

HASTA YAKINLARININ

RUHSAL BELİRTİ DÜZEYLERİ

Vedat Işıkhan *

ÖZET

Bu araştırmada, hasta yakınlarının bazı sosyo-demografik özellikleri ve hasta-hastalıkla ilgili düşüncelerine göre ruhsal belirti puanları arasında fark olup olmadığı incelenmiştir. GATA Tıbbi Onkoloji kliniğinde, 106 hasta yakınına anket formu ve Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) uygulanmıştır. Hasta yakınlarının ruhsal belirti puan ortalaması 58.68 (Oran: 0-177) olarak bulunmuştur. Hasta yakınlarının; cinsiyet, eğitim durumu, refakatçi olarak kalınan süre, bakım sırasında duygusal sorunlar yaşama ve maddi sorunlar yaşama ile ruhsal belirti puanları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Hasta yakınlarının büyük bir kısmının yaşadığı problemlerin, psikolojik ve maddi kökenli sorunlar olduğu belirlenmiştir. Onkoloji kliniklerindeki hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesi, hastalığın yarattığı bazı sorunlarla mücadele etmek amacıyla kurulan sorun çözücü gruplar yoluyla arttırılabilir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, hasta yakınları, ruhsal belirti.

* Doç. Dr. H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Öğretim Üyesi

SUMMARY

In this present research whether related the companions' some socio-demographic features and companions' patient and disease-related thoughts among psychological symptoms points or not have been discussed. Questionnaire form and Symptom Distress Check List (SCL-90-R) were applied to 106 companions at GATA Medical Oncology Department. The mean score of psychological symptoms of the companions was 58.68 (range:0-177). A meaningful relation at $p < 0.05$ importance level from the statistical viewpoint has been observed among their psychological symptom scores; sex, educational level, the duration of his stay in hospital as an companion, falling into psychological problems during the treatment, and having a financial problems. It was detected that most of the companions' problems were psychological and financial. Quality of life of patients and companions can be improved by the problem solving groups at oncology clinics which aim at fighting with the some problems caused by the disease.

Key Words: Cancer, companions, psychological symptoms.

GİRİŞ

Kanser, günümüzde bireyin yaşam dengesini (fizyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik) her alanda altüst edebilen bir hastalıktır. Kanser tanısı, birey için normal uyum mekanizmalarının tümünün sarsılması, yeterli biçimde kullanılmaması, geleceğe yönelik beklentilerin ve planların bozulması ve sahip olma gücünün yitirilmesi anlamına gelmektedir.

Kanser sadece bireyin duygusal yaşamında krize neden olmamaktadır. Bununla bağlantılı olarak bireyin iş yaşamında, aile yaşamında ve diğer insanlarla olan ilişkilerinde de bir takım krizlere neden olabilir. Hastalığa bağlı olarak tedavinin ve hastanede yatış süresinin uzun sürmesi, hasta bireyin iş yaşamında bir takım değişikliklere gitmesine neden olabilir. Hasta birey işinde aktif bir role sahipse daha pasif bir role geçmek zorunda kalabilir ve durum kişinin kendi özdeğerine ilişkin sarsıntılara neden olabilir.

Hayatı tehdit eden bir hastalık olarak kanserde kişinin bireysel, fiziksel ve sosyal sorunlarla karşılaşması kaçınılmazdır. Çoğu kişi için kanser; çaresizlik, belirsizlik, suçluluk, terk edilme, fiziksel acı, ölüm gibi duygu ve düşünceleri akla getirmektedir. Kanserli birey yoğun korku içindedir, geleceği hakkında kaygılıdır. Bu nedenle kanserli birey, korku ve çelişkilerini yenmek için, duygusal onarıma; psiko-sosyal adaptasyon için, psiko-sosyal desteğe çok fazla gereksinim duyabilmektedir.

Bu çalışmada, tedavi sürecinde kanserden, duygusal ve birçok yönden hasta kadar etkilenen, hastanın bakım ve tedavisine yardımcı ve destek olmaya çalışan hasta yakınlarının ruhsal belirtileri incelenmektedir.

1. Kanserin Birey Üzerindeki Etkileri

Kanser bireyi bağımlı kılan, yeteneklerini sınırlayan ve benlik değerlendirmesini zedeleyen stres dolu bir hastalıktır. Kanserli bireylerde, vücut üzerindeki kontrolün azalışı, özerkliğin yitirilişi ve hastalıkla ilgili belirsizlik fazlasıyla gözlenir. Hastalığın aşamalarında ortaya çıkan belirsizliğe bağlı olarak birçok test ve tedavi prosedürüne razı olmak hastalarda umutsuzluk, anksiyete, bağımlılık ve bağımsızlık gibi çeşitli duygulara yol açabilir (Bond ve Wellish, 1990, 893-904).

Her insan gibi kanserli bireylerin de; hayalleri, ümitleri, ilgileri ve hedefleri vardır. Bu yüzden hastalığın, hastanın yaşam stiline olan etkisi değerlendirilmelidir. Hastanın, sık sık hastanede kalma, giderilemeyen ağrılar, fiziksel kontrol kaybı, kendine bakımda yetersizlik ve çeşitli tedaviler nedeniyle gizliliğin ortadan kalkması, hastanın psikolojik durumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ayrıca hastanın yaşadığı bu olumsuzlukların tümünü paylaşan aile üyelerinin de günlük yaşam döngüsü bundan etkilenmektedir (Stuifbergen, 1987, 43-51, Anderson, 1994, 1485-1495, Brish ve Red, 1994, 1438-1444, Spegiel, 1994, 1435-1457, Fallowfield, 1995, 1731-1732, Wilkinson, 1996, 16-19, Işıkhani ve Diğerleri, 1998, Işıkhani, 2001, Isikhani ve Diğerleri, 2001).

Kanserli bireyler sınırlı, tek bir krizden çok devam eden stresörlerle karşı karşıyadır. Kanser tedavisi, genellikle uzun süreli bir tedavi olup çoğu zaman hastanın, fiziksel iyilik haline, psikolojik durumuna ve sosyal yönüne zarar verir. Bu nedenle kanserli bireyin, uzun süreli kronik stres yaşaması kaçınılmaz olmaktadır (Groot ve Diğerleri, 1994, 111-118). Hastanın yaşadığı güçlükler, maddi harcamalarının artması ve hasta bireye bakma zorunluluğu sonucu sosyal durumda bozulma gibi nedenlerle ailenin diğer üyeleri de kanserden etkilenmektedir (Anderson, 1994, 1485-1495). Bu nedenle düzenlenecek kanser bakımının

psikososyal boyutlarının en önemli hedefi; hastanın ve hasta ailesinin gereksinimlerinin karşılanması olduğu söylenebilir.

Kanserli bireyin en büyük kaygılarından biri, tedavi süresince hastalığın tekrarlama olasılığıdır. İlâç tedavisi yapılmasına rağmen, tekrarlama görüldüğünde kanserli bireylerde depresyonun gelişme riski artmaktadır. Bu durumdaki kişide umut kaybı, çaresizlik, karamsarlık ve vazgeçme tavrı ortaya çıkmaktadır. Kanser tanısı alan ya da kanser ihtimali belirlenen her bireyde tedaviye başlanıldığında, aynı anda psikolojik tedaviyle de destek vermek gerekir. Çünkü kansere yakalanmış olan bireyler, ölüm korkusu ve telaşı taşır. Bu durumun sebep olduğu depresyonun, kanserin seyrini olumsuz etkilediğini ortaya koyan çalışmalar literatürde yer almaktadır. Kanserli bireyler çoğunlukla ailesini üzmemek için ya da ailesi hasta bireyin üzülmemesi için var olan sorunu birbirlerinden saklar (Özkan, 2004). Bu durum birey ve ailesinin birbirlerinden alabilecekleri destek ve yardımı olumsuz yönde etkileyecek iletişim problemlerine neden olabilir.

Kanser hastalığının tedavisi boyunca hastalar, fizyolojik değişmelerin yarattığı yoğun bir psikolojik baskı altında kalabilmektedir. Hastalar kendi bakımlarını gerçekleştirmede güçlüklerle karşılaşmakta çoğu zaman ise aile üyelerine ihtiyaç duyabilmektedir. Bu aile üyeleri de genelde hastaya yakın olan hastanın eşi, çocukları, anne-babası, kardeşleri ve dost ve arkadaşları olabilmektedir. Işıkhan ve Diğerleri (1998)'nin kanserli bireylerin gösterdiği ruhsal belirti düzeyleri, benlik saygıları ve sosyal destek sistemleriyle ilgili yaptığı araştırmada; kanserli bireylerin ailelerinden en çok güvence veren sosyal desteği (%100) ve bu desteğin hastalara en çok eş ve çocukları tarafından sağlandığı belirlenmiştir.

2. Kanserin Aile Üyeleri Üzerindeki Etkileri

Hasta yakınlarının hastayla ilişkilerinde davranış ve tutumlarında bir takım değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalarda hasta yakınlarının hasta bireye karşı çelişkili davrandığını ortaya koymuştur. Sergilenen bu davranışlar:

- Hastalık kapma endişesi ile hastadan uzaklaşma,
- Eskiye kıyasla aşırı ilgi ve yakınlık göstererek hastayı rahatsız etme,
- Hastaya bakmayı pazarlık konusu yapma veya onu terk etmekle tehdit etme gibi durumlar, kanserli birey ailelerinde meydana gelen davranış değişiklikleridir (Atlı, 1997, 45, Özbek ve Diğerleri, 2003, 15; Güni ve Diğerleri, 2005, 33).

Kanser, aile sisteminin bütünlüğü ve fonksiyonu için bir tehdittir. Hastalık nedeniyle aile üyelerinde rol kaybı ya da rol değişikliği olabilir, ailenin dengesi bozulabilir. Kanserli bireyin üstlendiği roller zamanla aile üyeleri tarafından paylaşılır. Örneğin, kanserli birey, evin ekonomik ihtiyaçlarını karşılayan bir konumda ise hastaneye yatma nedeniyle boşalan bu sorumluluğu, ailenin en büyük çocuğu üstlenmek zorunda kalabilir. Bu sorumluluğu yerine getirirken aile üyeleri çoğu zaman yoğun bir stres altında kalabilmektedir.

Hastalığın başlangıç aşamasından itibaren her önemli dönemde hasta bireyin yakınları da o devreyle ilgili korkuyu, kaygıyı ve kızgınlığı yaşarlar. Birçok nedenin yanı sıra, kanser hastalığının bulaşacağından korkmaları nedeniyle aile üyelerinin ve arkadaşların hasta bireyden uzak durmaya çalıştıkları görülmektedir. Aile üyeleri ve arkadaşlar bireye karşı daha iyimser ve güler yüzlü olmayı istedikleri halde, aynı zamanda çok üzgün olduklarından çelişkiler yaşamaktadır. Hasta bireyin bakımıyla uğraşmak aile üyelerinde depresyon, bağışıklık sisteminin zayıflaması, hastalanma

olasılığında artma gibi etkilere yol açmakta ve aile üyelerini de desteğe gereksinim duyar duruma getirmektedir (Eylen, 2001, 23-24).

Aniden çok sevdikleri birini kanser nedeniyle kaybedebileceği gerçeği ile karşı karşıya kalan aile üyeleri mahrumiyet olarak bilinen keder süreci içinde girer, ancak çok sevdikleri bu birey henüz hayatta olsa da aile bireyleri yoksunluğun herhangi bir boyutuyla sevdikleri birey daha hayattayken karşı karşıya kalırlar. Çaresizlik, suçluluk, kızgınlık, inkar, korku, konfüzyon ve öfke gibi farklı duygu ve emosyonel durumları deneyimleri yaşayabilir. Aile üyesi olan bireyin kedere karşı yanıtı, süresi ve yoğunluğu, yaşına, dini inanışına, başa çıkma yeteneğine, destek sistemlerine, ölümü algılayış biçimine ve yaşamındaki değişikliklere bağlılık olarak farklılık göstermektedir (Ruchdeschel ve Diğerleri, 1994, Olgun, 1998, 128, Okyayuz, 1999).

Tanıdan sonra hasta ve ailesi için yaşam katlanılması zor bir noktaya gelebilir. Bazen aile üyelerinin birbirine kızgınlık, suçluluk ve pişmanlık gibi duyguları yansıttığı görülür. Bu tepkiler ailenin hastalığa ve hastanın ölüme uyum sağlaması sonucunda giderek azalır (Pensiero, 1995). Yapılan araştırmalar kanser hastalığının hasta kadar ailesini de etkilediğini göstermektedir. Dodd ve Diğerleri (1992) hastalık boyunca aile üyelerinin, hastalardan daha fazla kaygı yaşadığını, kaygılarının aileleriyle ilgili olduğunu, hastaların ise kendine değer verme ve sosyal bağımsızlığa daha fazla önem verdiğini saptamıştır. Ailede bakım sorumluluğunu üstlenen kişiler, hastaya ve diğer aile üyelerine destek olmaya çalışırken kendileri de çok fazla güçlük yaşayabilmektedir.

Fallowfield (1995, 1731-1732) yaptığı araştırmada, hasta yakınlarının hastalardan daha fazla anksiyete ve depresyon yaşadığını saptamıştır. Williams (1993, 213-220) ise, arkadaşları tarafından bakımı üstlenen aile üyelerinin, görevlerin tamamlamak için her gün 4-7 saat harcadığını belirtmektedir. Bu görevler günlük

işlere ektir ve genelde dışarıda çalışan ya da çocuklarına bakan kadın tarafından yerine getirilir. Bu nedenle bakımı üstlenen kişi yorgunluk, rol çatışması, sosyal izolasyon, sıkıntı ve bunların sonucunda immün sistemin bozulması ile fiziksel hastalık riskleri altındadır. Williams (1993) tarafından yapılan çalışmada; bakımı üstlenen kişiler; yakınlarının hastalığından sonra sağlık durumlarının bozulduğunu, uyku sorunları, sürekli yorgunluk, halsizlik, kilo değişikliği, baş ağrısı, sırt ağrısı, kas gerginliği, hazımsızlık, kas krampları ve ciddi ağrılar yaşadığını belirtmiştir.

Fallowfield (1995), bilinçsiz ve hastaya yardımda yetersiz kalan ailelerin, erken safhada önemli olan yardımı yapamayacağını hatta tedavi hizmetlerine zarar verebileceğini belirtmektedir. Burada, hasta ile birlikte ailesine de verilmesi gereken desteğin önemi açık olarak görülmektedir. Hastalık ve onun tedavisi üzüntülere, korkulara, anksiyeteye ve kızgınlığa neden olabilir. Yapılan birçok araştırma tedavideki hastaların eğitimi ve onlara sağlanan duygusal desteğin yaşanan anksiyeteyi azalttığını göstermiştir (Williams ve Diğerleri, 1995, 97-99).

Kanserli bireyin yaşadığı her kriz aileyi de etkiler. Aile üyeleri en çok tanı sırasında, yeni bir tedavi şeklinin başlamasında, tedavi süresinde, hastalığın tekrarı ve ölüm sırasında etkilenmektedir (Brish ve Red, 1994, 1438-1444). Kanser deneyimi, hasta ailesi için psikolojik yıkım yanında sosyal yönden de yıkıcı etkilere neden olabilir. Bu nedenle onkoloji kliniğinde görevli sosyal hizmet uzmanının birincil görev ve fonksiyonu, hasta ve aile üyelerinin yaşadığı sorunlarla başetme durumlarını oryante etmeye yönelik olmalıdır. Problem çözme girişimleri, hastalık ve semptomları hakkında hasta ve ailesine yönelik bilgi sağlama, gereksinimleri giderme ve duyguların paylaşımına yönelik olabileceği gibi toplumsal kaynakları hasta ve ailesine tanıtılması ve kullanılması konularında yardımcı olmaya yönelebilir.

Bu araştırmada yatarak tedavi gören kanserli birey yakınlarının sosyo-demografik özellikleri, hasta ve hastalıkla ilgili düşüncelerinin ruhsal belirti puanları arasında fark yaratıp yaratmadığı belirlenmeye çalışılmıştır.

Araştırmanın amaçları aşağıdaki denencelerle ifade edilmiştir:

1. Hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre ruhsal belirti puanları arasında fark vardır.
2. Hasta yakınlarının medeni durumlarına göre ruhsal belirti puanları arasında fark vardır.
3. Hasta yakınlarının eğitim durumuna göre ruhsal belirti puanları arasında fark vardır.
4. Hasta yakınlarının yaş gruplarına göre ruhsal belirti puanları arasında fark vardır.
5. Hasta yakınlarının hastayla olan yakınlığına göre ruhsal belirti puanları arasında fark vardır.
6. Hasta yakınlarının refakatçi olarak kaldığı süreye göre ruhsal belirti puanları arasında fark vardır.
7. Hasta yakınlarının hastalık ve hasta ile ilgili doktor ve hemşireden bilgi alma durumlarına göre ruhsal belirti puanları arasında fark vardır.
8. Hasta yakınlarının bakım sırasında duygusal sorunlar yaşama durumuna göre ruhsal belirti puanları arasında fark vardır.
9. Hasta yakınlarının maddi sorunlar yaşama durumuna göre ruhsal belirti puanları arasında fark vardır.

3. YÖNTEM

Bu araştırmada "tarama modeli" kullanılmıştır. Tarama modelleri bilindiği gibi geçmişte veya halen var olan bir durumu olduğu gibi ele alan yaklaşımlardır. Araştırmanın veri kaynağını, Ağustos 2001-Ocak 2002 tarihleri arasında GATA Tıbbi Onkoloji Kliniğinde yatarak tedavi gören hastalara refakat eden 106 hasta yakını oluşturmaktadır. GATA Tıbbi Onkoloji kliniğinde görevli sosyal hizmet uzmanı, çalışmanın amacını kanserli birey yakınlarına anlatmıştır. Çalışma, anket uygulanmasını kabul edenlerle gerçekleştirmiştir.

Klinikte belirtilen tarihler arasında, hastasına refakat eden kişi sayısı 125'dir. Ancak, bazı hasta yakınlarının hastane dışında olması, bazılarının mesai sonrası hastaneye gelmesi, hastasıyla ilgili sıkıntılı anlar yaşaması ve araştırmaya karşı olması nedeniyle 19 hasta yakınına anket uygulanamamıştır. Sonuçta, toplam 106 hasta yakınından alınan veriler geçerli kabul edilmiştir.

Veriler, araştırmacı tarafından geliştirilen Anket Formu ve ülkemizde geçerlik ve güvenirliği yapılmış olan Ruhsal Belirti Tarama Listesi SCL-90-R aracılığıyla elde edilmiştir. Araştırmada kullanılan **hasta yakınları** kavramı, kanserli bireye refakat eden aile üyelerini, yakın akraba, eş ve arkadaşı ifade etmektedir. Veri toplama araçları hakkındaki bilgiler aşağıda sunulmuştur:

Anket Formu: Hasta yakınlarının sosyo demografik özelliklerini (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu vb) ve hasta ve hastalıkla ilgili bazı özellikleri (hastaya olan yakınlık, refakatçi olarak kalınan süre, hastalık ve hasta ile ilgili doktor ve hemşireden bilgi alma, maddi sorunlar yaşama vb.) belirlemeyi amaçlayan sorulardan oluşmuştur.

Ruhsal Belirti Tarama Listesi: SCL-90 "Symptom Distress Check List", bireylerdeki psikolojik belirtilerin ne düzeyde olduğunu ve hangi alanlara yayıldığını belirleyen bir ölçü aracıdır. Doksan soru içeren bu liste, on bölümden ve içinde dokuz esas (primer) belirti ölçeği ve değişik semptom maddelerini içeren ek maddeler bölümünden oluşmaktadır.

Geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış olan bu ölçeğin ülkemizde birçok araştırmacı tarafından kullanıldığı görülmektedir (Hayran, 1982, Fidaner ve Fidaner, 1984; Akt. Tufan, 1987,48-53). Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 177'dir (range=0-177). Yorumlar, araştırmada bu ölçekten elde edilen Global Severity Index (GSI), üzerinden yapılmıştır. GSI, bozukluğun derinliğinin veya şimdiki düzeyinin en iyi belirleyicisidir. Veriler, SPSS Versiyon 10.0 aracılığıyla bilgisayara girilmiştir. Elde edilen bulguların yorumu için sayı, % ve ortalama ve istatistiksel analiz için varyans analizi ve t testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Hasta yakınlarıyla ilgili sosyo-demografik özellikler değerlendirildiğinde araştırma kapsamındaki hasta yakınlarının büyük bir bölümünün kadın; evli; üniversite mezunu ve 41-50 yaş grubunda olduğu bulunmuştur. Hasta yakınlarının büyük bir kısmının hastanın eşi ve çocuğu olduğu; refakatçi olarak kaldığı sürenin 1-15 gün arasında değiştiği; hastalıkla ilgili sağlık personelinde bilgi aldığı; bakım sırasında duygusal sorunlar yaşadığı ve hastalığın yarattığı maddi sorunları yoğun olarak yaşadığı belirlenmiştir (**Tablo 1**).

Araştırmada hasta yakınlarının sosyo-demografik ve hasta ve hastalıkla ilgili bazı özelliklerine göre ruhsal belirti puanları arasında fark olup olmadığı belirlenmeye çalışılmıştır (**Tablo 1-2**). Elde edilen bu sonuçlar ve yorumları aşağıda yer almıştır.

Tablo 1. Hasta Yakınlarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyo Demografik Özellikler	Sayı	%	Ruhsal Belirti Puan Ortalaması	Test Sonucu
Cinsiyet				T testi: 3.58 *
Kadın	65	61.3	71.27	
Erkek	41	38.7	41.31	
Medeni Durum				T testi: 0.28
Evli	83	78.3	58.28	
Bekar	17	16.1	59.12	
Dul	6	5.6	61.27	
Eğitim Durumu				F: 3.11*
Okur Yazar Değil	19	17.9	98.55	
İlk okul mezunu	26	24.5	75.77	
Orta okul mezunu	8	7.5	71.87	
Lise mezunu	15	14.3	85.41	
Üniversite mezunu	38	35.8	45.68	
Yaş Gruplaması				F: 0.46
30 yaş altı	31	29.2	81.14	
31-40 yaş	20	18.9	80.00	
41-50 yaş	33	31.1	82.19	
51 yaş ve üstü	22	20.8	80.13	
Toplam	106	100		

* $p < 0.0.5$

Tablo 2. Hasta Yakınlarının Hasta ve Hastalıkla İlgili Bazı Özelliklerine Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hasta ve Hastalıkla İlgili Bazı Özellikler	Sayı	%	Ruhsal Belirti Puan Ortalaması	Test Sonucu
Hastayla Olan Yakınlığı				F : 1.78
Kardeş	23	21.7	61.14	
Anne-Baba	23	21.7	60.89	
Yakın Akraba, Arkadaş	8	7.5	59.37	
Eşi ya da Çocuğu	52	49.1	62.22	
Refakatçi Olarak Kalınan Süre				F : 3.57 *
1-15 gün	47	44.3	72.31	
16 gün-3 ay	43	40.6	86.23	
4 ay ve üstü	16	15.1	99.85	
Hastalık ve Hasta ile İlgili Doktor ve Hemşireden Bilgi Alma				T Testi: 0.09
Evet	61	57.5	63.52	
Hayır	45	42.5	55.45	
Bakım Sırasında Duygusal Sorunlar Yaşama				T Testi:4.60 *
Evet	73	68.9	71.87	
Hayır	33	31.1	32.72	
Maddi Sorunlar Yaşama				T Testi: 3.83 *
Evet	84	79.2	83.25	
Hayır	22	20.8	49.50	
Toplam	106	100		

*p<0.05

5.TARTIŞMA

Hasta yakınlarının, bakımın başlamasından önceki ve sonraki sağlık durumları karşılaştırılmış, hasta yakınlarının hastalığın başlamasından önceki sağlık durumlarının, hastalığın başlamasından sonraki sağlık durumlarından daha iyi olduğu, hastalığın başlaması ile sağlıklarındaki olumsuz etkilenmeyi ifade eden kişilerde ise en sık görülen semptomların uyku, zayıflık, enerji, kilo ve beslenme ile ilgili olduğu belirlenmiştir (Williams, 1995).

Araştırma sonunda hasta yakınlarının ruhsal belirti puan ortalaması 58.68 olarak bulunmuştur [Oran: 0-177]. Bu puan bir yetişkin için kabul edilen ortalama puandan (70-80) düşük çıkmıştır. Bu sonuca göre onkoloji kliniğindeki hasta yakınlarının çok fazla ruhsal belirti göstermediği söylenebilir. Bu sonuca; hasta yakınlarının klinikte kalış sürelerinin az olması, hastanın yaşadığı sorunları kendi sorunlarının önünde tutmuş olması, hastalığın hastalar tarafından alinyazısı olarak kabul edilmesi, verilen tedaviyi yeterli görmelerinin ve bunun dışında bu hastaları için yapılacak başka bir tedavi biçimi olmamasının da etkide bulunduğu söylenebilir. Elde edilen bu sonucun, Dodd ve Diğerleri (1992), Spegiel (1994), Williams (1995) ve Fallowfield (1995) tarafından yapılan araştırma sonuçlarıyla zıt bulunduğu saptanmıştır.

Kadın hasta yakınları, hastane ortamında diğer hastaların yaşadığı çeşitli olayların etkisinde kalma (ağrı, kusma, fiziksel yorgunluk gibi) durumlarını erkeklere göre daha fazla yaşamaktadır. Araştırmada bu durum, hasta yakınlarının ruhsal belirti gösterme düzeylerini etkileyebileceği varsayılmış ve araştırmanın 1.1. nolu denencesi "cinsiyete göre hasta yakınlarının ruhsal belirti puan ortalamaları arasında fark vardır" şeklinde oluşturulmuştur. Denencenin test edilmesi sonucunda; hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre ruhsal belirti puanları arasında istatistiksel yönden

anlamli bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların ruhsal belirti puan ortalaması: 71.27 iken erkeklerin 41.31 olduğu ve bu sonuca göre kadın hasta yakınlarının erkeklere göre daha fazla ruhsal belirti gösterdiği saptanmıştır. Bu sonuca göre kadın hasta yakınlarının, hastanedeki bir hastanın varlığından erkeklere oranla daha çok etkilendiğini düşünebiliriz. Bunun nedenleri arasında, hasta yakını olan kadınların çoğunluğunun ev hanımı olması nedeniyle sürekli hasta ile birlikte olmaları ve bir hastaya bakmakla sorumlu olmalarının yanısıra hasta erkeğin rollerinin de bir kısmını üstlenmek zorunda kalmaları düşünülebilir. Oysa erkek hasta yakını işi nedeniyle evden ayrılmakta dolayısıyla sorunlardan bir süre uzaklaşabilmektedir. Kadın, hasta olsa bile geleneksel rolü gereği evdeki bazı sorumluluklarını sürdürmesi nedeniyle üstlendiği rollerde artışlar söz konusudur. Bu nedenler, kadınların erkeklere göre daha fazla ruhsal belirti göstermelerini açıklayabilir.

Hasta yakınlarının evli, bekar, dul olup olmaması onların ruhsal belirti puanları üzerinde etkili olacağı varsayılmıştır. Araştırmanın 1.2. nolu denencesi "medeni duruma göre hasta yakınlarının ruhsal belirti puan ortalamaları arasında fark vardır" şeklinde oluşturulmuştur. Bu bağlamda kurulan denencenin sınanması sonucunda hasta yakınlarının medeni durumu göre ruhsal belirti puanları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Toplumumuzda evli ve/veya bekar olmak kişilere farklı rol ve sorumluluklar yüklemektedir. Araştırmada elde edilen bu sonuç, hasta yakınlarının başa çıkma yöntemleri ve kişisel farklılıklarla açıklanabilir. Bu sonuca hasta yakınlarının, evli hastaların %49'unun eşi ve çocuğu konumunda, bekar ve dul hasta yakınlarının ise arkadaş ve eş dost konumunda olmalarının etkide bulunduğunu akla getirebilir. Araştırmada elde edilen bu sonucun, Dodd ve Diğerleri (1992) ve Işıkhani ve Diğerleri (1998)'nin araştırma sonuçlarıyla

paralel olduğu sđylenbilir. Araştırmanın sonunda, medeni durumunun hasta yakınlarının ruhsal belirtileri üzerinde etkili bir değişken olmadığı saptanmıştır.

Kanserin tedavi sürecinde hastaların gösterdiği davranış değişikliğinin anlaşılmasında, hasta yakınlarının sahip olduğu eğitim düzeyi önemlidir. Eğitim durumu hasta yakınlarının ruhsal belirti düzeylerini etkileyebilen önemli bir değişkendir. Eğitim durumu düşük olan hasta yakınlarının hastanın durumunu zor kabullendiği, gerçekçi davranmadığı ve hastalığın seyri ve tedavisinin nasıl olacağı gibi konuları zor kavradığı gözlenmiştir. Fallowfield (1995), aile üyelerinin kansere uyum davranışlarının, ailenin eğitim ve kültür düzeyiyle ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. Araştırmanın 1.3. nolu denencesi "eğitim durumuna göre hasta yakınlarının ruhsal belirti puan ortalamaları arasında fark vardır" şeklinde oluşturulmuştur. Denencenin sınanması sonucunda hasta yakınlarının eğitim durumuna göre ruhsal belirti puanları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Gruplar arasında fark olup olmadığına bakmak için Post Hoc Multiple Difference yöntemlerinden Least-Significant Difference'ye bakılmıştır. Okur yazar olmayan hasta yakınlarının ruhsal belirti puan ortalaması (98.55) diğerlerine (ilk okul mezunu=75.77, ortaokul mezunu=71.87, lise mezunu=85.41 ve üniversite mezunu=45.68) göre daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuca göre hasta yakınlarının eğitim düzeyi yükseldikçe daha az ruhsal belirti gösterdiği sđylenbilir. Hasta yakınlarının eğitim düzeyi yükseldikçe ruhsal belirti puanlarının artmasının nedeni olarak bir olasılıkla, eğitimle birlikte bilinçli başetme mekanizmalarının geliştirmeleri, maddi olanaklarının ve sosyal durumlarının daha iyi olması düşünülebilir. Araştırmanın sonunda, eğitim durumunun hasta yakınlarının ruhsal belirtileri üzerinde etkili bir değişken olduğu saptanmıştır. Araştırmada elde

edilen bu sonucun, Dodd ve Diğlerleri(1992), Speigel (1994) ve Fallowfield (1995)'in araştırma sonuçlarına yakın bulunduğu söylenebilir.

Araştırma kapsamında bulunan hasta yakınlarının yaş dağılımları incelendiğinde 41-50 yaş grubunda bulunanların (% 31.1) daha fazla olduğu bunu 30 yaş altında ve 51 yaş üstünde bulunan hasta yakınlarının izlediği belirlenmiştir (Çizelge 1). Araştırmanın 1.4. nolu denencesi "yaş gruplarına göre hasta yakınlarının ruhsal belirti puan ortalamaları arasında fark vardır" şeklinde oluşturulmuştur. Bu bağlamda kurulan denencenin sınanması sonucunda hasta yakınlarının yaş gruplarına göre ruhsal belirti puanları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Bu sonuca, araştırma kapsamında bulunan hasta yakınlarının genellikle onların eş veya çocuğu konumunda olmalarının ve hasta yakınlarının yaşla birlikte kanser hastalığı ile ilgili edinmiş olduğu tecrübelerin etkide bulunduğu söylenebilir.

Araştırma kapsamında bulunan hasta yakınlarının, kanserli bireye olan yakınlığı incelendiğinde, bunların büyük bir kısmı (%49.1)'nin hastanın eşi ve çocuğu olduğu bunu hastanın kardeş ve anne babalarının (%21.7 ve %21.7) izlediği belirlenmiştir. Hastaya refakat edenlerin hastayla olan yakınlıkları ruhsal belirti puanlarını etkileyebileceği varsayılmıştır. Araştırmanın 1.5. nolu denencesi "hastayla olan yakınlığa göre hasta yakınlarının ruhsal belirti puan ortalamaları arasında fark vardır" şeklinde oluşturulmuştur. Denencenin sınanması sonucunda hasta yakınlarının hastayla olan yakınlıklarına göre ruhsal belirti puanları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Sonuçta, kanser hastalığının aile ve yakın çevrenin tüm fertlerini benzer şekilde etkilediği söylenebilir.

Kanser gibi süregen, geleceğe ilişkin kaygı ve korkuların yoğun yaşandığı ve ölümü çağrıştıran bir hastalıkla mücadelede, eşler kanserle mücadele eden bireylerin

en çok destek aldığı kişiler olduğu ve bu nedenle araştırmaya katılan aile üyelerinin hasta bireyin eşi olduğu düşünülmektedir. Aile üyelerinden birinin hastanede yatarak ya da ayaktan tedavi görmesi gerekiyorsa eğer; yanında yardımcı olarak bulunan kişi, geleneksel aile bağları doğrultusunda eşi ya da anne babası olmaktadır. Eşle birlikte yaşamak, bütün olumsuzluklara, aile içinde sürtüşmelere ve çatışmalara rağmen, bireyin aileden sağladığı en önemli destek kaynağıdır. Eylon (2001) tarafından yapılan araştırmada, hasta bireyin yanında bulunan aile üyesi %42.5 oranında eşi olarak bulunmuştur Bu durum araştırmada elde edilen veriler ile doğru orantılıdır. Ayrıca, araştırmada elde edilen bu sonucun, Dodd ve Diğerleri (1992), Williams (1993) ve Leitgeb ve Diğerleri (1994)'nin araştırma sonuçlarına yakın olduğu bulunmuştur.

Refakatçi olarak kalınan süre arttıkça, hasta yakınlarının boş zamanlarını değerlendirme, kendilerine zaman ayırma ve ertelemek zorunda olduğu birçok şeyin yapılamamasına neden olmaktadır. Dolayısıyla bu durum, kendilerinde sıkıntı yaratmaktadır. Klinik atmosferinin uzun süreli teneffüsü hasta yakınlarında birçok sorunun doğmasına neden olabilir. Literatürde de yeni bir tedavi şeklinin başlaması ve hastalığın tekrarı hastanede kalınan süreyi artıracığı ve bu durumdan hasta ve aile ünitesinin olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (McCarron, 1995, 48-51, Fallowfield, 1995, 1731-1732).

Onkoloji kliniklerinde kısa sürede kalan hasta yakınları genelde hastanın hastaneye yatış, ilaç alımı ve tedavi konularında hastaya yardımcı olmaktadır. Klinikte kalış süresi arttıkça yavaş yavaş diğer hasta ve hasta yakınlarının yaşadığı sorunların (yorgunluk, isteksizlik, ağrı, ölüm, acı, sıkıntılar, tedavide karşılaşılan güçlükler vb) kendi üzerinde etkili olmaya ve ruhsal yapılarını etkilemeye başladığını hisseder. Araştırmanın 1.6. nolu denencesi "hasta yakınlarının refakatçi olarak

kaldığı süreye göre ruhsal belirti puanları arasında fark vardır” şeklinde oluşturulmuştur. Denencenin sınanması sonucunda hasta yakınlarının refakatçi olarak kaldıkları sürelerle göre ruhsal belirti puanları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Hasta yakınlarının hastanede kaldığı süre arttıkça ruhsal belirti puanlarının arttığı görülmektedir. Gruplar arasında fark olup olmadığına bakmak için Post Hoc Multiple Difference yöntemlerinden Least-Significant Difference’ye bakılmıştır. Refakat süresi 1-15 gün arasında olan hasta yakınlarının ruhsal belirti puan ortalaması (72.31) diğerlerine (16 gün-3 ay arasında refakat eden=86.23, 4 ay ve üstünde refakat eden = 99.85) göre daha düşük çıkmıştır. Araştırmada elde edilen bu sonucun, McCarron (1995) ve Fallowfield (1995)’in çalışma sonuçlarıyla paralele bulunduğu söylenebilir.

Fallowfield (1995), bilinçsiz ve hastaya yardımda yetersiz kalan ailelerin, erken safhada önemli olan yardımı yapamayacağını hatta tedavi hizmetlerine zarar verebileceğini belirtmektedir. Burada, hasta ile birlikte ailesine de desteğin önemi açık olarak görülmektedir. Yapılan birçok araştırma tedavideki hastaların eğitimi ve onlara sağlanan duygusal desteğin yaşanan anksiyeteyi azalttığını göstermiştir (Williams ve Diğerleri, 1995, 97-99).

Kanserli bireyin bakımı ile ilgilenen aile üyesine hastanın duygusal sorunları ve hastalıkla beraber ortaya çıkan sorunlarla baş etmesine yardımcı olmak; aile üyesinde tükenmişliğin görülmemesi için ailenin bilgilendirilmesi ve eğitimi önemlidir. Bu bilgilendirmede hastalık sürecinin ağır olması ve ailenin omuzlarındaki yükün fazlalığı dikkate alınarak gereksiz bilgilerden arındırılmış, aile üyelerinin anlayabileceği sade bir dil kullanılmalıdır. Hasta ailesine yönelik bilgilendirme ve eğitimin, hastanın prognozu, semptomların sebepleri, önemi ve kontrolü, hasta bakım yöntemleri, olası ani değişiklikler ve nasıl davranılacağı ve yardım

istenebilecek mevcut kaynaklar hakkında gerekli bilgiyi içerecek şekilde olmalıdır (Kömürcü, 2004; Özkan,1993).

Hasta yakınlarının, hastanın tedavi ve takibinde ilgili doktor ve hemşireden hastaları ve hastalığı hakkında bilgi alıp almadığı belirlenmiştir. Buna göre hasta yakınlarının %57.5 gibi bir oranı hastalarının tedavi ve takibinde bilgi aldığı %42.5'inin ise bilgi almadığı saptanmıştır. Araştırmanın 1.7. nolu denencesi "hasta yakınlarının hastalık ve hasta ile ilgili doktor ve hemşireden bilgi alma durumlarına göre ruhsal belirti puanları arasında fark vardır" şeklinde ifade edilmiştir. Denencenin sınanması sonucunda hasta yakınlarının hastanın tedavi ve takibinde doktor ve hemşireden yardım alma durumlarına göre ruhsal belirti puanları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Hastanın tedavi ve takibinde ilgili doktor ve hemşireden bilgi alan hasta yakınlarının ruhsal belirti puan ortalaması: 60.69 iken yardım almayanların ruhsal belirti puan ortalaması 55.45 olarak bulunmuştur. Araştırmada elde edilen bu sonuca, hasta yakınlarının eğitim düzeylerinin yüksek oluşu ve kanser ve tedavisi konusunda tıbbi personele güvenmelerinin etkide bulunduğu söylenebilir. Bu sonuç, Leitgeb ve Diğerleri (1994) ve Williams ve Diğerleri (1995)'nin araştırma sonucuna paralel bulunmuştur.

Kanserli birey için en büyük sıkıntı ve stres yaratan zamanlar; tanı anı, yeni bir tedavi uygulama öncesi, tedavi sonrası bekleme süresi ve tedavinin başarısız kaldığı dönemlerdir. Genellikle beklenen duygusal tepki başlangıçta bir şok ve tanıya inanmama, takiben iştahsızlık, konsantrasyon azlığı gibi semptomlarla kendini gösteren anksiyete ve depresyondur. Bu stres ve semptomlar genellikle 7-10 gün içerisinde çözülür. Ancak iki haftada geçmeyen anksiyete ve depresyonun varlığı psikiyatrik müdahaleyi gerektirir. Bireyin kansere karşı tutumunu içinde yaşadığı toplumun kültürel, sosyal yapısı, kişinin eğitim seviyesi ve ekonomik durumu ile

yakından ilgilidir. Bireylerin en belirgin ve yoğun duygu korkudur. Kanser korkusu, ölüm korkusu, sakatlığa neden olabilecek ameliyat korkusu, şiddetli ağrıların kaçınılmaz olacağı korkusu, tedavini yan etkilerinden korku her bireyde değişik derecelerde görülebilen belli başlı korkulardandır (Akmansu, 1995, 20-21).

Kanserli bireyler çoğunlukla ailesini üzmemek için ya da ailesi hasta bireyin üzülmemesi için var olan sorunu birbirlerinden saklar (Özkan, 2004). Bu durum birey ve ailesinin birbirlerinden alabilecekleri destek ve yardımı olumsuz yönde etkileyecek iletişim problemlerine neden olabilir. Kanserli bireylerde hastalığın özelliği ve yaşamda meydana getirdiği değişikliğe bağlı olarak üzüntü ve yas duygularının yaşanması normaldir. Ancak bu duyguların hastalığı kabullenilmesine ve tedaviye uyuma engel olacak düzeylerde olmamasına dikkat edilmelidir.

Hasta yakınlarının hastalarına refakat ettikleri süre boyunca konuşacak, dertleşecek yakınlarından uzak kalmaları, sürekli sağlık personeli ve diğer hastaların yakınlarıyla zaman geçirme zorunda olmaları onlarda bazı duygusal sorunların çıkmasına neden olabilir. Araştırmanın 1.8. nolu denencesi "Hasta yakınlarının bakım sırasında duygusal sorunlar yaşama durumlarına göre ruhsal belirti puanları arasında fark vardır" şeklinde oluşturulmuştur. Bu bağlamda kurulan denencenin sınanması sonucunda hasta yakınlarının bakım sırasında duygusal sorunlar yaşama durumuna göre ruhsal belirti puanları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Duygusal sorunlar gösteren hasta yakınlarının ruhsal belirti puan ortalaması: 71.87 iken duygusal sorunlar yaşamadığını ifade edenlerin ruhsal belirti puan ortalaması 32.28 olarak bulunmuştur. Araştırmada elde edilen bu sonucun, Bond ve Wellish (1990), Dodd ve Diğerleri (1992) ve Spiegel (1995)'nin araştırma sonuçlarıyla paralel bulunduğu söylenebilir.

Kanser hastalığının tedavisi uzun ve yorucu bir süreci gerektirir. Hastaların bir sosyal güvence kapsamında olması nedeniyle kanser tedavisinin gerektirdiği birçok hizmet için masraf yapmamaktadır. Ancak, tedavinin uzun ve yıpratıcı boyutu yanında sürekliliği de düşünüldüğü zaman hastanın hastaneye geliş gidiş ve diğer ihtiyaçları için hasta yakınları çoğu zaman maddi sorunlar yaşayabilmektedir. Araştırmada hasta yakınlarının büyük bir kısmının maddi sorunlar yaşadığı ve bu durumun onların psikolojik sağlıklarını olumsuz yönde etkilediği varsayılmıştır. Araştırmanın 1.9. nolu denencesi "hasta yakınlarının maddi sorunlar yaşama durumuna göre ruhsal belirti puanları arasında fark vardır" şeklinde oluşturulmuştur. Denencenin sınanması sonucunda hasta yakınlarının bakım sırasında maddi sorunlar yaşama durumuna göre ruhsal belirti puanları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu süreç içinde maddi sorunlar yaşayan hasta yakınlarının ruhsal belirti puan ortalaması 83.25 iken maddi sorunlar yaşamadığını ifade edenlerin puan ortalamasının 44.50 olduğu bulunmuştur.

Hastanın kendisine ve hastalığına odaklanması, hastalık durumu ile ilgili tüm sorumluluğu hasta yakının üstlenmesine dolayısıyla maddi sıkıntıların yaşanmasına neden olmuş olabilir. Dodd ve Diğerleri (1992), hastaların kendilerine ve sosyal bağımsızlığa daha çok değer verdiklerini, aile üyelerinin ise hastalardan daha fazla aile ilgili kaygı duyduğunu belirtmiştir. Groot ve Diğerleri (1994), hasta ve ailesinin yaşamış olduğu bazı ekonomik sorunların aile içindeki ilişki kalıplarına zarar verdiğini ifade etmektedir. Bu araştırma bulgularının araştırma sonuçlarımızla paralel bulunduğu söylenebilir.

Araştırma sonunda, hasta yakınlarının ruhsal belirti puan ortalaması 58.68 olarak bulunmuştur [Oran: 0-177]. Bu puan bir yetişkin için kabul edilen ortalama puandan (70-80) düşük çıkmıştır. Bu sonuca göre onkoloji kliniğindeki hasta

yakınlarının çok fazla ruhsal belirti göstermediği saptanmıştır. Hasta yakınlarının ruhsal belirti durumlarına etkide bulunan değişkenlerin; cinsiyet (kadın olmak), eğitim durumu (okuryazar olmayan), refakatçi olarak kalınan süre (4 ay ve üstü), bakım sırasında duygusal sorunlar ve tedavi sürecinde maddi sorunlar yaşama olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Onkoloji kliniklerinde görevli sosyal hizmet uzmanları, hasta yakınlarının öncelikli olarak belirlenen bu özelliklerini dikkate alarak müdahale planlarını hazırlaması ve uygulamaya aktarması gerekmektedir.

Bugün hala herkesin korkulu rüyası olan kanserin psiko-sosyal ve ekonomik açıdan birçok soruna yol açması beklenen bir sonuçtur (Işıksan, 2001, 178). Bu nedenle hasta ve ailesine verilen tıbbi tedavinin yanında yapılacak olan psiko-sosyal desteğin profesyonel düzeyde verilmesinin daha somut ve istenen sonuçları ortaya koyacağı açıktır.

Birey ve ailelerin tanıyı ilk öğrendiklerinde yaşadıkları olumsuz duyguların yoğunluğunu azaltmak ve sağlıklı baş etme mekanizmaları geliştirmelerine yardımcı olabilmek için, tanıya ilişkin teşhis sürecinin başladığı andan itibaren birey ve hasta yakınlarına profesyonel destek sunulmalıdır.

Kanserli birey yakınlarının yaşadığı psikolojik ve ekonomik sorunların çözümü için grup çalışması planlanabilir. Böyle bir grup çalışması hem hasta yakınlarının ihtiyaç duyduğu bazı konuların belirlenmesine ve dolayısıyla çözüm yollarının bulunmasına katkı verebilir. Ayrıca, hasta yakınlarının bilgi düzeyinin artırılması yoluyla hastaya vereceği desteğin olumlu yönde gelişme göstermesine hem de hasta yakınlarının kendileriyle aynı durumdaki diğer insanlarla dayanışma ve işbirliğine gitmeleri ve kendilerine yeni bir sosyal destek kaynağı geliştirmelerine katkıda bulunacaktır (Turan, 1984, 18).

Kanserli hasta yakınlarına özellikle birinci derece yakını olduğundan aile üyelerine verilecek profesyonel destekte, yakını kaybetme duygusu hafifletilmeye ve ailelerin olumlu yönlerini güçlendirmeye önem verilmelidir. Böylece hasta yakınlarının yaşayabileceği bazı duygusal sorunlar azaltılabilir. Hasta yakınlarının belirlenmiş olan sorunlarının çözümü için klinikte görevli sosyal hizmet uzmanı sorunun yapısına uygun olarak bir müdahale planı hazırlamalıdır. Böyle bir müdahale planı oluşturarak aile üyeleri ile birey arasında sağlıklı ve uygun iletişimin kurulmasına yardımcı olunmalıdır. Müdahale planı hazırlanırken güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde ailenin ve bireyin sahip olduğu güçlü yönler temel alınarak mesleki müdahaleye yön verilmelidir.

KAYNAKLAR

- Akmansu, M. (1995) "Kanserin Psikososyal Yönü", *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, (1) 20-22.
- Anderson, B.L. (1994) "Surviving Cancer", *Cancer Supplement*, (4) 1485-1495.
- Atlı, H. (1997) "Sosyal Çalışma Açısından Kanserin Aile İçinde Yarattığı Sorun Alanlarının Belirlenmesi ve Sosyal Desteğin Gerçekleşmesinde Etkili Olan Unsurlar". İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul.
- Bond GG, Wellish KD. (1990) "Psychosocial Care". *Cancer Treatment*. Haskell M. Charles (Ed), 893-904.
- Brish, T.G. ve Red, W.H. (1994) "Symptom Control in Psychosocial Oncology", *Cancer Supplement*, 74, (4) 1438-1444.
- Dodd, M.J., ve Diğerleri. (1992) "Outpatient Chemotherapy: Patients' and Family Members' Concerns and Coping Strategies", *Public Health Nursing*, (1) 37-44.
- Eylen, B. (2001) "Bilgi Verici Danışmanlığın Kansere Hastalarının Ailelerinin Sosyal Destek Becerileri Üzerine Etkisi", (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Fallowfield, L. (1995) "Helping the Relatives of Patients with Cancer", *European Journal of Cancer*, (11) 1731-1732.
- Groot, C.A., ve Diğerleri. (1994) "Measurement and Valuation of Quality of Life in Economic Appraisal of Cancer Treatment", *European Journal of Cancer*, (1) 111-118.
- Güni, Ö., ve Diğerleri. (2005) "Kanser Tedavisinde Radyoterapi Uygulanan Hastaların Psikososyal Durumu ile Etkilenen Sistemler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi", *Türk Onkoloji Dergisi*, 20, (1) 30-36.
- Isikhan, V., ve Diğerleri. (2001) "The Relationship Between Disease Features and Quality of Life in Patients with Cancer -I", *Cancer Nursing (Cancer Nurs)*, 24, (6), 490-495.
- Işıkhhan, V. (2001) "Kanser ve yaşam kalitesi", *Sosyal Hizmette Yeni Yaklaşımlar ve Sorun Alanları: Prof. Dr. Nihal Turan'a Armağan* (Ed. Veli Duyan ve Aliye Mavili Aktaş), Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayın No: 008, Ankara: 171-178.
- Işıkhhan, V., ve Diğerleri. (1998). Kansere Hastalarının Sosyal Destek Sistemleri, Benlik Saygıları ve Bazı Ruhsal Belirtileri, *Türk Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 8, (4) 17-23.
- Leitgeb, C., ve Diğerleri. (1994) "Quality of Life in Chronic Anemia of Cancer During Treatment with Recombinant Human Erythropoietin", *Cancer*, (10) 2535-2542.
- McCarron, E.G. (1995) "Supporting the Families of Cancer Patients", *Nursing* 95, June, 48-51.
- Okyayuz, Ü. (1999) "Kansere Hastası ve İletişim". (ed) Ü. Okyayuz. *Sağlık Psikolojisi*. Ankara Türk Psikologlar Derneği Yayını. Yayın No:19, 221-236.

- Olgun, N. (1998) "Ölmek Üzere Bireyi Olan Aileye Ölümle Başetmede Yardım", *Sendrom Dergisi*, 128-131.
- Özbek Ö., ve Diğerleri. (2003) "Radyoterapi Uygulanan Kansere Hastalarının Psikososyal Yönden Değerlendirilmesi", *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, (23) 189-194.
- Özkan, S. (1993) "Tıbbi-Psikiyatrik ve Psikososyal Açısından Kansere (Psiko-onkoloji)" *Kanserde Palyatif Bakım*. Ed.: Serdar Edirne. Sandoz Ürünleri A.Ş. yayını. İstanbul.
- Özkan, S. "Depresyon, Kansere Hızlandırıyor", www.istanbul.edu.tr/iletim/76/haberler/saglik1/2004.
- Pensiero, L. (1995) "Stage IV Malignant Melanoma: Psychosocial Issues", *Cancer Supplement*, (75), 15.
- Ruchdeschel, J.C., ve Diğerleri. (1994) "Psychosocial Oncology Research", *Cancer Supplement*, (1) 1458-1463.
- Spiegel, D. (1994) "Psychosocial support for patients with cancer", *Cancer Supplement*, (4) 1435-1457.
- Stuifbergen, A.K. (1987) "The Impact of Chronic Illness on Families", *Family and Community Health*, 9, (4), 43-51.
- Tufan, B. (1987) *Türkiye'ye Dönen İkinci Kuşak Göçmen İşçi Çocuklarının Psiko-sosyal Durumları*. DPT Sosyal Planlama Başkanlığı, 48-53.
- Turan, N. (1984) "Kansere Hastalığının Önlenmesinde Psikososyal Faktörlerin Önemi", *H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi*, 2, (1-3) 12-20.
- Wilkinson, S. (1996) "Yaşam Biçimi, Kansere ve Kansere Korunma". *Onkoloji Hemşireliği Derneği ve Avrupa Okulu Kursu*, Ankara, 16-19.
- Williams TL., ve Diğerleri. (1995) "Psychosocial Issues in Breast Cancer Helping Patients Get the Support They Need". *Postgraduate Medicine*. (4) 97-99.
- Williams, A. M. (1993) "Caregivers of Persons with Stroke: Their Physical and Emotional Wellbeing", *Quality of Life*, (2) 213-220.