamasından ($\bar{X}=0,61$) düşük olmakla beraber aradaki fark anlamlı bulunmamıştır. Bu bulgular “Tanısı söylenilen kanser hastalarının Somatizasyon puanı ile tanısı söylenilmeyen hastaların puanı arasında anlamlı bir fark yoktur” şeklindeki araştırma hipotezini desteklemektedir.

Kanser hastalarının Paranoid Düşünce puanları arasındaki tanının söylenilmesi durumuna göre önemli bir fark bulunmamıştır [$t(48)=0,81, p>.05$]. Tanısı söylenilen kanser hastalarının bu alt ölçekten aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}=0,55$), tanısı söylenilmeyen hastaların puan ortalamasından ($\bar{X}=0,63$) düşük olmakla birlikte fark önemsizdir. Bu sonuçlar “Tanısı söylenilen kanser hastalarının Paranoid Düşünce puanı ile tanısı söylenilmeyen hastaların puanı arasında önemli bir fark yoktur” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

Kanser hastalarının Fobik Kaygı puanları, tanının söylenilmesi durumuna göre tanısı söylenilen hastaların lehine anlamlı bir farklılık göstermektedir [$t(48)=2,70, p<.01$]. Tanısı söylenilen hastaların Fobik Kaygı puanlarının ortalaması ($\bar{X}=0,31$), tanısı söylenilmeyen hastaların puan ortalamasından ($\bar{X}=0,50$) düşüktür. Bu bulgular “Tanısı söylenilen kanser hastalarının Fobik Kaygı puanı ile tanısı söylenilmeyen hastaların puanı arasında anlamlı bir fark yoktur” şeklindeki araştırma hipotezini reddetmektedir.

Kanser hastalarının Hostilite puanları arasında tanının söylenilmesi durumuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır [$t(48)=0,87, p>.05$]. Tanısı söylenilen kanser hastalarının Hostilite puanlarının ortalaması ($\bar{X}=0,82$), tanısı söylenilmeyen hastaların puan ortalamasından ($\bar{X}=0,96$) düşüktür. Bu bulgular “Tanısı söylenilen kanser

hastalarının Hostilite puanı ile tanısı söylenilmeyen hastaların puanı arasında önemli bir fark yoktur” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

Kanser hastalarının Obsesif Kompulsif puanları, tanının söylenilmesi durumuna göre önemli bir farklılık göstermemektedir [$t(48)=0,83, p>.05$]. Tanısı söylenilen kanser hastalarının Obsesif Kompulsif puanlarının ortalaması ($\bar{X}=0,73$), tanısı söylenilmeyen hastaların puan ortalamasından ($\bar{X}=0,82$) düşük olmakla birlikte fark önemsizdir. Bu sonuçlar “Tanısı söylenilen kanser hastalarının Obsesif Kompulsif puanı ile tanısı söylenilmeyen hastaların puanı arasında anlamlı bir fark yoktur” biçimindeki araştırma hipotezini desteklemektedir.

Kanser hastalarının Kişilerarası Duyarlılık puanları arasında tanının söylenilmesi durumuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır [$t(48)=1,45, p>.05$]. Tanısı söylenilen kanser hastalarının Kişilerarası Duyarlılık puanlarının ortalaması ($\bar{X}=0,70$), tanısı söylenilmeyen hastaların puan ortalamasından ($\bar{X}=0,84$) düşük olmakla beraber fark anlamlı değildir. Bu bulgular “Tanısı söylenilen kanser hastalarının Kişilerarası Duyarlılık puanı ile tanısı söylenilmeyen hastaların puanı arasında önemli bir fark yoktur” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

Kanser hastalarının Depresyon puanları tanının söylenilmesi durumuna göre, tanısı söylenilen hastaların lehine anlamlı bir farklılık göstermektedir [$t(48)=2,49, p<.05$]. Tanısı söylenilen kanser hastalarının bu alt boyuttan aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}=0,91$), tanısı söylenilmeyen hastaların puan ortalamasından ($\bar{X}=1,20$) düşüktür. Bu sonuçlar “Tanısı söylenilen kanser hastaların Depresyon puanı ile tanısı söylenilmeyen hastaların puanı arasında anlamlı bir fark yoktur” şeklindeki araştırma hipotezini reddetmektedir.

Tablo 4.7.2: Kanser Hastalarının Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Tanının Söylenilmesi Durumuna Göre Ortalama, Standart Sapma ve t Değerleri.

Ölçek	Tanısı	N	$\bar{X}$	S	t	t_{tablo}
DURUMLUK KAYGI	Söylenenler	35	46.20	9.62	1.30	2.02
	Söylenmeyenler	15	49.93	9.23		
SÜREKLİ KAYGI	Söylenenler	35	40.83	6.40	0.67	2.02
	Söylenmeyenler	15	42.07	6.30		

sd=48

Tablo 4.7.2 incelendiğinde kanser hastalarının Durumluk Kaygı puanları arasında tanının söylenilmesi durumuna göre anlamlı bir farkın olmadığı

görülmektedir [$t(48)=1,30, p>.05$]. Tanısı söylenilen kanser hastalarının bu ölçekten aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}=46,20$), tanısı söylenilmeyen hastaların puan ortalamasından ($\bar{X}=49,93$) düşük olmakla birlikte aradaki fark anlamlı bulunmamıştır. Bu bulgular “Tanısı söylenilen kanser hastalarının Durumluk Kaygı puanı ile tanısı söylenilmeyen hastaların puanı arasında önemli bir fark yoktur” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

Kanser hastalarının Sürekli Kaygı puanları arasında tanının söylenilmesi durumuna göre önemli bir fark bulunmamıştır [$t(48)=0,67, p>.05$]. Tanısı söylenilen kanser hastalarının Sürekli Kaygı puanlarının ortalaması ($\bar{X}=40,83$), tanısı söylenilmeyen hastaların puan ortalamasından ($\bar{X}=42,07$) daha düşük olmakla beraber aradaki fark önemsizdir. Bu sonuçlar “Tanısı söylenilen kanser hastalarının Sürekli Kaygı puanı ile tanısı söylenilmeyen hastaların puanı arasında anlamlı bir fark yoktur” şeklindeki araştırma hipotezini desteklemektedir.

4.8. Deneklerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanları ile “Belirti Tarama Listesi” Alt Ölçek Puanları Arasında Bir İlişki Olup Olmadığı ile İlgili Bulgular:

Tablo 4.8.1: Şeker ve Kanser Hastalarının Durumluk – Sürekli Kaygı Puanları ile “Belirti Tarama Listesi” Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları (Pearson r):

HASTA GRUBU	ÖLÇEKLER	GSI	SOMATİZASYON	PARANOID DÜŞÜNCE	FOBİK KAYGI	HOSTİLİTE	OBSESİF - KOMPULSİF	KİŞİLERARASI DUYARLILIK	DEPRESYON
ŞEKER HASTALARI	DURUMLUK KAYGI	0.52**	0.42**	0.19	0.05	0.47**	0.35*	0.25	0.56**
	SÜREKLİ KAYGI	0.58**	0.49**	0.39**	0.40**	0.21	0.36*	0.52**	0.48**
KANSER HASTALARI	DURUMLUK KAYGI	0.33*	0.17	-0.12	0.18	0.01	0.08	0.13	0.48**
	SÜREKLİ KAYGI	0.24	0.22	0.12	0.16	-0.30*	0.29*	-0.10	0.33*

* $P<.05$ ** $P<.01$, $sd=48$, $r_{(tablo,.05)}=.28$, $r_{(tablo,.01)}=.37$

Tablo 4.8.1 incelendiğinde şeker hastalarının Durumluk Kaygı puanları ile Genel Belirti Ortalaması (GSI), Somatizasyon, Hostilite, Obsesif Kompulsif ve Depresyon puanları arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir. Buna

göre şeker hastalarında durumluk kaygı düzeyi yüksek olanların GSI, somatizasyon, hostilete, obsesif kompulsif ve depresyon düzeylerinin de yüksek olacağı söylenebilir. Aynı hasta grubunun Durumluk Kaygı puanları ile Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı ve Kişilerarası Duyarlılık puanları arasındaki korelasyonlar anlamlı çıkmamıştır. Bu bulgular “Şeker hastalarının Durumluk Kaygı puanları ile Genel Belirti Ortalaması, Somatizasyon, Hostilite, Obsesif Kompulsif ve Depresyon puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir. Aynı bulgular “şeker hastalarının Durumluk Kaygı puanları ile Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı ve Kişilerarası Duyarlılık puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır” şeklindeki araştırma hipotezini ise reddetmektedir.

Şeker hastalarının Sürekli Kaygı puanları ile Genel Belirti Ortalaması, Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Obsesif – Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık ve Depresyon puanları arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır. Buna göre şeker hastalarında sürekli kaygı düzeyi yüksek olanların, genel belirti ortalaması, somatizasyon, hostilete, obsesif kompulsif, fobik kaygı, paranoid düşünce, kişilerarası duyarlılık ve depresyon düzeylerinin de yüksek olacağı söylenebilir. Aynı hasta grubunun sürekli kaygı puanları ile Hostilite puanları arasındaki korelasyonlar anlamlı çıkmamıştır.

Bu sonuçlar “Şeker hastalarının Sürekli Kaygı puanları ile Genel Belirti Ortalaması, Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Obsesif Kompulsif, kişilerarası Duyarlılık ve Depresyon puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

Aynı sonuçlar “şeker hastalarının Sürekli Kaygı puanları ile Hostilite puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır” şeklindeki araştırma hipotezinin ise reddedildiğini göstermektedir.

Kanser hastalarının Durumluk Kaygı puanları ile Genel Belirti Ortalaması ve Depresyon puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Aynı hasta grubunda Durumluk Kaygı puanları ile Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Hostilite, Obsesif Kompulsif ve Kişilerarası Duyarlılık puanları arasındaki korelasyonlar anlamlı bulunmamıştır.

Bu bulgular “Kanser hastalarının Durumluk Kaygı puanları ile Genel Belirti Ortalaması ve Depresyon puanları arasında pozitif ve önemli bir ilişki vardır” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir. Aynı bulgular “Kanser hastalarının Durumluk Kaygı puanları ile Somatizasyon, Paranoid Düşünce,

Fobik Kaygı, Hostilite, Obsesif Kompulsif ve Kişilerarası Duyarlılık puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır” şeklindeki araştırma hipotezini ise reddetmektedir.

Kanser hastalarının Sürekli Kaygı puanları ile Obsesif Kompulsif ve Depresyon puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Aynı hasta grubunun Sürekli Kaygı puanları ile GSI, Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı ve Kişilerarası Duyarlılık puanları arasındaki ilişkiler ise anlamlı çıkmamıştır.

Bu sonuçlar “Kanser hastalarının Sürekli Kaygı puanları ile Obsesif Kompulsif ve Depresyon puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır” şeklindeki araştırma hipotezini desteklerken; aynı sonuçlar “Kanser hastalarının Sürekli Kaygı puanı ile GSI, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Kişilerarası Duyarlılık ve Hostilite puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır” şeklindeki araştırma hipotezini ise reddetmektedir.

Tablo 4.8.2: Şeker Hastası Yakınları ve Kanserli Hastaların Yakınlarının Durumluk – Sürekli Kaygı Puanları ile “Belirti Tarama Listesi” Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları (Pearson r):

HASTA YAKINI GRUBU	ÖLÇEKLER	GSI	SOMATİZASYON	PARANOID DÜŞÜNCE	FOBİK KAYGI	HOSTİLİTE	OBSESİF - KOMPULSİF	KİŞİLERARASI DUYARLILIK	DEPRESYON
ŞEKER HASTALARI YAKINI	DURUMLUK KAYGI	0.47**	0.37**	-0.10	0.21	0.32*	0.31*	0.26	0.56**
	SÜREKLİ KAYGI	0.52**	0.46**	0.11	0.22	0.21	0.32*	0.39**	0.63**
KANSER HASTALARI YAKINI	DURUMLUK KAYGI	0.41**	0.38**	0.12	0.21	0.37**	0.34*	0.08	0.50**
	SÜREKLİ KAYGI	0.39**	0.38**	0.32*	0.29*	0.02	0.50**	0.10	0.31*

*P<.05 **P<.01, sd=48, $r_{(tablo, .05)}=.28$, $r_{(tablo, .01)}=.37$

Tablo 4.8.2 incelendiğinde, şeker hastası yakınlarının Durumluk Kaygı puanları ile Genel Belirti Ortalaması (GSI), Somatizasyon (SOM), Hostilite (HOS), Obsesif Kompulsif (O-C) ve Depresyon (DEP) puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Buna göre şeker hastalarının yakınlarında durumluk kaygı düzeyi yüksek olanların GSI, Somatizasyon, Hostilite, Obsesif Kompulsif ve depresyon düzeylerinin de yüksek olacağı söylenebilir. Aynı grubun Durumluk Kaygı

puanları ile Paranoid düşünce, fobik Kaygı, Kişilerarası Duyarlılık puanları arasındaki korelasyonlar anlamlı bulunmamıştır.

Bu bulgular “Şeker hastası yakınlarının Durumluk Kaygı puanları ile GSI, Somatizasyon, Hostilite, Obsesif Kompulsif ve Depresyon puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini göstermektedir. Buna karşılık aynı bulgular “Şeker hastalarının yakınlarının Durumluk Kaygı puanları ile Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı ve Kişilerarası Duyarlılık puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır” şeklindeki araştırma hipotezini ise reddetmektedir.

Şeker hastalarının yakınlarının Sürekli Kaygı puanları ile Genel Belirti Ortalaması, Somatizasyon, Obsesif Kompulsif, kişilerarası Duyarlılık ve Depresyon puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Aynı grubun Durumluk Kaygı puanları ile Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı ve Hostilite puanları arasındaki korelasyonlar önemli bulunmamıştır.

Bu sonuçlar “Şeker hastalarının yakınlarının Sürekli Kaygı puanları ile GSI, Somatizasyon, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık ve Depresyon puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır” şeklindeki araştırma hipotezini desteklerken; aynı sonuçlar “şeker hastalarının yakınlarının Sürekli Kaygı puanları ile Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı ve Hostilite puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır” şeklindeki araştırma hipotezini ise reddetmektedir.

Kanserli hastaların yakınlarının Durumluk Kaygı puanları ile Genel Belirti Ortalaması, Somatizasyon, Hostilite, Obsesif Kompulsif ve Depresyon puanları arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir. Buna göre kanser hastalarının yakınlarında durumluk kaygı düzeyi yüksek olanların GSI, Somatizasyon, Hostilite, Obsesif Kompulsif ve Depresyon düzeylerinin de yüksek olacağı söylenebilir. Aynı grubun Durumluk Kaygı puanları ile Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı ve Kişilerarası Duyarlılık puanları arasındaki korelasyonlar anlamlı çıkmamıştır.

Bu bulgular “Kanser hastalarının yakınlarının Durumluk Kaygı puanları ile Genel Belirti Ortalaması, Somatizasyon, Hostilite, Obsesif Kompulsif ve Depresyon puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır” şeklindeki araştırma hipotezinin desteklendiğini gösterirken, aynı sonuçlar “Kanser hastalarının yakınlarının Durumluk

Kaygı puanları ile Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı ve Kişilerarası Duyarlılık puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır” şeklindeki araştırma hipotezinin ise reddedildiğini göstermektedir.

Kanserli hastaların yakınlarının Sürekli Kaygı puanları ile Genel Belirti Ortalaması, Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Obsesif Kompulsif ve Depresyon puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre kanser hastalarının yakınlarında sürekli kaygı düzeyi yüksek olanların GSI, Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Obsesif Kompulsif ve Depresyon düzeylerinin de yüksek olacağı söylenebilir. Aynı grubun Sürekli Kaygı puanları ile Hostilite ve Kişilerarası Duyarlılık puanları arasındaki korelasyonlar önemli bulunmamıştır.

Bu sonuçlar “Kanser hastalarının yakınlarının Sürekli Kaygı puanı ile Hostilite ve Kişilerarası Duyarlılık puanları arasında pozitif ve önemli bir ilişki vardır” şeklindeki araştırma hipotezini reddederken; aynı sonuçlar “Kanser hastalarının yakınlarının Sürekli Kaygı puanı ile Genel Belirti Ortalaması, Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Obsesif Kompulsif ve Depresyon puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır” şeklindeki araştırma hipotezinin ise desteklendiğini göstermektedir.

BÖLÜM V

TARTIŞMA VE YORUM

Araştırmanın bu bölümünde alt problem ve denencelere ilişkin bulgularla ilgili yorumlara yer verilmiştir. Bulguların yorumlanmasında şu sıra izlenmiştir:

- 1- Kanser ve şeker hastalarının Psikolojik Belirti ve Kaygı puanlarının karşılaştırmasına ilişkin bulguların yorumlanması.
- 2- Kanser hastalarının yakınları ile şeker hastalarının yakınlarının Psikolojik Belirti ve Kaygı puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların yorumlanması.
- 3- Hastaların ve yakınlarının psikolojik Belirti ve Kaygı puanlarının çeşitli değişkenlerle ilişkisini açıklayan bulguların yorumlanması.
- 4- Kaygı ve Psikolojik Belirti puanları arasındaki ikili ilişkilere ait bulguların yorumlanması.

5.1. Kanser ve Şeker Hastalarının Psikolojik Belirti ve Kaygı Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Yorumlanması:

5.1.1. Belirti Tarama Listesi Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Yorumu

Somatizasyon alt ölçeği; kişilerin solunum, sindirim ve diğer vücut sistemlerindeki fonksiyon bozukluklarıyla ilgili algılamalarında ortaya çıkan sıkıntılara yönelik bilgiler vermektedir. Araştırmada bu alt ölçeğe verilen cevapların puanlanması sonucunda, kanser hastalarının bu alt ölçekten aldıkları ortalama puan, şeker hastalarının puanına göre yüksek olmakla birlikte aradaki fark anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuçlara göre, “Kanser hastalarının Somatizasyon puanı, şeker hastalarının puanından anlamlı derecede yüksektir” şeklinde kurulan hipotez reddedilmiştir.

İlgili literatür taramasında kanser hastaları ile şeker hastalarının somatizasyon düzeylerini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak kanser hastalarının tedavi edilebilen başka hastalarla somatizasyon düzeylerinin karşılaştırıldığı çalışmalara rastlanmaktadır. Örneğin; Tross (1984), testis kanserli ve hoşkinli hastaları, kanserli olmayan bir grup hasta ile karşılaştırdığı çalışmasının sonucunda, kanserli hastaların karşılaştırma grubu hastalarından daha fazla somatizasyona sahip

olduklarını bildirmiştir. Tross'un bulgusunun bu araştırma ile saptanan sonuçlarla çeliştiği düşünülebilir. Ancak şeker hastalığı ve tedavi edilebilen hastalıkların ölümcül olmamasına karşılık, şeker hastalığının kronik olmasının ve kişinin yaşamında sürekli etkisinin bulunmasının böyle bir farkın ortaya çıkmasında rol oynayabileceği söylenebilir.

Bunun yanında literatürde sadece kanserli hastaların somatizasyon düzeylerini ele alan çalışmalara da rastlanmaktadır. Thomas ve diğerleri (1974), hastanede yatmakta olan 30 kanser hastası üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların somatizasyon ortalama puanını 0.82; Üre (1989) ise hastanede yatmakta olan 60 kanser hastasını ele aldığı çalışmada, somatizasyon ortalama puanını 1.24 olarak saptamıştır. Yukarıda bildirilen sonuçlar bu çalışmada elde edilen 0.53'den oldukça yüksektir. Ama uygulamalar sırasında hastaların pek çoğu tarafından uykusuzluk, iştahsızlık, ağrı ve hasta organında karıncalanma gibi somatik yakınmalar ifade edildiği halde bunlar ölçeklere yansımamıştır. Bu farklılığı kanserli hastaların içinde bulundukları durumu ölçeklerle bilinçli olarak inkar etmeleri (Brawn ve ark., 1992, s.495) ortaya çıkarmış olabilir.

Paranoid Düşünce alt ölçeği; Paranoid davranışlar üzerinde odaklaşan bu boyut, kişilerin bozulmuş bir düşünce biçimi olarak başkalarından kötülük göreceği, şüphelilik, büyüklük ve merkezilik düşüncelerini ölçer. Araştırmada bu alt ölçeğe verilen cevapların puanlanması sonucunda, kanser hastalarının kurulan hipotez doğrultusunda, şeker hastalarına göre daha yüksek puana sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlara göre "Kanser hastalarının Paranoid Düşünce puanı, şeker hastalarının puanından önemli derecede yüksektir" şeklindeki araştırma hipotezi desteklenmektedir.

Literatürde kanser hastaları ile şeker hastalarının paranoid düşünce düzeyini karşılaştıran bir araştırmaya rastlanmamıştır. Ancak şeker hastalarının başka ölümcül hastalarla paranoid düşünce düzeylerinin karşılaştırıldığı çalışmalara rastlanmaktadır. Örneğin, Sözer (1991), şeker hastaları ile ölümcül olma özelliğini koruyan kronik böbrek yetmezliğine yakalanmış hastaların paranoid düşünce düzeylerini karşılaştırmıştır. Sonuçta kronik böbrek yetmezliği olan hastaların paranoid düşünce ortalama puanı, şeker hastalarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Sözer'in bulgusu, bu araştırmada saptanan, kanser hastalarının ölümcül olmayan şeker

hastalarından daha fazla paranoid düşüncelere sahip olduklarına ilişkin bulgu ile paralellik göstermektedir.

Kanser hastalarının paranoid düşünce düzeylerinin ele alındığı bir çalışmada Üre (1989), hastaların paranoid düşünce ortalama puanını 1.02 olarak saptamıştır. Bu bulgu bizim çalışmamızda saptanan 0.57'den oldukça yüksektir. Ancak başka bir çalışmada ise Thomas ve diğerleri (1974), kanserli hastaların paranoid düşünce ortalama puanını 0.48 olarak bildirmişlerdir. Araştırmacıların bulgusu, bu çalışmada saptanan puanla benzerlik göstermektedir.

Fobik Kaygı alt ölçeği; kişilerin belirli bir yere, kişiye, nesneye veya duruma karşı gereğinden fazla ve mantıksız korkuları hakkında bilgiler vermektedir. Araştırmada bu alt boyuta verilen cevapların puanlanması sonucunda, kanser hastalarının hipotezimiz doğrultusunda, şeker hastalarına göre daha yüksek puana sahip oldukları saptanmıştır. Böylece "Kanser hastalarının Fobik Kaygı puanı, şeker hastalarının puanından anlamlı derecede yüksektir" biçiminde kurulan araştırma hipotezi kabul edilmiştir.

Kanser hastaları ile şeker hastalarının fobik kaygı düzeyini karşılaştıran bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Fakat bizim çalışmamıza benzeyen bir araştırmada Sözer (1991), kronik böbrek yetmezliği olan hastaların fobik kaygı düzeyini, şeker hastaları ile karşılaştırmıştır. Sonuçta kanser gibi ölümcül olma özelliğini koruyan kronik böbrek yetmezliğine yakalanmış hastaların fobik kaygı düzeyleri, şeker hastalarından yüksek bulunmuştur. Bu sonucun bizim çalışmamızda elde edilen bulguyla uyumlu olduğu görülmektedir. Gotay (1984), kanserli hastaların ölümcül olmayan hastalardan farklı olarak özellikle kanserin kendisiyle ilgili korku yaşadıklarını, bunun yanında radyoterapi ve kemoterapi gibi tedavi uygulamalarına karşı aşırı bir korku geliştirdiklerini bildirmektedir. Bu durum kanserli hastalardaki fobik kaygı düzeyinin, şeker hastalarından yüksek olmasının nedenini açıklayabilir.

Thomas ve diğerleri (1974), hastanede yatakta olan 30 kanser hastası üzerinde yaptıkları bir çalışmada, bu hastaların fobik kaygı ortalama puanını 0.34 olarak saptamışlardır. Bu sonuç, bizim çalışmamızda saptanan 0.36'ya oldukça yakındır. Buna karşılık Üre (1989), çalışmasında 60 kanser hastasını ele almış ve hastaların fobik kaygı ortalama değerini 0.80 olarak bildirmiştir. Bu bulgu, bizim çalışmamızda elde edilen değerden oldukça yüksektir.

Hostilite alt ölçeği; kişilerin düşmanca duygular, saldırganlık, sinirlilik, şiddetli öfke ve küskünlük gibi durumlarını ölçer. Araştırmada bu alt ölçeğe verilen cevapların puanlanması sonucunda, kanser hastalarının hipotezimiz doğrultusunda, şeker hastalarına göre daha yüksek puana sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Böylece “Kanser hastalarının Hostilite puanı, şeker hastalarının puanından önemli ölçüde yüksektir” şeklinde kurulan hipotez kabul edilmiştir.

Sözer (1991)’de kanser gibi ölümcül bir hastalık olan kronik böbrek yetmezliğine yakalanmış hastaların hostilite düzeylerini şeker hastalarına göre daha yüksek bulmuştur. Sözer’in yaptığı araştırma sonuçlarıyla bizim araştırmamızın sonucunun paralellik gösterdiği ve her iki sonucunda hipotezimizi destekler nitelikte olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada kanser hastalarının Hostilite ortalama puanı 0.86 saptanmış olmasına karşılık, Üre (1989) araştırmasında bu değeri 1.18 olarak, Thomas ve arkadaşları (1974) ise 0.43 olarak bulmuşlardır. Her iki çalışmada saptanan değerler hem bizim çalışmamızda saptanan değerle hem de birbirleriyle uyumlu olmadığı görülmektedir.

Obsesif Kompulsif alt ölçeği; kişilerin yaşadığı, egoya yabancı, istenmeyen fakat sürekli, ardı arkası kesilmez ve karşı konulması güç düşünceler ve zorlayıcı hareketleri ölçer. Araştırmada bu alt ölçeğe verilen cevapların puanlanması sonucunda, kanser hastalarının hipotezimiz doğrultusunda, şeker hastalarına göre daha yüksek puana sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Böylece “kanser hastalarının Obsesif Kompulsif puanı, şeker hastalarının puanından anlamlı derecede yüksektir” şeklinde kurduğumuz hipotez kabul edilmiştir.

Sözer 1991’de yaptığı çalışmasında, kanser gibi ölümcül bir hastalık olan kronik böbrek yetmezliğine yakalanmış hastaları, şeker hastalarıyla karşılaştırmış ve sonuçta, ölümcül hastaların obsesif kompulsif düzeyini, şeker hastalarından daha yüksek bulmuştur. Bu araştırma sonuçları, araştırmamız sonuçlarıyla paralellik göstermekte ve hipotezimizi desteklemektedir.

Tross (1984) ise, testis kanserli ve hoçkinli hastaları kanserli olmayan bir grup hasta ile karşılaştırmıştır. Sonuçta kanserli hastaların Obsesif Kompulsif puanı, şeker hastalarına göre daha yüksek çıkmıştır (Akt. Bloom ve ark., 1993, s.980). Bu araştırma bulgusu da bizim çalışmamızın sonucuyla paralellik göstermektedir.

Johstone ve diğerkleri de 1991'de kanserli hastaları herhangi bir fiziksel ve psikolojik rahatsızlığı olmayan kişilerle karşılaştırmışlardır. Sonuçta kanserli hastaların obsesif kompulsif düzeyleri sağlıklı gruba göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Literatür taramasında her ne kadar kanser hastalarıyla şeker hastalarının obsesif kompulsif düzeylerini karşılaştıran çalışmaya rastlanmasa da, başka ölümcül hastalarla yapılan çalışmalar ve kanserli hastaları normal kişilerle ve ölümcül olmayan hastalarla karşılaştıran çalışmaların sonucunda, kanserli hastaların daha fazla obsesif kompulsif olduklarını söyleyebiliriz.

Kişilerarası Duyarlılık alt ölçeği; kişinin özellikle kendisini diğerkleri ile karşılaştırdığında, kişisel yetersizlik ve küçüklük duygularına kapılarak, kişilerarası ilişkilerinde zorluk çekmesi, iç rahatsızlık hissetmesi ve olumsuz beklentiler taşımasıyla ilgili bilgiler verir. Araştırmada bu alt ölçeğe verilen cevapların puanlanması sonucunda, kanser hastalarının hipotezimizi reddeder doğrultuda şeker hastalarına göre yüksek puana sahip olmakla birlikte aradaki farkın anlamlı olmadığı ortaya çıkmıştır. Böylece "Kanser hastalarının Kişilerarası Duyarlılık puanı, şeker hastalarının puanından anlamlı ölçüde yüksektir" şeklinde kurduğumuz hipotez reddedilmiştir.

Literatürde kansere yakalanmış yetişkinlerle, şeker hastalarının kişilerarası ilişki düzeylerini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak kanserli çocukların uyum düzeylerini çeşitli türden kronik hastalığı bulunan çocuklar ve sağlıklı çocuklarla karşılaştıran araştırmalara rastlanmıştır. Örneğin; Baysal (1993), kanserli çocuklarda uyum bozukluklarının, çeşitli kronik hastalığı bulunan çocuklardan daha fazla görüldüğünü, fakat aradaki farkın anlamlı olmadığını saptamıştır. Baysal'ın yaptığı araştırmanın sonuçlarıyla bizim araştırmamızın sonuçlarının paralellik gösterdiği ve her iki sonucun da hipotezimizi reddeder nitelikte olduğu görülmektedir.

Araştırma sonuçları kişilerarası ilişkilerde belirli düzeyde bozulmanın yalnızca kanserli hastalara özgü olmadığını ve şeker hastalarının da hastalıklarının kronik olmasından dolayı benzer sorunlar yaşadıklarını düşündürmektedir. Fakat ölümcül hastaların kişilerarası ilişkilerinde şeker hastalarına göre daha fazla zorlanma yaşadıklarını bildiren çalışmalarda vardır. Bunlardan birisi de Sözer (1991) tarafından yapılan çalışmadır. Sözer çalışmasında, kanser gibi ölümcül bir hastalık olan kronik böbrek yetmezliğine yakalanmış kişilerin, şeker hastalarına göre kişilerarası ilişkilerinde daha fazla zorluk çektiklerini ve olumsuz beklentiler taşıdıklarını

bildirmektedir. Bu sonucun bizim çalışmamızla çeliştiği düşünülebilir. Ancak kronik böbrek yetmezliği olan hastaların ve kanser hastalarının, hastalıklarının her aşamasında yaşadıkları zorlukların ve hastalıklarının temel yapısının farklı olması bu farkı açıklayabilir. Sözer'in çalışmasıyla uyumlu ve hipotezimizi destekler bir başka çalışmada ise Kellerman ve diğerleri (1980), kanserli gençlerde kişilerarası ilişkilerde bozulmanın, şeker hastalarına göre daha fazla olduğunu saptamışlardır (Akt. Sözer, 1991, s.12-13). Bu çalışmanın da bizim bulgumuzla çeliştiği düşünülebilir. Ancak ilgili araştırmanın sadece genç yaştaki kanser hastaları üzerinde yapılmış olması böyle bir farkı ortaya çıkarmış olabilir. Çünkü yaş ilerledikçe ölüm korkusu karşısında kişiler inkar mekanizmasını daha çok kullanmakta ve böylece ölüm korkusu ile yaş arasında karşılıklı bir ilişki gözlenmektedir (Koptagel ve Enbiyaoğlu, 1973, s.110). Bu durum gençlerin ölümcül bir hastalık karşısında yaşadıkları ölüm kaygısının, daha ileri yaşlardaki kanser hastalarıyla karşılaştırıldığında, kişilerarası ilişkilerinde daha fazla bozulmalara yol açabileceği şeklinde açıklanabilir.

Depresyon alt ölçeği; kişilerin ümitsizlik duygularını, motivasyon eksikliğini, yaşam enerjisinin kaybını, disforik bir mizaç ve duygu belirtilerini ölçer. Araştırmada bu alt ölçeğe verilen cevapların puanlanması sonucunda, kanser hastalarının hipotezde belirtildiği gibi şeker hastalarına göre daha yüksek puana sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Böylece "Kanser hastalarının Depresyon puanı, şeker hastalarının puanından anlamlı derecede yüksektir" şeklinde kurulan hipotez kabul edilmiştir. Bu bulgu, yurtiçi ve yurt dışında yapılan pek çok araştırmada, kanser hastalarının yoğun bir depresyon yaşadıklarına ilişkin bulgularla tutarlılık göstermektedir (Holland ve Plumb, 1977; Üre, 1989, Yapıcı ve diğerleri, 1989, Brendan ve diğerleri, 1993, Kömürcü ve diğerleri, 1998).

Kanser hastalarının yoğun depresyon yaşamalarına neden olan faktörler arasında, henüz bilinmeyen pato-fizyolojik mekanizmalar, baş edilemeyen ağrılar ve kemoterapide kullanılan bazı ilaçların yer aldığı söylenebilir (Cimilli, 1998, s.11). Bunun yanında kanser hastalarının benlik saygılarının düşük olmasının da depresyon düzeylerinin yüksek çıkmasında etkili bir faktör olduğu belirtilmektedir (Tuna, 1993).

Turan (1987), kanser hastaları ile dahili kliniklerde yatan hastaları; Sözer (1991), kanser gibi ölümcül bir hastalık olan kronik böbrek yetmezliğine yakalanmış hastalar ile şeker hastalarını, Özgüven (1996) ise, kanserlilerle behçet hastalarını depresyon düzeyleri açısından karşılaştırmıştır. Her üç araştırmanın sonucunda da

ölümcül hastaların depresyon düzeyi, karşılaştırma grubu hastalarından yüksek çıkmıştır. Bu sonuçların, ölümcül bir hastalık olmayan şeker hastalarının kanser hastalarından daha az depresyon yaşadıklarıyla ilgili bulguyu ve araştırma hipotezini desteklediği görülmektedir.

Genel Belirti Ortalaması (GSI) puanı; kişilerin genel psikolojik belirti düzeyini ölçer. Ortalama puanın, bu ölçek için kesim puanı olarak kabul edilen 1'den yüksek olması psikolojik bir bozukluğun olduğunu göstermektedir. Araştırma sonuçlarına göre hem kanser hem de şeker hastalarının ortalama GSI puanları psikolojik bir müdahaleyi gerektirecek kadar yüksek çıkmamıştır. Bu bulgu Kellerman ve diğerlerinin (1980), kanser gibi ciddi ve kronik hastalıkların psikolojik bozukluklara neden olduğuna dair kanıt bulamadıkları (Akt. Sözer, 1991, s.10) çalışmalarıyla tutarlılık göstermektedir. Oysa Maquire (1985) ise, kanser ile psikolojik bozukluklar arasında bir ilişkinin varlığından söz etmektedir.

Araştırma sonuçlarına göre kanser hastalarının GSI düzeyi şeker hastalarından daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgunun Sözer'in (1991), kanser gibi ölümcül bir hastalık olan kronik böbrek yetmezliğine yakalanmış hastaların GSI düzeylerini şeker hastalarından daha yüksek bulduğu çalışmasıyla tutarlı olduğu ve "Kanser hastalarının GSI puanı, şeker hastalarının puanından önemli derecede yüksektir" şeklinde kurulan hipotezi desteklediği görülmektedir.

5.1.2. Durumluk – Sürekli Kaygı Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Yorumu

Durumluk Kaygı Ölçeği; kişilerin o anda içinde bulundukları stresli durumdan dolayı hissettikleri sübjektif korkunun düzeyi hakkında bilgi verir. Araştırmada bu ölçeğe verilen cevapların puanlanması sonucunda, kanser hastalarının durumluk kaygı düzeyi, şeker hastalarından fazla olmakla birlikte aradaki fark anlamlı çıkmamıştır. Bu bulgu yurt içi ve yurt dışında yapılan pek çok araştırma ile tutarlılık göstermektedir (Koptagel ve Enbiyaoğlu, 1973; Turan, 1987; Allen, 1997). Bu çalışmada elde edilen sonuçla tutarlı olan diğer bir çalışma da Özgüven tarafından 1996'da yapılmıştır. Araştırmacı kanser hastalarının durumluk kaygı düzeyini behçet hastalarından yüksek bulmakla birlikte aradaki farkı istatistiksel olarak anlamlı bulmamıştır. Bu bulgu "Kanser hastalarının Durumluk Kaygı puanı, şeker hastalarının puanından önemli derecede yüksektir" şeklindeki araştırma hipotezini reddetmektedir. Buna karşılık araştırma hipotezini destekleyen çalışmalar da vardır. Örneğin; Blumberg (1982),

kanserli çocukların durumluk kaygı düzeylerini, diğer kronik hastalığı olan çocuklardan daha yüksek bulmuştur. Bu sonucun, bizim bulgumuzla çeliştiği düşünülebilir. Ancak aradaki fark yaş faktörüyle açıklanabilir. Bu sonuç kanserli çocukların, daha ileri yaşlardaki kanserlilere göre hastalıklarından daha çok etkilendiklerini düşündürmektedir.

Sürekli Kaygı Ölçeği; bireylerin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılama yada stres olarak yorumlama eğilimini ölçer. Araştırma sonuçlarına göre kanser hastalarının Sürekli Kaygı ortalama puanı, şeker hastalarının puanından daha yüksek çıkmıştır. Böylece “Kanser hastalarının Sürekli Kaygı puanı, şeker hastalarının puanından önemli ölçüde yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezi kabul edilmiştir.

Literatür taramasında kanserli hastalarının sürekli kaygı düzeylerini, şeker hastalarıyla karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak kanserli hastaları normallerle karşılaştıran çalışmalar vardır. Örneğin; Okyayuz (1996) ve Allen (1997), kanser hastalarının sürekli kaygı düzeylerini sağlıklı kişilerle karşılaştırmışlardır. Her iki araştırmanın sonucu da, kanserli hastaların sürekli kaygı düzeylerinin normal kişilerden farklı olmadığını göstermektedir. Bu araştırmaların bulgusu, bizim bulgumuzla çelişmekte ve ilgili hipotezimizi reddetmektedir. Ancak kanser hastalarının içinde bulundukları durumları daha stresli olarak algıladıklarını bildiren çalışmalar da vardır. Aslanoğlu (1978) kötü huylu tümör saptanan bir grup hastada bir senelik sürede yaşam olaylarını ve bu olayları nasıl algılayıp değerlendirdiklerini sağlıklı grupla karşılaştırmıştır. Sonuçta kanser hastalarının sağlıklı kişilere göre, yaşadıkları stresi daha güçlü olarak algıladıkları ve yaşam değişimlerinin etkisinde daha çok kaldıkları saptanmıştır. Bu sonuç bizim bulgumuzla paralellik göstermekte ve ilgili hipotezimizi desteklemektedir.

5.2. Kanser Hastalarının Yakınları İle Şeker Hastalarının Yakınlarının Psikolojik Belirti ve Kaygı Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Yorumu

5.2.1. Belirti Tarama Listesi Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Yorumu

Ölçeğe verilen cevapların puanlanması sonucunda kanser hastalarının yakınlarının Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Obsesif Kompulsif Depresyon ve GSI ortalama puanları şeker hastalarının puanlarından anlamlı ölçüde yüksek çıkmıştır. Böylece araştırmada bu alt ölçeklerle ilgili olarak kurulan hipotezler kabul edilmiştir.

Kanserli hastaların yakınlarının diğer kronik hastalığı olan kişilerin yakınlarından daha fazla psikolojik belirti gösterdiklerini bildiren pek çok araştırma bulunmaktadır. Örneğin; Johnstone ve diğerleri (1991), kanserli hastaların yakınlarının depresyon ve obsesif kompulsif düzeylerini normal popülasyondan yüksek bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda karşılaştırma grubu olarak ele alınan şeker hastalarının yakınlarını normal popülasyon olarak kabul ettiğimizde, Johnstone ve arkadaşlarının bulgularının bizim sonuçlarımızla uygunluk gösterdiğini ve ilgili araştırma hipotezlerinin desteklendiğini söyleyebiliriz. Kanser hastalarının yakınlarının, şeker hastalarının yakınlarından daha yoğun depresyon yaşadıkları ile ilgili hipotezimizi destekleyen başka bir çalışmada ise Özgüven (1996), kanser hastalarının yakınlarının depresyon düzeyini, behçet hastalarının yakınlarından daha yüksek bulmuştur. Buna karşın Allen ve diğerleri (1997), yeni kanser tanısı konmuş hastaların yakınlarının depresyon düzeyini sağlıklı gençlerin yakınlarından farklı bulmamışlardır. Bu sonucun bizim bulgumuzla çeliştiği düşünülebilir. Ancak aradaki fark hasta ve yakınlarının henüz kendilerinde depresyon oluşturabilecek herhangi bir tedavi girişimiyle karşılaşmamaları ile açıklanabilir.

Kanser hastalarının yakınlarının şeker hastalarının yakınlarından daha fazla psikolojik belirti göstermelerinin bir nedeni, şeker hastalığının kronik bir hastalık olmasına karşılık hastaların yakınları tarafından bakılma gereksinimlerinin olmaması ve dolayısıyla hasta yakınları üzerindeki yükün kanserlilerin yakınlarından çok daha az olması olabilir.

Kanser hastaları ve yakınlarının puanlarını incelediğimizde, iki grubun puanlarının benzerlik gösterdiği görülmektedir. Bu sonuç, Northouse ve Swear'ın (1987), meme kanserli hastaların yaşadıkları duygusal zorlanmanın şiddetini, hastaların eşlerinin yaşadıkları zorlanmayla yüksek düzeyde ilişkili buldukları ve Plumb ve Holland'ın (1977), kanserli hastaların depresyon düzeyini yakınlarından farklı bulmadıkları çalışmalarıyla uygunluk göstermektedir. Bu sonuçlar kanserin hastalar için olduğu kadar aileleri için de zorlu bir deneyim olduğunu düşündürmektedir. Çünkü; sosyal sistem teorisine göre sosyal bir sistemin herhangi bir üyesinin yaşadığı stres, sistemin bütün üyelerini etkiler (Lavejoy, 1986, s.33). Kanserli hastaların günlük yaşantıları, aldıkları tedavilerden dolayı kesintiye uğramaktadır. Bu durum hasta ve yakınlarından elde edilen puanları yükseltmiş olabilir.

Araştırma sonuçlarına göre, kanserli hastaların yakınlarının Kişilerarası Duyarlılık, Hostilite ve Somatizasyon ortalama puanları, şeker hastalarının puanlarından yüksek çıkmakla birlikte aradaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır. Böylece bu alt ölçeklerle ilgili olarak kurulan hipotezler reddedilmiştir.

5.2.2. Durumluk – Sürekli Kaygı Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Yorumu

Kanserli hastaların yakınlarının Durumluk Kaygı ortalama puanı, şeker hastalarının yakınlarının puanından istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek çıkmıştır. Bu sonuç Maquire'in (1981), meme kanseri olan hastaların eşlerindeki stres düzeyini ölümcül olmayan hastalığa sahip kadınların eşlerinden daha yüksek bulduğu (Akt. Özgüven, 1996, s.65) ve Özgüven'in (1996), kanser hastalarının yakınlarının durumluk kaygı düzeyini behçet hastalarının yakınlarından daha yüksek bulduğu çalışmalar ile uyumludur. Yapılan her üç araştırmanın sonucunun da "Kanser hastalarının yakınlarının Durumluk Kaygı puanı, şeker hastalarının puanından anlamlı derecede yüksektir" şeklindeki hipotezi destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Bununla birlikte bizim sonucumuzla çelişen ve araştırma hipotezini reddeder nitelikte olan çalışmalar da mevcuttur. Örneğin; Allen ve arkadaşları (1997), yeni kanser tanısı konmuş kanserli gençlerin yakınlarının durumluk kaygı düzeyini, sağlık gençlerin yakınlarından farklı bulmamışlardır. İki çalışma arasındaki bu fark, hasta yakınlarına Durumluk Kaygı Ölçeği'nin bizim çalışmamızda olduğu gibi tedavi aldıkları dönemde değil, tedavi girişimleri öncesinde yani tedavi uygulamaları ile ilgili zorluk yaşamadıkları dönemde uygulanmış olmasına bağlanabilir.

Kanser hastalarının yakınlarının, diğer kronik hastalığı olanların yakınlarından daha fazla durumluk kaygı yaşamalarının nedenleri arasında; kanserin hasta ve yakınlarının yaşam biçimini değiştirmesi, hastalarının tedavisi ve ölümüyle ilgili düşünceler (Northouse, 1989) ile hastalığın tekrarlamasına ilişkin korkular (Lewis ve LaBarbera, 1983) sayılabilir.

Kanser hastalarının yakınları ile şeker hastalarının yakınlarının Sürekli Kaygı puanları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu bulgu Allen ve diğerlerinin (1997), kanserli gençlerin yakınlarındaki sürekli kaygı düzeyinin sağlıklı gençlerin yakınlarından farklı olmadığını saptadıkları çalışma ile uyumludur. Her iki sonuçta "Kanser hastalarının sürekli kaygı puanı ile şeker

hastalarının puanı arasında önemli bir fark yoktur” şeklinde kurulan hipotezi desteklemektedir.

5.3. Hastaların ve Yakınlarının Psikolojik Belirti ve Kaygı Puanlarının Çeşitli Değişkenler ile İlişisini Açıklayan Bulguların Yorumlanması

Bu bölümde Belirti Tarama Listesi ve Durumluk – Sürekli Kaygı puanlarının, kanser ve şeker hastalarında; cinsiyete, hastaların yakınları arasında; refakatçi olma durumuna ve kanser hastalarında; tanının söylenmesi durumu ile ilişkisini açıklayan bulguların yorumlanmasına yer verilmiştir.

5.3.1. Kanser ve Şeker Hastalarının Ölçek Puanlarının Cinsiyet İle İlişisini Açıklayan Bulguların Yorumu

Kanser hastalarının Belirti Tarama Listesi’ne verdikleri cevapların puanlanması sonucunda, kanserli kadınların Somatizasyon, Depresyon ve GSI ortalama puanları, erkek kanser hastalarının puanlarından anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Böylece araştırmada bu alt ölçeklerle ilgili olarak kurulan hipotezler kabul edilmiştir. Kanserli kadınların erkeklerden daha fazla depresyon yaşadıklarını bildiren pek çok araştırma bulunmaktadır (Enbiyaoğlu ve Koptagel, 1973; Özgüven, 1996; Allen ve diğ., 1997). Kanserli kadınların erkeklere göre daha fazla depresyon yaşamalarının nedenlerinden birisi, kanserli kadınların benlik saygılarının erkek hastalardan daha düşük olması (Tuna, 1993) olabilir.

Araştırma sonuçlarına göre, kanserli kadınların Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Hostilite, Obsesif Kompulsif ve Kişilerarası Duyarlılık ortalama puanları, erkek hastaların puanlarından yüksek çıkmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır. Böylece bu alt ölçeklerle ilgili olarak kurulan hipotezler reddedilmiştir. Buna karşın Sözer’in (1991) çalışması bizim hipotezlerimizi destekler niteliktedir. Araştırmacı çalışmasında kanser gibi ölümcül bir hastalık olan kronik böbrek yetmezliğine yakalanmış kadın hastaların Belirti Tarama Listesinin bütün alt ölçeklerinden aldıkları puanları, erkek hastaların puanlarından anlamlı ölçüde yüksek bulmuştur. Bizim çalışmamızda ise kanserli kadınların somatizasyon, depresyon ve genel belirti düzeyleri erkeklerden yüksek çıkmıştır. Bu bulgular Sözer’in çalışmasıyla paralellik göstermekte ve ilgili araştırma hipotezlerini desteklemektedir.

Şeker hastalarının Belirti Tarama Listesi’ne verdikleri cevapların puanlanması sonucunda, şeker hastası olan kadınların Somatizasyon, Obsesif Kompulsif, Depresyon

ve GSI ortalama puanları, erkek şeker hastalarının puanlarından önemli ölçüde yüksek bulunmuştur. Bu bulgular, ilgili araştırma hipotezlerinin kabul edildiğini göstermektedir. Literatürde şeker hastası olan kadınların erkeklerden daha fazla psikolojik belirti gösterdiklerini bildiren çalışmalara rastlanmaktadır. Örneğin; Sözer (1991), şeker hastası olan kadınların Belirti Tarama Listesinin bütün ölçeklerinden, erkeklere göre daha yüksek puan aldıklarını bildirmiştir. Sözer'in bulgusunun kısmen de olsa bizim bulgumuzla paralellik gösterdiğini ve ilgili hipotezlerimizi destekler nitelikte olduğunu söyleyebiliriz. Sözer'in çalışmasına benzer bir çalışmada ise Özgüven (1996), şeker hastalığı gibi kronik bir hastalık olan behçet hastalığına yakalanmış kadın hastaların depresyon düzeyini, erkek behçet hastalarından daha yüksek bulmuştur. Özgüven'in bulgusu da bizim sonucumuzu ve ilgili araştırma hipotezini desteklemektedir.

Araştırma sonuçlarına göre, şeker hastası olan kadınların Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Hostilite ve Kişilerarası Duyarlılık ortalama puanları ile erkek hastaların puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmamıştır. Böylece bu alt ölçeklerle ilgili olarak kurulan araştırma hipotezleri reddedilmiştir. Buna karşılık Sözer'in (1991) çalışmasında kadın şeker hastalarının bu alt ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları, erkek hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Araştırmacının bu alt ölçeklerle ilgili bulgularının bizim çalışmamızla saptanan sonuçlarla çeliştiği fakat kurulan araştırma hipotezlerini destekler nitelikte olduğu görülmektedir.

Çalışmada beklenenin aksine kadın kanser hastalarının Durumluk Kaygı puan ortalaması erkeklere göre yüksek olmakla birlikte aradaki fark anlamlı çıkmamıştır. Böylece "Kanserli kadın hastaların Durumluk Kaygı puanı, erkek hastaların puanından anlamlı derecede yüksektir" şeklindeki araştırma hipotezi reddedilmiştir. Bu sonuca göre kanser gibi ölümcül bir hastalığın hem kadın hem de erkek hastalarda benzer kaygılar oluşturduğunu söyleyebiliriz. Fakat literatürde kanserli kadınların durumluk kaygı düzeylerinin erkek hastalardan daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalara rastlanmıştır. Enbiyaoğlu ve Koptagel (1973), Türküm (1989) ve Özgüven (1996) yaptıkları araştırmalarında kanserli kadınların Durumluk Kaygı puan ortalamalarını, erkek hastalardan anlamlı ölçüde yüksek bulmuşlardır.

Araştırma sonuçlarına göre, şeker hastası olan kadınlarında Durumluk Kaygı puanı ortalaması erkek hastalardan yüksek çıkmakla birlikte aradaki fark anlamlı bulunmamıştır. Bu bulgu Özgüven'in (1996), behçet hastası olan kadınların durumluk

kaygı düzeyini, erkek hastalardan anlamlı ölçüde yüksek bulmadığı çalışmasıyla uyumludur. Her iki araştırmanın sonucu da “Şeker hastası olan kadınların Durumluk Kaygı puanı, erkek hastaların puanından önemli ölçüde yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezini reddeder niteliktedir.

Çalışma sonucunda kanserli kadınların Sürekli Kaygı puan ortalaması, erkek hastaların puan ortalamasından anlamlı ölçüde yüksek çıkmıştır. Bu sonuç Aslanoğlu’nun (1978), kanserli kadınların erkeklere göre yaşam değişimlerinden daha çok etkilendikleri, yaşadıkları stresi daha güçlü olarak algıladıkları ve bu stresin uzun süreli olduğunu bildirdiği çalışmasıyla tutarlılık göstermektedir. Böylece her iki araştırma sonucu da “Kanserli kadın hastaların Sürekli Kaygı puanı, erkek hastaların puanından anlamlı derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezini desteklemektedir. Buna karşın Türküm (1989), kanserli kadın hastaların sürekli kaygı düzeyinin, erkek hastalardan anlamlı ölçüde yüksek olmadığını bildirmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre, beklenenin aksine kadın şeker hastalarının Sürekli Kaygı puan ortalaması, erkek hastalara göre istatistiksel bakımdan anlamlı ölçüde yüksek çıkmamıştır. Böylece “Şeker hastası olan kadınların Sürekli Kaygı puanı, erkek hastaların puanından anlamlı derecede yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezi reddedilmiştir. Literatürde cinsiyetin şeker hastalarının sürekli kaygı düzeyleri üzerindeki etkisini bildiren bir çalışmaya rastlanmamıştır.

5.3.2. Kanser ve Şeker Hastası Yakınlarının Ölçek Puanlarının Refakatçi Olma Durumu İle İlişisini Açıklayan Bulguların Yorumu

Çalışmada kanser hastası yakınlarının SCL 90-R’ye verdikleri cevapların puanlanması sonucunda, refakatçi olarak hastalarının yanında kalanların Somatizasyon, Hostilite, Obsesif Kompulsif, Depresyon ve GSI ortalama puanları refakatçi olarak kalmayanların puanlarından anlamlı ölçüde yüksek çıkmıştır. Böylece araştırmada bu alt ölçeklerle ilgili olarak kurulan hipotezler kabul edilmiştir. Buna karşın Kişilerarası Duyarlılık, Paranoid Düşünceler ve Fobik Kaygı puanları ile refakatçi olma arasındaki ilişkiler anlamlı bulunmamış ve ilgili hipotezler reddedilmiştir.

Şeker hastalarının yakınlarının SCL 90-R’ye verdikleri cevapların puanlanması sonucunda ise, refakatçi olanların Somatizasyon, Hostilite, Depresyon ve GSI ortalama puanları refakatçi olmayanların puanlarından anlamlı ölçüde yüksek çıkmıştır. Bu

sonuçlar ilgili araştırma hipotezlerinin kabul edildiğini göstermektedir. Ancak refakatçi olduklarını bildiren hasta yakınlarında Paranoid Düşünceler, Fobik Kaygı, Obsesif Kompulsif ve Kişilerarası Duyarlılık puanları refakatçi olmayanların puanlarından anlamlı ölçüde yüksek bulunmamış ve ilgili araştırma hipotezleri reddedilmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre, refakatçi olarak hastanede kalma durumunun, her iki gruptaki hasta yakınlarının da çökkünlük, düşmanca duygular, somatik yakınmalar ve genel psikolojik belirti düzeylerini olumsuz etkilediğini söyleyebiliriz. Bu sonuçlar refakatçi olarak hastanede kalma ile psikolojik sorunların artmasındaki yüksek ilişkinin sadece kanserli hastaların yakınlarına özgü olmadığını düşündürmektedir. Ancak kanserli hasta yakını grubunda refakatçi olma durumu ile Obsesif Kompulsif puanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanırken, şeker hastalarının yakınlarında bu ilişki anlamlı bulunmamıştır. Bu durumu kanserli hasta yakınlarının hastanede kalırken diğer kanser hastalarının ölümlerine şahit olmaları ve kendi hastalarının ölme ihtimaline karşı geliştirdikleri saplantılı düşünceler ortaya çıkarmış olabilir.

Kanser hastalarının yakınlarının Durumluk Kaygı Ölçeğine verdikleri cevapların puanlanması sonucunda refakatçi olarak kalanların Durumluk Kaygı puanı, refakatçi olmayanların puanından anlamlı ölçüde yüksek çıkmıştır. Böylece “Refakatçi olarak kalan kanser hastası yakınlarının Durumluk Kaygı puanı, refakatçi olmayanların puanından önemli ölçüde yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezi kabul edilmiştir. Aynı grubun Sürekli Kaygı puanları arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgu da “Refakatçi olarak kalan kanser hastası yakınlarının Sürekli Kaygı puanı ile refakatçi olmayanların puanı arasında anlamlı bir fark yoktur” şeklindeki araştırma hipotezini desteklemektedir. Literatürde kanser hastası yakınlarının durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini refakatçi olma durumuna göre karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak araştırma sonuçlarına göre, kanser hastalarının yakınları arasında refakatçi olma durumuna göre kaygı yaşantısına yatkınlık bakımından bir fark olmadığı, bununla birlikte hastanede kalma durumu ile hastalarına uygulanan tedavi işlemleri ve hastalarının çektikleri acılara yakından şahit olanların durumluk kaygı düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir.

Araştırmada refakatçi olan şeker hastası yakınlarının Durumluk Kaygı puanı, refakatçi olmayanların puanından anlamlı ölçüde yüksek çıkmıştır. Böylece “Refakatçi olan şeker hastası yakınlarının Durumluk Kaygı puanı, refakatçi olmayanların

puanından önemli ölçüde yüksektir” şeklindeki araştırma hipotezi kabul edilmiştir. Aynı grubun Sürekli Kaygı puanları arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuca göre “Refakatçi olan şeker hastası yakınlarının Sürekli Kaygı puanı ile refakatçi olmayanların puanı arasında anlamlı bir fark yoktur” şeklindeki araştırma hipotezi de kabul edilmiştir. Literatürde şeker hastalarının ve diğer kronik hastalığı olanların yakınlarının durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini refakatçi olma durumuna göre karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bulguları yorumlayabilmek için, yapılan araştırmanın sınırlılıkları düşünülerek benzer sonuçların başka araştırmalar ve ölçümlerle de tekrarlanmasını beklemenin daha uygun olacağı düşünülmüştür.

5.3.3. Kanser Hastalarının Ölçek Puanlarının Tanının Söylenilmesi Durumu ile İlişisini Açıklayan Bulguların Yorumu

Kanser hastalarının SCL 90-R’ye verdikleri cevapların puanlanması sonucunda kendilerine tanıları söylenilen hastalar ile tanıları söylenilmeyen hastaların Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Hostilite, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık ve GSI puanları arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır. Bu bulgular Fielding ve Lewelyn’in 1983’de kanser hastalarının %50’sine hastalıklarının ciddi olduğu doktor ve hemşireler tarafından söylenmediği halde hastalıklarının ciddiyetinin farkında olduklarını saptadıkları çalışma ile paralellik göstermektedir. Her iki çalışmanın sonucunda da tanısı söylenilen kanser hastaları ile tanısı söylenilmeyen hastalar arasında hastalıklarının ciddiyetini algılama açısından bir fark bulunmamıştır. Bu sonuçlar “Tanısı söylenilen kanser hastalarının Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Hostilite, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık ve GSI puanları ile tanısı söylenilmeyen hastaların puanları arasında anlamlı bir fark yoktur” şeklindeki araştırma hipotezlerinin kabul edildiğini göstermektedir. Buna karşın araştırmada beklenenin aksine tanısı söylenilmeyen kanser hastalarının Depresyon ve Fobik Kaygı puanları, tanısı söylenilenlerden daha yüksek çıkmıştır. Bu bulguların ise “Tanısı söylenilen kanser hastalarının Fobik Kaygı ve Depresyon puanları ile tanısı söylenilmeyen hastaların puanları arasında önemli bir fark yoktur” şeklindeki araştırma hipotezlerini reddettiği görülmektedir.

Beklenenin aksine tanısı söylenilmeyen hastaların depresyon düzeylerinin yüksek olmasının nedenleri arasında, hastaların hastalıklarının bir kesinliğe kavuşturulmaması ve hastalıklarının kendilerinden saklanması nedeniyle durumlarını umutsuz olarak algılamaları (Kutlutürkan, 1994, s.4) sayılabilir. Klinik çalışmalar tanısı söylenilen ve hastalıkları hakkında bilgilendirilmiş hastaların tedaviye daha yüksek oranda uyum gösterdiklerini ortaya koymuştur (Elbi, 1991, s.62). Ayrıca hastalıkla ilgili bilgi edinmenin emasyonel yaşamın düzenlenmesine ve kendilik kavramını güçlendirerek kendilik değerinin sürdürülmesine yardım ettiği saptanmıştır (Okyayuz, 1995, s.187).

Çalışmada tanıları kendilerine söylenilen kanser hastaları ile tanıları söylenilmeyen hastaların Durumluk ve Sürekli Kaygı puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Beklenen şekilde ortaya çıkan bu sonuç “Tanısı söylenilen kanser hastalarının Durumluk ve Sürekli Kaygı puanı ile tanısı söylenilmeyen hastaların puanları arasında anlamlı bir fark yoktur” şeklindeki araştırma hipotezlerinin kabul edildiğini göstermiştir. Literatürde kanser hastalarının durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini tanının söylenilmesi durumuna göre karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır.

5.4. Kaygı ve Psikolojik Belirti Puanları Arasındaki İkili İlişkilere Ait Bulguların Yorumu

5.4.1. Kanser ve Şeker Hastalarının Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanları ile “Belirti Tarama Listesi” alt ölçek Puanları Arasındaki İkili İlişkilere Ait Bulguların Yorumu

Kanser hastalarının ölçeklere verdikleri cevapların puanlanması sonucunda Durumluk Kaygı puanları ile sadece Depresyon ve GSI puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna karşılık araştırmada kanser hastalarının Durumluk Kaygı puanları ile Belirti Tarama Listesi’nin (SCL 90-R) diğer alt ölçeklerine ait puanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Aynı grubun Sürekli Kaygı puanları ile sadece Depresyon ve Obsesif Kompulsif puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuçlara göre kanser hastalarında sürekli kaygı düzeyi yüksek olanların depresyon ve obsesif kompulsif düzeylerinin de yüksek

olacağı söylenebilir. Buna karşılık Hostilite puanları ile Sürekli Kaygı puanları arasında negatif ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu bulguya göre kanser hastalarında Sürekli Kaygı düzeyi yükseldikçe hastaların düşmanca duyguları azalmaktadır” denilebilir. Literatürde kanser hastalarının Durumluk ve Sürekli Kaygı puanları ile SCL 90-R puanları arasındaki korelasyonları inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu bulguları yorumlayabilmek için benzer sonuçların başka çalışmalar ve ölçümlerle de tekrarlanmasını beklemenin uygun olacağı düşünülmektedir.

Şeker hastalarında ise Durumluk Kaygı puanları ile Somatizasyon, Hostilite, Obsesif Kompulsif, Depresyon ve GSI puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna karşılık Durumluk Kaygı ile Paranoid Düşünceler, Kişilerarası Duyarlılık ve Fobik Kaygı puanları arasındaki ilişkiler anlamlı bulunmamıştır. Aynı grubun Sürekli Kaygı puanları ile Somatizasyon, Paranoid Düşünceler, Fobik Kaygı, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon ve GSI puanları arasında da pozitif ve anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. Buna karşın Sürekli Kaygı ile Hostilite puanları arasındaki korelasyon anlamlı çıkmamıştır. Bu sonuçlara göre aralarında pozitif ve anlamlı ilişkiler saptanan alt ölçeklere ait kurulan hipotezler kabul edilirken, Sürekli ve Durumluk Kaygı ile aralarında anlamlı ilişkiler bulunmayan SCL 90-R’nin alt ölçeklerine ait kurulan hipotezler ise reddedilmiştir. Literatürde şeker hastaları yada benzer kronik hastalığı olanların Durumluk ve Sürekli Kaygı puanları ile SCL 90-R puanları arasındaki ikili ilişkilerin saptandığı bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Araştırma sonuçlarına göre, şeker hastalarının ölçek puanları arasındaki istatistiksel bakımdan anlamlı korelasyonlar dikkat çekicidir. Buna karşın kanserlilerde ölçek puanları arasında saptanan korelasyon değerleri daha düşüktür. Araştırma örnekleminin küçük olması bu konuda genelleme yapmamızı önlemektedir.

5.4.2. Kanser Hastalarının Yakınları İle Şeker Hastalarının Yakınlarının Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanları İle “Belirti Tarama Listesi” alt ölçek Puanları Arasındaki İkili İlişkilere Ait Bulguların Yorumu

Kanser hastalarının yakınlarının Durumluk Kaygı puanları ile Somatizasyon, Hostilite, Obsesif Kompulsif, Depresyon ve GSI puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki ortaya çıkmıştır. Buna karşılık Paranoid Düşünceler, Fobik Kaygı ve kişilerarası Duyarlılık puanları arasındaki korelasyonlar anlamlı çıkmamıştır. Aynı grubun Sürekli Kaygı puanları ile SCL 90-R alt ölçek puanları arasındaki korelasyon

değerlerine baktığımızda ise Durumluk Kaygı puanları ile Somatizasyon, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Obsesif Kompulsif, Depresyon ve GSI puanları arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Fakat Sürekli Kaygı ile Hostilite ve Kişilerarası Duyarlılık puanları arasında anlamlı ilişkiler bulunmamıştır.

Araştırma sonuçlarına göre, kanser hastalarının yakınlarında hem durumluk hem de sürekli kaygı düzeyi yüksek olanların Somatizasyon, Obsesif Kompulsif, Depresyon ve GSI düzeylerinin de yüksek olacağı söylenebilir. Stresin beden ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği dikkate alındığında durumluk ve sürekli kaygıları yüksek olanların somatizasyon, obsesif, kompulsif, çökkünlük ve genel psikolojik belirtilerinin de fazla olacağı düşünülebilir. Kanser hastalarının yakınlarının Durumluk ve Sürekli Kaygı puanları ile SCL 90-R puanları arasındaki ilişkileri konu edinen bir araştırmaya literatürde rastlanılmamıştır.

Şeker hastalarının yakınlarının ölçeklere verdikleri cevapların puanlanması sonucunda ise Durumluk Kaygı ile Somatizasyon, Hostilite, Obsesif Kompulsif, Depresyon ve GSI puanları pozitif ve anlamlı bir ilişki ortaya çıkmıştır. Buna karşılık Paranoid Düşünceler, Fobik Kaygı ve Kişilerarası Duyarlılık puanları ile Durumluk Kaygı puanları arasındaki ilişkiler anlamlı çıkmamıştır. Aynı grubun Sürekli Kaygı ile SCL 90-R puanları arasındaki korelasyonlara baktığımızda ise, Sürekli Kaygı ile Somatizasyon, Obsesif kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon ve GSI puanları arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Fakat paranoid düşünceler, fobik kaygı ve hostilite puanları ile sürekli kaygı arasında anlamlı ilişkiler bulunmamıştır. Bu bulgular Durumluk ve Sürekli Kaygı ile aralarında pozitif ve anlamlı korelasyonlar saptanan alt ölçeklerle ilgili olarak kurulan hipotezi kabul ederken, aralarında anlamlı ilişkiler saptanmayan alt ölçeklerle ilgili olarak kurulan hipotezi ise reddetmiştir.

Bu sonuçlara göre, şeker hastalarının yakınlarında hem durumluk hem de sürekli kaygı düzeyi yüksek olanların somatizasyon, obsesif kompulsif, depresyon ve genel psikolojik belirti düzeylerinin de yüksek olacağı söylenebilir. şeker hastalarının yakınlarından elde edilen ölçek puanları arasındaki korelasyon değerlerinin kanser hastalarının yakınlarıyla benzerlik göstermesi dikkat çekicidir.

BÖLÜM VI

GENEL SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmada elde edilen bulgulara dayalı sonuç ve öneriler kısaca belirtilmiştir.

SONUÇLAR

Araştırmada Belirti Tarama Listesi ve Durumluk – Sürekli Kaygı ölçeklerinden elde edilen sonuçlar ile ölçekler arasındaki ikili ilişkilere ilişkin bulgular değerlendirildiğinde aşağıdaki sonuçlar belirlenmiştir.

A-Belirti Tarama Listesi'ne İlişkin Sonuçlar

1. Kanserli hastaların depresyon, hostilite, paranoid düşünce, fobik kaygı, obsesif kompulsif ve genel psikolojik belirti düzeyleri şeker hastalarından anlamlı ölçüde yüksektir. Buna karşılık kanserli yada şeker hastası olmak, hastaların kişilerarası duyarlılık ve somatizasyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir fark oluşturmamaktadır.

2. Kanser hastalarının yakınlarının depresyon, paranoid düşünce, fobik kaygı, obsesif kompulsif ve genel psikolojik belirti düzeyleri şeker hastalarının yakınlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ancak kanser hastası yakını yada şeker hastası yakını olmak, hasta yakınlarının somatizasyon hostilite ve kişilerarası duyarlılık düzeyleri üzerinde önemli bir etki oluşturmamaktadır.

3. Kanserli kadınların depresyon, somatizasyon ve genel psikolojik belirti düzeyleri, erkek kanser hastalarından anlamlı ölçüde yüksektir. Ancak cinsiyetin kanser hastalarının paranoid düşünce, fobik kaygı, obsesif kompulsif, hostilite ve kişilerarası duyarlılık düzeyleri üzerinde önemli bir etkisi yoktur.

4. Şeker hastası olan kadınların depresyon, obsesif kompulsif, somatizasyon ve genel psikolojik belirti düzeyleri erkek şeker hastalarından daha yüksektir. Buna karşılık cinsiyetin şeker hastalarının paranoid düşünce, fobik kaygı, hostilite ve kişilerarası duyarlılık düzeyleri üzerinde önemli bir etkisi yoktur.

5. Refakatçi olan kanser hastası yakınlarının depresyon, obsesif kompulsif, hostilite, somatizasyon ve genel psikolojik belirti düzeyleri, refakatçi olmayanlardan anlamlı ölçüde yüksektir. Buna karşılık refakatçi olmak yada olmamak kanser hastası

yakınlarının paranoid düşünce, fobik kaygı ve kişilerarası duyarlılık düzeyleri üzerinde önemli bir etki oluşturmamaktadır.

6. Refakatçi olan şeker hastası yakınlarının depresyon, hostilite, somatizasyon ve genel psikolojik belirti düzeyleri refakatçi olmayanlardan daha yüksek saptanmıştır. Buna karşılık refakatçi olmak yada olmamak şeker hastası yakınlarının paranoid düşünce, fobik kaygı, obsesif kompulsif ve kişilerarası duyarlılık düzeyleri üzerinde önemli bir etki yapmamaktadır.

7. Tanısı söylenilen kanser hastalarının depresyon ve fobik kaygı düzeyleri tanısı kendilerine söylenilmeyen kanser hastalarından anlamlı ölçüde düşük saptanmıştır. Buna karşılık kanser hastalarına tanının söylenilmesi yada söylenilmemesi hastaların kişilerarası duyarlılık, obsesif, kompulsif, hostilite, paranoid düşünce, somatizasyon ve genel psikolojik belirti düzeyleri üzerinde önemli bir fark oluşturmamaktadır.

B-Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeklerine İlişkin Sonuçlar

1. Kanser hastalarının sürekli kaygı düzeyleri, şeker hastalarından anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Buna karşılık kanser hastası yada şeker hastası olmak, hastaların durumluk kaygı düzeyleri üzerinde anlamlı bir fark oluşturmamaktadır.

2. Kanser hastalarının yakınlarının durumluk kaygı düzeyleri, şeker hastalarının yakınlarından anlamlı ölçüde yüksek saptanmıştır. Buna karşılık kanser hastası yakını yada şeker hastası yakını olmak hasta yakınlarının sürekli kaygı düzeyleri üzerinde anlamlı bir fark oluşturmamaktadır.

3. Kanserli kadınların sürekli kaygı düzeyi erkek kanser hastalarından önemli ölçüde yüksek belirlenmiştir. Buna karşılık cinsiyetin kanser hastalarının durumluk kaygı düzeyleri üzerinde önemli bir etkisi yoktur.

4. Cinsiyetin şeker hastalarının durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri üzerinde önemli bir etkisi yoktur.

5. Refakatçi olan kanser ve şeker hastası yakınlarının durumluk kaygı düzeyleri refakatçi olarak kalmayan hasta yakınlarından önemli ölçüde yüksektir. Ancak refakatçi olmak yada olmamak kanser ve şeker hastası yakınlarının sürekli kaygı düzeyleri üzerinde önemli bir etki oluşturmamaktadır.

6. Kanser hastalarına tanının söylenilmesi yada söylenilmemesi hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri üzerinde anlamlı bir fark oluşturmamaktadır.

C-Ölçekler Arasındaki İkili İlişkilere İlişkin Sonuçlar

1. Kanser hastalarının durumluk kaygı düzeyi ile depresyon ve genel psikolojik belirti düzeyleri arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Buna karşılık durumluk kaygı ile somatizasyon, paranoid düşünce, fobik kaygı, obsesif kompulsif ve kişilerarası duyarlılık düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler belirlenmemiştir.

2. Şeker hastaları ile kanser ve şeker hastası yakınlarının durumluk kaygı düzeyleri ile depresyon, somatizasyon, hostilite, obsesif kompulsif ve genel psikolojik belirti düzeyleri arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ancak durumluk kaygı ile paranoid düşünce, fobik kaygı ve kişilerarası duyarlılık düzeyleri arasındaki ilişkiler anlamlı bulunmamıştır.

3. Kanser hastalarının sürekli kaygı düzeyi ile depresyon ve obsesif kompulsif düzeyleri arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Buna karşılık sürekli kaygı ile somatizasyon, paranoid düşünce, fobik kaygı, hostilite, kişilerarası duyarlılık ve genel psikolojik belirti düzeyleri arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir.

4. Şeker hastalarının yakınlarının sürekli kaygı düzeyi ile somatizasyon, obsesif kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon ve genel psikolojik belirti düzeyleri arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ancak sürekli kaygı ile paranoid düşünce, fobik kaygı ve hostilite düzeyleri arasındaki ilişkiler anlamlı bulunmamıştır.

5. Şeker hastaları ve kanser hastalarının yakınlarının sürekli kaygı düzeyleri ile depresyon, somatizasyon, paranoid düşünce, fobik kaygı, obsesif kompulsif ve genel psikolojik belirti düzeyleri arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrıca şeker hastalarında sürekli kaygı ile kişilerarası duyarlılık düzeyi arasında da pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Buna karşılık iki grubun da sürekli kaygı düzeyleri ile hostilite düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir.

ÖNERİLER

Araştırmada belirtilen sonuçlar ve gözlem verileri dikkate alınarak kanser hastaları ve yakınlarının hastalığın tedavisine olumlu katkılarını arttırmak, hastane ve hastalığa ilişkin ruhsal sorunlarını en aza indirmek ve hastalığa uyumlarını kolaylaştırmak için önemle üzerinde durulması gerekli bazı öneriler aşağıda sunulmuştur.

1.Kanser hastalarının yatarak yada ayaktan tedavi edildiği onkoloji ünitelerinde her hastanın ve hasta yakınlarının kolaylıkla başvurabilecekleri bir “psikososyal onkoloji” birimi oluşturulmalıdır. Bu birimde hem grup uygulamalarına hem de sosyal destek programlarına yer verilmelidir.Bunun için de bu birimde görev yapabilecek eğitilmiş psikolojik danışman, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve psikiyatristlerin yetiştirilmesi gerekmektedir.

2.Hastalar yaş, hastalık türü, hastalığın aşaması eğitim düzeyi ve sorun alanları gibi kriterlere göre gruplandırılarak, hastalık ile ilgili duygu ve düşüncelerini birbirlerine aktarmaları, deneyimlerini paylaşarak birbirlerinden yararlanmaları, doktorun izni çerçevesinde grup etkileşimi içerisinde çeşitli uğraşlarla meşgul olarak bir süre hastalıkla ilgili kaygılarından uzaklaşmaları sağlanmalıdır. Aynı şekilde hasta yakınlarının da duygu ve deneyimlerini paylaşarak birbirlerine moral vermeleri ve hastanın tedaviden yararlanıp eski yaşamına dönmesindeki katkılarını kavramaları sağlanmalıdır.

3. Onkoloji ünitelerinde görev yapan sağlık ekibinden hastalarda güven duygusu oluşturmaları beklenmektedir. Bu güvenin oluşturulabilmesi de sağlık ekibinin hasta, hastalık ve ölüme ilişkin kendi duygularını tanıması, bilgi ve deneyimlerini geliştirmesi ve böylece hastalara daha etkin bir bakım sunulması ile mümkündür. Bu nedenle onkoloji ünitelerinde görev yapan tedavi ekibine yönelik içerisinde psikolojik danışman, psikolog ve psikiyatristlerin de bulunduğu ve hasta sorunlarının tartışılarak hastaların gereksinimlerinin saptandığı görev içi eğitim programlarının geliştirilmesi önerilebilir.

4. Kanser hastalarının tedavi edildiği ünitelerde görev yapan sağlık ekibinin zaman ve psikolojik destek sağlama konusundaki eğitim yetersizliği düşünüldüğünde, hastaların bakımını yürüten ve özel eğitim almış personelin bulunduğu kurumların oluşturulması faydalı olabilir.Bunun yanında hastane ortamının kişide kaygı

oluşturduğu ve psikolojik sorunları arttırdığı düşüncesinden hareket ederek imkanlar doğrultusunda hastaların kendi evlerinde yetkin bir ekibin desteğinde bakımları sağlanabilir.

5. Kanser karşısında hastaların daha gerçekçi bir tutumla durumlarını kavramalarına yardımcı olmanın ve hastalıklarının türüne göre yaşantılarını daha etkili ve olumlu bir biçimde sürdürebilmelerini sağlayacak ruhsal bir desteğin sağlanmasının hastalığın tıbbi tedavisi kadar önemli olduğu gerçeği konusunda tedavi ekibi bilinçlendirilmelidir.

6. Toplumsal açıdan konuya yaklaşıldığında ise uzman kişiler kansere yol açan nedenler ve korunma yolları, kanser tanısı karşısında hastalarda ve ailelerinde ortaya çıkabilecek psikolojik sorunlar ile ilgili aydınlatıcı ve tanıtıcı faaliyetlerde görev alıp ilgili resmi ve gönüllü kuruluşlarla işbirliği yaparak seminer, konferans ve eğitim kampanyası düzenlemek suretiyle toplumsal bilincin oluşturulmasında etkin rol oynamalıdır.

7. Onkoloji ünitesine yatması gereken her hasta ve refakatçisine danışman psikolog tarafından bir oryantasyon programı uygulanmalıdır. Çünkü, hasta ve yakınlarının sorunlarının pek çoğu alışılmamış hastane yaşantısı ve tedavi girişimlerinden kaynaklanmaktadır. Hastane yaşantısına uyum gösteren hasta ve yakınları daha az psikolojik sorun yaşamakta ve tedaviye olumlu katkıda bulunabilmektedirler.

8. Hastaneye yatan her kanser hastasının psikolojik problemleri taranmalı, yakınma ve problemlerinin şiddetine ve türüne göre bir destek programı uygulanmalıdır. Eğer hasta grup rehberliği ve grupla psikolojik danışmalara katılamaz durumda yada katılmaya isteksiz ise bu hastalara bireysel rehberlik yada psikolojik danışma uygulanmalıdır.

9. Grup uygulamalarının ve bireysel rehberliğin onkoloji ünitelerinde etkin olarak uygulanabilmesi eleman ve program faktörüne bağlıdır. Bu nedenle psikolojik danışman yetiştiren yüksek öğretim kurumlarıyla yüksek lisans ve doktora programları düzeyinde işbirliğine gidilmeli ve uygulamaların ağırlıklı olarak onkoloji kliniklerinde yapılması sağlanmalıdır.

10. Tanısı söylenilen ve söylenilmeyen kanser hastalarının duygu, düşünce ve davranış özellikleri ile bilgi gereksinimlerini saptamak amacıyla yönelik araştırmalar yapılması önerilebilir.

11. Bu araştırmada kanserli hasta ve yakınlarının kanser ve kanserin tedavisine ilişkin gösterdikleri psikolojik tepkilerin belirlenmesinde kullanılan psikolojik testlerin, bir değerlendirme aracı olarak yararlı olduğu görülmüştür. Bu nedenle bu testlerin kanser hastalarının ve diğer kronik hastalığı olan kişilerin psikolojik gereksinimlerini belirlemede kullanılması önerilmektedir.

12. Kanserli hastaların ve yakınlarının hastalık ve tedaviye ilişkin yaşadıkları psikolojik zorlanmaları araştıran ve bu çalışmaya çeşitli yönlerden ışık tutup, eksik kalan yönlerini tamamlayacak yeni araştırmalar planlanmalıdır.



KAYNAKLAR

Abaan, S., E., (1992). **Kanserli hastaların hastalıklarını algılama biçimi.** Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Abacı, R., (1986). **Demokratik, otoriter ve ilgisiz olarak algılanan ana – baba tutumlarının çocuğun kaygı düzeyi ile ilişkisi.** Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Adams-Greenly, M., (1986). Psychological staging of pediatric cancer patients and their families. **Cancer.** v.58, p.449-453.

Allen, R., Newman, S.P., Souhami, R.L., (1997). Anxiety and depression in adolescent cancer: findings in patients and parents at the time of diagnosis, **European Journal of Cancer**, v.33, n.8, p.1250-1255.

Altınok, M., (1993). Kanserli hastalara cerrahi yaklaşım ve doktor-hasta ilişkileri, **Acta Oncologica Turcica**, Cilt:XXVI, Sayı:1-4, s.122-124.

Asken, J.M., (1975). Psycho emotional aspects of mastectomy. A review of recent literature. **American Journal Psychiatry**, v.132, n.1, p.56-59.

Aslanoğlu, S., (1978). **Habis tümörlerin oluşumunda stresin rolü.** Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Barrie, R.et all., (1985). A psychological analysis of cancer patients and their next-of – kin, **Cancer**, v.55, p.72-76.

Baş, M., (1984). **Grupla psikolojik danışmanın bireylerin kaygı ve uyum düzeylerine etkisi.** Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Başaran, N., (1987). **Kanser tanısı konmuş hastalara, tanılarının söylenip söylenmemesine ilişkin doktor, hemşire ve hasta görüşlerinin saptanması.** Bilim uzmanlık tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Baysal, Z.B., (1993). Kronik hastalıkların çocuk ve aile üzerindeki psiko-sosyal etkileri. **Türk Psikiyatri Dergisi**, Cilt:4, Sayı:4, s.273-280.

Birsöz, S., (1980). **Hastalık öncesi yaşam değişimleri ve ruhsal sorunlar üzerine bir inceleme.** Yayınlanmamış doçentlik tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Bloom, J.R., Fabair, P., Gritz, E., Wellish, D., Spiegel, D., Hoppe, R., (1993). Psychosocial out comes of cancer: a comparative analysis of Hodgkin's disease and testicular cancer. **Journal of Clinical Oncology**, v.11, n.5, p.979-987.

Blumberg, B., et all., (1982). **Loping with cancer. A resource for the health professional – office of cancer communications.** National Cancer Institute, Bethesda, Maryland, p.47-92.

Brawn, R.T. Kaslow, N.S., Hazzard, A.P. ve ark., (1992). Psychiatric and family functioning in children with leukaemia and their parents. **Journal American Academic Child Adoles Psychiatry**, v.31, p.495-502.

Caroll, B.T., Kathol, R.G., Wald, T.G., Claman, G.H., (1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. **General Hospital Psychiatry**, v.15, p.69-74.

Carpiniello, B., Baita, A., Pariente, C.M., Orru, W., Rovinetti, A.S., Rudas, N., (1995). The family burden in chronic diseases. The study of validity and reproducibility of the questionnaire on the impact of the chronic disease on the family (IMPAT), **Minerva-Psychiatry**, v.4, p.171-180.

Cimilli, C., (1998). Kanserde anksiyete ve depresyon, **3P Dergisi**, Cilt:6 (ek-3), s.8-14.

Clay, R.A., (1999). Reaching out to families of cancer patients. **Monitor Online**, V.30, n.6, p.1-4.

Clifford, E., (1979). **Psychological effects of the mastectomy: breast reconstruction following mastectomy.** Georgliade M.G., (Eds.), The C.V. Mosby Comp., Saint Louis.

Çavuşoğlu, H., (1989). **Kanserli çocukların hastalık ve tedaviye ilişkin psikolojik tepkilerin belirlenmesi.** Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Çay, F., (1996). Ölümcül hasta ve hekim, **3P Dergisi**, Cilt:4 (ek-3) s.33-37.

Dağ, İ., (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL 90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği", **Türk Psikiyatri Dergisi**, Cilt:2, S.5-12.

Derogatis, L.R., (1975). **Symptom Check List Revised (SCL 90-R).** Quick Pacts National Computer Systems, Inc.

Derogatis, L.R., et all., (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self report symptom inventory. **Behavioural Science**, Vol:19, p.1-13.

Derogatis, L.R., Karl, R.A., Rock A.F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. **British Journal of Psychiatry**, Vol:128, p.280-289.

Derogatis, L.R., Lipman R.S., Covi, L., (1973). The SCL-90 an out patients psychiatric rating scale. **Psychopharmacology Bulletin**, Vol:9, p.13-28.

Dünya Sağlık Teşkilatı Uzmanlık Komitesi Raporu, (1992). Kanserde ağrı tedavisi ve palyatif bakım (Çev.:Serdar Edirne), İstanbul.

Elbi, H., (1991). Kanser psikolojik yönleri, **Türk Psikiyatri Dergisi**, Cilt:2, Sayı:1, s.60-65.

Elbi, H., (1997). Kanser ve psikiyatrik sorunlar. **Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi II**, Cilt:2, Sayı:2, s.173-187.

Elbi, H., (1998). Psiko-onkoloji, **3P Dergisi**, Cilt:6 (ek-3), s.5-7.

Enbiyaoğlu, G., Kaptagel, G., (1973). Ölüm tehlikesi gösteren hastalıklar karşısındaki hastalar üzerinde sosyal psikiyatrik bir inceleme, **IX.Milli Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Çalışmaları**.

Fadıloğlu, Ç., Yılmaz, D., Esen, A., (1987). Hekim ve hemşirelerin kanserli hastaya açıklayıcı yaklaşımları, **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, Cilt:3, Sayı:1, s.14-22.

Fukui, S., et all., (2000). A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. **Cancer**, v.89, n.5, p.1026-1036.

Garfinkel, B.D., Carlson A.G., Weller, E.B., (1990). **Psychiatric disorder in children and adolescent**. USA, W.B. Saunders Company.

Gotay, C.C., (1984). The experience of cancer during early and advanced stages: the views of patients and their mafes. **Social Sciences and Medicine**. v.18, n.7, p.605-613.

Gökler, B., (1978). Nevrotik kadın hastaların ilkokul çağındaki çocuklarının ruhsal belirtiler yönünden değerlendirilmesi. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Graydon, J., E., (1981). Breast cancer: stress paints. **American Journal of Nursing**, v.81, p.1124-1125.

Green, S.B., Salkind, N.J., Akey, T.M., (1997). **Using SPSS for windows: analysing and understanding data**. New York: Prentice Hall.

Greer, S., Watson, M., Moorey, M., (1989). Patients adjustment to cancer: the mental adjustment to cancer scale clinical ratings. **J. Psychosom Research**, v.33, p.373-377.

Hawilt, D., Cramer, D., (1997). **An introduction to statistics in psychology**, London: Prentice Hall.

Heim, H.M., Oei, T.P., (1993). Comparison of prostate cancer patients with and with out pain, **Pain**, v.53, p.159-162.

Hersh, S.P., (1985). **Psychologic aspects of patients with cancer. Principles and pratica of oncology**, Devita, V.T., Hellman, S., Rosenberg, S.,A. (Eds), Philadelphia, J.B. Lippincott.

Holland, J.C., Rawland, J., Lebovitz, A., (1979). Reactions to cancer treatment: assessment of emotional response to adjunct radiotherapy. **Psychiatric Clinics of North America**, v.2, p.347-358.

Hoopwood, P., Stephens, R.J. (2000). Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived fan quality of – life data, **Journal of Clinical Oncology**, V.18, n.4, p.893-903.

Hopwood, P., Howell, A., (1991). Psychiatric morbidity in patients with advanced cancer of breast: prevalence measured by two self-rating questionnaires, **British Journal of Cancer**, v.64, p.349-352.

Işıksan, V., Özet, A., Kömürçü, Ş., ve ark., (1998). Kanseri hastalarıyla çalışan personelin tükenmişlik durumları. **Türk Hematoloji-Onkoloji Dergisi**, Cilt:8, Sayı:3, s.146-152.

Jimmie, C., Holland, M.D., (1991). Progress and challenges in psychosocial and behavioural research in cancer in the twentieth century. **Cancer**, v.67, p.767-773.

Johnstone, B.M., Silberfeld, M., Till, J.E., Sutcliffe, S.B., Chapman, J.A., Sturgeon, J.F., (1991). Heterogeneity in responses to cancer part 1: psychiatric symptoms. **Canadian Journal of Psychiatry**, v.36, n.2, p.85-90.

Karadayı, G., (1995). “Üniversite öğrencilerinde bazı kişilik özelliklerine göre psikolojik belirtilerin incelenmesi, **3P Dergisi**, Cilt:3, Sayı:4, s.256-262.

Karasar, N., (1995). **Bilimsel araştırma yöntemi** (7.Baskı): 3A, Araştırma Yayıncılık, Ankara.

Kayaalp, L., (1995). Yaşamı tehdit eden hastalığın ruhsal yaşam üzerindeki etkileri: lösemili çocuk ve ailesi, **Türk Psikiyatri Dergisi**, Cilt:6, Sayı:2, s.113-117.

Kocatürk, U., (1984). **Tıp Terimleri Sözlüğü** (2.Baskı), Sevinç Matbaası, Ankara.

Köküöz, A.N., (1996). Genç bir yengeç “kanseri”, **Bilim ve Teknik Dergisi**, Sayı:1, s.31-40.

Kömürçü, Ş. ve ark., (1998). Kanseri hastalarının sosyal destek sistemleri, benlik saygıları ve bazı ruhsal belirtileri, **Türk Hematoloji – Onkoloji Dergisi**, Cilt:8, Sayı:4, s.215-221.

Kroode, H., Oesterwijk, M., Steverink, N., (1989). There conflicts as a result of causal attributions, **Social Science Medicine**, v.28, n.1, p.93-97.

Kubler-Ross, E., (1969). **On death and dying**. Mac Millan Publishing CO Inc., New York.

Kultutürkan, S., (1994). **Ağrısı olan kanserli hastaların hemşirelerden beklentileri**. Bilim uzmanlık tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Kutluk, T., Kars, A., (1998). **Kanser konusunda genel bilgiler**, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları, Ankara.

Larson, G., Widmark, P.V., Lampic, C., Can, E.L., Sjoden, P.O., (1998). Cancer patient and staff ratings of the importance of caring behaviours and their relations to patient anxiety and depression. **Journal Advanced Nursing**, v.27, n.4, p.855-864.

Lawrance, C.R., Rainey, C.L., (1985). Cancer counselling by telephone help-line. The UCLA Psychological Cancer Counselling Line. **Public Health Reports**, V.100, n.3, p.308-314.

LeCompte, A., Öner, N., (1976). **Development of the Turkish edition of STAI**. Spielberger C.D., Guerrer, R.D. (Eds), Cross-Cultural Anxiety.

Lipowski, Z.J., (1986). Consultation-liaison psychiatry: the first half century. **Gen. Hosp. Psychiatry**, v.8, p.305-308.

Lovejoy, N.C., (1986). Family responses to cancer hospitalisation. **Oncology Nursing Forum**, V.13, n.2, p.33-37.

Markel, W., M., (1971). The American Cancer Society's programme for the rehabilitation of the breast cancer patient. **Cancer**. v.28, p.1676-1678.

Mc Daniel, S., Musselman, D.L., Nemeroff, C.B., (1997). Cancer and depression therapy and treatment. **Psychiatric Annals**, v.27, n.5, p.360-364.

Morris, T., et al., (1978). Psychological and social adjustment to mastectomy, **Cancer**, v.40, n.5, p.2381-2387.

Northouse, L.L., (1989). The impact of breast cancer on patients and husbands, **Cancer Nursing**, v.12, n.5, p.276-284.

Northouse, L.L., Swain, J.A., (1987). Adjustment of patients and husband to the initial impact of breast cancer. **Nursing Research**, v.36, p.221-225.

Okyayuz, Ü., (1995). Ölüm ve ölümcül hastalık, **Kriz Dergisi**, Cilt:3, Sayı:1-2, s.167-171.

Orhon, A., (1973). Kanserli hastaların hastalıkları hakkındaki yorumları, **Hacettepe Tıp Cerrahi Bülteni**, Cilt:4, s.355-372.

Öğün, D. (1998). Kanser, **Ankara Sağlık Müdürlüğü Dergisi**, Cilt:1, Sayı:3, s.24-26.

Ökdem, Ş., (1978). **Hacettepe Üniversitesi hastaneleri servislerinde çalışan hemşirelerin ölüme ilişkin görüş ve uygulamalarının incelenmesi**. Bilim uzmanlık tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Öner, N., (1977). **Durumluk ve sürekli kaygı envanterlerinin Türk toplumunda geçerliği**. Yayınlanmamış doçentlik tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Öner, N., LeCompte, A., (1985). **Durumluk – sürekli kaygı envanteri el kitabı** (2. baskı), Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, İstanbul.

Özgüven, H., D., (1996). **İbni sina hastanesi tıbbi onkoloji kliniğinde yatarak tedavi gören kanser hastaları ve yakınlarında psikiyatrik morbidite**. Bilim uzmanlık tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.

Özgüven, İ.E., (1994). **Psikolojik testler**, Yenidoğuş Matbaası, Ankara.

Özkan, M., Özkan, S., Kulaksızoğlu, B., Alçalar, N., (1998). Bir grup hekimin ölmekte olan hastaya karşı tutumları, **3P Dergisi**, Cilt:6 (ek-3), s.34-38.

Özkürkçügil, A.Ç., (1998). Tanatoloji; ölmekte olan hastaya yaklaşım, **3P Dergisi**, Cilt:6, Sayı:2, s.133-138.

Öztürk, M., (1979). Ölümcul hastalığı olan çocukları tedavi eden doktorların sorunları ve sorumlulukları. **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, Cilt:XXXII, Sayı:IV, s.469-477.

Peck, A., (1972). Emotional reaction to having cancer. *American journal of roentgenal radium. Therapy and Nuclear Medicine*, v.114, p.591-598.

Pienschke, D., (1973). Guardedness or openness on the cancer unit. **Nursing Research**, v.22, n.6, p.484-490.

Plumb, M., Holland, J., (1977). Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer. I self-reported depressive symptoms. **Psychosomatic Medicine**, v.39, p.264-291.

Plumb, M., Holland, J., (1981). Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer interviewer rated current and past psychological symptoms, **Psychosomatic Medicine**, v.43, n.3, p.243-253.

Rabasca, L., (1999). Psychosocial support is lacking for cancer patients: finds IOM report. **Monitor Online**, V.30, n.6, p.1-4.

Raimburt, G., (1981). Children talk about death. **Acta Pediatr Scand**. v.80, p.180-183.

Sözer, Y., S., (1991). **Kronik bedensel hastalığı olan ergenlerde kendilik imgesi (self-image)**. Uzmanlık tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.

Spielberger, C., D., (1966). **Anxiety and behaviour**. Academic Press, California.

Spielberger, C.D., Lusene R.E., Gorsuch, R.L., (1970). **Manuel for State-Trait Anxiety Inventory**. Consulting Psychologist Press, California.

Şahin, N., (1998). Psikoterapi ve kanser, **Türk Psikoloji Bülteni**, Cilt:4, Sayı:9, s.115-116.

Şendil, G., (1995). Mastektomi geçirmiş kadınların evlilik ilişkisinin incelenmesi, **İstanbul Üniversitesi Tıbbi Psikoloji Çalışmaları**, Cilt:20, s.151-157.

Taylor, S.E., (1991). **Health psychology**. Mc Graw-Hill Company. New York.

Terayke, G., (1985). **Hacettepe üniversitesi hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin klinik uygulamaları sırasında karşılaştıkları stres yaratıcı durumlara tepkileri ve bu konudaki yardım ihtiyaçlarının belirlenmesi**. Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Thomas, J., Craig, M.D., Martin, D., Abeloff, M.D., (1974). Psychiatric symptomatology. Among hospitalised cancer patients. **American Journal Psychiatry**, v.131, n.12, p.1323-1326.

Tringali, C.A., (1986). The needs of family members of cancer patients. **Oncology Nursing Forum**, v.13, n.4, p.65-69.

Tuğlacı, P., (1990). **Tıp Sözlüğü**, ABC Basımevi (6.Baskı), İstanbul.

Tuna, P., (1993). **Kanserli hastaların benlik saygıları üzerine bir araştırma**. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Turan, N., (1984). Kanser hastalığının önlenmesi ve tedavi edilmesinde psiko-sosyal faktörlerin önemi, **Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Dergisi**, Cilt:2, Sayı:1-3, s.12-20.

Turan, N., (1987). Kanserli hastalarla psiko-sosyal bir araştırma, **Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Yüksek Okulu Dergisi**, Cilt:5, Sayı:2-3, s.161-174.

Turan, N., (1993). Kanser tedavisinde sosyal destek sistemlerinin önemi, **Acta Oncologica Turcica**, Cilt:XXVI, Sayı:1-4, s.125-127.

Türküm, S., (1989). **Kanser hastalarının kaygı düzeyleri üzerinde, hastaların bazı demografik özellikleri ile yakınlarının uyum düzeylerinin etkisi**. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Ünlüoğlu, G.L., (1998). Kanser tedavisinde kimi psikososyal yaklaşımlar ve iyileşmeler, **3P Dergisi**, Cilt:6 (ek-3), s.25-28.

Üre, Ö., (1989). **Grupla psikolojik danışmanın ve grup rehberliğinin kanserli hastaların kaygıları, benlik saygıları ve psikolojik rahatsızlıkları üzerindeki etkisi.** Yayınlanmamış doktora tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Üre, Ö., (1991). Onkolojide krize müdahale, **Acta Oncologica Turcica**, Cilt:XXIV, Sayı:1-4, s.202-207.

Weitzner, M.A., Meyers, C.A., Stuebing, K.K., Saleeba, A.K., (1997). Relationship between quality of life and mood in long-term survivors of breast cancer treated with mastectomy, **Support – Care – Cancer**, v.5, n.3, p.241-248.

Worthman, C.B., (1984). Social support and the cancer patient: conceptual and methodologic issues. **Cancer**. v.53, (ek sayı), p.2339-2357.

Yapıcı, T., Özkan, Ş., Yazıcı, Ş. ve ark., (1989). Mastektomi yapılan hastaların psiko-sosyal durumlarının değerlendirilmesi, **Acta Oncologica Turcica**, Cilt:XXIII, Sayı:1-4, c.147-155.

Yavaş, İ., Sölmen, G., Sölmen, T., (1994). Kanser hastalığı olan çocukların ruhsal durumlarının değerlendirilmesi, **Türk Psikiyatri Dergisi**, Cilt:5, Sayı:3, s.210-212.

Young – Brockopp, D., (1982). Cancer patients perceptions of five psychosocial needs. **Oncology Nursing Forum**, v.9, p.31-35.

Yurt, V., (1989). **Mastektomi olan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemdeki duygusal tepkileri ve hemşirelerin bu tepkilere ilişkin bilgi düzeylerinin incelenmesi**, Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1975 yılında Ankara’da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Ankara’da, Lise öğrenimini ise Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Meslek Lisesinde 1989 – 1993 yılları arasında tamamladı.

1993 – 1994 yılları arasında Gülhane Askeri Tıp Akademisinde Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde yoğun bakım hemşiresi olarak staj yaptı.

1994 yılında Erzurum Mareşal Çakmak Askeri Hastanesine tayin oldu. 1999’a kadar Cerrahi yoğun bakım ünitesinde yoğun bakım hemşiresi olarak görev yaptı. Bu görevi sırasında 1995 yılında Atatürk Üniversitesi, Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü’nde Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik alanında lisans eğitimine başladı.

1999 yılında lisans eğitimini tamamladı. Müteakiben Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Öğrencisi olarak, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik bölümünde yüksek lisans eğitimine başladı. Aynı yıl Ankara Gata Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığına tayini çıktı. 2 yıl Anjiyo Laboratuvarında görev yaptı. Halen bu görevde çalışan araştırmacının 1. Öğretmen atamaları sonucunda Eskişehir Endüstri Meslek Lisesine Rehber Öğretmen olarak tayini çıktı.

EK-1

BELİRTİ TARAMA TESTİ
(Symptom Check List Revised SCL 90-R)

Adı Soyadı :

Uygulama Tarihi:

AÇIKLAMA: Aşağıda herkeste zaman zaman olabilecek şikayet ve problemlerin bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun sizi **son iki haftadır** ne derecede rahatsız ettiğini yan taraftaki karelerden en uygununu işaretleyerek belirtiniz. Lütfen hiçbir bölümü atlamayınız. Başlangıçtaki örneği okuyup uygulamaya başlayın. Teşekkürler.

Örnek: Aşağıda belirtilen durumdan ne ölçüde rahatsız olmaktadır?

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Oldukça fazla	İleri derecede
Bel ağrıları.....	☐	☐	☐	☐	☐
1 Baş ağrısı	☐	☐	☐	☐	☐
2 Sinirlilik yada iç titremesi	☐	☐	☐	☐	☐
3 Zihinden atamadığımız, tekrarlayıcı, hoşla gitmeyen düşünceler	☐	☐	☐	☐	☐
4 Baygınlık ya da baş dönmesi	☐	☐	☐	☐	☐
5 Cinsel istek ve ilginin kaybı	☐	☐	☐	☐	☐
6 Başkaları tarafından eleştirilme duygusu.....	☐	☐	☐	☐	☐
7 Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	☐	☐	☐	☐	☐
8 Sorunlarınızın pek çoğundan başkalarının suçlanması gerektiği duygusu.....	☐	☐	☐	☐	☐
9 Olayları hatırlamada zorluk	☐	☐	☐	☐	☐
10 Dikkatsizliğe ilişkin endişeler	☐	☐	☐	☐	☐
11 Kolayca gücenip rahatsız olma	☐	☐	☐	☐	☐
12 Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar	☐	☐	☐	☐	☐
13 Caddelerden ya da açık alanlardan korku hissi...	☐	☐	☐	☐	☐
14 Enerjinizde azalma	☐	☐	☐	☐	☐
15 Hayatınızın sona ereceği korkusu	☐	☐	☐	☐	☐
16 Başkalarının duymadığı bazı sesleri duyma.....	☐	☐	☐	☐	☐

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Oldukça fazla	İleri derecede
17 Titreme	☐	☐	☐	☐	☐
18 Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi	☐	☐	☐	☐	☐
19 İştah azalması	☐	☐	☐	☐	☐
20 Kolayca ağlama	☐	☐	☐	☐	☐
21 Karşı cinsten kişilerle konuşurken utangaçlık ve rahatsızlık hissi	☐	☐	☐	☐	☐
22 Tuzağa düşürülmüş ya da yakalanmış hissi	☐	☐	☐	☐	☐
23 Hiçbir neden yokken aniden korkuya kapılma ...	☐	☐	☐	☐	☐
24 Kontrol edemediğimiz öfke patlamaları	☐	☐	☐	☐	☐
25 Evden dışarı yalnız çıkma korkusu	☐	☐	☐	☐	☐
26 Olanlar için kendini suçlama	☐	☐	☐	☐	☐
27 Belinizin alt kısmında ağrı	☐	☐	☐	☐	☐
28 İşlerin yapılmasında erteleme isteği	☐	☐	☐	☐	☐
29 Yalnızlık hissi	☐	☐	☐	☐	☐
30 Karamsarlık hissi	☐	☐	☐	☐	☐
31 Her şey için çok fazla endişe duyma	☐	☐	☐	☐	☐
32 Her şeye karşı ilgisizlik hali	☐	☐	☐	☐	☐
33 Korku hissi	☐	☐	☐	☐	☐
34 Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali.....	☐	☐	☐	☐	☐
35 Diğer insanların sizin özel düşüncenizden haberdar olması	☐	☐	☐	☐	☐
36 Başkalarının sizi anlamadığı inancı	☐	☐	☐	☐	☐
37 Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranış gösterdiği hissi.....	☐	☐	☐	☐	☐
38 İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak	☐	☐	☐	☐	☐
39 Kalbin çok hızlı çarpması	☐	☐	☐	☐	☐
40 Bulantı ya da midede rahatsızlık	☐	☐	☐	☐	☐
41 Kendini başkalarından aşağı görme	☐	☐	☐	☐	☐
42 Adale ağrıları	☐	☐	☐	☐	☐
43 Başkalarının sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu hissi.....	☐	☐	☐	☐	☐
44 Uykuya dalmada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
45 Yaptığınız işleri birkaç kez kontrol etme.....	☐	☐	☐	☐	☐
46 Karar vermede güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
47 Otobüs, tren ve metroda seyahat etme korkusu .	☐	☐	☐	☐	☐

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Oldukça fazla	İleri derecede
48 Nefes almada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
49 Sıcak ve soğuk basmalar	☐	☐	☐	☐	☐
50 Sizi korkutan belirli uğraşı, yer ve şeylerden kaçınma durumu	☐	☐	☐	☐	☐
51 Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma	☐	☐	☐	☐	☐
52 Hiçbir şey düşünmeme hali	☐	☐	☐	☐	☐
53 Boğazınıza bir yumruk tıkanmış gibi hissetme ..	☐	☐	☐	☐	☐
54 Gelecek konusunda ümitsizlik	☐	☐	☐	☐	☐
55 Düşünceleri toparlamada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
56 Bedenin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi	☐	☐	☐	☐	☐
57 Gerginlik ya da coşku hissi	☐	☐	☐	☐	☐
58 Kol ve bacaklarda ağırlık hissi	☐	☐	☐	☐	☐
59 Ölüm yada ölme düşünceleri	☐	☐	☐	☐	☐
60 Aşırı yemek yeme	☐	☐	☐	☐	☐
61 İnsanlar size baktığı ya da konuştuğu zaman rahatsızlık duyma	☐	☐	☐	☐	☐
62 Başkalarının düşüncelerine sahip çıkma	☐	☐	☐	☐	☐
63 Başkalarına vurmak, yaralamak, zarar vermek isteği.....	☐	☐	☐	☐	☐
64 Sabah erken saatte uyanma.....	☐	☐	☐	☐	☐
65 Yılanma, dokunma, sayma ve benzeri hareketleri tekrarlama hali	☐	☐	☐	☐	☐
66 Uykuda huzursuzluk	☐	☐	☐	☐	☐
67 Bazı şeyleri kırıp dökme isteği.....	☐	☐	☐	☐	☐
68 Başkalarının kabullenmediği düşüncelere sahip olma	☐	☐	☐	☐	☐
69 Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
70 Alış-veriş, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi	☐	☐	☐	☐	☐
71 Her şeyin yük gibi görünmesi	☐	☐	☐	☐	☐
72 Dehşet ve panik nöbetleri	☐	☐	☐	☐	☐
73 Kalabalık içinde yer – içerken huzursuzluk hissi	☐	☐	☐	☐	☐
74 Sık sık tartışmaya girme	☐	☐	☐	☐	☐
75 Yalnız kalınca sinirlilik hali	☐	☐	☐	☐	☐
76 Başarılarınız için yeterince takdir edilmediğiniz hissi	☐	☐	☐	☐	☐

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Oldukça fazla	İleri derecede
77 Başka insanlar arasında yalnızlık hissi.....	☐	☐	☐	☐	☐
78 Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık duyma	☐	☐	☐	☐	☐
79 Değersizlik duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
80 Size kötü bir şey olacaktı duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
81 Bağırma ya da eşyaları fırlatma	☐	☐	☐	☐	☐
82 Tophluk içinde bayılma korkusu	☐	☐	☐	☐	☐
83 Şayet izin verirsiniz insanların sizden yararlanacağı (sömüreceği) duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
84 Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin oluşu	☐	☐	☐	☐	☐
85 Günahlarınızdan dolayı cezalandırılma gerektiği düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
86 Korkutucu düşünce ve hayaller	☐	☐	☐	☐	☐
87 Bedeninizde ciddi bir rahatsızlığın olduğu düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
88 Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duyamama ..	☐	☐	☐	☐	☐
89 Suçluluk duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
90 Aklınızdan bir bozukluğun olduğu düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐

EK-2

BELİRTİ TARAMA LİSTESİ CEVAP FORMU

Adı Soyadı :

Klinik :

S.No	HİÇ	ÇOK AZ	ORTA DERECE	OLDUKÇA FAZLA	İLERİ DERECE	S.No	HİÇ	ÇOK AZ	ORTA DERECE	OLDUKÇA FAZLA	İLERİ DERECE
1	()	()	()	()	()	46	()	()	()	()	()
2	()	()	()	()	()	47	()	()	()	()	()
3	()	()	()	()	()	48	()	()	()	()	()
4	()	()	()	()	()	49	()	()	()	()	()
5	()	()	()	()	()	50	()	()	()	()	()
6	()	()	()	()	()	51	()	()	()	()	()
7	()	()	()	()	()	52	()	()	()	()	()
8	()	()	()	()	()	53	()	()	()	()	()
9	()	()	()	()	()	54	()	()	()	()	()
10	()	()	()	()	()	55	()	()	()	()	()
11	()	()	()	()	()	56	()	()	()	()	()
12	()	()	()	()	()	57	()	()	()	()	()
13	()	()	()	()	()	58	()	()	()	()	()
14	()	()	()	()	()	59	()	()	()	()	()
15	()	()	()	()	()	60	()	()	()	()	()
16	()	()	()	()	()	61	()	()	()	()	()
17	()	()	()	()	()	62	()	()	()	()	()
18	()	()	()	()	()	63	()	()	()	()	()
19	()	()	()	()	()	64	()	()	()	()	()
20	()	()	()	()	()	65	()	()	()	()	()
21	()	()	()	()	()	66	()	()	()	()	()
22	()	()	()	()	()	67	()	()	()	()	()
23	()	()	()	()	()	68	()	()	()	()	()
24	()	()	()	()	()	69	()	()	()	()	()
25	()	()	()	()	()	70	()	()	()	()	()
26	()	()	()	()	()	71	()	()	()	()	()
27	()	()	()	()	()	72	()	()	()	()	()
28	()	()	()	()	()	73	()	()	()	()	()
29	()	()	()	()	()	74	()	()	()	()	()
30	()	()	()	()	()	75	()	()	()	()	()
31	()	()	()	()	()	76	()	()	()	()	()
32	()	()	()	()	()	77	()	()	()	()	()
33	()	()	()	()	()	78	()	()	()	()	()
34	()	()	()	()	()	79	()	()	()	()	()
35	()	()	()	()	()	80	()	()	()	()	()
36	()	()	()	()	()	81	()	()	()	()	()
37	()	()	()	()	()	82	()	()	()	()	()
38	()	()	()	()	()	83	()	()	()	()	()
39	()	()	()	()	()	84	()	()	()	()	()
40	()	()	()	()	()	85	()	()	()	()	()
41	()	()	()	()	()	86	()	()	()	()	()
42	()	()	()	()	()	87	()	()	()	()	()
43	()	()	()	()	()	88	()	()	()	()	()
44	()	()	()	()	()	89	()	()	()	()	()
45	()	()	()	()	()	90	()	()	()	()	()

ÖRNEK: İşaretlenmiş Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlaması**EK-3****KENDİNİ DEĞERLENDİRME FORMU**

C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch ve R. Lushene tarafından İngilizce olarak geliştirilmiş ve Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümünde Necla ÖNER ve Ayhan LECOMPTE tarafından Türkçe'ye adapte edilmiştir.

STAI FORM TX – I**Adınız Soyadınız:****Klinik :****Tarih:**

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **o anda** nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

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

Puanlama:

Doğrudan ifadeler

28

Tersine dönmüş ifadeler

13

15

Sabit puan

+ 50

Durumluk Kaygı Puanı

65

ÖRNEK: İşaretlenmiş Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlaması
EK-4

KENDİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

C.D. Spielberger, R.L.Gorsuch ve R.Lushene tarafından İngilizce olarak geliştirilmiş ve Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümünde Necla ÖNER ve Ayhan LECOMPTE tarafından Türkçe'ye adapte edilmiştir.

STAI FORM TX – 2

Adınız Soyadınız : **Klinik Adı:** **Uygulama Tarihi:**

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **genel olarak** nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hiç bir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
1	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(●)	(4)
2	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(●)	(3)	(4)
3	Genellikle kolay ağlarım	(●)	(2)	(3)	(4)
4	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(●)	(3)	(4)
5	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(●)	(3)	(4)
6	Kendimi dinlenmiş hissedirim	(1)	(2)	(●)	(4)
7	Genellikle sakın, kendime hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(●)	(4)
8	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(●)	(3)	(4)
9	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(●)	(3)	(4)
10	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(●)	(4)
11	Herşeyi ciddiye alır ve etkilenirim	(1)	(●)	(3)	(4)
12	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(●)	(3)	(4)
13	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(●)	(4)
14	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(●)	(3)	(4)
15	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(●)	(2)	(3)	(4)
16	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(●)	(4)
17	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(●)	(3)	(4)
18	Hayat kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(●)	(2)	(3)	(4)
19	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(●)	(4)
20	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder	(1)	(●)	(3)	(4)

Puanlama:

Doğrudan ifadeler

23

Tersine dönmüş ifadeler

21

2

Sabit puan

+

35

Sürekli Kaygı Puanı

37

EK-5**HASTA GÖRÜŞME FORMU**

Uygulanış Tarihi :
Hastanın Adı Soyadı :
Klinik Adı :
Hastanede Yatma Süresi :
Hastalığınızın Adı :

SORULAR

1- Cinsiyetiniz nedir?

a. () Kadın

b. () Erkek

2- Kaç yaşındasınız?

a. () 20-25

b. () 26-30

c. () 31-40

d. () 41-50

e. () 51-70

3- Medeni durumunuz nedir?

a. () Evli

b. () Bekar

c. () Dul

d. () Boşanmış

4- Eğitim durumunuz nedir?

a. () Okur yazar değil

b. () İlkokul mezunu

c. () Ortaokul mezunu

d. () Lise mezunu

e. () Üniversite mezunu

EK-6

HASTA YAKINI GÖRÜŞME FORMU

Uygulanış Tarihi :
 Hasta Yakınının Adı Soyadı :
 Klinik Adı :
 Hastanın Adı Soyadı :
 Yakınlık Derecesi :

SORULAR

1- Cinsiyetiniz nedir?

- a. () Kadın
 b. () Erkek

2- Kaç yaşındasınız?

- a. () 20-25
 b. () 26-30
 c. () 31-40
 d. () 41-50
 e. () 51-70

3- Medeni durumunuz nedir?

- a. () Evli
 b. () Bekar
 c. () Dul
 d. () Boşanmış

4- Eğitim durumunuz nedir?

- a. () Okur yazar değil
 b. () İlkokul mezunu
 c. () Ortaokul mezunu
 d. () Lise mezunu
 e. () Üniversite mezunu

5- Hastanıza refakat etme durumunuz nedir?

- a. () Refakatçi kalıyorum
 b. () Refakatçi kalmıyorum

6- Hastanıza hastalığının ne olduğu söylendi mi?

- a. () Söylendi
 b. () Söylenmedi

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
 DOKÜMANTASYON MERKEZİ