

KANSERLİ HASTANIN YAKINLARININ ÖFKE VE KAYGI DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

INVESTIGATION OF ANGER AND ANXIETY DEVELOPED BY THE RELATIVES OF PATIENT WITH CANCER

Ayşegül BİLGE*

Gülseren ÜNAL**

* Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, 35100 Bornova/İZMİR

** Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, 35100 Bornova/İZMİR

Anahtar Sözcükler: Kanser hasta yakını, öfke kaygı

Key Words: The relative of patient with cancer, anger, anxiety

The First Regional Meeting of the Asian Pacific Organization for Cancer Prevention (APOCP), 14-16 Ekim 2003, İzmir Poster Bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Yöntem: Bu araştırma, kanserli hasta yakınlarının öfke ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlanmış, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Bulgular: Araştırma bulgularına göre; bireylerin %53.4'dü kadın, %46.6'sı erkek ve %71.6'sı ise kanseri önlemeye yönelik bazı davranış değişiklikleri geliştirmiştir. Bireylerin %47.7'si kanserli hastası olduğu için psikolojik yardım aldıklarını belirtmiştir. Öfke ve kaygı düzeyleri incelendiğinde ise bu bireylerin sürekli öfkeli ($\bar{X} = 23 \pm 6.6$) ve yaşadıkları bu duruma karşı kaygılı ($\bar{X} = 48.2 \pm 7.7$) olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Kanser hastaları yakınlarının öfke ve kaygı düzeylerinin hemşireler tarafından tespit edilerek, kontrol altına alınması, kansere karşı etkin korunmanın sağlanması açısından önemlidir.

SUMMARY

Methods: This study is a descriptive study aimed at studying cases of anger and anxiety developed by the relatives of patient with cancer

Results: According to the study findings, 53.4% of the individuals were woman, 46.6% of the individuals were men, 71.6% developed some attitudes for the prevention of cancer, 47.7% mentioned that they had psychological aid for

this. When the anger and anxiety level of the individuals was examined, it was determined that they had continuous anger ($\bar{X} :23\pm6.6$) and develop anxiety ($\bar{X} = 48.2\pm7.7$) against situations experienced.

Conclusion: *Anger and anxiety of the relatives of patient with cancer must be determined to be taken under control by nurses, and a more active prevention must be provided against the development of cancer.*

GİRİŞ

Kanser toplumsal açıdan sık görülen, ölüme sebep olan ve aile yapısını tehdit eden kronik bir hastalıktır. Yüzyılın başlarında en önemli ölüm nedeni enfeksiyon hastalıkları iken, bugün kanserler ilk sırada yer almaktadır. Bu nedenle kanser ile ilgili erken tanı, önleme ve tarama çalışmaları önemli hale gelmiştir (Smith 2003, Cokkinides 2003).

Kanser hastalarının doğrudan kan bağı olan yakınları erken tanı hizmetlerinin ilk ulaştırılması gereken bireylerdir, çünkü ailesel yatkınlık yoluyla hatalı genlerin iletildiği kanserlerin tüm kanserlere oranı %5-10 arasındadır (Smith 2003, Cokkinides 2003, <http://www.acibadem.com.tr/TTGenetikTaniMerkezi.asp>).

Bir birey kanser tanısı aldıktan sonra, hasta ve hasta yakınlarında hastalıkla ilintili olarak bedensel ve ruhsal tepkiler yaşanır. Ruhsal tepkiler; sonun ne olacağına yönelik belirsizlik duyguları ile karakterizedir. Psikolojik stres ve baş etme teorisine göre, bilişsel ve duygusal yönleriyle ruhsal bir durum olarak belirtilen belirsizlikte; stres etkenine daha çok odaklanma vardır (Öz 2001). Kanser sürecini yaşayan hasta ve yakınları, yaşantılarındaki belirsizlik nedeniyle karar verme becerilerini de yitirebilirler. Karar vermesi zorlaşan birey kaygı, korku, öfke, çaresizlik, gerginlik ve depresyon gibi durumlar yaşar (Öz 2001, Yürekli 1990).

Kanserdeki belirsizlik konuları daha çok kanserin tekrarlanmasına ilişkin korku, kaygı, öfke, kontrol kaybı, yaşam ve ölümün varoluşsal endişeleridir (Öz 2001). Kanser olma korkusu bireyin yaşamını tehdit eden ve diğer korkularının önüne geçen bir durumdur. Yapılan bir araştırmada, cerrahi kliniğinde yatan hastaların çoğu (%78) kanser olma korkusu ve ölüm korkusu yaşadıklarını, ameliyat olma durumunun ise kendilerini daha az korkuttuğunu ifade etmişlerdir (Terakye, Köşgeroğlu 1994).

Kanserli hasta ve yakınlarının ortak bir duygu olarak yaşadığı öfke; hafif bir huzursuzluktan, şiddetli kızgınlık ve hiddete kadar değişebilen bir ruh halidir (Bilgin 2000, Morgon 1999). Kaygı ise dilimizde sıkıntı kelimesine karşılık gelmektedir (Gümüş 2003). Hastalıkla ilgili

olarak yapılan rutin tetkiklerin sonucunun ve bir sonraki aşamada ne olacağıının bilinmemesi hastalara ve yakınlarına kaygı yaşatmaktadır. Bu durumda yeterli ve uygun bilginin verilmeyişi ile kaygı daha yüksek düzeye ulaşmakta; öfke ve saldırganlık gibi aşırı tepkiler oluşmaktadır. Öfke ve kaygı kontrol altına alınmaz ise birey hastalıkla baş edemiyebilir, yakınları tarafından yalnız bırakılabilir ve sağlık için önemli olan inançları, değerleri önemsiz hale gelebilir (Öz 2001, <http://www.hekimce.com/konu.php?konu=780>, Parkinson 2001).

Kaskun ve Öztunç (2003) araştırmaların öfke ve kaygı durumlarında biyolojik faktörler, ailesel özelliklerin okul yapısı, akran grupları ve genel anlamda kültürel, sosyal ve ekonomik faktörlerin etkili olduğunu vurgulamışlardır.

Kaygı ve öfkeyle başa çıkma, bu durumların bastırılması ve saklanması değil, tanınmasıdır. Kaygı ve öfkenin tanınması ve bireyin biyolojik ve fizyolojik yapısı, mantıklı ve mantık dışı inançları, içinde yaşadığı ortamı ve ailesi, kültür gibi çevresel etkenlerle olan ilişkisini belirlemek önemlidir. Bireyler sorun olarak algıladıkları durumları tanıdıklarında, onların zararlarından kurtulabilir, kaygı ve öfkeyi kendileri için yapıcı bir şekilde kullanabilirler (Morgan 1999, Moris 2002).

Bu araştırmanın amacı; kanserli hastanın yakınlarının, öfke ve kaygı düzeylerini belirlemek ve bazı değişkenlerle ilişkisini ortaya koymaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği'nden gerekli izin alınarak, 30-04-2003 ile 30-05-2003 tarihleri arasında Radyasyon Onkolojisi A.D.'ne gelen, kanser hastalarına eşlik eden ve araştırmaya gönüllü olan 88 hasta yakını ile yürütülmüştür. Araştırmanın evreni aynı zamanda örneklemini oluşturmaktadır. Veriler ise, hasta yakınlarına uygulanan üç ayrı form yoluyla elde edilmiştir.

“Tanıcı Bilgi Formu”: Araştırmacılar tarafından literatür araştırılarak oluşturulmuş olan; yaşı, cinsiyeti, eğitimi durumu, medeni durumu, hastaya yakınlık derecesi, alkol ve sigara tüketme durumu, kanserden korunma durumu ve psikolojik destek alma durumu gibi başlıkları kapsayan 33 maddelik bir formdan oluşmaktadır.

“Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği”: 40 maddeden oluşmaktadır. İlk 20 madde bireyin şu an yaşadığı kaygıyı içeren durumluk kaygılarını, diğer 20 madde ise bireyin uzun süredir yaşadığı kaygıyı kapsayan

sürekli kaygı durumlarını tespit etmektedir. Türkiye için geçerliği ve güvenilirliği Nesrin Öner (1977) tarafından yapılmıştır. Sürekli kaygı Chronbach Alfa katsayısı 0.83-0.87 arasında, durumluk kaygı Chronbach Alfa katsayısı 0.94-0.96 arasında olduğu bulunmuştur. Ölçek ranjı: 20-80 arasındadır. Puanın yüksek olması kaygıyı gösterir. Ölçekte iki tür ifade vardır; doğrudan ve tersine dönmüş ifadeler. Tersine dönmüş ifadeler sırasıyla: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20, 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39'uncu maddelerdir. Durumluk kaygı ölçeği için değişmez değer 50, sürekli kaygı için değişmeyen değer 35'dir (Öner 1983, LeCompte 1983).

“Durumluk Sürekli Öfke Ölçeği”: Geçerliği ve güvenilirliği A. Kadir Özer (1994) tarafından yapılmıştır. Ölçek; 34 maddeden oluşmakta olup, sürekli öfke, kontrol altına alınmış öfke, dışa vurulmuş öfke, bastırılmış öfke alt ölçekleri bulunmaktadır. Geçerlik güvenilirlik çalışmasında Chronbach Alfa değerleri; sürekli öfke boyutu için 0.79 kontrol altına alınmış öfke boyutu için 0.84, dışa vurulmuş öfke boyutu için 0.78 ve öfke içte boyutu için ise 0.62 olarak bulunmuştur. Ölçekteki ilk on maddenin toplamı ile sürekli öfke alt ölçeği, 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31 no'lu maddelerin toplamı ile öfke içte alt ölçeği, 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32 ve 33 no'lu maddelerin toplamı ile öfke dışa alt ölçeği, 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34 no'lu maddelerin toplamı ile öfke kontrol alt ölçeği puanları elde edilir. Sürekli öfkeden alınan yüksek puanlar, öfke düzeyinin yüksek olduğunu; kontrol öfke ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini, öfke dışa ölçeğinden alınan yüksek puanlar, öfkenin kolayca ifade edilebiliyor olduğunu ve öfke içte alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir (Savaşır 1997, Şahin 1997).

Veriler, SPSS programında, sayı, % dağılımları, t testi ve varyans analizi uygulanarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Tablo 1. Kanser tanısı almış bireylerin yakınlarının bazı özelliklerine göre dağılımı.

Bireylerin bazı özellikleri	N	%
<u>Cinsiyet</u>		
Kadın	47	53.4
Erkek	41	46.6
<u>Yaş</u>		
18-30	38	43.2
31-40	21	23.9
41-50	21	23.9
51 ve üstü	8	9.0
<u>Eğitim</u>		
Okur yazar değil	3	3.4
Okur yazar	3	3.4
İlköğretim	30	34.1
Lise mezunu	33	37.5
Yüksekokul	19	21.6
<u>Medeni durum</u>		
Evli	51	58
Bekar	33	37.5
Dul	4	4.5
<u>Alkol kullanma durumu</u>		
Kullanmıyor	57	64.8
Nadiren kullanıyor	16	18.2
Her gün kullanıyor	15	17
<u>Sigara kullanma durumu</u>		
Kullanmıyor	47	53.4
Nadiren kullanıyorum	15	17
Günde bir paketten az kullanıyorum	7	8
Günde bir paket kullanıyorum	19	21.6
<u>Kanser hastasına yakınlık derecesi</u>		
Annesi	12	13.6
Babası	7	8
Çocuğu	56	63.6
Kardeşi	13	14.8
<u>Kansere karşı korunma davranışı gösterme</u>		
Hiç bir şey yapmıyor	25	28.4
Dikkat ediyor	63	71.6
<u>Psikolojik yardım alma</u>		
Evet	42	47.7
Hayır	46	52.3
TOPLAM	88	100.00

Tablo 1’de kanser tanısı almış bireylerin yakınlarının bazı özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Buna göre; araştırmaya katılan bireylerin %53.4’ü kadın, %43.2’si 18-30 yaş grubunda, %37.5’i lise mezunu ve %58’i ise evlidir. Ayrıca %64.8 alkol, %53.4’ü ise sigara kullanmamaktadır. Bireylerin %63.6’sı kanser hastasının çocuğu olduğunu ve buna rağmen %28.4’ü ise kanserden korunmak için hiç bir şey yapmadığını belirtmiştir. Ayrıca hastalık süreci ile başetmek için %47.7’si ise psikolojik yardım aldığını ifade etmiştir.

Tablo 2. Kanserli hastanın yakınlarının durumluk, sürekli kaygı puan ortalamaları ile durumluk, sürekli öfke puan ortalamalarının dağılımı.

Ölçekler	\bar{X}	SS	Min.	Max.
Sürekli kaygı	48.2	7.7	33	75
Durumluk kaygı	41.4	6.5	20	58
Öfke içte	16	4.3	9	27
Öfke dışı	17.2	5.2	8	32
Sürekli öfke	23	6.6	12	39
Öfke kontrol	21	4.2	9	31

Tablo 2’de kanserli hastanın yakınlarının durumluk, sürekli kaygı ölçeği ile durumluk, sürekli öfke ölçeğinin puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tablo 2’ye göre bireylerin sürekli kaygı puan ortalaması \bar{X} :48.2+7.7 ve sürekli öfke puan ortalamaları \bar{X} :23+6.6 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3. Bireylerin öfke ve kaygı düzeylerinin, kanser tanısı almış bireye akrabalık derecesine göre dağılımları.

Ölçekler	Anne N:12		Baba N:7		Çocuk N:56		Kardeş N:13		F	P
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS		
Durumluk Kaygı	40.9	5.7	43.6	7.7	41.8	6.9	39	3.8	0.929	0.431
Sürekli Kaygı	52.8	8.7	46.4	6.7	48.1	7.8	45.1	5.8	4.115	*0.009
Öfke İçte	17	5.5	18.9	4.5	15.6	4.2	15.3	3.1	1.540	0.210
Öfke Dışa	18.5	7.1	19	6.9	16.9	4.6	16.1	4.8	0.969	0.411
Sürekli Öfke	27.1	5.5	28.9	9.3	22.4	5.6	21.4	7.5	2.278	0.085
Öfke Kontrol	21.1	3.9	20.9	5.6	21	4.2	20.6	3.8	0.039	0.990

*P<0.05

Tablo 3’de bireylerin öfke ve kaygı düzeylerinin, kanser tanısı almış bireye akrabalık derecesine göre dağılımları görülmektedir. Buna göre; anne konumundaki akrabaların sürekli kaygı puan ortalamalarının diğer akrabalarından daha yüksek olduğu ve yapılan istatistiksel analizlerinde ise P<0.05 düzeyinde anlamlı farklılık bulunduğu tespit edilmiştir (P< 0.009, F= 4.115).

Tablo 4’de bireylerin öfke ve kaygı düzeylerinin, kanserden korunma davranışı gösterme durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Buna göre; kanserden korunmaya çalışanların öfke kontrol puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş olup, yapılan istatistiksel analizlerinde

ise $P < 0.05$ düzeyinde anlamlı farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca kanserden korunmak için hiçbir şey yapmayanların öfke dışı puan ortalamaları ve sürekli öfke puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş olu, yapılan istatistiksel analizlerinde ise $P < 0.05$ düzeyinde anlamlı farklılık bulunduğu saptanmıştır ($P < 0.005$, $t = 2.899$), ($P < 0.025$, $t = 2.287$).

Tablo 4. Bireylerin öfke ve kaygı düzeylerinin , kanserden korunma davranışı gösterme durumlarına göre dağılımları.

Ölçekler	Hiçbir şey yapmıyor		Dikkat ediyor		t	P
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS		
Durumluk Kaygı	41.6	8.2	41.3	5.8	0.204	0.839
Sürekli Kaygı	50.5	6.1	47.3	8.2	2.287	0.081
Öfke İçte	18	3.6	15.2	4.3	-1.254	0.213
Öfke Dışa	17.9	5.2	16.9	5.2	2.899 *	0.005
Sürekli Öfke	25.9	5.2	22.4	6.8	2.287 *	0.025
Öfke Kontrol	20.1	3.6	21.3	4.4	1.7	0.081

* $P < 0.05$

TARTIŞMA

Araştırma bulgularına göre; araştırma kapsamına giren bireylerin %63.6'sı kanser hastalarının çocuklarını oluşturmakta olup, %43.2'si ise 18-30 yaşları arasındadır (Tablo 1). Babaoğlu (2003) tarafından aktarıldığı üzere, Flashkerud'un (2000) yaptığı çalışmada, kanser hastalarının yakınlarının daha çok % 70 'inin eşleri, % 20 'sinin çocukları ve % 10'unun ise arkadaşları ve diğer yakınları olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca eşlerin hastaya ruhsal ve bedensel destek vermede önemli katkılarının olduğu literatürde belirtilmiştir (Öz 2003). Bu araştırma sonuçları, bulgularımızla uygunluk göstermemekle birlikte, araştırmaya katılan hasta yakını olan çocukların yaş aralığının, hastanın gereksinimini giderebilecek durumda olduğu ve bu nedenle eşlerin hasta yanında bulunmadığı düşünülmektedir.

Araştırma grubuna giren bireylerin sürekli kaygı puan ortalamasının $\bar{X} : 48.2 + 7.7$ ve sürekli öfke puan ortalamasının ise $\bar{X} : 23 + 6.6$ olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2). Bulgulara göre; bireylerin kaygı ve öfke düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir.

Yapılan araştırmalarda kanser hastasının yakınlarının duygusal alanda yaşadığı sorunlardan en sık gözlenenin ümitsizlik, anksiyete ve ölüm korkusu olduğu belirtilmiştir (Babaoğlu 2003, Öz 2001).

Kanser hastaları yakınlarının hastalarına yönelik ölüm korkularının olması, kendilerinin de kanser riski olduğunu düşünmesi, bu nedenle yaşamında değişiklik yapmak zorunda olmaları ve tedavi sürecinde hastalarına eşlik etmeleri nedeniyle sürekli öfke ve kaygı yaşayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca kanserden korunma alışıl gelmiş davranışların engellenmesine sebep olabilir. Öfke yaşayan bireylerin engellenmeye karşı ise toleransları düşüktür. Bireylerin bu nedenle öfkeli olduğu söylenebilir.

Araştırmada, bireylerin öfke ve kaygı düzeylerinin, kanser tanısı almış bireye akrabalık derecesine göre dağılımları incelendiğinde; anne konumundaki akrabaların sürekli kaygı puan ortalamalarının, diğer akrabalardan daha yüksek olduğu ve yapılan istatistiksel analizlerinde ise $P<0.05$ düzeyinde anlamlı farklılık bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo 3). Literatürde, ailesinde kanser bulunduğunu bilen birisinin, kendisinde de hastalığın gelişip gelişmeyeceğine yönelik kendisi ve yakınları için kaygılı bir yaşam sürmekte olduğu bildirilmiştir (<http://www.acibadem.com.tr/TTGenetikTaniMerkezi.asp>). Ayrıca literatürde kanser hastası yakını olan bireylerin, kendi yaşadığı ruhsal ve bedensel durumu irdelenmektedir. Bireyler özellikle eşinin kanseri ile ilgili olarak kendi duyguları ile başetmeye çalışırken, bir yandan da hasta eşine destek olmaya çalışan eşlere; annelerine yardımcı olmaya çalışırken kendi kaygıları ile uğraşan çocuklara ve hastanın bakımında rol alan diğer aile büyüklerine yardımcı olunması gerektiği vurgulanmaktadır (Şahin 2003).

Öncelikle bireyin ciddi bir hastalığa yakalanacağını öğrenmesi ruhsal dalgalanmalara yol açmaktadır. Aileden pek çok kimse hastalığa yakalananların sonunu görmüşlerdir. Hastalığı taşımadığını öğrenenlerde ise suçluluk duygusu yaratacaktır. Bir çalışmaya göre, meme kanseri genetik yatkınlığı olan kadınlarda durumlarını öğrendikten 3-6 ay sonra sürekli depresyon, endişe, konfüzyon ve uyku düzensizlikleri saptanmıştır. Bu geni taşımadıklarını öğrenen kadınlar ise, farklı bir boyut olarak durumları hakkında endişe ve suçluluk duygusu yaşadığı bildirilmiştir (<http://www.acibadem.com.tr/TTGenetikTaniMerkezi.asp>).

Araştırma bulgularına göre; kanserden korunma davranışı gösterenlerin, öfkelerini daha iyi kontrol edebildikleri, yapılan istatistiksel analizlerinde ise anlamlı farklılık bulunduğu belirlenmiştir ($P<0.05$). Ayrıca kanserden korunmak için hiçbir şey yapmayanların öfkelerini dışa yansıttıkları ve sürekli öfke yaşadıkları, yapılan istatistiksel analizlerinde ise anlamlı bir farklılık bulunduğu tespit edilmiştir ($P<0.05$) (Tablo 4).

Balcıoğlu (2000) ve Bilgin (2000), hastalık gibi zorlayıcı yaşam olaylarının süre ve şiddetine bağlı olarak, ruhsal problemlerin ortaya çıkmasına neden olduğunu bildirmişlerdir.

Kanserden korunma davranışı gösteren hasta yakınlarının öfkele-
rini kontrol edebildikleri ve daha sağlıklı karar alabildikleri ve kanser-
den korunmak için hiçbir şey yapmayan hasta yakınlarının ise sorunları
ile başedemeyip öfke ve kaygıyı yoğun yaşadıkları düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; kanserli hastanın yakınlarının öfke ve kaygı düzey-
leri yüksek bulunmuştur. Bireylerin öfke ve kaygı düzeyleri ile bazı
değişkenler arasındaki ilişkisi araştırıldığında; kanserden korunmaya
çalışan kanser hastaları yakınlarının, kanserden korunmak için hiçbir
şey yapmayan yakınlarla göre, öfkelerini daha iyi kontrol edebildikleri ve
kaygı düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultu-
sunda:

Sağlık kuruluşlarında çalışan hekim, ebe ve hemşirelerin, aileleri
kanserden korunma ile ilgili eğitmesi ve beceri kazandırması,

Bu süreç içerisinde belli aralıklarla, kanser hastaları yakınlarının,
öfke ve kaygı düzeylerinin tespit edilmesi,

Sağlık kuruluşlarında, kansere yönelik kendini ifade etmeden
rahatlama egzersizlerine kadar bir dizi girişimleri kapsayan, psikososyal
girişim birimlerinin kurulması,

Hemşireler, hastalığın tanılanmasından rehabilitasyon sürecine
kadar, hasta ve yakını ile daha çok hizmet alanlarında bulunan sağlık
ekibi üyeleridir. Bu nedenle; hemşirelerin, kanser hastaları yakınlarının
yaşadığı öfke ve kaygı gibi ruhsal durumlarına yönelik profesyonellerce
eğitilmesi, baş etme yöntemlerinin öğretilmesi ve bu girişimlerin bireysel
ve grup psikososyal girişimler olarak hasta yakınlarına yansıtılması
önerilmektedir. Çünkü böylece hem hasta, hem de hasta yakını kanser
olma ve olabilme riski ile daha iyi baş edecek ve etkin korunma
sağlayabilecektir.

Araştırmamızda kanserli hastanın yakınlarının öfke ve kaygı
düzeylerinin sınırlı sayıda değişkenle analizi yapılmış olup, gelecekte bu
konu ile ilgili yapılacak araştırmalarda daha fazla değişkenle analiz
yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Babaoğlu E, Öz F (2003).Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin
duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki Hemar-G dergisi, c/ v:5, sayı/no:2,
Ankara, sy:14-24.
2. Balcıoğlu İ (2000). Biyolojik, Sosyolojik, Psikolojik Açından Şiddet, Yüce Yayın Dağıtım.

3. Bilgin N (2000). Sosyal Psikolojiye Giriş ,Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları No:48.
4. Genetik Tanı Merkezi <http://www.acibadem.com.tr/TTGenetikTaniMerkezi.asp> e.t:28 07 2004.
5. Gümüş A (2003). Anksiyete .Yayımlanmamış ders notları,İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Ens.Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı, 2-5.
6. Kanser Belirtileri <http://www.hekimce.com/konu.php?konu=780> gt:2004-02-20.
7. Kaskun A, Öztunç S e.a: Çocuk, Televizyon ve Şiddet <http://ilef.ankara.edu.tr/id/yazi.php?yad=799> e.t:2003.
8. Morgan C T (1999).Psikolojiye Giriş (Çeviri yayın Sorumlusu: Karakaş S) Hacettepe Psikoloji Bölümü Yayınları Yayın No:1.
9. Morris CG (2002). Psikolojiyi Anlamak, (Çev.Ed.Ayvaşık B, Sayıl M), Türk Psikologlar Derneği Yayınları, No:23.
10. Öner N, LeCompte A (1983). Durumluk –Sürekli Kaygı Envanteri, 1.baskı, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, İstanbul.
11. Öz F. (2001).Hastalık Yaşantısında Belirsizlik; 12(1): 61-68 Türk Psikiyatri Dergisi.
12. Parkinson (2001). Brain Anger on and off the road The British Journal of Psychology V.92 pt3, p.507-526.
13. Savaşır I, Şahin N H (1997). Bilişsel Davranışçı Terapiler Değerlendirmesinde Sık Kullanılan Ölçekler, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, sy:71-79.
14. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ (2003).American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer, CA Cancer J Clin; 53:27-43.
15. Şahin N Meme Kanseri: Zihniniz Ve Bedeninize Yardımcı Olmanın Yolları, e.a:www.apa.org, Türk Psikoloji Bülteni, 4(9) 106-108.
16. Terakye G, Öz F, Köşgeroğlu N (1994) Ameliyat sonrası depresyonun değerlendirilmesi. III. Ulusal Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Kongresi ve Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Konsültasyon-Liyazon Psikiyatri Birimi: 230-241.
17. Yürekli A (1990). Kanserli Hastanın Psikolojik Durumu, Ege Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, C:6, S:1, Hemşirelik Yüksek Okulu Basımevi, Ocak –Nisan, İzmir, sy:57-63.