



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL  
CERRAHİ VE RADYASYON ONKOLOJİSİ BÖLÜMLERİNE  
BAŞVURAN MEME KANSERLİ BİREYLERİN BİLGİ  
DESTEĞİ VE DUYGUSAL DESTEK  
GEREKSİNİMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**Candan SEÇKİN**

**DİSİPLİNLERARASI SOSYAL PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN  
Doç. Dr. Ülgen OKYAYUZ**

**2009- ANKARA**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**ANKARA ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL**  
**CERRAHİ VE RADYASYON ONKOLOJİSİ BÖLÜMLERİNE**  
**BAŞVURAN MEME KANSERLİ BİREYLERİN BİLGİ DESTEĞİ**  
**VE DUYGUSAL DESTEK GEREKSİNİMLERİNİN**  
**KARŞILAŞTIRILMASI**

**Candan SEÇKİN**

**DİSİPLİNLERARASI SOSYAL PSİKİYATRİ**  
**ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ**


**DANIŞMAN**  
**Doç. Dr. Ülgen OKYAYUZ**

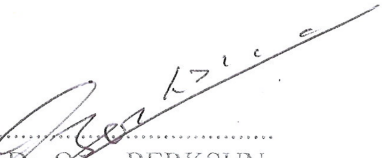
**2008 - ANKARA**

Türkiye Cumhuriyeti  
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü


Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

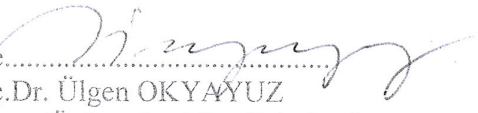
Tez Savunma Tarihi: 06.05.2009

Jüri Başkanı.....  
Prof. Dr. Saynur CANAT  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Anabilim Dalı

Üye.....  
Prof. Dr. Oguz BERKSUN  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Anabilim Dalı

Üye.....  
Prof. Dr. Runa USLU  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı

Üye.....  
Prof. Dr. Engin TURAN  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Anabilim Dalı

Üye.....  
Doç. Dr. Ülgen OKYAYUZ  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Anabilim Dalı  
(Danışman)

## İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	ii
İçindekiler	iii
Önsöz	iv
Çizelgeler	v
<b>1. GİRİŞ</b>	1
1.1. Giriş	1
1.2. Araştırmanın Konusu	16
1.3. Araştırmanın Amacı	16
<b>2. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	17
2.1. Evren ve Örneklem	17
2.2. Veri Toplama Araçları	17
2.3. Araştırmanın Etiği	19
2.4. Sınırlılıklar	20
2.5. Verilerin Değerlendirmesi	20
<b>3. BULGULAR</b>	21
3.1. Ankete İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları	21
<b>4. TARTIŞMA</b>	63
<b>5. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	71
<b>ÖZET</b>	73
<b>SUMMARY</b>	74
<b>KAYNAKLAR</b>	75
<b>EKLER</b>	80
Ek- 1	80
Ek- 2	88
Ek- 3	90
Ek- 4	93
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	95

## ÖNSÖZ

Bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Radyasyon Onkolojisi bölümlerine başvuran meme kanserli bireylerin bilgi desteği ve duygusal destek gereksinimlerinin karşılaştırılması amacı ile tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

Öğrendikçe ve çalıştıkça daha çok zevk aldığım Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri yüksek lisans programım süresince bilgi ve becerilerimin gelişmesinde gerekli katkı ve olanakları sağlayan başta değerli hocam Prof. Dr. Işık SAYIL'a ve tüm hocalarıma teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Bu çalışmanın planlanıp uygulanması ve değerlendirilmesinde birçok kişinin emeği ve katkısı bulunmaktadır. Öncelikle, çalışma konumun ortaya çıkmasını sağlayan ve çalışmamın her anında sonsuz katkılarda bulunan danışmanım sayın Doç. Dr. Ülgen OKYAYUZ'a teşekkür etmek istiyorum. Ayrıca çalışmalarım sırasında yardımlarını esirgemeyen arkadaşlarım Songül Kamışlı, Fikriye Yolcu, Şennur Küçükçoban ve desteğini hep hissettiğim başhemşirem Leyla Daştan'a çok teşekkür ederim.

Aynı zamanda araştırmamı kabul eden tüm hastalara zaman ayırdıkları için teşekkür ederim.

Yaşamımın her döneminde bana güvenen, desteklerini ve karşılıksız sevgilerini hiçbir zaman esirgemeyen babam Rahmi DELİDUMAN'a, annem Şükriye DELİDUMAN'a, kardeşim Can DELİDUMAN ve sevgili eşi Mehtap ÖZKAN DELİDUMAN'a çok teşekkür ediyorum.

Son olarak, çalışmamın her aşamasında yanımda olan, beni her zaman motive eden, gösterdiği sabır, özveri ve yardımlarıyla bana güç veren en büyük destekçim eşim Erdal SEÇKİN'e sonsuz teşekkürler ediyorum.

## ÇİZELGELER

- Çizelge.1.1.** Türkiye Kanser İstatistikleri ( 1999 – 2004 ). Sayfa; 2
- Çizelge.1.2.** Kadınlarda Görülen İlk 10 Kanser Türü ( 2004 ). Sayfa; 3
- Çizelge.3.1.** Hastaların Yaş Dağılımı. Sayfa; 21
- Çizelge.3.2.** Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılım. Sayfa; 22
- Çizelge.3.3.** Hastaların Çalışıp Çalışmadıklarına İlişkin Dağılım. Sayfa; 23
- Çizelge.3.4.** Hastaların Sağlık Güvencesine İlişkin Dağılım. Sayfa; 24
- Çizelge.3.5.** Hastaların Medeni Durumlarına Göre Dağılım. Sayfa; 25
- Çizelge.3.6.** Hastaların Çocuk Sahibi Olup Olmadıklarına İlişkin Dağılım. Sayfa; 25
- Çizelge.3.7.** Hastanın Ailesinde Meme CA Olma Durumuna İlişkin Dağılım. Sayfa;  
26
- Çizelge.3.8.** Hastaya Tanının Kim Tarafından Söylendiğine İlişkin Dağılım. Sayfa;  
27
- Çizelge.3.9.** Hastanın Tanısını Kimden Öğrenmek İsteddiğine İlişkin Dağılım. Sayfa;  
28
- Çizelge.3.10.** Hastaya Tanının Kimin tarafından Söylendiği ile Hastanın Tanısının Kim Tarafından Söylenmesini İsteddiğine İlişkin Çapraz Karşılaştırma. Sayfa; 29
- Çizelge.3.11.** Hastaya Hastalığı Hakkında Bilgi Verilip Verilmediğine İlişkin Dağılım. Sayfa; 30
- Çizelge.3.12.** Hastaya Verilen Bilgiyi Yeterli Bulmasına İlişkin Dağılım. Sayfa; 31
- Çizelge.3.13.** Hastaya Hastalığı Hakkında Bilgi Verilip Verilmediği ile Verilen Bilginin Yeterli Bulunup Bulunmadığına İlişkin Çapraz Karşılaştırma. Sayfa; 32

- Çizelge.3.13a.** Genel Cerrahi Hastalarına Hastalığı Hakkında Bilgi Verilip Verilmediğine ile Verilen Bilginin Yeterli Bulunup Bulunmadığına İlişkin Çapraz Karşılaştırma. Sayfa; 33
- Çizelge.3.13b.** Radyasyon Onkolojisi Hastalarına Hastalığı Hakkında Bilgi Verilip Verilmediği ile Verilen Bilginin Yeterli Bulunup Bulunmadığına İlişkin Çapraz Karşılaştırma. Sayfa; 34
- Çizelge.3.14.** Hastaya Bilginin Kim Tarafından Verildiğine İlişkin Dağılım. Sayfa; 35
- Çizelge.3.15.** Hastaya Bilgilendirme İçin Ayrılan Zaman Dağılımı. Sayfa; 36
- Çizelge.3.16.** Hastanın Sağlık Personelinden Destek Alma Durumuna İlişkin Dağılım. Sayfa; 37
- Çizelge.3.17.** Hastanın Sağlık Personelinden Aldığı Destek Türlerine İlişkin Dağılım. Sayfa; 38
- Çizelge.3.18.** Hastanın Sağlık Personelinden Destek Alma Durumu ile Alınan Desteğin Türüne İlişkin Çapraz Karşılaştırma. Sayfa; 39
- Çizelge.3.18a.** Genel Cerrahi Hastalarının Sağlık Personelinden Destek Alma Durumu ile Alınan Desteğin Türüne İlişkin Çapraz Karşılaştırma. Sayfa; 40
- Çizelge 3.18b.** Radyasyon Onkolojisi Hastalarının Sağlık Personelinden Destek Alma Durumu ile Alınan Desteğin Türüne İlişkin Çapraz Karşılaştırma. Sayfa; 41
- Çizelge.3.19.** Hastanın Duygusal Destek Alma İsteğine İlişkin Dağılım. Sayfa; 42
- Çizelge.3.20.** Hastanın Duygusal Desteği Kimden Almak İstediyine İlişkin Dağılım. Sayfa; 43
- Çizelge.3.21.** Hastanın Duygusal Destek Alma Durumu ile Duygusal Desteği Kimden Almak İstediyine İlişkin Çapraz Karşılaştırma. Sayfa; 44
- Çizelge.3.22.** Hastanın Tedavi Süreci Hakkında Hastanın Bilgilendirilmesine İlişkin Dağılım. Sayfa; 45

- Çizelge.3.23.** Hastanın Tedavi Süreci Konusunda Aldığı Tüm Bilgilerin Yeterliliği Hakkındaki Değerlendirmelerine İlişkin Dağılım. Sayfa; 46
- Çizelge.3.24.** Hastayı Hastalığı Hakkında Bilgilendirme İçin Ne Kadar Zaman Ayrıldığı ile Hastanın Hastalığı Hakkında Verilen Bilgiyi Ne Kadar Yeterli Bulduğuna İlişkin Çapraz Karşılaştırma. Sayfa; 47
- Çizelge.3.24a.** Genel Cerrahi Hastasını Hastalığı Hakkında Bilgilendirme İçin Ne Kadar Zaman Ayrıldığı ile Hastanın Hastalığı Hakkında Verilen Bilgiyi Ne Kadar Yeterli Bulduğuna İlişkin Çapraz Karşılaştırma. Sayfa; 49
- Çizelge.3.24b.** Radyasyon Onkolojisi Hastasını Hastalığı Hakkında Bilgilendirme İçin Ne Kadar Zaman Ayrıldığı ile Hastanın Hastalığı Hakkında Verilen Bilgiyi Ne Kadar Yeterli Bulduğuna İlişkin Çapraz Karşılaştırma. Sayfa; 51
- Çizelge.3.25.** Hastanın Tedavi Süreci Hakkında Bilgilendirilmesi Durumu ile Hastanın Hastalığı Hakkında Verilen Bilgiyi Ne Kadar Yeterli Bulduğuna İlişkin Kay-Kare Tablosu. Sayfa; 53
- Çizelge.3.26.** Yaş Aralığı Betimsel İstatistikleri. Sayfa; 54
- Çizelge.3.26a.** Hastaların Yaş Aralıkları İçin Algıladıkları Sosyal Destek Toplam Puanının ANOVA Sonuçları. Sayfa; 55
- Çizelge.3.27.** Hastaların Medeni Durumlarının Algıladıkları Sosyal Desteğe Göre Kruskal Wallis Testi Sonucu. Sayfa; 56
- Çizelge.3.28.** Hastaların Birlikte Yaşadıkları Kişilerin Algıladıkları Sosyal Desteğe Göre Kruskal Wallis Testi Sonucu. Sayfa; 57
- Çizelge.3.29.** Hastaların Öğrenim Durumlarının Algıladıkları Sosyal Desteğe Göre Kruskal Wallis Testi Sonucu. Sayfa; 58
- Çizelge.3.30.** Hastaların Ailesinde Meme Kanseri Tanısı Almış Birinin Varlığı Durumunun Algıladıkları Sosyal Desteğe Göre Kruskal Wallis Testi Sonucu. Sayfa; 59



- Çizelge.3.31.** Algılanan Sosyal Destek Toplam Puanının Bir İşte Çalışma Durumuna Göre T-Testi Sonucu. Sayfa; 60
- Çizelge.3.32.** Hastaların Sahip Oldukları Sağlık Güvence Sisteminin Algıladıkları Sosyal Desteğe Göre Kruskal Wallis Testi Sonucu. Sayfa; 61
- Çizelge.3.33.** Algılanan Sosyal Destek Toplam Puanının Hastanın Bulunduğu Bölüme Göre T-Testi Sonucu. Sayfa; 62

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Giriş

Büyüme, yaşamın bir parçasıdır. Kanser de hücre büyüme sürecinin bir bozukluğu olduğundan kanserin canlılarda görülmesi olağandır. Bu evrensel hastalığın tarihin başlangıcından beri bitki, hayvan ve insanlarda cinsiyet, ırk, kültür ve sosyo-ekonomik düzey ayırt etmeksizin görüldüğü bilinmektedir. Kanser, günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biridir. Görülme sıklığı ve ölüm riskinin yüksek olması nedeniyle de bir halk sağlığı sorunudur. Tanı olanaklarının gelişmesi ve sağlık kuruluşlarından yararlanma olanaklarının artması ile her yıl daha çok kanser vakası teşhis edilmektedir. Farklı kanserler, farklı grupları etkilemektedir: Bazı kanserler çok gençlerde, bazıları çok yaşlılarda, bazıları bir cinsiyetle, bazıları da bir ırkta daha sık ya da ender görülürler (Platin, 1996). Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği'nin (2008) internet sitesinden alınan verilere göre; Kanser epidemiyolojisi, tüm kanserlerin insidansının insandan insana, toplumdan topluma ve zaman içinde değiştiğini ve bu değişikliğin çevresel, bireysel, genetik faktörler ve toplumsal alışkanlıklar ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur .

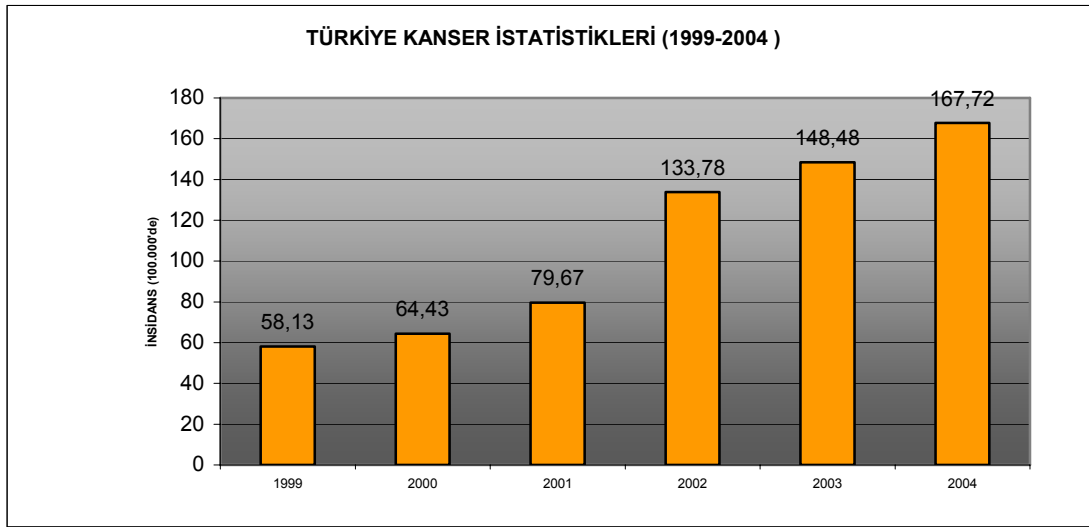
Parkin ve arkadaşları (1990), dünyada 8.1 milyon yeni kanser hastası (non-melanoma deri kanserleri hariç) olduğunu bildirmektedirler. Bütün dünyada en sık görülen kanser olan akciğer kanseri erkeklerde görülen kanserlerin %18' ini, gelişmiş ülkelerdeki erkeklerde görülen kanserlerin ise %21' ini oluşturur. İkinci sırada tüm yeni vakaların yaklaşık %10' u olan mide kanseri, üçüncü sırada da kadınlarda %21 ile en sık görülen kanser olan meme kanseri izlemektedir.

Parkin (2001), 2000 yılı için 10 milyon yeni kanser vakası, 6 milyon kanserden ölüm ve 22 milyon kanserli hasta bildirmektedir. En sık görülen kanserler akciğer (1.2 milyon), meme (1.05 milyon), kolorektal (945,000), mide (876,000) ve karaciğerdir (564,000).

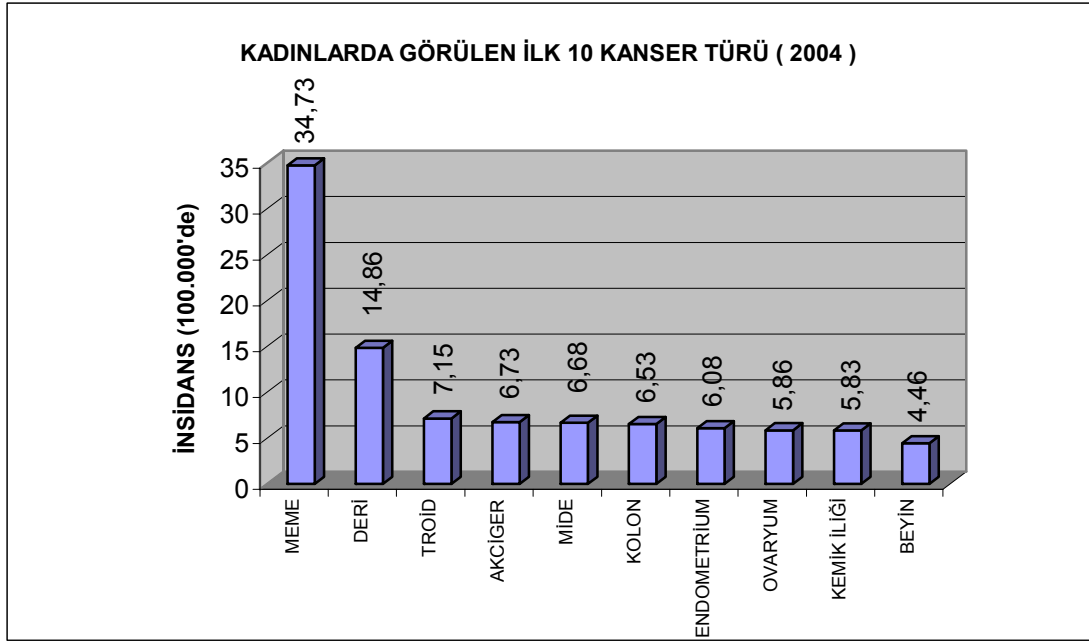
Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği'nin (2008) internet sitesinden alınan verilere göre; Ülkemizde 1970'li yıllarda sebebi bilinen ölümler arasında 4. sırada yer alan kanser, son yıllarda kardiyovasküler sistem hastalıklarından sonra 2. sıraya yükselmiştir.

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı 2004 yılı Türkiye Kanser İstatistikleri Çizelge 1.1 ve Çizelge 1.2' de gösterilmektedir.

Çizelge 1.1 Türkiye Kanser İstatistikleri (1999-2004)



Çizelge 1.2 Kadınlarda Görülen İlk 10 Kanser Türü (2004)



Kanser, ülkemizde ölüme yol açan hastalıklar arasında ikinci sırada yer almaktadır. Meme kanseri ise kadınların en önemli sağlık sorunlarından biri olarak, kadınlarda görülen kanserler arasında birinci sıradadır (Aksoy, 2000; Çam ve Babacan Gümüş, 2006; Kisane ve Grabsch, 2004; Sadıkoğlu, 2007; Shuldham, 1999; Honig, 2006).

Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği'nin (2008) ve Sağlık Bakanlığı (1999) internet sitesinden alınan verilere göre; Sağlık Bakanlığının 2004 yılı sonuçlarında kadınlarda en sık görülen 10 kanser türü arasında meme kanseri %34.73, tüm kanser türleri içinde de birinci sırayı almaktadır.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Kanser Kayıt Merkezi sonuçlarına göre, 1987 yılında kadınlarda meme kanseri görülme oranı %26, 1988 yılında %23.6, 1989 yılında %35.3, olarak tüm kanserler içinde ilk sırada yer aldığı bildirilmektedir. Sağlık Bakanlığı Kanser Kayıt Merkezinin 1990 yılı sonuçlarında, Türkiye genelinde meme kanseri görülme sıklığı, kadınlarda %28-38, erkeklerde %0.0015' dir (Özberksoy, 2006).

A.B.D.'de 2003 yılında 211.300 kadına meme kanseri tanısı konmuş ve bu hastalığa bağlı 39.800 ölüm vakası bildirilmiştir. Meme kanseri ölüm nedenleri arasında, 35-44 yaş grubu kadınlarda birinci, 55-77 yaş grubu kadınlarda ise ikinci sırada yer almaktadır. Türkiye'de meme kanseri görülme oranı %24.10 olup, kadın popülasyonunda görülen kanser türleri içinde ilk sıradadır (Bozfakıoğlu, Dağoğlu, İğci, Keçer, Müslümanoğlu, Özmen, Ünal, 2002; Langstein, Cheng, Singletary, 2003; Okanlı, 2004)

Meme kanserinin gelişmesinde; bireyden bireye farklılık gösteren pek çok risk faktörünün (genetik, çevresel, hormonal, sosyo-biyolojik ve psikolojik etkenler gibi) etkili olduğu kabul edilmekle birlikte Amerikan Kanser Derneği'nin yaptığı bir araştırmada, meme kanseri olan kadınların %75'inin yüksek risk grubunda yer almadığı ve aslında tüm kadınların meme kanseri riski taşıdığı belirlenmiştir (Can, 2001; Karabacak, 2004).

Dünyada ve Türkiye'deki epidemiyolojik veriler dikkate alındığında meme kanserinin kadınların yaşamını tehdit eden en önemli risk faktörlerinden biri olduğu açıkça görülmektedir. Meme kanserinden korunmanın pratik bir yolu yoktur. Bu bağlamda riski azaltacak ya da en aza indirecek tutum ve davranışlar ile kanserin gelişiminin önlenmeye çalışılması, hastalığın geliştiği durumlarda ise erken tanı ve etkili tedavi ile yaşam süresi ve niteliğinin arttırılması, destekleyici girişimlerde bulunulması gerekmektedir. Bu aşamada birincil (primer) ve ikincil (sekonder) korunma önlemleri önem kazanmaktadır (Aban, 1996; Aslan, 2006). Bu hastalık için erken tanı ve kitle taraması ön plana çıkmaktadır. Bu nedenle hastaya kendi kendine meme muayenesi öğretilmelidir. Kansere erken tanı konması ve etkin tedavinin uygulanması sonucu meme kanseri sonrası kişilerin yaşam süresi uzatılabilmektedir. Böylece dikkatler meme kanserli kadınların tedavi sonrası yaşam kalitesini koruma, geliştirme ve sürdürmeye yönelmiştir (Gül, 2005; Isern, Tengrup, Loman, Olsson, Ringberg, 2007).

Günümüzde, diğer kanserlerde olduğu gibi meme kanserinin de etiyolojik nedeni henüz bilinmediği için, birincil korunma kapsamında hastalığın gelişiminin önlenmesi mümkün olamamaktadır. Ancak son yıllarda meme kanseri gelişimi açısından yüksek risk gösteren kadınlarda, kanserin ortaya çıkmasından önce

önlenmesine yönelik çalışmalar ve tartışmalar yoğun bir şekilde sürmektedir. Bu çalışmalar kapsamında, meme kanserinin önlenmesi için çevresel risk faktörlerinden, karsinogenlerden korunma ve beslenmenin düzenlenmesi gibi önlemlerin alınması önerilmektedir. Ek olarak, yüksek risk grubunu oluşturan ve değiştirilemeyecek risk faktörlerini taşıyan bireylerde kanserin birincil olarak önlenmesi için kemoprevansiyon/kimyasal korunma uygulamaları önerilmektedir (Darendeliler ve Yaman Ağaoğlu, 2003). Ayrıca birincil korumada, özellikle meme kanseri riski olan kadınların bilgi ve destek gereksinimleri saptanarak, bu gereksinimlerinin karşılanmasının da önemi belirtilmektedir (Aksoy, 2000; Akyolcu, 2003; Spiegel, 1997; Türkdemir, 2003).

Günümüzde meme kanseri gittikçe artan sıklıkta kadını etkilemekte ve meme kanseri tedavisi sonucu ortaya çıkan beden imajı bozukluğu hastalarda önemli fiziksel ve psikolojik sorunlara yol açmakta ve mastektomi sonrası hastaların yaşam kalitesinde önemli derecede azalma ortaya çıkarmaktadır. Hastalığın tekrarlama korkusu ile birlikte kadınlık duygusunun kaybı, cinsel isteğinin azalması, öz-güven eksikliği ve depresyon gibi psikolojik sorunların yanında sosyal yaşama tekrar uyum sağlamakta güçlük de bu kadınların karşılaştığı sorunlardandır (Aydın, 2006; Okanlı, Ekinci, 2008)

Literatürde, meme kanseri tanı ve tedavisinin hastalarda anksiyete, depresyon, öfke, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, çaresizlik, kanserin tekrarlayacağı korkusu, benlik saygısının azalması, beden imajının bozulması, kadınlık özelliklerini kaybetme ve ölüm korkusu gibi psikolojik sorunlara neden olduğu belirtilmiştir. Özellikle mastektomi sonrası genç kadınların hastalığın tekrarlamasına ilişkin daha fazla korku duydukları ve meme kaybına ilişkin daha yoğun duygular yaşadıkları, buna karşın ileri yaş grubundaki kadınların, meme kanserini gelecek yaşamlarında daha az tehdit edici olarak algıladıkları belirtilmiştir. Tüm bu sorunlar kansere yönelik evrensel tepkiler olmasının yanı sıra, kadının bedeninde birçok simgeyi bünyesinde barındıran meme kaybına özgü tepkilerdir (Babacan, 2006; Çam ve Babacan Gümüş, 2006; Beser ve Öz, 2003).

Her gün, birçok kadın meme kanseri tanısıyla karşı karşıya kalmaktadır. Böyle bir durum bireyin günlük yaşamda üstlenmesi gereken olağan rollerini,

bunlarla ilgili sorumluluklarını yeterli biçimde sürdürmesinde de güçlükler oluşturur. Bu durum yaşamsal önem taşıyan kritik bir dönem olarak tanımlanır (Sayıl, 1992; Sözer, 1992). Bireylerin yaşamını değiştiren ve onları yeni durumlarla karşı karşıya getiren zorlayıcı yaşam olayına herkesin uyum becerisi farklı olabilir. Bazı insanlar bu sarsıcı deneyimin üstesinden gelir, bazıları ise denenmiş sorun çözme becerilerinin yetersiz kaldığını görür ve kendini yetersiz, çaresiz hisseder. Böyle bir yaşantı içindeki birey sıkıntılı ve umutsuzdur. Artık hiçbir şeyin iyi yönde değişmeyeceğini düşünür, giderek artan bir gerginlik yaşar. Bir duygusal çıkmaza girer, çözüm olanakları tıkanır ve kendisini engellenmiş hisseder (Palabıyıkoglu, 1999). Bu bir kriz dönemidir. Bireyin incinebilirliği değerlendirilirken zorlayıcı yaşam olayına verilen duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkilerin iyi anlaşılması gerekir. Kriz içindeki bireyde gerginlik, bunaltı, korku, boşluk duygusu temel yaşantılardır. Diğer duygular öfke, suçluluk ya da utanmadır. Genellikle tetiği çeken bir olay krizi başlatıyor olmakla birlikte, gerçekte krizi başlatan, o olaya gösterilen tepkiler ve yarattığı rahatsızlık duygusudur (Çam ve Babacan Gümüş, 2006; Palabıyıkoglu, 1999).

Krizde, çaresizlik duyguları ve gerginlik belirgin şekilde hissedilir. Krizde tetiği çeken olayın nasıl kavramsallaştırıldığına bağlı olarak, insanların yaşamlarında bilişsel ve duygusal bir dizi değişimler görülür. Gerginlik, panik ya da depresif duygular yaşanabilir. Daha sonra duygusal, fiziksel, bilişsel kargaşa yaşanır. Uyku düzeni bozulur, iştah ve sindirim sisteminde değişiklikler olur. Yorucu olmayan etkinlikler bile kişiyi bitkin düşürür. Gerginliğe bağlı ağrılar, boyun sırt ve baş ağrısı şeklinde kendini gösterir. Anksiyete ve depresyonun somatik belirtileri de görülebilir (Sözer, 1992). Rees ve Bath (2000) yaptıkları araştırmada, kadınların meme kanseri nedeniyle yaşadığı korku ve anksiyeteyi ailesine yansıtarak onları da olumsuz yönde etkilediğini, dolayısıyla meme kanserinin ailenin hastalığı olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Kanserli hasta ve hasta ailelerinin bilgi gereksinimlerini ele alan araştırmacılar, özellikle meme kanserli hastaların birinci derece akrabalarında bilgi, destek ve iletişimin kanseri kabullenmedeki rolünü ortaya koymuşlardır.

Son yıllarda kanserin tanı ve tedavisinde önemli gelişmeler olmasına rağmen tedavisinin uzun ve pahalı olması, organ kaybına yol açabilmesi, hastalığın yayılabilir ve kimi zaman ölümlü sonuçlanabilmesi hasta ve yakın çevresine ağır ruhsal-toplumsal sorunları da beraberinde getirmektedir (Arıkan, 2001).

Bireyin fiziksel görünümünün ve doku bütünlüğünün hastalık ya da tedavi nedeniyle değişmesinin ve bozulmasının beden imgesini değiştirdiği ve bu değişikliğin de benlik saygısına tehdit olarak algılanabildiği, dolayısıyla bu durumun kişide fiziksel, ruhsal ve toplumsal sorunlara neden olabileceği belirtilmektedir. Bu dönemde yaşa, etnik gruba veya hastalığın evresine bakmaksızın her hasta için bazı tepkiler evrensel olarak kabul edilmektedir (Babacan, 2006; Çavdar, 2006).

Meme kanserinin kadınlarda ruhsal, toplumsal ve manevi boyutta yol açtığı sorunlar, bu hastalıkların tedavi ve bakımında destekleyici yaklaşımların kullanılmasını gerektirmektedir. Meme kanseri tanısı alan her kadın, duygusal desteğe gereksinim duymaktadır. Tanının öğrenildiği, memenin alınıp alınmayacağına karar verildiği dönemde kadınların yoğun ruhsal sıkıntılar yaşadığı bilinmekte, mastektomi sonrasında da kadınların ruhsal ve sosyal desteğe gereksinimleri devam etmektedir (Akin, 2007; Babacan, 2006; Çam ve Babacan Gümüş, 2006).

Bugün meme kanserinin tanı ve tedavisi; meme cerrahi, plastik cerrah, radyasyon onkoloğu, tıbbi onkolog, radyolog ve patoloji uzmanının ortak hareket ettiği çok disiplinli bir çalışmayı gerektirmektedir (Bozfakıoğlu, Dağoğlu, İğci, Keçer, Müslümanoğlu, Özmen, Ünal, 2002; Mathes, Lang, 2006; Ward, Reis, 2001).

Kanser, multidisipliner bir anlayış içinde ele alınmalıdır. Bu ekip içinde yer alan sağlık profesyonelleri, hastaların yaşadığı ruhsal-toplumsal sorunların çözümünde ve gereksinimlerinin karşılanmasında önemli roller üstlenebilirler (Babacan, 2006). Bilgi eksikliği, pek çok meme kanserli kadın tarafından anksiyete ve korku kaynağı olarak değerlendirilmektedir. Hastalık sürecinde hasta ve ailelerin sağlık profesyonelleriyle iletişim kurmaya gereksinimleri vardır. Tedavi sürecinin her aşamasında ve sonrasında hasta ve hasta yakınlarının gereksinim duydukları konularda bilgilendirilmesi yararlı olacaktır (Babacan, 2006; Karamanoğlu ve Özer,



2008; Stanton, Danoff-Burg, Cameron, Bishop, Collins, Sworowski, Twillman, 2000).

Hastalara tedavi öncesi ve sırasında tedavi seçenekleri ile ilgili bilgi verilmeli, hastaların tedavi ile ilgili duygularını ifade etmelerine fırsat tanınmalı ve hastalar gereksinimleri, değerleri ve olanakları doğrultusunda tedavi kararları konusunda desteklenmelidir. Tedavinin yan etkilerine ilişkin bilgi vermek, anksiyete ve belirsizlik duygularını azaltmada, hastalıkla baş etmeyi arttırmada yardımcı olabilir. Hastalara hormonal ve cinsel problemler, beden imgesindeki olumsuz değişimler, kanser tanısına verilen genel ruhsal tepkiler hakkında bilgi verilebilir. Kadınlara koruyucu cerrahi, meme rekonstrüksiyonu ve protezler hakkında bilgi vermek, meme kaybıyla ilgili yaşanan kaygıyı azaltmada ve bozulan beden imgesini düzeltmede yardımcı olabilir (Babacan, 2006; Çam ve Babacan Gümüş, 2006; Çavdar, 2006; Wolf, 2007).

Psiko-onkoloji alanındaki araştırmalar, hasta ve ailesinin bilgi gereksinimlerinin doyurulmasının ne denli önemli olduğunu gözler önüne sermektedir. Kanser tanısı alan hastaların en yaygın yakınmalarının, kendilerinde ne olup bittiği, bozuk giden şeyin ne olduğu hakkında yeterince bilgi verilmemesi olduğu ileri sürülmektedir (Slevin,1987). Başka bir açıdan, hasta bireyin her zaman tanı hakkında bilgi edinmek istemeyebileceğini, bazı durumlarda hastaların tedavi döneminden sonra giderek tanıyı duymaya hazır olabilecekleri bildirilmektedir (Burton, 1991). Bunun yanı sıra kanser tanısı alan hastaların, çaresizlik duyguları içinde, kanser olmadıklarına ilişkin bir güvence de bekledikleri belirtilmektedir. Bazı hastaların ise, tüm gerçeğin ne olduğunu açıkça bilmek isteyebilecekleri, yeterince bilgi almadıklarında da gerilim ve kuşku yaşayabilecekleri ve bunun sonucunda da bilgi gereksinimlerinin daha da artabileceği ileri sürülmektedir (Brewin,1997). Hastaların özellikle hekimlerden gelecek bilgilendirmeye duyarlı olduklarını ve böyle bir bilgilendirmenin olmamasını da destek eksikliği olarak yaşadıkları bildirilmektedir (Dakof ve Taylor, 1990). Birçok yazar, hastalara istedikleri bilginin verilmesi gerektiğini, ancak bu bilgilendirmenin acele etmeden, koşullara uygun biçimde yapılması gerektiğini vurgulamaktadırlar (Faulkner ve Maguire, 1994; Girgis ve Fisher, 1998; Kübler-Ross, 1997; Okyayuz, 1999).

Kanser tanısının şoku, hasta, aile ve diğer bireyler arasındaki iletişim ve etkileşimde değişikliklere neden olabilmektedir. Bu süreçte bazı hastalar, aile üyeleri ve diğer bireylerle daha yakın ilişkiler geliştirirken, bazı hastalar da kişiler arası ilişkilerden kaçınabilmektedir. Belirsizlik ve korku, sıklıkla hastaların duygusal destek gereksinimlerinde artışa neden olmaktadır. Ancak uzun bir tedavi sürecinde hastalar, çoğu toplumsal ilişkilerini devam ettirmek için gerekli enerjiyi bulmakta zorlanmakta ve en çok gereksinim duyduklarında da gerekli desteklerden yoksun kalabilmektedirler. Bunun yanı sıra mastektomi ve diğer tedaviler, kadınların toplumsal ve cinsel yaşamlarında önemli sorunlara yol açmaktadır. Mastektomi sonrası yaşanan meme kaybı ve saç dökülmesi gibi kemoterapinin yol açtığı beden imgesi sorunları, kadınlarda toplumsal soyutlanma ve sosyal davranış değişikliklerine neden olabilmektedir. Diğer yandan kadınlar evlilik ilişkilerinin tehlikeye gireceği ve eşleriyle duygusal ilişkilerinin kopacağı gibi korku ve kaygılar da yaşayabilmektedirler (Babacan, 2006; Karamanoğlu ve Özer 2008).

Hastalarda, hem kanser algısının oluşturduğu bilinmezlik ve ölüm korkusu, hem de memenin alınmasıyla oluşacak kadınlık imgesindeki zedelenme ve eksiklik duygusu sonucu, kaygı gelişir. Hastalığı hakkında birçok soru ile karşı karşıya olan hasta, bu sorulara cevap alamazsa, kaygısı daha da artacaktır. Hastayı, memenin kaybına uygun bir şekilde hazırlamak çok önemlidir. Bilgisizlikten kaynaklanan kaygı durumunda, sağlık personelinin, hastanın hem ruhsal hem de fiziksel dengesini sağlamak amacıyla, eğitici, danışman ve sağlığı geliştirici olarak hizmet vermeleri gerekmektedir. Hastaya ameliyat öncesi yapılacak işlemleri, yapması ve dikkat etmesi gerekenleri, oluşabilecek sorunlarla nasıl başa çıkacağı öğretilerek, ameliyat sonrası dönemi daha sorunsuz geçirmesi ve yeni yaşamına daha kolay uyum göstermesi sağlanacaktır. Hastaya ameliyat öncesi verilen bu bilgi, ameliyat sonrası yaşam kalitesini arttıracak, hastayı rahatlatacak ve ağrıyı daha az hissetmesini sağlayacaktır (Çam ve Babacan Gümüş, 2006; Özberksoy, 2006)

Hastaları ameliyat öncesi eğitmenin kaygı, korku, depresyon gelişimini ve ameliyat sonrası analjezik gereksinimini azalttığı, aynı zamanda hastanede yatış süresini kısalttığı, birçok araştırmacı tarafından bildirilmiştir (Arıkan, 2001; Özberksoy, 2006).

Kanserli hastanın ruhsal yönden etkilenişi hastanın benlik gücü, kişilik yapısı, kanserli organına verdiği değer, aile düzeni, meslek ve parasal durumu, destekleyici uğraşların olup olmaması gibi birçok değişkenlere bağlıdır. Kanserlin ruhsal yaşam üzerindeki etkileri ve hasta hekim ilişkileri açısından gerek cerrahlar, gerekse ruh hekimlerince yapılan yayınlarda kişinin hasta organına verdiği değer ve anlamın önemli yeri olduğu belirtilmektedir. Örneğin memesini bütün kadınlığı ile eşdeğer tutan bir kadının meme kanserine tepkisi de o oranda ağır olabilir (Arıkan, 2001).

Hastaların fiziksel ve toplumsal koşulları hastalığa uyumlarında rol oynar. Toplumsal ya da duygusal desteği olan hastaların genellikle hastalık ya da işlev yitimi ile daha kolay başa çıktıkları bilinmektedir. Yalnız yaşayan, arkadaşları, yakınları az olan ve kişiler arası ilişkilerinde doyumsuz bir ilişkiden yoksun olan insanların sağlığı ciddi biçimde bozulduğunda, uyum sağlamaları zorlaşmaktadır. Aynı zamanda kişilerin olumsuz örneklerle karşılaşması, yanlış öneriler ve telkin de olaylarla başa çıkmada engelleyici bir rol oynar (Sarafino, 1990).

Meme kanseri tanısı alan hastaların yaşadığı krizlerin mutlaka büyük felaketlere dönüşmesi gerekmez. Krizler, kişinin kendini tanıması, değiştirmesi ve olgunlaşması yolunda dönüm noktaları ve bir fırsat olarak değerlendirilebilir (Slaby, 1985). Bireyler karşılaştığı sorunlarla başa çıkmaya çalışırken hem kendi deneyim, bilgi ve becerilerini hem de çevrenin kendisine sunduğu yardım olanaklarını kullanır. Bunların içinde en önemli destekler kişilerin yakınları ve arkadaşlarından gelen duygusal desteklerdir.

Kişinin yaşamın zorlayıcı yönleriyle başa çıkmasında ve stresin olumsuz etkilerine direnç göstermesinde başkalarıyla olan toplumsal ilişkilerin önemli bir rol oynadığı öteden beri düşünülmektedir. Zor durumda ya da sıkıntı içinde olan bireye aile üyelerinin, akrabalarının, arkadaşlarının yanı sıra diğer toplumsal ilişkilerinin sağladığı kaynaklar olarak kavramsallaştırılan sosyal desteğin, fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde de etkili olduğu vurgulanmaktadır. Bir başka deyişle sosyal destek, olumsuz yaşam olaylarının fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerindeki zarar verici etkisini azaltma (tampon) işlevi görmeye yardımcı olmaktadır. Bir çok araştırmacıda sosyal desteğin bağışıklık sisteminin çalışması üzerine yararlı etkileri olabileceğini gözlemişlerdir. Öte yandan sosyal desteği,

gereksinim duyulduğunda elde edilebilirlik, bir başka deyişle algılanan destek açısından tanımlayan çalışmalar da sosyal destek algısının yaşamın stresli koşullarına uyumda etkili olduğunu göstermiştir (Şahin, 1999).

Kronik hastalığı olan bireylerde sosyal destek özellikle çok önemlidir, çünkü bireylerin sıkıntıları sürekli olmakta, sağlık koşulları giderek bozulmakta ve hastalıklarıyla ilgili olarak karşılaştıkları stres oluşturan durumlar çoğalmaktadır. Bu nedenle, duygusal ve araçsal (maddesel) yardım bu bireyler için yararlı olmasının ötesinde yaşamları açısından kaçınılmaz olup kritik bir önem taşımaktadır (Şahin, 1999)

Başkalarıyla kurulan ilişkiler, kuramsal olarak başa çıkma ve uyum açısından farklı önem taşıyan birkaç yararlı işlev sağlamaktadır. Sosyal destek işlevleri incelendiğinde; ilk olarak, başkalarıyla kurulan ilişkiler sevgi, şefkat, ilgi, kabullenme, yakınlık, duygularını açma ve değer verilme gibi kaynaklar sağladığı için bireyin kendisini iyi hissetmesine katkıda bulunabilir. Bu tür yardım duygusal destek, güven desteği ya da değerlendirme desteği gibi farklı terimlerle ifade edilmektedir. İkinci olarak, başkalarının bireyin yaşamını kolaylaştırıcı nitelikte öğütler verme, önerilerde bulunma, kişisel geribildirim verme ve bilgilendirme gibi güncel güçlüklerle yönelik düşünce ya da olguların iletilmesi şeklinde verdiği destek için bilgi sağlayıcı destek ya da bilişsel rehberlik terimleri kullanılmaktadır. Araçsal destek, somut yardım ya da maddesel destek gibi terimlerle ifade edilen üçüncü işlev türü ise hizmet verme, malzeme temin etme, parasal yardımda bulunma gibi somut, maddesel yardımları içerir. Kişiler arası ilişkilerin dördüncü işlevi de eşlik etme desteği ya da ait olma terimleriyle ifade edilen toplumsal etkinliklere birlikte katılma anlamındadır. Araştırmalar en önemli ve yararlı desteğin güven veren ve kendilik değerini yükselten duygusal destek olduğunu ortaya koymuştur (Şahin, 1999).

Kronik hastalık çoğu kez, giderek artan fiziksel bir yetersizliği içerir; bu durum bireyin alışageldiği etkinliklerini kesintiye uğratar. Bu etkinlikler, aile ve işle ilgili sorumlulukların yanı sıra boş zaman etkinliklerini ve hatta bireyin kendi günlük bakımıyla ilgili davranışları da kapsayabilir. Böylece ağrı, yorgunluk ve her zamanki etkinliklerini yapamama durumu bireyin aile, iş ve toplumsal yaşamındaki rollerinin gereğini yerine getirmesini engelleyerek depresyona ve kontrolünü yitirme

duygusuna yol açabilir. Böylesine bir engellenme ve sıkıntı yaşayan birey için hastalığının farklı zamanlarda duygusal, araçsal ve bilgisel desteklerin tümü de yararlı olmaktadır. Duygusal destek, katlanması zor durumlarda bireyi cesaretlendirerek direnme gücü sağlar ve aynı zamanda başa çıkma sürecinde yalnız olmadığı duygusunu verir. Araçsal yardım, her zamanki etkinliklerini artık yapamayan bireyin gereksinim duyduğu pratik, somut yardımları içermektedir. Bilgisel yardım ise aynı durumda olan diğer kişilerin nasıl başa çıktığı konusunda öneriler getirmenin yanı sıra hastalığın kendisi ve gidişi hakkında kontrol algısının artmasına yol açacak bilgilendirmeyi de kapsar (Şahin, 1999).

Duygusal destek girişimleri, stresli olaylar karşısında endişeleri gidermenin, cesaret vermenin, teşvik etmenin ve kabulün sağlanmasıdır. Duygusal destek girişimleri, hastaların yaşamlarına olumlu katkı sağlayacak destekleyici girişimlerdir. Girişimlerin genel amacı, hastaların duygu, düşünce ve deneyimlerini paylaşmalarını sağlamak, günlük yaşama uyumlarını kolaylaştırmak ve hastalıkla baş etme yeteneklerini geliştirmektir (Çam ve Babacan Gümüş, 2006).

Kanser ve tedavisi birçok ruhsal-toplumsal sorunu da beraberinde getirdiğinden hasta ve aileleri için çeşitli destekleyici girişimlerin geliştirilmesine neden olmuştur. Bu destekleyici girişimlerin bütüncül bir yaklaşım içinde, kanser tedavisinin bir parçası olarak kabul edilmesi ve uygulanması son derece önemlidir. Kanserli hastalarla yapılan çalışmalarda da ruhsal-toplumsal girişimlerin semptom yönetiminde, stresle baş etmede ve yaşam kalitesinin artırılmasında olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir (Babacan, 2006; Çam ve Babacan Gümüş, 2006; Karamanoğlu ve Özer, 2008).

Sosyal desteğin hangi türünün daha yararlı olduğu koşullara göre değişmektedir. Bu durumda, sosyal desteğin olumlu katkısından söz edebilmek için, bireyin gereksinimi ile ona verilecek destek türünün ve verecek kişinin niteliğinin uyuşması gerekmektedir ve ancak bu uyuşma sağlandığında etkili bir destek gerçekleşebilir (Dakof ve Taylor, 1990; Hill, 1991; Şahin, 1999).

Sosyal destekle ilgili Taylor ve ark. (1986) tarafından 667 kanserli hasta üzerinde yapılmış olan araştırmada, fiziksel rahatsızlıklarla, algılanan sosyal destek

arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışmada hastaların % 80' i destek aldıklarını ve bu desteğin kendileri için çok önemli olduğunu belirtmişler ve destek grupları olarak da aile, arkadaş, ve sağlık personelinin göstermişlerdir. Araştırmada, profesyonel dayanışma örgütlerinin geçici olduğu, yakın kişilerin desteklerinin daha önemli ve gerekli olduğu ve destek alan grubun, destek almayan gruba göre daha az fiziksel yakınmalardan bahsettiği sonucuna varılmıştır.

Dakof ve Taylor, kanser hastalarıyla yapılan çalışmalarda, kişinin yakın çevresinin farklı üyelerinden gelen farklı türde sosyal desteğin yararlı olduğuna işaret etmişlerdir. Bu araştırmalarda bireye kendine çok yakın hissettiği kişilerin duygusal destek vermesinin çok önemli olduğunu, buna karşın bilgi sağlayıcı desteğin kanser hastaları ve hekim tarafından verildiğinde daha değerli olduğuna dikkat çekilmiştir (Dakof ve Taylor, 1990). Bu bağlamda, aile üyelerinin kendisine sıcak ilgi göstermelerini, önem verdiklerini hissettirmelerini bekleyen birey, bunun yerine öğüt aldığı anda bunu bir destek olarak algılamadan çok öfkelenirici bulmakta ve böylece stresli durum daha da kötü bir duruma gelmektedir (Şahin, 1999).

Yıldırım (1999), tarafından yapılan çalışmada, sosyal destek programının etkililiği ölçülmek istenmiştir. Ailelerinden yeterince destek görmeyen 26 öğrenci deney grubuna ve 28 öğrenci de kontrol grubuna alınarak yapılmıştır. Araştırmada Yıldırım tarafından geliştirilen Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ) kullanılmıştır. Deney ve kontrol gruplarının aile desteği ön test puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Sonuç olarak, sosyal destek programına katılan ana-babaların çocuklarının aile desteği puan ortalamaları arasında anlamlı bir yükselme olduğu görülmüştür.

Eker ve Arkar (1995), Zimmet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliğini sınamak amacıyla yaptıkları çalışmada, farklı örneklem gruplarının sosyal destek, kaygı ve depresyon düzeylerini ölçmüşlerdir. Bulgular, normal ve psikiyatri örneklemelerinin her ikisinde sosyal destek puanları ile depresyon ve kaygı puanları arasında negatif korelasyonlar olduğunu, üniversite örnekleminin de kızların erkeklere göre daha fazla sosyal destek algılamalarına rağmen, hasta ve psikiyatri örnekleminde erkeklerin daha fazla sosyal destek algıladıklarını göstermiştir.

Sosyal destekle ilgili bir başka çalışma Aladağ tarafından; yatan ve ayakta tedavi gören hastaların sosyal destek düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu amaçla poliklinikte yatan 100 ve ayaktan tedavi gören 102 bireye Sosyal Karşılaştırma Ölçeği ve aileden ve arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek ölçeği uygulanmıştır. Sonuçlar arasında farklılık bulunmamış ve her iki grupta da aileden algılanan destek düzeyi yüksek bulunmuştur (Aladağ, 2000).

Monroe ve ark.(1983), tarafından yapılan çalışmada sosyal destek, yaşam olayları ve ruh sağlığı ilişkisi araştırılmıştır. Araştırma da, üniversite öğrencilerinin yüksek stresli durum olarak algıladıkları, final sınavları döneminde gösterdikleri farklı ruhsal belirtiler ve algıladıkları sosyal destekler incelenmiştir. Araştırma, 167 (47 erkek, 120 kadın) üniversite öğrencisi üzerinde yapılmıştır. Sosyal desteği; anne-baba ile birlikte yaşama, yakın arkadaş sayısı, dini/sosyal bir gruba ait olma, kişisel yetersizlikleri tartışmadaki rahatlık, birlikte olunan insan sayısı, güç durumda başvurulacak kişi sayısı gibi faktörlerle değerlendirmişlerdir. Araştırmada, final sınavı gibi stresli bir dönemdeki sosyal desteğin, öğrencilerin yaşadıkları psikiyatrik belirtiler üzerinde doğrudan etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Sosyal desteği yüksek olan öğrencilerin daha az psikiyatrik belirti yaşadığı, sosyal destekleri daha az olanların sınav dönemlerinde depresif belirtiler gösterdikleri bulunmuştur. Öğrencilerin, sınav stresi altındayken en fazla arkadaş desteğinin stresi azaltıcı etkisinin olduğu, ayrıca stresli yaşam olayları ve bu stresin algılanmasındaki kişisel farklılıklarla depresif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Leavy tarafından geniş örneklem üzerinde yapılan koruyucu sağlık alanındaki çalışmalarda, sosyal desteklerin, bedensel ya da ruhsal hastalıklara karşı dayanma gücü verdiği bulunmuştur (Leavy, 1983).

Flaherty, Gaviria ve arkadaşları (1983), tarafından yapılan çalışmada; depresif belirtiler, sosyal destek sistemleri, yaşam olayları ve toplumsal uyum arasındaki bağlantı araştırılmıştır. Bu çalışmada, 44 Ünipolar depresyonlu hasta üzerinde sosyal destek rolünün işlevleri araştırılmıştır. Araştırma sonucunda, yüksek düzeyde sosyal desteğe sahip olan kişilerin düşük sosyal desteğe sahip olanlara oranla depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur.

Lin ve Dean tarafından yapılan çalışmada ise, depresif hastaların, sağlıklı kontrol grubuna oranla, sosyal destek yoksunluğu içinde olduğunu belirlemişlerdir. Bulgular, araştırmacılar tarafından sosyal destek yoksunluğunun depresyonda etkili olduğu şeklinde yorumlanmıştır (Lin ve Dean, 1984).

Stres verici yaşam olayları ile sosyal destek ve hastalık arasındaki ilişki araştırılmış, stres verici yaşam olayları ile hastalık arasında olumlu ilişki bulunurken, aynı zamanda sosyal desteğin, stres verici yaşam olaylarının yarattığı ruhsal zararlara karşı bireylerin ruh sağlıklarını koruduğu sonucuna varılmıştır (Sarason, Potter, Antoni, 1985).

Hastalık sürecinde kadınların sorunlarını ve duygularını ifade gereksinimleri vardır. Hastalara yardım etmede dikkat edilmesi gereken önemli noktalardan biri onların bu süreçte yaşadıklarını anlamaya çalışmaktır. Hastalara, istedikleri zaman onlarla iletişim kurma, duygularını ifade etme ve soru sorma fırsatları olduğu hissettirilmelidir. Bu iletişim, hasta ve ailelerinde güven duygusunu artırarak, korku ve endişelerini azaltmada etkili olabilir. Uzun süren hastane tedavileri hastaların toplumsal yaşamdan uzaklaşmasına ve kişilerarası ilişkilerinde kopukluklara yol açabilmektedir. Sosyal desteğin meme kanserli kadınların ruhsal-toplumsal uyumları ve yaşam kaliteleri üzerinde olumlu etkileri olmaktadır. Meme kanserli kadınlar yaşamlarında ruhsal-toplumsal sorunlarını dinleyen ve anlayan kişilerin olmasına hastalığın verdiği anksiyeteyi azaltmanın bir yolu olarak değerlendirmişler ve hastalık ile ilgili yaşadıkları zorlukları paylaşmanın çok önemli olduğunu belirtmişlerdir (Babacan, 2006; Stanton, Danoff-Burg, Cameron, Bishop, Collins, Sworowski, Twillman, 2000; Wolf, 2007).



## **1.2. Araştırmanın Konusu**

Bu araştırmanın konusu Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Radyasyon Onkolojisi bölümlerine başvuran meme kanserli hastaların bilgi desteği ve duygusal destek gereksinimlerinin incelenerek, bu iki hasta grubunun karşılaştırılmasıdır.

## **1.3. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı meme kanseri tanısı alan hastaların, tedavi görmekte oldukları süre içinde hastalığın tanısı ve tedavisine ilişkin bilgi düzeyleri ve bu süreçte ne tür bir sosyal desteğe sahip olduklarının incelenmesidir.

Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

- 1- Hastaların tanıyı kimden öğrendikleri ile kimden öğrenmek istedikleri arasında fark var mıdır?
- 2- Hastalara hastalık hakkında bilgi verilip verilmediği ile verilen bilginin ne kadar yeterli olduğuna ilişkin bölümler arası fark var mıdır?
- 3- Hastaların sağlık personelinde destek alıp almadıkları ile ne tür destek aldıklarına ilişkin bölümler arası fark var mıdır?
- 4- Hastaların duygusal destek almak isteyip istemedikleri ile kimden destek almak istediklerine göre fark var mıdır?
- 5- Hastalara bilgilendirme için ne kadar zaman ayrıldığı ile verilen bilginin ne kadar yeterli olduğuna ilişkin bölümler arası fark var mıdır?
- 6- Hastaların tedavi sürecinde bilgilendirilip bilgilendirilmedikleri ile aldıkları bilginin ne kadar yeterli olduğu arasında fark var mıdır?
- 7- Hastaların algıladıkları sosyal destekleri bölümler arasında farklılık göstermekte midir?

## 2. GEREÇ ve YÖNTEM

### 2.1. Evren ve Örneklem

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Radyasyon Onkolojisi bölümlerine başvuran ve tanısını bildikleri varsayılan hastalarla yapılmıştır. Uygulamalar, Şubat – Mayıs 2008 tarihleri arasında yapılmıştır. Genel Cerrahi bölümüne başvuran 43 ve Radyasyon Onkolojisi bölümüne başvuran 48, meme kanseri tanısı almış olan toplam 91 hasta çalışmanın örneklemini oluşturmuştur.

Anket ve ölçek uygulanırken gönüllülük esası dikkate alınarak ölçeklerin yanıtlanması sağlanmaya çalışılmıştır. Anket ve ölçek uygulanırken zaman sınırlamasına gidilmemiştir.

Uygulama öncesinde hastalara araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verilerek, araştırmaya katılmaları için bilgilendirilmiş, aydınlatılmış onamları alınmış (EK III), çalışmaya katılmayı kabul edip örnekleme alınan hastalara anket formu (EK I) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK II) uygulanmıştır.

### 2.2. Veri Toplama Araçları

#### a) Anket Formu

Araştırmacı tarafından, ilgili alan yazıları taranarak hazırlanan anket formunda (EK I), hastaların sosyodemografik özellikleri, genel sağlık bilgileri, meme kanseri hakkında bilgi düzeyleri ve gereksinimlerine yönelik sorular bulunmaktadır. Sorular sosyodemografik özellikler, tanı ve tedavi süreci hakkındaki bilgiler adı altında bölümlere ayrılmıştır.

Araştırmanın anketi oluşturulurken benzer araştırmalarda ne tür veri toplama aracı kullanıldığı incelenmiştir. Bu anketlerde ne tür sorular sorduklarına bakılmış,

araştırmanın amacı çerçevesinde bir taslak oluşturulmuştur. Bu oluşturulan taslak alanlarında uzman olan iki tıp doktoru, bir uzman hemşire, bir ölçme değerlendirme uzmanı tarafından incelenmiş ve onlardan alınan geri bildirimler bağlamında ankete son şekli verilmiştir.

### **b) Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği**

Bu ölçeğin özgün formu Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından, üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini araştırmak amacı ile geliştirilmiştir.

Ölçek, algılanan sosyal desteğin kaynağına göre aile, arkadaşlar ve özel bir insandan alınan destek olmak üzere 3 alt ölçekten ve toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Bunlardan aileden alınan desteği 3., 4., 8. ve 11. maddeler; arkadaşlardan alınan desteği 6., 7., 9. ve 12. maddeler ve özel bir insandan alınan desteği ise 1., 2., 5. ve 10. maddeler içermektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde ölçekteki her bir madde 1 " Kesinlikle hayır " dan, 7 " Kesinlikle evet " e kadar 1-7 puan arasında derecelendirilmiştir. Alt ölçeklerden en az 4, en fazla 28 puan alınmakta, toplam ölçek puan aralığı 12-84 arasında değişmektedir. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile, o alt ölçeğin puanı ve bütün alt ölçeklerin puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Eker ve Arkar, 1995).

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ise Eker ve Arkar (1995) tarafından güvenilirlik, yapı geçerliği ve faktör yapısı araştırılmıştır. Bu çalışmada normaller ve medikal ve psikiyatrik/psikolojik problemleri olan kişilerin oluşturduğu örneklem kullanılarak üç faktör elde edilmiştir. Araştırmada alt ölçeklerin iç tutarlığının yüksek olduğunu ve genel olarak depresyon ve anksiyete ölçekleriyle anlamlı kolerasyon gösterdiğini ve bulguların ölçeğin yapı geçerliliğini de desteklediğini bildirmektedirler. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında;

\*Güvenirlik: Güvenirliği ölçmek için Cronbach alpha yöntemi kullanılmıştır. Ölçek ve alt ölçekler oldukça yüksek iç tutarlılık göstermişlerdir.

\*Faktör Yapısı: Ölçeğin psikometrik özellikleri (iç tutarlılık, geçerlik ve faktör yapısı) ilk olarak üniversite örnekleminde sınanmıştır. Elde edilen bulguların tatmin edici olması üzerine hastane gruplarından veri toplanmıştır. Üniversite örnekleminde ve hastane örnekleminde toplanan verilere ayrı ayrı olmak üzere “principal components” yöntemi ve “oblimin” dönüştürmesine göre faktör analizi yapılmıştır. Dört hastane grubu faktör analizinin gerektirdiği örneklem büyüklüğüne ulaştırmak için birleştirilmiştir.

\*Geçerlik: Ölçeğin yapı geçerliliğini sınamak için, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’ nin ve alt ölçeklerinin Beck Depresyon Ölçeği ve Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ile kolerasyonları hesaplanmıştır. Bulgular ölçeğin yapı geçerliliğini özellikle üniversite ve psikiyatri örneklemlerinde desteklemektedir (Eker ve Arkar, 1995).

### **2.3. Araştırmanın Etiği**

Bu araştırma için Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Cerrahi ve İlaç Araştırmaları Etik Kurulundan (EK IV), Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Genel Direktörlüğünden ve araştırmanın yapıldığı Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı Başkanlığından izin alınmıştır. Araştırma öncesi, hastalara bilgi verilmiş, araştırmaya katılmaya gönüllü olanlardan aydınlatılmış onam alınmıştır.

Çalışmaya katılan tüm hastalara anket ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeği formlarının uygulanmasının ardından bilgi ve destek gereksinimlerini karşılayabilecekleri kaynaklar hakkında bilgi verilmiş, yaşadıkları sorunlar dinlenmiş, tedavi süreçleri ile ilgili istedikleri bilgiler görüşme sonunda verilmiştir.

## **2.4. Sınırlılıklar**

Araştırmada hastaların bilgi düzeyleri ve sahip oldukları sosyal desteği belirlemek iim kullandığımız anket ve ölçeğindeki soruların öznel olarak cevaplandırılması çalışmanın nesnelliğini kısmi olarak etkilemiştir.

## **2.5. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin analizi SPSS 13 paket programında yapılmıştır. Veriler değerlendirilirken çapraz karşılaştırma, iki değişken için kay-kare testi, tek faktörlü ANOVA, non-parametrik bir teknik olan Kruskal Wallis testi, bağımsız gruplar için de t-testi uygulanmıştır.

### 3. BULGULAR

#### 3.1. ANKETE İLİŞKİN FREKANS VE YÜZDE DAĞILIMLARI

Çizelge 3.1. Hastaların Yaş Dağılımı

Yaş Aralıkları	<i>Frekans</i> ( <i>f</i> )	<i>Yüzde</i> (%)	<i>Yıgmal</i> <i>Yüzde</i>
15-24	1	1.1	1.1
25-34	11	12.1	13.2
35-44	24	26.4	39.6
45-54	20	22.0	61.5
55-64	17	18.7	80.2
65-74	12	13.2	93.4
75-84	5	5.5	98.9
85-94	1	1.1	100.0
Toplam	91	100.0	

Çizelge 3.1’de görüldüğü üzere toplam 91 hastanın %26.4’ü 35-44 yaş arasında, %22’si ise 45-54 yaş arasındadır.

**Çizelge 3.2. Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılım**

	<i>Frekans (f)</i>	<i>Yüzde (%)</i>	<i>Yığılmalı Yüzde</i>
Okur Yazar Değil	3	3.3	3.3
Okur Yazar	4	4.4	7.7
İlkokul	21	23.1	30.8
Ortaokul	11	12.1	42.9
Lise	26	28.6	71.4
Üniversite	21	23.1	94.5
Lisansüstü	5	5.5	100.0
Toplam	91	100.0	

Çizelge 3.2’de görüldüğü gibi hastaların %28.6’sı lise mezunu, %23.1 ise ilkokul mezunu veya üniversite mezunudur.

**Çizelge 3.3. Hastaların Çalışıp Çalışmadıklarına İlişkin Dağılım**

	<i>Frekans</i> <i>(f)</i>	<i>Yüzde</i> <i>(%)</i>	<i>Yığılmalı</i> <i>Yüzde</i>
Evet	34	37.4	37.4
Hayır	57	62.6	100.0
Toplam	91	100.0	

Hastaların %62.6'sı bir işte çalışmamaktadır. %37.4'ü ise bir işe sahiptir.



**Çizelge 3.4. Hastaların Sağlık Güvencesine İlişkin Dağılım**

	<i>Frekans</i> <i>(f)</i>	<i>Yüzde</i> <i>(%)</i>	<i>Yığılmalı</i> <i>Yüzde</i>
Emekli Sandığı	42	46.2	46.2
Bağ-kur	11	12.1	58.2
SSK	37	40.7	98.9
Özel Sigorta	1	1.1	100.0
Toplam	91	100.0	

Toplam 91 hastanın tamamının sağlık güvencesinin olduğu görülmüştür. %46.2'si Emekli Sandığına ve %40.7' si de SSK'ya bağlıdır.

**Çizelge 3.5. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Dağılım**

	<i>Frekans</i> <i>(f)</i>	<i>Yüzde</i> <i>(%)</i>	<i>Yığılmalı</i> <i>Yüzde</i>
Bekâr	20	22.0	22.0
Evli	68	74.7	96.7
Boşanmış	3	3.3	100.0
Toplam	91	100.0	

Toplam 91 hastanın %74.7'si evli, %22'si ise bekadır.

**Çizelge 3.6. Hastaların Çocuk Sahibi Olup Olmadıklarına İlişkin Dağılım**

	<i>Frekans</i> <i>(f)</i>	<i>Yüzde</i> <i>(%)</i>	<i>Yığılmalı</i> <i>Yüzde</i>
Evet	76	83.5	83.5
Hayır	15	16.5	100.0
Toplam	91	100.0	

Toplam 91 hastanın %83.5'i çocuk sahibidir.

**Çizelge 3.7. Hastanın Ailesinde Meme CA Olma Durumuna İlişkin Dağılım**

	<i>Frekans</i> <i>(f)</i>	<i>Yüzde</i> <i>(%)</i>	<i>Yığılmalı</i> <i>Yüzde</i>
Anne	5	5.5	5.5
Kız Kardeş	19	20.9	26.4
Hala	3	3.3	29.7
Teyze	5	5.5	35.2
Diğer (Tanı alan kimse yok)	59	64.8	100.0
Toplam	91	100.0	

Toplam 91 hastanın %64.8'inin ailesinde meme kanseri tanısı alan kimse yoktur. %20.9'unun kız kardeşi, %5.5'inin ise annesi yada teyzesi meme kanseri tanısı almıştır.

**Çizelge 3.8. Hastaya Tanının Kim Tarafından Söylendiğine İlişkin Dağılım**

	<i>Frekans (f)</i>	<i>Yüzde (%)</i>	<i>Yığılmalı Yüzde</i>
Doktor	89	97.8	97.8
Aile Yakını	1	1.1	98.9
Diğer	1	1.1	100.0
Toplam	91	100.0	

Toplam 91 hastanın %97.8'ine tanısı doktor tarafından söylenmiştir.

**Çizelge 3.9. Hastanın Tanısını Kimden Öğrenmek İstedığıne İlişkin Dağılım**

	<i>Frekans</i> <i>(f)</i>	<i>Yüzde</i> <i>(%)</i>	<i>Yığılmalı</i> <i>Yüzde</i>
Psikolog	1	1.1	1.1
Doktor	62	68.1	69.2
Psikiyatrist	5	5.5	74.7
Psikolog, Doktor Hemşirenin Olduğu Ekip	22	24.2	98.9
Aile Bireyleri	1	1.1	100.0
Toplam	91	100.0	

Toplam 91 hastanın %68.1'i tanısını doktordan öğrenmek istemekte, %24.2'si ise tanısını Psikolog, Doktor, Hemşirenin olduğu bir ekip tarafından öğrenmek istemektedir.

**Çizelge 3.10 : Hastaya Tanının Kimin Tarafından Söylendiği ile Hastanın Tanısının Kim Tarafından Söylenmesini İstedığıne İlişkin Çapraz Karşılaştırma**

		Tanıyı Kimden Öğrenmek İsteddiği					Toplam
		Psikolog	Doktor	Psikiyatrist	Psikolog Doktor ve Hemşirenin Olduğu Ekip	Aile Bireyleri	
Tanının Kimin Tarafından Söylendiği	Doktor	1	61	5	22	0	89
	Aile Yakını	0	0	0	0	1	1
	Diğer	0	1	0	0	0	1
Toplam		1	62	5	22	1	91

Çizelge 3.10'da görüldüğü üzere, Toplam 91 vakanın 89'unda hastaya tanısı doktor tarafından söylenmiş, birer vakada da, tanı aile yakını ve diğer bir kaynaktan aktarılmıştır. Tanısı doktor tarafından söylenen 89 hastanın %1.1'i tanısının psikolog tarafından, %5.61'i psikiyatrist tarafından, %24.7'si ise psikolog, doktor ve hemşireden oluşan bir ekip tarafından, %68.5'i ise doktor tarafından söylenmesini istemektedir.

**Çizelge 3.11. Hastaya Bilgi Verilip Verilmediğine İlişkin Dağılım**

	<i>Frekans</i> <i>(f)</i>	<i>Yüzde</i> <i>(%)</i>	<i>Yığılmalı</i> <i>Yüzde</i>
Evet	69	75.8	75.8
Hayır	22	24.2	100.0
Toplam	91	100.0	

Toplam 91 hastanın %75.8'ine süreç hakkında bilgi verilmiş, %24.2'sine ise bilgi verilmemiştir.

**Çizelge 3.12. Hastaya Verilen Bilgiyi Yeterli Bulmasına İlişkin Dağılım**

	<i>Frekans</i> <i>(f)</i>	<i>Yüzde</i> <i>(%)</i>	<i>Yığılmalı</i> <i>Yüzde</i>
Geçersiz	22	24.2	24.2
Hiç	2	2.2	26.4
Çok az	15	16.5	42.9
Kısmen	15	16.5	59.3
Oldukça	27	29.7	89.0
Tamamen	10	11.0	100.0
Toplam	91	100.0	

Toplam 91 hastanın %29.7'si verilen bilgiyi oldukça yeterli bulurken, %16.5'i çok az veya kısmen yeterli bulmuşlardır.



**Çizelge 3.13 : Hastaya Hastalığı Hakkında Bilgi Verilip Verilmediği ile Verilen Bilginin Yeterli Bulunup Bulunmadığına İlişkin Çapraz Karşılaştırma**

			Hastalığı Hakkında Verilen Bilginin Yeterliliği					Toplam
			Hiç yeterli Değil	Çok Az Yeterli	Kısmen Yeterli	Oldukça Yeterli	Tamamen Yeterli	
Hastalık Hakkında Bilgi Verilip Verilmediği	Evet	N	2	15	15	27	10	69
		%	2.9	21.7	21.7	39.1	14.5	100.0
	Hayır	N	0	0	0	0	0	22
		%	0	0	0	0	0	100.0
	Toplam	N	2	15	15	27	10	91
		%	2.2	16.5	16.5	29.7	11.0	100.0

Hastalara hastalığı hakkında verilen bilginin yeterliliğine ilişkin görüşleri, hastalık hakkında bilgi verilip verilmediğine göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla çapraz karşılaştırma uygulanmıştır. Çizelge 3.13’de görüldüğü üzere, hastalığı hakkında bilgi verilen hastaların %2,9’u verilen bilgiyi yeterli bulmazken, %14.5’i ise tamamen yeterli bulmuş, %21.7’si çok az yeterli bulmuş, %21.7’si kısmen yeterli bulmuş ve %39.1’i de oldukça yeterli bulmuştur.

**Çizelge 3.13a : Genel Cerrahi Hastalarına Hastalığı Hakkında Bilgi Verilip Verilmediğine ile Verilen Bilginin Yeterli Bulunup Bulunmadığına İlişkin Çapraz Karşılaştırma**

			Hastalığı Hakkında Verilen Bilginin Yeterliliği					Toplam
			Hiç yeterli Değil	Çok Az Yeterli	Kısmen Yeterli	Oldukça Yeterli	Tamamen Yeterli	
Hastalık Hakkında Bilgi Verilip Verilmediği	Evet	N	–	2	6	21	9	38
		%	–	5.3	15.8	55.3	23.7	100.0
	Hayır	N	–	0	0	0	0	5
		%	–	0	0	0	0	100.0
	Toplam	N	–	2	6	21	9	43
		%	–	4.7	14.0	48.8	20.9	100.0

Genel cerrahi bölümündeki hastalara hastalığı hakkında verilen bilginin yeterliliğine ilişkin görüşleri, hastalık hakkında bilgi verilip verilmediğine göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla çapraz karşılaştırma uygulanmıştır. Çizelge 3.13a’da görüldüğü üzere, hastalığı hakkında bilgi verilen hastaların %5.3’ ü çok az yeterli bulurken, %15.8’ i kısmen yeterli bulmuş, %23.7’ si tamamen yeterli bulmuş ve %55.3’ ü de oldukça yeterli bulmuştur.

**Çizelge 3.13b : Radyasyon Onkolojisi Hastalarına Hastalığı Hakkında Bilgi Verilip Verilmediğine ile Verilen Bilginin Yeterli Bulunup Bulunmadığına İlişkin Çapraz Karşılaştırma**

			Hastalığı Hakkında Verilen Bilginin Yeterliliği					Toplam
			Hiç yeterli Değil	Çok Az Yeterli	Kısmen Yeterli	Oldukça Yeterli	Tamamen Yeterli	
Hastalık Hakkında Bilgi Verilip Verilmediği	Evet	N	2	13	9	6	1	31
		%	6.5	41.9	29	19.4	3.2	100.0
	Hayır	N	0	0	0	0	0	17
		%	0	0	0	0	0	100.0
	Toplam	N	2	13	9	6	1	48
		%	4.2	27.1	18.8	12.5	2.1	100.0

Radyasyon onkolojisindeki hastalara hastalığı hakkında verilen bilginin yeterliliğine ilişkin görüşleri, hastalık hakkında bilgi verilip verilmediğine göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla çapraz karşılaştırma uygulanmıştır. Çizelge 3.13b’de görüldüğü üzere, hastalığı hakkında bilgi verilen hastaların %3.2’si tamamen yeterli, %6.5’i verilen bilgiyi hiç yeterli bulmazken, %19.4’ü oldukça yeterli bulmuş, %29’u kısmen yeterli bulmuş ve %41.9’u da çok az yeterli bulmuştur.

**Çizelge 3.14. Hastaya Bilginin Kim Tarafından Verildiğine İlişkin Dağılım**

	<i>Frekans</i> <i>(f)</i>	<i>Yüzde</i> <i>(%)</i>	<i>Yığılmalı</i> <i>Yüzde</i>
Geçersiz	22	24.2	24.2
Doktor	51	56.0	80.2
Diğer	1	1.1	81.3
Doktor-Hemşire	17	18.7	100.0
Toplam	91	100.0	

Toplam 91 hastanın %56'sına bilgi doktor tarafından, %18.7'sine ise bilgi doktor ve hemşirenin ikisi tarafından verilmiştir.

**Çizelge 3.15. Hastaya Bilgilendirme İçin Ayrılan Zaman Dağılımı**

	<i>Frekans</i> <i>(f)</i>	<i>Yüzde</i> <i>(%)</i>	<i>Yığılmış</i> <i>Yüzde</i>
Geçersiz	22	24.2	24.2
0-4 dakika	6	6.6	30.8
5-9 dakika	18	19.8	50.5
10-14 dakika	20	22.0	72.5
15-19 dakika	12	13.2	85.7
20-24 dakika	2	2.2	87.9
30-34 dakika	4	4.4	92.3
60-64 dakika	7	7.7	100.0
Toplam	91	100.0	

Toplam 91 hastanın %22'sine bilgilendirme için 10-14 dakika ayrıldığı, %19.8'ine ise 5-9 dakika ayrıldığı saptanmıştır.

**Çizelge 3.16. Hastanın Sağlık Personelinden Destek Alma Durumuna İlişkin Dağılım**

	<i>Frekans (f)</i>	<i>Yüzde (%)</i>	<i>Yığmal Yüzde</i>
Evet	56	61.5	61.5
Hayır	35	38.5	100.0
Toplam	91	100.0	

Toplam 91 hastanın %61.5'i sağlık personelinden destek aldığını, %38.5'i ise destek almadığını söylemiştir.

**Çizelge 3.17. Hastanın Sağlık Personelinden Aldığı Destek Türlerine İlişkin Dağılım**

	<i>Frekans (f)</i>	<i>Yüzde (%)</i>	<i>Yığılmış Yüzde</i>
Geçersiz	35	38.5	38.5
Duygusal destek	6	6.6	45.1
Bilgi Desteği	23	25.3	70.3
Maddesel Destek	5	5.5	75.8
Bilgi-Maddesel Destek	18	19.8	95.6
Duygu-Bilgi Desteği	3	3.3	98.9
Duygu-Bilgi-Maddesel Destek	1	1.1	100.0
Toplam	91	100.0	

Toplam 91 hastanın %25.3'ü sağlık personelinden bilgi desteği aldığını, %6.6'sı duygusal destek aldığını, %19.8'i ise bilgi ve maddesel destek aldığını bildirmiştir.

**Çizelge 3.18 : Hastanın Sağlık Personelinden Destek Alma Durumu ile Alınan Desteğin Türüne İlişkin Çapraz Karşılaştırma**

		Alınan Desteğin Türü						Toplam		
		Duygusal Destek	Bilgi Desteği	Maddesel Destek	Bilgi-Maddesel Destek	Duygu-Bilgi Desteği	Duygu-Bilgi-Maddesel Destek			
Hastanın İlgili Sağlık Personelinden Destek Alma Durumu	Evet	N	6	23	5	18	3	1	56	
		%	10.7	41.1	8.9	32.1	5.4	1.8	100.0	
	Hayır	N	0	0	0	0	0	0	0	35
		%	0	0	0	0	0	0	0	100.0
	Toplam	N	6	23	5	18	3	1	91	
		%	6.6	25.3	5.5	19.8	3.3	1.1	100.0	

Hastanın aldığı desteğin türünün, ilgili sağlık personelinden destek alma durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla çapraz karşılaştırma uygulanmıştır. Çizelge 3.18 de görüldüğü üzere, ilgili sağlık personelinden destek alan hastaların %10.7 si duygusal destek alırken, %41.1'i bilgi desteği aldığını, %8.9'u maddesel destek aldığını, %32.1'i bilgi ve maddesel destek aldığını, %5.4'ü duygu ve bilgi desteği aldığını ve son olarak %1.8'i ise duygu, bilgi ve maddesel destek aldığını söylemiştir.



**Çizelge 3.18a : Genel Cerrahi Hastalarının Sağlık Personelinden Destek Alma Durumu ile Alınan Desteğin Türüne İlişkin Çapraz Karşılaştırma**

			Alınan Desteğin Türü						Toplam	
			Duygusal Destek	Bilgi Desteği	Maddesel Destek	Bilgi-Maddesel Destek	Duygu-Bilgi Desteği	Duygu-Bilgi-Maddesel Destek		
Hastanın İlgili Sağlık Personelinden Destek	Evet	N	–	11	2	15	3	1	32	
		%	–	34.4	6.3	46.9	9.4	3.1	100.0	
	Hayır	N	–	0	0	0	0	0	0	11
		%	–	0	0	0	0	0	0	100.0
	Toplam	N	–	11	2	15	3	1	43	
		%	–	25.6	4.7	34.9	7	2.3	100.0	

Genel cerrahi hastalarının aldığı desteğin türünün, ilgili sağlık personelinden destek alma durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla çapraz karşılaştırma uygulanmıştır. Çizelge 3.18a’da görüldüğü üzere, ilgili sağlık personelinden destek alan hastaların %34.4’ü bilgi desteği aldığını, %6.3’ü maddesel destek aldığını, %46.9’u bilgi ve maddesel destek aldığını, %9.4’ü duygu ve bilgi desteği aldığını ve son olarak %3.1’i ise duygu, bilgi ve maddesel destek aldığını bildirmiştir.

**Çizelge 3.18b : Radyasyon Onkolojisi Hastalarının İlgili Sağlık Personelinden Destek Alma Durumu ile Alınan Desteğin Türüne İlişkin Çapraz Karşılaştırma**

			Alınan Desteğin Türü						Toplam
			Duygusal Destek	Bilgi Desteği	Maddesel Destek	Bilgi-Maddesel Destek	Duygu-Bilgi Desteği	Duygu-Bilgi-Maddesel Destek	
Hastanın İlgili Sağlık Personelinden Destek Alma Durumu	Evet	N	6	12	3	3	–	–	24
		%	25.0	50.0	12.5	12.5	–	–	100.0
	Hayır	N	0	0	0	0	–	–	24
		%	0	0	0	0	–	–	100.0
	Toplam	N	6	12	3	3	–	–	48
		%	12.5	25.0	6.3	6.3	–	–	100.0

Radyasyon onkolojisi hastalarının aldığı desteğin türünün, ilgili sağlık personelinden destek alma durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla çapraz karşılaştırma uygulanmıştır. Çizelge 3.18b’de görüldüğü üzere, ilgili sağlık personelinden destek alan hastaların %25’i duygusal destek aldığını, %50’si bilgi desteği aldığını, %12.5’i maddesel destek aldığını ve %12.5’i de bilgi ve maddesel destek aldığını bildirmiştir.

**Çizelge 3.19. Hastanın Duygusal Destek Alma İsteğine İlişkin Dağılım**

	<i>Frekans</i> <i>(f)</i>	<i>Yüzde</i> <i>(%)</i>	<i>Yıgmalı</i> <i>Yüzde</i>
Evet	81	89.0	89.0
Hayır	10	11.0	100.0
Toplam	91	100.0	

Toplam 91 hastanın %89'u duygusal destek alma istemekte, %11'i ise istememektedir.

**Çizelge 3.20. Hastanın Duygusal Desteği Kimden Almak İsteddiğine İlişkin Dağılım**

	<i>Frekans (f)</i>	<i>Yüzde (%)</i>	<i>Yığılmalı Yüzde</i>
Geçersiz	11	12.1	12.1
Arkadaş	1	1.1	13.2
Aile Yakını	1	1.1	14.3
Doktor	9	9.9	24.2
Hemşire	2	2.2	26.4
Psikolog	19	20.9	47.3
Psikiyatrist	44	48.4	95.6
Doktor-Hemşire	1	1.1	96.7
Doktor-Aile Yakını	1	1.1	97.8
Psikolog-Psikiyatrist	1	1.1	98.9
Arkadaş-Doktor-Psikolog	1	1.1	100.0
Toplam	91	100.0	

Toplam 91 hastanın %48.4'ü duygusal desteği psikiyatrist tarafından, %20.9'u ise psikolog tarafından almak istemektedir.

**Çizelge 3.21 : Hastanın Duygusal Destek Alma Durumu ile Duygusal Desteği Kimden Almak İstediğine İlişkin Çapraz Karşılaştırma**

		Hastanın Duygusal Desteği Kimden Almak İsteddiği										Toplam	
		Arka daş	Aile Yakını	Dok tor	Hem şire	Psi ko log	Psiki yat rist	Dok tor-Hem şire	Dok tor-Aile Yakını	Psi ko log-Psiki yat rist	Arka daş-Dok tor-Psi ko log		
Hastanın Duygusal Destek Alma Durumu	E	N	1	1	9	2	19	44	1	1	1	1	81
		%	1.2	1.2	11.1	2.5	23.5	54.3	1.2	1.2	1.2	1.2	100.0
	H	N	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
		%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.0
	T	N	1	1	9	2	19	44	1	1	1	1	91
		%	1.1	1.1	9.9	2.2	20.9	48.4	1.1	1.1	1.1	1.1	100.0

Hastanın duygusal desteği kimden almak istediğinin, duygusal destek alma durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla çapraz karşılaştırma uygulanmıştır. Toplam 91 hastadan % 89'u duygusal destek aldığını, % 11'i ise destek almadığını bildirmiştir. Çizelge 3.21'de görüldüğü üzere, duygusal destek alan hastaların %1.2'si arkadaştan duygusal destek almak istediğini, %1.2'si aile yakınından duygusal destek almak istediğini, %1.2'si doktor ve hemşireden duygusal destek almak istediğini, %1.2'si doktor ve aile yakınından duygusal destek almak istediğini, %1.2'si psikolog ve psikiyatristten duygusal destek almak istediğini, %1.2'si arkadaş, doktor ve psikologdan duygusal destek almak istediğini, %2.5'i hemşireden duygusal destek almak istediğini, %11.1'i doktordan duygusal destek almak istediğini, %23.5'i psikologdan duygusal destek almak istediğini ve %54.3'ü de psikiyatristten duygusal destek almak istediğini belirtmiştir.

**Çizelge 3.22. Hastanın Tedavi Süreci Hakkında Bilgilendirilmesine İlişkin Dağılım**

	<i>Frekans (f)</i>	<i>Yüzde (%)</i>	<i>Yığılmalı Yüzde</i>
Evet	64	70.3	70.3
Hayır	27	29.7	100.0
Toplam	91	100.0	

Toplam 91 hastanın %70.9'u tedavi süreci hakkında bilgilendirilmiş, %29.7 ise bilgilendirilmemiştir.

**Çizelge 3.23. Hastanın Tedavi Süreci Konusunda Aldığı Tüm Bilgilerin Yeterliliği Hakkındaki Değerlendirmelerine İlişkin Dağılım**

	<i>Frekans (f)</i>	<i>Yüzde (%)</i>	<i>Yığmal Yüzde</i>
Hiç	8	8.8	8.8
Çok az	23	25.3	34.1
Kısmen	24	26.4	60.4
Oldukça	26	28.6	89.0
Tamamen	10	11.0	100.0
Toplam	91	100.0	

Toplam 91 hastanın %8.8'i tedavi süreci hakkında aldığı bilgileri yeterli bulmazken, %25.3'ü çok az yeterli bulduğunu, %26.4'ü kısmen yeterli bulduğunu, %28.6'sı oldukça yeterli bulduğunu, %11'i tamamen yeterli bulduğunu bildirmiştir.

**Çizelge 3.24: Hastayı Hastalığı Hakkında Bilgilendirme İçin Ne Kadar Zaman Ayrıldığı ile Hastanın Hastalığı Hakkında Verilen Bilgiyi Ne Kadar Yeterli Bulduğuna İlişkin Çapraz Karşılaştırma**

			Hastaların Hastalığı Hakkında Verilen Bilginin Yeterliliği Konusundaki Değerlendirmeleri					Toplam
			Hiç yeterli Değil	Çok Az Yeterli	Kısmen Yeterli	Oldukça Yeterli	Tamamen Yeterli	
Hastaya Tanısı Hakkında Bilgilendirme İçin Ayrılan Zaman	Geçersiz	N	6	9	7	0	0	22
		%	27.3	40.9	31.8	0	0	100.0
	0-4 dk.	N	0	1	3	2	0	6
		%	0	16.7	50.0	33.3	0	100.0
	5-9 dk.	N	1	11	4	2	0	18
		%	5.6	61.1	22.2	11.1	0	100.0
	10-14 dk	N	1	2	5	10	2	20
		%	5.0	10.0	25.0	50.0	10.0	100.0
	15-19 dk	N	0	0	1	5	6	12
		%	0	0	8.3	41.7	50.0	100.0
	20-24 dk	N	0	0	0	1	1	2
		%	0	0	0	50.0	50.0	100.0
	30-34 dk	N	0	0	2	2	0	4
		%	0	0	50.0	50.0	0	100.0
	60-64 dk	N	0	0	2	4	1	7
		%	0	0	28.6	57.1	14.3	100.0
	Toplam	N	8	23	24	26	10	91
		%	8.8	25.3	26.4	28.6	11.0	100.0



Hastalara hastalığı hakkında verilen bilginin yeterliliği konusundaki değerlendirmeleri, hastalık hakkında bilgilendirme için ayrılan zamana göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla çapraz karşılaştırma uygulanmıştır. Çizelge 3.24'de görüldüğü üzere, hastaya hastalığı hakkında bilgilendirme için 0-4 dakika ayrıldığı durumlarda, hastaların %16.7'si verilen süreyi çok az yeterli bulurken, %50'si kısmen yeterli bulduğunu ve %33'ü oldukça yeterli bulduğunu iletmiştir. Bilgilendirme için 5-9 dakika ayrıldığında, hastaların %5.6'sı verilen süreyi hiç yeterli bulmazken, %61.1'i çok az yeterli bulduğunu, %2.2'si kısmen yeterli bulduğunu ve %11.1'i ise oldukça yeterli bulduğunu bildirmiştir. Bilgilendirme için 10-14 dakika ayrıldığında, hastaların %5'i verilen süreyi hiç yeterli bulmazken, %10'u çok az yeterli bulduğunu, %25'i kısmen yeterli bulduğunu, %50'si oldukça yeterli bulduğunu ve %10'u da çok yeterli bulduğunu bildirmiştir. Bilgilendirme için 15-19 dakika ayrıldığında, hastaların %8.3'ü verilen süreyi kısmen yeterli bulurken, %41.7'si oldukça yeterli bulduğunu ve %50'si de çok yeterli bulduğunu iletmiştir. Bilgilendirme için 20-24 dakika ayrıldığında, hastaların %50'si verilen süreyi oldukça yeterli bulurken, %50'si de çok yeterli bulduğunu iletmiştir. Bilgilendirme için 30-34 dakika ayrıldığında, hastaların %50'si verilen süreyi kısmen yeterli bulurken, %50'si de oldukça yeterli bulduğunu bildirmiştir. Bilgilendirme için 60-64 dakika ayrıldığında, hastaların %28.6'sı verilen süreyi kısmen yeterli bulurken, %57.1'i oldukça yeterli bulmuş ve %14.3'ü de çok yeterli bulduğunu bildirmiştir.

**Çizelge 3.24a : Genel Cerrahi Hastasına Hastalığı Hakkında Bilgilendirme İçin Ne Kadar Zaman Ayrıldığı ile Hastanın Hastalığı Hakkında Verilen Bilgiyi Ne Kadar Yeterli Bulduğuna İlişkin Çapraz Karşılaştırma**

			Hastaların Hastalığı Hakkında Verilen Bilginin Yeterliliği Konusundaki Değerlendirmeleri					Toplam
			Hiç yeterli Değil	Çok Az Yeterli	Kısmen Yeterli	Oldukça Yeterli	Tamamen Yeterli	
Hastaya Tanısı Hakkında Bilgilendirme İçin Ayrılan Zaman	0-4 dk.	N	0	0	1	1	0	2
		%	0	0	50.0	50.0	0	100.0
	5-9 dk.	N	0	2	1	2	0	5
		%	0	40.0	20.0	40.0	0	100.0
	10-14 dk	N	1	0	3	9	2	15
		%	6.7	0	20.0	60.0	13.3	100.0
	15-19 dk	N	0	0	0	5	6	11
		%	0	0	0	45.5	54.5	100.0
	20-24 dk	N	0	0	0	1	1	2
		%	0	0	0	50.0	50.0	100.0
	30-34 dk	N	0	0	1	0	0	1
		%	0	0	100.0	0	0	100.0
	60-64 dk	N	0	0	0	1	1	2
		%	0	0	.0	50.0	50.0	100.0
	Toplam	N	2	4	8	19	10	43
		%	4.7	9.3	18.6	44.2	23.3	100.0

Genel cerrahi hastasına hastalığı hakkında verilen bilginin yeterliliği konusundaki değerlendirmeleri, hastalık hakkında bilgilendirme için ayrılan zamana göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla çapraz karşılaştırma uygulanmıştır. Çizelge 3.24a'da görüldüğü üzere, hastaya hastalığı hakkında bilgilendirme için 0-4

dakika ayrıldığı durumlarda, hastaların %50'si verilen süreyi kısmen yeterli bulurken, %50'si de oldukça yeterli bulunduğunu iletmiştir. Bilgilendirme için 5-9 dakika ayrıldığında, hastaların %40'ı verilen süreyi çok az yeterli bulurken, %20'si kısmen yeterli bulunduğunu ve %40'si ise oldukça yeterli bulunduğunu iletmiştir. Bilgilendirme için 10-14 dakika ayrıldığında, hastaların %6.7'si verilen süreyi hiç yeterli bulmazken, %20'si kısmen yeterli bulunduğunu, %60'ı oldukça yeterli bulunduğunu ve %13.3'ü de çok yeterli bulunduğunu iletmiştir. Bilgilendirme için 15-19 dakika ayrıldığında, hastaların %45.5'i oldukça yeterli bulurken, %54.5'i de çok yeterli bulunduğunu iletmiştir. Bilgilendirme için 20-24 dakika ayrıldığında, hastaların %50'si verilen süreyi oldukça yeterli bulurken, %50'si de çok yeterli bulunduğunu iletmiştir. Bilgilendirme için 30-34 dakika ayrıldığında, hastaların %100'ü verilen süreyi kısmen yeterli bulunduğunu bildirmiştir. Bilgilendirme için 60-64 dakika ayrıldığında, hastaların %50'si oldukça yeterli bulurken, %50'si de çok yeterli bulunduğunu söylemiştir.

**Çizelge 3.24b : Radyasyon Onkolojisi Hastasını Hastalığı Hakkında Bilgilendirme İçin Ne Kadar Zaman Ayrıldığı ile Hastanın Hastalığı Hakkında Verilen Bilgiyi Ne Kadar Yeterli Bulduğuna İlişkin Çapraz Karşılaştırma**

			Hastaların Hastalığı Hakkında Verilen Bilginin Yeterliliği Konusundaki Değerlendirmeleri					Toplam
			Hiç yeterli Değil	Çok Az Yeterli	Kısmen Yeterli	Oldukça Yeterli	Tamamen Yeterli	
Hastaya Tanısı Hakkında Bilgilendirme İçin Ayrılan Zaman	0-4 dk.	N	0	1	2	1	–	4
		%	0	25.0	50.0	25.0	–	100.0
	5-9 dk.	N	1	9	3	0	–	13
		%	7.7	69.2	23.1	0	–	100.0
	10-14 dk	N	0	2	2	1	–	5
		%	0	40.0	40.0	20.0	–	100.0
	15-19 dk	N	0	0	1	0	–	1
		%	0	.0	100.0	0	–	100.0
	30-34 dk	N	0	0	1	2	–	3
		%	0	.0	33.3	66.7	–	100.0
	60-64 dk	N	0	0	2	3	–	5
		%	0	.0	40.0	60.0	–	100.0
	Toplam	N	6	19	16	7	–	48
		%	12.5	39.6	33.3	14.6	–	100.0

Radyasyon onkolojisi hastalarına hastalığı hakkında verilen bilginin yeterliliği konusundaki değerlendirmeleri, hastalık hakkında bilgilendirme için ayrılan zamana göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla çapraz karşılaştırma uygulanmıştır. Çizelge 3.24b’de görüldüğü üzere, hastaya hastalığı hakkında bilgilendirme için 0-4 dakika ayrıldığı durumlarda, hastaların %25’i verilen süreyi çok az yeterli bulurken, %50’si kısmen yeterli bulunduğunu ve %25’i oldukça yeterli bulunduğunu iletmiştir. Bilgilendirme için 5-9 dakika ayrıldığında, hastaların %7.7’si verilen süreyi hiç yeterli bulmazken, %69.2’si çok az yeterli bulunduğunu ve %23.1’i

kısmen yeterli bulunduğunu iletmiştir. Bilgilendirme için 10-14 dakika ayrıldığında, hastaların %40'ı çok az yeterli bulurken, %40'ı kısmen yeterli bulunduğunu ve %20'si de oldukça yeterli bulunduğunu iletmiştir. Bilgilendirme için 15-19 dakika ayrıldığında, hastaların %100'ü verilen süreyi kısmen yeterli bulunduğunu iletmiştir. Bilgilendirme için 30-34 dakika ayrıldığında, hastaların %33.3'ü verilen süreyi kısmen yeterli bulurken, %66.7'si de oldukça yeterli bulunduğunu iletmiştir. Bilgilendirme için 60-64 dakika ayrıldığında, hastaların %40'ı verilen süreyi kısmen yeterli bulurken, %60'ı oldukça yeterli bulunduğunu iletmiştir.

**Çizelge 3.25 : Hastanın Tedavi Süreci Hakkında Bilgilendirilmesi Durumu ile Hastanın Hastalığı Hakkında Verilen Bilgiyi Ne Kadar Yeterli Bulduğuna İlişkin Kay-Kare Tablosu**

			Hastaların Hastalığı Hakkında Verilen Bilginin Yeterliliği Konusundaki Değerlendirmeleri					Toplam
			Hiç yeterli Değil	Çok Az Yeterli	Kısmen Yeterli	Oldukça Yeterli	Tamamen Yeterli	
Hastanın Tedavi Süreci Hakkında Bilgilendirilmesi Durumu	Evet	N	3	10	16	25	10	64
		%	4.7	15.6	25.0	39.1	15.6	100.0
	Hayır	N	5	13	8	1	0	27
		%	18.5	48.1	29.6	3.7	0	100.0
	Toplam	N	8	23	24	26	10	91
		%	8.8	25.3	26.4	28.6	11.0	100.0

$$\chi^2=24.76, sd=4, p<0.01$$

Hastalara hastalığı hakkında verilen bilginin yeterliliği konusundaki değerlendirmeleri, hastanın tedavi süreci hakkında bilgilendirilmesi durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla “iki değişken için kay-kare testi” uygulanmıştır. Çizelge 3.25’de görüldüğü üzere, hastanın tedavi süreci hakkında bilgilendirildiği durumda, hastaların %4.7’si bilgilendirmeyi hiç yeterli bulmazken, %15.6’sı çok az yeterli bulduğunu, %25’i kısmen yeterli bulduğunu, %39.1’i oldukça yeterli bulduğunu ve %16.6’sı da tamamen yeterli bulduğunu iletmiştir. Tedavi süreci hakkında bilgilendirme yapılmayan hastaların %18.5’i bilgilendirmeyi hiç yeterli bulmazken, %48.1’i çok az yeterli bulduğunu, %29.6’sı kısmen yeterli bulduğunu ve %3.7’si ise oldukça yeterli bulduğunu iletmiştir. Hastaların görüşleri arasında gözlenen bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ( $\chi^2_{(4)}=24.76; p<0.01$ ).

**Çizelge 3.26 :Yaş Aralığı Betimsel İstatistikleri**

Yaş Aralığı	N	$\bar{X}$	S
25-34	12	65,75	12,26
35-44	24	68,33	12,30
45-54	20	66,60	9,86
55-64	17	64,59	11,88
65 ve üstü	18	61,89	16,91
Toplam	91	65,64	12,72

**Çizelge 3.26a :Hastaların Yaş Aralıkları İçin Algıladıkları Sosyal Destek Toplam Puanının ANOVA Sonuçları**

Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplararası	464.754	4	116.189	0.709	0.588
Gruplarıçi	14096.279	86	163.910		
Toplam	14561.033	90			

Hastaların yaş aralıklarına göre, algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla tek faktörlü ANOVA uygulanmıştır. 75 yaş ve üstü hastaların sayısının altı olması nedeniyle parametrik bir istatistik olan tek faktörlü ANOVA'nın yapılamayacağından dolayı, bu yaş hastaları bir alt düzeye dâhil edilmiş ve bu düzey altmış beş yaş ve üzeri olarak tanımlanmıştır. Yapılan analiz sonucunda, hastaların algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarının, yaş aralıklarına göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı görülmüştür (F=0.709; p>0.05). Buna göre, algılanan sosyal desteğin yaşa göre değişmediği söylenebilir.



**Çizelge 3.27 : Hastaların Medeni Durumlarının Algıladıkları Sosyal Desteğe Göre Kruskal Wallis Testi Sonucu**

Medeni Durum	N	Sıra Ortalaması	sd	$\chi^2$	p	Anlamlı Fark
Bekâr	20	47.15	2	2.607	0.272	Yok
Evli	68	46.73				
Boşanmış	3	21.83				
Toplam	91					

Hastaların medeni durumlarına göre, algıladıkları sosyal destek sıra ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını belirlemek ve hücrelerden birinde gözlenen değer sayısının üç olması nedeniyle non-parametrik bir teknik olan Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Yapılan analiz sonuçlarına göre, hastaların medeni durumlarının, algıladıkları sosyal destek sıra ortalamalarına göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı görülmüştür ( $\chi^2_{(2)}=2,607$ ;  $p>0.05$ ). Buna göre, algılanan sosyal desteğin medeni duruma göre farklılaşmadığı söylenebilir.

**Çizelge 3.28 : Hastaların Birlikte Yaşadıkları Kişilerin Algıladıkları Sosyal Desteğe Göre Kruskal Wallis Testi Sonucu**

Birlikte Yaşanan Kişiler	N	Sıra Ortalaması	sd	$\chi^2$	P	Anlamlı Fark
Tek Başına	7	45.43	11	13.4	0.268	Yok
Eş	20	36.65				
Anne	2	40.00				
Baba	1	66.50				
Çocuklar	6	33.50				
Anne-Baba	4	57.25				
Eş-Çocuklar	42	49.17				
Çocuklar-Akrabalar	1	86.50				
Eş-Anne-Çocuklar	3	73.83				
Anne-Baba-Kardeş	3	28.67				
Eş-Baba	1	37.00				
Eş-Anne-Baba-Çocuklar-Büyükanne/Büyükbaba	1	62.50				
Toplam	91					

Hastaların birlikte yaşadıkları kişilere ilişkin duruma göre, algıladıkları sosyal destek sıra ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını belirlemek ve hücrelerde çok sayıda normallik varsayımını karşılamayacak gözlenen değer olması nedeniyle non-parametrik bir teknik olan Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Yapılan analiz sonuçlarına göre, hastaların birlikte yaşadıkları kişilere ilişkin durumun, algıladıkları sosyal destek sıra ortalamalarına göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı görülmüştür ( $\chi^2_{(11)}=13.4$ ;  $p>0.05$ ). Buna göre, algılanan sosyal desteğin hastaların birlikte yaşadıkları kişilere ilişkin duruma göre farklılaşmadığı söylenebilir.

**Çizelge 3.29 : Hastaların Öğrenim Durumlarının Algıladıkları Sosyal Desteğe Göre Kruskal Wallis Testi Sonucu**

Öğrenim Durumu	N	Sıra Ortalaması	sd	$\chi^2$	p	Anlamlı Fark
Okur Yazar Değil	3	31.83	6	9.877	0.130	Yok
Okur Yazar	4	37.38				
İlkokul	21	35.05				
Ortaokul	11	58.23				
Lise	26	44.77				
Üniversite	21	52.64				
Lisansüstü	5	59.00				
Toplam	91					

Hastaların öğrenim durumlarına göre, algıladıkları sosyal destek sıra ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını belirlemek ve hücrelerde çok sayıda normallik varsayımını karşılamayacak gözlenen değer olması nedeniyle non-parametrik bir teknik olan Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Yapılan analiz sonuçlarına göre, hastaların öğrenim durumlarının, algıladıkları sosyal destek sıra ortalamalarına göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı görülmüştür ( $\chi^2_{(6)}=9.877$ ;  $p>0.05$ ). Buna göre, algılanan sosyal desteğin hastaların öğrenim durumlarına göre farklılaşmadığı söylenebilir.

**Çizelge 3.30 : Hastaların Ailesinde Meme Kanseri Tanısı Almış Diğer Bir Kişinin Var Olup Olmadığının Algıladıkları Sosyal Desteğe Göre Kruskal Wallis Testi Sonucu**

Ailede Meme Kanseri Tanısı Almış Birinin Varlığı	N	Sıra Ortalaması	sd	$\chi^2$	p	Anlamli Fark
Anne	5	47.70	4	8.046	0.090	Yok
Kız Kardeş	19	32.92				
Hala	3	63.17				
Teyze	5	61.80				
Diğer	59	47.86				
Toplam	91					

Hastaların ailesinde meme kanseri tanısı almış diğer bir kişinin var olup olmadığı ve algıladıkları sosyal destek sıra ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını belirlemek ve hücrelerde çok sayıda normallik varsayımını karşılamayacak gözlenen değer olması nedeniyle non-parametrik bir teknik olan Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Yapılan analiz sonuçlarına göre, hastaların ailesinde meme kanseri tanısı almış diğer bir kişinin var olup olmadığı durumunun, algıladıkları sosyal destek sıra ortalamalarına göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı görülmüştür ( $\chi^2_{(4)}=8.046$   $p>0.05$ ). Buna göre, algılanan sosyal desteğin hastaların ailesinde meme kanseri tanısı almış diğer bir kişinin varlığı durumuna” göre farklılaşmadığı söylenebilir.

**Çizelge 3.31 : Algılanan Sosyal Destek Toplam Puanının Bir İşte Çalışma Durumuna Göre T-Testi Sonucu**

Bir işte Çalışma Durumu	N	$\bar{X}$	S	sd	t	p
Evet	34	67,41	11,78	89	1,028	0,307
Hayır	57	64,58	13,23			

Çizelge 3.31’de görüldüğü üzere, bir işte çalışan ve çalışmayan hastaların algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi uygulanmıştır. Bu analiz sonucunda, bir işte çalışan ve çalışmayan hastaların algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ( $t_{(89)}=1.028$ ;  $p>0.05$ ). Buna göre, hastaların sosyal destek algılarının, bir işte çalışma ve çalışmama durumlarına göre farklılaşmadığı söylenebilir.

**Çizelge 3.32 : Hastaların Sahip Oldukları Sağlık Güvence Sisteminin Algıladıkları Sosyal Desteğe Göre Kruskal Wallis Testi Sonucu**

Sahip Olunan Sağlık Güvence Sistemi	N	Sıra Ortalaması	sd	$\chi^2$	p	Anlamlı Fark
Emekli Sandığı	42	46,46	3	3.555	0.314	Yok
Bağkur	11	37,50				
SSK	37	46,91				
Özel Sigorta	1	86,50				
Toplam	91					

Hastaların sahip oldukları sosyal güvence sistemine göre, algıladıkları sosyal destek sıra ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını belirlemek ve hücrelerde çok sayıda normallik varsayımını karşılamayacak gözlenen değer olması nedeniyle non-parametrik bir teknik olan Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Yapılan analiz sonuçlarına göre, hastaların sahip oldukları sosyal güvence sisteminin, algıladıkları sosyal destek sıra ortalamalarına göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı görülmüştür ( $\chi^2_{(3)}=3.555$   $p>0.05$ ). Buna göre, algılanan sosyal desteğin hastaların sahip oldukları sosyal güvence sistemine göre farklılaşmadığı söylenebilir.

**Çizelge 3.33 : Algılanan Sosyal Destek Toplam Puanının Hastanın Bulunduğu Bölüme Göre T-Testi Sonucu**

Bölüm	N	$\bar{X}$	S	sd	t	p
Genel Cerrahi	43	65.28	12.51	89	-0.253	0.801
Radyasyon Onkolojisi	48	65.96	13.03			

Çizelge 3.33’de görüldüğü üzere, genel cerrahi ve radyasyon onkolojisinde tedavi gören hastaların algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi uygulanmıştır. Bu analiz sonucunda, genel cerrahi ve radyasyon onkolojisinde tedavi gören hastaların algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ( $t_{(89)}=-0.253$ ;  $p>0.05$ ). Buna göre, hastaların sosyal destek algılarının, genel cerrahi ve radyasyon onkolojisinde tedavi görmelerine göre farklılaşmadığı söylenebilir.

## 4.TARTIŞMA

Bu bölümde, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Radyasyon Onkolojisi bölümlerine başvuran meme kanseri tanısı alan hastaların, tedavi görmekte oldukları süre içinde hastalığın tanısı ve tedavisine ilişkin bilgi düzeyleri ve bu süreçte ne tür bir sosyal desteğe sahip oldukları ortaya konmaya çalışılmış ve yorumlanmıştır.

Dünyada ve Türkiye'deki epidemiyolojik veriler dikkate alındığında meme kanserinin kadınların yaşamını tehdit eden en önemli risk faktörlerinden biri olduğu açıkça görülmektedir.

Son yıllarda kanserin tanı ve tedavisinde önemli gelişmeler olmasına rağmen tedavisinin uzun ve pahalı olması, organ kaybına yol açabilmesi, hastalığın yayılabilir olması ve kimi zaman ölümlerle sonuçlanabilmesi hasta ve yakın çevresine ağır ruhsal-toplumsal sorunları da beraberinde getirmektedir (Arıkan, 2001).

Her gün, birçok kadın meme kanseri tanısıyla karşı karşıya kalmaktadır. Böyle bir durum bireyin günlük yaşamda üstlenmesi gereken olağan rollerini, bunlarla ilgili sorumluluklarını yeterli biçimde sürdürmesinde de güçlükler oluşturur. Bu durum yaşamsal önem taşıyan kritik bir dönem olarak tanımlanır (Sayıl, 1992; Sözer, 1992). Bireylerin yaşamını değiştiren ve onları yeni durumlarla karşı karşıya getiren zorlayıcı yaşam olayına herkesin uyum becerisi farklı olabilir. Bazı insanlar bu sarsıcı deneyimin üstesinden gelir, bazıları ise denenmiş problem çözme becerilerinin yetersiz kaldığını görür ve kendini yetersiz, çaresiz hisseder. Böyle bir yaşantı içindeki birey sıkıntılı ve umutsuzdur. Artık hiçbir şeyin iyi yönde değişmeyeceğini düşünür, giderek artan bir gerginlik yaşar. Bir duygusal çıkmaza girer, çözüm olanakları tıkanır ve kendisini engellenmiş hisseder (Palabıyıkoglu, 1999). Bu bir kriz dönemidir. Bireyin incinebilirliği değerlendirilirken zorlayıcı yaşam olayına verilen duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkilerin iyi anlaşılması gerekir. Kriz içindeki bireyde gerginlik, bunaltı, korku, boşluk duygusu temel yaşantılardır. Diğer duygular öfke, suçluluk ya da utanmadır. Genellikle tetiği çeken



bir olay krizi başlatıyor olmakla birlikte, gerçekte krizi başlatan, o olaya gösterilen tepkiler ve yarattığı rahatsızlık duygusudur (Palabıyıköglü, 1999; Çam ve Babacan Gümüş, 2006). Bu tez çalışmasında da hastaların tanıyı duydukları andan itibaren bu zor yaşamsal deneyimin üstesinden gelmeye çalıştıkları gözlenmiştir.

Ülkemizde meme kanserli hastalarla yapılan çalışmalarda, olgular ortaöğretim grubunda yoğunlaşırken, yurtdışında yapılan çalışmalarda %50'ler üzerinde yükseköğretim grubunda olduğu görülmektedir (Williams, Filshie, 2007). Bu tez çalışmasında katılan hastaların %28.6'sı lise mezunu, %23.1 ilkokul mezunu ve %23.1'i üniversite mezunudur. Öğrenim düzeylerine göre elde ettiğimiz veriler yurtdışı kaynaklı çalışmalarla benzerlik göstermekte olup, lise ve üniversite mezunlarının eğitim seviyesinin yüksek olması bize bireylerin sağlık ve hastalığa ilişkin konularda olumlu sağlık davranışları geliştirebilme yetisine sahip olabileceklerini düşündürmektedir.

Türkiye'de 2003 yılı itibariyle nüfusun %86.4'ü sosyal sigorta kapsamındadır. Sosyal sigorta kapsamında olanların %15'i T.C. Emekli Sandığı'na, %57,1'i Sosyal Sigortalar Kurumu'na, %27,1'i Bağ-Kur'a, % 0,08'i özel sigortaya bağlıdır. Sosyalsigorta kapsamında olup sağlık sigortasından yararlananların genel nüfusa oranı ise % 85,4'dür (Orhaner, 2006). Bu çalışmada toplam 91 hastanın tamamının sağlık güvencesinin olduğu görülmüştür. %46.2'si Emekli Sandığına ve %40.7' si SSK'ya, %12.1'i Bağ-kur'a ve %1 de özel sigortaya bağlıdır. Büyük çoğunluğun sosyal güvenceye sahip olmasını, sosyal güvencesi olanların sağlık kurumlarına daha fazla başvurması olarak değerlendirilebilir.

Roberts ve Cox'un (1994) meme kanserli 135 kadın hasta ile yaptığı çalışmada yüksek düzeyde eş desteği algılayan kadınlarda stres belirtileri daha düşük düzeyde bulunmuştur. En önemli destek kaynağını hastanın eşi ve aile üyeleri olarak belirtmiştir. Yapılan çalışmalarda kişilerin medeni durumları değerlendirildiğinde, evli olanların sayısının %80'lerin üzerinde olduğu saptanmıştır (Yılmaz, 2006).

Alanyazında meme kanseri tanı ve tedavisine uyumda sağlık bakım ekibinin yanı sıra aile ve özellikle eş desteğinin önemli olduğu belirtilmekte ve destek alan bireyin tedaviye uyumsuzluğunun daha düşük olduğu vurgulanmaktadır (Karabacak, 2004).

Bu çalışmada hastaların medeni durumlarına bakıldığında %74.7'sinin evli olduğu gözlenmiştir. Evli olanların eş desteği ile birlikte bu zorlu süreci birlikte daha kolay atlatabilecekleri düşünülmektedir.

Meme kanseri gelişimi için akrabalık derecesi, sayısı ve hastalığın akrabalarda ortaya çıktığı yaşın önemli olduğunu vurgulayan çalışmalarda, özellikle anne ve kız kardeş gibi birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunan kadınların, risk faktörü olmayanlara göre çok daha yakından izlenmeleri ve gözlem altında olmaları gereğini ortaya koymaktadır (Özdemir, Işık, 1998; Yüceyar, 2000). Diğer kanserlerde olduğu gibi meme kanserinin de hasta ailesinin ruhsal durumunu etkilediği bilinmektedir. Bir araştırmada, kadınların meme kanseri nedeniyle yaşadığı korku ve anksiyeteyi ailesine yansıtarak onları da olumsuz yönde etkilediğini, dolayısıyla meme kanserinin ailenin hastalığı olarak değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Rees ve Bath, 2000). Bizim çalışmamızda hastaların ailelerinde meme kanseri öyküsü incelendiğinde, %64.8'nin ailesinde meme kanseri olmadığı, %20.9'unun kız kardeşinde meme kanseri olduğu belirlenmiştir. Bu %20.9'luk kısmın ailesinde birden çok kişinin bu süreçle baş etmeye çalışması hasta ve ailesinin daha fazla desteğe gereksinimleri olacağı sonucunu çıkarabilir. Aynı zamanda büyük bir çoğunluğun ailelerinde meme kanseri öyküsünün bulunmaması ruhsal düzeylerini bu değişkenin etkilemediği düşünebilir.

Arslan'ın çalışmasında (2007), araştırmaya katılan kadınların %88'i meme kanseri erken tanısına yönelik bilgi gereksinimi duymakta ve bilgi almak istedikleri kaynaklar sorulduğunda, %97'si doktordan, %30'u hemşireden, %20'si medya organlarından, %8.5'i ise okuldan bu konuda bilgi almak istediklerini belirtmektedirler. Bir diğer çalışma kadınlara meme kanseri ve erken tanısına ilişkin bilgi gereksinimlerinin olup olmadığı sorulduğunda, %91.2'si bilgiye gereksinimi olduğunu belirtmiştir (Orhan, 2002). Rashidi ve arkadaşlarının (2000) araştırmasında kadınların %87'si meme kanserinin erken tanısı hakkında bilgiye gereksinimlerinin olduğunu belirtmişlerdir. Orhan'ın (2000) çalışmasında ise kadınlar, %86.9'u doktordan, %49.5'i hemşire-ebeden, %18.5'i radyo-televizyondan, %10.3'ü sağlıkla ilgili kitap, broşürlerden bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir.

Alanyazında geçmişte hastaların tedavi sürecine karar verme aşamasında hekime tam bir sorumluluk yükledikleri ve kendileri adına bir karar aldırma eğiliminde oldukları günümüzde ise hastaların artık doktorlarına eskisi kadar bir bağımlılık sergilemediği bildirilmektedir. Ancak bazı hastaların hala “doktor en iyisini bilir” yargısından yola çıkan koruyucu bir yaklaşım bekledikleri ve doktorun önerisinin hasta için en iyi seçenek olduğuna ilişkin eğilimlerinin sürmekte olduğu bildirilmektedir (Pluchinotta, 2007).

Bu çalışmada ise toplam 91 hastanın 89’una tanısının doktor tarafından söylendiği, birer vakada da, tanı aile yakını ve diğer bir kaynaktan aktarıldığı görülmektedir. Tanısı doktor tarafından söylenen 89 hastanın %1.1’i tanısının psikolog tarafından, %5.61’i psikiyatrist tarafından, %24.7’si ise psikolog, doktor ve hemşireden oluşan bir ekip tarafından, %68.5’i ise doktor tarafından söylenmesini istemektedir. Görüldüğü gibi çalışmaya katılan hastaların büyük bir çoğunluğu tanının doktor tarafından söylenmesini istemekte, doktoru bir otorite olarak görmektedir. Ancak %5.61 hastanın tanısını bir ekip tarafından söylenmesini istemesi de dikkat çekmektedir. Bu bulgu, tanı söylenirken hekim dışında başka destek gruplarının varlığına gereksinim duyulması olarak değerlendirilebilir. Meme kanserinin tanı ve tedavisi farklı alanlardan gelen bir çok uzmanın birlikte hareket ettiği çok disiplinli bir çalışmayı gerektirmektedir. Bu uzmanların içerisinde meme cerrahı, plastik cerrah, radyasyon onkoloğu, tıbbi onkolog, radyalog, patoloji uzmanı, psikiyatrist, psikolog ve hemşire vb. meslek mensupları vardır.

Özyurt (2007) kanser hastaları ile yaptığı çalışmasında, hastalıkları ile ilgili bilgiye sahip olup olmadıkları sorduğunda; %44’ü bilgisinin olduğunu, %46 ise bilgisinin olmadığını belirtmiştir. Hastalıklarının tedavisi ile ilgili bilgi verilme durumunu sorduğunda ise; %42’si bilgi verildiği, %46’sı bilgi verilmediği, %2’si yetersiz bilgi verildiği ve %1’de kendisinin araştırdığı yanıtını vermiştir. Aynı çalışma da hastaların tedavileri ile ilgili bilgiyi kimden aldıkları sorulduğunda %46’sı bilgi verilmediğini söylerken, %34’ü doktordan aldığını, %1’i ise aileden veya hemşireden aldığını belirtmiştir. Bu çalışmada toplam 91 hastadan %75’i hastalık hakkında bilgi aldığını, % 25’i ise bilgi almadığını belirtmektedirler. Hastalığı hakkında bilgi verilen hastaların % 2,9’u verilen bilgiyi yeterli bulmazken, % 21.7’si çok az yeterli

bulmuş, % 21.7'si kısmen yeterli bulmuş, % 39.1'i oldukça yeterli bulmuş ve son olarak % 14.5'i ise tamamen yeterli bulmuştur. Her iki bölüm açısından değerlendirdiğimizde Genel Cerrahi bölümünde hastaların % 88'ine bilgi verilirken, Radyasyon onkolojisinde ki hastaların % 64'üne bilgi verilmiştir. Genel Cerrahi bölümünde bilgi verilen hastaların % 55 bilgiyi oldukça yeterli bulurken, Radyasyon onkolojisi bölümünde bilgi verilen hastaların % 19'u verilen bilgiyi oldukça yeterli bulmuşlardır. Bu durum iki bölüm arasında bilgi verilip verilmediğinin ve aynı zamanda da verilen bilginin yeterliliği arasındaki farkı ortaya koymaktadır. Hastalar çoğunlukla Genel Cerrahi bölümünde tanılarını duymakta ve tedavi seçenekleri, tedavi süreci hakkında bilgi sahibi olmadıkları için bilgilendirilmektedirler. Radyasyon Onkolojisindeki hastalar ise tedavi sürecinden kısmen haberdar ve sürecin yarısını yaşayarak o bölüme gelmişlerdir. O nedenle genel cerrahideki hastaların daha fazla bilgilendirildiklerini düşünmeleri ve aldıkları bilgiyi daha tatmin edici bulmaları beklendik bir sonuçtur.

Meyerowitz (1980)'e göre tanı sonrasındaki destekleyici duygusal ilişkiler, hastanın meme kanserine karşı geliştirdiği mutsuzluk tepkisinin derecesini etkilemektedir. Northouse (1988), ameliyat sonrası 3. ve 30. günlerde meme kanseri hastalarından üst düzeyde destek alanların, düşük düzeyde sosyal destek alanlardan daha az uyum sorunu yaşadıkları belirtilmiştir. Peters-Golden (1982) ve Roberts ve Cox (1994), meme kanseri hastalarında sosyal desteğin psikolojik uyumla olumlu ilişkisi olduğunu bulmuşlardır.

Kanser hastalarıyla yapılan çalışmalarda araştırmacılar kişinin yakın çevresinin farklı üyelerinden gelen farklı türde sosyal desteğin yararlı olduğuna işaret etmişlerdir. Bu araştırmalarda bireye kendine çok yakın hissettiği kişilerin duygusal destek vermesinin çok önemli olduğunu, buna karşın bilgi sağlayıcı desteğin kanser hastaları ve hekim tarafından verildiğinde daha değerli olduğuna dikkat çekilmiştir (Dakof ve Taylor, 1990; Dunkel-Schetter, 1984). Özyurt (2007) araştırmasında kolon ve meme kanserli hastaların %81'i duygusal desteği, %41'i bilgi desteğini yararlı olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Araçsal yardım ve güven desteği deneklerin %6'sı tarafından oldukça yararlı görülmüştür. Duygusal desteğin aileden, arkadaşlardan ya da sağlık personelinden gelmiş olması önemsenmeksizin, her

kaynaktan gelebilecek duygusal destek çok yararlı bulunmuştur. Ancak, hekimlerden ya da diğer sağlık personelinden duygusal destek görmemek yardımcı olmayan bir davranış olarak nitelendirilmiştir. Buna karşın aile ve arkadaşlardan gelen bilgi ve öğüt desteği daha az yararlı olarak ifade edilirken, hekim ve sağlık personelinden gelen çok yararlı bulunmaktadır.

Bu çalışmada da toplam 91 hastadan %61'i ilgili sağlık personelinden destek aldığını, %39'u ise destek almadığını bildirmiştir. Her iki bölüm açısından değerlendirdiğimizde Genel Cerrahi bölümünde hastaların %74'ü sağlık personelinden destek alırken, Radyasyon Onkolojisindeki hastaların %50'si sağlık personelinden destek almıştır. İlgili sağlık personelinden destek alan hastaların %41.1'i bilgi desteği aldığını, %32.1'i bilgi ve maddesel destek aldığını, %10.7'si duygusal destek aldığını, %8.9'u maddesel destek aldığını, %5.4'ü duygu ve bilgi desteği aldığını ve son olarak %1.8'i ise duygu, bilgi ve maddesel destek aldığını söylemiştir. Alanyazında çalışmalardaki bulgularla, araştırmada çıkan sonuçlar benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda hastaların hekim ve sağlık personelinden destek aldıklarını, özellikle büyük bir çoğunluk bilgi desteğini sağlık personelinden aldığını bildirmiştir. Her iki bölümde alınan destek türü açısından da fark gözlenmiştir. Genel Cerrahi bölümünde tanının söylenmesinden, ameliyat kararına ve tedavinin bitimine kadar geçen sürede doktor, hemşire, teknisyen, yardımcı personel gibi birçok sağlık personeli ile iletişime geçilmekte ve destek alınmaktadır. Ancak, radyasyon onkolojisinde radyoterapi öncesinde hekim görmekte ve radyoterapi uygulamaları süresince sadece sağlık personeli olarak teknisyenle karşılaşmakta ve süreç çoğunlukla böyle sonuçlanmaktadır.

Her gün bir çok kadın meme kanseri tanı ve tedavisiyle karşı karşıya kalmaktadır. Böyle bir durum bireyin günlük yaşamını değiştirmekte ve bir kriz durumuna yol açmaktadır. Yaşanan bu krizde, çaresizlik duyguları ve gerginlik belirgin şekilde hissedilir. Krizde tetiği çeken olayın nasıl kavramsallaştırıldığına bağlı olarak, insanların yaşamlarında bilişsel ve duygusal bir dizi değişimler görülür. Gerginlik, panik ya da depresif duygular yaşanabilir. Krizin başlangıç döneminde duyguların uyuşması şeklinde görülen belirti geçicidir. Daha sonra duygusal, fiziksel, bilişsel kargaşa yaşanır. Uyku düzeni bozulur, iştah ve sindirim sisteminde değişiklikler olur.

Yorucu olmayan etkinlikler bile kişiyi bitkin düşürür. Gerginliğe bağlı ağrılar, boyun sırt ve baş ağrısı şeklinde kendini gösterir. Anksiyete ve depresyonun somatik belirtileri de görülebilir (Sözer, 1992).

Kanser tanısı almış hastaların, tüm gerçeğin ne olduğunu açıkça bilmek isteyebileceklerini, yeterince bilgi almadıklarında da gerilim ve kuşku yaşayabileceklerini ve bunun sonucunda da bilgi gereksinimlerinin daha da artabileceği ileri sürülmektedir (Brewin, 1977). Hastaların özellikle hekimlerden gelecek bilgilendirmeye duyarlı olduklarını ve böyle bir bilgilendirmenin olmamasını da destek eksikliği olarak yaşadıkları bildirilmektedir. Birçok yazar, hastalara istedikleri bilginin verilmesi gerektiğini, ancak bu bilgilendirmenin acele etmeden, koşullara uygun biçimde yapılması gerektiğini vurgulamaktadırlar (Dakof ve Taylor, 1990). Duygusal destek, katlanması zor durumlarda bireyi cesaretlendirerek direnme gücü sağlar ve aynı zamanda başa çıkma sürecinde yalnız olmadığı duygusunu verir. Bilgisel yardım ise aynı durumda olan diğer kişilerin nasıl başa çıktığı konusunda öneriler getirmenin yanı sıra hastalığın kendisi ve gidişi hakkında kontrol algısının artmasına yol açacak bilgilendirmeyi de kapsar (Şahin, 1999).

Yapılan çalışmada toplam 91 hastadan %89'u duygusal destek aldığını, %11'i ise destek almadığını belirtmiştir. Duygusal destek alan hastaların %1.2'si aile yakınından, %1.2'si doktor ve hemşireden, %1.2'si psikolog ve psikiyatristten, %1.2'si doktor ve aile yakınından, %1.2'si arkadaş, doktor ve psikologdan, %2.5'i hemşireden, %11.1'i doktordan, %12'si arkadaştan, %23.5'i psikologdan, %54.3'ü psikiyatristten duygusal destek almak istediğini belirtmiştir. Bu durum yaşanan krizin ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Hastalar bu kriz döneminde yaşadığı duyguları doktor, psikolog ya da psikiyatristin anlayabileceğini düşünmekte ve o nedenle duygusal desteği onlardan almak istemektedirler.

Kanser tanısı alan hastaların en yaygın yakınmaları, kendilerinde ne olup bittiği ve bozuk giden şeyin ne olduğu konusunda yeterince bilgi sahibi olamamalarıdır. Klinik deneyimler bir çok hastanın kanser olduğunu bildiğini ya da bundan ciddi biçimde kuşkulandığını düşündürmektedir. Genellikle, gerçekler aileye söylendiği halde hastaya yeteri kadar bilgi verilmemektedir. Hastaların gerek hastalıkları, gerekse yapılacak müdahaleler bakımından bilgilendirilmeleri daha sonraki dönemde

yaşayacakları kaygı ve depresyon oranını etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada iyi bilgilendirilen hastaların %23'ünde kaygı depresyon gözlenirken, bilgilendirme yapılmayan ya da yetersiz bilgilendirme yapılan hastalarda bu oran %46'ya çıkmaktadır (Özkan,1995). Yaptığımız çalışmada hastaların %64'ü tedavi süreci hakkında bilgilendirildiğini, %27'si ise bilgilendirilmediğini belirtmiştir. Tedavi süreci hakkında bilgilendirilen hastaların %28.6'sı bilgilendirmeyi oldukça yeterli bulurken, %26.4'ü kısmen, %25.3'ü çok az ve %11'i de tamamen yeterli bulmuştur. Hastalara bilgilendirme için ne kadar zaman ayrıldığı ile hastaların bilgilendirmeyi yeterli bulma düzeyleri arasında doğru orantı olduğu saptanmıştır. Hastalara ayrılan zaman arttıkça hastaların verilen bilgiyi yeterli bulmaları da artmıştır. Bu bulgunun Genel Cerrahi ve Radyasyon Onkolojisi içinde geçerli olduğu belirlenmiştir.

Anıl (1999), sosyal desteğin eğitim, medeni durum, ekonomik düzey ve yaşanan yer gibi temel sosyo-demografik değişkenlerden nasıl etkilendiğini de incelediği araştırmasında ilköğretim mezunu erlerin lise ve üniversite eğitimi almış erlere göre; ekonomik durumu orta düzeyde olan erlerin alt düzeyde ekonomik güce sahip olan erlere göre; köy ve ilçelerde yaşayan erlerin de büyük şehirlerde yaşayan erlere göre daha yüksek düzeyde aile desteği algıladıklarını tespit etmiştir. Bu çalışmada medeni durum değişkenine göre ise hasta ve normal grup erler arasında aile kaynaklı algılanan sosyal destek düzeyinde anlamlı bir farklılaşma saptanmamıştır. Bizim çalışmamızda da, algılanan sosyal desteğin hastaların sağlık güvencesine, bir işte çalışıp çalışmadığına, hastaların ailesinde meme kanseri olma durumuna, hastaların eğitim düzeylerine, medeni duruma ve yaşa göre farklılaşmadığı söylenebilir. Aynı zamanda hastaların sosyal destek algılarının, genel cerrahi ve radyasyon onkolojisinde tedavi görmelerine göre de farklılaşmadığı söylenebilir.

## 5.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma; meme kanseri tanısı alan hastaların, tedavi görmekte oldukları süre içinde hastalığın tanısı ve tedavisine ilişkin bilgi düzeyleri ve bu süreçte ne tür bir sosyal desteğe sahip olduklarının incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Genel Cerrahi bölümüne başvuran 43 ve Radyasyon Onkolojisi bölümüne başvuran 48, meme kanseri tanısı almış olan toplam 91 hasta çalışmanın örneklemini oluşturmuştur.

Meme kanserinin kadınlarda ruhsal, toplumsal ve manevi boyutta yol açtığı sorunlar, bu hastalıkların tedavi ve bakımında destekleyici yaklaşımların kullanılmasını gerektirmektedir. Meme kanseri tanısı alan her kadın, duygusal desteğe gereksinim duymaktadır. Tanının öğrenildiği, memenin alınıp alınmayacağına karar verildiği dönemde kadınların yoğun ruhsal sıkıntılar yaşadığı bilinmekte, mastektomi sonrasında da kadınların ruhsal ve toplumsal desteğe gereksinimleri devam etmektedir (Akın, 2007; Babacan, 2006; Çam ve Babacan Gümüş, 2006).

Bu çalışmada da hastaların büyük bir çoğunluğu tanının doktor tarafından söylenmesini istemektedir. Ancak hastaların %5.61'i tanısını bir ekip tarafından söylenmesini istemesi de dikkat çekmektedir. Kanser hastaları, multidisipliner bir anlayış içinde ele alınmalıdır. Bu ekip içinde yer alan sağlık profesyonelleri, hastaların yaşadığı ruhsal-toplumsal sorunların çözümünde ve gereksinimlerinin karşılanmasında önemli roller üstlenmektedirler (Babacan, 2006).

Bu çalışmada hastaların çoğu hastalık hakkında bilgi aldığını söylemektedir. Her iki bölüm açısından değerlendirdiğimizde Genel Cerrahi bölümünde hastaların % 88'ine bilgi verilirken, Radyasyon onkolojisinde ki hastaların % 64'üne bilgi verilmiştir.

Her iki bölüm açısından sağlık personelinden destek alma durumunu değerlendirdiğimizde Genel Cerrahi bölümünde hastaların %74'ü sağlık



personelinden destek alırken, Radyasyon Onkolojisindeki hastaların %50'si sağlık personelinden destek almıştır. Aynı zamanda hastaların %64'ü de tedavi süreci hakkında bilgilendirildiğini, %27'si ise bilgilendirilmediğini belirtmiştir. Bunun yanısıra bu çalışmada hastaların sosyal destek algılarının, genel cerrahi ve radyasyon onkolojisinde tedavi görmelerine göre de farklılaşmadığı bulgusu elde edilmiştir.

Bu araştırma Psiko-Onkoloji birimlerinin olmadığı onkoloji merkezlerinde bu birimlerin kuruluşu için çaba sarfedilmesini destekler sonuçları vermiştir. Psiko-Onkoloji yaklaşımının egemen olduğu bir çalışma ortamında hastalara çok yönlü yaklaşım nedeniyle yeterli zamanın ayrılması, onkoloji ile uğraşan hekim ve yardımcı personelin hastaya yaklaşım konusunda eğitilmesi, çeşitli seminer veya benzeri toplantılarla psiko-onkoloji konusunda bilinçlendirilmeleri beklenebilir. Onkoloji ekibinin stres faktörlerini azaltmak için, çalışma sonrasında zaman zaman moral verici etkinliklere katılmalarının sağlanması, çalışma alanında uygun dinlenme odaları, molalar ve grup terapileri ile destek verilmesi sağlanmalıdır. Hastalar tanı ve tedavi hakkında bilinçlendirilirken onlara net ve anlayabilecekleri bilgiler verilmesi, ruhsal-toplumsal destek sağlanması uygun olur. Hastaya tedavi öncesi özel bir zaman ayrılması, onunla birebir konuşulması, duygu ve düşüncelerini açıklaması için fırsat verilmesi çok önemlidir. Bunun yanı sıra sağlık personeli, hastanın hastalığı hakkında ne kadar bilgiye sahip olduğunu, bu bilginin doğru olup olmadığını öğrenmesi, hastayı bu doğrultuda eğitmelidir. Tedavi öncesi bilginin ve uyulması gereken yönergelerin yazılı olarak verilmesi, hastaların ve yakınlarının uygulamalar hakkındaki bu bilgileri anlamasını kolaylaştıracak ve unuttuklarında okuyarak tekrar hatırlamalarına olanak sağlayacaktır.

## ÖZET

### **Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Radyasyon Onkolojisi Bölümlerine Başvuran Meme Kanseri Bireylerin Bilgi Desteği ve Duygusal Destek Gereksinimlerinin Karşılaştırılması**

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Radyasyon Onkolojisi bölümlerine başvuran ve tanıları hakkında bilgilendirildikleri varsayılan hastalara yapılmıştır.

Genel Cerrahi bölümüne başvuran 43 ve Radyasyon Onkolojisi bölümüne başvuran 48, toplam olarak meme kanseri tanısı almış olan 91 hastanın değerlendirmeleri Şubat – Mayıs 2008 tarihleri arasında yapılmıştır.

Deneklerin aydınlatılmış onamları alınmış (EK III) ve çalışmaya katılmayı kabul edip örnekleme alınan hastalara anket formu (EK I) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK II) uygulanmıştır.

Bu çalışmanın birinci temel amacı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Radyasyon Onkolojisi bölümlerine başvuran meme kanserli bireylerin tanı ve tedavi süreci ile ilgili bilgi verilme düzeyleri ve bunların karşılaştırılmasıdır. Araştırmaya katılan hastaların sosyal destek ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, hastaların tedavi gördükleri bölüme göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği ikinci temel amacı oluşturmaktadır.

Uygulama sonunda hastaların tanılarını hekim tarafından duymak istedikleri ortaya çıkmıştır. Ancak tanı söylenirken hekim dışında başka destek gruplarının varlığına ihtiyaç duyulduğu da saptanmıştır.

Her iki bölümde hastaların bilgi verilme yüzdeleri karşılaştırıldığında Genel Cerrahide daha çok hastanın bilgilendirildiği ve aynı zamanda bu bölümdeki hastaların memnuniyet yüzdelerinin daha fazla olduğu ortaya konmuştur. Her iki bölümde uygulamalar sonucunda hastalara bilgilendirme için ne kadar zaman ayrıldığı ile hastaların bundan memnun olma düzeyleri arasında paralel bir bağlantı olduğu saptanmıştır. Hastalara ayrılan zaman arttıkça, hastaların verilen bilgiyi yeterli bulmaları da artmıştır.

Sağlık personelinin destek alma durumları karşılaştırıldığında Genel Cerrahide daha fazla hastanın destek aldığı saptanmıştır. Hastaların tüm geneline baktığımızda yüzde 89'u duygusal destek almak istemiştir. Hastaların yüzde 54.3'ü psikiyatristten duygusal destek almak isterken, yüzde 23.5'i de psikologdan destek almak istemektedir. Bu bulgu bu stresli yaşam olayının, hasta için ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada algılanan sosyal desteğin; hastaların sahip oldukları sosyal güvence sistemine, bir işte çalışma ve çalışmama durumlarına, ailede meme kanseri tanısı varlığına, hastaların öğrenim durumlarına, birlikte yaşadıkları kişilerin varlığına, medeni duruma ve yaşa göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Aynı zamanda hastaların sosyal destek algılarının, tedavi gördükleri bölüme göre farklılık göstermediği söylenebilir.

Meme kanseri olan hasta ve ailesinin duygusal ve bilgi desteği sağlık personeli tarafından ne kadar karşılanırsa hasta ve yakınlarının memnuniyeti o kadar çok artacaktır. Sağlık personeli başa çıkmadığı durumlarda başka uzmanlık alanlarından yardım almalı ve hastayı bu süreçte yalnız bırakmamalıdır.

Anahtar Sözcükler: Meme kanseri, sosyal destek, mastektomi

## SUMMARY

### **Comparison of Informative and Emotional Support Needs of Breast Cancer Patients Who were Admitted to Hacettepe University Faculty of Medicine General Surgery and Radiation Oncology Departments?**

This study was performed at Hacettepe University Faculty of Medicine General Surgery and Radiation Oncology department with patients that were assumed to be informed about their diagnosis.

The evaluations of 91 patients diagnosed with breast cancer, 31 patients admitting to General Surgery and 48 patients admitting to Radiation Oncology Departments' Clinics, were conducted between February-May 2008.

The informed consents (Sup III) were obtained. Assessments were done with the questionnaire forms (Sup I) and Multidimensional scale of Perceived Social Support (Sup II).

The primary purpose of the study is to evaluate the level of information given to the patients about their diagnosis and treatment to compare 2 different clinics.

Secondary purpose is to assess the level of perceived social support and compare the clinics in this regard.

It was found that the patients preferred being informed by physician about their diagnosis. However it was determined that other modalities of support were also needed besides physicians.

When comparisons were made between departments it was found that patients at General Surgery Department were informed more and the level of satisfaction was greater. In both departments it was found that there is a positive relationship between time taken to inform patients and patient's satisfaction.

When the support given by the health care personnel was compared between departments, support given by the General Surgery Department was found to be greater. 89 % of overall patients desire to receive emotional support and among them 54,3 % preferred psychiatrists and 23.5 % preferred psychologists for support. This finding shows the importance of this stressful event for the patients.

It was also found that perceived social support not differed according to type of health insurance, employment status, familial history of cancer, education level, presence of a companion living together, marital status and age. There was no significant difference between the clinics in regard of perceived social support.

Breast cancer patients' and their families' satisfactions increase in relation with the emotional and informative support by healthcare professionals. Consultations with other specialized health care personnel must be undertaken if any discord should arise in the course. Patient should not feel lonely in this process.

Key Words: Breast cancer, social support, mastectomy

## KAYNAKLAR

- ABAN S. (1996). Kanser in görölme sıklığı ve epidemiyolojisi. *Hemşireler İçin Kanser El Kitabı*, Platin, N. (Editör) Birinci Baskı, IV. Aksam Sanat Okulu Matbaası, Ankara, s:10-40
- AKDUR, R. (1996) *Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve Tez Yazma Rehberi*. Ankara
- AKIN S.(2007). Meme Kanserli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Öz-Etkililiklerinin Değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul*
- AKSOY, G. (2000). Birincil ve ikincil korunmada hemşirenin rolü. Topuz E, Aydın A., Karadeniz A.N. (Editörler), *Klinik Onkoloji İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü Yayınları*, **06**: 340-345
- AKYOLCU N. (2003). Kadınlarda meme kanserinin önemi ve sağlık eğitimi. *I. Uluslararası & V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi Kongre Kitabı*, 19-22 Eylül 2001. Nevşehir, Özlem Grafik Matbaacılık, İstanbul, s:349-355
- ALADAĞ, B. (2000).” Yatan ve ayakta tedavi gören hastaların sosyal destek ve sosyal karşılaştırma düzeyleri”. *Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji (Sosyal Psikoloji) Anabilim Dalı*, Ankara.
- ANIL, L.(1999). Askerlikte ruhsal bozukluk belirtisi gösteren ve göstermeyen erlerin sosyal destekler ve başa çıkma yöntemleri açısından karşılaştırılması. *Yüksek Lisans Tezi Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı*
- ARIKAN, R. N. (2001). Travmatik bir yaşantı: meme kanseri ve mastektomi. *Kriz Dergisi* **9(1)**: 39-46
- ARSLAN, M. (2007) “Kadınlarda Meme Kanserli ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi Düzeyini Arttırmada Hemşirenin Eğitici Rolünün Etkinliği” Yüksek Lisans Tezi Afyon Kocatepe Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
- ASLAN, G. (2006). “Meme kanseri olan bireylerin birinci derece akrabalarının bilgi ve destek gereksinimlerinin saptanması” *Yüksek lisans tezi Ege Üniversitesi Ebelik Ana Bilim Dalı* s:1-2
- AYDIN, Y. (2006) Mastektomi sonrası rekonstrüktif cerrahi. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Meme Kanserli Sempozyumu Dizisi, **54**: 127-142
- BABACAN, A. (2006).Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi* Cilt: 2 Sayı: 3

- BAILEY, JM., NIELSON, B.I. (1993). Uncertainty and appraisal of uncertainty in women rheumatoid arthritis. *Orthopaedic Nurs*, **12**: 63-67
- BESER N., ÖZ F.(2003) Kemoterapi Alan Lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **7 (1)**.
- BOZFAKIOĞLU Y., DAĞOĞLU T., İĞCİ A., KEÇER M., MÜSLÜMANOĞLU M., ÖZMEN V., ÜNAL M.(2002). Meme Kanseri. Kalaycı (Editör) ,G.Genel Cerrahi, Tayf Ofset, İstanbul
- BREWİN, T. B. (1997). The cancer patient: communication and morale. *British Medical Journal* **2**:1623-1627
- BURTON, M. V. (1991). Counselling in routine care: A client-centered approach. In M. Watson (Ed.), *Cancer patient care: Psychosocial treatment methods*. BPS Books & Cambridge Uni., s: 74-93
- CAN, G. (2001). “ Meme Kanserli Hastalarda Yorgunluğun ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi” *Yayınlanmamış Doktora Tezi. İ. Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.*
- ÇAM, O., BABACAN GÜMÜŞ, A. (2006). Meme kanserli kadınlar için duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **10 (3)**
- ÇAVDAR, İ. (2006). Meme Kanserli Hastalarda Cinsel Sorunlar. *Meme Sağlığı Dergisi*, cilt 2 sayı 2, s:.64-66
- DAKOF, G. A., TAYLOR, S. E. (1990). Victims' perceptions of social support: what is helpful from whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, **58(1)**: 80-89
- DARENDELİLER, E., YAMAN AGAOĞLU, F. (2003). Meme kanserinin epidemiyolojisi ve etyolojisi. Topuz E., Aydın A., Dinçer M., (Editörler), *Meme Kanseri*, Nobel Matbaacılık, İstanbul, s: 13-33
- EKER, D., ARKAR, H. (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* **10 (34)**: 45-55.
- FAULKNER, A., MAGUIRE, P. (1994). Talking to cancer patients and their relatives. New York, Oxford Medical Publications.
- FLAHERTY, J.A., GAVIRIA, M. ve arkadaşları.(1983). The rol of social support in the functioning of patients with unipolar depression. *American Journal of Psychiatry*, **140(4)**: 473-476.
- GIRGIS, A., SANSON-FISHER, R. W. (1998). Breaking bad news 1: Current best advice for clinicians. *Behavioral Medicine*, **24**: 53-59
- GÜL A (2005). “Meme Kanseri Ameliyatlarından Sonra Lenfödemin Önlenmesinde Basit Lenf Drenajı Masajı ile Aromatik Yağlarla Yapılan Basit Lenf Drenajı Masajının Karşılaştırılması” *Yayınlanmamış Doktora Tezi, M.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü*
- HILL, C. A. (1991). Seeking emotional support: the influence of affiliative need and partner warmth. *Journal of Personality and Social Psychology*, **60**:112-121
- HONIG S. (2006). Incidence, trends and the epidemiology of Breast Cancer. Ed: Spear S, Willey S., *Surgery of Breast*, Lippincott Williams, Philadelphia

- ISERN A. E., TENGRUP I., LOMAN N., OLSSON H., RİNGBERG A.(2007). Aesthetic outcome, patient satisfaction, and health-related quality of life in women at high risk undergoing prophylactic mastectomy and immediate breast reconstruction. *Plast Reconstr Aesthet Surg* **13** (1).
- KARABACAK, Ü. (2004) “ Meme Kanserli Hastalarda Konforu Destekleyici Hemşirelik Bakımının ve Eğitimin Radyoterapi Uygulaması ile Etkileşimi ” *Doktora Tezi İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul*
- KARAMANOĞLU A.Y., ÖZER F.(2008). Mastektomili hastalara evde bakım. *Meme Sağlığı Dergisi*, cilt 4, sayı 1, s.21-24
- KISANE, D.W. , GRABSCH, B. (2004). Psychiatric disorder in Romen with early stage and advanced breast cancer: a comperative analysis. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, **38**: 320-326
- KÜBLER-ROSS, E. (1997) *Ölüm ve Ölmek Üzerine*. Çev: B. Büyükkol. Boyner Holding Yayınları İstanbul.
- LANGSTEIN H., CHENG M., SINGLETARY S.(2003). Breast cancer recurrence after immediate reconstruction: Patterns and signifance. *Plastic Reconstruction Surgery*, **111**: 712-722
- LEAVY, R. (1983). Social support and psychological disorder.A review. *Journal of Community Psychology*, **M**: 3-21.
- LIN, N., DEAN, A.(1984). Social support and depression. *Social Psychiatry*, **19**: 83-91.
- MATHES, S., LANG, J. (2006) Breast Cancer: Diagnosis, therapy and postmastectomy reconstruction. Ed.: Hentz V., Mathes S. Plastic Surgery. Elsevir Inc. Philadelphia
- MEYEROWITZ, B.D (1980). Psychosocial Correlates of Breast Cancer And Its Treatments. *PsychologicalBulettin*, **87**: 108-131
- MONROE, S.M., IMHOFF, D.R., WİSE, B.D., HARİS, J.E.(1983). Prediction of psychological syptoms under high-risk psychosocial circumstanes: life events, social support and syptom specificity. *Journal of Abnormal Psychoiogy*. **92(3)**: 338-350.
- NORTHOUSE, L. L. (1988) Social Support in Patients’ and Husbands’ Adjustment to Breast Cancer. *Nursing Research*, **37**: 91-95
- OKANLI, A.(2004). Kadınlarda mastektominin psikososyal etkileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1303-5134
- OKANLI A., EKİNCİ,M. (2008) Meme kanserli hasta ve eslerinin yaşam doyumları duygu kontrol düzeyleri ve evlilik uyumlarını mastektomi öncesi ve sonrası karşılaştırılması. *New Symposium Journal* **46,(1)**: 9-14
- OKYAYUZ, Ü. H. (1999). Kanser hastası ve iletişim. *Sağlık Psikolojisi Giriş*, Birinci Baskı, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, s: 221-234
- ORHAN, S. (2002) “Kayseri İli Seçilmiş Kentsel Sağlık Ocağı Bölgesindeki YetişkinKadınlarnın Meme Kanserli Konusundaki Düşünce ve Davranışları“ *Yüksek Lisans Tezi Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*,
- ORHANER E. (2006). Türkiyede Sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortası. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi Sayı:1*.

- ÖZ, F.(2001). Hastalık yaşantısında belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi* **12(1)**: 61-68
- ÖZBERKSOY, A. (2006) “Meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi dönemde bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımının ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeyleri üzerine etkisi” *Yüksek lisans tezi Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu* s:1-6
- ÖZDEMİR, A., İŞİK, S. (1998). Meme Kanseri Taramasında Mamografi-I: Meme Kanseri Risk Faktörleri. *İnsizyon Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi* **1(2)**: 118-122
- ÖZKAN, S. (1995). Liyezon Modeli İçinde Kanser Hastalarına Bütüncül Hizmet. Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi, s: 58-66. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.B.D. , Pfizer İlaçları A.Ş.
- ÖZYURT, B. E. (2007). Kanser Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyine İlişkin Betimsel Bir Çalışma. *Kriz Dergisi* **15(1)**: 1-15
- PALABIYIKOĞLU, R. (1999). Durumsal krizler: Hastalığa bağlı olarak beliren krizler. *Sağlık Psikolojisi Giriş*, Birinci Baskı, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, s: 107-142.
- PARKIN D. M., PİSANİ P., FERLAY J.(1990). Estimates of the worldwide incidence of 25 major cancers in. *Int J Cancer* 1999. **80**: 827-841.
- PARKIN D.M. (2001).. Global cancer statistics in the year.. *Lancet Oncol.* **2**: 533.
- PETERS-GOLDEN, H. (1982). Bresat Cancer: Varied Perceptions of Social Support in the Illness Experience. *Social Science and Medicine*, **16**: 483-492
- PLATIN, N. (1996). Bir hastalık süreci olarak kanser. *Hemşireler İçin Kanser El Kitabı*, Birinci Baskı, IV. Aksam Sanat Okulu Matbaası, Ankara, s:9
- PLUCHINOTTA, A. (2007). Bir kadının bakış açısından meme rekonstrüksiyonu. Ed.: Rovere G., Benson J., Breach N., Nava M., Onkoplastik ve Rekonstrüktif Meme Cerrahisi, Turgut Yayıncılık, İstanbul.
- RASHIDI A., RAJARAM S.S., (2000) Middle Eastern Asian Islamic Women and Breast Self-Examination. *Cancer Nurs* **23**: 64-70.
- REES, C. E., BATH, P. A. (2000). Meeting the information needs of adult daughters of women with early breast cancer. *Cancer Nursing An International Journal for Cancer Care*, **23(1)**:71-79
- ROBERT, C. S., COX, C. E. (1994). A Closer Look at Social Support As A Moderator of Strees in Bresat Cancer. *Health and Social Work*, **19(3)**: 157-164
- SADIKOĞLU, G.(2007) ‘Birinci basamakta meme kanserli hastaya yaklaşım’. Erişim: [<http://aile-hekimligi.uludag.edu.tr/seminer17.html>]. Erişim tarihi: 22.05.2008
- SAĞLIK BAKANLIĞI. (1999) *Türkiye’ de Bölgelere Göre Kanser Vakaları*. Erişim: [<http://www.saglik.gov.tr>] Erişim Tarihi: 02.06.2008
- SARAFINO, E. (1990). *Health Psychology: Biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley and Sons.
- SARASON, I. G, SARASON, B.R., POTTER, E.H. and ANTONI, M.R.(1985). Life events, social support, and illness. *Psychosomatic Medicine*, **47(2)**: 156-163
- SAYIL, I. (1992). Olağanüstü krize müdahalenin yeri ve önemi. *Kriz Dergisi*, **1(1)**: 4-7
- SHULDHAM, C. (1999). A review of the impact of pre-operative education on recovery from surgery. *International Journal of Nursing Studies*, **36**:171-177

- SLABLY, A. E. (1985). Crisis Oriented Therapy. In F. R. Lipton, S. M. Goldfinger (eds) *Emergency Psychiatry at the Crossroads: New Directions for Mental Health Services*, **28**: 21-34
- SLEVIN, M. L. (1987). Talking about cancer. How much too much? *British Journal of Hospital Medicine*, **38**: 56-59
- SÖZER, Y. (1992). Psikiyatride kriz kavramı ve krize müdahale. *Kriz Dergisi*, **1(1)**: 8-13
- SPIEGEL, K. K. (1997). On your markers research advances in breast cancer in women. *Lifelines*, **1(5)**:33-38
- STANTON A.L., DANOFF-BURG S., CAMERON,CL., BISHOP, M., COLLİNS,CA., SWOROWSKI L.A., TWİLLMAN, R.(2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and psysical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **vol.68**: 875-882.
- ŞAHİN, D.(1999). Sosyal destek ve sağlık. *Sağlık Psikolojisi Giriş*, Birinci Baskı, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, s: 79-106.
- TAYLOR, S.E., FALKE, L.R., LICHTMAN, R.R.(1986). Social support, support groups and the cancer patient. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **54(5)**: 608-615.
- TÜRK KANSER ARAŞTIRMA VE SAVAŞ KURUMU DERNEĞİ *Türkiye' de ve Dünya' da Kanser İstatistikleri*. Erişim: [<http://www.turkcancer.org>] Erişim Tarihi: 02.06.2008
- TÜRKDEMİR, A. H. (2003). Meme ve serviks kanserlerinde risk gruplarının saptanması. *T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara*
- WARD, B., REİS A. (2001) Breast Disease. Ed.: Noble,J. Primary Care Medicine, Third edition Mossby St.Loussis, 364-367
- WILLIAMS J., FILSHIE J. (2007). Meme kanserinde rekonstrüktif cerrahi sonrası kronik ağrı. Ed: Rovere G., Benson J., Breach N., Nava M., *Onkoplastik ve Rekonstrüktif Meme Cerrahisi*, Turgut Yayıncılık, İstanbul
- WOLF, L. (2007). Bir kadının bakış açısından meme rekonstrüksiyonu. Ed:Rovere,G., Benson J., Breach N., Nava M., *Onkoplastik ve Rekonstrüktif Meme Cerrahisi*, Turgut Yayıncılık, İstanbul.
- YILDIRIM, İ. (1999). Bir sosyal destek programının etkililiği: Deneysel bir çalışma. *Eğitim ve Bilim Dergisi/PDR*. **23,113**: 66-72.
- YILMAZ E. (2006). Kronik Ağrılı Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, M.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- YÜCEYAR, S. (2000). Meme Kanseri Epidemiyolojisi, Etyolojisi, Risk Faktörleri ve Korunma. Meme Hastalıkları, İstanbul s: 21-36
- ZİMET, G. D, DAHLEN, N. W, ZİMET, S.G, FARLEY, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, **52**; 30-41



## **EKLER**

### **EK I**

**Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Radyasyon Onkolojisi  
Bölemlerine Başvuran Meme Kanserli Bireylerin Bilgi Desteği ve Duygusal  
Destek Gereksinimlerinin Karşılaştırılması Araştırması Anket Formu**

**Anket No :**

1. Kaç Yaşındasınız.....
2. Öğrenim Durumunuzu işaretleyiniz.
  - Okuryazar değil
  - Okuryazar
  - İlkokul
  - Ortaokul
  - Lise
  - Üniversite
  - Lisansüstü
3. Halen gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

Evet

Hayır

4. Mesleğinizi işaretleyiniz.

İşçi

Memur

Serbest meslek

Ev Hanımı

Diğer

5. Sağlık gvencenizi işaretleyiniz.

Emekli Sandığı

Bağ-kur

SSK

Özel Sigorta

Yeşil Kart

Diğer

6. Medeni Durumunuzu işaretleyiniz.

Bekar

Evli

Boşanmış

7. Çocuğunuz var mı?

Evet

Hayır( Cevabınız Hayır ise 9. soruya geçiniz. )

8. Çocuğunuz var ise çocuklarınızın;

(1) - Yaşı..... Cinsiyeti..... Öğrenim Durumu.....

(2) - Yaşı..... Cinsiyeti..... Öğrenim Durumu.....

(3) - Yaşı..... Cinsiyeti..... Öğrenim Durumu.....

9. Evinizde birlikte yaşadığınız kişileri belirtiniz.(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Tek başına

Eş

Anne

Baba

Kardeş

Çocuklar

Büyükanne/ Büyükbaba

Akrabalar

10. Ailenizde meme kanseri tanısı almış olan birisi/birileri var mı? İşaretleyiniz.

Anne

Anneanne

Kız kardeş

Hala

Teyze

Diğer

11. Hastalığınızı nasıl fark ettiniz?

Kendi kendine meme muayenesi

Meme bölgesinde ağrı

Mamografi/Ultrason

Rutin kontrol

Meme başından gelen akıntı

Diğer

### **TANI SÜRECİ**

12. Tanınızı size kim söyledi ?

Doktor

Hemşire

Aile yakını

Arkadaş

Diğer

13. Tanınızı kimden öğrenmek isterdiniz?

Psikolog

Doktor

Hemşire

Psikiyatrist

Psikolog, doktor ve hemşirenin olduğu bir ekip

Aile bireyleri

Diğer

14. Hastalığınız ne kadar süredir biliyorsunuz? Ay/ Yıl

.....

15. Size göre hastalığınızın nedeni nedir?

Kalıtsal

Stres

Kötü Beslenme

Kullanılan İlaçlar

Sigara

Alkol

Diğer

16. Hastalık hakkında size bilgi verildi mi?

Evet

Hayır ( cevabınız hayır ise 21. soruya geçiniz )

17. Hastalığınızla ilgili hangi konularda size bilgi verildi ?

Tanı

Tedavi

Kontroller

Yan etkiler

Yan etkilerle baş etme

Hepsi

Diğer

18. Hastalıkla ilgili bilgiyi size kim verdi?

Doktor

Hemşire

Psikolog

Teknisyen

Diğer

19. Bilgilendirme için size ne kadar zaman ayrıldı ?

.....

20. Hastalığınız hakkında verilen bilgi size yeterli geldi mi?

Hiç

Çok az

Kısmen

Oldukça

Tamamen

21. Hastalığınızla ilgili sağlık personelinin destek aldığınız mı ?

Evet

Hayır ( Cevabınız hayır ise 25. soruya geçiniz )

22. Ne tür destek aldınız ? ( Birden fazla işaretleyebilirsiniz )

Duygusal destek

Bilgi desteği

Maddesel destek ( Yatak temini, ilaç temini ... )

23. Duygusal destek almak ister miydiniz?( Cevabınız Hayır ise 25. soruya geçiniz

Evet

Hayır

24. Duygusal desteği kimden almak isterdiniz?

Arkadaş

Aile Yakını

Doktor

Hemşire

Psikolog

Psikiyatrist

### **TEDAVİ SÜRECİ**

25. řu anda size uygulanan tedavinin süreciyle ilgili bilgilendirildiniz mi?

Evet

Hayır

26. řu anda yapılan tedavinin sonrasında hangi birime gideceğiniz konusunda bilgilendirildiniz mi?

Evet

Hayır

27. Tedavinizin ne kadar süreceği hakkında bilgilendirildiniz mi?
- Evet
- Hayır
28. Tedavinin yan etkileri hakkında bilgi aldınız mı?
- Evet
- Hayır
29. Tedavinin yan etkileriyle nasıl baş edeceğiniz konusunda bilgi aldınız mı?
- Evet
- Hayır
30. Tedavi süreciniz ile ilgili aldığımız bütün bu bilgiler sizin için yeterli oldu mu?
- Hiç
- Çok az
- Kısmen
- Oldukça
- Tamamen



## EK II

### ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda on iki cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1 den 7 ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde on iki cümlenin her birinde bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır

Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

2. Sevinç ve kederimi paylaşabileceğim özel bir insan var.

Kesinlikle hayır

Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır

Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım

Kesinlikle hayır

Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

**5. Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.**

Kesinlikle hayır

Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

**6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.**

Kesinlikle hayır

Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

**7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.**

Kesinlikle hayır

Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

**8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim**

Kesinlikle hayır

Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

**9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.**

Kesinlikle hayır

Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

**10. Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.**

Kesinlikle hayır

Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

**11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.**

Kesinlikle hayır

Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır

Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

### EK III

## **HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ VE RADYASYON ONKOLOJİSİ BÖLÜMLERİNE BAŞVURAN MEME KANSERLİ BİREYLERİN BİLGİ DESTEĞİ VE DUYGUSAL DESTEK GEREKSİNİMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

Meme Kanseri hastalığıyla ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Radyasyon Onkolojisi Bölümlerine Başvuran Meme Kanserli Bireylerin Bilgi Desteği ve Duygusal Destek Gereksinimlerinin Karşılaştırılması”dır. Araştırmanın sorumluları; Ankara Üniversitesi Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı Doç. Dr. Ülgen Okyayuz ve Master öğrencisi Candan Seçkindir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, Meme Kanserli hastaların bilgi ve duygusal destek gereksinimlerini saptamaktır. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalları’nda yapılacak bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Psikiyatri Hemşiresi Candan Seçkin tarafından size anket ve bir ölçek formları uygulanacak ve yine benim tarafımdan bulgular kaydedilecek ve değerlendirilecektir. Bu araştırma da herhangi bir ilaç tedavisi kullanılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahiptir.

Araştırmancının adresi: Psikiyatri Hemşiresi Candan Seçkin

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Psikiyatri Servisi

***(Katılımcının/Hastanın Beyanı)***

Sayın Hemşire Candan Seçkin tarafından Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalları'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim)* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saat de, araştırmacı Candan Seçkin'e hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

**Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

**Görüşme tanığı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

**Katılımcı ile görüşen araştırmacı**

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza:

**EK- IV**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ CERRAHİ VE İLAÇ  
ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU ARAŞTIRMA PROJESİ  
DEĞERLENDİRME RAPORU**




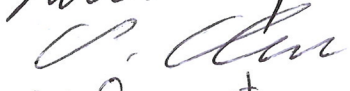
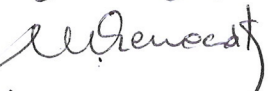








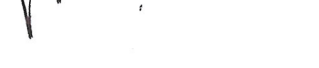
T.C.  
**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
Tıp Fakültesi  
Tıbbi Cerrahi ve İlaç Araştırmaları Etik Kurulu

Sayı : B.30.2.HAC.0.01.00.05/222  
Konu :

**ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU**

**Toplantı Tarihi** : 10 OCAK 2008 PERŞEMBE günü  
**Toplantı No** : 2008/1  
**Proje No** : LUT 08/ -(Değerlendirme Tarihi: 10.01.2008)  
**Karar No** : LUT 08/1 – 30

Ankara Üniversitesi Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Doç. Dr. Ülgen Akyayuz'un sorumlu araştırmacısı olduğu, Hemşire Candan Seçkin ile birlikte çalışacakları LUT 08/1 kayıt numaralı ve "**Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Radyasyon Onkolojisi Bölümlerine Başvuran Meme Kanseri Bireylerin Bilgi Desteği ve Duygusal Destek Gereksinimlerinin Karşılaştırılması**" başlıklı proje önerisi Kurulumuzda değerlendirilmiş olup, Tıbbi Etik açısından uygun bulunmuştur.

1. Prof.Dr. E. Rüştü Onur (Başkan) 
2. Prof.Dr. Sema Özer (Üye) 
3. Prof.Dr. M. Emin Şenocak (Üye) 
4. Prof.Dr. Meral Kanbak (Üye) *İmza Sırasında izinli*
5. Prof.Dr. Türkan Eldem (Üye) 
6. Prof.Dr. Gökhan Gedikoğlu (Üye) 
7. Prof.Dr. Erdem Aydın (Üye) 
8. Prof.Dr. Ediz Demirpençe (Üye) *e. tansu* 
9. Prof.Dr. Alev Türker (Üye) 
10. Doç.Dr. Ümit Yaşar (Üye) 
11. Doç.Dr. Zafer Çehreli (Üye) 
12. Dr. Meltem Şengelen (Üye) 
13. Avukat Serpil Besni (Üye) 

## ÖZGEÇMİŞ

### I- Bireysel Bilgiler

Adı : Candan

Soyadı : Seçkin

Doğum yeri ve tarihi : Ankara 15/08/1979

Uyruğu : T. C.

Medeni durumu : Evli

İletişim Adres : Hacettepe Üniversitesi

Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği Bölüm 44 Ankara

### II- Eğitimi

Mustafa Kemal Lisesi :1996

Hacettepe Üniversitesi :2004

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Anabilim Dalı Disiplinlerarası Sosyal  
Psikiyatri Yüksek Lisansı :2009

### III- Unvanlar

Hemşire

### IV- Mesleki Deneyimler ve Bilimsel Etkinlikler

- Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Bölüm 44 (Psikiyatri Kliniği).
- ODTÜ Sürekli Eğitim Merkezinin düzenlediği, Hurol Fısıloğlu tarafından verilen 'Aile ve Evlilik Terapisi Temel Eğitimi'ni tamamlamıştır (2007).



- Türk Psikologlar Derneği tarafından düzenlenen Psikodrama Temel Aşamaya devam etmektedir (Başlangıç; Eylül 2007).
- Türk Psikologlar Derneği tarafından düzenlenen 48 Psikodrama birimi ‘Psikodrama Hazırlık Aşaması Çalışma Grubu’nu tamamlamıştır (2007 Dönemi)..
- Ulusal Kanserli Hastalar Kongresi (6-7 Nisan 2007).
- Hacettepe Üniversitesi Erişkin Temel Yaşam Desteği Kursu katılım belgesi (12 Eylül 2006).
- XIII. Sosyal Psikiyatri Kongresi (22 -25 Haziran 2006).
- Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım konulu sempozyum (16-17 Mayıs 2006).
- Adli Hemşirelik konulu panel (28 Nisan 2006).
- Trafik Kazalarında Olay Yeri İnceleme konulu panel (31 Mart 2006).
- II. Ulusal Kadın Ruh Sağlığı Kongresi (8-11 Mart 2006).
- Denge Merkezi Eğitim Danışmanlık tarafından düzenlenen ‘NLP Teorik ve Pratik Uygulamalar (NLP - practitioner )’ programına katılım belgesi (13- 16 Ekim 2005).
- TÜSSİDE(MEB-TÜBİTAK Sanayi Sevk ve İdare Enstitüsü) tarafından düzenlenen ‘Eğiticiler ve Rehberler: Yeni Dönem Değerlendirme Çalıştayı’ konulu uygulamalı çalışma programına katılım belgesi (06 – 09 Ekim 2005).
- Denge Merkezi Eğitim Danışmanlık tarafından düzenlenen ‘Değişim Atölyesi Semineri NLP Teknik ve Uygulamaları’ programına katılım belgesi (08-14 Ağustos 2005).

- Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri ‘Temel Kalite Kavramları ve Kurum Kültürü’ konulu uygulamalı eğitim programı katılım belgesi (14-15 Nisan 2005).
- Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri ‘Kardiopulmoner Resüsitasyon ve Son Gelişmeler’ kursu katılım belgesi (12 Mart 2005).
- TÜSSİDE (MEB-TÜBİTAK Sanayi Sevk ve İdare Enstitüsü) tarafından düzenlenen ‘İyileştirme Takımları ve Rehberlik’ konulu uygulamalı çalışma programı katılım belgesi (11-16 Aralık 2004).
- Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri ‘Oryantasyon Eğitim’ programına katılım belgesi ( 19-23 Temmuz 2004).
- Adli Tıp Hemşireliği Kursu Sertifikası (25-28 Mart 2004).
- HATAM tarafından düzenlenen Cinsel Sağlık ve HIV/AIDS Eğitici Eğitimi Kursu (20 Mart-17 Nisan 2004).
- 2. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresine katılım ve ‘HIV/AIDS’i Önlemede Hemşirenin Koruyucu Rolü’, ‘HIV pozitif bireylere uygulanan ayrımcılık ve damgalamanın önlenmesinde hemşirenin rolü’ başlıklı 2 poster sunumu (8-9 Mayıs 2003).
- 1.Ulusal AIDS Savaşım Sempozyumu (28 Kasım -1 Aralık 2002).
- HATAM tarafından düzenlenen HIV/AIDS VE CYBH Eğitici Eğitimi Kursu (20 Şubat-17 Nisan 2001).
- V. Türkiye AIDS Kongresi (12-14 Kasım 2001).