

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

KANSERLİ HASTALARIN UMUT VE BAŞETME DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Selma TURAN KAVRADIM

Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2011

**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı**

KANSERLİ HASTALARIN UMUT VE BAŞETME DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Selma TURAN KAVRADIM

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanları

**Doç. Dr. Zeynep ÖZER (I. Danışman)
Prof. Dr. Hakan BOZCUK (II. Danışman)**

Bu çalışma Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi tarafından desteklenmiştir.
(Proje No: 2009.02.0122.012)

“ Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2011

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından İç Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 11/02/2011

Tez Danışmanı : Doç.Dr. Zeynep ÖZER
Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu



Üye : Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU
Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu



Üye : Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT
Akdeniz Üniversitesi
Ziraat Fakültesi Biyometri ve Genetik
Anabilim Dalı



Üye : Doç.Dr. H. Şenol COŞKUN
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tıbbi Onkoloji Anabilim Dalı



Üye : Doç.Dr. Hicran Aydın BEKTAŞ
Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu



ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/..../2011 tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İsmail ÜSTÜNEL
Enstitü Müdürü

ÖZET

Araştırma kanser hastalarının umut ve başetme düzeylerini belirlemek, umudun başačkma tarzları üzerine etkisini incelemek, umut ve başetmeyi etkileyen değişkenleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırmanın örneklemini, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesine gelen, kanser nedeniyle kemoterapi alan, araştırmaya katılmayı kabul eden 240 hasta oluşturmuştur. Veriler, hastalara anket formu uygulanarak toplanmıştır. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Herth Umut Ölçeęi ve Stresle Başačkma Tarzları Ölçeęi (SBÇTÖ)'nden yararlanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 11.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tüm veriler için tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Veriler ilk olarak univariate regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Univariate analiz sonuçlarında toplam umut ve alt ölçekleri, SBÇTÖ alt ölçekleri ile anlamlı bulunan değişkenler multivariate regresyon analizine alınmıştır. Herth Umut Ölçeği'nin üç alt ölçeği ve toplam umut puanı ve SBÇTÖ için ayrı ayrı multivariate analizler yapılmıştır. Ayrıca Herth Umut ölçeği ve SBÇTÖ arasındaki ilişkinin varlığını ölçmek için korelasyon testleri yapılmıştır. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Yapılan çalışma sonucunda bireylerin umut ortalaması 90 üzerinden 71.88 ± 9.10 bulunmuştur. Elde edilen puan ortalamaları hastaların yüksek düzeyde umutlu olduğunu göstermektedir. Hastaların umut düzeyini; aylık gelir, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi, semptomlardan ağız içinde yaraların olması, endişeli sıkıntılı hissetme ve korku faktörlerinin etkilediği saptanmıştır. Ayrıca iyileştiniğini hissetme, aile desteği gibi faktörlerin de hastaların umut düzeyini etkilediği görölmüştür. Bireylerin umut ve stresle başetme tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. SBÇTÖ puan ortalamaları, her alt ölçeğin puan aralıklarına göre değerlendirildiğinde kanserli hastaların stresle başetmede kullandıkları yöntemlerin sırasıyla kendine güvenli yaklaşım ($\bar{x}=16.12$), iyimser yaklaşım ($\bar{x}=10.73$), sosyal destek arama yaklaşımı ($\bar{x}=8$), çaresiz kendini suçlayıcı yaklaşım ($\bar{x}=10.74$) ve boyun eğici yaklaşım ($\bar{x}=8$) olduğu görölmektedir. SBÇTÖ sosyodemografik faktörler, hastalıkla ilgili faktörler, kemoterapi semptomları ve umudu etkileyebileceği düşünölen faktörlerle karşılaştırılmıştır.

Elde edilen puan ortalamaları hastaların yüksek düzeyde umutlu olduğunu ve stresle başačkmada duygulara yönelik yaklaşımlardan çok probleme yönelik yaklaşımları kullandıklarını göstermektedir. Çalışma sağlık çalışanlarına, kanserli hastalarda umut ve başetme yeterliliklerini artıracak uygun müdahaleleri belirlemelerinde önemli veriler sağlamıştır.

Anahtar kelimeler: Kanser, umut, başetme, onkoloji hemşireliği

ABSTRACT

The study was planned to determine the levels of hope and coping in cancer patients, to explore the effects of hope on coping styles, to detect the variables affecting hope and coping. The sample of the study was 240 patients treated with chemotherapy in Chemotherapy Day Unit at Akdeniz University. They accepted to participate in the study. The source of the data was surveys filled out by the patients. Personal Information Form, Herth Hope Index and Ways of Coping Inventory (WCI) were utilized for data collection.

The data were evaluated using statistical package software, SPSS 11.0. Descriptive statistics were performed on all data. Firstly, the data were evaluated with univariate regression analysis. The variables found to be significant in univariate regression analysis using total hope index and its sub-scales as well as WCI sub-scales were analyzed with multivariate regression analysis. Multivariate analysis was performed for three sub-scales of Herth Hope Index, total hope score and WCI separately. In addition, correlation tests were conducted to explore the relationship between Herth Hope Index and WCI. A significance level of $p < 0.05$ was assumed during evaluations.

As a result, the mean hope score of individuals was found to be 71.88 ± 9.10 out of 90. These mean scores showed high levels of hope among patients. It was found out that monthly income, knowledge level about the disease, mouth lesions, which are among the symptoms, and feelings of anxiety and fear are the factors affecting hope levels of the patients. Additionally, it was observed that factors such as feeling of healing and family support also affected hope levels of patients. A significant relationship between hope levels and coping styles of individuals was detected. Means of WCI scores, which were evaluated with respect to score intervals of each sub-scale, revealed that coping styles of cancer patients were respectively self-confident approach ($\bar{x} = 16.12$), optimistic approach ($\bar{x} = 10.73$), seeking social support ($\bar{x} = 8$), helplessness/self-blaming approach ($\bar{x} = 10.74$) and fatalistic approach ($\bar{x} = 8$). WCI was compared with sociodemographic factors, factors associated with disease, chemotherapy symptoms and factors that may affect hope levels.

The score means obtained showed that patients have high levels of hope and they used problem focused approaches rather than emotion-centered ones. This study provided important data for healthcare professionals to be used to determine adequate interventions that can increase hope levels and skills of coping with stress in cancer patients.

Key words: Cancer, hope, coping, oncologic nursing

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans öğrenimim süresince göstermiş olduğu ilgi, hoşgörü, yapıcı eleştiri ve yönlendirmeleriyle sonuca ulaşmamda en büyük desteği aldığım danışmanım Sayın Doç. Dr. Zeynep ÖZER'e,

İstatistiksel değerlendirmelere yardımcı olan, aynı zamanda ikinci danışmanım olan Sayın Prof. Dr.Hakan BOZCUK'a,

Manevi desteğini sürekli hissettiğim Sayın Doç. Dr. Hicran Aydın BEKTAŞ'a,

Değerli görüş ve düşünceleriyle çalışmama katılan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi onkoloji ve hematoloji hastalarına,

Çalışmam için gerekli ortamın sağlanmasında destek olan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi gündüz kemoterapi ünitesinde çalışan ekip üyelerine,

Çalışmama destek olan tüm Antalya Sağlık Yüksekokulu öğretim elemanları ve çalışanlarına,

Çalışmamın her aşamasında yardımlarını, hoşgörülerini ve manevi desteklerini sürekli hissettiğim ailem ve eşime

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım

Selma TURAN KAVRADIM

Antalya, 2011

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
ÇİZELGELER DİZİNİ	xi
GİRİŞ	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırma Soruları	2
GENEL BİLGİLER	
2.1. Kanser	3
2.1.1. Kanser Tanısının Birey Üzerindeki Etkileri	4
2.1.2. Hastalık Algısı	6
2.2. Umut	7
2.2.1. Kanser ve Umutla İlgili Alınabilecek Hemşirelik Tanıları	10
2.2.2. Umudu Güçlendirme Stratejileri - Hemşirelik Girişimleri	12
2.2.3. Terapötik Hasta-Hemşire İlişkisi-Grup Süreci	14
2.2.4. Sosyal Desteğin Umut Üzerindeki Rolü	15
2.3. Stres	16
2.3.1. Stresi Açıklayan Biyolojik Kuramlar	16
2.3.2. Kalıtım-Çevre Etkileşimi Modeli	17
2.3.3. Strese Yönelik Psikolojik Kuramlar	17
2.3.4. Stresi Açıklayıcı Sosyal-Çatışma Modeli	18
2.4. Yaşamı Tehdit Edici ve Ölümcül Hastalığa Karşı Yaşanan Tepkiler	18
2.5. Başaçıkma ve Başaçıkma Tarzları	19
2.6. Başetme Biçimleri	20
2.6.1. Kanser ve Başetme ile İlgili Alınabilecek Hemşirelik Tanıları	22

MATERYAL METOD

3.1.	Araştırmanın Şekli	26
3.2.	Araştırmanın Yeri	26
3.3.	Araştırmanın Evreni	26
3.4.	Araştırmanın Örneklemi	26
3.5.	Araştırmanın Sınırlılıkları	27
3.6.	Verilerin Toplanması	27
3.6.1.	Ön Uygulama	27
3.6.2.	Veri Toplama Formlarının Uygulanması	27
3.7.	Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	28
3.7.1.	Kişisel Bilgi Formu	28
3.7.2.	Herth Umut Ölçeği	28
3.7.3.	Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği	28
3.8.	Verilerin Değerlendirilmesi	30

BULGULAR	31
-----------------	-----------

TARTIŞMA	64
-----------------	-----------

SONUÇLAR	85
-----------------	-----------

ÖNERİLER	87
-----------------	-----------

KAYNAKLAR	88
------------------	-----------

ÖZGEÇMİŞ	98
-----------------	-----------

EKLER	99
--------------	-----------

- EK: 1 Onam Formu
- EK :1-A Kişisel Bilgi Formu
- EK :1-B Herth Umut Ölçeği
- EK :1-C Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği
- EK 2 Kurumsal İzin
- EK 3 Etik Kurul Onayı

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

GİS	:	Gastrointestinal Sistem
Max	:	Maximum
Min	:	Minimum
P	:	Olasılık değeri
OD	:	Ortanca Değer
Ort	:	Ortalama
N	:	Verilen Yanıt Sayısı
SBÇTÖ	:	Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği
SD	:	Standart Deviation (Standart Sapma)
SPSS	:	Statistical Package for Social Sciences
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	31
4.2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	33
4.3. Hastalarda Kemoterapiye Bağlı Ortaya Çıkan Semptomların Dağılımı	35
4.4. Hastalarda Umudu Etkileyebileceği Düşünülen Faktörlerin Dağılımı	36
4.5. Hastaların Umut Ölçeği ve SBÇTÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	37
4.6.a. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Umut Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	38
4.6.b. Hastaların Hastalıkla İlgili Tanıtıcı Özelliklerine Göre Umut Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	40
4.6.c. Hastaların Kemoterapi Semptomlarına Göre Umut Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	43
4.6.d. Hastalarda Umudu Etkileyebileceği Düşünülen Faktörlere Göre Umut Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	45
4.7. Hastaların Tanıtıcı ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile Umut Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin Çok Değişkenli Regresyon Analizi	47
4.8.a. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin SBÇTÖ ile İlişkinin Dağılımı	50
4.8.b. Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerinin SBÇTÖ ile İlişkinin Dağılımı	52
4.8.c. Hastalarda Görülen Kemoterapi Semptomlarının SBÇTÖ ile İlişkinin Dağılımı	56
4.8.d. Hastalarda Umudu Etkileyebileceği Düşünülen Faktörlerin SBÇTÖ ile İlişkinin Dağılımı	58
4.9. Hastaların Tanıtıcı ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile SBÇTÖ Arasındaki İlişkinin Çok Değişkenli Regresyon Analizi	60
4.10. Herth Umut Ölçeği Puanı ile SBÇTÖ Puanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	63

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge	Sayfa
2.1. Hastalığa Uyum Çabaları ve Tepkiler ile İlgili Değişkenler	7

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Çağımızın önde gelen sağlık sorunlarından birisi olan kanser (1) fizyolojik olarak hücrelerin kontrolsüz bir şekilde bölünmesi ve çoğalmasına sebep olan, diğer dokuları da işgal edebilen bir hastalık olarak tanımlanır (2). Ayrıca kanser, çaresizlik ve belirsizlik içeren (3), ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran (4), suçluluk ve kaygı uyandıran, panik ve karışıklık yaratan ciddi ve kronik bir hastalık olarak algılanır(3). Elbi (5)'nin aktardığına göre, Hersh kanseri "kişinin bedeninin kendi kendini yok etmesi" olarak yorumlanmaktadır.

Kanser tanısı alan kişinin bireysel, fiziksel ve sosyal sorunlarla karşılaşması kaçınılmazdır, çünkü kanser, yaşam dengelerini psikolojik, sosyal, ekonomik olarak her alanda alt üst edebilen bir hastalıktır (4,6,7,8). Kanserinin neden olduğu fiziksel ve psikososyal rahatsızlıklar sonucu hastalar anksiyete, depresyon, ağrı, cinsel işlev bozukluğu gibi semptomlar yaşamaktadırlar. Ayrıca hastaların var olan uyum mekanizmaları bozulmakta ve geleceğe yönelik beklentileri sarsılmaktadır (9,10,11,12). Sonuçta hastaların tedaviye toleransı ve umut düzeyi azaltmakta, var olan sorunlarıyla etkin başetmesi olumsuz yönde etkilenmektedir (13,14).

Kanser tanısı alan hastaların, hastalıklarına ve tedaviye uyumunda umudun ve başetmenin önemli bir yeri vardır (15,16). Özellikle umut kavramı araştırmacılar için belirsiz ve anlaşılmazdır. Bireyden bireye farklı yorumlanması nedeniyle ilgi çekicidir. Son zamanlarda da umutla ilgili referansların sayısı hızla artmaktadır. Literatürde umutla ilgili çalışmalara çok sayıda rastlanılmasının nedeni çalışmaların farklı kültürler, bölgeler ve hasta grupları üzerinde yapılmasıdır (17). Young ve Brockopp(18)'un yaptıkları araştırma, umut kavramının hastaların beş temel ihtiyacı arasında yer aldığını göstermiştir. Yapılan diğer araştırmalar da umudun hastaların yaşamında ve kanserle başetmesinde önemli bir etken olduğunu göstermiştir (19,20).

Kanser tanısının konulması, kişi gerçeği kabul edip başetme yöntemleri geliştirmeye zorlanır (3). Umut, kişinin bu döneminde geleceğe uyumu için ona güç veren, gelecekle ve yaşantısıyla ilgilenmesini ve anlam bulmasını sağlayan dinamik bir güçtür (17,21,22). Aynı zamanda bireyleri incinmekten koruyan, potansiyellerini göstermelerini kolaylaştıran, kaliteli bir yaşam sürmelerini sağlayan önemli bir kaynaktır (23,24). Umut bireysel olup, bireyler umutlu olma konusunda farklı kapasitelere sahiptir ve umudu sürdürmek için farklı yaklaşımlar sergilerler (25). Umut, aynı zamanda dinamiktir. Anamlı bir yaşam sürmede ve huzurlu bir ölümden umut önemli bir faktördür (26). Parse (27) umudun tüm insanlarda bulunduğunu ve onu evrenselleştiren faktörlerin tartışılmasının önemini belirtmiştir. "*Hangi faktörler umudu evrenselleştiriyor?*" sorusundan sonra umut yaş, cinsiyet, kültür, eğitim, sağlık ve hastalık durumlarıyla birlikte değerlendirilmeye başlanmıştır. Yapılan bir diğer çalışma ise umut düzeylerinin ve umudu etkileyebilecek değişkenlerin tespitinin önemli olduğunu, kültürel karşılaştırmalara yer verilmesinin gerekliliğini vurgulamıştır (17). Kanser tanısı alan hastalarının, umutsuzluk durumunu azaltarak umutluluk durumunu sürdürmesi ve artırması; stresle başa çıkma da duygular odaklı

yaklaşımlardan çok probleme yönelik yaklaşımları kullanmasında, umudu ve stresle başetme tarzlarını etkileyen faktörleri göz önünde bulundurmak ve girişimleri bu değişkenler doğrultusunda planlamak önemlidir.

Genel klinik uygulamalarda çoğu kez hastanın fiziksel değerlendirmeleri yapılıp, tedavileri öncelik olarak alınırken, sosyal, psikolojik, ekonomik, kültürel faktörleri geri planda kalmaktadır (28). Böyle durumlarda profesyonel bir hemşirenin hastaya bütüncül yaklaşmasının önemi büyüktür. Hastanın geleceğiyle ilgili yaşadığı belirsizlikleri, hastalık ve tedaviyle ilgili yaşadığı sorunları azaltacak ve ortadan kaldıracak; tedaviye uyumunu artıracak, tedavinin devamlılığını ve sorunlarla etkili bir şekilde başetmesini sağlayacak güç aslında bireyin kendisindedir. Bu güç umut olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelere düşen görev ise bireyde bu denli etkili bu öğeyi harekete geçirmek, vereceği olumlu etkilerinden yararlanarak hastanın hastalığa, tedaviye uyumunu sağlamak ve başetmesini güçlendirmektir.

Hemşirelerin hemşirelik bakım sürecini uygularken hastalarından aldıkları veriler içerisinde hastanın umut ve başetme düzeyinin tespit edilmesi, hemşirelik uygulamalarına ışık tutabilecek önemli bir veri olabilir. Umut ve başetme kavramlarının düzeyi, bu kavramları etkileyen değişkenlerin ölçülmesi ve hemşirelerin değişkenler açısından bakımlarını planlama ve uygulamaya koyması, hastalara kaliteli bakım verilmesini sağlayacaktır. Ayrıca sağlık çalışanlarının hastalara daha profesyonelce yaklaşımı ile hastalığın prognozunu etkileyerek hastaların geleceğe daha umutlu bakmalarına, başetme durumlarını güçlendirmelerine ve hastalarının yaşam kalitesini artırmalarına katkıda bulunacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, kanserli hastalarının umut ve başetme düzeylerini belirlemek, umudun başetme düzeyi üzerine etkisini incelemek, umut ve başetme düzeylerini etkileyen değişkenleri belirlemektir. Elde edilen bilgilerin uygulamaya yansması ve bu alanda yapılacak olan araştırmalara veri tabanı oluşturması ise uzak amaçlardandır.

1.3. Araştırma Soruları

1. Hastalarının umut düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları nelerdir?
2. Hastaların umut düzeyi ile stresle başa çıkma tarzları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
3. Sosyodemografik faktörlerle umut ve stresle başa çıkma tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
4. Hastalığa ilişkin faktörlerle umut ve stresle başa çıkma tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
5. Kemoterapi semptomlarıyla umut ve stresle başa çıkma tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
6. Umudu etkileyebileceği düşünülen faktörlerin umut ve stresle başa çıkma tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

Teknolojinin ilerlemesiyle sağlıkta başarılı adımlar atılmış ve hastalıkların tedavisinde önemli mesafeler kat edilmiştir. Günümüzde tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelerle birlikte sağlık hizmetlerine verilen önemin artması, kaza ve akut durumlarda hızlı tedavi olanaklarının sunulması, erken yaşta ölümlerin azalması, insan ömrünün uzamasını sağlamıştır (29). Yaşamın uzatılmasına yönelik yapılan bu çalışmalar, önceleri nadir görülen hastalıkların daha sık görülmesine neden olmuştur. Ayrıca hızlı kentleşme, sanayileşme beraberinde çeşitli stresörleri getirmiş bununla birlikte kronik hastalık insidansı artmıştır (1,29,30,31).

Kronik hastalıklar, yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilmekle birlikte 45–64 yaşları arasında artış göstermektedir. 65 ve üzeri yaşlardaki bireylerin yaklaşık % 80’inde en az bir kronik hastalık olduğu bilinmektedir (31). Dünyada 2005 yılı verilerine göre 58 milyon ölümün 35 milyondan fazlasının kronik hastalıklara bağlı, 7 milyondan fazlasının ise kansere bağlı olduğu saptanmıştır (1). Kansere ölüme neden olan hastalıklar arasında 7.-8. sırada yer alırken, bugün dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye’de kalp hastalıklarına bağlı ölümlerden sonra ikinci sırayı almıştır (1,11). İkinci Dünya Savaşı’nı izleyen yıllarda erkeklerde daha sık görülen akciğer kanseri insidansındaki belirgin artış nedeniyle dünyanın kansere ilgisi artmış ve kanserle ilgili çalışmalar yapılmaya başlanmıştır (32). Günümüzde de kanser üzerinde en çok araştırma yapılan hastalıkların başında gelmektedir (1,29,33).

Kanser; malign tümör veya neoplazm, hücrelerin sürekli olarak birikmesi ile karakterize bir düzen bozukluğudur. Bu durum sürekli artan hücre sayısının, uygun miktarda hücre kaybıyla dengelenmemesi sonucu gerçekleşir. Bu hücreler invazyon yaparlar ve organları hasara uğrattırır. Kansere hücreleri kaynaklandıkları normal hücrelere göre daha kısa zamanda ölmelerine rağmen, yeni hücre oluşumu o kadar hızlıdır ki, sonuçta hücreler devamlı birikir. Hücre birikimi, hem kanser hücrelerindeki genetik anormalliklerden, hem de organizmanın bu hücreleri tanımada ve yok etmedeki başarısızlığından kaynaklanır (1,34).

Dünyada 2002 yılı istatistiklerine göre 24.6 milyon kanser olgusu saptanmıştır (1). Yine dünyada 2008 yılında 12.7 milyon kişi kanser tanısı almış ve aynı yıl içinde 7.6 milyon kişi kanser nedeniyle yaşamını yitirmiştir. Dünyadaki yeni kanser olgusunun 2030 yılında 21.4 milyon olacağı, yaklaşık 13.2 milyon kişinin (tüm ölümlerin %13.6’sı) kanser nedeniyle yaşamını yitireceği tahmin edilmektedir (35). Dünyada en çok öldüren kanser türü olarak ilk sırayı akciğer kanseri alırken sırasıyla diğer kanser türleri mide, karaciğer, kolon ve meme kanseridir. En çok öldüren kanserler arasında erkeklerde ilk sırayı akciğer kanseri alırken, kadınlarda meme kanseri almaktadır (1). Türkiye’de de kanser görülme sıklığı giderek artmaktadır (29). Türkiye’de her yıl yaklaşık 160.000 kişiye kanser tanısı konulurken, yaklaşık 100.000 kişi de bu hastalıktan yaşamını yitirmektedir (36). Türkiye’de 2003 yılı kanser istatistiklerinde kanser insidansı yüz binde 148.48 iken,

2004 yılında bu oran yüz binde 167.72'dir (29). Türkiye'de 2006 yılı verilerine göre en sık görülen kanserler kadınlarda meme, kolorektal ve tiroid; erkeklerde ise akciğer, prostat ve mesane kanserleri olarak sıralanmaktadır (29). Sağlık Bakanlığı'nın 2004 yılı istatistiklerine göre Antalya ilinde ise kanser insidansının yüz binde 149.66 olduğu saptanmıştır (29).

2.1.1. Kanser Tanısının Birey Üzerindeki Etkileri

Hastalığın Fizyolojik Etkileri:

Kanserin tedavi yöntemleri genel olarak kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve immünoterapi olup, kanser tanısı alan hastaların bireysel özellik ve hastalık durumuna göre bu yöntemlerden bir veya birkaçı tedavide kullanılmaktadır. Bu tedavi yöntemleri ile hastaların yaşam süresinin uzaması ve daha nitelikli (6) yaşamları amaçlanmaktadır (37). Ancak kullanılan yönteme bağlı olarak tedavi ile ilgili sorunlar söz konusudur. Bunlar arasında hematolojik sorunlar, gastrointestinal sorunlar, organlarda fonksiyon bozuklukları, dermatolojik sorunlar, kas iskelet sistemi sorunları, ağrı, organ kaybı, fertilité bozuklukları, kanserin metastazı ve kanserin tekrarlaması gibi birçok sorun yer almaktadır (3,37).

Hastalığın Ekonomik Etkileri:

Kanser hastalığının teşhisi ve tedavisi için yapılan harcamalar dünyadaki tüm ülkeler için sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Yapılan harcamalar, kanser türüne ve evresine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Günümüzde kanser insidansının artması, sağlık sektörünün ve ülkenin yüz yüze kalacağı ekonomik yükün artmasına neden olmaktadır (29,36). Türkiye'de hastaların kanser ilaçlarına erişim raporuna göre sağlık harcamalarının % 3'ü kanser tedavisine ayrılmaktadır. Kanser tedavi masraflarının Türkiye'ye doğrudan maliyetinin 1.8 milyar Euro (yaklaşık 3.6 milyar TL) olduğuna, üretim ve işgücü kayıpları ile diğer dolaylı harcamalar göz önüne alındığında bu maliyetin katlanarak büyüdüğüne dikkat çekilmektedir (36).

Hastalığın Psikososyal Etkileri:

Fiziksel hastalıklar içerisinde kanserin özel bir yeri vardır (5). Kanser, ölüm ve yaşam üzerindeki kontrolün sınırlılığını sembolize eder. Bilinmeyen bir tehlikenin, acının, suçluluk ve utanç duygusunun, izolasyonun, karmaşa ve kaygının sembolüdür (37,38,39,40). Bireyin bugüne kadar kullandığı uyum mekanizmalarının tümünün sarsılması, geleceğe yönelik beklentilerinin ve planlarının bozulması anlamına gelebilir (41,42). Akut hastalığın tedavisinde olumlu ya da olumsuz yönden belirgin bir sonuç ortaya çıkarken, kanser gibi kronik bir hastalığın tedavisinde sonuç çoğu zaman daha az belirgindir (43). Bu nedenle kanser tanısı alan bireyin yaşadığı duygular daha travmatik niteliğe sahiptir (41,42).

Kanser kelimesi birçok insanda yüzyıllardır sıkıntı ve korkuya sebep olmaktadır (5). Kardiyovasküler hastalıklar nedeni ile olan ani ölümler bile kansere göre daha az korkutucu olabilmektedir. Dünyada kanser nedeniyle olan ölümlerin insidansının yüksek olması, bireyin kanseri ölüm kavramıyla eşleştirmesine sebep olmaktadır (9,18). Kanserinin tedavi edilemeyeceği konusundaki yaygın inanış,

tedavinin yan etkileri, sık hastaneye yatma, ekonomik ve sosyal kayıplar hastaların anksiyete, depresyon, ağrı, seksüel fonksiyon bozukluğu, yorgunluk, benlik kavramında değişme, kişisel kontrol kaybı, kendi bakım aktivitelerini yapmada yetersizlik gibi semptomlar yaşamalarına neden olabilmektedir (37,44,45). Bunun dışında hastalığa bağlı semptomların varlığı ve bunların medikal tedaviye yanıtızlığı da hastaları olumsuz yönde etkilemektedir (37,38,46).

Kansere ilk aşamada verilen en yaygın tepki şok ve inanmamadır. Bu dönemde görülen tanının yadsınması, katlanılması güç olan gerçeğin yarattığı kaygı ve çaresizlik duygularına karşı bir savunmadır. Daha sonra inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme aşamaları görülür. Bazen bir döneme takılma ya da daha önce geçilmiş bir döneme geri dönme olabilir (47). Zamanla hastanın gerçeği kabul edip, enerjisini ve ruhsal gücünü yeni yaşamına yöneltmesiyle uyum süreci başlar (13). Kanseri olguların tedavisinde hastanın psikolojik durumu ve tedaviye uyumu tedavi başarısını etkilemektedir (3).

Kanser tanısı alan hastayı uzun ve zor bir tedavi dönemi beklemektedir (48), çünkü kanser, kabullenilmesi ve tedavisi oldukça zor bir hastalıktır. Tedaviyi ve hastalığın seyrini önemli ölçüde etkileyen tanı evresi, hastalığı tanıma ve kabullenmenin ilk aşamasıdır (48). Hastayı koruma isteği, ne söyleyeceğini bilememe ya da hastanın tepkisi ile yüzleşmekten korkma ailenin tanıyı hastadan gizlemesine neden olabilmektedir. Aileler “karşılıklı bir tiyatro oynuyoruz, herkes ayrı odalarda ağlıyor” açıklamasını sık sık yapmaktadır. Oysa çoğunlukla hasta tanısını bilmekte, bilmedikleri içinse en kötü yorumları yapmaktadır. Aile bireyleri arasındaki konuşmama tepkisi, karşılıklı yabancılaşma ve uzaklaşma duygusunu artırır (5).

Hastanın emosyonel durumunun göz önünde bulundurularak tanının ve tedavi planının açık ve anlaşılır biçimde söylenmesi önemlidir. Hastaların ve ailelerin kendilerini suçlamalarını pekiştirecek yorumlardan, kötü prognoza ilişkin erken açıklamalardan kaçınılmalıdır. Bireylerin kişilik özellikleri, çevresel desteğin varlığı, ekonomik durumu, kültürel özellikleri, geçmişteki hastalık ve hastaneye yatış deneyimleri, hastalığa tepkileri belirleyen etkenlerdir. Hastalığın tanısını koyan ve tedavisini üstlenen sağlık ekibinin, tedavide medikal sorunları iyileştirmesi kadar, hastanın ruhsal gereksinimlerini bilmesi ve doğru yönde karşılaması, hastayla ve ailesiyle destekleyici bir etkileşim içinde olması uyum açısından çok önemlidir (48).

Tanı ve tedavi yöntemlerindeki 1960’lı yıllardan bu yana devam eden hızlı gelişmelerle birlikte, psikiyatrinin kanser hastalarına yönelik araştırmaları da hızlanmıştır (3). Kanser kendisine yüklenen olumsuz anlamlar ve uygulanan yoğun tedaviler sonucu hastalarda birçok psikolojik sorunlar ortaya çıkarmaktadır (10). Yapılan çalışmalarda, kanserli hastalarda uyum bozukluğu, depresyon ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozuklukların görüldüğü bildirilmiştir (3). Kanseri hastalarda en sık görülen ruhsal bozukluk depresyon olarak belirlenmiştir; sıklığı için % 4.5 - % 58 gibi çok geniş bir aralık içinde değişen oranlar bildirilmiştir (5).

Araştırmalar kanseri tekrarlayan hastaların, yeni tanı alan hastalara göre çok daha fazla üzüntü ve zorlukla karşılaştıklarını göstermiştir. Meme kanserli 227 hasta

üzerinde yapılan araştırmanın sonuçlarına göre; hastaların % 42'sinde psikiyatrik bir bozukluk olduğu; % 35.7'sinde anksiyete veya depresyon, %25.6'sında minör depresyon % 7'sinde majör depresyon görüldüğü bulunmuştur (49). Organik depresif sendromu tümör etkisi (hormon salgılayan tümör, SSS tümörü), tıbbi durumlar (üremi, elektrolit dengesizliği, anemi, B₁₂ yetmezliği, ateş, hipotiroidizm, hiperparatiroidizm, adrenal yetmezlik) ve ilaçlar gibi nedenler sonucu görülebilmektedir (5).

Kanser, hastalar kadar bakım veren aile üyelerinin de günlük yaşam aktivitelerini etkilemekte (50), ailelerde anksiyete, depresyon, belirsizlik, çaresizlik, sosyal izolasyon ve rol kaybına neden olmaktadır (11). Aile üyelerinden biri kanser gibi hayatı tehdit eden bir hastalığa yakalandığında, diğer tüm aile üyeleri de aynı sarsıntıyı yaşar (50). Eşler genellikle evle ilgili rol ve sorumlulukların değişmesi ve hasta eşin duygusal sorunları karşısında hissedilen yetersizlik ve çaresizlik duyguları nedeniyle sorunlar yaşayabilmektedir. Hastalık sürecinin belirsizliği, aileye bağımlı küçük çocukların geleceğine yönelik kaygılara da neden olmaktadır (51).

2.1.2. Hastalık Algısı

Hastalık; hasta için biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikolojik, psikoseksüel olmak üzere çok boyutlu bir olgudur. Aynı zamanda bir yaşam, kimlik ve varoluş krizidir. Hastalık kavramı hem objektif hem de subjektif boyutları içerdiğinden, benzer bir hastalıkla karşılaşan kişiler durumları hakkında farklı görüşlere sahip olabilir, farklı tepkiler gösterebilirler (52). Armay ve arkadaşlarının (14) çalışmasında, Leventhal ve arkadaşları "Her hasta kendi hastalık temsili modelini oluşturur. Bu modele göre kişiler, zihinlerinde hastalık ve yaşamı tehdit eden durumlarla ilgili şemalar oluştururlar" görüşünü ileri sürmüşlerdir. Hasta olan pek çok kişi hastalığı, geçmişte yaptıklarının cezası olarak görür. Hastaların çoğu, hastalıklarını hak etmiş olduklarını düşündüklerinden ona karşı verilen savaşa katılmazlar. Bu kişiler suçluluk duygularına da sahiptirler. Hastalanmak, rahatsızlık verici olmanın yanı sıra kişi için aşağılayıcı ve alçaltıcı bulunur. Kontrol kaybı, hastanede statü ve mevkinin elinden alınması ise çaresizlik duygusuna sebep olur(53).

Bedenlerinin hatasız olmasını isteyen mükemmeliyetçi kişiler, hastalık sonucu narsistik ihanete uğradığını düşünür. Herhangi bir hastalık ve hatta yaşlanma sürecine bile katlanamazlar. Bu kişiler ayrıca kendilerine "*neden ben?*" diye sorarlar. Herkese öfkelenirler, hekime hastalığı belirlediği için, cerraha kendilerini yarım bir insan olarak bıraktığı için, radyoterapist ya da onkologa sürmekte olan yeti yitimleri ya da tedavilerinin yan etkilerinden dolayı kızarlar. Çevrelerindeki herkese, aile ve arkadaşlarına, sağlıklı olduklarından dolayı kıskanarak bakarlar. Çocuklukta yaptıkları bir anlaşma ile eğer hep iyi biri olurlarsa yaşamın onlara kötü haber getirmeyeceği inancına sahiptirler. Hastalık başladığında ihanete uğradıklarını hissedirler. Ayrıca bu hastalarda bulunan büyüsel düşünce hekimin her şeyi düzeltebileceği ve gerçekten isterse bunu yapabileceği inancıdır (53).

Çam ve Babacan'ın kaynağında (51), Ögel ve arkadaşlarına göre genellikle hastalıklara karşı gösterilen ruhsal tepkilerin altında yatan temel duygu korkudur. Sıklıkla yaşanan korkular ise ölüm, aciz duruma düşme, öz güvenini yitirme,

kontrolünü kaybetme, ağrı, terk edilme ve hastalığın yayılacağı korkusudur. Bunun yanı sıra hastalık nedeniyle beden görünümünün değişmesi, organların bazı işlevlerinin bozulması ya da bir organın cerrahi olarak çıkarılması da hastalar için oldukça korkutucu düşüncelerdir. Bunların sonucunda bireyin uyum mekanizmaları etkilenmekte, geleceğe yönelik planlarında değişiklikler olmaktadır (51). Elbi (54) hastalığa uyum çabalarını şu şekilde ifade etmiştir.

Çizelge 2.1. Hastalığa Uyum Çabaları ve Tepkiler ile İlgili Değişkenler

Hastalık özellikleri	Hastanın özellikleri	Sosyal çevre
Tanı	Yaş, cinsiyet, eğitim	Aile, arkadaş desteği
Genel durumu bozma	Kültürel yapı	Desteklerin ulaşılabilirliği
Yerleşim yeri	Kişilik yapısı	Rol işlevlerinde bozulma(eş, anne-baba, çalışan biri)
Uygulanan sağıltımlar	Savunma düzenekleri	Bozulan işlevlerin yakınlarınca
Ağrının varlığı	Hastalık öncesi uyum düzeyi	ne oranda tamamlanabildiği

Sonuç olarak, hastalık algısı kişilerin hastalık dönemleri boyunca yaşadıkları deneyimler, hastalık süreci, başetme mekanizmaları ve psikopatoloji üzerinde doğrudan etkisi olan bir kavramdır. Hastanın birey olarak hastalığına ilişkin yorumu, algısı ve değerlendirmeleri, ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkileri, başetme biçimini, psikososyal zorlanma ve psikiyatrik bozukluk gelişimini ve yaşam kalitesini belirleyici unsurlardır (14).

2.2. Umud

Sağlık alanında ilk kez 1950-1960'lı yıllarda tartışılmaya başlanan umut kavramının kuramsal temeli 13.yüzyıla kadar uzanmaktadır (55). Bu yüzyılda din bilimcisi Aquinas, sonraki yüzyıllarda Hume ve Kant gibi düşünürler umudu, insan doğasında var olan temel duygulardan biri olarak ele almıştır (23).

Akman ve Korkut (23)'un kaynağında Jerome Frank umudu, “iyi olma duygusu veren ve kişiyi harekete geçirmek için güdüleyen bir özellik” olarak tanımlamıştır. Frank, umudun bilişsel ve duygusal olmak üzere iki boyutu olduğunu vurgulayan ilk kuramcıdır. Ona göre umut duygu ve düşüncenin anlamlı bir karışımıdır. Aynı zamanda umudun psikoterapi sürecindeki önemi üzerinde durarak hastanın iyileşmesindeki olumlu ve hızlandırıcı rolüne işaret etmektedir.

Umudun iki boyutlu ele alınması ile ilgili en kapsamlı görüşler Snyder ve Crowson (55) tarafından öne sürülmektedir. Umudun ilk boyutu “hedefi elde etme ve hedefi elde edebilmek için kendisinde güç hissetme” olarak tanımlanmaktadır. Bu boyut geçmişteki, şu andaki ve gelecekteki hedefi elde etmede, başarılı kararlar verildiğine ya da verileceğine ilişkin hissedilen güçtür. İkinci boyut ise “hedefi elde edebilmek için yollar bulabilme becerisi” olarak tanımlanır (55). Önceki yaşantılarına bağlı olarak, kişinin hedefe ulaşabilmek için yollar bulabileceğini görmüş olması, yeni hedeflerle karşılaştığında sonuca ulaşmak için istek duymasına ve yeni yollar bulabileceğine yönelik bir güven duygusunu taşımasına yol açmaktadır. Böylece de kişi problemlerini çözdükçe, yeni problemlerle

karşılaştığında bunları da çözebileceğine ilişkin güç duymakta, yani umutlu olmaktadır (23,55).

Akman ve Korkut'un kaynağında (23), Snyder iyimserlik ile umudu farklı kavramlar olarak ele almaktadır. İyimserlik olumlu olaylar olabileceğine ilişkin genellenmiş beklenti olarak tanımlanabilir. Snyder iyimserliğin umudun "hedefe ulaşma isteği boyutu" ile paralellik göstermesine karşın, "hedefe ulaşmak için yollar planlayabilme" boyutunu içermediğini öne sürmektedir. Bu durumda Snyder umudu, iyimserliği de içine alan daha kapsamlı bir yapı olarak ele almaktadır (23). Bandura da kendilik yeterliliği kavramı ile umut arasında benzerlik olmasına karşın kapsam açısından farklılık olduğunu vurgulamaktadır. Akman ve Korkut'un kaynağında (23), Bandura'ya göre ise kişinin kendisini yeterli kabul etmesinden kaynaklanan kendilik yeterliliği kavramı ancak belli bir alan ve o alandaki belirli bir işleve yönelik başarı düzeyi beklentisiyle ilgilidir. Oysa umut söz konusu olduğunda çok daha geniş bir alana yönelik beklentiden bahsedilmektedir. Olumlu genellenmiş beklenti, umudun hedefe ulaşma isteği boyutu ile paralel görünmesine karşın "hedefe ulaşmak için yollar planlayabilme" boyutunu içermemektedir (23).

Amerikan Psikolojisi Birliği çeşitli etkenlere bağlı olarak bireyin etkinliklerinin uzun süre kısıtlanması ve bunun sonucunda ortaya çıkan yalnızlık, beden sağlığının kötüleşmesi, uzun süreli stres, kendini bırakma, soyut değerlere veya Tanrı'ya olan inancı kaybetme gibi nedenlerin umutsuzluğa neden olabileceğini açıklamıştır (25). Kansere de sıklıkla kişinin dünyaya, kendisine ve geleceğe bakışını değiştiren, bireyin emosyonel yapısını etkileyen bir hastalıktır. Sonuçta bireylerde kişisel kontrol azalmaktadır (56,57,58). Bireyin etkinliklerinde uzun süre kısıtlanma, yalnızlık, beden sağlığının kötüleşmesi, uzun süreli stres, kendini bırakma gibi durumlar görülebilmektedir. Bununla birlikte hastaların geleceğe yönelik beklentileri sarsılmakta (11, 51) ve umut düzeyleri azalmaktadır (55).

Umut kayıp, belirsizlik ve acı süresince etkili bir şekilde başetmeyi sağlayan en önemli yaşamsal faktörlerden biri olarak devreye girer (57,59,60). İyileşmede güçlü bir faktör olarak görülür (57,58). Hayata aktif katılım, iyi ve olumlu olan şeyleri tanımlama, çevredeki bireylerle ve gelecekle bağlantı kurma temalarını içerir (21,61,62). Bireyin inançları ve güven duygusu üzerinde etkilidir, neyin gerçek ya da mümkün olabileceği ile ilgilidir. Umut hayal etmek ve bir şeyin olmasını arzulamak değildir (63). Umut, güçlüklerden bir çıkış yolu olduğuna inanma ve gerçekleri yönetebilme yeteneğidir (64).

Umut pozitif bakışı ve iyi oluşu destekler, başkalarıyla ilişkiyi sürdürmeye yardım eder (23). Fiziksel ve mental iyilik halini geliştirir, yaşam kalitesini artırır (20,59,65). Bireyin belirlediği amaca ulaşmasını sağlayan bir güçtür, duygudur. Motivasyonda önemli rol oynar, bireyin geleceğe oryante olmasını, amaç belirlemesini, seçim yapmasını, karar vermesini sağlar (63).

Lin ve arkadaşları (4) kanser hastalarının umut düzeylerinin, duygu durumları ve performanslarının kanser ağrısı üzerine etkilerini incelemişler ve umut düzeyi yüksek olan hastaların ağrı ile daha iyi başettiklerini ve duygu durumlarının daha iyi olduğunu belirlemişlerdir. Yüksek düzeyde umut, problem çözme stratejileri bulmak ve bu stratejileri geliştirmeye motive olmakla ilgilidir. Hayatta hedeflerin olması, bu

hedeflere ulaşmak için daha fazla kararlılık ve daha fazla stratejiye sahip olmayı gerektirir (55). Yüksek umutlu bireyler daha az olumsuz duygulanım ve daha az kendine zarar verici bilişsel özellikler taşımaktadır (23). Liu ve arkadaşları (66) umutsuz olan kanser hastalarında depresyonun sık görüldüğünü ve bu hastaların yaşam sürelerinin daha kısa olduğunu belirlemişlerdir. Kübler- Ross, terminal dönemde olan hastalarla yaptığı çalışmalarda, hastanın ölüme katlanabilmesini sağlayan gücün umut olduğunu belirtmiştir.

Umut, hemşireliğin bakış açısına göre bireylerin zorlu durumları deneyimlediklerinde kullandıkları önemli bir başetme stratejisidir (18). Hastaların umudunu etkinleştirmek, sürdürmek ve umutsuzluk durumunu azaltmak hastaların sorunlarıyla başetmesinde önemlidir (20,19,67). Hastaların umutsuzluk durumunu azaltma stratejileri; negatif düşünceleri tespit etme ve değiştirme, hastanın umutluluk düzeyini belirleme ve umutluluğu artıran durumlarla ilişki kurma, hastanın güçsüz olduğu durumların yerine kuvvetli olduğu durumları öne çıkarma, umutsuzluğu farklı türde ifade etmesini, hissetmesini sağlama olarak ifade edilmektedir (17).

Hemşirelik uygulamalarındaki amaçlardan biri de bireylerin hastalık deneyimleriyle başetmesi ve yaşantısında anlam bulmasında onlara yardım etmektir (63). Umut kanserle başetmede hastalar için önemli bir destekleyici iç faktör olarak görülmektedir (20,21,65). Profesyonel hemşirenin görevi umudu sürdürmek ve umutsuzluktan kaçınmada hastaya yardım etmektir (18). Birey kendisini umut ve güven atmosferinde hissederse daha güçlü olur. Hemşirelik uygulamaları umudu geliştirmede büyük bir öneme sahiptir, çünkü hemşireler, bireylerin hastalık süreçlerinde, yeni tanı konulduğunda, tedavi sırasında, özel gereksinimlerinin karşılanmasında yani hastanın her anında yanındadırlar (63). Hastaların sadece umut düzeylerini ölçmek ya da umudun onlar için ne anlama geldiğini bulmak yeterli değildir. Önemli olan bu bilgileri kullanarak etkili hemşirelik girişimleri geliştirmek, hastaların umudunu sürdürmek ve artırmaktır (22).

Kylma ve Vehvitainen-Julkunen (68) hemşirelik literatüründe tanımlanan umut kavramının meta analizini yaptıkları çalışmalarında umudun sekiz anahtar boyutunun altını çizmişlerdir. Bunlar:

- Eşsiz bir kişisel deneyim
- Bir insan kapasitesi,
- Manevi hazıroluşluk,
- Bir gereksinim,
- Bir durum,
- İnsan varlığını geliştiren bir kaynak,
- Kişisel bir özellik,
- Umutsuzluk ve kederin yokluğudur.

2.2.1. Kanser ve Umutla İlgili Alınabilecek Hemşirelik Tanıları

a.	Tedavi şekilleri ile ilgili seçimlere bağlı Karar Vermede Çatışma
b.	Yaşam şeklindeki, rol ve sorumluluklarındaki ve görünümündeki değişikliklere bağlı Benlik Kavramında Rahatsızlık
c.	Korkuya sekonder olarak, reddedilmeye ya da reddedilmekten korkmaya bağlı Sosyal İzolasyon
d.	Kanser tedavisinin sonuçları ve prognoz hakkında belirsizliklere bağlı Güçsüzlük
e.	Vücut fonksiyonlarının potansiyel kaybına yaşam şeklinde kanserle ilgili olası/algılanan kayıplara bağlı Acı Çekme
f.	Hastalık sürecine, tedaviye, komplikasyonların belirti ve bulgularına, risk faktörlerinin azaltılmasına bağlı Terapötik Rejimi Etkisiz Yönetme
g.	Travmatik bir olaya uyum sağlamak, için gerekli psikososyal kaynakların eksikliğine bağlı Etkisiz Başetme
h.	Rasyonel olmayan düşünceler ya da suçluluk duygularına bağlı Anksiyete
i.	Davranış ve eylemlerin ilişki kurma ve sürdürme üzerine etkilerine bağlı Sosyal Etkileşimde Bozulma
j.	Yaşamın anlamına, kansere; spiritüel inançlara ve ölüme odaklanan çatışmalara /ikilemlere bağlı Spiritüel / Manevi Distres
k.	Aile Başetmesi; Güçlendirmeye Hazır Oluş
l.	Aile Başetmesinde Yetersizlik
m.	Bakım Verici Rolünde Zorlanma
n.	Etkisiz İnkâr
o.	Beden İmgesinde Rahatsızlık
p.	Ümitsizlik
q.	Yalnızlık Riski
r.	İntihar Riski
s.	Kanserin tanınmasıyla ilgili korkulara, tedaviler ile ilgili sıkıntılara, finansal problemlere ve geleceğe ilişkin belirsizliklere bağlı Aile İçi Süreçleri Devamlılığında Bozulma
t.	Uzun süreli aktivite sınırlamasına, hayallerin olmamasına, aile yanında yaşama geri dönememeye bağlı olarak ortaya çıkan Umutsuzluk
u.	Umutsuzluğa bağlı İzolasyon
v.	Umutsuzluğa bağlı Ölüm Korkusu (69)

TANI: Umutsuzluk

I. Etiyolojik Faktörler:

- Kronik bir hastalığın olması
- Fizyolojik durumun giderek daha da bozulması ya da zayıflaması/tükenmesi
- Daha önceki bir hastalık sürecinin, yeni ve beklenmedik belirti ve bulgularının ortaya çıkması
- Uzun süreli ağrı, halsizlik-bitkinlik
- Fonksiyonel yeteneklerde (yürüme, boşaltım, yeme) bozulma

a. Tedavi ile İlişkili:

- Uzun süren, rahatsızlıklara neden olan tedaviler (kemoterapi, radyasyon)

- Uzun süren ve sonucu olumsuz olabilecek tedaviler
- Beden imgesini bozan tedaviler (cerrahi, kemoterapi)
- Uzun süren tanısal çalışmalar
- Yaşam destek araçlarına uzun süre bağımlı kalma

b. Durumsal (Kişisel, Çevresel):

- Aktivite kısıtlanmasının uzun sürmesi
- Hastalık süreci nedeniyle izolasyonun uzun sürmesi
- İmmün sistemin supresyonu nedeniyle ters izolasyon
- Önemli kişilerden ayrılma ya da terk edilme (ebeveyn, eş, çocuk, başkaları)
- Yaşamdaki özel amaçları başaramama (evlilik, eğitim, çocuklar)
- Özel olan/ istenen aktiviteye katılamama (yürüyüş, spor yapma)
- Değer verilen birinin ya da bir şeyin kaybı (eş, çocuk, arkadaş, finansal)
- Birine bakma sorumluluğun uzun sürmesi
- Uzun süren fizyolojik ya da psikolojik streslere maruz kalma
- Dini değerlere inancını kaybetme
- Stres yaratan uyaranlar ya da büyük önemli kararlar (69).

II. Amaçlar:

- Kişi, şimdiki zaman hakkında iyimser duygular ifade edecektir.
- Kişi yaşamın anlamını ve amacını belirterek, geleceğe ilişkin olumlu beklentiler ifade edecektir.

III. Göstergeler:

- Acısını /ıstırabını açıkça ve yapıcı olarak paylaşması
- Yaşamı pozitif olarak gözden geçirmesi ve olumlu yönleri anımsaması
- Yaşamın anlamını ve kendi değerlerini göz önünde bulundurması
- Amaçlara ve istedik sonuca ulaşacağını ifade etmesi
- Kendine ve başkalarına güvendiğini ifade etmesi
- Enerji koruyucu uygulamaları yapması
- Aktiviteleriyle (öz bakım, egzersiz, hobiler) kanıtlanan bir şekilde enerji düzeyinde bir artış sergilemesi
- Problem çözme, karar verme ve aktivitelerinde girişkenlik, kendi kendini yönlendirme ve otonomi göstermesi
- Aşağıda verilen ifadelerle benzer ifadelerde bulunması
“İleriye bakıyorum,...(olmasını, gelmesini bekliyorum)”
“İşler/durumlar çok iyi gitmediği zamanlarda,düşünmek bana iyi geliyor, yardım ediyor.”
“İstediğimi yapmak için yeteri kadar zamanım var.”
“Önümde daha çok güzel zamanlar var/şeyler var.”
“.....de başarılı olacağımı düşünüyorum-bekliyorum.”
“Yaşamda güzel şeylerden daha fazlasını edineceğimi düşünüyorum.”
“Geçmişteki deneyimlerim benim geleceğime hazır olmamı sağladı.”
“Geleceğe inanıyorum.”
- Diğer insanlarla olumlu ilişkiler geliştirmesi, iyileştirmesi ve sürdürmesi
- Önemli bir role katılması
- Spiritüel inançları ifade etmesi

- Geleceği yeniden tanımlaması ve gerçekçi amaçlar koyması
- Durumunda rahat ve huzurlu olduğunu sergilemesi (69).

IV. Genel Girişimler:

- Şüphelerini, korkularını ve endişelerini sözel olarak ifade etmesini sağlamak için empati gösteriniz.
- Yaşamında ümidin yeri ve önemini sözel olarak ifade etmesi için bireyi cesaretlendiriniz.
- Ümidin kırıldığı alanları ve ümidin nasıl belirsiz olduğunu ifade etmesi için cesaretlendiriniz.
- Ümitsiz yönleri ümitli alanlardan ayırarak, ümitsiz yönleri nasıl ele alacağını öğretiniz.
- Kişinin içsel kaynaklarını (otonomi, bağımsızlık, mantık, bilişsel düşünme, esneklik spiritüel yön) değerlendiriniz, tanılayınız ve harekete geçirin.
- Ümit kaynaklarını (ilişkiler, inanç, başarılabacak şeyler) tanımasına yardım ediniz.
- Spiritüel ifadeyi teşvik eden bir ortam yaratınız.
- Kısa vadeli ve uzun vadeli, gerçekçi amaçlar geliştirmesine yardım ediniz.
- Zevk alınan deneyimler için hazırlanmayı, beklemeyi öğretiniz (yürüyüş, beğenilen kitabı okuma, mektup yazma).
- Kişinin dışsal kaynaklarını (önemsenen kişiler, sağlık ekibi, destek grupları, dini inanışları) değerlendiriniz, tanılayınız ve harekete geçiniz.
- Sevildiğini, ilgilenildiğini ve sağlığının bozulmasına bakmaksızın başkalarının yaşamında önemli olduğunu fark etmesi için kişiye yardım ediniz.
- Benzer bir problemi ya da hastalığı olan ve bununla etkili şekilde baş ederek, pozitif deneyimlere sahip olan başka kişilerle endişelerini paylaşması için cesaretlendiriniz.
- İnanç destek sistemini (değer, yaşantılar, dinsel, aktiviteler, Tanrı ile ilişki, dua etmenin anlamı ve amacı) değerlendiriniz tanılayınız ve bakınız.
- Acı çekme, ölüm ve ölmenin anlamı üzerine düşünme, düşündüklerini yansıtmaya fırsatları sağlayınız.
- Gerekiyorsa kişiyi danışmanlık almaya yönlendiriniz (69,70).

2.2.2. Umudu Güçlendirme Stratejileri - Hemşirelik Girişimleri

Hemşireler kanserli hastaların durumlarını kabul etme sürecinde, umudun artırılmasında ve güçlendirilmesinde önemli bir role sahiptir (17,18). Bakım sürecindeki bu rol, hastanın tedaviyi kabullenmesini kolaylaştırabilen, iyileşmesini hızlandırabilen, moral ve motivasyonunun yükselmesine katkı sağlayarak yaşam kalitesini olumlu etkileyebilen sonuçlara götürebilir (57). Bu rol kapsamında hemşireler, hastaların umut ve korkuları hakkında konuşmada, hastaları dinlemede ve hastalara duygusal destek sağlamada ayrıcalıklı bir pozisyondadırlar (20).

Umut düzeyi ile ilgili yapılan çalışma sonuçları sağlık çalışanlarının umudu pozitif ya da negatif yönde etkilediklerini göstermiştir (18,20,57). Hemşirelerin hastalarla konuşmaya zaman ayırarak, hastaların sorularına cevap vererek, pozitif ve dürüst davranışlar göstererek, hastanın yanında olarak, hastalığıyla ilgili bilgi sağlayarak, etkili bakım vererek hastaların umudunu destekledikleri görülmüştür (18).

Duggleby ve arkadaşlarının (71) çalışmasında terminal dönemdeki hastalara uygulanan “Umut Programı ile Yaşama” başlıklı yaklaşımın etkisi araştırılmış ve bu yaklaşım uygulanan hastaların kontrol grubuna göre daha yüksek umut puanı aldıkları görülmüştür. Herth (57) de yeni tanı almış kanserli hastalarda yaptığı çalışmada, spesifik hemşirelik girişimleriyle hastaların umut düzeylerinin arttığını kanıtlamıştır. Bu çalışmalar planlı yaklaşımların, bireylerde umut düzeylerini artırmada etkili olabildiğini göstermektedir (22,57,59,62,72).

Buckley ve Herth (72), terminal dönemdeki hastalarda umudun anlamını ve kaynağını incelemiş, çalışmanın sonunda yedi umut geliştirme stratejisi belirlemişlerdir. Bunlar kişilerarası ilişkiler, dünya görüşü, manevi temel, ulaşılabilir amaçlar, kişisel özellikler, olumlu özellikleri hatırlama ve pozitif olmadır (72). Yapılan diğer bir araştırmaya göre kısa vadeli hedefleri başarma, aile ve arkadaşlarının desteğini alma, pozitif düşüncelere sahip olma, güvenilir- dürüst bilgi almanın umudu geliştirdiği vurgulanmıştır (18). Kalp krizi geçiren hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada, umudu sürdürme stratejileri dokuz kategori altında toplanmıştır. Bunlar bilişsel stratejiler, yaşam felsefesi, manevi stratejiler, bakım verenlerle ilişkiler, kontrol etme duygusu, sınırları belirleme, aile bağlılığı, amaçları belirleme ve karışık stratejilerdir(63).

Umudu Canlandırma Tipleri:

- a. Bilişsel Boyutta Umudu Canlandırmak:** Umudun bilişsel parçası umut ederken düşünmek, hatırlamak, hayal etmek ve algılamak gibi ruhsal işlevleri içerir. Hemşire hastaya umut objelerini düşünmesinde, onları belirlemesinde ve başkalarıyla paylaşmasında yardım etmelidir.
- b. Durumsal Boyutta Umudu Canlandırmak:** Durumsal boyutta umut hastanın geçmişi, çevresi ve hayat şartları ile birlikte düşünülür. Şartların durumunu düşünerek hemşire umudun desteklenmesi için gerekli olan kişisel ve çevresel kaynakların mevcut olmasını sağlayabilir.
- c. Geçici Boyutta Umudu Canlandırmak:** Geçici boyutta bireyin geçmişi, şimdiki durumu ve geleceği umut ve umutsuzluğun gerçekçi oryantasyonu ile birlikte ele alınır. Hemşirelerin kullanabileceği stratejilerden bir tanesi; hastanın kaynaklarını ortaya çıkarıp bunların önemini vurgulamak, geçmişte kullanılan umut etme işlemlerini canlandırmak ve geleceğe yönelik gerçekçi umutlar yaratmaktır.
- d. Duygusal Boyutta Umudu Canlandırmak:** Duygusal boyut iyimserlik, kötümserlik ve belirsizlik gibi pozitif ve negatif hisleri ve umut işlemine eşlik eden duyguları içerir. Hastanın duygularıyla ilgili bilgiler hastanın kendisi, ailesi ve personelle paylaşılmalıdır.
- e. Bağlantısal Boyutta Umudu Canlandırmak:** “Anlayan insanlar ile” bağlantı kurmak hasta için yararlı olabilir. Aynı hastalığa sahip umutlu insanlar kaynak bireyler ve etkin rol modelleri olarak görev yapabilirler.
- f. Davranışsal Boyutta Umudu Canlandırmak:** Davranışsal boyut umut eden bireyin hareket oryantasyonu üzerine yoğunlaşır. Sonuçların kendi davranışlarına bağlı olduğuna inanan insanlar daha yüksek motivasyona

sahiptirler ve amaçlara göre plan yaparlar. Bu şekilde daha fazla seçenek olacağı için umut artar (70).

2.2.3. Terapötik Hasta-Hemşire İlişkisi-Grup Süreci

Kanserin birey için anlamı hastanın başetme biçimini etkiler. Birey grupla birlikte olduğunda onları dinler, konuşur ve bir etkileşim yaşar. Bu etkileşim bireyin yaşantısından anlam bulmasına yardım eder. Başkalarını anlamak, benzer sorunları, korkuları dinlemek ve ifade etmek kişinin yalnız olmadığı duygusunu yaşamasını sağlar. Bunun yanında grup süreci bireye destek verir ve kişisel gelişimini sağlar. Amaç korku ve endişelerin anlatımını sağlamaktır (24,57).

a. Kendisinin ve Başkalarının Yeteneğine Güven:

Bireyin kendisi ile ilgili olan olumlu duygularını güçlendirmek ve bireyin başetme gücü, kendisine olan inancı umudun gelişmesi için önemlidir. Bireyin gücüne olan inancı sorunla başetme gücünü artırır. Bireylerin kanserle ilgili kısa öyküsünün alınması, kendilik kavramı, negatif düşünce ve problem çözmeye odaklanma bireyin olumlu duygularını güçlendirmede ilk adımdır (24,73).

b. Emosyonel Tepkiler:

Bireylerin kanser tanısı ve tedavisi ile ilgili duygularını açıklamasını sağlamak önemlidir. Bireyin umudunun kaynağı, ruhsal durumu ve duyguları, yaşam görüşü değerlendirilir. Nowotny (73), bireyin karar vermesinde kendi yaşamını ve bedenini kontrol etme duygusunu geliştirmesinin öneminden söz eder. Kontrol duygusu bireyin kendisi, bilgisi ve davranışlarını algılaması ile ilgilidir. Kontrol duygusu karar verme gücünü artırır ve umudun kaynağını oluşturur. Kanser hastaları ise bu konuda güçlük hissedebilirler. Gevşeme onları bu güçlüğü aşmalarında anahtar rol oynar. Otonomi ve kontrol duygusunu sürdürmek bireyin gerçekçi seçimler yapmasında önemlidir; çünkü seçim yapma yaşam için önemlidir (24,73).

a. Aile ve Arkadaşlarla İlişkiler:

Aile ve arkadaşlarla olan ilişkilerin boyutları sıklıkla umutla ilişkilidir. Önemli olan, aile ve arkadaşların bireye yardım etme konusundaki istekli olma düzeyleridir. Bireyin güçlerini ve güçlüklerini tanımasını sağlamak umudu geliştirmede önemlidir. Bireyle sosyal destek ağlarının önemi, iletişimin önemi, iletişim çeşitleri ve iletişimle ilgili güçlükler tartışılır. Bireylerin sosyal yapıları, destek kaynakları, iletişim biçimleri, güçlükleri ve güçlerinin farkına varmaları sağlanır. Daha sonra kanser tedavisinin etkileri, özellikle cinsellik üzerindeki sonuçları konusunda bireylerin kendilerini ifade etmeleri sağlanır (24,73,74).

b. Etkinlikler:

Umudun yarattığı enerji bireyin hastalıkla başetmesinde ona güç verir. Umutlu kişi umutsuz kişilere göre kendisini daha mutlu ve kontrollü hisseder; çünkü umut davranışlar ve motivasyon üzerine etkilidir. Motivasyonu olan birey enerji, güç hisseder ve daha hızlı mobilize olur. Hastaların kendi durumlarına göre etkinlikleri konusundaki düşüncelerinin farkına varmalarını sağlanmalıdır. Bir çalışmada kanser hastalarında umudun kaynağı ve gücü incelenmiş, meşgul insanların umutlarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Amaçlarının olması kanser hastalarının umutlarının

sürmesine yardım eder. Amaçlar aynı zamanda bireyin geleceğe oryante olmasına yardım eder ve bireyin etkin olmasını sağlar. Bireyle fiziksel ve mental aktiviteler tartışılır. Hemşire, bireyin kendisini rahat ve gevşemiş hissetmesinde etkinliğin öneminden söz eder (24). Diğer taraftan kanser hastaları büyük oranda yorgunluk hissetmektedirler. Yorgunluk, bireyin sosyal ilişkilerini, çalışmasını, günlük etkinliklerini ve benlik saygısını etkilemektedir (63). Yorgunluk, kontrol altına alınmadığında bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler (75,76).

c. Manevi Değerler ve İnançlar:

Kanser hastalarının manevi boyutlarını güçlendirme stratejileri olarak; inançları yazma, paylaşma, dua etme, başkalarının dualarını dinleme, inançları geliştirecek etkinliklere katılma, dini açıdan anlamı olan yerleri ziyaret etme ve inancı hakkında konuşma yer alır. Bireyin düşüncelerini ve kendisini ifade etmesi sağlanır. Maneviyat, değer ve gücün kaynağına odaklanılır (12,24).

2.2.4. Sosyal Desteğin Umut Üzerindeki Rolü

Sosyal destek, insan yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde kişiye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişilerarası ilişkiler şeklinde tanımlanmıştır (77). Birçok araştırmacı sosyal desteğin, yaşam stresinin yarattığı zararları hafifleterek ya da dengeleyerek hastalıklara karşı tampon görevi gördüğü konusunda birleşmektedirler. Sosyal desteği az olan hastaların genellikle daha fazla işlevsel yetersizlik yaşadığı bildirilmektedir. Psikososyal stresin, sosyal desteği çok az olan ya da hiç olmayanların sağlık durumları üzerinde olumsuz etkisi olurken, daha güçlü destek sistemleri olanlarda daha az veya hiç olmadığı görülmüştür (11). Sosyal destek kanser tanısı alan hastaların umudu üzerinde de önemli bir faktör olarak görülmektedir. Yapılan araştırmalar sosyal desteğin umutla pozitif ilişkisi olduğunu göstermiştir (65,78,45,79).

Kanser tanısı alan hastalarda, teşhis sırasında profesyonel tedavi verenlerin desteği, daha geç dönemde ise eş, aile ve arkadaşların desteği önem kazanır (38). Kanserli hastaların %35'inin duygularını kimseyle paylaşmama eğiliminde oldukları, sorunlarla kendilerinin başa çıkmaya çalıştığı bildirilmektedir (38). Sosyal destek gereksinimlerini olumsuz olarak etkilenmesinin bir diğer nedeni de damgalama (stigma) olabilir. Kansere yönelik olarak bireylerin sahip olduğu olumsuz düşünceler ve damgalayıcı tutumlar, kanserli bireyi gerekli desteklerden yoksun bırakabilir. Kanser olmayan bireyler, kendi kanser ya da ölüm korkuları nedeniyle kanser hastalarından uzaklaşabilirler. Aile üyeleri ve arkadaşlar kendi şaşkınlıkları, kararsızlıkları ve nasıl davranacakları hakkındaki rahatsızlıkları nedeniyle hasta ile temas kurmaktan ve açıkça tartışmaktan kaçınabilirler (51). Kvale (80), onkoloji kliniğinde yatan kanserli hastaların kanserin yol açtığı emosyonel ve spiritüel sıkıntılar hakkında konuşmaktan çok, normal yaşamları, hobileri ve aileleri hakkında konuşmak istediklerini saptamış ve bu eğilimin kanserli hastaların umudu bulmalarına yardım ettiğini belirtmiştir.

Yapılan çalışmalarda etkili sosyal destek alan hastaların, etkisiz sosyal destek alan hastalardan ve sosyal desteği olmayanlardan daha iyi psikososyal düzelme gösterdiği görülmüştür. Araştırmalar verilen sosyal desteğin, hasta tarafından yeterli

düzyeyde algılanmasının daha önemli olduğunu göstermiştir (45). Kronik hastalıklarla ilgili yapılan çalışmalar sosyal desteğin yetersiz olduğu durumlarda depresif bozuklukların daha kolay geliştiğini (11), depresif semptomların varlığında sosyal desteğin tedavi öncesi ve sonrasında çok önemli pozitif etkiler yarattığını göstermiştir (38).

2.3. Stres

Stres; organizmanın fiziksel ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesiyle ortaya çıkan bir durumdur. Stres durumunda hem bedensel, hem de psikolojik düzeyde birçok olay ortaya çıkar. Stresle baş edilemezse kişinin vücut direnci azalır ve sağlığı bozulur (40). Akman (81)'nin kaynağında Baltaş ve Baltaş'a göre stres 17. yüzyılda felaket, bela, musibet, dert, elem anlamlarında kullanılmıştır. 18. ve 19. yüzyıllarda stres kavramın anlamı değişmiş; güç, baskı, zorlama gibi anlamlarda objelere, kişiye, organa veya ruhsal yapıya yönelik olarak kullanılmıştır.

Biyolog Cannon, stres kavramını, canlının doğal içsel dengesinin dışsal ve çevresel uyarılarca bozulması sonucu ortaya çıktığını belirtmiştir. Cannon'a göre bu süreç homeostasis ve "savaş-kaç tepkisi" ile gerçekleşen bir süreçtir. Bu tepki varoluşsal bir tepkidir. Stres aynı zamanda organizmanın kendi yaşamını ve çevreye uyumunu (homeostasis) tehdit eden bir unsura gösterdiği tepkidir. Selye'nin yaygın olarak benimsenen stres tanımı ise "bedenin memnuniyet verici olup olmadığına bakmaksızın her türlü isteme uyum sağlamak için gösterdiği yaygın tepkidir" (31,81,82).

Stres, kişi ve çevre etkileşimi sonucunda oluşmaktadır. Bu etkileşimde önemli olan bireylerin olayları ve kişileri stres kaynağı olarak algılamaları ve değerlendirmeleridir. Bu etkileşimde kişi olayları ve çevredeki bireyleri stres kaynağı olarak değerlendirmezse stres de yaşamayacaktır. Stres kaynağını tehditten çok değişim olarak algılayan birey, karşılaştığı olaylarla ilgili daha etkili başetme stratejilerine sahiptir (83).

2.3.1. Stresi Açıklayan Biyolojik Kuramlar

Genel Adaptasyon Sendromu:

Genel Adaptasyon Sendromu kuramına göre, birey bir stres kaynağı ile karşılaştığında, sempatik sinir sisteminin etkin hale gelmesi nedeni ile beden "savaş ya da kaç tepkisi" gösterir. Savaş ya da kaç tepkisi sırasında bedende oluşan fiziksel ve kimyasal değişimler sonucunda kişi, stres kaynağı ile yüzleşmeye ya da kaçmaya hazır hale gelir. Selye'nin Genel Uyum Sendromu alarm aşaması, direnç aşaması ve tükenme aşaması olmak üzere üç basamaktan oluşur (31,84, 85).

a) Alarm Aşaması

Bu dönem, organizmanın dış uyarı stres olarak algıladığı durumdur. En önemli stres hormonu adreno kortikotropik hormondur. Organizma bu durumla başa çıkabilmek için aktif fizyolojik girişimlerde bulunur. Amaç mücadele ederek veya kaçarak organizmayı korumaktır. Stres durumu devam ederse direnme aşamasına geçilir (31,84).

b) Direnme Aşaması

Direnme evresi süresince organizma, kendi bütünlüğüne yönelen zararlı uyarıcıyı etkisiz hale getirme gücüne sahip olmaktadır. Böylece vücut dış etkene uyum göstererek normal faaliyetlerini sürdürür (85). Vücudun direnci normalin üzerindedir. Vücut, stres verici durumdan kaçmak veya ona uyum sağlamak zorunda olduğundan başka stres vericilere direnci düşer. Organizma direnç gösteriyorsa stresi yenebilir, aksi takdirde yoğun ve sürekli gerilim organizmanın savunmasını zayıflatır ve tükenme aşamasının oluşmasına neden olur (31, 85).

c. Tükenme Aşaması

Stres verici olay çok ciddi ise ve uzun sürerse, organizma için tükenme basamağına gelir. Bazen bu dönemde yeniden alarm dönemi reaksiyonları ortaya çıkar. Devam eden ve başa çıkılamayan stresler karşısında, denge bozulur, uyum enerjisi biter. Bunların ardından tükenme ve bitkinlik nöbetleri görülür (31,81).

Genetik-Yapısal Kuramlar:

Bu tip kuramlar stresle başetmede bireyin genetik yapısının önemini vurgular. Genetik yapı (genotip) ve bazı fiziksel özellikler (fenotip) önemlidir, çünkü kişinin strese direnme kabiliyeti üzerinde etkilidir. Genetik yapı otonom sinir sisteminin dengesi üzerinde etkilidir. Stres durumunda yaşanan “savaş ya da kaç” tepkisinden sorumlu olan ise yine sinir sistemidir. Hassasiyet genetik kodlar tarafından belirlenir(81).

2.3.2. Kalıtım-Çevre Etkileşimi Modeli

Genetik yapıları farklı kişilerin benzer etkenlerle karşılaşmalarının hastalık oluşumu üzerine etkilerinin farklı olması ya da benzer genotipteki kişilerin değişik etkenlerle karşılaşmaları durumunda hastalık riskinin farklı olması durumunda bahsedilir. Genetik yapı-çevre etkileşimi çok çeşitli şekillerde olabilir: çevre etkisi nedeniyle hastalık üzerinde genetik yapının etkisi azalabilir, çoğalabilir ya da etkinin boyutu değişebilir, hatta bazı durumlarda genetik yapı kişilerin farklı çevresel etkilerle karşılaşmasına yani hastalanmasına neden olur (86).

2.3.3. Strese Yönelik Psikolojik Kuramlar

Psikodinamik Kuram:

Psikodinamik modeller içinde en temel kabul edileni Sigmund Freud’un kuramıdır. Freud kuramında, 3 tip anksiyeteden bahseder. Bunlar; işaret anksiyetesi ya da nesnel anksiyete, travmatik anksiyete ya da nevrotik anksiyete ve ahlaki anksiyetedir (81). İşaret ya da nesnel anksiyete; yaşamı tehdit eden gerçek, dışsal bir tehlike olduğu durumda hissedilen, doğal ve evrensel anksiyetedir. Travmatik ya da nevrotik anksiyete; içsel olarak yaratılmış anksiyetedir. Gelişigüzel ortaya çıkan id hakimiyetli davranışlar yüzünden cezalandırılma korkusunun yaşanmasıdır. Bu duruma bastırılmış cinsel dürtüler veya saldırgan güdüler ile baş ederken yaşanan anksiyete örnek olarak verilebilir. Ahlaki anksiyete; vicdan korkusudur. Kişi ahlaki değerlerine ters düşen bir eylemde bulunduğu veya sadece böyle bir durumu düşündüğünde bile suçluluk ve utanç duyabilir. Bu üç tip anksiyete, kişide gerilime neden olur. Ortaya çıkan bu gerilimin azalması ise savunma mekanizmaları ile

sağlanır. Kişi savunma mekanizmalarını kullanarak var olan anksiyeteden uzaklaşır. Bu savunma mekanizmalarının aşırı kullanımı da kişide hastalığa yol açabilir (81).

Öğrenme Modeli:

Öğrenme modeli stresin açıklamasını, klasik ve edinsel koşullama veya her ikisinin birleşimi ile yapmaktadır. Stres kuramı için koşullanmanın iki yönü önemlidir: İlk olarak, korku ve anksiyete gibi duygusal tepkiler karmaşıktır ve davranışsal, psikolojik ve fizyolojik bileşenleri içerir. Kaçınma davranışı kişiyi stres verici uyarıcıdan mümkün olduğu kadar uzak tutar. Kişi korkulan nesne, kişi veya olayla karşılaştığında içsel gerilim yaşar. Vücut fizyolojik olarak uyarılır. Korkulan uyarıcı ile karşılaşma durumu olmasa bile sadece onun hakkında konuşmak veya onu düşünmek bile anksiyeteyi uyandırabilir (81,87).

Bilişsel-Etkileşimsel Kuram:

Bilişsel görüşe göre stres, birey-çevre etkileşiminde kişinin uyumunu tehlikeye düşüren, varolan kaynaklarını zorlayan ya da varolan kaynaklarını aşan çevresel taleplerdir. Bu durumda kişinin durumu anlamlandırması, stresi yaşayıp yaşayamayacağının ana belirleyicisidir. Yani kişinin olaya verdiği anlam önemli rol oynamaktadır (81,83).

2.3.4. Stresi Açıklayıcı Sosyal-Çatışma Modeli

Bu kurama göre, toplumlar uyum içinde yaşayabilmek için bireylerin süreç içerisinde oluşturulmuş bir takım sosyal kurallara uymalarını bekler ve bu nedenle de bu kurallara uymaları için birbirlerine baskı yapar. Bu baskılar da kişilerde çatışmalara yol açabilir (81).

2.4. Yaşamı Tehdit Edici ve Ölümcül Hastalığa Karşı Yaşanan Tepkiler

Elizabeth Kübler Ross ölümcül bir hastalıkla karşılaşmanın evrelerini inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak ifade etmiştir.

a. İnkâr: “Hayır, ben ölmem” ifadesi hastalığını öğrenen kişinin birkaç gün süren alışılmış tepkisidir ve bireye yüz yüze geldiği gerçekten korunmak için bir sığınak görevi yapar, yaşanan anksiyeteyi maskeler (88).

b. Öfke: İlk birkaç günden sonra artık yapılacak tedaviler, hastanın nerede tedavi olacağı ve kimin tarafından tedavi edileceği gibi kararların alınması zorunluluğunu ortaya çıkarır. Bu noktada öfke gelişir "Neden ben?" sorusu sorulur. Başkaları sağlıklı iken kendisinin hasta olması gerçeği karşısında hasta içerler. Öfkeli hasta, sağlıklı olan herhangi bir kişiye, örneğin hastane personeli, aile üyeleri ya da arkadaşlarına öfkesini yöneltebilir. Öfke hasta, ailesi ve arkadaşları için başedilmesi güç durumlardan biridir (88,89).

c. Pazarlığa girme: Hasta bu evrede ölüm gerçeğini kabullense de daha uzun süre yaşamak için pazarlığa girer. Bu evrede hastada "iyi şeyler, iyilik yapanların; kötü şeyler de kötülük yapanların başına gelir" düşüncesi hakimdir (88,89).

d. Depresyon: Bir süre sonra hasta kayıplarını fark eder, yapamadıkları ve yapamayacakları için yas tutar. Bu aşamayı hastalığın seyri üzerinde "kontrolün yitirilmesi" bağlamında da anlayabiliriz. Bu aşamada hastalar kendi ölümlerinin yasını tutarlar. Kişi önce geçmişte kaybettiklerine, yapamadıklarına, hatalarına söylenmeye başlar. Sonra kendisini gelecek olan ölümüne hazırlar (88,89).

e. Kabullenme: Bu aşamadaki hasta artık öfkelenmeyecek kadar zayıftır ve "ölmek" kavramına da alışmıştır. Kübler-Ross, bu evrelerde umudu önemli ve sürekli bir etken olarak görmektedir (88). Kabullenme umutsuzluk olarak düşünülmemeli, hastalığın ve durumun ciddiyetini anlamak olarak ele alınmalıdır (89).

2.5. Başaçıkma ve Başaçıkma Tarzları

Başaçıkma kavramı, insanların yaşamlarını devam ettirirken karşılaştıkları güçlüklerle mücadele etme biçimleri ve/veya yolları olarak açıklanabilir. Başaçıkma, insanın spesifik içsel ve dışsal isteklerini kontrol etmek için, bilişsel ve davranışsal çabalarda bulunarak hayatı tehdit eden durumlarda eylemlerine kararlı bir şekilde değer biçtiği dinamik ve değişken bir süreçtir. Bu süreç başarılı ya da başarısız olarak hem mücadele talepleri hem de mücadele tarzlarını içerir (90). Stresli olayları 'tehdit'ten çok 'değişiklik' olarak değerlendiren bireylerin başetmeyle ilgili çeşitli stratejileri tanımladığı görülmektedir (55)

Problem Odaklı Başaçıkma: Tanımak, analiz etmek ve stres olaylarının sebebini araştırmak, problemi yaratan olayları planlı bir biçimde ortadan kaldırmak veya problemleri çözmek, amaç edinmek, otokontrolü artırmak için yeni teknikleri iyi bilmek, sorumluluğunu kabul etmek, sorun üzerinde olumlu olarak durmak etrafında toplanır. Tehdit edici olayı ortadan kaldırmak veya onun etkisini azaltmak biçiminde problem çözme yolları üzerinde odaklanma gibi etkinlikleri içerir (90).

Duygu Odaklı Başaçıkma: Düşünmekten kaçınılan tehdit geçici bir süreyle de olsa kişiyi bunaltmaz. İnkâr ve sorundan uzak durma daha sakin bir biçimde soruna yaklaşma fırsatı verdiğinden psikolojik stresi kontrol etmede güçlü tekniklerdir. Bu başlık altında, kaçma-kaçınma, inkar, sorundan uzak durma, kaçınmacılık, sosyal destek arama, yüzleştirici başa çıkma, kuruntulu düşünme, zihinsel anlamda sorunla meşgul olmama gibi eğilimlerdir. Duygusal odaklı başetme stratejisi; doğrudan bir problemin çözümüne yöneltilmemiştir, kişilerin duygularını düşünerek ve de yaparak süreçlendirmesini ifade eder (90).

Kanser tanısı alan hastalar, hastalığın ve uygulanan tedavinin neden olduğu birçok sorunu bir arada yaşarlar. Gelecekleriyle ilgili yaşadıkları kaygılar nedeniyle hastalar daha yoğun ve başedilmesi güç bir sürece girerler (44). Bireyin tüm bu sorunların üstesinden gelebilmek için harcadığı çabaları genel olarak 4 grupta toplayabiliriz(88).

1. Bilgi edinme: Belirsizlik, herhangi bir durumu kontrol edememekten kaynaklanan yetersizlik duygusu ya da yaşantıdaki olayların anlamını açıklamadaki yetersizlikten kaynaklanan bilişsel bir durum olarak tanımlanmıştır (91). Bilgi, bireyin kendisini güvende hissetmesini ve gerçekle ilişki kurmasını sağlar. Kanser hastalarında tedavi ve hastalık hakkında bilgilendirmede bulunmak ilk olarak sağlık ekibinin görevidir

(38). Bilgilendirme hem sorunun çözümüne katkıda bulunur, hem de emosyonel yaşamın düzenlenmesine yardım eder (88). Bireye gereksiniminden fazla verilen bilgi, hastanın dikkatini pozitif yönden negatif yöne kaydırabilir. Gereksinimden az verilen bilgi de bireyde korku ve kaygı yaratabilir. Hastalarda bilgi eksikliği artıkça, belirsizlik, anksiyete, stres, memnuniyetsizlik artış gösterir (9). Bu nedenle, hastaya gerektiği kadar bilgi vermek ve hastanın da verilen bu bilgiye hazır oluşu çok önemlidir (91).

2. Doğrudan eyleme girme: Hastalığın tedavisi için uygun yerlere başvurmak, doğrudan eyleme girme olarak ele alınabilir. Bireyler eylemde bulunabildiklerinde kendilerinde kaygı yaratan ortama egemen olduklarını düşünürler (88). Hastalık, hastaneye yatış ve prosedürler hastayı pasif hale getirir. Hasta rolüne girme, bağımlılığı arttırır. Hastane ortamı kişinin sınırlarını bozar ve sınırları herkese açılır. Hasta için bir şeyler yapılır ancak onunla birlikte karar verilmez. Kişi kendisi ve çevresi üzerindeki kontrolünü kaybeder (52). Kontrolün yitirildiği duygusu bireyde depresyon, çaresizlik ve ümitsizlik gibi duygulara yol açar (52,88). Bireyler hoş olmayan bir olayı bitirmek ya da değiştirmek gibi bir psikolojik kontrol duygusuna sahip olduklarında bu duygu, onlara olayla daha başarılı bir şekilde başa çıkma gücünü verir ve sonuçta psikolojik kontrol stres duygusunu azaltır (88).

3. Eylemin ketlenmesi: Birey içinde bulunduğu durumla başa çıkmakta kendisi için tehlikeli olabilecek davranışlarda bulunabilir (Hekime gitmemek, ilacı reddetmek gibi) (88).

4. İntrapsişik çabalar: Bu grup hastalarda ölüm korkusunu bastırmakta yaygın ve güçlü biçimde kullanılan iki inançtan söz edilir. Bunların ilki, kişinin özel olması, diğeri ise bir kurtarıcı gelecek inançlarıdır. Özel olma, insan biyolojisinin ve kaderinin olağan yasalarının ötesinde, bireyin kişisel dokunulmazlığı ve incitilemez olduğu inancıdır. Kişisel dokunulmazlık inancı, bireye kendi içinde görece bir güvenlik duygusu sağlar. Bir kurtarıcı gelecek inancı ise bize, dışarıdan bir güç tarafından gözetildiğimiz, korunduğumuz duygusunu verir. Özellikle bu ikinci inancın sağlık personeli-hasta ilişkilerinde önemli ölçüde etkili olduğu ve hastanın beklentilerinin biçimlenmesinde payı olduğu düşünülebilir (88).

2.6. Başetme Biçimleri

Kanser tanısı ile başa çıkabilme gücü bir çok değişkenle ilgilidir. Hasta ile ilgili özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim, kişilik özellikleri), hastalığa ve tedaviye ilişkin değişkenler (yeti yıkımı yapan belirtiler, kanser yerleşimi, prognoz, ağrı, yaşam kalitesini ne oranda düşürdüğü, yaşam amaçları, kariyer, evlilik, aile gibi) ve çevresel özellikler (sosyal destek ağı, duygusal alanda destekleyici olarak algılanan bir kişinin varlığı, ekonomik olarak tedavileri karşılayabilme gücü) kanser tanısı ile başetmeyi etkiler (5). Güner (92) kanser hastaları tarafından kullanılan başetme biçimlerini beş başlıkta özetlemiştir.

1. Savaşma Ruhu: Hasta tanıyı tamamen kabul eder, kanser sözcüğünü kullanır ve iyimser bir tutumla hastalığına meydan okur. Aktif bir başetme biçimidir. Hastalıkla savaşmayı tanımlar. Hasta tedavisiyle ilgili kararlara katılır ve hastalığıyla

ilgili bilgi arar. “Savaşma ruhu başetme” biçimini kullanan hastaların diğer başetme biçimlerini kullanan hastalardan daha uzun süre yaşadıkları görülmüştür (92).

2. Kaçınma / İnkâr: Kişinin tanıya ya da hastalığın tekrarlamasına ilk tepkisi şok olarak tanımlanır. Hastalar kanser kelimesinden sonra söylenenleri duymadıklarını, kendilerini rüyada gibi hissettiklerini söylerler (47). İnkâr, bireyin yaşadığı hoş olmayan gerçeklerden kaçmasına neden olan bir savunma mekanizmasıdır. İnkârda hasta tanıyı reddeder. Kaçınmada ise hasta, yaygın olarak hastalığının ciddiyetini hafife alır. Hastalığı hakkında düşünmekten kaçınır ve kanser sözcüğünü kullanmaz. Kanser hastalarında kaçınmanın kullanımı daha yaygındır. Ancak uzadığı zaman hastanın tedavisine veya problem çözme becerisine engel olabilir (92).

3. Fatalizm/Kaderci Kabulleniş: Bu başetme biçiminde hastalar tanıyı kabul eder. Fakat hastalığı hakkında bilgi almayı; kederli bir tutum takınarak “kanser olduğumu biliyorum fakat yapabileceğim bir şey yok” yaklaşımı sergilerler (92).

4. Çaresizlik/ Umutsuzluk: Umutsuzluk, bir amacı gerçekleştirmede sıfırdan az olan olumsuz beklentiler şeklinde tanımlanır. Kişinin gelecekteki gerçek hedeflerine ulaşma olanaklarının olası yansımasıdır (93). Hastada tanıdan başka bir şey düşünmeme, sürekli ağlama, ölüm düşünceleri ve karamsarlık duyguları söz konusudur. Hasta tamamen kötümser bir tutum içine girer ve her şey bitmiş gibi hisseder (92).

5. Anksiyeteli Zihin Meşguliyeti (Bunaltılı Aşırı Uğraş): Hasta sürekli olarak kanserle uğraşır. Herhangi bir ağrıyı veya başka bir semptomu hastalığın tekrarı ya da yayılımı olarak görür. Kanser hakkındaki tüm bilgileri olumsuz olarak yorumlama eğilimindedirler. Araştırmalar bu baş etme biçimini de daha kısa süre yaşama ile ilişkili bulmuşlardır (44,92).

2.6.1. Kanser ve Başetme ile İlgili Alınabilecek Hemşirelik Tanıları

a.	Tedavi şekilleri ile ilgili seçimlere bağlı Karar Vermede Çatışma
b.	Rol ve sorumluluklarındaki ve görünümündeki değişikliklere bağlı Benlik Kavramında Rahatsızlık
c.	Korkuya sekonder olarak, reddedilmeye ya da reddedilmekten korkmaya bağlı Sosyal İzolasyon
d.	Kanser tedavisinin sonuçları ve prognoz hakkında belirsizliklere bağlı Güçsüzlük
e.	Vücut fonksiyonlarının potansiyel kaybına yaşam şeklinde algılanan kayıplara bağlı Acı Çekme
f.	Hastalık sürecine, tedaviye, komplikasyonların belirti ve bulgularına, risk faktörlerinin azaltılmasına bağlı Terapötik Rejimi Etkisiz Yönetme
g.	Gerekli psikososyal kaynakların eksikliğine bağlı Etkisiz Başetme
h.	Rasyonel olmayan düşünceler ya da suçluluk duygularına bağlı Anksiyete
i.	Davranış ve eylemlerin ilişki kurma ve sürdürmeye bağlı Sosyal Etkileşimde Bozulma
j.	Yaşamın anlamına, spiritüel inançlara ve ölüme odaklanan çatışmalara bağlı Spiritüel/Manevi Distres
k.	Aile Başetmesi; Güçlendirmeye Hazır Oluş
l.	Aile Başetmesinde Yetersizlik
m.	Bakım Verici Rolünde Zorlanma
n.	Etkisiz İnkâr
o.	Beden İmgesinde Rahatsızlık
p.	Yalnızlık Riski
q.	İntihar Riski
r.	Kanserin tanınmasıyla ilgili korkulara, tedaviler ile ilgili sıkıntılara, finansal problemlere ve geleceğe ilişkin belirsizliklere bağlı Aile İçi Süreçlerin Devamlılığında Bozulma
s.	Umutsuzluğa bağlı Ölüm Korkusu (69,70)

TANI: Etkisiz Başetme:

I- Etyolojik Faktörler:

Patofizyolojik:

- Öz bakım yönetiminin karmaşıklığına ya da durumun kronikliğine bağlı
- Vücut parçasının kaybına bağlı
- Değişimlerin neden olduğu duygusal değişimlere bağlı

Tedaviye İlişkin:

- Aile ve evden ayrılmaya bağlı
- Cerrahi girişim ile oluşan şekil bozukluğuna bağlı
- İlaçlar, radyasyon ya da diğer tedaviler nedeniyle görünüm değişmesine bağlı.

Durumsal:

- Ölüm, terk edilme, ayrılma/ boşanma, taşınma, kurumda yaşama (huzurevi) gibi durumlara sekonder emosyonel bağların kesilmesi
- Şehirleşme, kalabalık, gürültü kirliliği, yoğun aktiviteye gibi durumlara sekonder duyusal olarak aşırı yüklenme
- Düşük benlik saygısı, kendisine ilişkin olumsuz inançlar, olumsuz rol modeli bulunması, motivasyonun olmaması, çaresizlik gibi durumlara sekonder psikolojik kaynakların yetersizliği
- Adölesanda tutarsız disiplin yöntemleri, yetersizlik korkusu, ebeveyn tarafından reddedilme, bastırılmış anksiyete, panik düzeyde anksiyete, sosyal becerilerde yetersizlik, akranlar tarafından reddedilme
- Adölesanda ilişkiler, fiziksel ve emosyonel değişimler gibi durumlara uyum sağlamak için gerekli olan psikolojik kaynakların yetersizliği
- Genç yetişkinde iş seçimi, evlilik, eğitsel beklentiler, ebeveynlik, evden ayrılma durumlarına uyum sağlamak için gerekli olan psikolojik kaynakların yetersizliği
- Orta yaş yetişkinde çocuk yetiştirme problemleri, iş/çalışma yaşamında baskılar, sosyal statü gereksinimleri, ebeveynlerin yaşlanması, akrabalarla problemler, yaşlanmanın fiziksel belirtileri gibi durumlara uyum sağlamak için gerekli olan psikolojik kaynakların yetersizliği
- Yaşlı yetişkinde fiziksel değişimler, parasal durumdaki değişimler, yaşam yerine ilişkin değişimler, diğer insanların yaşlılara tepkileri gibi durumlara uyum sağlamak için gerekli olan psikolojik kaynakların yetersizliğine bağlıdır (69).

II- Amaç:

Kişi, kendi çevresindeki olumsuz durumları değiştirmek için kararlar verecek ve bu kararlarına uygun eylemlerde bulunacaktır.

III- Göstergeler:

Emosyonel durum ile ilişkili duyguların sözel olarak ifade edilmesi
Kendi kişisel baş etme şeklinin ve davranışın yol açtığı sonuçların tanınması
Kişisel güçlerin (güçlü yönlerin) birey tarafından tanınması ve hemşirelik ilişkisi ile verilen desteğin kabul edilmesi.

IV- Genel Girişimler:**Bireyin mevcut başetme durumunu değerlendiriniz:**

- Duyguların ve belirtilerin başlangıcını, bunların olaylarla ve yaşam değişimleri ile ilişkisini tanımlayınız.
- Gerçeklerle bağlantı kurma yeteneğini değerlendiriniz.
- Dikkatlice dinleyiniz ve mimiklerini, el hareketlerini, göz temasını, vücut pozisyonunu, ses tonu ve yoğunluğunu gözleyiniz.
- Bireyin kendine zarar verme riskini tanımlayınız ve uygun şekilde müdahalede bulununuz.

Birey konuşurken destek sununuz:

- Yaşadığı duyguların gerçekten güç olduğunu belirtiniz.

- Birey kötümser olduğunda, daha ümitli ve gerçekçi bir bakış açısı sağlamaya çalışınız.

Birey öfkeli ise:

- Uyaran düzeyi az olan bir çevre sağlayınız.
- Bireyin neden öfkeli olduğunu inceleyiniz.
- Tartışmayınız ve savunucu olmayınız.
- Ne yapılmadığına değil, ne yapılabileceğine odaklanınız.
- Kontrol duygusunu artıracak seçenekler sununuz.
- Herkesin öfkelenebileceğini kabul ettiğinizi, ancak belirli davranışların kabul edilebilir olmadığını kabul ediniz.

Kendi davranışını kendisinin değerlendirmesi için cesaretlendiriniz.

- Bu davranış işinize yaradı mı?
- Nasıl yaradı, ne şekilde yardım etti?
- Bu deneyimden ne öğrendiniz?

Problemi yapıcı bir tavırdan çözmesi için bireye yardım ediniz.

- Problem nedir?
- Problemden ne ya da kim sorumlu?
- Seçenekler nelerdir?
- Her bir seçeneğin avantajı ve dezavantajı nelerdir?
- Olası seçenekleri tartışınız (problemlili kişilerle konuşma, durumu değiştirmeye çalışma ya da hiçbir şey yapmama ve sonuçlarını kabul etme).
- Direkt olarak kontrol edilemeyecek problemleri tanımasına yardım ediniz ve kontrol için stresi azaltacak aktiviteleri (egzersiz programı, yoga) uygulamasını destekleyiniz.
- Gevşeme tekniklerini öğretiniz. (Gevşemek için uygulamalara her gün 15-20 dakika zaman ayırmanın önemini vurgulayınız. Aktiviteyi yavaş yavaş artırması için kişiyi harekete geçiriniz)
- Kişisel başarı ve benlik saygısı duygularını destekleyecek çıkış yollarını bulunuz.
- Stres yönetimi tekniklerini (yavaş yürüyüş, yoga) öğrenmesi ve kullanması için fırsatlar sağlayınız.
- Durumu anlayacak benzer durumdaki kişilerle bağlantı kurunuz
- Hemşirenin müdahale alanı içinde bulunan, depresyon ile ilişkili problemler için uygun disiplinlere (evlilik danışmanı, psikiyatri hemşiresi, psikolog, psikiyatrist) yönlendiriniz.
- Taburculuk sonrası meydana gelebilecek problemlere hazırlayınız.
 - İlaç uygulama çizelgesi, maliyeti, yanlış kullanma veya suistimal, yan etkiler
 - Anksiyetede artma
 - Uyku problemleri
 - Yeme problemi- hazırlama, ulaşma, iştahta azalma
 - Zamanı planlayamama
 - Aile üyeleri/ önemli diğer kişilerle çatışma
- İzlemler- unutmama, ulaşma, zamanı düzenleme güçlüğü konularında bilgi veriniz (69).

Görüldüğü gibi umut, kanser tanısı alan hastalar için etkili bir başetme mekanizması olarak görülmektedir (20). Yapılan araştırmalar bireylerin kanserle başetme ve kansere uyumunda etkili olan değişkenlerin tanımlanmasının ve değerlendirilmesinin önemini göstermiştir (4,9,58). Kanser tanısı alan hastalar, hastalıklarıyla başedebilmek için umutlu olmalı ve umutlarını sürdürmelidir (16). Hemşireler de uygun bakım ve bireye özel girişimlerle hastalarda umudu ve başetmeyi geliştirmede önemli bir role sahiptir.

MATERYAL METOD

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma kanser tanısı alan hastaların umut ve başetme düzeylerini belirlemek, umudun başetme üzerine etkisini incelemek, umut ve başetme düzeylerini etkileyen değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma Antalya ili Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesine gelen hastalar üzerinde yapılmıştır. Gündüz kemoterapi ünitesi, 43 hasta kapasitesine sahip olup üniteye 10 hemşire çalışmaktadır. Üniteye günde ortalama 70-100 hasta kabul edilmektedir. Onkoloji ve hematoloji polikliniklerinde izlenen hastalar, önerilen tedaviyi almak üzere gündüz tedavi ünitesine gönderilmekte ve kemoterapinin yanı sıra hastalara kan, kan ürünleri ve mayi infüzyonu gibi değişik tedaviler de uygulanabilmektedir. Hastalar hasta koltuklarında oturarak tedavi almaktadırlar. Bir hemşire premedikasyonu yapmakta, bir hemşire kemoterapi ilaçlarını hazırlamakta, 5 hemşire bu ilaçları hastalara takmakta ve bir hemşire de yapılan tedavileri kaydetmektedir. Hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi, tedavilerin anlatılması ve soruların yanıtlanması gibi işlevler düzenli ve planlı bir biçimde eğitim hemşiresi tarafından yürütülmektedir. Ünite randevu sistemi ile çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesine gelen, kanser nedeniyle kemoterapi alan, 18 yaş ve üzerinde olan, en az iki kür kemoterapi tedavisi almış olan hastalar oluşturmuştur. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi 2009 yılı verilerine göre onkoloji biriminde kemoterapi alan 2200 kanser tanısı alan hasta bulunmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma örneklemini 2009 yılı verileri referans alınarak, NCSS –PASS istatistik paket programı kullanılarak hesaplanmıştır. % 95 güvenirlilik, % 90 güç ve % 10 örneklem hatası alınarak yapılan örneklem hesabı sonucuna göre örneklem büyüklüğü 240 olarak hesaplanmıştır.

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesine kemoterapi almak amacıyla gelen;

- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- 18 yaş ve üzerinde olan,
- En az iki kür kemoterapi tedavisi almış olan
- Tedavi sırasında anket sorularını cevaplandırabilecek durumda olan (fiziksel ve psikolojik açıdan rahat olan)

hastalar çalışmaya alınmıştır. Çalışmada hedeflenen örneklem sayısına ulaşılmıştır.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma 8 Aralık 2009 – 22 Ocak 2010 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesi'ne kemoterapi almak amaçlı gelen kanser tanısı almış hastalar ile sınırlıdır.

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Ön Uygulama

Araştırmanın yapılabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan etik onay ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Onkoloji biriminden resmi izin alındıktan sonra veri toplama süreci başlatılmıştır. Soruların anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla 04.11.2009 tarihinde Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesine gelen, kanser nedeniyle kemoterapi alan 10 hastaya uygulama yapılmıştır. Ön uygulama yapılan hastaların verileri araştırmada kullanılmamış ve aynı hastalara bir kez daha anket uygulanmamıştır. Ön uygulamada anket formlarının her birinin uygulama süresi ortalama 20 dakika olarak değerlendirilmiştir. Ön uygulama sonucunda klasik soru olarak sorulan “hastaların umudunu artıran ve azaltan faktörler nelerdir?” sorusu yerine literatür taranarak (18,20,57,59,62,72) hastaların umudunu artıran ve azaltan faktörler maddeler halinde belirtilmiş ve anket formuna tablo olarak eklenmiş, hastaların bu faktörler arasından seçim yapması istenmiştir. Tablonun en altına ise diğer ifadesi eklenmiştir. Dosyadan alınacak bölümdeki ‘hastalık evresi’ sorusu yerine ‘hasta hastalık evresini biliyor mu?’ sorusu eklenmiştir.

3.6.2. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Veriler 8 Aralık 2009- 22 Ocak 2010 tarihleri arasında Gündüz Kemoterapi Ünitesine gelen kanser hastalarından, araştırmacı tarafından toplanmıştır. Araştırma kriterlerine uygun 270 hastaya ulaşılmış ve 30 hasta araştırmaya katılmayı reddetmiştir. Araştırmaya katılma ölçütlerine uygun olan hastalardan bilgilendirilmiş onam alınarak, araştırmaya katılmaya istekli olanlarla çalışma yürütülmüştür. Veri toplama sürecinde tekrarlı kemoterapi alan hastalar bir kez daha araştırma kapsamına dahil edilmemiştir. Veriler, hastalara anket formu uygulanarak toplanmıştır. Anket formu yüz yüze görüşülerek ve hasta dosya kayıtlarından yararlanılarak doldurulmuştur. Anket formunu doldurabilen hastalar anket formunu kendileri yanıtlamışlar, yardım isteyenler ve formu dolduramayanlara araştırmacı tarafından yardım edilmiştir. Anketler hastalar kemoterapi alırken, kemoterapi ilacının hazırlanmasını beklerken, kemoterapi alımı sonrasında yani, hastaların kendilerini iyi hissettiklerini ifade ettikleri zamanlarda doldurulmuştur. Hastalarda damar yolunun olması ve hastaların soruları kendileri cevaplamaya istekli olmamaları nedeniyle anket formlarının büyük bir çoğunluğu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Hasta dosyasından alınan veriler; ‘hastaların tanısı, tanı süresi, metastaz durumu, başka kronik hastalık durumu’ bilgilerini içermektedir. Bir katılımcı için uygulama süresi yaklaşık 30 dakika olarak belirlenmiştir.

3.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada hastaların sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu (EK: 1-A), umut düzeylerini belirlemek amacıyla Herth Umut Ölçeği (EK:1-B) ve stresle baş etme durumlarını belirlemek amacıyla Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (EK:1-C) kullanılmıştır.

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu

Konu ile ilgili literatür taraması yapılarak (4,9,18,20,24,62,67,72,94) ve araştırmacının gözlem ve klinik deneyimlerinden yararlanılarak geliştirilen form, 11 adet demografik soru, 9 adet umut, 7 adet hastalık süreci, 16 adet kemoterapi semptomlarıyla ilgili soruları içermektedir. Hasta dosyasından alınan veriler; ‘hastaların tanısı, tanı süresi, metastaz durumu, kronik hastalık varlığı’ sorularını içermektedir.

3.7.2. Herth Umut Ölçeği

Herth Umut Ölçeği, Kaye Herth tarafından geliştirilmiştir. Herth, ölçeği uyguladığı örneklem için yaptığı güvenirlik analizlerinde Cronbach α katsayılarını kanserli hastalar için 0.89, yaşlı bireyler için 0.94, sağlıklı yetişkinler için 0.92 olarak bulmuştur. Türkçe’ye uyarlanan “Herth Umut Ölçeği”nin ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışması Aslan ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin kapsamında 30 madde bulunmaktadır. Her bir madde karşısında “Hiç uygun değil”, “Nadiren uygun”, “Bazen uygun” ve “Her zaman uygun” şeklinde dört seçenek vardır. Bunlara karşılık gelen puanlar sırasıyla 0, 1, 2, 3 şeklindedir. Cevaplayan kişiden, her bir madde için tek bir seçenek işaretlemesi istenmektedir. Ölçek 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar “Gelecek”, “Olumlu hazır oluşluk ve beklenti” ve “Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar” alt ölçekleridir. Alt ölçeklerin kapsamlarında şu maddeler yer almaktadır: “Gelecek”: 1, 4, 6, 11, 20, 23, 25, 27, 28, 30; “Olumlu hazır oluşluk ve beklenti”: 5, 7, 9, 13, 15, 17, 19, 21, 26, 29; “Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar”: 2, 3, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 22, 24. Olumsuz ifade eden maddeler; 6, 10, 13, 17, 22, 26 numaralı maddeler olup, bu maddelere ait puanlar puanlama sırasında ters çevrilmektedir.

Ölçeğin toplam puanı bütün maddelere verilen cevapların puanlarının toplanmasıyla, alt ölçeklerin puanı, her bir alt ölçeğe karşılık gelen maddelere verilen cevapların puanlarının toplanmasıyla hesaplanmaktadır. Toplam umut puanı 0-90, her bir alt ölçek toplam puanı ise 0-30 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar, umudun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Chronbach α katsayısı $\alpha=0.84$ olarak bulunmuştur. Ayrıca, Guttman Split Half yöntemiyle yapılan güvenirlik analizinde de, güvenirlik değeri 0.86 olarak tespit edilmiştir (62).

3.7.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen, Türkçe’ye uyarlanan “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği”nin ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışması Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmıştır. Form 30 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Şahin ve Durak ölçeğin kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama olmak üzere toplam 5 faktörden oluştuğunu bulmuşlardır. Cronbach alfa iç tutarlık katsayılarının ise, iyimser yaklaşım için 0.49-0.68, kendine güvenli yaklaşım için 0.62-0.80, çaresiz

yaklaşım için 0.64-0.73, boyun eğici yaklaşım için 0.47-0.72 ve sosyal destek arama faktörü için 0.45-0.47 arasında olduğu belirtilmiştir.

Alt ölçekler şunlardır;

- Kendine Güvenli Yaklaşım (8, 10, 14, 16, 20, 23, 26)
- Çaresiz Yaklaşım (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28)
- Boyun Eğici Yaklaşım (5, 13, 15, 17, 21, 24)
- İyimser Yaklaşım (2, 4, 6, 12, 18)
- Sosyal Destek Arama Yaklaşımı (1, 9, 29, 30)

Sosyal destek aramanın 1. ve 9. maddeleri hariç diğer maddeler için puanlama; Hiç uygun değil “0”, uygun değil “1”, uygun “2”, tamamen uygun “3” puan olarak hesaplanmıştır. Sosyal destek arama boyutunun 1. ve 9. maddelerinde ise hesaplama diğerlerine göre farklıdır. Hiç uygun değil “3”, uygun değil “2”, uygun “1”, tamamen uygun “0” puan olarak hesaplanmıştır. Her faktöre ait puanlar ayrı hesaplanmakta, toplam puan ise hesaplanmamaktadır. Her yaklaşım için toplam puanın artışı, bireyin o başa çıkma tarzını daha çok kullandığı şeklinde değerlendirilmektedir.

***Kendine Güvenli Yaklaşım;** stres verici olay ya da durumlar karşısında bireyin bu durum ya da olayla etkili bir şekilde başedebilmek için özgüveninin olduğu ve planlı bir yol izleyerek problemle başa çıkabilme tutumunu ölçmektedir.

***Çaresiz Yaklaşım;** bireyin karşılaştığı stres verici olay ya da durumla baş edebilmek için bir mucize beklemesi, bireysel olarak başedemeyeceği inancı ve çaresizlik duyguları içinde olmasını tanımlamaktadır.

***İyimser Yaklaşım;** stres verici olay ya da durumlardan olumlu bir şeyler çıkartma, başedebileceğine inanma, yani iyimser olmayı içermektedir.

***Boyun Eğici Yaklaşım;** bireyin karşılaştığı stresörü tamamen kabullenme, başedemeyeceği inancıyla geri adım atma ve mücadeleden vazgeçme tutumlarını içermektedir.

***Sosyal Destek Arama Yaklaşımı;** strese neden olan olay ya da durum karşısında başedebilmek için başka bireylerden yardım alma, destek arama gibi başa çıkma yollarını kapsamaktadır (82,95).

Ölçeğin probleme yönelik etkili yaklaşımlar ile duygulara yönelik etkisiz yaklaşımlar olarak isimlendirilebilecek iki boyutu vardır. Probleme yönelik etkili yaklaşımlar kendine güvenli, iyimser ve sosyal desteğe başvurma olarak; duygulara yönelik etkisiz yaklaşımlar ise kendine güvensiz ve boyun eğici yaklaşımlar olarak değerlendirilmektedir. Alt ölçeklerdeki toplam puan artışı, bireyin o başa çıkma yöntemini daha çok kullandığı şeklinde yorumlanmaktadır. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar; kendine güvenli yaklaşım için 0-21 puan, iyimser yaklaşım için 0-24 puan, sosyal destek arama yaklaşımı için 0-15 puan, çaresiz yaklaşım için 0-12 puan, boyun eğici yaklaşım için 0-18 puandır (96).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 11.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmadan elde edilen tüm veriler için öncelikle tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Kanserli hastaların tanıtıcı özellikleri, hastalıkla ilişkili faktörler, kemoterapi semptomları, umudu etkileyebileceği düşünülen faktörler sayı ve yüzde ile ifade edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluk testleri yapılmıştır. Ölçeklerin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleriyle, alt ölçek puan aralıkları verilmiştir. Verilerin toplam umut ölçeği ve alt ölçekleri, SBCTÖ alt ölçekleri ile ilişkisi incelenmiştir. Öncelikle veriler ölçeklere göre tek değişkenli (univariate) regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel kararlarda $p < 0.05$ seviyesi anlamlı farkın göstergesi olarak kabul edilmiştir. Verilerin ortalama, p, F test değerleri verilmiştir. Burada toplam umut ve alt ölçekleri, SBCTÖ alt ölçekleri ile anlamlı bulunan değişkenler arasındaki ilişkiler irdelenmiştir. Tek değişkenli regresyon analiz testlerinde anlamlı bulunan değişkenler daha sonra çok değişkenli (multivariate) regresyon analizine alınmıştır. Herth Umut Ölçeğinin üç alt ölçeği ve toplam umut puanı için ayrı ayrı çok değişkenli regresyon analizler yapılmıştır. Forward stepwise yöntemi ile bağımsız değişkenler seçilmiştir. Beş SBCTÖ alt ölçeği için de ayrı ayrı analizler tekrarlanmıştır. Multivariate analiz sonuçlarının tablolarında beta, t ve p değerleri verilmiştir. Ayrıca umut ölçeği ve SBCTÖ arasındaki ilişkinin varlığını ölçmek için korelasyon testleri yapılmıştır.

BULGULAR

Bu bölümde Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde kemoterapi alan hastalardan (n=240) elde edilen istatistiksel veriler bulunmaktadır. Araştırma kapsamındaki hastaların tanıtıcı özellikleri, hastalığa ilişkin özellikleri, hastalarda görülen kemoterapi semptomlarının ve umudu etkileyebileceği düşünülen faktörlerin dağılımı yer almaktadır. Ayrıca sosyodemografik değişkenlerle Herth Umut Ölçeği ve SBCTÖ arasındaki ilişkileri gösteren bulguları bulunmaktadır.

Tablo 4.1.Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=240)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	127	52.9
Erkek	113	47.1
Yaş	52.9±12.3 (min:22 max:81)	
Medeni durum		
Bekar	33	13.8
Evli	207	86.2
Çocuk sayısı		
2 ve 2'den az	146	60.8
2'den fazla	94	39.2
Evde birlikte yaşadığı bireyler		
Eş/eş ve çocuk	191	79.6
Diğer*	49	20.4
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	18	7.5
Okur yazar	12	5
İlkokul	117	48.8
Ortaokul	22	9.2
Lise	35	14.5
Üniversite ve üzeri	36	15
Meslek		
Memur	9	3.8
İşçi	25	10.4
Emekli	89	37.1
Ev hanımı	94	39.2
Diğer**	23	9.5
Çalışma durumu		
Çalışıyor	24	10
Çalışmıyor	216	90
Sosyal güvence		
Var	240	100
Aylık gelir	1349.6±1145.4 (ortanca: 1000, min: 200, max:9000)	
Gelir gider dengesi		
Gelir giderden az	118	49.2
Gelir gidere eşit ve fazla	122	50.8
TOPLAM	240	100

*Anne baba, yalnız, arkadaş, çocuklar

**Öğrenci, muhasebeci, dalgıç, çiftçi, teknisyen, ticaret, işletmeci, peyzaj mimarı, finansman, serbest meslek

Hastalara ilişkin tanıtıcı özellikler Tablo 4.1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların % 52.9’u kadın, % 86.2’si evli ve % 60.8’inin 2 veya 2’den daha az sayıda çocuğu vardır. Hastaların yaş ortalaması 52.9 ± 12.3 ’tür. Hastaların % 79.6’sı eş/eş ve çocuklarıyla yaşamaktadır. Hastaların yarısına yakını (% 48.8) ilkokul, % 15’i üniversite ve üzeri, % 14.5’i ise lise mezunudur.

Hastaların mesleklerinin dağılımına bakıldığında % 39.2’sinin ev hanımı, % 37.1’inin emekli, % 10.4’ünün ise işçi olduğu görülmektedir. Hastaların büyük çoğunluğunun (% 90) çalışmadığı görülmektedir. Tüm hastaların sosyal güvencesi bulunmaktadır. Hastaların ailesinin aylık gelir ortalaması 1349.6 ± 1145.4 ’dür. Gelir gider dengesine bakıldığında % 49.2’sinin geliri giderinden az, % 50.8’inin gelirinin giderine eşit veya fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2.Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=240)

Hastalıkla İlgili Özellikler	n	%
Tanı		
Akciğer kanseri	54	22.5
Üst GİS kanserleri	22	9.2
Alt GİS kanserleri	44	18.3
Genitoüriner kanserler	24	10
Meme kanseri	55	22.9
Hematolojik kanserler	14	5.8
Diğer*	27	11.3
Tanı süresi (ay)	ort: 7 (max: 1 min:120)	
7 ay ve daha az	131	54.6
7 aydan daha fazla	109	45.4
Metastaz durumu		
Var	89	37.1
Yok	151	62.9
Tanısını kanser veya spesifik tanı olarak bilme durumu		
Biliyor	183	76.2
Bilmiyor	57	23.8
Hastalık evresini bilme durumu		
Biliyor	52	23.8
Bilmiyor	188	78.2
Kronik hastalık varlığı		
Var	57	23.8
Yok	183	76.2
Son bir yıl içinde hastaneye yatma sayısı	1.0±1.2 (min:0, max:8)	
Psikolojik destek alma durumu		
Evet	29	12.1
Hayır	211	87.9
Hastalıkla ilgili eğitim alma durumu		
Evet	212	88.3
Hayır	28	11.7
Hastalıkla ilgili eğitim aldığı kaynak		
Hemşire	176	73.3
Diğer**	64	26.7
Verilen hizmetten memnuniyet durumu		
Evet	232	96.7
Hayır	8	3.3
Hastalıkla ilgili bilgi düzeyi		
0	22	9.2
1	32	13.3
2	45	18.7
3	54	22.5
4	47	19.6
5	40	16.7
TOPLAM	240	100

* Multiple myelom, liposarkom, peritoneal malign mezotelyoma, malign melenom, yumuşak doku sarkomu, gestasyonel trofoblastik hastalık, adenokarsinom, larenks malign neoplazmı, karsinom

**Doktor, internet, diyetisyen, televizyon, kitap

Tablo 4.2’de hastaların hastalıklarıyla ilgili özellikleri yer almaktadır. Hastaların tanıları incelendiğinde, hastaların % 22.9’unun meme, % 22.5’inin akciğer, % 18.3’ünün alt GİS kanseri olduğu görülmektedir. Hastaların ortalama tanı süresi 7 aydır. Hastaların % 54.6’sının 7 ay ve 7 aydan daha kısa süre önce tanı aldığı, % 37.1’inde metastaz olduğu görülmektedir.

Hastaların % 76.2’sinin tanısını kanser veya spesifik tanı olarak bildiği, %78.2’sinin hastalık evresini bilmediği, % 23.8’inin başka bir kronik hastalığının olduğu görülmektedir. Son bir yıl içinde hastaneye yatma ortalaması 1.0 ± 1.2 (min:0, max:8)’dir. Hastaların %87.9’unun hastalığıyla ilgili psikolojik destek almadığı, %88.3’ünün hastalığıyla ilgili eğitim aldığı, % 73.3’ünün bu eğitimi hemşireden aldığı, % 96.7’sinin kemoterapi ünitesinde verilen hizmetten memnun olduğu görülmektedir.

Hastaların hastalıkla ilgili bilgi düzeylerini 0-5 arasındaki skalada belirlemesi istendiğinde, hastaların % 22.5’inin kendisine 3, % 19.6’sının 4, % 18.7’sinin 2 puanını verdiği görülmüştür.

Tablo 4.3.Hastalarda Kemoterapiye Bağlı Ortaya Çıkan Semptomların Dağılımı (n=240)

Semptomlar	Var		Yok	
	n	%	n	%
Ağrı	121	50.4	119	49.6
Uyku sorunları	116	48.3	124	51.7
Bulantı kusma	91	37.9	149	62.1
İştahsızlık	105	43.8	135	56.2
Nefes darlığı	65	27.1	175	72.9
Güçsüzlük halsizlik	170	70.8	70	29.2
Tat-koku almada değişim	154	64.2	86	35.8
Ağız içi yaraları	63	26.3	177	73.7
Konstipasyon	84	35.0	156	65.0
İshal	29	12.1	211	87.9
Kanama	24	10.0	196	90.0
Saçlarda dökülme	162	67.5	78	32.5
Endişeli ve sıkıntılı hissetme	115	47.9	125	52.1
Korku	66	27.5	174	72.5
TOPLAM	240	100	240	100

Tablo 4.3.'te hastalarda görülen kemoterapi semptomlarının dağılımını görülmektedir. Hastalarda son 1 ay içerisinde görülen kemoterapi semptomlarının varlığı sorgulandığında hastaların; % 50.4'ünde ağrı, % 48.3'ünde uyku sorunları, % 37.9'unda bulantı kusma, %43.8'inde iştahsızlık, % 27.1'inde nefes darlığı, % 70.8'inde güçsüzlük halsizlik, %64.2'sinde tat-koku almada değişim, % 26.3'ünde ağız içi yaraları, % 35'inde konstipasyon, %12.1'sinde ishal, % 10'unda kanama, % 67.5'inde saçlarda dökülme, % 47.9'unda endişeli ve sıkıntılı hissetme durumu görülmüştür. Hastaların % 27.5'inde ise geleceğe yönelik korkunun olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.4.Hastalarda Umudu Etkileyebileceği Düşünülen Faktörlerin Dağılımı (n=240)

Umudu Etkileyebileceği Düşünülen Faktörler	Evet		Kısmen		Hayır	
	n	%	n	%	n	%
İyileştiğini hissetme durumu	158	65.8	64	26.7	18	7.5
Kendi işlerini yapma durumu	151	62.9	53	22.1	36	15
Yakınlarıyla iletişim sorunu yaşama durumu	32	13.3	12	5	196	81.7
Sağlık personeliyle iletişim sorunu yaşama	6	2.5	5	2.1	229	95.4
Maddi sorunlar yaşama durumu	70	29.2	52	21.7	118	49.3
Aile desteğinde yeterlilik hissetme durumu	213	88.8	19	7.9	8	3.3
Hayata olumlu bakma durumu	207	86.3	26	10.8	7	2.9
Manevi inanç varlığı durumu	211	87.9	22	9.2	7	2.9
TOPLAM	240	100	240	100	240	100

Tablo 4.4.'de umudu etkileyebileceği düşünülen faktörlerin dağılımı yer almaktadır. Hastaların % 65.8'i aldığı tedaviyle iyileştiğini hissettiğini, % 62.9'u kendi işlerini yapabildiğini, % 81.7'si hastalığını öğrendikten sonra yakınlarıyla iletişim sorunu yaşamadığını, % 95.4'ü tedavisi boyunca sağlık personeliyle iletişim sorunu yaşamadığını, % 49.3'ü maddi sorunlar yaşamadığını, % 88.8'i aldığı aile desteğini yeterli bulduğunu, % 86.3'ü hayata olumlu baktığını, % 87.9'u manevi inancının olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4.5.Hastaların Umut Ölçeği ve SBÇTÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Herth Umut Ölçeği	Puan Aralığı	min-max	$\bar{X} \pm SD$
Gelecek	0-30	8-30	21.73 $\pm$ 4.40
Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	0-30	15-30	24.55 $\pm$ 3.15
Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki Bağlar	0-30	15-30	25.92 $\pm$ 3.27
Toplam	0-90	38-89	71.88 $\pm$ 9.10
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	Puan Aralığı	min-max	$\bar{X} \pm SD$
Kendine Güvenli Yaklaşım	0-21	5-21	16.12 $\pm$ 3.06
İyimser yaklaşım	0-15	0-15	10.73 $\pm$ 2.44
Çaresiz/Kendini Suçlayıcı Yaklaşım	0-24	0-23	10.74 $\pm$ 4.23
Boyun Eğici Yaklaşım	0-18	0-17	8.84 $\pm$ 3.09
Sosyal Destek Arama	0-12	3-12	8.08 $\pm$ 2.57

$\bar{X}$ = Ortalama

SD= Standart sapma

Tablo 4.5.'de hastalara uygulanan Herth Umut Ölçeği ve SBÇTÖ'nin ortalama ve standart sapma puanlarıyla, minimum maksimum değerleri verilmiştir. Buna göre hastaların umut alt ölçeklerinden gelecek puan ortalaması 21.73, olumlu hazır oluşluk ve beklenti puan ortalaması 24.55, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar puan ortalaması 25.92 olarak saptanmıştır. Toplam umut puan ortalaması ise 71.88 olarak bulunmuştur. Toplam umut puanı 0-90, her bir alt ölçek toplam puanı ise 0-30 arasında değişmektedir.

Hastaların stresle başa çıkma tarzları ölçeği puanları ise; kendine güvenli yaklaşım puan ortalaması 16.12, iyimser yaklaşım puan ortalaması 10.73, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım 10.74, boyun eğici yaklaşım puan ortalaması 8.84, sosyal destek arama puan ortalaması 8.08 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.6.a.Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Umud Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

	***Gelecek	***Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	***Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki Bağlar	Toplam Umud Puanı
Cinsiyet	**$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$
Kadın	21.27 $\pm$ 4.55	23.78 $\pm$ 3.18	25.50 $\pm$ 3.37	70.41 $\pm$ 9.5
Erkek	22.25 $\pm$ 4.17	25.41 $\pm$ 2.89	26.40 $\pm$ 3.11	73.52 $\pm$ 8.34
P/F	0.085/2.98	0.000*/17.00	0.033*/4.60	0.008*/7.17
Yaş	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$
P/F	0.541/0.37	0.019*/5.61	0.598/0.27	0.898/0.01
Medeni durum	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$
Bekar	21.27 $\pm$ 4.01	23.78 $\pm$ 3.50	25.50 $\pm$ 3.76	70.41 $\pm$ 9.77
Evli	22.25 $\pm$ 4.46	25.41 $\pm$ 3.07	26.40 $\pm$ 3.12	73.52 $\pm$ 8.89
P/F	0.327/0.96	0.085/3.00	0.002*/9.66	0.019*/5.60
Çocuk sayısı	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$
2 ve 2'den az	21.85 $\pm$ 4.58	24.53 $\pm$ 3.18	26.09 $\pm$ 3.36	72.60 $\pm$ 9.29
2'den fazla	21.54 $\pm$ 4.11	24.57 $\pm$ 3.11	25.66 $\pm$ 3.13	70.74 $\pm$ 8.72
P/F	0.599/0.27	0.910/0.01	0.323/0.98	0.123/2.39
Evde birlikte yaşadığı bireyler	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$
Eş/Eş ve çocuk	21.87 $\pm$ 4.51	24.66 $\pm$ 3.09	26.23 $\pm$ 3.10	72.52 $\pm$ 8.97
Diğer	21.16 $\pm$ 3.91	24.10 $\pm$ 3.36	24.71 $\pm$ 3.65	69.37 $\pm$ 9.25
P/F	0.314/1.01	0.270/1.22	0.004*/8.61	0.030*/4.74
Eğitim durumu	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$
Okur yazar değil	20.28 $\pm$ 5.66	24.00 $\pm$ 2.59	24.78 $\pm$ 3.04	68.50 $\pm$ 9.84
Okur yazar	21.75 $\pm$ 2.73	23.75 $\pm$ 2.98	25.92 $\pm$ 3.89	69.58 $\pm$ 8.39
İlkokul	21.47 $\pm$ 4.11	24.23 $\pm$ 3.28	25.81 $\pm$ 3.51	70.68 $\pm$ 9.02
Ortaokul	21.36 $\pm$ 4.14	24.73 $\pm$ 3.08	26.32 $\pm$ 3.15	72.32 $\pm$ 8.49
Lise	21.37 $\pm$ 5.12	25.40 $\pm$ 3.34	25.71 $\pm$ 3.18	72.51 $\pm$ 9.59
Üniversite ve üzeri	23.86 $\pm$ 4.04	25.17 $\pm$ 2.77	26.81 $\pm$ 2.36	77.33 $\pm$ 7.07
P/F	0.054/2.10	0.264/1.28	0.462/0.94	0.003*/3.40
Çalışma durumu	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$
Çalışıyor	25.04 $\pm$ 3.43	25.13 $\pm$ 1.89	27.00 $\pm$ 2.22	78.33 $\pm$ 5.84
Çalışmıyor	21.36 $\pm$ 4.35	24.48 $\pm$ 3.25	25.80 $\pm$ 3.35	71.16 $\pm$ 9.12
P/F	0.000*/16.05	0.344/0.90	0.089/2.91	0.000*/14.16
Aylık gelir	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$
P/F	0.002*/10.00	0.018*/5.67	0.049*/3.92	0.000*/21.20
Gelir gider dengesi	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$
Gelir giderden az	21.73 $\pm$ 4.31	24.34 $\pm$ 3.29	25.64 $\pm$ 3.42	70.89 $\pm$ 9.12
Gelir gidere eşit ve fazla	21.73 $\pm$ 4.50	24.75 $\pm$ 3.00	26.20 $\pm$ 3.11	72.83 $\pm$ 9.01
P/F	0.999/0.00	0.318/0.99	0.185/1.76	0.099/2.74

Not: Aylık gelir: normal dağılıma uymadığından logaritması alınarak istatistikleri hesaplanmıştır; yaş ve aylık gelir interval değişkenlerdir; eğitim durumu ordinal değişkendir. Diğer değişkenler nominal değişkenlerdir.

*p= Olasılık değeri ** $\bar{x}\pm SD$: Aritmetik ortalama/standart sapma, *** Herth Umud Ölçeği Alt Ölçekleri

Tablo 4.6.a.'da toplam umut ve alt ölçekleri ile hastaların tanıtıcı özellikleri arasında yapılan analiz sonuçlarının dağılımı verilmiştir. Erkeklerin kadınlara göre, olumlu hazır oluşluk ve beklenti, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar ve toplam umut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Yaş faktörüyle umut alt ölçeklerinden olumlu hazır oluşluk ve beklenti arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Evli olanların, bekar olanlara göre kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar ve toplam umut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Çocuk sayısı ile alt ölçekler ve toplam umut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Eş /eş ve çocuklarıyla birlikte yaşayanların, yalnız yaşayanlar ve diğer bireylerle yaşayanlara göre kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar ve toplam umut puan ortalamalarının yüksek olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Toplam umut puan ortalamasının hastaların eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, eğitim düzeyi arttıkça toplam umut puanlarının da arttığı görülmüş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Bireylerin bir işte çalışma durumuna göre umut puan ortalamaları incelendiğinde, bir işte çalışanların gelecek ve toplam umut puan ortalamaları, çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların ailesiyle birlikte elde ettiği aylık gelir düzeyinin, toplam umut puanı ve tüm umut alt ölçekleri arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Umut puanlarının gelir gider dengesine göre ise anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 4.6.b.Hastaların Hastalıkla İlgili Tanıtıcı Özelliklerine Göre Umut Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Gelecek	Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki Bağlar	Toplam Umut Puanı
Akciğer kanseri	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Var	21.70 $\pm$ 4.77	24.91 $\pm$ 3.43	25.52 $\pm$ 3.64	71.41 $\pm$ 9.64
Yok	21.74 $\pm$ 4.30	24.44 $\pm$ 3.06	26.04 $\pm$ 3.16	72.01 $\pm$ 8.96
P/F	0.962/0.00	0.339/0.91	0.306/1.05	0.669/0.18
Üst GİS kanserleri	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Var	23.14 $\pm$ 3.48	25.09 $\pm$ 3.49	26.14 $\pm$ 2.56	73.41 $\pm$ 7.65
Yok	21.59 $\pm$ 4.46	24.49 $\pm$ 3.12	25.90 $\pm$ 3.34	71.72 $\pm$ 9.23
P/F	0.116/2.49	0.396/0.72	0.747/0.10	0.408/0.68
Alt GİS kanserleri	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Var	21.59 $\pm$ 4.62	24.93 $\pm$ 3.05	27.20 $\pm$ 2.80	73.68 $\pm$ 8.30
Yok	21.76 $\pm$ 4.36	24.46 $\pm$ 3.17	25.63 $\pm$ 3.31	71.47 $\pm$ 9.24
P/F	0.818/0.05	0.370/0.80	0.004*/8.53	0.145/2.13
Genitoüriner kanseler	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Var	21.13 $\pm$ 3.94	25.25 $\pm$ 3.16	26.75 $\pm$ 2.06	72.67 $\pm$ 7.15
Yok	21.80 $\pm$ 4.45	24.47 $\pm$ 3.14	25.83 $\pm$ 3.37	71.79 $\pm$ 9.30
P/F	0.480/0.50	0.250/1.33	0.192/1.71	0.654/0.20
Meme Kanseri	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Var	22.05 $\pm$ 4.03	23.85 $\pm$ 2.69	25.42 $\pm$ 2.95	71.64 $\pm$ 8.64
Yok	21.63 $\pm$ 4.51	24.75 $\pm$ 3.25	26.07 $\pm$ 3.35	71.95 $\pm$ 9.25
P/F	0.534/0.38	0.064/3.46	0.196/1.68	0.825/0.04
Hematolojik Kanserler	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Var	20.00 $\pm$ 5.51	23.57 $\pm$ 3.36	25.00 $\pm$ 4.09	68.64 $\pm$ 12.72
Yok	21.84 $\pm$ 4.31	24.61 $\pm$ 3.13	25.98 $\pm$ 3.22	72.08 $\pm$ 8.82
P/F	0.130/2.30	0.234/1.42	0.279/1.17	0.171/1.88
Multipleprimeri olanlar	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Var	21.71 $\pm$ 3.68	23.41 $\pm$ 3.18	24.76 $\pm$ 4.02	69.47 $\pm$ 9.20
Yok	21.73 $\pm$ 4.45	24.63 $\pm$ 3.14	26.01 $\pm$ 3.20	72.06 $\pm$ 9.08
P/F	0.982/0.01	0.124/2.38	0.131/2.29	0.259/1.27
Metastaz Durumu	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Var	22.15 $\pm$ 4.85	24.40 $\pm$ 3.32	25.99 $\pm$ 3.25	72.60 $\pm$ 9.08
Yok	21.48 $\pm$ 4.10	24.63 $\pm$ 3.05	25.88 $\pm$ 3.30	71.45 $\pm$ 9.11
P/F	0.261/1.27	0.595/0.28	0.806/0.06	0.347/0.88
Tanı süresi	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
7 ay ve daha az	21.61 $\pm$ 3.96	24.70 $\pm$ 2.92	25.85 $\pm$ 3.29	71.69 $\pm$ 8.67
7 aydan daha fazla	21.87 $\pm$ 4.88	24.36 $\pm$ 3.41	26.00 $\pm$ 3.26	72.10 $\pm$ 9.62
P/F	0.649/0.20	0.400/0.71	0.734/0.11	0.727/0.12

Tablo4.6.b.Hastaların Hastalıkla ilgili Tanıtıcı Özelliklerine Göre Umut Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı- Devam

	Gelecek	Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki Bağlar	Toplam Umut Puanı
Tanısını kanser/spesifik tanı olarak bilme durumu	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Biliyor	20.68±4.12	24.61±3.22	26.58±3.37	71.05±9.20
Bilmiyor	22.05±4.44	24.52±3.18	25.72±3.22	72.13±9.07
P/F	0.040*/4.27	0.850/0.03	0.082/3.04	0.436/0.60
Hastalık evresini bilme durumu	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Biliyor	22.46±3.65	24.75±2.66	25.94±3.00	73.77±7.99
Bilmiyor	21.53±4.57	24.49±3.27	25.91±3.35	71.35±9.33
P/F	0.176/1.84	0.599/0.27	0.958/0.00	0.090/2.89
Kronik hastalık varlığı	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Var	20.58±4.32	24.23±3.36	25.51±3.26	69.81±8.78
Yok	22.09±4.37	24.64±3.08	26.05±3.27	72.52±9.12
P/F	0.024*/5.19	0.385/0.75	0.278/1.18	0.049*/3.90
Son bir yıl içinde hastaneye yatma sayısı	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
P/F	0.623/0.24	0.489/0.48	0.861/0.03	0.906/0.01
Psikolojik destek alma durumu	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Evet	21.21±4.78	23.72±3.78	25.24±3.38	70.28±9.31
Hayır	21.80±4.35	24.66±3.04	26.01±3.25	72.09±9.07
P/F	0.497/0.46	0.135/2.23	0.234/1.42	0.314/1.01
Hastalıkla ilgili eğitim alma durumu	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Evet	21.96±4.29	24.63±3.13	26.07±3.16	72.47±8.66
Hayır	19.96±4.87	23.93±3.27	24.82±3.90	67.39±11.06
P/F	0.024*/5.18	0.271/1.21	0.059/3.60	0.005*/7.91
Hastalıkla ilgili eğitim aldığı kaynak	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Hemşire	21.81±4.12	24.76±3.15	26.12±3.11	72.24±8.38
Diğer	21.50±5.12	23.97±3.10	25.38±3.65	70.88±10.85
P/F	0.628/0.23	0.087/2.94	0.120/2.43	0.306/1.05
Verilen hizmetten memnuniyet durumu	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Memnun	21.73±4.44	24.50±3.14	25.92±3.30	71.87±9.22
Memnun değil	21.63±3.15	25.75±3.49	26.00±2.61	72.13±4.29
P/F	0.946/0.00	0.273/1.20	0.945/0.00	0.937/0.00
Hastalıkla ilgili bilgi düzeyi	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
0	21.32±4.56	24.50±3.66	26.68±2.39	71.64±8.42
1	19.91±4.43	23.88±2.73	25.16±3.68	67.75±9.52
2	20.93±4.86	24.51±3.28	24.91±3.41	69.42±9.23
3	21.81±3.86	24.54±3.20	26.09±3.33	71.72±9.12
4	21.89±4.46	24.55±2.96	25.74±3.13	72.74±8.69
5	24.00±3.53	25.15±3.23	27.23±2.87	77.25±6.87
P/F	0.003*/3.78	0.715/0.58	0.015*/2.87	0.000*/5.28

*Son bir yıl içinde hastaneye yatma değişkeni interval değişendir. Hastalıkla ilgili bilgi düzeyi ordinal değişkendir. Diğer değişkenler nominal değişkenlerdir.

Tablo 4.6.b.'de toplam umut ve alt ölçekleri ile tanıtıcı özellikleri arasında yapılan analiz sonuçlarının dağılımı incelendiğinde, alt GİS kanserli hastaların, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçek puan ortalamalarının diğer kanser türü olan hastalara göre daha yüksek olduğu, bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Diğer kanser türlerinin, toplam umut ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Multipleprimerli hastaların ilk kez tanı alan hastalara göre umut puanları istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Metastazı olan kanser hastalarının puan ortalamalarının metastazı olmayan hastaların puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$). Tanı süresine göre kanser hastaların umut puanları ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tanısını kanser/spesifik tanı olarak bilen hastaların, spesifik tanıyı bilmeyenlere göre gelecek alt ölçeği puan ortalamaları daha düşük çıkmıştır ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Kanserle birlikte başka bir kronik hastalığı olan bireylerin, olmayanlara göre gelecek alt ölçeği puan ortalamaları daha düşük çıkmış, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Hastalık evresi, son bir yıl içinde hastaneye yatma sayısı, hastalığıyla ilgili psikolojik destek alma durumu, hastalıkla ilgili eğitimi aldığı kaynak ve verilen hizmetten memnuniyet durumu ile toplam umut puanı ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$). Hastalıkla ilgili eğitim alma durumu ile gelecek alt ölçeği ve toplam umut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.05$).

Hastalıkla ilgili bilgi düzeyi ile gelecek, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar ve toplam umut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Hastalıkla ilgili bilgi düzeyi arttıkça (0 verenler hariç 1'den 5'e kadar) hastaların gelecek alt ölçek puan ortalamalarının da arttığı görülmüştür. Hastalıkla ilgili bilgisine 1 ve 2 verenlerin diğerlerine göre toplam umut puanlarının azaldığı görülmüştür.

Tablo 4.6.c. Hastaların Kemoterapi Semptomlarına Göre Umut Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Gelecek	Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki Bağlar	Toplam Umut Puanı
Ağrı	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	21.88±4.30	24.49±3.00	25.51±3.21	71.29±8.81
Yok	21.58±4.51	24.61±3.30	26.34±3.29	72.47±9.37
P/F	0.603/0.27	0.774/0.08	0.051*/38.3	0.316/1.01
Uyku sorunları	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	21.10±4.39	24.17±3.10	25.48±3.21	70.23±8.95
Yok	22.31±4.34	24.90±3.17	26.33±3.29	73.41±9.00
P/F	0.033*/4.60	0.076/3.17	0.045*/4.06	0.007*/7.50
Nefes darlığı	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	21.77±4.52	24.17±3.12	25.48±3.19	70.23±8.71
Yok	22.31±4.36	24.90±3.12	26.33±3.25	73.41±9.15
P/F	0.932/0.00	0.025*/5.07	0.008*/7.22	0.039*/4.28
Bulantı kusma	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	22.27±3.79	24.67±3.08	26.10±2.78	72.56±7.81
Yok	21.40±4.75	24.47±3.20	25.81±3.54	71.46±9.80
P/F	0.134/2.26	0.634/0.22	0.512/0.43	0.363/0.83
İştahsızlık	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	21.80±4.44	24.59±3.25	25.79±2.748	71.61±8.4
Yok	21.67±4.384	24.51±3.0	26.02±3.642	72.08±9.59
P/F	0.827/0.04	0.847/0.03	0.588/0.29	0.691/0.15
Güçsüzlük halsizlik	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	21.47±4.25	24.11±3.08	25.57±3.10	70.60±8.44
Yok	22.36±4.71	25.61±3.08	26.77±3.53	74.97±9.93
P/F	0.157/2.02	0.001*/11.86	0.010*/6.82	0.001*/11.96
Tat koku almada değişim	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	21.82±4.73	24.44±3.16	25.66±3.25	71.53±8.85
Yok	21.56±4.70	24.74±3.13	26.38±3.28	72.49±9.54
P/F	0.654/0.20	0.468/0.52	0.102/2.69	0.436/0.60
Ağız içinde yaralar	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	20.94±4.65	23.68±2.91	24.97±3.68	69.02±9.59
Yok	22.01±4.28	24.85±3.18	26.26±3.05	72.89±8.72
P/F	0.096/2.79	0.011*/6.55	0.007*/7.41	0.003*/8.72
Konstipasyon	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	21.70±4.265	24.27±3.298	25.46±3.102	71.01±8.72
Yok	21.74±4.488	24.69±3.072	26.17±3.350	72.34±9.29
P/F	0.945/0.00	0.328/0.96	0.113/2.52	0.282/1.16
İshal	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	22.10±3.75	23.69±2.67	26.38±2.67	71.83±6.93
Yok	21.68±4.48	24.66±3.2	25.86±3.35	71.88±9.37
P/F	0.626/0.23	0.119/2.44	0.423/0.64	0.976/0.00
Kanama	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	22.08±4.25	25.00±3.10	26.46±3.07	72.75±8.06
Yok	21.69±4.42	24.50±3.16	25.86±3.29	71.78±9.22
P/F	0.679/0.17	0.458/0.55	0.398/0.71	0.621/0.24
Saçlarda dökülme	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	21.78±4.40	24.07±3.22	25.76±3.16	71.30±9.08
Yok	21.73±4.41	25.54±2.76	26.26±3.48	73.06±9.08
P/F	0.806/0.06	0.001*/11.98	0.272/1.21	0.161/1.98
Endişeli sıkıntılı hissetme	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	21.02±4.67	23.48±3.15	24.95±3.24	69.34±9.51
Yok	22.38±4.04	25.53±2.82	26.82±3.05	74.21±8.05
P/F	0.016*/5.89	0.000*/28.20	0.000*/21.11	0.000*/18.39
Korku	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	20.38±4.77	23.30±3.25	24.98±3.17	68.94±10.01
Yok	22.24±4.15	25.02±2.98	26.28±3.25	72.99±8.49
P/F	0.003*/8.84	0.000*/14.97	0.006*/7.63	0.002*/9.82

Tablo 4.6.c’de hastalarda görülen kemoterapi semptomları ve umut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, ağrısı olmayan hastaların, ağrısı olanlara göre kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Uyku sorunu olan hastaların, olmayanlara göre gelecek, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçeği ve toplam umut ölçeği puan ortalamaları daha düşük bulunmuş ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Nefes darlığı olmayan hastaların olanlara göre olumlu hazır oluşluk ve beklenti ve kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçeği ve toplam umut puan ortalamaları daha yüksek görülmüş ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Güçsüzlük-halsizlik semptomu görülen hastaların görülmeyenlere göre olumlu hazır oluşluk ve beklenti, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar ve toplam umut ölçeği puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Bulantı kusma, iştahsızlık, tat koku almada değişim semptomları ile toplam umut ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$). Ağız içinde yarası olmayan hastaların olumlu hazır oluşluk ve beklenti, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar ve toplam umut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Konstipasyon, ishal ve kanama semptomları ile toplam umut ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulunurken ($p > 0.05$), saçlarda dökülme semptomu ile olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt ölçeği puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Saçlarda dökülme olmayan hastaların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Endişeli ve sıkıntılı hissetme ve korku semptomu ile tüm umut alt ölçekleri ve toplam umut ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 4.6.d. Hastalarda Umudu Etkileyebileceği Düşünülen Faktörlere Göre Umut Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Gelecek	Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki Bağlar	Toplam Umut Puanı
İyileştğini hissetme durumu	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Evet	22.18 $\pm$ 4.27	24.83 $\pm$ 3.08	26.23 $\pm$ 3.07	73.07 $\pm$ 8.63
Kısmen	21.00 $\pm$ 4.47	23.86 $\pm$ 3.11	25.36 $\pm$ 3.70	69.59 $\pm$ 9.50
Hayır	20.39 $\pm$ 4.85	24.50 $\pm$ 3.68	25.17 $\pm$ 3.11	69.50 $\pm$ 10.13
P/F	0.07/2.56	0.11/2.17	0.11/2.16	0.01*/4.08
Kendi işlerini yapma durumu	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Evet	22.13 $\pm$ 4.13	25.01 $\pm$ 2.89	26.30 $\pm$ 3.15	73.36 $\pm$ 8.57
Kısmen	21.40 $\pm$ 4.89	23.57 $\pm$ 3.73	25.36 $\pm$ 3.17	69.96 $\pm$ 9.59
Hayır	20.56 $\pm$ 4.59	24.03 $\pm$ 2.91	25.17 $\pm$ 3.75	68.47 $\pm$ 9.32
P/F	0.129/2.06	0.009*/4.85	0.064/2.77	0.003*/5.92
Yakınlarıyla iletişim sorunu yaşama durumu	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Evet	21.44 $\pm$ 4.86	22.94 $\pm$ 3.74	24.28 $\pm$ 4.09	68.66 $\pm$ 11.70
Kısmen	21.42 $\pm$ 4.99	23.25 $\pm$ 2.59	25.25 $\pm$ 3.59	69.08 $\pm$ 9.89
Hayır	21.80 $\pm$ 4.30	24.89 $\pm$ 2.98	26.23 $\pm$ 3.03	72.57 $\pm$ 9.32
P/F	0.885/0.12	0.002*/6.62	0.006*/5.31	0.043*/3.19
Sağlık personeliyle iletişim sorunu yaşama durumu	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Evet	23.17 $\pm$ 2.63	23.50 $\pm$ 1.22	26.50 $\pm$ 1.37	73.17 $\pm$ 5.19
Kısmen	18.20 $\pm$ 5.26	21.60 $\pm$ 3.84	23.80 $\pm$ 3.19	62.00 $\pm$ 8.51
Hayır	21.77 $\pm$ 4.39	24.64 $\pm$ 3.14	25.95 $\pm$ 3.30	72.06 $\pm$ 9.09
P/F	0.144/1.95	0.073/2.64	0.317/1.15	0.047*/3.10
Maddi sorunlar yaşama durumu	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Evet	20.67 $\pm$ 4.77	23.39 $\pm$ 3.04	24.80 $\pm$ 3.57	68.03 $\pm$ 9.94
Kısmen	23.04 $\pm$ 4.04	24.63 $\pm$ 3.09	26.13 $\pm$ 3.10	73.27 $\pm$ 7.71
Hayır	21.78 $\pm$ 4.19	25.19 $\pm$ 3.07	26.49 $\pm$ 3.01	73.54 $\pm$ 8.51
P/F	0.013*/4.45	0.001*/7.66	0.002*/6.26	0.000*/9.46
Aile desteğinde yeterlilik hissetme durumu	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Evet	21.97 $\pm$ 4.31	24.79 $\pm$ 3.09	26.28 $\pm$ 2.99	72.74 $\pm$ 8.44
Kısmen	19.63 $\pm$ 4.53	22.37 $\pm$ 2.91	22.68 $\pm$ 3.43	64.47 $\pm$ 10.62
Hayır	20.38 $\pm$ 5.34	23.25 $\pm$ 3.32	24.13 $\pm$ 5.33	66.38 $\pm$ 13.02
P/F	0.031*/3.01	0.001*/5.77	0.000*/8.68	0.000*/7.27
Hayat olumlu bakma durumu	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Evet	22.40 $\pm$ 3.84	24.97 $\pm$ 2.93	26.22 $\pm$ 3.05	73.29 $\pm$ 7.94
Kısmen	18.92 $\pm$ 4.56	22.54 $\pm$ 2.74	24.54 $\pm$ 3.24	65.58 $\pm$ 8.47
Hayır	12.29 $\pm$ 4.95	19.57 $\pm$ 4.15	22.14 $\pm$ 5.90	53.43 $\pm$ 13.93
P/F	0.000*/29.47	0.000*/18.08	0.000*/8.32	0.000*/28.40
Manevi inanç varlığı durumu	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Evet	21.84 $\pm$ 4.33	24.61 $\pm$ 3.12	26.11 $\pm$ 3.14	72.28 $\pm$ 8.86
Kısmen	20.23 $\pm$ 5.20	23.27 $\pm$ 3.19	24.50 $\pm$ 3.90	67.77 $\pm$ 10.78
Hayır	23.14 $\pm$ 2.73	26.71 $\pm$ 2.49	24.71 $\pm$ 4.34	72.43 $\pm$ 8.46
P/F	0.182/1.71	0.030*/3.56	0.055*/2.93	0.085/2.49

Tablo 4.6.d.'de hastalarda umudu etkileyebileceği düşünülen faktörlere göre umut ölçeği puan ortalamalarının dağılımına göre iyileştiğini hissetme durumu ile toplam umut puanı arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. İyileştiğini hisseden hastaların iyileştiğini kısmen hisseden hastalara göre toplam umut puanları yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Kendi işlerini yapma durumu ile olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt ölçeği ve toplam umut ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Kendi işlerini yapabilen hastaların kısmen yapabilen ve yapamayan hastalara göre toplam umut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Yakınlarıyla iletişim sorunu yaşama durumu ile olumlu hazır oluşluk ve beklenti, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçekleri ve toplam umut puanıyla arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Yakınlarıyla iletişim sorunu yaşayan hastaların, yaşamayanlara göre olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt ölçeği puan ortalaması daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Sağlık personeliyle iletişim sorunu yaşama durumu ile toplam umut puanı arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Sağlık personeliyle iletişim sorunu yaşayan hastaların, yaşamayan ve kısmen sorun yaşayan hastalara göre toplam umut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Maddi sorun yaşayan bireylerin, yaşamayanlara ve kısmen yaşayanlara göre toplam umut ölçeği puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Maddi sorun yaşayan bireylerin, yaşamayanlara göre gelecek, olumlu hazır oluşluk ve beklenti, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçekleri ortalamaları da daha düşük bulunmuştur ve farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Aile desteğinde yeterlilik hisseden bireylerin, kısmen hissedenlere ve hissetmeyenlere göre gelecek, olumlu hazır oluşluk ve beklenti, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçekleri ve toplam umut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Hayata olumlu bakma durumu ile toplam umut ölçeği ve tüm alt ölçeklerle arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Hayata olumlu bakanların hayata kısmen olumlu bakanlara ve bakmayanlara göre umut puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Manevi inanca kısmen sahip olanların, olmayanlara göre olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt ölçeğiyle arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.7.Hastaların Tanıtıcı ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile Umut Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin Çok Değişkenli Regresyon Analizi

	Gelecek			Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti			Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki Bağlar			Toplam Umut		
	beta	t	p	beta	t	p	beta	t	p	beta	t	p
Cinsiyet	-	-	-	0.074	1.184	0.238	-0.04	-0.79	0.429	0.07	1.29	0.197
Yaş	-	-	-	0.094	1.662	0.098	-	-	-	-	-	-
Çalışma durumu	0.108	1.928	0.055	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Medeni durum	-	-	-	-	-	-	0.04	0.59	0.550	0.08	1.44	0.150
Eğitim durumu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.10	1.46	0.145
Evde birlikte yaşadığı bireyler	-	-	-	-	-	-	0.13	2.32	0.021	0.07	1.26	0.208
Aylık gelir	0.092	1.524	0.129	0.020	0.322	0.747	-0.03	-0.57	0.569	0.17	2.72	0.007
Alt Gis Kanseri	-	-	-	-	-	-	0.19	3.37	0.001	0.06	1.17	0.242
Tanısını kanser/spesifik tanı olarak bilme	-0.098	-1.675	0.095	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kronik hastalık varlığı	-0.134	-2.374	0.018	-	-	-	-	-	-	-0.08	-1.39	0.164
Eğitim alma durumu	0.081	1.369	0.172	-	-	-	-	-	-	0.08	1.45	0.148
Bilgi düzeyi	0.152	2.642	0.009	-	-	-	0.03	0.64	0.519	0.19	3.10	0.002
İyileştğini hissetmek	-0.106	-1.872	0.062	-0.045	-0.795	0.428	-	-	-	-0.17	-2.49	0.013
Kendi işlerini yapabilir olma	-	-	-	-0.049	-0.862	0.390	-	-	-	-0.09	-1.60	0.109
Yakınlarıyla iletişim sorunu yaşama	-	-	-	0.154	2.726	0.007	0.09	1.68	0.093	0.07	1.27	0.202
Sağlık personeliyle iletişim sorunu yaşama	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.02	0.38	0.700
Maddi sorunlar	-0.021	-0.369	0.712	0.145	2.538	0.012	0.12	2.10	0.036	0.08	1.31	0.190
Aile desteği	-0.021	-0.369	0.172	-0.053	-0.911	0.363	-0.16	-2.72	0.007	-0.17	-3.02	0.003
Hayat olumlu bakış	-0.395	-6.859	0.000	-0.296	-5.216	0.000	-0.19	-3.36	0.001	-	-	-
Manevi inanç	-	-	-	0.095	1.646	0.101	-0.05	-0.90	0.366	-	-	-
Ağrı	-	-	-	-	-	-	-0.03	-0.59	0.552	-	-	-
Uyku sorunları	-0.065	-1.127	0.261	-	-	-	-0.01	-0.25	0.798	-0.03	-0.59	0.551
Nefes darlığı	-	-	-	-0.082	-1.446	0.149	-0.06	-1.14	0.254	-0.00	-0.06	0.946
Güçsüzlük halsizlik	-	-	-	-0.059	-0.988	0.324	-0.02	-0.46	0.643	-0.09	-1.46	0.144
Ağız içinde yaralar	-	-	-	-0.077	-1.357	0.176	-0.12	-2.10	0.035	-0.13	-2.35	0.019
Saçlarda dökülme	-	-	-	-0.124	-2.150	0.033	-	-	-	-	-	-
Endişeli ve sıkıntılı hissetme	-	-	-	-0.222	-3.811	0.000	-0.19	-3.37	0.001	-0.13	-2.11	0.035
Korku	-0.157	-2.769	0.006	-0.081	-0.301	0.194	-0.04	-0.76	0.447	-0.14	-2.21	0.028

* Umut ölçeğinin toplam puanı ve alt grupları için ayrı ayrı multivariate analizler yapılmıştır.

* Koyu renklendirilmiş olanlar forward stepwise yöntemi ile seçilmiştir.

Tablo 4.7.'de hastaların tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özellikleri ile umut ölçeği puanlarının çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre bireylerin bir işte çalışma durumuna göre umut puan ortalamaları incelendiğinde, bir işte çalışanların gelecek ve toplam umut puan ortalamaları çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuş ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre çalışma faktörü ile gelecek alt ölçeği arasında tek başına bir anlamlılık saptanmıştır ($p<0.05$, $\beta=0.10$).

Eş /eş ve çocuklarıyla birlikte yaşayanların kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar ve toplam umut puan ortalamalarının yüksek olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Multivariate test ile ileri analiz sonuçlarında yalnızca kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçeği ile anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$, $\beta=0.13$).

Hastaların aylık gelir düzeyinin, toplam umut puanı ve tüm umut alt ölçekleri ile arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre ailenin aylık gelir düzeyi tek başına hastanın umut düzeyi etkilemektedir ($p=0.07$, $\beta=0.17$). Aylık gelir düzeyi arttıkça hastanın umut düzeyinin buna bağlı olarak arttığı saptanmıştır.

Çalışmamızda alt GİS kanserli hastaların, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçek puan ortalamalarının diğer tür kanserli hastalara göre daha yüksek olduğu, bu farkların da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, $\beta=0.19$).

Çalışmamızda hastalıkla ilgili bilgi düzeyi ile gelecek, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar ve toplam umut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde gelecek alt ölçeği ve toplam umut puanları ile hastaların bilgi düzeyi tek başına anlamlı bulunmuştur (gelecek ölçeği $p<0.05$, $\beta=0.15$; toplam umut $p<0.05$, $\beta=0.19$). Hastalıkla ilgili bilgi düzeyi arttıkça (bilgisine 0 verenler hariç 1'den 5'e kadar) hastaların gelecek alt ölçeği ve toplam umut puan ortalamalarının da arttığı görülmüştür.

Başka bir kronik hastalığı olan bireylerin gelecek alt ölçeği ve toplam umut puan ortalamaları daha düşük çıkmış, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde gelecek alt ölçeği ile kronik hastalık varlığı tek başına anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, $\beta=-0.13$).

Ağız içi yaraları olan hastaların olmayan hastalara göre olumlu hazır oluşluk ve beklenti, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçeği ve toplam umut puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüş, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre ise ağız içinde yara olma semptomunun kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçeği ve toplam umutla tek başına anlamlı anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$, $\beta=-0.12$, $\beta=-0.13$).

Saçlarda dökülme olmayan hastaların, olanlara göre olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$, $\beta=-0.12$).

Hastalığıyla ilgili endişeli ve sıkıntılı hisseden hastaların tüm umut alt ölçekleri ve toplam umut ölçeği puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). İleri analiz sonuçlarına göre endişeli ve sıkıntılı hissetme faktörü tek başına olumlu hazır oluşluk ve beklenti, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçeği ve toplam umut ölçeği ile anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, $\beta=-0.22$, $\beta=-0.18$, $\beta=-0.13$). Korku faktörü ise gelecek alt ölçeği ve toplam umut ölçeği ile tek başına anlamlıdır ($p<0.05$, $\beta=-0.15$, $\beta=-0.14$).

Çalışmamızda iyileştiğini hissetme durumu ile toplam umut puanı arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, $\beta=-0.17$). İyileştiğini hisseden hastaların, kısmen hisseden ve iyileştiğini hissetmeyen hastalara göre toplam umut puanları daha yüksek bulunmuştur. Hayata olumlu bakma durumu ile toplam umut ölçeği ve tüm alt ölçeklerle arasındaki fark anlamlı bulunurken ileri analizde hayata olumlu bakanların, bakmayanlara göre gelecek, olumlu hazır oluşluk ve beklenti, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçek puan ortalamaları yüksek bulunmuş, aralarındaki farkın tek başına anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$, $\beta=-0.395$, $\beta=-0.29$, $\beta=-0.19$).

Yakınlarıyla iletişim sorunu yaşama durumu ile olumlu hazır oluşluk ve beklenti, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçekleri ve toplam umut puanı arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İleri analiz sonuçlarına göre yakınlarıyla iletişim sorunu yaşayan hastaların, yaşamayanlara göre olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt ölçeği puan ortalaması daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$, $\beta=0.15$).

Aile desteğini yeterli hissedenlerin, hissetmeyenlere göre kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçeği ve toplam umut ölçeği arasında fark da istatistiksel olarak tek başına anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, $\beta=-0.16$, $\beta=-0.17$).

Maddi sorun yaşayan bireylerin, yaşamayanlara ve kısmen yaşayanlara göre toplam umut ölçeği ve tüm alt ölçekler puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$). İleri analiz sonuçlarına göre maddi sorun yaşama faktörü ile olumlu hazır oluşluk ve beklenti, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçekleri tek başına anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, $\beta=0.14$, $\beta=0.12$).

Tablo 4.8.a. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin SBCTÖ ile İlişkisinin Dağılımı

	**Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Çaresiz/Kendini Suçlayıcı Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Destek Arama Yaklaşımı
Cinsiyet	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Kadın	15.55±3.16	10.36±2.56	11.50±4.45	9.29±2.75	8.03±2.60
Erkek	16.75±2.82	11.15±2.24	9.88±3.81	8.34±3.37	8.13±2.55
P/F	0.002*/9.50	0.012*/6.34	0.003*/8.94	0.017*/5.82	0.762/0.09
*Yaş	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
P/F	0.429/0.62	0.504/0.44	0.440/0.59	0.043/4.14	0.355/0.85
Medeni durum	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Bekar	15.52±2.90	10.12±2.34	11.30±4.43	8.61±2.64	7.52±2.57
Evli	16.21±3.08	10.83±2.45	10.65±4.20	8.88±3.16	8.17±2.56
P/F	0.226/1.47	0.122/2.40	0.410/0.68	0.638/0.22	0.176/1.84
Çocuk sayısı	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
2 ve 2'den az	16.29±3.03	10.75±2.32	10.11±2.32	8.13±3.05	8.26±2.45
2'den fazla	15.85±3.11	10.70±2.63	11.71±4.55	9.95±2.83	7.80±2.73
P/F	0.282/1.16	0.874/0.02	0.004*/8.45	0.000*/21	0.175/1.85
Evde birlikte yaşadığı bireyler	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Eş /eş ve çocuk	16.23±3.07	10.82±2.43	10.55±4.21	8.91±3.10	8.27±2.50
Diğer	15.69±3.02	10.41±2.48	11.47±4.29	8.57±3.07	7.33±2.73
P/F	0.280/1.17	0.298/1	0.176/1.84	0.494/0.46	0.021*/5.36
*Eğitim durumu	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Okuryazar değil	14.33±3.14	9.00±3.36	12.39±3.77	11.50±2.30	8.00±3.06
Okuryazar	15.33±1.77	9.92±2.93	13.42±3.26	10.08±1.83	7.83±2.62
İlkokul	15.88±3.15	11.04±2.28	11.29±4.39	9.83±2.57	8.26±2.57
Ortaokul	16.45±3.05	10.86±1.75	11.59±4.10	8.77±2.87	7.00±2.79
Lise	16.49±3.00	10.94±2.11	8.17±3.59	6.34±2.90	7.66±2.35
Üniversite ve üzeri	17.47±2.62	10.58±2.64	9.19±3.37	6.36±2.56	8.67±2.24
P/F	0.013*/2.76	0.035*/2.30	0.000*/5.36	0.000*/18.01	0.266/1.28
Çalışma durumu	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Çalışıyor	16.67±2.61	11.08±2.43	9.08±4.36	7.92±2.70	8.38±2.44
Çalışmıyor	16.06±3.11	10.69±2.45	10.92±4.19	8.94±3.12	8.05±2.59
P/F	0.355/0.85	0.461/0.54	0.043*/4.12	0.123/2.40	0.554/0.35
*Aylık gelir					
P/F	0.009*/6.92	0.327/0.96	0.000*/19.44	0.000*/44.86	0.023*/5.24
Gelir gider dengesi	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Gelir giderden az	16.47±3.08	11.02±2.41	10.33±3.90	9.27±2.95	8.07±2.50
Gelir gidere eşit ve fazla	15.75±3.02	10.44±2.45	11.16±4.53	8.43±3.17	8.09±2.65
P/F	0.072/3.27	0.068/3.35	0.128/2.33	0.034*/4.54	0.934/0.00

*Eğitim durumu ordinal değişkendir. Yaş ve aylık gelir interval değişkenlerdir. Aylık gelir değişkeni normal dağılıma uymadığından logaritması alınarak istatistikleri hesaplanmıştır.

**SBCTÖ alt ölçekleridir.

Tablo 4.8.a.'de stres alt ölçekleri ile hastaların tanıtıcı özellikleri arasında yapılan analiz sonuçlarının dağılımı verilmiştir. Cinsiyet faktörüyle kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım, boyun eğici yaklaşım alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Erkeklerin kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım puan ortalaması kadınlarınkinden yüksek, kadınların çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım, boyun eğici yaklaşım puan ortalaması erkeklerden yüksek bulunmuştur.

Yaş ve medeni durum faktörleri ile stres ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık görülmemiştir ($p>0.05$). Çocuğu 2 veya 2'den daha fazla sayıda olan hastaların çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım, boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Evinde eş/eş ve çocuklarıyla yaşayan hastaların, yalnız yaşayan ve diğer bireylerle yaşayanlara göre sosyal destek arama alt ölçeği puan ortalamaları yüksek düzeyde bulunmuş ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Çalışan hastaların, çalışmayanlara göre çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalamaları daha düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$).

Eğitim durumu faktörü ile kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım, boyun eğici yaklaşım alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Hastaların eğitim düzeyi artıkça kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım puan ortalamaları (ilkokul, üniversite ve üzeri olanlar hariç) yüksek, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım (üniversite ve üzeri olanlar hariç), boyun eğici yaklaşım (ilkokul, üniversite ve üzeri olanlar hariç) alt ölçek puanlarının düşük olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin aylık gelir durumlarına göre kendine güvenli yaklaşım, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, sosyal destek arama alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların gelir gider dengesi ile yalnızca boyun eğici yaklaşım alt ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur. Geliri giderinden az olan hastaların boyun eğici yaklaşım alt ölçeği puan ortalamaları daha yüksek düzeyde bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.8.b.Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerinin SBCTÖ ile İlişkisinin Dağılımı

	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Çaresiz/Kendini Suçlayıcı Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Destek Arama Yaklaşımı
Akciğer kanseri	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Var	16.81±2.94	11.00±2.59	9.89±4.11	7.83±3.82	8.02±2.66
Yok	15.91±3.08	10.66±2.40	10.98±4.24	9.13±2.78	8.10±2.55
P/F	0.057/3.65	0.364/0.82	0.094/2.81	0.006*/7.61	0.845/0.03
Üst GİS kanserleri	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Var	16.14±2.49	11.23±1.87	12.82±3.26	8.64±2.21	8.86±2.27
Yok	16.11±3.12	10.68±2.49	10.53±4.27	8.86±3.16	8.00±2.59
P/F	0.975/0.00	0.322/0.98	0.015*/5.96	0.745/0.10	0.134/2.26
Alt GİS kanserleri	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Var	16.73±2.59	11.43±2.24	9.45±3.94	8.98±3.09	7.93±2.65
Yok	15.98±3.15	10.58±2.46	11.03±4.25	8.81±3.09	8.11±2.56
P/F	0.144/2.14	0.036*/4.45	0.026*/5.02	0.748/0.10	0.675/0.17
Genitoüriner kanserler	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Var	14.92±3.74	10.25±3.09	10.92±3.63	9.79±3.27	8.96±2.45
Yok	16.25±2.96	10.79±2.36	10.72±4.30	8.74±3.06	7.98±2.57
P/F	0.043*/4.13	0.309/1.04	0.828/0.04	0.113/2.53	0.078/3.13
Meme Kanseri	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Var	15.89±3.11	10.60±2.33	10.89±4.23	8.95±2.47	8.22±2.71
Yok	16.18±3.05	10.77±2.48	10.69±4.24	8.81±3.25	8.04±2.53
P/F	0.535/0.38	0.646/0.21	0.760/0.09	0.777/0.08	0.649/0.20
Hematolojik Kanserler	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Var	15.79±2.96	10.07±2.05	12.21±4.74	9.07±3.62	6.43±2.20
Yok	16.14±3.07	10.77±2.46	10.65±4.19	8.83±3.06	8.18±2.56
P/F	0.678/0.17	0.298/1.08	0.179/1.81	0.775/0.08	0.013*/6.24
Multible primeri olanlar	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Var	15.35±2.99	10.06±2.90	12.47±4.18	9.29±2.44	8.53±2.09
Yok	16.17±3.07	10.78±2.40	10.61±4.21	8.81±3.13	8.04±2.60
P/F	0.288/1.13	0.239/1.39	0.080/3.09	0.532/0.39	0.455/0.55
Metastaz Durumu	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Var	16.52±2.87	10.83±2.39	10.91±3.76	8.42±3.08	8.38±2.52
Yok	15.88±3.16	10.68±2.48	10.64±4.49	9.09±3.07	7.90±2.59
P/F	0.121/2.42	0.634/0.22	0.629/0.23	0.101/2.70	0.162/1.96
Tam süresi	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
7 ay ve daha az	15.88±3.12	10.76±2.24	10.58±4.14	8.71±3.13	8.12±2.49
7 aydan daha fazla	16.40±2.88	10.71±2.68	10.93±4.34	9.00±3.04	8.03±2.68
P/F	0.186/1.75	0.877/0.02	0.529/0.39	0.470/0.52	0.777/0.08

Tablo 4.8.b.Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerinin SBÇTÖ ile İlişkisinin Dağılımı-Devam

	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Çaresiz/Kendini Suçlayıcı Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Destek Arama Yaklaşımı
Tanısını kanser/spesifik tanı olarak bilme	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Biliyor	15.81±3.11	11.04±2.34	11.37±4.32	10.14±2.97	8.14±2.65
Bilmiyor	16.21±3.05	10.64±2.47	10.54±4.19	8.44±3.02	8.06±2.55
P/F	0.384/0.76	0.287/1.13	1.198/1.66	0.000*/13.90	0.838/0.04
Hastalık evresi	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Biliyor	16.42±2.78	10.81±2.19	10.38±4.10	7.23±2.50	8.27±2.41
Bilmiyor	16.03±3.14	10.71±2.51	10.84±4.27	9.29±3.09	8.03±2.61
P/F	0.417/0.66	0.805/0.06	0.498/0.46	0.000*/19.41	0.549/0.36
Kronik hastalık varlığı	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Var	15.61±3.02	9.86±2.74	11.16±4.63	9.12±2.95	7.46±2.71
Yok	16.27±3.06	11.01±2.28	10.61±4.10	8.75±3.13	8.27±2.50
P/F	0.157/2.01	0.002*/9.88	0.392/0.73	0.433/0.61	0.036*/4.44
Son bir yıl içinde hastaneye yatma sayısı	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
P/F	0.922/0.01	0.782/	0.707/0.14	0.535/0.38	0.870/0.02
Psikolojik destek alma durumu	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Alıyor	15.83±3.14	10.07±2.08	12.10±3.72	8.62±2.51	8.66±2.59
Almıyor	16.16±3.06	10.82±2.48	10.55±4.27	8.87±3.16	8.00±2.56
P/F	0.589/0.29	0.119/2.44	0.064/3.46	0.682/0.16	0.119/1.65
Hastalığıyla ilgili eğitim alma durumu	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Aldı	16.26±3.04	10.78±2.45	10.50±4.13	8.61±2.97	8.17±2.54
Almadı	15.04±3.08	10.36±2.36	12.50±4.63	10.57±3.45	7.39±2.71
P/F	0.047*/3.98	0.388/0.74	0.019*/5.59	0.002*/10.31	0.134/2.26
Eğitimi aldığı kaynak	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Hemşire	16.15±3.05	10.83±2.52	10.58±3.92	8.18±2.95	2.52±2.52
Diğer	16.02±3.11	10.47±2.21	11.17±4.99	7.80±3.46	2.69±2.69
P/F	0.759/0.09	0.313/1.02	0.339/0.91	0.506/0.44	0.307/1.05
Verilen hizmetten memnuniyet durumu	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Memnun	16.08±3.09	10.7±2.47	10.70±4.21	8.83±3.07	8.11±2.57
Memnun Değil	17.13±1.95	9.75±1.28	11.75±4.97	9.13±3.72	7.13±2.47
P/F	0.345/0.89	0.248/1.33	0.493/0.47	0.793/0.06	0.287/1.13
Hastalıkla ilgili bilgi düzeyi	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
0	15.41±3.69	10.36±3.52	10.55±4.00	10.73±3.97	7.73±2.94
1	15.59±3.16	11.28±2.23	13.19±4.23	10.31±2.62	6.72±2.60
2	15.27±2.55	10.36±2.01	10.93±4.98	8.78±2.93	8.47±2.38
3	16.17±2.85	10.41±2.31	10.91±4.07	8.76±2.42	8.50±2.17
4	16.23±3.17	10.26±2.48	10.13±4.08	7.66±3.17	8.09±2.58
5	17.68±2.85	11.93±2.12	9.15±4.33	8.20±3.01	8.35±2.77
P/F	0.006*/3.35	0.008*/3.22	0.003*/3.70	0.000*/5.24	0.030*/2.53

Tablo 4.8.b.'de hastaların hastalıkla ilgili özelliklerinin SBCTÖ ile ilişkisinin dağılımı verilmiştir. Akciğer kanseri olan hastaların boyun eğici yaklaşım alt ölçeği puan ortalaması diğer kanser türlerine göre daha düşük düzeyde olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Üst gis kanseri olan hastaların çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım ve toplam stres ölçeği puan ortalamaları daha yüksek düzeyde bulunmuş ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Alt GIS kanseri olan hastaların iyimser yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalamaları daha düşük bulunmuş ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Genitoüriner kanserleri olan hastaların kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları diğer kanser türlerine göre daha düşük bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hematolojik kanserleri olan hastaların sosyal destek arama alt ölçeği puan ortalaması diğer kanser türlerine göre daha düşük bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Tanısını kanser/spesifik tanı olarak bilen hastaların tanısını bilmeyenlere göre boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek düzeyde bulunmuş ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hastalık evresini bilen hastaların boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları, hastalık evresini bilmeyen hastalara göre daha düşük bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hastalığın tanı süresine ile SBCTÖ alt ölçekleri arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Başka bir kronik hastalığı olanların, kronik hastalığı olmayanlara göre iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hastalığı ile ilgili eğitim alan hastaların kendine güvenli yaklaşım puan ortalaması, eğitim almayan hastalara göre düşük bulunmuştur. Eğitim alan hastalarda çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puan ortalaması, almayanlara göre daha düşük düzeyde bulunmuş ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hastalıkla ilgili bilgi düzeyi ile tüm alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur. Hastalıkla ilgili bilgi düzeyi 0, 1 ve 2 olanların bilgi düzeyi 5 olanlara göre kendine güvenli yaklaşım puan ortalaması daha düşük bulunmuş ve farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hastalıkla ilgili bilgi düzeyi 2, 3 ve 4 olanların bilgi düzeyi 5 olanlara göre iyimser yaklaşım puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hastalıkla ilgili bilgi düzeyi 1 olanların, bilgi düzeyi 4 ve 5 olanlara göre çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hastalıkla ilgili bilgi düzeyi 0 ve 1 olanların, bilgi düzeyi 4 ve 5 olanlara göre boyun eğici yaklaşım puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır.

($p<0.05$). Hastalıkla ilgili bilgi düzeyi 1 olanların, bilgi düzeyi 2 ve 3 olanlara göre sosyal destek arama puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hastaneye yatma sayısı, psikolojik destek alma durumu, hastalığıyla ilgili eğitim aldığı kaynak, verilen hizmetten memnuniyet değişkenleri ile SBCTÖ alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8.c. Hastalarda Görülen Kemoterapi Semptomlarının SBÇTÖ ile İlişkisinin Dağılımı

	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Çaresiz/Kendini Suçlayıcı Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Destek Arama Yaklaşımı
Ağrı	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	15.93±2.91	10.56±2.36	11.22±4.28	9.11±2.80	8.17±2.51
Yok	15.31±3.20	10.91±2.52	10.24±4.14	8.57±3.34	7.99±2.64
P/F	0.331/0.94	0.275/1.19	0.073/3.23	0.180/1.81	0.602/0.27
Uyku sorunları	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	15.48±3.03	10.55±2.54	11.41±3.86	9.31±2.72	7.86±2.59
Yok	16.71±2.99	10.90±2.35	10.10±4.47	8.40±3.35	8.28±2.54
P/F	0.002*/9.95	0.267/1.23	0.016*/5.84	0.023*/5.25	0.207/1.60
Nefes darlığı	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	15.89±3.02	10.28±2.73	11.83±3.98	8.88±2.96	8.05±2.84
Yok	16.20±3.08	10.90±2.31	10.33±4.26	8.83±3.14	8.17±2.47
P/F	0.491/0.47	0.078/3.12	0.014*/6.06	0.915/0.01	0.742/0.10
Bulantı kusma	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	16.01±3.21	10.69±2.28	10.81±4.14	9.14±2.71	8.11±2.39
Yok	16.18±2.98	10.76±2.54	10.69±4.30	8.66±3.29	8.06±2.68
P/F	0.677/0.17	0.840/0.04	0.829/0.04	0.239/1.39	0.885/0.02
İştahsızlık	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	15.94±3.16	10.73±2.24	10.88±4.09	8.99±2.76	8.44±2.45
Yok	16.25±2.98	10.73±2.60	10.63±4.35	8.73±3.32	7.80±2.64
P/F	0.440/0.59	1.000/0.00	0.656/0.20	0.512/0.43	0.057/3.67
Güçsüzlük halsizlik	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	15.72±3.07	10.34±2.46	11.21±4.21	9.19±2.87	7.94±2.54
Yok	17.07±2.84	11.70±2.11	9.60±4.10	7.99±3.43	8.43±2.63
P/F	0.002*/	0.000*/16.41	0.007*/7.31	0.006*/7.79	0.178/1.82
Ağız içinde yaralar	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	15.00±2.67	9.98±2.73	12.03±4.21	9.06±2.68	7.73±2.66
Yok	16.51±3.10	11.00±2.28	10.28±4.15	8.76±3.22	8.20±7.73
P/F	0.001*/0.93	0.004*/11.84	0.005*/8.25	0.508/8.21	0.211/0.43
Tat koku almada değişim	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	15.88±3.11	10.62±2.30	11.23±4.37	9.10±2.96	8.13±2.47
Yok	16.55±2.95	10.94±2.68	9.85±3.83	8.37±3.27	7.99±2.75
P/F	0.105/2.65	0.325/0.97	0.015*/6.02	0.079/3.12	0.684/0.16
Konstipasyon	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	15.19±3.31	10.60±2.28	10.77±4.07	9.05±3.27	8.24±2.55
Yok	16.62±2.80	10.81±2.53	10.68±4.33	8.73±2.99	7.77±2.57
P/F	0.001*/12.35	0.522/0.41	0.875/0.02	0.450/0.57	0.178/1.82
İshal	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	16.24±2.48	11.10±2.41	11.55±3.68	9.55±1.84	8.69±2.20
Yok	16.10±3.14	10.68±2.45	10.63±4.30	8.74±3.21	8.00±2.61
P/F	0.816/0.05	0.386/0.75	0.270/1.22	0.188/1.74	0.174/1.86
Kanama	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	15.83±2.74	10.71±2.05	10.50±3.83	8.63±2.44	8.92±2.70
Yok	16.15±3.10	10.74±2.49	10.76±4.28	8.87±3.15	7.99±2.54
P/F	0.634/0.22	0.958/0.00	0.773/0.08	0.718/0.13	0.093/2.84
Saçlarda dökülme	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	15.94±3.20	10.51±2.39	11.20±4.23	9.01±2.98	8.20±2.52
Yok	16.49±2.72	11.21±2.50	9.77±4.09	8.49±3.29	7.83±2.67
P/F	0.195/1.69	0.038*/4.35	0.014*/6.17	0.218/1.52	0.306/1.05
Endişeli sıkıntılı hissetme	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	15.67±3.26	9.90±2.56	11.76±4.19	9.30±2.86	8.20±2.40
Yok	16.53±2.82	11.50±2.06	9.80±4.06	8.42±3.24	7.97±2.73
P/F	0.030*/4.76	0.000*/28.23	0.000*/13.45	0.026*/5.03	0.487/0.48
Korku	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	15.53±3.02	9.73±2.61	12.52±4.36	9.36±2.69	8.14±2.29
Yok	16.34±3.06	11.11±2.27	10.06±3.99	8.64±3.21	8.06±2.67
P/F	0.068/3.36	0.000*/16.38	0.000*/17.12	0.107/2.61	0.833/0.04

Tablo 4.8.c.'de hastalarda görülen kemoterapi semptomlarının SBCTÖ ile ilişkisinin dağılımı verilmiştir. Ağrı semptomu görülen hastaların stres alt ölçek puanlarının hiçbirisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Uyku sorunları olan hastaların, olmayanlara göre kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları daha düşük, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Nefes darlığı sorunu yaşayan hastaların çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalamaları, yaşamayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Güçsüzlük halsizlik semptomu yaşayan hastaların, bu semptomu yaşamayanlara göre kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalaması daha düşük, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tat ve koku almada değişimi olan hastaların, olmayanlara göre çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Ağız içinde yaralar ile kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları ağız içinde yarası olmayanlara göre daha düşük, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalaması ise yüksek düzeyde bulunmuştur ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Konstipasyonu olan hastaların, olmayanlara göre kendine güvenli yaklaşım puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Saçları dökülen hastaların dökülmeyenlere göre iyimser yaklaşım puan ortalamaları daha düşük, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hastalığı ile ilgili endişeli ve sıkıntı hisseden hastaların hissetmeyenlere göre kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım puan ortalamaları daha düşük ve boyun eğici yaklaşım, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Gelecekle ilgili korku yaşayan hastaların iyimser yaklaşım puan ortalaması daha düşük iken, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu farkların istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$).

Bulantı- kusma, iştahsızlık, ishal, kanama semptomları ile SBCTÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8.d.Hastalarda Umudu Etkileyebileceği Düşünülen Faktörlerin SBCTÖ ile İlişkisinin Dağılımı

	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Çaresiz/ Kendini Suçlayıcı Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Destek Arama Yaklaşımı
İyileştigini hissetme durumu	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Evet	16.21±2.96	10.93±2.42	10.32±4.23	8.65±2.97	7.89±2.63
Kısmen	15.92±3.49	10.31±2.44	11.94±3.99	9.48±3.22	8.38±2.55
Hayır	16.00±2.32	10.50±2.55	10.11±4.47	8.22±3.45	8.67±1.94
P/F	0.639/0.63	0.198/1.51	0.056/2.34	0.106/1.93	0.154/1.68
Kendi işlerini yapabilme durumu	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Evet	16.55±2.88	10.88±2.39	9.99±4.03	8.42±3.18	8.03±2.42
Kısmen	15.30±3.24	10.43±1.89	12.06±4.47	9.38±2.83	8.09±2.83
Hayır	15.50±3.27	10.56±3.26	11.94±4.03	9.83±2.78	8.25±2.86
P/F	0.016*/4.21	0.467/0.76	0.001*/6.71	0.016*/4.18	0.902/0.10
Yakınlarıyla iletişim sorunu yaşama durumu	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Evet	15.22±4.02	10.03±2.81	12.34±4.58	9.97±2.96	7.00±2.80
Kısmen	15.83±3.24	10.75±2.09	12.58±5.08	9.92±2.84	6.92±2.84
Hayır	16.28±2.86	10.85±2.39	10.36±4.05	8.59±3.08	8.33±2.46
P/F	0.182/1.71	0.217/1.53	0.014*/4.32	0.030*/3.56	0.007*/5.11
Sağlık personeliyle iletişim sorunu yaşama	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Evet	17.33±2.33	11.00±1.67	10.17±3.43	7.83±3.06	6.50±1.51
Kısmen	12.60±3.84	7.20±4.20	14.20±3.96	9.40±3.97	9.20±3.56
Hayır	16.16±3.02	10.80±2.37	10.68±4.24	8.86±3.08	8.10±2.56
P/F	0.022*/3.87	0.004*/5.54	0.174/1.72	0.670/0.40	0.201/1.61
Maddi sorunlar yaşama durumu	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Evet	15.46±2.99	10.51±2.43	12.40±4.49	9.69±2.79	7.44±2.77
Kısmen	16.06±3.10	10.92±2.30	10.98±4.13	8.75±3.08	8.19±2.39
Hayır	16.53±3.04	10.78±2.52	9.64±3.79	8.38±3.18	8.41±2.48
P/F	0.065/2.76	0.634/0.45	0.000*/10.13	0.019*/4.04	0.042*/3.20
Aile desteğinde yeterlilik durumu	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Evet	16.16±3.05	10.78±2.45	10.53±4.21	8.83±3.11	8.11±2.60
Kısmen	16.00±2.84	10.21±1.65	12.47±3.76	8.11±2.60	7.74±2.25
Hayır	15.25±4.09	10.63±3.66	12.13±5.24	10.88±3.09	8.00±2.82
P/F	0.440/0.81	0.488/0.37	0.768/2.14	0.096/1.86	0.136/1.46
Hayat olumlu bakma durumu	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Evet	16.34±2.99	10.95±2.32	10.49±4.16	8.74±3.05	8.14±2.60
Kısmen	15.15±3.13	9.8±2.98	11.46±4.06	9.35±3.19	7.58±2.43
Hayır	13.14±3.13	8.57±1.71	15.29±4.68	9.86±3.93	8.14±2.11
P/F	0.006*/0.64	0.001*/5.29	0.008*/6.77	0.439/4.91	0.576/0.82
Manevi inanç durumu	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Evet	16.21±3.05	10.82±2.45	10.61±4.20	9.04±2.93	8.03±2.57
Kısmen	15.32±3.45	9.86±2.31	12.14±4.32	7.14±4.09	8.55±2.40
Hayır	15.71±1.70	10.86±2.26	10.29±4.57	8.14±2.91	8.00±3.16
P/F	0.404/0.91	0.217/1.53	0.263/1.34	0.018*/4.07	0.673/0.39

Tablo 4.8.d.'de umudu etkileyebileceği düşünülen faktörlerin SBÇTÖ ile ilişkisinin dağılımı verilmiştir. İyileştiğini hissetme durumu ile SBÇTÖ arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Kendi işlerini yapabilen hastaların, işlerini kısmen yapabilen ve yapamayan hastalara göre kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Yakınlarıyla iletişim sorunu yaşamayanların, yaşayanlara göre çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puan ortalaması daha düşük, sosyal destek arama yaklaşımı puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Sağlık personeliyle iletişim sorunu yaşayanların, kısmen yaşayanlara ve yaşamayanlara göre kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları diğerlerine göre yüksek bulunmuş ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Maddi sorun yaşayan hastaların, yaşamayanlara göre çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puan ortalaması daha yüksek, sosyal destek arama yaklaşımı puan ortalaması daha düşük bulunmuştur ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Aile desteğinde yeterlilik durumu ile stres ölçeği arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Hayat olumlu bakan hastaların, bakmayanlara göre kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları diğerlerine göre yüksek, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Manevi inanç faktörü ile stres ölçeği arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9.Hastaların Tanıtıcı ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile SBÇTÖ Arasındaki İlişkinin Çok Değişkenli Regresyon Analizi

	Kendine güvenli yaklaşım			İyimser yaklaşım			Çaresiz/Kendini Suçlayıcı Yaklaşım			Boyun Eğici Yaklaşım			Sosyal Destek Arama Yaklaşımı		
	beta	t	p	beta	t	p	beta	t	p	beta	t	p	beta	t	p
Cinsiyet	0.10	1.70	0.089	-0.01	-0.20	0.841	-0.06	-1.07	0.283	-0.01	-0.19	0.843	-	-	-
Eğitim durumu	0.17	2.93	0.004	0.01	0.23	0.816	-0.23	-3.91	0.000	-0.48	-8.91	0.000	-	-	-
Çocuk sayısı	-	-	-	-	-	-	0.09	1.44	0.150	0.07	1.25	0.210	-	-	-
Evde birlikte yaşadığı bireyler	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.11	1.82	0.070
Çalışma durumu	-	-	-	-	-	-	-0.08	-1.51	0.132	-	-	-	-	-	-
Aylık gelir	0.02	0.31	0.751	-	-	-	-0.10	-1.44	0.150	-0.10	-1.60	0.110	0.08	1.20	0.231
Gelir gider dengesi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.01	0.30	0.761	-	-	-
Akciğer kanseri	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-0.18	-3.25	0.001	-	-	-
Genitouriner kanserler	-0.14	-2.43	0.016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ust GIS kanserleri	-	-	-	-	-	-	0.14	2.45	0.015	-	-	-	-	-	-
Alt GIS kanserleri	-	-	-	0.13	2.39	0.017	-0.11	-2.00	0.046	-	-	-	-	-	-
Hematolojik kanserler	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-0.17	-2.76	0.006
Tanısınankanser/spesifik tanı olarak bilme	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.09	1.81	0.071	-	-	-
Hastalık evresi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-0.17	-3.25	0.001	-	-	-
Kronik hastalık varlığı	-	-	-	-0.19	-3.38	0.001	-	-	-	-	-	-	-0.14	-2.28	0.023
Hastalıkla ilgili eğitim alma durumu	0.07	1.29	0.196	-	-	-	-0.06	-1.10	0.269	-0.06	-1.14	0.255	-	-	-
Hastalıkla ilgili bilgi düzeyi	0.11	1.77	0.077	0.01	0.21	0.833	-0.10	-1.66	0.097	-0.08	-1.38	0.166	0.09	1.52	0.128
Kendi işlerini yapma durumu	-0.07	-1.20	0.229	-	-	-	0.081	1.37	0.170	0.03	0.54	0.586	-	-	-
Yakınlarıyla iletişim sorunu yaşama durumu	-	-	-	-	-	-	-0.10	-1.85	0.064	-0.14	-2.73	0.007	0.1	2.67	0.008
Sağlık personeliyle iletişim sorunu yaşama durumu	0.00	-0.00	0.997	0.03	0.55	0.582	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maddi sorunlar yaşama durumu	-	-	-	-	-	-	-0.18	-3.00	0.003	0.03	0.61	0.541	0.13	2.19	0.029
Manevi inanç durumu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-0.08	-1.69	0.092	-	-	-
Hayata olumlu bakma durumu	-0.16	-2.77	0.006	-0.19	-3.28	0.001	0.11	1.93	0.055	-	-	-	-	-	-
Yorgunluk	-0.06	-1.06	0.288	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nefes darlığı	-	-	-	-	-	-	0.06	1.12	0.261	-	-	-	-	-	-
Uyku sorunları	-0.07	-1.18	0.239	-	-	-	0.03	0.53	0.590	0.02	0.41	0.677	-	-	-
Güçsüzlük halsizlik	-0.08	-1.45	0.148	-0.14	-2.36	0.019	0.05	1.00	0.317	0.06	1.14	0.254	-	-	-
Tat ve koku almada değişim	-	-	-	-	-	-	0.09	1.61	0.108	-	-	-	-	-	-
Ağız içinde yaralar	-0.19	-3.29	0.001	-0.10	-1.75	0.080	0.15	2.66	0.008	-	-	-	-	-	-
Konstipasyon	-0.18	-3.04	0.003	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Endişeli ve sıkıntılı hissetme	-0.03	-0.63	0.525	-0.18	-2.66	0.008	0.06	1.02	0.307	0.05	1.10	0.272	-	-	-
Korku	-	-	-	-0.14	-2.24	0.026	0.24	4.22	0.000	-	-	-	-	-	-
Sağlarda dökülme	-	-	-	0.00	0.01	0.985	0.06	0.96	0.336	-	-	-	-	-	-

*SBÇTÖ alt ölçekleri için ayrı ayrı multivariate analizler yapılmıştır.

*Koyu renkle seçilmiş olanlar forward stepwise yöntemi ile seçilmiştir.

Tablo 4.9.'da hastaların tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özellikleri ile SBÇTÖ arasındaki ilişkinin çok değişkenli regresyon analizi sonuçları verilmiştir. Eğitim durumu değişkeni sosyal destek arama alt ölçeği dışında tüm alt ölçekler ile anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir. İleri analiz sonuçlarına göre eğitim durumu artıkça kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları artarken, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt ölçeği puan ortalamaları azalmıştır ve farkların istatistiksel olarak tek başına anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$, $\beta=0.17$, $\beta=-0.23$, $\beta=-0.48$).

Akciğer kanseri olan hastaların boyun eğici yaklaşım alt ölçeği puan ortalamasının diğer kanser türlerine göre daha düşük düzeyde olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, $\beta=0.18$).

Alt GİS kanseri olan hastaların iyimser yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalamaları daha düşük bulunmuş ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, $\beta=0.13$, $\beta=-0.11$).

Üst GİS kanseri olan hastaların çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalamasının daha yüksek düzeyde olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, $\beta=0.14$).

Genitoüriner kanserleri olan hastaların kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları diğer kanser türlerine göre daha düşük bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, $\beta=-0.14$).

Hematolojik kanserleri olan hastaların sosyal destek arama alt ölçeği puan ortalaması diğer kanser türlerine göre daha düşük bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, $\beta=-0.17$).

Hastalık evresini bilmeyen hastaların, bilen hastalar göre boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, $\beta=-0.17$).

Kanser dışında başka bir kronik hastalığı olan hastaların iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama puan ortalamaları daha düşük bulunmuş ve ileri analiz sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, $\beta=-0.19$, $\beta=-0.14$).

Yakınlarıyla iletişim sorunu yaşayan hastaların, yaşamayanlara göre boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama puan ortalamaları daha daha yüksek bulunmuştur. Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$, $\beta=-0.14$, $\beta=0.10$).

Maddi sorunlar yaşayan hastaların çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puanları daha yüksek, sosyal destek arama yaklaşımı puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre maddi sorun yaşama faktörü çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım ve sosyal destek arama

yaklaşımı ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, $\beta=-0.18$, $\beta=0.13$).

Hayata olumlu bakan hastaların diğer hastalara göre kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre hayata olumlu bakma değişkeninin kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, $\beta=-0.16$, $\beta=-0.19$).

Konstipasyonu olan hastaların, olmayanlara göre kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları daha düşük düzeyde bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.025$, $\beta=-0.18$).

Ağız içinde yaraları olan hastaların, olmayanlara göre kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları daha düşük, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalaması ise yüksek düzeyde bulunmuştur. Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre ağız içinde yarası olanlar ile kendine güvenli yaklaşım ve çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım alt ölçekleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, $\beta=-0.19$, $\beta=0.15$).

Güçsüzlük-halsizlik semptomu yaşayan hastaların, yaşamayanlara göre kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları daha düşük, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. İleri analiz sonuçlarına göre güçsüzlük-halsizlik yaşayanların sadece iyimser yaklaşım puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, $\beta=-0.14$).

Hastalığı ile ilgili endişeli ve sıkıntı hisseden hastaların hissetmeyenlere göre kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım puan ortalamaları daha düşük ve boyun eğici yaklaşım, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. İleri analiz sonuçlarına göre hastalığıyla ilgili endişe ve sıkıntı hisseden hastaların iyimser yaklaşım puan ortalamaları tek başına anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, $\beta=-0.18$).

Gelecekle ilgili korku yaşayan hastaların iyimser yaklaşım puan ortalaması daha düşük iken, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu farkların tek başına istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$, $\beta=-2.24$, $\beta=0.24$).

Tablo 4. 10. Herth Umut Ölçeği Puanı ile SBCTÖ Puanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Uygulanan Ölçek	Herth Umut Ölçeği			
	Gelecek	Olumlu hazır oluşluk ve beklenti	Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar	Toplam umut
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	r/p	r/p	r/p	r/p
Kendine güvenli yaklaşım	0.418/0.000	0.300/0.000	0.438/0.000	0.518/0.000
İyimser yaklaşım	0.384/0.000	0.368/0.000	0.421/0.000	0.468/0.000
Çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım	-0.268/0.000	-0.433/0.000	-0.351/0.000	-0.434/0.000
Boyun eğici yaklaşım	-0.158/0.014	-0.213/0.001	-0.067/0.302	-0.234/0.000
Sosyal destek arama yaklaşımı	0.132/0.041	0.068/0.295	0.158/0.015	0.135/0.036

Tablo 4.10. Herth Umut Ölçeği ile SBCTÖ arasındaki ilişkinin dağılımını göstermektedir. İncelenmesi hastalarda kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşımı artıkcı gelecek, olumlu hazır oluşluk ve beklenti, kendisi çevresindekilerle arasındaki bağlar ve toplam umut ile pozitif yönde bir ilişki vardır. Çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım alt ölçeği ile tüm umut alt ölçekleri ve toplam umut puanı arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımıyla gelecek, olumlu hazır oluşluk ve beklenti ve toplam umut ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Fakat boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımıyla kendisi, çevresindekilerle arasındaki bağlar arasında bir ilişki görülmemiştir ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Bu bölümde kanser hastalarının umut ve başetme düzeylerini belirlemek, umudun başetme düzeyi üzerine etkisini incelemek, umut ve başetme düzeylerini etkileyen değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Tartışılması:

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı incelendiğinde hastaların % 52.9'unun kadın olduğu görülmüştür. Hastaların cinsiyet oranları yaklaşık olarak birbirine yakındır. Hastaların yaş ortalamasının 52.9 ± 12.3 olduğu saptanmıştır. Kanser bu yaş aralığında daha fazla görülmesinin nedeni, kanserin 45 yaştan sonra insidansının hızla artmasından ve 75 yaştan sonra her iki cinste de kanser görülme oranının hızlı bir şekilde düşmesinden kaynaklanmaktadır (97).

Çalışmaya katılan hastaların yarısından fazlasının evli olduğu (% 86.2), eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı (% 79.6) saptanmıştır. Bu da 40 ve 64 yaş grubunda hastalığa yakalanan bireylerin evlenme ve çocuk sahibi olma gibi yaşamsal kararlarını verdiği dönemi geride bıraktıklarını göstermektedir. Flashkerud ve arkadaşlarının (98) belirttiğine göre de kanser hastasına bakım veren kişilerin % 70-80'ini eşler, %20'sini de çocukların oluşturduğu görülmektedir.

Hastaların büyük çoğunluğunun emekli (% 37.1) ve ev hanımı (% 39.2) olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların % 90'ının ise hastalık ve tedavi süresince çalışmadığı saptanmıştır. Emeklilik ve ev hanımlığı dışındaki meslek gruplarında bulunan hastaların da kanserin neden olduğu fiziksel ve psikolojik etkiler nedeniyle aktif iş yaşamında bulunmadığı düşünülmektedir. Kayış'ın (93) çalışmasında hastaların büyük çoğunluğunun çalışmadığının saptanması bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastaların yarısına yakını (% 48.8) ilkokul mezunu, % 15'i üniversite ve üzeri, % 14.5'i lise mezunudur. Eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin finansal ve sağlık bakım kaynaklarından daha iyi yararlandığı ve stresle başa çıkma düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Bu yönü ile hastaların büyük çoğunluğunun ilkokul mezunu olması (% 48.8) eğitimin dolaylı da olsa ekonomik ve sosyal sorunları belirleyici faktör olacağından hastaların stresle başa çıkma düzeyini ve umudu etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Hastaların % 49.2'sinin gelirinin giderinden az olduğunu, % 50.8'inin gelirinin giderine eşit veya fazla olduğunu ifade ettiği saptanmıştır. Ülkemizde düşük sosyoekonomik durum, sağlık hizmetlerinin pahalı olması nedeniyle tedavi için bir risk faktörü oluşturmaktadır. Fakat hastaların tamamının sağlık güvencesinin olması, sağlık sorunlarının finansal yönden kaynaklanan sıkıntıları azaltacağı ve destekleyici bir faktör olacağını düşündürmektedir.

Hastaların aylık gelir ortalaması 1349±1145, ortanca değeri 1000 (min:200-max:9000) TL olarak saptanmıştır. TÜİK verilerine göre aylık yoksulluk sınırı 767 TL olarak tespit edilmiştir. Hane halkı büyüklüğü arttıkça yoksulluk riski de artmaktadır (99). Bu veri doğrultusunda ülkemiz yaşam koşulları ve hastaların aylık gelir ortanca değerine bakıldığında hastaların yoksulluk sınırında yaşadığı söylenebilir.

Hastalıkla İlgili Özellikleri:

Araştırmaya katılan hastaların sırasıyla en çok akciğer kanseri (% 22.5), meme kanseri (% 22.9) ve alt GİS kanseri (% 18.3) tanısıyla kemoterapi aldığı ve %37.1’inde metastaz görüldüğü saptanmıştır. Dünyada en çok tanı konulan kanser 1.61 milyon kişi ile akciğer kanseridir. 1.38 milyon kişi meme ve 1.23 milyon kişi de kolorektal kanseridir (35,100). Türkiye’de en sık görülen kanser türleri Sağlık Bakanlığı verilerine göre erkeklerde trakea, bronş ve akciğer kanseri (% 37.1) olarak tespit edilmiştir. Kadınlarda tüm kanserler içerisinde meme kanseri % 47.2 olarak tespit edilmiştir (29).

Çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun (% 76.2) tanısını kanser veya spesifik tanı olarak bildiği saptanmıştır. Hastaların % 23.8’ini ise hastalığını “tümör, kist, yara- kararma, leke, ur, kitle olarak ifade eden ve hastalıkla ilgili hiçbir bilgisi olmayanlar oluşturmaktadır. Çalışmada hastaların tanılarıyla ilgili bilgilendirilme oranlarının yüksek olduğu görülmektedir. Batı ülkelerinde, tanı hakkında bilgilendirme yönündeki uygulamaların da arttığı bilinmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda kanser tanısını bilmeme oranlarının % 20 ile % 54 arasında değiştiği görülse de (101) hastalarının tanıları hakkında bilgilendirmelerine ilişkin kapsamlı veri bulunmamaktadır. Alacacıoğlu (101) da araştırmasında hastaların kanser tanılarını bilmeme oranını % 8.5 olarak saptamıştır.

Kanser tanısı alan hastalarda süreç, hastaların aleyhine çalışabilen, onları zor durumda bırakabilen bir faktör olabilir (28). Hastaların kansere yükledikleri anlamlar ve hastalığı algılayış biçimleri, kanserin evresi, tedavinin süresi ve yan etkileri, ruhsal olgunluk, aile-arkadaş desteği, ekonomik durum gibi değişkenler kansere verilen yanıtı etkilemektedir (13). Bu tür nedenlerden dolayı hastaların tedavileri aylarca hatta yıllarca sürebilen ve yaşamın sonlanmasını çağrıştıran, ciddi, klinik, sosyal ve psikolojik bir problem haline gelebilir (28). Çalışmamızda hastaların ortalama tanı süresi yedi ay olarak saptanmıştır. Hastaların % 54.6’sının 7 ay ve 7 aydan daha kısa süre önce tanı aldığı görülmektedir (Tablo 4.2). Çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun (% 78.2) hastalık evresini bilmediği tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun (% 76.2) başka bir kronik hastalığının olmadığı saptanmıştır. Örneklemimizde az da olsa (% 23.8) başka kronik hastalığı olanlar belirlenmiştir. Birey ve ailesinin yaşam biçiminde değişikliklere, maddi ve manevi kayıplara neden olan ve bireyi başkalarına bağımlı hale getiren kronik bir hastalığa uyum zordur (102). İkinci bir kronik hastalığa uyum ise daha zordur. Kanserli hastaların başka bir kronik hastalıkla yaşamıyla ilgili araştırmalara literatürde rastlanmamıştır. Hastaların büyük çoğunluğunun (% 87.9) hastalıkla ve tedavi süreciyle ilgili psikolojik destek almadığı saptanmıştır. Türk kültüründe psikolojik desteğin genelde aile, akraba, arkadaşlar tarafından verildiği

söylenbilir. Bununla birlikte düşük sosyoekonomik düzey profesyonellerden psikolojik destek alınmamasının nedeni olabilir.

Son bir yıl içinde hastaneye yatma ortalaması 1.0 ± 1.2 (min:0, max:8)'dir. % 88.3'ünün hastalığıyla ilgili eğitim aldığı, % 73.3'ünün bu eğitimi hemşireden aldığı, % 96.7'sinin kemoterapi ünitesinde verilen hizmetten memnun olduğu görülmektedir.

Hastaların hastalıkla ilgili bilgi düzeylerini 0-5 arasındaki skalada belirlemesi istendiğinde, hastaların % 22.5'inin kendisine 3, % 19.6'sının 4, % 18.7'sinin 2 puanını, %22.5'inin ise kendisine 0 ve 1 puanını verdiği görülmüştür. Hastalığıyla ilgili bilgisi olmayan hastalar çoğu zaman belirsizlik yaşayabilmektedir. Crigger'e göre (103) belirsizlik, herhangi bir durumu kontrol edememekten kaynaklanan yetersizlik duygusu ya da yaşantıdaki olayların anlamını açıklamadaki yetersizlikten kaynaklanan bilişsel bir durum olarak tanımlanmıştır. Skelton ve arkadaşlarına (104) göre sağlık çalışanlarının hasta ile iletişim kurma ya da hastayı bilgilendirme amacıyla kullandıkları dilin uygun olmayışı sonucunda zaman zaman hasta hastalığını ya da durumunu yanlış anlayabilmekte, prognozunu iyi değerlendirmesi güçleşebilmektedir. Hastaların belirsizlik yaşadıkları pek çok durumda açık ve doğru kullanılmayan dil ve doğruyu öğrenmeyi istedikleri halde gerçek olarak verilmeyen bilgi, hastanın daha çok belirsizlik yaşamasına yol açabilmektedir.

Kemoterapi Semptomları:

Kanserli hastalar hastalık sürecinden kaynaklanan semptomlar kadar kemoterapinin yan etkileri nedeniyle çeşitli fiziksel ve emosyonel semptomlar yaşamaktadır (9,10,11,12,46). Hastaların % 20'den fazlasında ciddi semptomların olduğu görülmektedir. Kanserle ilişkili semptomlar sıklıkla birbirleriyle de ilişkilidir (66). Bu semptomların varlığı ve ciddiyeti hastanın yaşam kalitesini ve günlük aktivitelerini bozmakta ve çoğunlukla tedavinin etkinliğini sınırlamaktadır (44). Bu durum onkoloji alanında çalışan sağlık ekibi üyeleri içinde öncelikli bir konuyu oluşturmaktadır. Bu nedenle verilen bakımda bu semptomların azaltılması veya yok edilmesi esas alınmaktadır (46,75).

Ayaktan kemoterapi tedavisi alan hastaların son bir aydır % 50.4'ünün ağrı, %70.8'inin güçsüzlük-halsizlik, % 64.2'sinin tat koku almada değişim, % 67.5'inin saçlarda dökülme % 48.3'ünün uyku sorunları gibi problemler yaşadığı saptanmıştır. Özdemir (44) araştırmasında kemoterapi alan hastalarda en sık yaşanan semptomun yorgunluk olduğunu saptamıştır. Güçsüzlük-halsizlik sadece en yaygın semptom olarak değil, aynı zamanda hastanın yaşamını fiziksel, psikososyal, ekonomik ve mesleki açıdan en çok etkileyen semptom olarak da görülmektedir (75). Genç (90) de hastaların fiziksel semptomlardan sırasıyla en fazla yorgunluk, ağrı, saç kaybı, iştahsızlık ve bulantı yaşadıklarını tespit etmiştir. Çalışmamızdaki bulgular literatürle paralellik göstermektedir (30,44,105,106).

Hastaların % 37.9'unda bulantı kusma, % 43.8'inde iştahsızlık, % 27.1'inde nefes darlığı, % 26.3'ünde ağız içi yaraları, % 35'inde kabızlık, % 12.1'sinde ishal, % 10'unda kanama görülmüştür. Bazı kemoterapi semptomlarının daha az yaşandığının gözlenmesi, araştırmanın ayaktan kemoterapi ünitesinde yapılması,

fiziksel ve psikolojik açıdan kendisini iyi hissedenden hastalara uygulanmasından kaynaklanabilir. Bunun yanında hastaların büyük çoğunluğunun (% 73.3) hastalıkla ve tedaviyle ilgili ünite görevli olan eğitim hemşiresinden (% 88.3) ilaç protokolü, psikolojik destek, semptom yönetimi gibi konularda bilgi almış olması ve bölümdeki diğer sağlık ekibi tarafından yapılan girişimlerin olumlu bir sonucu olarak görülebilir.

Akut hastalığın tedavisi olumlu ya da olumsuz yönden belirgin bir sonuç ortaya çıkarsa da kanser gibi kronik bir hastalığın tedavisinde sonuç çoğu zaman daha az belirgindir (43). Bu nedenle kanser tanısı alan bireyin yaşadığı duygular daha travmatik niteliğe sahiptir (41,42). Çalışmaya katılan hastaların % 27.5'i geleceğe yönelik korkusunun olduğunu ve % 47.9'unun hastalık nedeniyle endişeli ve sıkıntılı hissettiğini ifade etmiştir .

Hastalarda Umudu Etkileyebileceği Düşünülen Faktörler:

Kanser, görülme sıklığının artmasıyla birlikte yarattığı fiziksel, sosyoekonomik, psikolojik sorunlarla bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (11). Çalışmamızda da hastaların % 62.9'u kendi işlerini yapabildiği saptanmıştır. Dedeli ve arkadaşlarının (11) kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarını değerlendirdikleri çalışma sonuçlarında ise hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyonları, genel iyilik halini içeren fonksiyonel durumlarını oldukça düşük bulmuşlardır.

Kanser tanısı, varolan sosyal destek ağının sarsılmasına ve bu ağ içinde yeni düzenlemeler yapılmasına neden olmaktadır. Bazı araştırmacılara göre kanser hastaları sosyal ağ içindeki kişilerin tepkilerini dikkate alarak, bazı üyeleri ağdan çıkartıp bazılarını ekleyerek çevrelerindeki sosyal destek ağını yeniden düzenlemektedirler. Böylece hasta sosyal ağ içindeki ilişkilerini kontrol edip kendisi için gereksinim duyduğu desteği çevresinden almaya çalışmaktadır. Hasta tarafından gereksinim duyulan desteğin tipi kişiye, zamana ve koşullara göre değişmektedir. Kanserli bireylerin sosyal desteğinin büyük bir bölümünü aileleri oluşturmaktadır. Ailelerin, hastaların psikolojik sorunlarının çözümünde yardımcı olduğu saptanmıştır. Bunu arkadaşlar ve profesyonel meslek elemanları izlemektedir. Çalışmamızda hastaların % 88.8'i aldığı aile desteğini yeterli bulduğunu, % 81.7'si hastalığını öğrendikten sonra yakınlarıyla iletişim sorunu yaşamadığını, % 95.4'ü tedavisi boyunca sağlık personeliyle iletişim sorunu yaşamadığını belirtmiştir. Dedeli ve arkadaşlarının (11)'nin kanserli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada da hastaların sosyal destek puanları oldukça yüksek bulunmuştur.

Özdemir (44) çalışmasında hastaların yaşamını etkileyen semptomları orta şiddette yaşadığını, hastaların % 36.3'ünün ev işlerini yapma durumlarının etkilendiğini, diğer insanlarla ilişki düzeylerine bakıldığında % 21.1'inin bu durumdan hiç etkilenmediğini, % 14.6'sının orta şiddette etkilendiğini bulmuştur.

Çalışmamızda hastaların % 65.8'i aldığı tedaviyle iyileştiğini hissettiğini ifade etmiştir. Kayış'ın (93) kaynağında Balkanlı ve arkadaşlarının, 43 hasta ile yaptıkları çalışmada tedavinin hastalığını iyileştireceğine inanma oranlarını % 90.7

olarak bulması çalışma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir. Hastaların % 49.3'ü maddi sorunlar yaşamadığını, % 86.3'ü hayata olumlu baktığını ifade etmiştir.

Hastaların % 87.9'u manevi inancının olduğunu ifade etmiştir. Hemşirelik literatüründe spiritüalizm ve inanç kavramları sıklıkla tartışılmaktadır. Maneviyat, kişinin ruhsal olarak rahatlama sağlayarak umudun devamlılığını sağlayabilir. Bireyin dünyaya verdiği anlamla ilgili tanımı, düşünce ve duyguları hakkında bilinç ya da bilinçsizliği olarak tanımlanır. Maneviyatın inanç ve var olma boyutları bulunur. Var olma boyutunun odağı, yaşamın anlamı ve amacıdır. İnanç boyutunun odağı, inandığı dini güç ile olan ilişkidir ve bireyin kendisini güçlü hissetmesine yardım eder (63). Kanseri hastalarının manevi boyutlarını güçlendirme stratejisi olarak inançları yazma, paylaşma, dua etme, başkalarının dualarını dinleme, inançları geliştirecek etkinliklere katılma, dini açıdan anlamı olan yerleri ziyaret etme ve Allah hakkında konuşma yer alır. Bireyin düşüncelerini ve kendisini ifade etmesi sağlanır. Maneviyat, değer ve gücün kaynağına odaklanılır (24).

Hastaların Umud Düzeyleri:

Umut, bireyin kendisini güvende hissetmesini ve gerçekle ilişki kurmasını sağlar. Umut, bireyin içindeki motivasyonu cesaretlendiren önemli bir etkidir ve hastalık durumunda karamsarlık, çaresizlik duygularını önler. Kanseri hastaların hastalıklarına ve tedaviye uyumunda umudun önemli bir yeri vardır. Ülkemizde kanser hastalarında umudunu etkileyen faktörleri inceleyen çok az çalışma bulunmaktadır.

Araştırma sonucunda elde edilen puan ortalamaları hastaların yüksek düzeyde umutlu olduğunu göstermektedir. Umut puanlarının yüksek olmasında, günden güne teknolojinin ilerlemesi, kanser tedavisindeki gelişmelerin ve remisyona oranlarının artması, hastaların büyük çoğunluğunun hayata olumlu bakması ve aldığı aile desteğini yeterli olması, doğru bilgiye daha kolay ulaşabilmesi, sağlık güvencelerinin bulunması, ekonomik sorunlarının olmaması gibi nedenlerin etkili olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında araştırmaya katılan hastaların tanı süresinin kısa olması ve metastaz olmaması, kemoterapi tedavisi almaları, iyileştiklerini hissetmeleri (% 65.8) ve hayata olumlu bakmalarının da umudun yüksek çıkmasında etkili faktörler olduğu düşünülebilir. Stanton ve arkadaşları (107), Vellone ve arkadaşları (65) ve Erol (106)'un kanseri hastalarla yaptığı çalışmalarda olguların orta düzeyde, Aslan ve arkadaşları (62), Wonghongkul ve arkadaşları (108) ve Felder (20)'in yaptıkları araştırmalarda ise olguların yüksek düzeyde umutlu olduğu saptanmıştır.

Hastaların Umud Düzeylerinin Sosyodemografik Verilerle İlişkisi:

Erkeklerin kadınlara göre olumlu hazır oluşluk ve beklenti, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar ve toplam umut puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Genellikle toplumda erkeklere atfedilen özellikler ile kadınlara atfedilen özellikler farklıdır; erkekler saldırgan, bağımsız, mantıklı, empatik olmayan, girişimci, hırslı v.b özelliklerle; kadınlar ise duygusal, çekingen, bağımlı, boyun eğici, özgüveni düşük v.b özelliklerle değerlendirilmektedir (25). Toplumda bu geleneksel yapı nedeniyle erkeklerin daha çok bağımsız, başarılı, güçlü, lider

özellikleri ön plana çıktığı, sosyal yaşamda daha başarılı, karşılaştıkları sorunlarla baş etmede daha aktif oldukları görülmektedir. Kadınların ise bağımlı, haklarını savunamayan, korunma ihtiyacı duyan, toplum baskılarını kabul eden ve daha çok izleyici konumda olmaları nedeniyle sosyal yaşamda daha pasif ve geri planda oldukları, karşılaştıkları sorunlarla başetmede zorlandıkları görülmektedir. Erkek ve kadınlar arasındaki bu farklılıklar nedeniyle erkeklerin umut düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu düşünülebilir. Bununla birlikte erkek hastalara bakım verenlerin genelde eşlerinin olması yani bayan olması, erkek hastaların daha iyi bakım almalarına ve umut puanlarının kadın hastalardan daha yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir. Cinsiyet faktörünün multivariate analizinde umut faktörünü etkilemediği görülmüştür. Aslan ve arkadaşları (62), Vellone ve arkadaşlarının (65) yaptıkları çalışmalarda cinsiyet faktörünün umudu etkilemediği görülmüştür. Ballard ve arkadaşları (109) ise erkeklerin kadınlara göre umut düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastalarda yaş ile olumlu hazır oluşluk ve beklenti arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yaş arttıkça olumlu hazır oluşluk ve beklenti puanlarının da arttığı görülmüştür. Fakat yaş faktörünün multivariate analizi sonucu anlamlı olmadığı saptanmıştır. Aslan ve arkadaşları (62), Vellone ve arkadaşları (65), Erol (106)'un yaptığı araştırmalarda da kanserli hastaların umut puanları ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Carrillo ve arkadaşları (110) ve Cohen (111) ise genç ve orta yaş döneminde olan hastaların "kızgınlık, öfke ile birlikte hastalıkla savaşıma girdikleri, yetişkin ve yaşlıların ise yaşamı daha gerçekçi değerlendirdikleri, hastalığı kabullenişlerinin tedaviyi kolaylaştırdığını savunarak, yaş arttıkça umudun arttığını saptamışlardır.

Evli olan hastaların, bekarlara göre kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar ve toplam umut puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde hastaların tedaviye uyumunda aile ve özellikle eş desteğinin önemli olduğu belirtilmekte ve destek alan bireyin anksiyetesinin daha düşük olduğu vurgulanmaktadır. Anksiyetenin düşük olması ise umut için önemli bir etken olarak görülmektedir (106). Babaoğlu ve Öz (112) kanser hastalarıyla ilgili yaptıkları çalışmada, hastaların en sık eşlerinden sosyal destek aldıklarını saptamışlardır. Ballard ve arkadaşları (109) evli olanların evli olmayanlara göre umut düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır (109). Erol (106), evli ve bekar olanların umut puanlarını, boşanmış olanlardan daha yüksek olduğunu göstermiştir. Güner (113), meme kanseri olan hastalarda özellikle eş desteğinin hastalıkla başetme, sorumlulukların paylaşılması ve ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik sorunların da daha kolay atlatılmasında, önemli bir kriter olduğunu belirtmektedir. Aslan ve arkadaşları (62) ile Lin ve arkadaşları (4) ise araştırmamızla benzer sonuca ulaşmış ve medeni durum ile umut arasında ilişkinin olmadığını açıklamışlardır. Medeni durum faktörünün multivariate analiz sonuçlarında toplam umut, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçeği ile tek başına anlamlı olmadığı görülmüştür.

Eş /eş ve çocuklarıyla birlikte yaşayanların kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar ve toplam umut puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Multivariate analiz sonuçlarında ise yalnızca kendisi ve çevresindekilerle arasındaki

bağlar ölçeği ile anlamlı olduğu görülmüştür. Kanserli hastaların %35'inin duygularını kimseyle paylaşmama eğiliminde oldukları, sorunlarla kendilerinin başa çıkmaya çalıştığı bilinmektedir (38). Kanserle ilgili bireylerin sahip olduğu olumsuz düşünceler ve damgalayıcı tutumlar, hastayı gerekli desteklerden yoksun bırakabilir. Kanser olmayan bireyler, kendi kanser ya da ölüm korkuları nedeniyle kanser hastalarından uzaklaşabilirler. Aile üyeleri ve arkadaşlar kendi şaşkınlıkları, kararsızlıkları ve nasıl davranacakları hakkındaki rahatsızlıkları nedeniyle hasta ile temas kurmaktan ve açıkça tartışmaktan kaçınabilirler (51). Fakat kanser hastalarının, teşhis sırasında profesyonel tedavi verenlerin desteğine, daha geç dönemde ise eş, aile ve arkadaşların desteğine ihtiyacı vardır (38). Kronik hastalıklarla ilgili yapılan çalışmalar sosyal desteğin yetersiz olduğu durumlarda depresif bozuklukların daha kolay geliştiğini göstermiştir. Birçok araştırmacı sosyal desteğin, yaşam stresinin yarattığı zararları hafifleterek ya da dengeleyerek hastalıklara karşı tampon görevi gördüğü konusunda birleşmektedirler (11). Araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu (% 79.6) eş/eş ve çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır. Hastaların eş ve çocuklarının desteğini alması duygularını paylaşmasına ve stresi azaltmasına yardımcı olmuş olabilir. Bu durumun hastanın kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağların güçlenmesine katkı sağlamış olduğu düşünülebilir. Gibson (114)'un çalışmasında da umut ile sosyal destek arasında pozitif ilişki saptanmış, aile üyelerinden destek almayanlarda umudun azaldığı belirlenmiştir (106).

Toplam umut puan ortalamasının hastaların eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, eğitim düzeyi arttıkça toplam umut puanlarının da arttığı görülmüştür. Artan eğitim düzeyi sosyoekonomik düzeyin yükselmesini ve hastalıkla ilgili verilen bilgilerin anlaşılabilirliğini artırıp, belirsizliklerin azalmasını sağlayarak umut puanlarının artmasına neden olmuş olabilir. Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre eğitim durumu faktörünün umut ile tek başına anlamlı olmadığı saptanmıştır. Erol (25) ise yüksek öğrenim mezunlarının, diğer eğitim düzeylerine sahip hastalara göre algılanan stres puanlarının yüksek, umut puanlarının düşük olduğunu, eğitimi ilkökul olan ve okuryazar olmayan hastaların umut puanlarını yüksek, algılanan stres puanlarını düşük olduğunu saptamıştır.

Hastaların aylık gelir düzeyinin, toplam umut puanı ve tüm umut alt ölçekleri ile arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre ailenin aylık gelir düzeyi tek başına hastanın umut düzeyi etkilemektedir. Aylık gelir düzeyi arttıkça hastanın umut düzeyinin buna bağlı olarak arttığı saptanmıştır. Hastaların maddi yönden kendilerini güçsüz hissetmeleri ve hastalık nedeni olarak maddi imkansızlıkları görmeleri veya hastalıklarının tedavisinin veya tedavi sonucu yaşanan semptomların maddi durumla ilişkisi olduğunu düşündüklerinden umut düzeylerini olumsuz yönde etkilenebileceği söylenebilir. Jinekolojik kanserli hastalarda yapılan bir çalışmada sosyoekonomik düzeyi düşük olan kanserli hastalarda, depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek, benlik saygısının ve sosyal destek puanlarının daha düşük olduğu, depresyon düzeyi arttıkça umutsuzluk ve yalnızlık düzeyinin de arttığı, buna karşın aile desteği ve sosyal desteğin azaldığı saptanmıştır (11). Tankişi (33)'nin yaptığı araştırma sonuçlarına bakıldığında ise gelir düzeyi ile umut puanları arasında hiçbir fark bulunmadığı görülmüştür (33). Çalışmamızda umut puanlarının hastaların gelir gider dengelerine göre anlamlı

düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür. Bu sonuç hastaların aylık gelir düzeyi düşük olsa bile gelir ve gider dengelerini kurduğunu, giderlerini gelirleri doğrultusunda yaptığını göstermektedir.

Bireylerin bir işte çalışma durumuna göre umut puan ortalamaları incelendiğinde, bir işte çalışanların gelecek ve toplam umut puan ortalamaları, çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuş ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre çalışma faktörü ile gelecek alt ölçeği arasında tek başına bir anlamlılık saptanmış ve çalışan hastaların, çalışmayan hastalara göre gelecek alt ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışan bireylerin iş meşguliyeti ve ekonomik kazanımlarının olması, bireylerin geleceğe umut ve güvenle bakma, gelecekle ilgili planlar yapma ve kendilerine hedefler koyma konusunda daha başarılı adımlar atmalarını sağlayabilir.

Umut Düzeyinin Hastalıkla İlişkisi:

Çalışmamızda alt GİS kanserli hastaların, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar puanlarının diğer tür kanserli hastalara göre daha yüksek olduğu, bu farkların da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır. Erol (106) da çalışmasında kolorektal kanseri olan hastaların, diğerlerine göre kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Tankişi (33) yaptığı araştırmada kolorektal kanserli hastaların, görünürde bir organ ve işlev kaybı olmamalarına karşın umutsuzluk puanlarının yüksek olduğunu saptamıştır. Lin ve arkadaşları (9), Felder (20) ve Vellone ve arkadaşları (65) yaptıkları araştırmada kanser türünün umut puanı ile farklılık göstermediğini bulmuşlardır.

Çalışmamızda tanısını kanser/spesifik tanı olarak bilen hastaların bilmeyen hastalara göre gelecek alt ölçeği ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Tanısını bilen hastaların, bilmeyenlere göre gerçekte yüzleştiği ve bunun sonucunda gelecekle ilgili planlarının etkilendiği görülmektedir. Fakat yapılan ileri analiz sonuçlarına göre tanısını kanser/spesifik tanı olarak bilme durumu ile gelecek alt ölçeği arasında tek başına bir anlamlılık saptanmamıştır. Kanser tanısı alan birçok kişi tanıyı aldığı anda veya tedavi sırasında anksiyete ve depresyon gibi birçok psikososyal distres yaşadığından çoğu sağlık profesyoneli hastaya kanser tanısının söylenip söylenmemesi arasında kalmıştır (9). Kanser hastalarına, tıbbi tanıların söylenip söylenmemesi konusunda ne hastalar, ne hasta yakınları ne de hastanın tedavisini yürütmekte olan doktorlar ortak düşüncede olmadıklarından, hastaların tanılarını bilip bilmemesi hala üzerinde tartışılan bir konu olmayı sürdürmektedir. Batı ülkelerinde giderek tanının söylenmesi yönündeki uygulamaların ağırlık kazandığı bilinmektedir (33). Araştırma sonuçlarımız tanısını kanser/spesifik tanı olarak bilme durumunun tek başına umudu etkilemediğini göstermiştir. Bazı araştırmalar kişide kanser tanısının belirlenmiş olmasının var olan umut üzerinde negatif etki yarattığını göstermiştir (9,33). Vellone ve arkadaşları (65) ise hastaların hastalığını bilmesinin umut düzeylerini etkilemediğini saptamıştır. Esenay'ın çalışmasında tanısını bilmeyen hastaların, umut puan ortalamaları tanısını bilenlerden daha yüksek bulunmuştur. Araştırmamıza katılan hastaların % 76.2'si tanısını tam olarak bilmektedir. Geri kalan % 23.8'lik kısmın içinde tanılarını kanser olarak bilmeseler de hastalıklarının olduğunu (ur, tümör, leke vb.) bilenler de yer almaktadır. Burada

önemli olan aslında bilen ve bilmeyen grup arasında bilenlerin tam olarak ne bildiği, bilmeyenlerin zihinlerinde olan hastalık algısı ve kendilerince hastalıklarına ne ad koyduğu, hastalığın etkilerini nasıl değerlendirdiği, hastalığı neyle özdeşleştirdiğidir.

Çalışmamızda hastalıkla ilgili bilgi düzeyi ile gelecek, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar ve toplam umut puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde gelecek alt ölçeği ve toplam umut puanları ile hastaların bilgi düzeyi arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Hastalıkla ilgili bilgi düzeyi artıkça hastaların gelecek alt ölçeği ve toplam umut puan ortalamalarının arttığı görülmüştür. Fakat bilgi düzeyi 2 ve 3 olan hastaların bilgi düzeyi 0 olan hastalara göre umut puanlarının daha düşük bulunması yarım olan bilginin daha tehlikeli olabileceğini göstermektedir. Bilgi eksikliği belirsizlik, anksiyete, stres, memnuniyetsizliğin artmasına sebep olur (9). Snyder ve Crowson (55) üniversite mezunu kadınlar üzerinde yaptıkları araştırmada umut düzeyleri yüksek olan hastaların, kanserle ilgili daha çok bilgisinin olduğunu göstermiştir. Bilgi, bireyin kendisini güvende hissetmesini ve gerçekle ilişki kurmasını sağlayarak umudu geliştirmede önemli rol oynayabilir. Hastalar yeterli ve tam bilgi aldıklarında geleceğe umut ve güvenle bakma, gelecekle ilgili planlar yapma ve kendisine hedefler koyma konusunda daha başarılı adımlar atabilir (20).

Hastalıkla ilgili eğitim alan hastaların almayanlara göre gelecek alt ölçeği ve toplam umut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve aralarında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Kanser hastalarında tedavi ve hastalık hakkında bilgilendirmede bulunmak birinci olarak sağlık ekibinin görevidir (38). Sağlık çalışanlarının hasta ile iletişim kurma ya da hastayı bilgilendirme amacıyla kullandıkları dilin uygun olmayışı sonucunda zaman zaman hasta hastalığını ya da durumunu yanlış anlayabilmekte, prognozunu değerlendirmesi güçleşmektedir. Çoğu kanserli hasta tanısını, tedavi şeklini, tedavinin yan etkilerini bilmek istediğini belirtmiştir (9). Ancak bireye gereksiniminden fazla verilen bilgi, dikkati pozitif yönden daha çok negatif yöne kaydırabilir. Gereksinimden az verilen bilgi de bireyde korku ve kaygı yaratabilir; umudu umutsuzluğa dönüştürebilir. Bu nedenle, hastanın gereksindiği kadar bilgi vermek ve hastanın da verilen bu bilgiye hazır oluşu çok önemlidir (20,91). Yapılan ileri analizde ise hastalıkla ilgili eğitim alma değişkeninin tek başına umudu etkilemediği saptanmıştır.

Başka bir kronik hastalığı olan bireylerin gelecek alt ölçeği ve toplam umut puan ortalamaları daha düşük çıkmış, farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizde gelecek alt ölçeği ile kronik hastalık varlığı tek başına anlamlı bulunmuştur. Yaşam biçiminde değişikliklere, maddi ve manevi kayıplara neden olan ve bireyi başkalarına bağımlı hale getiren kronik bir hastalığa uyum zordur (102). İkinci bir kronik hastalığa uyum ise daha zordur ve bireyin zamanla tükenmesine neden olabilir. Bahar ve arkadaşları (115) kronik hastalıklarla ilgili yaptığı araştırmada birden çok kronik hastalığı olan yaşlıların ortalama anksiyete puanının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Vellone ve arkadaşları (65) umut ve anksiyete arasında negatif bir ilişkinin olduğunu saptamıştır. Hastanın birden fazla kronik hastalığının olması, daha fazla hastalık sorunuyla uğraşmasına ve fonksiyonel durumunun olumsuz yönde etkilenmesine neden olacağından, dolaylı da olsa umudunu etkileyerek geleceğe daha umutsuz bakmasına sebep olabilir.

Umut Düzeyinin Kemoterapi Semptomlarıyla İlişkisi:

Ağrısı olan hastaların, olmayanlara göre kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar puanlarının daha düşük olduğu ve bu farkın anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır. Ağrı, hastalar için hoş olmayan durumlardan biridir. Hastaların yaşam kalitesini ve bütünlüğünü önemli ölçüde etkiler ve hastalarının geleceğe bakış açılarını olumsuz yönde değiştirir (105). Terminal dönem hastalarında en sık görülen ve en ciddi semptomlardan biridir (75). Kişinin günlük aktivitelerini kısıtlayarak (yürüme, çalışma, vb.) duygu durumu ve kişilerarası ilişkileri olumsuz yönde etkiler. Bu yüzden ağrısı olan hastaların, olmayanlara göre kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar puan ortalaması daha düşük bulunmuş olabilir. Fakat yapılan ileri analiz sonuçlarına göre ağrı ile kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçeği arasında tek başına bir anlamlılık saptanmamıştır. Taivanlı 84 hasta üzerinde yapılan bir araştırmada ağrısı olan ve olmayan hastaların umut düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Fakat ağrısı olan hastaların, ağrılarını algılama biçimlerine göre umut düzeylerinin farklılık gösterdiği bulunmuştur. Ağrısına daha çok pozitif anlam yükleyen hastaların daha umutlu olduğu, ağrısına negatif anlam yükleyen hastaların ise umut düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır (15). Lin ve arkadaşları (9), kanser hastalarının umut düzeyleri, duygu durumları ve performanslarının kanser ağrısı üzerine etkilerini incelemiş ve umut düzeyi yüksek olan hastaların ağrı ile daha iyi baş ettiklerini ve duygu durumlarının daha iyi olduğunu belirlemiştir. Lin ve arkadaşları (4) yaptıkları diğer bir araştırmada, kanserli hastalarda umut düzeyinin ağrı ile negatif ilişkisinin olduğunu göstermişlerdir.

Uyku sorunları yaşayan hastaların, yaşamayanlara göre gelecek, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçeği ve toplam umut puan ortalamaları daha düşük bulunmuş ve farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Ağrı ve güçsüzlük-halsizlik yaşayan hastalar bu semptomları azaltmak için uykuya yönelme ve uyku bozuklukları yaşayamaya daha yatkındırlar. Bu nedenle hastaların günlük ve sosyal aktivitelere katılımları azalır (46). Bu da hastaların gelecek, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçeği ve toplam umut ölçeği puan ortalamaları daha düşük bulunmasına neden olmuş olabilir. Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre uyku sorunları faktörü ile gelecek, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçeği ve toplam umut arasında tek başına bir anlamlılık saptanmamıştır.

Güçsüzlük-halsizlik semptomu yaşayan hastaların, yaşamayanlara göre olumlu hazır oluşluk ve beklenti, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar ve toplam umut ortalamalarının daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Güçsüzlük-halsizlik; bireyin normal kapasitesini kullanmasına engel olan, tüm bedenini etkileyen hafif bir tükenmişlikten, katlanılamaz bir bitkinliğe kadar değişebilen, hoş olmayan subjektif bir semptomdur. Yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek (116) kanser hastalarının hayatlarında çok önemli bir sorun olabilmektedir. Hastaların kendileri hakkındaki hislerini, günlük aktivitelerini, sosyal ilişkilerini etkileyip, tedavisini sürdürmelerine engel olabilmektedir (46). Bu sebeplerden dolayı güçsüzlük-halsizlik yaşayan hastaların olumlu hazır oluşluk ve beklenti, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar ve toplam umut ölçeği puan ortalamaları daha düşük bulunmuş olabilir. Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre

güçsüzlük-halsizlik semptomu ile olumlu hazır oluşluk ve beklenti, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar ve toplam umut arasında tek başına bir anlamlılık saptanmamıştır.

Nefes darlığı yaşayan hastaların, yaşamayanlara göre olumlu hazır oluşluk ve beklenti ve kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçeği ve toplam umut puan ortalamaları daha düşük bulunmuş ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Nefes almada sıkıntı hipoksi nedeniyle hastada yorgunluk ve ağrıya neden olabilir. Psikolojik olarak da hastanın olumsuz duygu durumuna neden olabilir. Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre nefes darlığı semptomu ile olumlu hazır oluşluk ve beklenti, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar ve toplam umut ölçeği arasında tek başına bir anlamlılık saptanmamıştır.

Ağız içi yaraları olan hastaların olmayan hastalara göre olumlu hazır oluşluk ve beklenti, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar ve toplam umut ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüş ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre ise ağız içinde yara olma semptomunun kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçeği ve toplam umutla tek başına anlamlı olduğu görülmüştür. Ağız içi yaraları da hastayı hem fizyolojik hem de psikolojik olarak etkileyebilir. Bu semptomları yaşayan hastaların bu nedenlerden dolayı olumlu hazır oluşluk ve beklenti ve kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçeği ve toplam umut puan ortalamaları daha düşük bulunmuş olabilir.

Saçlarda dökülme olmayan hastaların, olanlara göre olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Saçlarda dökülme yaşayan hastalar beden bütünlüğünün bozulması nedeniyle özgüvenlerini yitirme ve kontrol kaybı yaşayabilirler. Bu nedenle de olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt ölçeği puan ortalamaları daha düşük bulunmuş olabilir.

Hastalığıyla ilgili endişeli ve sıkıntılı hisseden hastaların tüm umut alt ölçekleri ve toplam umut ortalamalarının daha düşük olduğu ve bu farkın anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır. İleri analiz sonuçlarına göre endişeli ve sıkıntılı hissetme faktörü tek başına olumlu hazır oluşluk ve beklenti, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçeği ve toplam umut ölçeği ile anlamlı bulunmuştur. Korku faktörü ise gelecek alt ölçeği ve toplam umut ölçeği ile tek başına anlamlıdır. Hastalığıyla ilgili korku yaşayan bireylerin gelecek alt ölçeği ve toplam umut puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Kanserin neden olduğu belirsizlik, ağrı, suçluluk, terk edilme, kontrol kaybı, panik ve kaygı, kişinin psikolojik dengesinde bir kriz yaratır. Bu nedenle birey endişe, sıkıntı ve korku yaşar. Çalışma bulgularına bakıldığında kadınların, erkeklere göre korku, endişe ve sıkıntılarının daha fazla olduğu görülmektedir. Kanseri kadın hastaların geleneksel rolü gereği evdeki bazı sorumluluklarını sürdürme zorunluluğu hissetmesi ve kültürel sebeplerle rol ve sorumluluklarını devam ettirememeye kaygısının ortaya çıktığı düşünülmektedir. Tüm bu sebepler bireyin geleceğe yönelik beklentileri, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağları, olumlu hazır oluşluk ve beklentisi ve sonuçta umudu olumsuz yönde etkilenebilir.

Umut Düzeyi ile Umudu Etkileyebileceği Düşünülen Faktörlerin İlişkisi:

Araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun (% 65.8) zamanla ve aldığı tedavi sonucu iyileştiğini hissettiği görülmüştür. Çalışmamızda iyileştiğini hissetme durumu ile toplam umut puanı arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. İyileştiğini hisseden hastaların, kısmen hisseden ve iyileştiğini hissetmeyen hastalara göre toplam umut puanları daha yüksek bulunmuştur. Hastalara umudun anlamı sorulduğunda büyük çoğunluğunun umudu “iyileşmek, hastalığı yenmek ve yaşamak” olarak tanımladığı görülmüştür. Bu yüzden iyileştiğini hisseden hastaların umut puanları daha yüksek çıkmış olabilir.

Hayata olumlu bakma durumu ile toplam umut ölçeği ve tüm alt ölçeklerle arasındaki fark anlamlı bulunurken, ileri analizde hayata olumlu bakanların, bakmayanlara göre gelecek, olumlu hazır oluşluk ve beklenti, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçek puan ortalamaları yüksek bulunmuş, aralarındaki farkın tek başına anlamlı olduğu görülmüştür. Bazı hastalar umudu “karamsar olmama, hayatı bırakmama, moral, kötü şeyleri unutma ve kendi ellerinde olan bir şey” olarak ifade etmiştir. Hastaların böyle düşünmesi umut puanlarının daha yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir.

Kendi işlerini yapma durumu ile olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt ölçeği, toplam umut puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Fakat yapılan ileri analiz sonuçlarına göre kendi işlerini yapma durumunun olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt ölçeği, toplam umut ölçeği ile istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Kanser tanısı ile karşılaşma, tekrarlama ya da metastaz haberini alma ile hayatın anlamı değişir, hastalık dışında bir şey düşünmek imkansız hale gelebilir. Beden imgesi bozulur, hasta hiçbir zaman fiziksel olarak bir bütün olamayacağını düşünebilir. Fiziksel bütünlüğü kaybetme psikolojik açıdan incinebilirlik riskini artırır. Hasta her şeye karşı ilgisiz ve isteksiz olabilir. Tedaviler ve iyi sonuçlarla birlikte yeni umutlar, üstesinden gelinecek güçlükler bu endişeleri tamamen ortadan kaldırmasa da azaltır, zamanla endişeler, kuşku daha az düşünülür ve günlük hayatın akışı daha fazla önem kazanmaya başlar (5).

Yakınlarıyla iletişim sorunu yaşama durumu ile olumlu hazır oluşluk ve beklenti, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar ve toplam umut puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. İleri analiz sonuçlarına göre yakınlarıyla iletişim sorunu yaşayan hastaların, yaşamayanlara göre olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt ölçeği puan ortalaması daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Kanser kronik bir hastalıktır; hem hasta hem de ailedeki bireyler bu süreçten etkilenir. Kişi ve ailesi kanserle ilgisi olmayan diğer yaşam olaylarıyla da başa çıkmakta zorlanır. Hasta yakınları, ailede meydana gelen rol değişiklikleri, hastanın işlevlerini üstlenme, çalışamayan kişi ile azalan gelir kaynakları ve hastalıkla artan giderleri karşılama çabaları içinde olabilirler. Sevdiklerinin acıları karşısında sıklıkla çaresizlik yaşarlar. Yakın ve sıcak ilişkileri olan ailelerde genellikle sorunlar paylaşılır. İletişimi iyi olmayan ailelerde ise uzaklaşma ve sorunları paylaşma görülür (5). Araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun (% 81.7) yakınlarıyla iletişim sorunu yaşamadığı görülmüştür ve hastaların % 88.8'i ailelerinin verdiği desteği yeterli bulduğunu açıklamıştır. Aile desteğini yeterli hissedenlerin, hissetmeyenlere göre kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt

ölçeği ve toplam umut ölçeği arasında fark da istatistiksel olarak tek başına anlamlı bulunmuştur. Kanserli hastaların tutumlarını etkileyen faktörlerden birisi de çevre ve aile desteğidir (117). Hastaların aldıkları destekten doyum sağlamaları sahip oldukları umutla ilişkilidir (45). Dansuk ve arkadaşları (79) da kanserli hastalarda aile ve sosyal destek azaldıkça umutsuzluk ve yalnızlık düzeyinin arttığını saptamışlardır. Vellone ve arkadaşları (65), kanserli hastaların umut puanları ve ailenin desteği arasında pozitif ilişki bulmuşlardır.

Sağlık personeliyle iletişim sorunu yaşama durumu ile toplam umut puanı arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Sağlık personeliyle iletişim sorunu yaşayan bireylerin toplam umut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bir hasta iletişim sorunu yaşamasının nedenini “hastalığıyla ilgili yeterli bilgiyi almak için sağlık personeli bulamama veya kendisine ayrılan sürenin yeterli olmadığı” şeklinde ifade etmiştir. İş yoğunluğunun olması, hastalara yeterli ve kaliteli zamanın ayrılamaması sağlık çalışanlarıyla hastalar arasında iletişim sorunlarının yaşanmasına sebep olabilmektedir. Çalışmamızda hastaların bilgi düzeyi azaldıkça umut puanlarının da azaldığı görülmektedir. İletişim sorunu yaşayan bireyler de istedikleri, merak ettikleri bilgileri öğrenemediklerinden dolayı umut puanları daha düşük çıkmış olabilir. İleri analiz sonuçlarına göre sağlık personeliyle iletişim sorunu yaşama durumunun umutla tek başına anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Maddi sorun yaşayan bireylerin, yaşamayanlara ve kısmen yaşayanlara göre toplam umut ölçeği ve tüm alt ölçekler puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. İleri analiz sonuçlarına göre maddi sorun yaşama faktörü ile olumlu hazır oluşluk ve beklenti, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçekleri tek başına anlamlı bulunmuştur. Hastaların maddi sorunlar yaşaması, kendilerini güçsüz hissetmelerine ve hastalık nedeni olarak maddi imkansızlıkları görmelerine veya hastalıklarının tedavisinin, tedavi sonucu yaşanan semptomların maddi durumla ilişkisi olduğunu düşündüklerinden umut düzeylerini olumsuz yönde etkilenebileceği söylenebilir. Maddi yetersizlikler, aile ve sosyal ilişkileri olumsuz yönde etkileyerek hasta bireyin kendini yalnız hissetmesine neden olabilir. Bu da hastanın kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçek puanlarının düşük çıkmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda manevi inanç faktörüyle olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt ölçeği, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçeği arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Manevi inancı olan hastaların, olmayan ve kısmen olanlara göre olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt ölçeği, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçeği puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bazı hastalar umut nedir sorusuna “Allah’a güvenmek, hastalığı anlamak, Allah ne derse o olacak” gibi cevaplar vermiştir. Hastaların böyle düşünmesi umut alt ölçeklerinin yüksek çıkmasının sebebi olabilir. İleri analiz sonuçlarına göre bu farkın istatistiksel olarak tek başına anlamlı olmadığı saptanmıştır. Herth (57) güçlü inançlara sahip bireylerin umut düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Ballard ve arkadaşları (109), kanser tanısı yeni konan hastalarda umut düzeyini incelemiş ve çoğunun umudun kaynağı olarak inancı gösterdiğini bulmuşlardır.

Hastaların Stresle Başaçıkma Tarzları:

Alt ölçeklerden alınan toplam puan ortalamaları, her alt leğın puan aralıklarına göre değerlendirildiğinde kanserli hastaların stresle başetmede kullandıkları yöntemlerin sırasıyla kendine güvenli yaklaşım ($x=16.12$), iyimser yaklaşım ($x=10.73$), sosyal destek arama yaklaşımı ($x=8$), çaresiz kendini suçlayıcı yaklaşım ($x=10.74$) ve boyun eğici yaklaşım ($x=8$) olduğu görülmektedir. Bu bulgulara göre, araştırmaya katılan bireyler stresle başaçıkma, probleme yönelik yaklaşımları, duygulara yönelik yaklaşımlardan daha fazla oranda kullanmaktadır. Buna karşın, kanserli hastaların stresle başaçıkma hem probleme yönelik etkili yaklaşımları hem de duygulara yönelik etkisiz yöntemleri bir arada kullandıkları görülmektedir. Stresli durumla başetmede soruna yönelik yaklaşımın problem zme becerisini, bilgi aramayı, eleştirel bakış açısı kullanmayı, duyguya yönelik yaklaşımın ise sorunlu durumdan kaçınma, stresli durumu inkar etme veya ortaya çıkan duyguları bastırma tutum ve davranışlarını içerdiği belirtilmektedir (118). Hastaların kemoterapi ile başedebilmek için hem aktif stratejileri hem de kaçınma stratejilerini kullandıkları bilinmektedir (119). Genç (90) alışmasında hastaların her iki başa çıkma tarzını kullanmakla beraber yoğunlukta olarak duygusal odaklı başaçıkma tarzlarını kullandıklarını, en fazla da boyun eğici yaklaşımı kullandıklarını tespit etmiştir.

Stresle Başaçıkma Tarzlarının Sosyodemografik Verilerle İlişkisi:

Erkeklerin kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları kadınlarınkinden daha yüksek bulunurken, kadınların ise erkeklere göre çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu farkların da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır. Toplumda erkeklerin daha çok bağımsız, başarılı, güçlü, lider özellikleri nedeniyle sosyal yaşamda daha başarılı, karşılaştıkları sorunlarla başetmede daha aktif oldukları görülürken, kadınların bağımlı, haklarını savunamayan, korunma ihtiyaı duyan, toplum baskılarını kabul eden ve daha çok izleyici konumda olmaları nedeniyle, sosyal yaşamda daha pasif ve geri planda oldukları ve karşılaştıkları sorunlarla baş etmede zorlandıkları görülmektedir (25). Erkek ve kadınlar arasındaki bu farklılıklar, erkeklerin kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşımı daha fazla kullandıkları görülürken, kadınların çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullandığı görülmektedir. Fakat yapılan ileri analiz sonuçlarına göre cinsiyet faktörünün dört alt ölçek ile de tek başına anlamlı olmadığı saptanmıştır. Carrillo ve arkadaşları (110) sağlıklı bireyler üzerinde yaptığı çalışmada kadınların algılanan stres düzeyinin erkeklerden yüksek olduğunu belirlemiştir. Erol (106)'un yaptığı çalışmada ise cinsiyetin algılanan stresi etkilemediği belirlenmiştir.

ocuğu 2 veya 2'den daha fazla olan hastaların çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. 2 ve 2'den daha fazla çocuğu olan hastaların, aile yaşamındaki sorumlulukları artmaktadır. Hastalık ve tedavi nedeniyle bu sorumlulukları yerine getiremeyen ve çocuklarıyla yeterince ilgilenemeyen hastaların kendilerini çaresiz hissettikleri, suçladıkları ve boyun eğici yaklaşımı kullandıkları düşünülebilir. Fakat yapılan ileri analizlere göre ocuk sayısı ile çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt leği arasında istatistiksel olarak bir anlamlılığa rastlanmamıştır.

Eğitim durumu değişkeni sosyal destek arama alt leği dışında tüm alt ölçekler ile anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir. İleri analiz sonuçlarına göre eğitim durumu artıkça kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları artarken, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt leği puan ortalamaları azalmıştır ve farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Cohen ve arkadaşları (111) da sağlıklı bireyler üzerinde yaptığı çalışmada eğitim seviyesi arttıkça algılanan stresin azaldığını, eğitim seviyesi düşük olanların algılanan stresinin yüksek olduğunu saptamışlardır (106). Eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin algılama, kavrama, destek sistemlerini kullanma, iletişim kurma ve bilgi gereksinimlerini karşılama yeteneği artar ve bireyler kendilerine daha fazla güvenirler. Bireysel bağımsızlıklarına daha düşkün, yaşamlarını daha kontrollü devâm ettirirler. Bireylerde kanserin travmatik etkisini azaltmak belirsizliğin azaltılması, otonominin devamı ile mümkündür. Kendisi ve hastalığıyla ilgili belirsizlik yaşamayan, kontrolün kendisinde olduğunu hisseden bireyin kansere bakışı değişir, çaresiz ve boyun eğici yaklaşımları azalır ve kendine güveni artar.

Çalışmayan hastaların, çalışanlara göre çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. İş meşguliyeti ve ekonomik kazanımlar, çalışan bireyin geleceğe daha umutlu ve güvenle bakma, gelecekle ilgili planlar yapma ve kendilerine hedefler koyma konusunda daha başarılı adımlar atmasını sağlayabilir. Çalışmayan birey ise iş meşguliyeti olmadığından yaşadıkları semptomları daha yoğun yaşadığını hissedebilir ve kendini daha çaresiz hissedip, suçlayabilir. Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre çalışma durumu ile çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım alt leği arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Evinde eş/eş ve çocuklarıyla yaşayan hastaların sosyal destek arama alt leği puan ortalamaları, diğerlerine göre yüksek düzeyde bulunmuştur. Hastaların %79.6'sı evinde eş/eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadığını, % 88.8'i aile desteğinde yeterlilik hissettiğini ifade etmiştir. Hastalar hastalıkla ve kemoterapinin olumsuz etkileriyle baş edebilmek için en yakınlarından, yani ailelerinden yardım ve destek alma yoluna başvurmaktadır. Bu yüzden eş/eş ve çocuklarıyla yaşayan hastaların sosyal destek arama yaklaşımı alt leği puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş olabilir. Fadiloğlu ve arkadaşları (120) kanser tanısı alan hastalarla yaptıkları çalışmada, hastalıkla başetmede önemli bir faktör olan sosyal desteğin, kişinin hayatını kolaylaştırdığını ve ruhsal yönden rahatlattığını saptamışlardır. Curtis (121) romatoid artritli hastalarda yaptığı çalışmasında, sosyal destek alan bireylerin daha sık sosyal aktivitelerle ilgilendiğini belirtmiştir. Fakat yapılan ileri analiz sonuçları evde birlikte yaşadığı bireyler değişkeniyle sosyal destek arama alt leği arasında tek başına anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir.

Hastaların aylık gelir düzeyi artıkça kendine güvenli yaklaşım puanlarının artığı, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama puanlarının azaldığı görülmüştür. Aylık gelir düzeyi artıkça da hastanın umut düzeyinin buna bağlı olarak arttığı saptanmıştır. Toplam umut puanı ile SBÇTÖ'nin tüm alt ölçekleri de birbiriyle anlamlı bulunmuştur. Bununla birlikte aylık geliri düşük olan hastalar, kendilerini güçsüz hissettiklerinden ve hastalık nedeni olarak maddi imkansızlıkları gördüklerinden dolayı çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım, boyun eğici yaklaşım puanları daha yüksek çıkmış olabilir. Maddi yetersizlikler, aile

ve sosyal ilişkileri olumsuz yönde etkileyerek hasta bireyin kendini yalnız hissetmesine de neden olabilir. Bu yüzden aylık gelir düzeyi azaldıkça sosyal destek arama yaklaşımı puanları düşük bulunmuş olabilir. Ancak yapılan ileri analize göre aylık gelir değişkeninin alt ölçeklerle tek başına anlamlı olmadığı görülmüştür. Geliri giderinden az olan hastaların da diğerlerine göre boyun eğici yaklaşım alt ölçeği puan ortalamaları daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Ancak yapılan ileri analize göre aylık gelir değişkeninin alt ölçeklerle tek başına anlamlı olmadığı görülmüştür.

Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Hastalıkla İlişkisi:

Akciğer kanseri olan hastaların boyun eğici yaklaşım alt ölçeği puan ortalamasının diğer kanser türlerine göre daha düşük düzeyde olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır. Akciğer kanseri dünyada ve Türkiye’de en sık görülen kanser türlerindendir (1,29). Erkeklerde gerek sıklık, gerekse ölüm sayısı açısından dünya genelinde birinci sıradadır. Prognozu genellikle kötüdür ve 1-5 yıl yaşama hızı % 41 ile % 15 arasındadır (124). Çalışmamızda da akciğer kanseri olan hastaların büyük çoğunluğunun (%81) erkek olduğu görülmektedir. Erkek hastaların kadın hastalara göre boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Akciğer kanseri olan hastaların boyun eğici yaklaşım alt ölçeği puan ortalamasının diğer kanser türlerine göre daha düşük düzeyde olmasının sebebi akciğer kanserli hastaların büyük çoğunluğunun (%81) erkek olmasından kaynaklanabilir. Literatürde tek başına akciğer kanserinin boyun eğici yaklaşımla ilişkisinin olduğuna dair bir bilgiye rastlanılmamıştır.

Alt GİS kanseri olan hastaların iyimser yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalamaları daha düşük bulunmuş ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır. Gelişmiş ülkelerde kolorektal kanserler, akciğer ve meme kanserinden sonra en sık görülen kanser türüdür. Kayış (93) yaptığı araştırmada kişisel kontrol puanı en yüksek olan kanser grubunu kolon kanserli hastaların oluşturduğunu saptamıştır. Çalışmamızda kişisel kontrol sorgulanmamıştır. Fakat alt GİS kanserli hastaların kişisel kontrollerinin diğer kanser türlerine göre daha yüksek olduğu düşünülerek kişisel kontrolün, hastanın baş edebileceğine inanması ve stresöre iyimser yaklaşmasına katkı sağlayabileceği yorumu yapılabilir.

Üst GİS kanseri olan hastaların çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalamasının daha yüksek düzeyde olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Hematolojik kanserleri olan hastaların sosyal destek arama alt ölçeği puan ortalaması diğer kanser türlerine göre daha düşük bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır. Genitoüriner kanserleri olan hastaların kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları diğer kanser türlerine göre daha düşük bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır. Felder (20), Vellone ve arkadaşları (65) yaptıkları araştırmada stresle başa çıkma tarzı ile kanserin tipi arasında ilişki olmadığını saptamışlardır.

Tanısını kanser/spesifik tanı olarak bilen hastaların, bilmeyenlere göre boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Fakat yapılan ileri analiz sonuçlarına göre farkın tek başına anlamlı olmadığı saptanmıştır. Kanser tanısı alan birçok kişi

taniyı aldıgında veya tedavi sırasında anksiyete ve depresyon gibi birçok psikososyal distres yaşar (9). Hastalar karşılaştıkları stresörlerle başedemeyeceği inancıyla geri adım atma, mücadeleden vazgeçme tutumu içine girebilirler. Durumla başedemeyeceklerini düşündüklerinden boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş olabilir.

Hastalık evresini bilmeyen hastaların, bilen hastalar göre boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Kanserin evrelendirilmesi tanılama ve tedavi açısından önemlidir (109). Bazı hastalar taniyı öğrendikten sonra tedavi ve hastalıkla ilgili çok fazla bir şey bilmek istemez. Sadece gereken şeyleri yapıp, neden yaptıklarını sorgulamazlar. Kendilerini tam anlamıyla sağlık ekibine bırakabilirler. Bu yüzden boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş olabilir.

Kanser dışında başka bir kronik hastalığı olan hastaların iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama puan ortalamaları daha düşük bulunmuş ve ileri analiz sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Birden fazla kronik hastalığı olan bireyin umut alt ölçeklerinden gelecek alt ölçeğiyle de ilişkili olduğu saptanmıştır. Kanser dışında başka bir kronik hastalığı olan hastalar karşılaştıkları stresörlerle baş edemeyeceği inancıyla geri adım atma, mücadeleden vazgeçme ve geleceği düşünmeme tutumu içine girebilirler. Durumla başedemeyeceklerini düşündüklerinden dolayı başedebilmek için başka bireylerden destek alma ihtiyacı hissetmeyebilirler. Tüm bu nedenler başka bir kronik hastalığı olan hastaların iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama puan ortalamalarının daha düşük bulunmasına neden olmuş olabilir.

Hastalıkla ilgili eğitim alan hastaların, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puanları daha düşük, kendine güvenli yaklaşımları daha yüksek bulunmuştur. Hastalıkla ilgili bilgisi olan hastaların öz güveni daha yüksektir. Hastalıkla ilgili bilgi düzeyi fazla (3,4,5) olanların orta düzey bilgisi (1,2) olanlara göre kendilerine daha güvenli oldukları ve sorunlara iyimser yaklaştıkları, çaresiz ve boyun eğici yaklaşımlarının azaldığı görülmektedir. Hastalıkla ilgili bilgisi çok az olan ve olmayan hastaların ise orta düzey bilgisi olanlara göre kendilerine daha güvenli oldukları ve sorunlara iyimser yaklaştıkları, çaresiz ve boyun eğici yaklaşımlarının azaldığı görülmektedir. Burada hastalıkla ilgili sahip olunan net bilgi, yarım ve net olmayan bilgiye göre probleme yönelik başetmeyi sağlamaktadır. Aynı zamanda bilgisi olmayan hastaların da yarım ve net olmayan bilgiye sahip hastalara göre probleme yönelik başetme tarzını kullandığı görülmektedir. İleri analiz sonuçlarına göre eğitim alma ve bilgi düzeyi değişkenleri ile alt ölçekler arasında anlamlılık olmadığı görülmüştür.

Stresle Başa çıkma Tarzlarının Kemoterapi Semptomlarıyla İlişkisi:

Nefes darlığı yaşayan hastaların, yaşamayanlara göre çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ve farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Nefes almada sıkıntı hipoksi nedeniyle hastada yorgunluk ve ağrıya neden olabilir. Psikolojik olarak da hastanın olumsuz duygu durumuna neden olabilir. Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre nefes darlığı semptomu ile çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım arasında tek başına bir anlamlılık saptanmamıştır.

Uyku sorunları yaşayan hastaların, yaşamayanlara göre kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları daha düşük, çaresiz/kendini suçlayıcı ve boyun eğici yaklaşım puanları daha yüksek bulunmuştur. Ağrı ve güçsüzlük-halsizlik ve psikolojik sorunlar yaşayan hastalar bu semptomları azaltmak için uykuya yönelme ve uyku bozuklukları yaşamaya daha yatkındırlar. Narkotik ilaç kullanımı da uyku sorunlarına neden olabilir. Bu nedenle hastaların günlük ve sosyal aktivitelere katılımları azalır (46). Bu sebepler hastaların kendilerine güvenlerini azaltıp, çaresiz hissetmelerine neden olmuş olabilir. Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre uyku sorunları faktörü ile alt ölçekler arasında tek başına bir anlamlılık saptanmamıştır.

Ağız içinde yaraları olan hastaların çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puanları daha yüksek bulunmuştur. Hastalar en temel ihtiyaçlarından biri olan yemek yemede zorluk yaşadıklarından dolayı kendilerini çaresiz hissedebilirler. Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre ağız içinde yara olma semptomu ile çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım arasında tek başına bir anlamlılık saptanmamıştır.

Konstipasyonu olan hastaların, olmayanlara göre kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları daha düşük düzeyde bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Kanser hastaları ağrılarını azaltmak için sıklıkla opioid (narkotik) ilaçları kullanırlar. Opioid ilaçlar ise sıklıkla konstipasyona neden olur. İlaçların etkisiyle hastada konstipasyonla birlikte uyuşukluk hali de gelişir. Beceri gerektiren işlerin yapılması olumsuz yönde etkilenebilir. Bu yüzden konstipasyonu olan hastaların, olmayanlara göre kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları daha düşük düzeyde olabilir.

Ağız içinde yaraları olan hastaların, olmayanlara göre kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları daha düşük, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalaması ise yüksek düzeyde bulunmuştur. Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre ağız içinde yara olma semptomu ile kendine güvenli yaklaşım ve çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım alt ölçekleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır. Kemoterapi alan hastanın ağız mukoza derisinin dökülmesi, ülserasyon, kanama, ağrı, bakteriyel, fungal ve viral enfeksiyonlar gibi sorunlar yaşaması, bireyin yaşam kalitesini doğrudan etkiler. Bireyin yemek yemesi, konuşması, yutkunması giderek güçleşir (122). Analiz sonuçlarına göre kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalamalarının daha düşük, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalaması ise yüksek düzeyde olması hastaların bu fiziksel gereksinimlerini gerçekleştirilmede zorlanmasından kaynaklanabilir.

Güçsüzlük-halsizlik semptomu yaşayan hastaların, yaşamayanlara göre kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları daha düşük, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. İleri analiz sonuçlarına göre güçsüzlük-halsizlik yaşayanların sadece iyimser yaklaşım puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yorgunluk hisseden hastalar, rutin görevleri yapmak için ek enerjiye gereksinim duyma, emosyonel olarak değişken ya da duyarlı olma, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, performansta azalma, letarjik durum ya da isteksizlik, libidoda azalma, çevreye karşı ilgisizlik, sosyal aktiviteleri yerine getirememe, fiziksel yakınmalarda artış olması

gibi sebepler nedeniyle (30,44,106) kendine güvenli yaklaşımlarında azalma hissedip, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım içine girmiş olabilirler.

Saçlarda dökülme yaşayan hastaların, iyimser yaklaşım puanları daha düşük iken, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puanları daha yüksek bulunmuştur. Saçlarda dökülmenin bir kayıp olarak algılanması ve beden imajının değişmesine neden olması iyimser yaklaşım puanlarının daha düşük, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puanlarının daha yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir. İleri analiz sonuçları saçlarda dökülme faktörünün alt ölçeklerle ilişkisinin olmadığı saptanmıştır.

Hastalığı ile ilgili endişeli ve sıkıntı hisseden hastaların, hissetmeyenlere göre kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım puan ortalamaları daha düşük ve boyun eğici yaklaşım, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. İleri analiz sonuçlarına göre hastalığıyla ilgili endişe ve sıkıntı hisseden hastaların iyimser yaklaşım alt ölçeğiyle arasındaki fark tek başına anlamlı bulunmuştur. Gelecekle ilgili korku yaşayan hastaların iyimser yaklaşım puan ortalaması daha düşük iken, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu farkların tek başına istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır. Kanseri klinik seyrinin belirsiz olması ve tedavisinin tam olarak garanti edilememesi nedeniyle endişe uyandırır. Kanserdeki belirsizlik konuları daha çok kanserin tekrarlamasına ilişkin yaşanan korku, kontrol kaybı, yaşam ve ölümün varoluşsal endişeleridir (91). Bunun yanında yaşanan finansal problemler, aile içinde rol değişim süreci de hastalarda endişe ve korku yaratabilir. Bu nedenle endişeli, sıkıntı hisseden ve korku yaşayan hastaların sorunlarla baş edebileceğine inanma düzeyleri diğer hastalara göre daha düşük düzeyde olabilir. Hastalar korku hissettiklerinden dolayı da çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım içine girmiş olabilir. Erol ise (106) yaptığı araştırmada kemoterapinin yan etkilerinin algılanan stres ve umut yönünden farklılık göstermediği belirtmiştir.

Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Umudu Etkileyebileceği Düşünülen Faktörlerle İlişkisi:

Kendi işlerini yapabilen hastaların, diğer hastalara göre kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Kendi işlerini yapabilme, bireyde kanserin bağımlılık, kayıp ve ölüm korkularını azaltıp, otonomilerini artırabilir (13). Bu da bireyin kendine güvenini artırarak çaresizlik içinde kendini suçlayıcı ve başkalarına boyun eğici yaklaşımda bulunma durumlarını azaltır. Yapılan ileri analize göre farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür.

Yakınlarıyla iletişim sorunu yaşayan hastaların, yaşamayanlara göre boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Kanseri, nereden geldiği belli olmadan ve uyarmadan herhangi bir zamanda herhangi bir yerde ortaya çıkar (40). Hastalar ve yakınları zamanla gelecekle ilgili belirsizlik yaşamaya başlar. Hasta yakınları, ailede meydana gelen rol değişiklikleri, hastanın işlevlerini üstlenme, çalışamayan kişi ile azalan gelir kaynakları ve hastalıkla artan giderleri karşılama çabaları içinde olabilirler.

Hissedilen duygular açıkça paylaşılmadığında iletişim sorunları yaşanabilir. Türk kültüründe hastalık durumlarında genellikle ziyaretler artar. Kemoterapi alan hastalarsa kendilerini enfeksiyondan koruma çabaları içerisine girerler ve ziyaretçi kabul etmek istemezler. Hastalar kanserle baş edebilmek için başka bireylerden yardım ve destek almak isteseler de tüm bu nedenler hastanın durumu tamamen olumsuz olarak kabullenip, sorunlarla baş edemeyeceği inancıyla boyun eğici yaklaşımı kullanmasına neden olabilir.

Sağlık personeliyle iletişim sorunu yaşayan hastaların kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puanları daha yüksek bulunmuş ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Hastalığıyla baş etmede kararlı olan birey, hastalığı ile ilgili bilgi almak ister, daha çok sorar, daha çok araştırır. Bu aşamalarda ise sağlık personelinde yeterli ilgi ve desteği göremeyen hasta iletişim problemleri yaşayabilir. Bununla ilgili literatürde yeterli bir bilgi olmamasına karşın, verilerin toplanması aşamasında iletişim sorunu yaşayan hastaların gerekçesinin bu olduğu görülmüştür. İleri analiz sonuçlarına göre sağlık personeliyle iletişim sorunu yaşama durumunun tek başına anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Maddi sorun yaşayan hastaların çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puanları daha yüksek, sosyal destek arama yaklaşımı puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre maddi sorun yaşama faktörü çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hastaların maddi sorun yaşaması, kendilerini güçsüz hissetmelerine ve hastalık nedeni olarak maddi imkansızlıkları görmelerine neden olabilir veya hastalıklarının tedavisinin, tedavi sonucu yaşanan semptomların maddi durumla ilişkisi olduğunu düşündüklerinden çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım içinde olabilirler. Hastalar hastalıklarıyla bireysel olarak baş edemeyeceğine inanıp, içinde bulunduğu durumla baş edebilmek için maddi durumunun daha iyi olmasını bekleyebilir. Maddi yetersizlikler, aile ve sosyal ilişkileri olumsuz yönde etkileyerek hasta bireyi yalnızlığa itebilir. Bu da hastanın sosyal destek arama yaklaşım alt ölçek puanlarının düşük çıkmasına neden olmuş olabilir. Heslop ve arkadaşları (123) bir grup koroner kalp hastalarında yaptıkları araştırmada sosyoekonomik durumu yüksek olan hastaların düşük olan hastalara göre algılanan stresinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hayata olumlu bakan hastaların, diğer hastalara göre kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre hayata olumlu bakma değişkeninin, kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Hayata olumlu bakma, sorunlarla baş edebilmek için hastada özgüveni artırıp, planlı bir yol izlemesini, karşılaştıkları sorunlardan olumlu bir şeyler çıkarmasını sağlayabilir. Bu yaklaşım tarzları ise hastaların kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puanlarının daha yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir.

Manevi inancı olan hastaların, olmayanlara göre boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. “Allah’a güvenmek, hastalığı anlamak, Allah

ne derse o olacak” gibi düşünceler genelde Allah’a ve onun kendisi için yazdığı kaderi kabul etme veya buna boyun eğme, teslimiyetçilik duygularını da beraberinde getirdiğinden sonuçlar böyle bulunmuş olabilir. Moadel ve arkadaşlarının (41) yaptığı araştırma sonuçları hastaların % 39’unun kanserle mücadele ederken, manevi inançlarını kullandığını göstermiştir. Fakat yapılan ileri analiz sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

Umut ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki:

Hastalarda kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ile gelecek, olumlu hazır oluşluk ve beklenti, kendisi çevresindekilerle arasındaki bağlar ve toplam umut arasında pozitif yönde bir ilişki vardır. Kendine güvenen, iyimser olan hastaların çevresi ile iletişimi diğer hastalara göre daha iyi olup, hayata daha pozitif bakarlar. Bu hastaların sorunlarla baş etmesi daha güçlü olacağından toplam umut puanlarının da arttığı görülmüştür. Çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım alt ölçeği ile tüm umut alt ölçekleri ve toplam umut puanı arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır. Boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımıyla gelecek, olumlu hazır oluşluk ve beklenti ve toplam umut ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Fakat boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımıyla kendisi, çevresindekilerle arasındaki bağlar arasında bir ilişki görülmemiştir.

Kanser tanısı alan hastaların, hastalıklarına ve tedaviye uyumunda umudun önemli bir yeri vardır (15,16,73). Umut kanserle baş etmede hastalar için önemli bir destekleyici iç faktör olarak görülmektedir (20,21,65). Umut hastanın problemlerini yönetebilmesi, baş etme stratejilerini artırması ve güçlendirmesi, tedaviye katılımının sağlanması için önemli bir kaynaktır (20). Kanserli hastalar hastalıklarıyla baş edebilmek için umutlu olmalı ve umutlarını sürdürmelidir (16). Yapılan araştırmalar umut ve baş etme arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir (20,65,67). Yüksek düzeyde umutlu olan hastaların daha etkili baş etme stratejileri kullandığı görülmüştür (20)

SONUÇLAR

Araştırmaya katılan hastaların yarısının kadın, büyük çoğunluğunun evli ve % 60.8'inin 2 veya 2'den daha az sayıda çocuğu vardır. Hastaların yaş ortalaması 52.9 ± 12.3 'tür. Hastaların büyük çoğunluğu eş/eş ve çocuklarıyla yaşamaktadır. Hastaların yarısına yakını ilkokul, % 15'i üniversite ve üzeri, % 14.5'i ise lise mezunudur. Hastaların % 39.2'sinin ev hanımı, % 37.1'inin emekli, % 10.4'ünün ise işçi olduğu ve büyük çoğunluğunun çalışmadığı görülmektedir. Tüm hastaların sosyal güvencesi bulunmaktadır. Hastaların ailesinin aylık gelir ortalaması 1349.6 ± 1145.4 'tür. Hastaların % 49.2'sinin gelirinin giderinden az, yarısının gelirinin giderine eşit veya fazla olduğu görülmektedir.

Hastaların büyük çoğunluğunun meme ve akciğer kanseri olduğu görülmektedir. Hastaların ortalama tanı süresi 7 aydır. Hastaların %54.6'sının 7 ay ve 7 aydan daha kısa süre önce tanı aldığı, üçte birinde metastaz olduğu görülmektedir. Hastaların büyük çoğunluğunun tanısını kanser veya spesifik tanı olarak bildiği, çoğunluğunun hastalık evresini bilmediği, % 23.8'inin başka bir kronik hastalığının olduğu görülmektedir. Son bir yıl içinde hastaneye yatma ortalaması 1.0 ± 1.2 (min:0, max:8)'dir. Hastaların büyük çoğunluğunun hastalığıyla ilgili psikolojik destek almadığı, % 88.3'ünün hastalığıyla ilgili eğitim aldığı, çoğunluğunun bu eğitimi hemşireden aldığı ve hastaların tamamına yakınının kemoterapi ünitesinde verilen hizmetten memnun olduğu görülmektedir. Hastaların hastalıkla ilgili bilgi düzeylerini 0-5 arasındaki skalada belirlemesi istendiğinde, hastaların dörtte birinin kendisine 3, % 19.6'sının 4, % 18.7'sinin 2 puanını verdiği görülmüştür.

Hastaların; % 70.8'inde güçsüzlük halsizlik, % 67.5'inde saçlarda dökülme, % 64.2'sinde tat-koku almada değişim, yarısında ağrı, yarısına yakında uyku sorunları, % 37.9'unda bulantı kusma, % 47.9'unda endişeli ve sıkıntılı hissetme durumu görülmüştür. % 43.8'inde iştahsızlık, üçte birinde konstipasyon, % 27.1'inde nefes darlığı, % 26.3'ünde ağız içi yaraları, % 12.1'sinde ishal, % 10'unda kanama olduğu saptanmıştır. Hastaların dörtte birinde ise geleceğe yönelik korku olduğu saptanmıştır. Hastaların üçte ikisi aldığı tedaviyle iyileştiğini hissettiğini, % 62.9'u kendi işlerini yapabildiğini (gereksinimlerini karşılayabildiğini), büyük çoğunluğu hastalığını öğrendikten sonra yakınlarıyla iletişim sorunu yaşamadığını, % 95.4'ü tedavisi boyunca sağlık personeliyle iletişim sorunu yaşamadığını, % 49.3'ü maddi sorunlar yaşamadığını, % 88.8'i aldığı aile desteğini yeterli bulduğunu, büyük çoğunluğu hayata olumlu baktığını ve manevi inancının olduğunu ifade etmiştir.

Umutla İlgili Sonuçlar:

Umut alt ölçeklerinden gelecek puan ortalaması 21.73, olumlu hazır oluşluk ve beklenti puan ortalaması 24.55, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar puan ortalaması 25.92 olarak saptanmıştır. Toplam umut puan ortalaması ise 71.88 olarak bulunmuştur. Umut toplam puanları ve alt ölçeklere ilişkin anlamlı çıkan değişkenler;

Toplam umut puanı ile anlamlı çıkan değişkenler; aylık gelir, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi, iyileştiğini hissetme, ağız içi yaraları, hastalığıyla ilgili endişeli ve sıkıntılı hissetme, korku ve aile desteği

Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt ölçeği ile anlamlı çıkanlar; alt GİS, evde birlikte yaşadığı bireyler, aile desteği, maddi sorunlar, hayata olumlu bakma, ağız içi yaraları, hastalığıyla ilgili endişeli ve sıkıntılı hissetme

Olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt ölçeği ile anlamlı çıkanlar; yakınlarıyla iletişim sorunu yaşama, maddi sorunlar, hayata olumlu bakma, saçlarda dökülme, endişeli ve sıkıntılı hissetme.

Gelecek alt ölçeği ile anlamlı çıkanlar; çalışma durumu, başka bir kronik hastalık varlığı, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi, hayata olumlu bakma ve korkudur.

Başetmeye İlgili Sonuçlar:

Alt ölçeklerden alınan toplam puan ortalamaları, her alt ölçeğin puan aralıklarına göre değerlendirildiğinde kanserli hastaların stresle başetmede kullandıkları yöntemlerin sırasıyla kendine güvenli yaklaşım ($x=16.12$), iyimser yaklaşım ($x=10.73$), sosyal destek arama yaklaşımı ($x=8$), çaresiz kendini suçlayıcı yaklaşım ($x=10.74$) ve boyun eğici yaklaşım ($x=8$) olduğu görülmektedir.

Kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği ile anlamlı çıkanlar; eğitim durumu, genitoüriner kanserler, hayata olumlu bakma, ağız içinde yara, kabızlık. İyimser yaklaşım alt ölçeği ile anlamlı çıkanlar; alt GİS kanseri, başka bir kronik hastalık varlığı, hayata olumlu bakma, güçsüzlük-halsizlik semptomu, endişeli ve sıkıntılı hissetme, korku. Çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım alt ölçeği; eğitim durumu, alt GİS kanseri, üst GİS kanseri, maddi sorunlar, ağız içinde yara ve korku. Sosyal destek arama yaklaşımı alt ölçeği ile anlamlı çıkanlar; hematolojik kanser, başka bir kronik hastalık varlığı, yakınlarıyla iletişim sorunu yaşama ve maddi sorunlardır.

ÖNERİLER

- Kemoterapi tedavisi alan hastaların umut ve stres düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla daha kısa ölçeklerin geliştirilmesi ve uygulamada kullanılması,
- Umut ve başetmeyle ilgili kalitatif çalışmaların yapılması,
- Umut ve başetme düzeylerini etkileyen faktörlerin göz önüne alınarak girişimlerde bulunulması, bu konuda hemşirelerin eğitim rolünün güçlendirilmesi,
- Hastaların duygularını rahat ifade edebilmesi, paylaşımda bulunması ve duygusal destek sağlanması amacıyla hastalıkla iyi başeden hastalar ile bir araya getirilerek destek gruplarının oluşturulması,
- Umut düzeyleri düşük ve stres düzeyi yüksek, başetmesi yetersiz olan hastaların değerlendirilmesi için ekip işbirliği yapılması ve erken dönemde önlem alınması,
- Umut ve başetmeye ilişkin örneklem sayısının artırılabilceği çok merkezli çalışmaların yapılması, umut ve stres ölçeklerinin tüm kanser türlerine ayrı ayrı uygulanması, semptomlarla umut ve başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin ayrıntılı inceleneceği çalışmaların planlanması önerilmiştir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO),(2010). Cancer. Retrieved May, 13, 2010, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>
2. National Cancer Institute (NCI), (2009). Defining Cancer. Retrieved October, 11, 2009, from <http://www.cancer.gov/cancertopics/what-is-cancer>
3. Onat, H., Mandel, MN. (Ed.) (2002). Kanser Hastasına Yaklaşım, Tanı, Tedavi ve Takipte Sorunlar. İzmir: Nobel Tıp Kitabevleri.
4. Lin, CC., Lai, YL, Ward , SE. (2003b). Effect of Cancer Pain on Performance Status, Mood States, and Level of Hope Among Taiwanese Cancer. Journal of Pain and Symptom Management, 25(1): 29-37.
5. Elbi, H. (2001). Kanser ve Depresyon. Psikiyatri Dünyası, 5: 5-10.
6. Patterson, P., Moylan, E., Bannon, S., Salih, F. (2000). Needs Analysis of Cancer Education Program in South Western Sydney. Cancer Nursing, 23(3):186-192.
7. Özbek, Ö., Özşenol, F., Oysul, K., Beyzadeoğlu, M., Pak, Y. (2003). Radyoterapi Uygulanan Kanser Hastalarının Psikososyal Yönden Değerlendirmesi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri, 23:189-194.
8. Zebracka, B.J., Ganz, P.A., Bornaardsd, C.A., Petersenb, L., Abraham, L. (2006). Assessing the Impact of Cancer: Development of a New Instrument for Long-Term Survivors. Psycho Oncology, 15: 407–421.
9. Lin, C.C. Tsai, H. F., Chiou, J.F., Lai, Y.-H., Kao, C.C., Tsou, T.S. (2003a). Changes in Levels of Hope After Diagnostic Disclosure Among Taiwanese Patients With Cancer. Cancer Nursing, 26(2): 155-160.
10. Zaza, C., Scott M. S., Loretta M. H.(2005). Coping with Cancer: What Do Patients Do?. Journal of Psychosocial Oncology, 23(1): 55-73.
11. Dedeli, Ö., Fadıloğlu, Ç., Uslu, R. (2008). Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi, 23(3): 132-139.
12. Vachon, M.L.S. (2008). Meaning, Spirituality and Wellness in Cancer Survivors. Seminars in Oncology Nursing, 24(3): 218-260.

13. Ateşçi F.Ç., Oğuzhanoglu NK, Baltarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. (2003). Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi, 14(2):145-152.
14. Armay,Z., Özkan,M., Kocaman,N., Özkan, S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeği'nin Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Klinik Psikiyatri,10: 192-200.
15. Chen M.L. (2003). Pain and Hope in Patients with Cancer. Cancer Nurse, 26(1): 61-67.
16. Eliot, J.A., Olver, I.N.(2009). Hope, Life, and Death: A Qualitative Analysis of Dying Cancer Patients' Talk about Hope Eliott. Death Studies, 33: 609–638.
17. Herth, K.A., Cutcliffe, J.R.(2002a).The Concept of Hope in Nursing 2; Hope and Mental Health Nursing, British Journal of Nursing, 11(13): 885-893.
18. Chi,G.C.H.L. (2007). The Role of Hope in Patients with Cancer. Oncology Nursing Forum, 34(2): 415-424.
19. Herth, K. (1993). Hope in the Family Caregiver of Terminally ill People. Journal of Advanced Nursing, 18: 538-548.
20. Felder, B.E. (2004). Hope and Coping in Patients with Cancer Diagnoses. Cancer Nursing, 27(4): 320-324.
21. Duggleby, W. (2001). Hope at the End of Life. Journal of Hospice and Palliative Nursing, 3(2): 51-64.
22. Sanatani, M., Schreier, G., Stitt,L.(2008). Level and Direction of Hope in Cancer Patients: An Exploratory Longitudinal Study. Support Care Cancer, 16: 493–499.
23. Akman, Y., Korkut, F. (1993). Umut Ölçeği Üzerine Bir Çalışma. H.O.Eğitim Fakültesi Dergisi, 9: 193 -202.
24. Rustoen T, Hanestad BR. (1998). Nursing Intervention to Increase Hope in Cancer Patients. J Clin Nurs, 7:19-27.
25. Ağır, M. (2007). Üniversite Öğrencilerinin Bilişsel Çarpıtma Düzeyleriyle Problem Çözme Becerileri ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
26. Benzein , E., Norberg, A., Saveman, B.I. (2001). The Meaning of the Lived Experience of Hope in Patients with Cancer in Palliative Home Care. Palliative Medicine, 15: 117–126.

27. Herth, K.A., Cutcliffe, J.R.(2002c). The Concept of Hope in Nursing 6: research/education/poiiicy/practice. British Journal of Nursing, 11(21): 1404-1411.
28. Çelik, G., Dilek, L., Andrew, M.N., Hiçsönmez, A., Çiner, F., Akfırat, C., Çağar, A., Karaca, M., Erişir, B., Kurtman, C. (2002). Klinik Radyoterapide Psikososyal Problemler, Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı, 3(2): 25-28.
29. Sağlık Bakanlığı (SB), (2004). Sağlık Bakanlığı 2004 yılı Kanseri İstatistikleri.Retrieved January, 24, 2010, from <http://www.saglik.gov.tr/KSDB/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF6407999D5EC50F896A5A2497543C96C6>
30. Yurtsever, S. (2000). Kronik Hastalıklarda Yorgunluk ve Hemşirelik Bakımı, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4 (1): 16-20.
31. Akdemir, N., Birol, L. (2005). Kronik Hastalıklar ve Sorunları. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı. Ankara: Vehbi Koç Vakfı Yayınları.
32. Özekinci, S. (2007). Patoloji Arşivindeki 10 Yıllık Kanseri (1991-2000) Olgularının Genel Değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi, 4(3):164-169
33. Tankışi, D. (2007). Kanseri Hastalarda Hastalığa Bağlı Atıflar ve Alternatif Tedaviler. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
34. Manavoğlu, O. (Ed).(2004). Klinik Onkoloji El Kitabı, Ankara: Palme Yayıncılık.
35. The International Agency for Research on Cancer (IARC) (2010). About Cancer Mondial, Retrieved October, 22, 2010, from <http://www-dep.iarc.fr/>
36. Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD) (2011).Türkiye’de Hastaların Kanseri İlaçlarına Erişim Raporu, Retrieved January, 11, 2011, from http://www.aifd.org.tr/Img/content_pictures/innovus/innovus.pdf
37. Kızılcı, S. (1999). Kemoterapi Alan Kanseri Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3 (2):18-26.
38. Dinçbaş, F.,İ.Ü. (2008, Mart). Radyasyon Onkolojisinde Görülen Psikososyal Problemler Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi: 62: 255-258.

39. Irmak, M.K., Bilgin, M.G., Sızlan, A. (2008). Hasta Gözüyle Kanser. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 7 (2): 167-172.
40. Bilge, A., Çam, O. (2008). Kanseri Önlemede Önemli Bir Faktör Olarak Kadınların Stres ile Başa Çıkma Tarzları ve Sağlık İnanışlarının İncelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9:16-21.
41. Moadel, A., Morgan, C., Fatone, A., , Grennan, J., Carter, J., Laruffa, G., Skummy, A., ve Dutcher, J. (1999). Seeking Meaning and Hope: Self-Reported Spiritual and Existential Needs among an Ethnically-Diverse Cancer Patient Population. Psycho-Oncology, 8: 378-385.
42. Sammarco, A., Konecny, L.M. (2010). Quality of Life, Social Support, and Uncertainty Among Latina and Caucasian Breast Cancer Survivors: A Comparative Study. Oncology Nursing Forum, 37(1): 93-99.
43. Beyzadeoğlu, M. Özet, A., Özet, G. (1996). Kanser Tedavisi Esnasında Yaşam Kalitesi. Türk Onkoloji Dergisi, 11(4): 39-42.
44. Özdemir, S. (2006). Kanser Hastalarının Yaşadığı Semptomlar ile Tedavi Kararını Değerlendirme ve Yaşam Tutum Profili Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
45. Crothers, P.K., Tomter, H.D., Garske, J.P. (2005). The Relationships Between Satisfaction with Social Support, Affect Balance, and Hope in Cancer Patients. Journal of Psychosocial Oncology, 23(4): 103-118.
46. Ünsar, S., Yıldız, Ü.F., Kurt, S., Özcan, H. (2007). Kanserli Hastalarda Evde Bakım ve Semptom Kontrolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(5): 89-106.
47. Elbi H, Önen Ö. (2001). Kanserli Hastalarda Depresyon. Duygudurum Dizisi, 4:184-191.
48. Akçay, C. (2004, Mayıs). Kanserli Hastalarda Destek Tedaviler, XIII. POG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi. Hemşire Programı, 184-185.
49. Svensson, H., Brandberg, Y., Einbeigi, Z., Hatschek, T., Ahlberg, K., (2009). Psychological Reactions to Progression of Metastatic Breast Cancer an Interview Study. Cancer Nursing, 32(1): 1-9.
50. Morris, M. E., Grant, M., Lynch, J. C. (2007). Patient-reported Family Distress Among Long-term Cancer Survivors. Cancer Nursing, 30(1): 1-8.
51. Çam, O., Babacan Gümüş, A. (2006). Meme Kanserli Kadınlar için Duygusal Destek Odaklı Hemşirelik Girişimler, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10 (3): 52-60.

52. Kocaman, N. (2008). Tıbbi Hastalığa Psikososyal Tepkiler. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 71(2): 52-58.
53. Tüzer, T.T. (1997). Hastalığın Psikolojisi; Sağlık ve Hastalıkta. Richard G:Druss, Compos Mentis Yayınları, 1. bsm., Ankara.
54. Mete, HE. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. Klinik Psikiyatri, 11(Ek 3):3- 18.
55. Snyder, C.R., Crowson, J.J. (1998). Hope and Coping with Cancer by Collage Women. Journal of Personality, 66(2): 195-214.
56. Brockopp D.Y., Hayko D., Davenport W., Winscott C. (1989). Personal Control and the Needs for Hope and Information Among Adults Diagnosed with Cancer. Cancer Nursing, 12(2): 112-142.
57. Herth, K. (2000). Enhancing Hope in People with a First Recurrence of Cancer. Journal of Advanced Nursing, 32(6): 1431-1441.
58. Evangelista LS, Doering LV, Dracup K, Espejo VB, Kobashigawa J.(2003). Hope, Mood States and Quality of Life in Female Heart Transplant Recipients. J. Heart Lung Transplant, 22: 681-686.
59. McClement, S.E., Chochinov, H.M. (2008). Hope in Advanced Cancer Patients. European Journal of Cancer, 44(8): 1169-1174.
60. Herth, K.A., Cutcliffe, J.R.(2002b). The Concept of Hope in Nursing 4; Hope and Gerontological Nursing. British Journal of Nursing, 11(7): 1148-1156.
61. Borneman, T., Stahl, C., Ferrel B.R., Smith, D. (2002). The Concept of Hope in Family Caregivers of Cancer Patients at Home. Journal of Hospice and Palliative Nursing, 4(1): 21-33.
62. Aslan, Ö., Sekmen, K., Kömürcü, Ş., Özet, A. (2007). Kanserli Hastalarda Umut. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(2): 18-24.
63. Kelleci, M., (2005). Kanser Hastalarının Umudunun Geliştirilmesine Yönelik Hemşirelik Girişimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6:41-47.
64. Kylvä, L. Juvakka, T., Nikkonen, M., Korhonen, T., Isohanni, M. (2006). Hope and Schizophrenia: An Integrative Review. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 651-664.
65. Vellone, E., Rega, M.L., Galletti, C., Cohen, M. (2006). Hope and Related Variables in Italian Cancer Patients. Cancer Nursing, 29(5): 356-366.
66. Liu, L., Fiorentino, L., Natarajan, L., Parker, B.A., Mills, P.J., Sadler, G.R., Dimsdale, J.E., Rissling, M., He., and Ancoli-Israel, S. (2009). Pre-treatment

Symptom Cluster in Breast Cancer Patients is Associated with Worse Sleep, Fatigue and Depression During Chemotherapy. *Psycho-Oncology*, 18: 187–194.

67. Herth, K. (1987). Relationship of Level of Hope To Level of Coping Response in Cancer Patients. Doktora Tezi, Texas Woman's Üniversitesi.
68. Kylma, J., Vehvitainen-Julkunen, K. (1997). Hope in Nursing Research: A Meta- Analysis of the Ontological and Epistemological Foundations of Research on Hope. *Journal of Advanced Nursing*, 25: 364-371.
69. Carpenito- Moyet, L.J. (2005). Nanda Hemşirelik Tanıları El kitabı (Çev. F. Erdemir) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 405-413.
70. Arslan, H., Özkan, A., Kaplan, S., Topatan, S., Şahin, S., (2007). Hemşireliğin Doğası ve Kavramsal Çerçevesi. Marmara Üniversitesi Doktora Programı, Hemşirelikte Kavram Kuram- I Ders Notları, İstanbul.
71. Duggleby, W.D., Degner, L., Williams, A., Wright, K., Cooper, D., Popkin, D., Lorraine Holtslander, L. (2007). Living with Hope: Initial Evaluation of a Psychosocial Hope Intervention for Older Palliative Home Care Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(3): 247-257.
72. Buckley, J., Herth, K. (2004). Fostering Hope in Terminally ill Patients. *Nursing Standard*, 17(19): 33-41.
73. Nowotny, ML. (1989). Assessment of Hope in Patients with Cancer: Development of an Instrument. *Oncology Nursing Forum*, 16(1): 57-61.
74. Mattioli, J.L., Repinski, R., Chappy, S.L. (2008). The Meaning of Hope and Social Support in Patients Receiving Chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 35(5): 822-829.
75. Kwon, Y.C., Yun, Y.H., Lee, K.H., Son, K.Y., Park, S.M., Chang, Y.J., Wang, X.S., Mendoza, T.R., Cleeland, C.S. (2006). Symptoms in the Lives of Terminal Cancer Patients: Which Is the Most Important?. *Oncology*, 71: 69–76.
76. Beck, S.L., Dudley, W.N., Barsevick, A. (2005). Pain, Sleep Disturbance and Fatigue in Patients Cancer. Using a Mediation Model to Test a Symptom Cluster. *Oncology Nursing Forum*, 32(3):542-554.
77. Gamarra, C.J., Araújo Paz, E.P., Griep, R.H.(2009). Social Support and Cervical and Breast Cancer Screening in Argentinean Women from a Rural Population. *Public Health Nursing*, 26 (3): 269-276.
78. Craig J. (2005). An Investigation of The Mediators Between Social Support and Hope in Women Diagnosed with Breast Cancer. Rutgers The State University of New Jersey - Newark, (124 p) (doctoral dissertation).

79. Dansuk R., Ağargün M., Kars B., Ağargün H.P., Turan C, Ünal O. (2002). Jinekolojik Kanserli Hastaların Psikososyal Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri. Jinekoloji- Obstetrik Dergisi, 12: 142-147.
80. Kvale K. (2007). Do Cancer Patients Always Want to Talk About Difficult Emotions? A Qualitative Study of Cancer Inpatients Communication Needs. European Journal of Oncology Nursing, 11: 320-327.
81. Akman, S. (2004). Stresin Nedenleri ve Açıklayıcı Kuramlar. Türk Psikoloji Dergisi, (34-35): 40-55.
82. Çakır, İ. (2006). Polislerin İş Stresi ve Bazı Değişkenlere Göre Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
83. Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). Stres, Appraisal and Coping, Springer Publishing Company, New York, 1-21.
84. Guyton, A.C.& Hall, J.E. (2007). Tıbbi Fizyoloji, In H. Çavuşoğlu ve B.Ç. Yegen (Ed), Yüce Yayınları A.Ş. ve Nobel Tıp Kitapevleri Nobel Matbacılık.
85. Kaya, E.Ü.(2008). İş-Ev Etkileşiminin İş Koşulları ile İlişkisi: Postacılık Hizmetinde Bir Çalışma. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 18 (2): 253-275.
86. Çakır, B. (2002). Genetik Epidemiyoloji: Psikiyatrik Araştırmalarda Yeri ve Kullanımı. Türk Psikiyatri Dergisi, 13(4): 300-311.
87. Senemoğlu, N. (2004). Gelişim, Öğrenme ve Öğretim. 10 bsm., Gazi Kitabevi, Ankara, 74-80.
88. Okyavuz, U. (1995). Ölüm ve Ölümcül Hastalık. Kriz Dergisi, 3 (1-2): 167-171.
89. Mete H.E., Önen Ö. (2001). Kanserli Hastalarda Depresyon. Duygudurum Dizisi, 4:184-191.
90. Genç, F. (2005). Kemoterapi Alan Akciğer Kanserli Hastalarda Görülen Semptomlar ve Başa Çıkma Tarzları. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
91. Öz, F. (2001). Hastalık Yaşantısında Belirsizlik. Türk Psikiyatri Dergisi, 12(1): 61-68.
92. Güner, P. (2001). Kanser ve Başetme. Türk Hematoloji- Onkoloji Dergisi, 11(1): 46-53.

93. Kayış, A. (2009). Kanser Hastalarının Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
94. Ebright, P.R., Lyon, B. (2002). Understanding Hope and Factors That Enhance Hope in Women with Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29: 561-568.
95. Şahin, N., Durak, A. (1995). Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Üniversite Öğrencileri için Uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34): 56-73.
96. Bal, Ö., Özgür, G., Gümüş, A.B. (2006). Obez Bireylerin Stresle Başa Çıkma Yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (3): 20-28.
97. Kılıç, D., Uluat, B., Kaya, İ., Ceylan, R., Taşkın, Ö. (2005). T.C. Sağlık İstatistikleri. Onur Matbacılık Ofset Ltd. Şti., Ankara.
98. Flakerud, J.C., Carter, P.A., Lee, P. (2000) Distressing Emotions in Female Caregivers of People with AIDS, Age-related Demantions and Advanced Stage Cancers. *Perspective's in Psychiatric Care*, 36(4): 121-130.
99. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)(2010). Gelir, Tüketici, Tüketim ve yoksulluk. Retrieved November, 11, 2010, from, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb_id=23&ust_id=7
100. Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Smigal C, Thun MJ. (2007). Cancer Statistic. *CA Cancer J Clin*, 57(1):43-66.
101. Alacacıoğlu, A. (2007). Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarının Depresyon, Umutsuzluk ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Tıbbi Onkoloji Uzmanlık Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim, Dalı.
102. Akıncı F. (2000). Hemodiyalize Giren Hastaların Psikososyal Sorunları ve Hemşirelerin Sorumlulukları. *Hemşirelik Forumu*, 3: 1-5.
103. Crigger NJ (1996) Testing an Uncertainty Model for Women with Multiple Sclerosis. *Advances in Nursing Science*, 18(3): 37-47.
104. Skelton JR, Murray J, Hobbs FD (1999) Imprecision in Medical Communication. Study of a Doctor Talking to Patients with Serious Illness. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 92(12):620-625.
105. Özkan, A. (2004, Mayıs). Kanser Hastalarında Ağrı Değerlendirmesi. XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi, Hemşire Programı.

- 106.** Erol, C.H. (2009). Kemoterapi Alan Hastalarda Algılanan Stresin Umutla İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 107.** Stantion AL, Burg SD, Huggins ME.(2002). The First Year After Breast Cancer Diagnosis: Hope and Coping Strategies as Predictors of Adjustment. *Psycho- Oncology*, 11:93-102.
- 108.** Wonghongkul T, Moore SM, Musil C, Schneider S, Deimling G. (2000). The Influence of Uncertainty in Illness, Stres Appraisal and Hope on Coping in Survivos of Breast Cancer. *Cancer Nursing*, 23(6):422-429.
- 109.** Ballard A; Green T; Mccaa A. (1997). A Comparison of the Level of Hope in Patients with Newly Diagnosed and Recurrent Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24(5), 899-921.
- 110.** Carrillo CS, Campayo JG, Rubio A, Santed MA, Montoro M.(2002). Validation of the Spanish Version of the Perceived Stres Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 52: 167-172.
- 111.** Cohen S, Kamarck T, Mermelstein S.(1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health Social Behavior*, 24:385–96.
- 112.** Babaoğlu, E., Öz, F. (2003). Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2: 24-33.
- 113.** Güner İC.(2008). Meme Kanseri ve Eşlerin Desteği. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 46-49.
- 114.** Gibson PR.(1999). Hope in Multiple Chemical Sensitivity: Social Support and Attitude Towards Healthcare Delivery as Predictors of Hope. *Journal of Clinical Nursing*, 8:275-283.
- 115.** Bahar, A.,Tutkun, H., Sertbaş, G.(2005). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6:227-239
- 116.** Yıldırım, M. (2006). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanısı ile Hastaneye Başvuran Bireylerin Yorgunluk Düzeylerinin Belirlenmesi.Yüksek Lisans Tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 117.** O’Baugh J, Wilkes LM, Luk, S, George A (2003) Being Positive: Perceptions of Patients with Cancer and Their Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 44(3):262-270.
- 118.** Tel, H., Karadağ, M., Tel, H., Aydın, Ş. (2003). Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamındaki Stres Yaşantıları ile Başetme Durumlarının Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2: 13-23.

- 119.** Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A., Mood, D. (2004). Coping Strategies and Quality of Life in Women with Advanced Breast Cancer and Their Family Caregivers. *Psychology and Health*, 19(2): 139–155.
- 120.** Fadiloğlu Ç, Cantilav Ş, Kuzeyli YY, Tokem Y. (2006). Meme Kanseri Kadınlarında Umutsuzluk Düzeyi ve Başetme Davranışları Arasındaki İlişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 22(2):147-160.
- 121.** Curtis R, Groarke A, Coughlan R, Gsel A. (2005). Psychological Stress as a Predictor of Psychological Adjustment and Health Status in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Patient Education And Counseling*, 59:192-198.
- 122.** Dalgıç, G., Karadağ, A., Kuzu, N. (1998). Kemoterapiye Bağlı Gelişen Stomatit Hemşirelik Bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2): 53-59.
- 123.** Heslop P, Smith GD, Carroll D, Macleod J, Hyland F, Hart C. (2001). Perceived Stress and Coronary Heart Disease Risk Factors: The Contribution of Socioeconomic Position. *British Journal Of Health Psychology*, 6: 167-178.
- 124.** Berendes, D., Keefe, F.J., Somers, T.J., Kothadia, S.M., Porter, L.S., Cheavens, J.S. (2010). Hope in the Context of Lung Cancer: Relationships of Hope to Symptoms and Psychological Distress, *Journal of Pain and Symptom Management*. 40(2). 174-182.

ÖZGEÇMİŞ

Selma (Turan) Kavradım, 1986 yılında Antalya’da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Antalya’da tamamladı. 2004 yılında Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümüne girdi ve 2008 yılında mezun oldu. Aynı yıl içinde Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne bağlı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı’nda eğitimine başladı. 2009 yılında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi’ne atanarak çalışma hayatına adım attı. Halen hemşire olarak Akdeniz Üniversitesi Hastanesi’nde görevini sürdürmektedir.

e-mail: turan8186@mynet.com

Selma TURAN KAVRADIM

EKLER

**ONKOLOJİ HASTALARININ UMUT VE BAŞ ETME DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİNE YÖNELİK ANKET FORMU**

İyi günler, ben Selma Turan. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisiyim. Onkoloji hastalarının umut düzeyleri, umudu etkileyen faktörler ve baş etmeyle umut arasındaki ilişkinin incelenmesiyle ilgili bir tez hazırlıyorum. Bu amaç doğrultusunda sizlerin cevaplayacağı soru formları hazırladım. Araştırmanın sonucunda elde edilen veriler sağlık personeline ve özellikle de hemşirelere onkoloji hastalarında umudu oluşturma, devam ettirme ve artırma sürecinde yararlı olacaktır. Sizden alınacak olan tüm bilgiler, bilimsel bir araştırmaya veri olarak kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Araştırmada adınız kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılmamanız durumunda tedaviniz hiçbir şekilde etkilenmeyecektir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Katılımcının imzası:

Tarih:

Selma TURAN KAVRADIM
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

**ONKOLOJİ HASTALARININ UMUT VE BAŞ ETME DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİNE YÖNELİK ANKET FORMU**

Kişisel Bilgi Formu

Dosyadan Alınacak Bölüm

Tanısı:

Tanı süresi:

Tedaviye devam süresi:

Metastaz durumu: () a. Var () b. Yok

Tanısını biliyor mu? () a. Evet () b. Hayır

Tanısını nasıl ifade etti?.....

Hastalık evresini () a. Biliyor..... () b.Bilmiyor

Başka kronik hastalık varlığı:

1. Cinsiyetiniz: () a.Kadın () b.Erkek

2. Yaşınız:

3. Medeni Durumunuz: () a.Evli () b.Bekar

4. Çocuk sayınız:

5. Evinizde kiminle yaşıyorsunuz?

() a. Anne- baba () b. Yalnız () c. Arkadaş () d Eş () e. Çocuk/Çocuklar () f. Eş ve çocuk/çocuklar () g. Diğer

6. Eğitim Durumunuz

() a. Okur yazar değil () b. Okur yazar () c. İlkokul () d. Ortaokul () e. Lise

() f. Üniversite () g. Yüksek lisans- Doktora

7. Mesleğiniz

() a. Memur () b. İşçi () c. Serbest meslek () d. Emekli () e. Ev hanımı

() f. Diğer.....

8. Şu an herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

() a. Evet

() b. Hayır

() c. Kısmi olarak çalışıyorum

9. Sosyal güvenceniz

() a. Var

() b. Yok

10. Ailenizin aylık geliri yaklaşık olarak ne kadar?

11. Gelir gider dengeniz yaklaşık olarak nasıl?

() a. Gelir giderden az

() b. Gelir gidere eşit

() c. Gelir giderden fazla

12. Son bir yıl içinde kaç kez hastaneye yattınız?.....

13. Tedaviniz süresince psikolojik destek aldınız mı?

() a. Evet

() b. Hayır

14. Tanı ve tedavinizle ilgili eğitim aldınız mı? (Hayır ise 16.soruya geçiniz.)

() a. Evet

() b. Hayır

15. Bu eğitimi kimden aldınız?

() a. Doktor

() b. Hemşire

() c. Diğer.....

16. Onkoloji ekibinin hizmetinden memnun musunuz?

() a. Evet

() b. Hayır

17. Sizi en son gören hekim kim?

18.Kendinizi hastalığınızla ilgili ne kadar bilgili hissediyorsunuz?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Aşağıdaki soruları hastalığınıza ilişkin tanınızı aldıktan sonraki durumunuzu ve tedavi sürecinizi düşünerek yanıtlayın.

19. Umut sizin için ne anlama geliyor?

.....

20. Aşağıdaki durumlardan hangilerinin umudunuzu etkilediğini düşünüyorsunuz? Belirtiniz.

	Bu durum umudunuzu nasıl etkiliyor?					
	Evet	Kısmen	Hayır	Artırıyor	Azaltıyor	Etkilemiyor
İyileştğinizi hissediyor musunuz?						
Kendi işlerinizi yapabilir durumda mısınız?						
Yakınlarınızla iletişim sorunu yaşıyor musunuz?						
Sağlık personelleri ile iletişim sorunu yaşıyor musunuz?.						
Maddi sorunlar yaşıyor musunuz?						
Aile desteğiniz iyi mi?						
Hayata olumlu bakan bir insan mısınız?						
Manevi inancınız güçlü mü?						

Diğer.....

.....

	Var	Yok
<u>Geçen hafta veya iki hafta içinde hastalığınız ve tedaviniz sonucu aşağıdakilerden hangi sorunları yaşadınız, belirtiniz.</u>		
Ağrı		
Yorgunluk		
Uyku sorunları		
Bulantı- kusma		
İştahsızlık		
Nefes darlığı		
Güçsüzlük- halsizlik		
Tat, koku almada değişim		
Ağız içinde yaralar		
Kabızlık		
İshal		
Kanama		
Saçlarda dökülme		
Endişeli veya sıkıntılı hissetme		
Karamsar, üzüntülü hissetme		
Korku		

HERTH UMUT ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki listede umutla ilgili bir dizi ifade yer almaktadır. Lütfen her ifadeyi okuyun ve kişisel olarak size uyup uymadığına karar verin. Doğru veya yanlış cevap yoktur. İfadenin geçen hafta veya iki hafta içinde size ne kadar uyduğunu gösteren kutuya “X” işareti koyun.

	Hiç uygun değil	Nadiren uygun	Bazen uygun	Her zaman Uygun
1)Geleceğe umutla bakıyorum.				
2)Sevdiğim kişilerin yanımda olduğunu hissediyorum.				
3)İçimde derin bir manevi güç var.				
4)Gelecekle ilgili planlar yapıyorum.				
5)İçimde olumlu bir enerji var.				
6)Geleceğimle ilgili korkularım var.				
7)İncinsem bile yoluma devam ediyorum.				
8)Bana huzur veren bir inanca sahibim.				
9)İyi şeylerin her zaman mümkün olabileceğine inanıyorum.				
10)Kendimi kaybolmuş hissediyorum, ne yöne gideceğimi bilemiyorum.				
11)Zamanın yaraları iyileştireceğine inanıyorum.				
12)Yakın hissettiğim kişilerden destek alıyorum.				
13)Kendimi aşırı bir yük altında ezilmiş ve tuzaga düşmüş hissediyorum.				
14)Mutlu ve neşeli anılarımı hatırlayabiliyorum.				
15)Kesinlikle umudun var olduğunu biliyorum.				
16)Başkalarından yardım isteyebiliyor ve başkalarına yardım edebiliyorum.				
17)Korkularım ve şüphelerim beni hareketsiz bırakıyor.				
18)Yaşamımın anlamı ve amacı olduğunu biliyorum.				
19)Çoğu durumda olayların olumlu yönünü görebiliyorum.				
20)Önümüzdeki 3-6 ay için hedeflerim var.				
21)Kendi yolumu bulmaya kararlıyım.				
22)Kendimi hep yalnız hissediyorum.				
23)Geçmişte zorluklarla iyi başa çıktım.				
24)Sevdiğimi ve bana ihtiyaç duyulduğunu hissediyorum.				
25)Her günün yeni umutlar taşıdığına inanıyorum.				
26)Yaşamıma olumlu değişiklikler getiremiyorum.				
27)Karanlık bir tünelde bile bir ışık görebiliyorum.				
28)İşler planladığım gibi gitmediğinde bile umudum var.				
29)Bakış açımın hayatımı etkilediğine inanıyorum.				
30)Bugün ve gelecek hafta için planlarım var.				

STRESLE BAŞAÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarımızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına işaret koyun.

<i>Bir sıkıntı olduğunda...</i>	<i>%0</i>	<i>%30</i>	<i>%70</i>	<i>%100</i>
1- Kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
2- İyimser olmaya çalışırım	()	()	()	()
3- Bir mucize olmasını beklerim	()	()	()	()
4- Olayları büyütmeyp üzerinde durmamaya çalışırım	()	()	()	()
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm	()	()	()	()
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	()	()	()	()
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim	()	()	()	()
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	()	()	()	()
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum	()	()	()	()
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	()	()	()	()
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	()	()	()	()
13- İş olacağına varır diye düşünürüm	()	()	()	()
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım	()	()	()	()
15- Problemin çözümü için adak adarım	()	()	()	()
16- Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	()	()	()	()
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	()	()	()	()
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	()	()	()	()
19- Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım	()	()	()	()
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	()	()	()	()
21- Mücadeleden vazgeçerim	()	()	()	()
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	()	()	()	()
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım	()	()	()	()
24- Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim	()	()	()	()
25- “Keşke daha güçlü olsaydım” diye düşünürüm	()	()	()	()
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim	()	()	()	()
27- “Benim suçum ne” diye düşünürüm	()	()	()	()
28- “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm	()	()	()	()
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	()	()	()	()
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır	()	()	()	()



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastane Başhekimliği



Sayı : B.30.2.AKD.0.1H.00.00/PER- 1368
Konu : Araştırma

01/07/2009

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
ANTALYA SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 29.06.2009 tarih ve B.30.2.AKD.0.Y2.70.01/648 Sayılı yazı.

İlgide kayıtlı yazınızda adı geçen, Yüksekokulunuz İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Selma TURAN'ın "Kanserli Hastalarda Umut ve Baş etme Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu çalışmayı Hastanemiz bünyesinde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

Doç.Dr. Abdullah ERDOĞAN
Başhekim
Dekan Yardımcısı



.../.../2009 Bilg.İşlm B.ŞAHİN
.../.../2009 Hast.Müd. İ.E.ALEV
.../.../2009 H.Başmüd.Dr.LÖZCAN

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU

EK:3

Sayı:B.30.2.AKD.0.01.00.00/ Etik/
Konu:

27/05/2009
ANTALYA

ETİK KURULU KARARI

Etik Kurulunun Adı, Adresi

: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik
Kurulu, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dumlupınar Bulvarı Kampüs
07070/ANTALYA

Toplantı Tarihi

: 27.05.2009

Araştırmanın tam adı

: “Kanserli Hastaların Umud ve Baş etme
Düzeylerinin Belirlenmesi”

Sorumlu araştırmacının ismi

: Doç.Dr.Zeynep CANLI ÖZER

Sorumlu Araştırmacı Doç.Dr.Zeynep CANLI ÖZER tarafından yürütülecek olan “**Kanserli Hastaların Umud ve Baş etme Düzeylerinin Belirlenmesi**” adlı çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığı kararı alınmıştır.

Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.

Prof.Dr. Mehmet ARMAN
Başkan

Prof.Dr. Ümit KARAYALÇIN
Başkan Yardımcısı
(Pratikte)

Yrd.Doç.Dr.Hafize ÖZTÜRK TÜRKMEN
Raportör

Prof.Dr.Aysel AĞAR
Üye

Prof.Dr.İlçal YÜCEL
Üye

Prof.Dr.Mevlüt ASAR
Üye

Prof.Dr.M.Akif ÇİFTÇİOĞLU
Üye

Prof.Dr.İsmail ÜSTÜNEL
Üye

Doç.Dr.Ayşen BİNGÖL BOZ
Üye

Doç.Dr.Merter ÖZENCİ
Üye

Başeczacı Tüliz BAYSAL
Üye

Avukat Sezgin TEKİN
Üye – Hukukçu
(Şehirdışında)

Bekir ÖZSOY
Üye – Halk Temsilcisi
(Katılmadı)