

TÜRKİYE CUMHURİYETİ ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**KANSER HASTALARINDA HASTALIK ALGISI İLE HASTALIĞA
PSİKOSOSYAL UYUM ARASINDAKİ İLİŞKİDE SOSYAL
DESTEK VE BAŞ ETME DEĞİŞKENLERİNİN İNCELENMESİ**

CANSU KAYMAKCI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Ayşenur Aktaş

İSTANBUL-2021



TÜRKİYE CUMHURİYETİ ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**KANSER HASTALARINDA HASTALIK ALGISI İLE HASTALIĞA
PSİKOSOSYAL UYUM ARASINDAKİ İLİŞKİDE SOSYAL
DESTEK VE BAŞ ETME DEĞİŞKENLERİNİN İNCELENMESİ**

CANSU KAYMAKCI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Ayşenur Aktaş

İSTANBUL-2021

TEZ ONAY SAYFASI



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Tarih 08/12/2020

Cansu Kaymakcı



Hayatımı Cennete Çeviren Adama, Babama ...

ÖNSÖZ

Yaşamımızda her şeyin bir etkisi olmaktadır. Yüksek lisans eğitimime başlamadan önce hayatımda değer verdiğim kişinin hastalanması ile yüksek lisansa başlarsam tezimde çalışacak olduğum konuyu çok önceden belirlemiş olmam bu duruma bir örnektir. Bana çalışmak istediğim bu konuyu araştırma fırsatı veren, kaygılandığım zamanlarda beni rahatlatan ve her anlamda bana bu yolda destek olan tez danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Ayşenur Aktaş'a çok teşekkür ediyorum. Aynı zamanda tez jürim olmayı kabul eden Prof. Dr. Şeyda Türk Smith ve Dr. Öğr. Üyesi Aslı Eyrenci hocalarıma teşekkür ederim.

Lisans hayatıma başladığımda alana dair almış olduğum dersimin ilk hocası olan, meslek hayatımda yanında çalışma fırsatı veren Alev Yalçinkaya hocama ve tez aşamamda her türlü konudaengin bilgileri ile hep yanımda olan Yeditepe Üniversite'si hocalarıma çok teşekkür ederim.

Yeditepe Üniversitesi'nin bana katmış olduğu en kıymetli şeylerden biri olan dostum Hande Deveci'ye tanıştığımız andan itibaren bana her seferinde iyi ki yanımdasın dedirttiği ve en zor anlarımda kolumdan tutarak beni kaldırdığı için çok teşekkür ederim. Aynı zamanda neşesi ile her zaman yüzümü güldüren dostum, iş arkadaşım Dilan Şenlik'e çok teşekkür ederim.

Hayatımın gizli kahramanları Aco'm, Ömer'im ve Yaz'ım. Bana sarılmalarınızla, öpücüklerinizle, gülücüklerinizle vermiş olduğunuz destekler için çok teşekkür ederim. Artık istediğiniz kadar oyun oynayabiliriz canlarım.

Bana her zaman sevgi dolu gözlerle bakan, iyi kötü her anımda yanımda olan, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, her olmayacak dediğimde bunu da yapacaksın diye elimden tutup kaldıran, iyi ki o gün elini tutmuşum dedirten, hayatımın en zor günlerini yaşadığımda yanımdan bir an olsun ayrılmayan ve tarifi olmayacak desteği veren yol arkadaşım Ozan Ay'a çok teşekkür ederim. İyi ki varsın hayatım.

Her zaman beni güldüren, enerjisiyle beni her an şaşırtabilen, zorlandığım her anlarda olacak, bunu da yapacaksın ablacım diyen, desteğini her zaman hissettiren, iyi ki benim ablamsın dedirten biricik ablama her şey için çok teşekkür ederim.

Benim canım ailem ... Başta teyzem, abim ve kuzenim olmak üzere hepinize hayatımın her anında benim yanımda ve destek olduğunuz için çok teşekkür ederim. Hepiniz benim için çok değerlisiniz.

Bana bu hayatın en güzel hediyesi olan biricik annem ve babam ... Gözlerimi hayata açtığım ilk andan itibaren hep yanımda olduğunuz, her düştüğümde beni kaldırdığınız, gözlerimin içine her zaman sıcacık gülümsemelerinizle baktığınız, her zaman sen yaparsın halledersin diyerek bana destek olduğunuz, hayatımın her aşamasını, anını değerli kıldığınız, bana kattığınız her şey için çok teşekkür ederim. İyi ki varsınız ve iyi ki benim ailemsiniz.

Mis kokulum, canım babam ... Varlığın sayesinde hiç korkmadığım kahramanım... Ben bu satırları yazabiliyorsam tez çalışmamı tamamlamışım demektir. Umarım bunu hissediyorsundur babam, bunu da başardı küçüğün.

Seni çok seviyorum. Bir dahaki buluşacağımız güne kadar hoşça kal babışko.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI.....	ii
BEYAN.....	iii
ÖNSÖZ.....	v
KISALTMALAR	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
TABLolar LİSTESİ.....	x
EKLER LİSTESİ	xii
ÖZET.....	1
ABSTRACT	2
GİRİŞ	3

BİRİNCİ BÖLÜM GENEL BİLGİLER

1.1. Kanser	8
1.1.1.Kanserin etiyolojisi	9
1.1.2.Kanserin epidemiyolojisi	10
1.1.3.Kanser tedavi yöntemleri	11
1.1.4.Kanserin etkileri.....	12
1.2. Hastalık Algısı	14
1.2.1.Hastalık algısı ve öz düzenleme modeli	15
1.2.2.Hastalık algısı ve kanser	19
1.3.Sosyal Destek	21
1.3.1.Alınan ve algılanan sosyal destek.....	22
1.3.2.Sosyal destek türleri.....	23
1.3.3.Sosyal destek teorileri.....	25
1.3.4. Sosyal destek ve kanser	28
1.4. Stres	30
1.4.1. Baş Etme	32
1.4.2. Baş Etme ve kanser.....	33
1.5. Hastalığa Psikososyal Uyum	36
1.5.1. Hastalığa psikososyal uyumu etkileyen faktörler	37
1.5.2. Kanser ve psikososyal uyum.....	38

1.6. Amaç ve Hipotezler	40
-------------------------------	----

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Örneklem	43
2.2. Veri Toplama Araçları.....	45
2.2.1. Doktorlar için bilgilendirilmiş onam formu.....	45
2.2.2. Bilgilendirilmiş onam formu	46
2.2.3. Demografik bilgi formu	46
2.2.4. Hastalık algısı ölçeği (HAÖ)	46
2.2.5. Hastalığa psikososyal uyum öz-bildirim ölçeği (HPUÖÖ)	49
2.2.6. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ASDÖ)	50
2.2.7. Stresle baş etme tarzları ölçeği (SBTÖ)	51
2.2.8. Veri Toplama Araçlarının Güvenilirlik Analizleri	51
2.3. İşlem	53
2.4. Verilerin Analizi	54

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Betimleyici Bulgular	56
3.1.1. Katılımcıların ölçek puanlarına dair betimsel bilgileri	56
3.2. İlişkisel Bulgular	64
3.2.1. Korelasyon analizi	64
3.2.2. Regresyon analizleri	69

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SONUÇLAR

TARTIŞMA	94
4.1. Araştırmanın Sınırlılıkları	102
SONUÇ	105
KAYNAKÇA	108
EKLER.....	128

KISALTMALAR

ASDÖ:Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

ASDÖ-Aİ:Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Aile Desteği

ASDÖ-AR:Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Arkadaş Desteği

ASDÖ-ÖK:Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Özel Bir Kişi

ASDÖ-T: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Toplam Puan

HAÖ: Hastalık Algısı Ölçeği

HAÖ-DT:Hastalık Algısı Ölçeği-Duygusal Temsil

HAÖ-HT:Hastalık Algısı Ölçeği-Hastalık Tutarlılığı

HAÖ-S:Hastalık Algısı Ölçeği-Hastalık Algısı Ölçeği-Sonuçlar

HAÖ-TK:Hastalık Algısı Ölçeği-Tedavi Kontrolü

HPUÖÖ: Hastalığa Psikososyal Uyum Özbildirim Ölçeği

HPUÖÖ-AÇ:Hastalığa Psikososyal Uyum Özbildirim Ölçeği-Aile Çevresi

HPUÖÖ-PB:Hastalığa Psikososyal Uyum Özbildirim Ölçeği-Psikolojik Baskı

HPUÖÖ-SBO:Hastalığa Psikososyal Uyum Özbildirim Ölçeği-Sağlık Bakımına Oryantasyon

HPUÖÖ-SÇ:Hastalığa Psikososyal Uyum Özbildirim Ölçeği-Sosyal Çevre

HPUÖÖ-Sİ:Hastalığa Psikososyal Uyum Özbildirim Ölçeği-Seksüel İlişkiler

HPUÖÖ-T: Hastalığa Psikososyal Uyum Özbildirim Ölçeği-Toplam

ÖDM: Öz Düzenleme Modeli

SBTÖ: Stresle Başa Etme Tarzları Ölçeği

SBTÖ-İY:Stresle Başa Etme Tarzları Ölçeği-İyimser Yaklaşım

SBTÖ-KGY: Stresle Başa Etme Tarzları Ölçeği-Kendine Güvenli Yaklaşım

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1. Öz Düzenleme Modeli	16
Şekil 3.1. Hastalık Algısı Sonuçları Puanları ile Psikolojik Baskı Puanları Arasındaki İlişkide Özel Bir Kişi Desteğinin Biçimlendirici Etkisi	76
Şekil 3.2. Hastalık Algısı Duygusal Temsil Puanları ile Psikolojik Baskı Puanları Arasındaki İlişkide Arkadaş Desteğinin Biçimlendirici Etkisi	79
Şekil 3.3. Hastalık Algısı Duygusal Temsil Puanları ile Seksüel İlişkiler Puanları Arasındaki İlişkide Aile Desteğinin Biçimlendirici Etkisi	82

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgileri	43
Tablo 2.2. Katılımcıların Hastalıkla İlgili Bilgileri	44
Tablo 2.3. Veri Toplama Araçlarının Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayıları	52
Tablo 3.1. Kanser Hastalarının Cinsiyet Değişkeni Açısından Hastalık Algısı Alt Ölçek Puanlarının T-Testi Analiz Değerleri	56
Tablo 3.2. Kanser Hastalarının Yaş Değişkeni Açısından Hastalık Algısı Alt Ölçekleri Puanlarının T-Testi Analiz Değerleri	57
Tablo 3.3. Kanser Hastalarının Medeni Durum Değişkeni Açısından Hastalık Algısı Alt Ölçekleri Puanlarının T-Testi Analiz Değerleri	58
Tablo 3.4. Kanser Hastalarının Tanıdan Sonra Geçen Süre Değişkeni Açısından Hastalık Algısı Alt Ölçekleri Puanlarının T-Testi Analiz Değerleri	59
Tablo 3.5. Kanser Hastalarının Kanser Türü Değişkeni Açısından Hastalık Algısı Alt Ölçekleri Puanlarının T-Testi Analiz Değerleri	60
Tablo 3.6. Kanser Hastalarının Eğitim Durumu Değişkeni Açısından Hastalık Algısı Alt Ölçekleri Puanlarının Anova Analiz Değerleri	61
Tablo 3.7. Kanser Hastalarının Ekonomik Durum Değişkeni Açısından Hastalık Algısı Alt Ölçek Puanlarının Anova Analiz Değerleri	62
Tablo 3.8. Kanser Hastalarının HAÖ, HPUÖÖ, ASDÖ ve SBTÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapma Değerleri, Medyan, Ranj, Minimum ve Maksimum Değerleri	63
Tablo 3.9. Araştırmada Yer Alan Değişkenlerin Korelasyon Analizi Sonuçları	65

Tablo 3.10. Hastalık Algısı ve Psikososyal Uyum arasında Biçimlendirici Değişken Analizi Yürütülecek Olan Alt Değişkenler	71
Tablo 3.11. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı Sonuçlar Puanının Uyum Toplam Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Desteğin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	72
Tablo 3.12. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı Tutarlılığı Puanlarının Uyum Toplam Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Desteğin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	74
Tablo 3.13. Kanser Hastalarının Hastalık Duygusal Temsil Puanlarının Uyum Toplam Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Desteğin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	75
Tablo 3.14. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı Sonuçlar Puanlarının Psikolojik Baskı Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Desteğin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	77
Tablo 3.15. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı Duygusal Temsil Puanlarının Psikolojik Baskı Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Desteğin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	80
Tablo 3.16. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı Sonuçlar Puanlarının Seksüel İlişkiler Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Desteğin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	82
Tablo 3.17. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı Duygusal Temsil Puanlarının Seksüel İlişkiler Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Desteğin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	83
Tablo 3.18. Kanserli Hastaların Hastalık Algısı Tedavi Kontrolü Puanlarının Aile Çevresi Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Desteğin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	85
Tablo 3.19. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı Sonuçlar Puanlarının Seksüel İlişkiler, Psikolojik Baskı ve Uyum Toplam Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde İyimser ve Kendine Güvenli Yaklaşımın Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	87
Tablo 3.20. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı Duygusal Temsil Puanlarının Seksüel İlişkiler, Psikolojik Baskı ve Uyum Toplam Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde İyimser ve Kendine Güvenli Yaklaşımın Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	88

Tablo 3.21. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı Tedavi Kontrolü Puanlarının Aile Çevresi Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde İyimser ve Kendine Güvenli Yaklaşımın Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları 89

Tablo 3.22. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı Hastalık Tutarlılığı Puanlarının Uyum Toplam Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde İyimser ve Kendine Güvenli Yaklaşımın Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları 90

Tablo 3.23. Hastalık Algısı ve Psikososyal Uyum arasında Aracı Değişken Analizi Yürütülecek Olan Alt Değişkenler 92

EKLER LİSTESİ

EK A: Bilgilendirilmiş Doktor Onam Formu.....	128
EK B: Onam Formu	129
EK C: Demografik Bilgi Formu.....	130
EK D: Hastalık Algısı Ölçeği	132
EK E: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği.....	138
EK F: Çok Boyutlu Algılan Sosyal Destek Ölçeği	147
EK G: Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği.....	149

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, kanser hastalarında hastalık algısı ve hastalığa psikososyal uyum arasındaki ilişkiyi ve bu ilişkide sosyal destek ve baş etme değişkenlerinin biçimlendirici (moderatör) ve/veya aracı (medyator) etkisinin olup olmadığını incelemektir. Araştırma verileri, kanser tanısı almış, 18 yaşından büyük, kanser hastaları için kurulmuş olan bir dernekte ve özel bir hastanede aktif olarak tedavisi süren 60 hastadan toplanmıştır. Verileri toplamak amacıyla bilgilendirilmiş onam formunun, doktorlar için bilgilendirilmiş onam formunun ve demografik bilgi formunun yanında, Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ), Hastalığa Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği (HPUÖÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ) ve Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği (SBTÖ) kullanılmıştır. Yapılan hiyerarşik regresyon analizleri sonucunda, HAÖ-Sonuçlar alt ölçeği ile hastalığa psikososyal uyum psikolojik baskı alt ölçeği arasında özel bir kişi desteğinin; HAÖ-Duygusal temsil alt ölçeği ile hastalığa psikososyal uyum psikolojik baskı alt ölçeği arasında arkadaş desteğinin; HAÖ-Duygusal temsil alt ölçeği ile hastalığa psikososyal uyum seksüel ilişkiler alt ölçeği arasında aile desteğinin biçimlendirici etkisi bulunmaktadır. Ayrıca, elde edilen aracı değişken analizlerinde sosyal desteğin ve baş etmenin hastalık algısı ve psikososyal uyum arasında etkisinin olmadığı görülmektedir. Araştırmanın bulguları var olan literatür çerçevesinde değerlendirilip tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Kanser, Baş etme, Hastalık algısı, Psikososyal uyum, Sosyal destek.

ABSTRACT

Investigation of Social Support and Coping Variables in the Relationship Between Illness Perception and Psychosocial Adjustment to the Disease in Cancer Patients

The aim of this study is to examine the relationship between illness perception and psychosocial adjustment to the illness in cancer patients, and whether social support and coping variables have a moderator and/or mediator effect in this relationship. The research data were collected from 60 patients who were diagnosed with cancer, over the age of 18, who are actively treated in cancer society and hospitals. To collect data, the informed consent form, informed consent form for medical doctors, demographic information form, Illness Perception Questionnaire (IPQ), Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report (PAIS-SR), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), and The Ways of Coping Inventory (WCI) was used. As a result of the hierarchical regression analysis, special person in the relationship between IPQ-Consequences subscale and PAIS-Psychological distress subscale, friend support in the relationship between IPQ-Emotional representation subscale and PAIS-Psychological distress subscale, and family support in the relationship between IPQ-Emotional representation subscale and IPQ-Sexual relationships had the moderator effect. In addition, in the analysis of mediator effects, it is seen that social support and coping do not have an impact on the relationship between the illness perception and psychosocial adjustment. The findings of the study were evaluated and discussed according to the existing literature.

Keywords: Cancer, Coping, Illness perception, Psychosocial adjustment, Social support

GİRİŞ

Kronik hastalık, patolojik değişiklikler nedeniyle meydana gelen, süreklilik teşkil eden, anormal durum varlığı ile karakterize, kalıcı yetersizlik bırakabilme riski olan, hastalık öncesi döneme dönüşün zor olduğu, hastanın tedavisi için uzun süre bakım, gözlem ve kontrolün zorunlu olduğu bir durumdur (Çavuşoğlu, 2004). Yaygın görülen kronik hastalıklardan biri olan kanser de son dönemlerde fazlaca araştırılan, önem teşkil eden sağlık durumlarından biri olarak tanımlanmaktadır (Kutluk ve Kars, 1994).

Kanser, hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve anormal şekilde yayılımı ile karakterize olan bir sağlık problemidir (Çalışkan ve ark.,2015). Erken tanı konmadığında ve tedavi edilmediğinde çoğunlukla ölüme sebep olmaktadır. Dünyada birçok ülkede ve Türkiye’de ölüme neden olan hastalıklarda ikinci sırada yer almaktadır (Ertem ve ark., 2009; Dedeli Fadiloğlu ve Uslu, 2008). Ancak kanser tedavisindeki önemli aşamalar ve çok disiplinli tedavi yaklaşımları ile kanserlerin saç kalım oranları günümüzde %70-80’lere kadar çıkmıştır (Oeffinger ve Robinson, 2007).

Kanser tedavisinde kullanılan yöntemler genel olarak kemoterapi, radyoterapi, cerrahi işlemler ve hormon tedavisi olmasına rağmen hastaların bireysel nitelikleri ve hastalık durumlarına göre bu yöntemler değişiklik göstermektedir. Ancak hastalığın türü ve yaygınlığına göre bu yöntemlerden herhangi biri ya da gerekli görülürse birkaçı tedavide beraber kullanılmaktadır (Kızılcı, 1997).

Günümüzde kanserle ilgili tanı ve tedavideki ilerlemeler, hastaların hayatta kalma oranlarını arttırmasına rağmen kanserin fiziksel ve psikososyal etkileri hastaların uyum

mekanizmalarını bozarak geleceğe yönelik beklentilerini sarsmaktadır. Genellikle tedavi sürecinde hastaların öncelikle fiziksel değerlendirmelerinin yapılması ve tedavilerinin planlanması; sosyal, psikolojik, ekonomik, kültürel faktörlerin geri planda bırakılması hastaların yaşadığı sorunların çözümünü daha da zorlaştırmaktadır (Beyzadeoğlu ve Özet, 1996).

Kanser tanısı konan hastalar için süreç hem stres verici hem de kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Çünkü hastalık kavramı hem objektif hem de subjektif boyutları içermektedir ve benzer bir hastalıkla karşılaşan kişiler farklı tepkiler gösterebilmektedir (Armay ve ark., 2007). Örneğin bazı kanser hastası olan kişiler, hastalıklarını geçmişte yaptıklarının cezası olarak görebilmektedir. Bu şekilde düşünen hastalar, hastalıklarını hak etmiş olduklarını düşündüklerinden tedavi süreçlerine aktif katılımda istekli olmama eğilimindedirler. Bu kişilerde suçluluk duygusu, kendini aşağılayıcı ve alçaltıcı bulma, kontrol kaybı ve çaresizlik duygusu oluşabilmektedir (Tüzer,1997). Kanser tanısı alan bazı bireyler ise kendilerine “Neden ben?” diye sormaktadır. Bu kişiler, hastalıklarını inkâr edip çevresindeki sağlıklı bireyleri kıskanırken etrafındaki insanlara öfkelenip tedavilerinin yan etkilerinden dolayı kızmaktadırlar (Tüzer,1997).

Yaygın olarak hastaların hastalıklarına karşı göstermiş oldukları tepkilerin temel duygusal sebebi korkudan kaynaklanmaktadır (Ögel ve ark., 1999). Kanser hastalarında sıklıkla yaşanan korkular ise ölüm, aciz duruma düşme, öz güvenini yitirme, kontrolünü kaybetme, ağrı, terk edilme ve hastalığın bedeninde yayılacağı korkusudur. Bunun yanı sıra hastalık nedeniyle beden görünümünün değişmesi, organların bazı işlevlerinin bozulması ya da bir organın cerrahi olarak alınması da hastalar için oldukça korkutucu

düşüncelerdir (Çam ve Babacan, 2006). Dolayısıyla hastanın hastalığına ilişkin algısı ve değerlendirmelerinin; duygusal ve davranışsal tepkilerini, baş etme biçimini, psikososyal durumunu, psikiyatrik bozukluk gelişimini ve yaşam kalitesini etkileyen kavramlar olduğu söylenebilir (Armay ve ark., 2007).

Sosyal destek, yaşamda meydana gelen olumsuz olayların, fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerindeki zarar verici etkisini azaltmaktadır ve bu olumsuzluklar karşısında sıklıkla strese karşı tampon işlevi görmektedir (Cohen, Gottlieb ve Underwood, 2000). Böylece, bireyi hem stresin olumsuz sonuçlarından korumakta hem de bireyin ait olma, kendine güven, benlik saygısı gibi duygularını olumlu yönde destekleyerek, her koşulda sağlıklı kalmasını ve kendini iyi hissetmesini sağlamaktadır (Cheng ve ark., 2013). Sağlık koşullarının giderek bozulması, sıkıntıların süreklilik kazanması ve hastalıkla ilgili kaygı yaratan koşulların gittikçe artması kanser hastalarını desteğe daha çok gereksinim duyar hale getirmektedir. Kanser ve sosyal destek konusunda yapılan araştırmalarda sosyal desteğin, kanser gibi hastalıklarda bağışıklık sistemini güçlendirerek insanların yaşamlarını uzattığına ilişkin bulgulara ulaşılmaktadır (Bıkmaz, 2009; Firshein, 1999).

Stres, karşısında sosyal desteğin yanı sıra baş etme kavramı da oldukça önemli bir yer teşkil eder. Baş etmeyi anlamak için kullanılan birçok tanım ve teorik yaklaşım olmasına rağmen baş etme genellikle bir bireyin stresli olarak değerlendirilen durumları yönetmek (azaltmak veya tolere etmek) için bilişsel ve/veya davranışsal bir girişim olarak tanımlanmaktadır (Lim ve ark., 2014). Kanser tanısı almak da stresli bir olaydır ve bu durumun nasıl algılandığı, bireyin nasıl başa edeceğini belirlediğini göstermektedir. Bu

tanı ile baş etme aynı zamanda hastanın amaçlarına ve kaynaklarına göre de değişmektedir. Araştırmalar kanser hastalarının hastalığı tehdit, mücadele ve zarar/kayıplar olarak değerlendirmelerinin ortak olduğunu göstermektedir (Franks ve Roesch, 2006). Bununla birlikte, kişilerin kanserle baş etme süreci boyunca hastalığı nasıl değerlendirdiklerine göre farklı stratejiler kullanabileceğini gösteren araştırmalar da mevcuttur (Franks ve Roesch, 2006).

Bireyin sosyal destek kaynakları ve baş etme becerileri zorlu yaşantılar karşısında verdiği tepkileri etkilerken aynı zamanda bu yaşantılara uyum sağlamayı da etkileyebilmektedir. Uyum, etkin baş edebilen, uzlaşmayı içeren, iç ve dış çevreden gelen değişiklikleri kabul edip uygun tutum ve davranışları gösterebilen bir güç olarak tanımlanmaktadır (Bırol,2002). Bireyin uyum mekanizmaları da stres altında oluşan etkilerden uzaklaşmaya çalışmaktan ve uzaklaşmak için kullanılan yöntemlerden direkt olarak etkilenmektedir. Ayrıca bireyin uzaklaşma çabası ve kullandığı yöntemler bireyin tekrardan denge kurma ihtiyacını oluşturmaktadır (Hallaç, 2010). Sağlıklı olma durumundan hastalık durumuna geçiş de bireyler için hayatlarında beklenmedik ve önemli bir evredir. Bu geçiş aşamasında bireylerin sahip oldukları bakış açılarında bir anda değişiklikler gerçekleşebilmektedir (Yıldız, 2012). Bireyin hastalık sürecinde yaşadıkları, baş etme becerisinden, sosyal destek kaynaklarından ve bu kaynakların işlevselliğinden, hastalığa yüklenen anlamdan etkilenmektedir. Böylece bu süreç bireyin tekrar denge kurmasını sağlamakta ve hastalık duruma karşı iyi veya kötü uyum göstermesinde etkisini göstermektedir (Hallaç, 2010). Örneğin, meme kanseri hastalarının uyumunda hastalığa yönelik algılar, benlik saygısı, sosyal stres, sosyal destek, psikolojik destek, kontrol

duygusu, duygusal sorunlar, hastalığın evresi, ameliyat tipi, hastalık belirtileri, fiziksel yeterlilik durumu, baş etme yöntemleri, sağlık profesyonelleriyle ilişkiler ve iş birliği gibi faktörlerin etkili olduğu bildirilmiştir (Irvine ve ark.,1991).

Elde edilmiş olan bilgiler ve yapılmış olan araştırmalar sonucunda, bu tez çalışmasında hastalık algısının, psikososyal uyumu yordayacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda hastalık algısı ve psikososyal uyum arasındaki ilişkide sosyal destek ve baş etmenin biçimlendirici mi yoksa aracı değişken mi olduğu incelenecektir. Bu sayede, dünyada ve ülkemizde bu kadar yaygın ve ölüm oranlarının yüksek olduğu kanser hastalığında, hastalık algısının; hastaların yaşamında ne kadar etkili olduğunun gösterilmesi ve bu noktadan hareketle, hastaların bu süreçte düşüncelerine yönelik farkındalıklarını arttıracak psikososyal müdahale programları ile psikososyal uyumlarını geliştirmek amaçlanmaktadır.

GENEL BİLGİLER

1.1.Kanser

Tümörler, normal doku büyüme sürecindeki farklılıkların hücre büyümesinde artışa sebep olmasının etkisi ile kontrolsüz bir şekilde artmakta olan hücreler tarafından meydana gelmektedir. Bu artan hücrelerden, vücuda zarar vereni malign (kötü huylu) ve zarar ermeyen ise benign (iyi huylu) tümör şeklinde ikiye ayrılmaktadır (Eylen,2001).

Kanser de kontrol edilemeyen hücre büyümesi sonucu malign tümör olarak tanımlanan bir hücre hastalığı olmaktadır (Kutluk ve Kars,1994) ve dünyada ve ülkemizde hızla yaygınlaşan kanser, günümüzde önemli sağlık problemleri arasında görülmektedir (Işıkhani,2007).

Bulunduğu doku ve organa göre adlandırılan kanser hastalığının iki yüzden fazla türü bulunmaktadır. Kanser türlerinden akciğer, meme, deri, üreme ve sindirim sistemleri sorunlarından meydana gelen kanserler yaygın olarak görülmektedir (Eylen, 2001). Bu kanser türlerinde hastalığın sebepleri, gidişatı (prognozu) ve tedavi şekilleri türlere göre farklılık göstermektedir (Baysal ve Criss,2004).

Kanser hastalığının dört evresi bulunmaktadır. Bunlardan I. ve II. evre erken evre olarak III. ve IV. evre ise ileri evre olarak belirtilmektedir. Hastaya kanser teşhisi konulduktan sonra, hastaların hastalığın hangi evresinde olduğuna bağlı olarak tedavi sürecine karar verilmekte ve hastalığın seyri belirlenmektedir (Kumar ve ark., 1994).

1.1.1.Kanserin etiyolojisi

Dünyada giderek popüler olan yeni yaşam stilleri ve beslenme alışkanlıkları kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıklarda görülen ciddi artışın sebebi olarak gösterilmektedir (Pehlivan, Yıldırım ve Fadıloğlu, 2013). Bu yüzden, ölüm sebepleri arasında ikinci sırada olan kanserden korunmak için öncelikle kansere sebep olan etmenlerin bilinmesi gerekmektedir.

Kanser hastalığına sebep olan etmenler iki gruba ayrılmaktadır. Bunlar genetik ve çevresel etmenlerdir (Eylen, 2001). Tütün kullanımı, tüketilen yiyecekler, şişmanlık, diyet, hormonlar, virüsler, hava kirliliği, stres kansere neden olan çevresel faktörler arasında bulunmaktadır. Örneğin, kanser türlerine göre çevresel faktörler incelendiğinde sigara kullanımı, en çok erkek hastaların tanı almış olduğu akciğer kanseri etiyolojisinde en önemli faktör olmaktadır. Erkeklere kıyasla kadınların en çok tanı almış olduğu meme kanserinde ise şişmanlık hastalığının çevresel faktörlerden kaynaklanan etiyolojik sebepleri arasında gösterilmektedir. Bir başka kanser türü olan kalın bağırsak kanserinde de kişilerin ayaküstü tüketmiş olduğu ve protein değeri yüksek olan yiyeceklerin hastalık riskini arttırmış olduğu bilinmektedir. Ayrıca, hormon çevresel faktöründe alınan hormonların genetik farklılıklara sebep olması hastada meme, rahim ve prostat kanseri oluşturmaktadır (Güran, 2005).

Kanser, bulaşıcı bir hastalık olmamasına rağmen bazı viral etkenlerin de kansere sebebiyet verdiği görülmektedir. Örneğin, bunlardan herpes virüsü ile insan papilloma virüslerinin genital bölgede kanser oluşturduğu bilinmektedir. Ayrıca, AIDS'in (HIV

virüsü) de hastalarda bağışıklık sistemini yıprattığı için kanser hücrelerinin oluşumuna neden olduğu belirtilmektedir (Güran, 2005).

1.1.2.Kanserin epidemiyolojisi

Dünya genelindeki tüm insanların yaşamlarını etkileyen kanser yaş, cinsiyet, din, dil ve ırk farkı gözetmeksizin herkesin başına gelebilmekte ve birçok insanın hayatının sonlanmasına neden olmaktadır (Kumar ve ark.,1994).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organization, WHO) 2018 verilerine göre, Dünya genelinde 18,1 milyon kişiye kanser tanısı koyulduğu ve 9,6 milyon kişide de kansere bağlı ölümün gerçekleşmiş olduğu belirtilmiştir. 2030 yılında da kanser tanısı alan kişilerin 22 milyon olacağı düşünülmektedir.

Dünya 2018 istatistik sonuçlarında, en çok tanısı koyulan kanser türlerinin akciğer, meme, koleraktal, prostat ve mide kanseri olduğu belirtilmiştir. Kansere bağlı ölümlerde ise sırasıyla en çok ölümlerin akciğer, kolorektal, mide, karaciğer ve meme kanseri tanısı alan hastaların olduğu bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye kanser istatistik sonuçlarında ise en çok tanısı koyulan kanser türleri sırasıyla akciğer, meme, koleraktal, prostat ve tiroid olmuştur. Ölüm oranlarında ise en çok ölümlerin sırasıyla akciğer, meme, kolon, rektum, prostat ve tirod kanserinde olduğu tespit edilmiştir (WHO, 2018).

Türkiye 2018 istatistik sonuçları cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında ise kadınlarda sırasıyla en çok meme, tiroid, kolorektal, rahim ve akciğer kanseri tanısı bulunuyorken erkeklerde akciğer, prostat, kolorektal, mesane ve mide kanseri olduğu görülmüştür. Ayrıca 2018 yılı araştırmasında kanserden ölen kişilerin hangi ülkelerde

olduğu incelendiğinde ise ölen kişilerin yaklaşık %70'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamış olduğu bulunmuştur (WHO, 2018).

1.1.3.Kanser tedavi yöntemleri

Hastanın tamamen iyileştirilmesi ve hastalıktan tam anlamıyla kurtulması kanser tedavi yönteminin temel amacı olmaktadır (Sarafino, 1990). Hastaya kanser teşhisi konulduktan sonra gerçekleştirilecek olan tedavi yöntemlerine hastalığın evresine, türüne, hastanın yaşına ve hastanın sağlık durumuna bağlı olarak karar verilmektedir. Kanser tedavisinde kullanılan en yaygın yöntemler cerrahi yöntemler, ışın terapisi, ilaç ve hormon tedavileridir (Bayraktar, 2008).

Tedavi yöntemlerinden en sık kullanılan cerrahi yöntemler, tanının konmasında (biyopsi) ve kötü huylu hücrenin ortadan kaldırılmasında tercih edilmektedir. Bazı hastalarda kötü huylu hücrenin cerrahi işlem ile temizlenmesinde hastanın diğer dokularına zarar verilebileceğinden, hastalığın tedavisinde hücrenin küçültülmesi için öncelikle radyoterapi veya kemoterapi işlemleri uygulanmaktadır (Baykara, 2016).

Bir diğer tedavi yöntemlerinden kemoterapi, kanser hücrelerinin öldürülmesi için kullanılan kimyasal maddelerden oluşmaktadır. Kanser hücrelerinin yok edilmesinde kullanılan kemoterapinin, hastaların vücutlarında hızla büyümekte olan normal hücreleri yok etmesi, ağızda yara, saç dökülmesi, bulantı ve kusma şeklinde önemli oranda rahatsız edici yan etkileri bulunmaktadır (Eylen, 2001).

Radyoterapi ise iyonizan ışınlarını kullanarak kanser hücrelerini ortadan kaldırmayı amaçlayan bir tedavi yöntemi olmaktadır. Tedavi tek bir bölgeye uygulanabildiği gibi tüm vücuda da uygulanabilmektedir (Baykara, 2016). Verilen doza

ve bölgeye göre yan etkileri oluşmaktadır. Örneğin, tedavi sürecinde ışıın uygulanan alanda hassasiyet ve yanma gerçekleşmesi, ışıının hem sağlıklı hem de kötü huylu hücreleri etkilemesinden kaynaklanmaktadır. Uygulanan alanın büyük veya vücudun alt bölgesinde (abdomen) olması hastalarda mide bulantısı, iştahsızlık, kusma ve kısırlık gibi yan etkilere neden olabilmektedir (Eylen, 2001).

Hormon tedavisinde ise amaç, hormona duyarlı olan kanser hücrelerinin büyümesini ve vücudun doğal yollardan üretmiş olduğu hormonun hücreye bağlanmasını önlenmektir. Kanser tanısı almış hastaların tedavisinde, bu yöntemlerden sadece bir tanesi kullanılabileceği gibi birkaçı da bir arada uygulanabilmektedir (Baykara, 2016).

1.1.4.Kanserin etkileri

Her insan hayatının belli bir döneminde hastalık deneyimi ile yüzleşmektedir. Bu kaçınılmaz durum gibi kendimizin veya bir yakınımızın kanser tanısı alması da hayatın gerçekliklerinden olmaktadır (Okyayuz,1999).

Kanser tanısı almak çoğu insan için korkutucu olabilmektedir (Kutluk ve Kars, 1994). Çünkü kanser olumsuz etkilerinin dışında farklı anlamları da içermektedir (Bayraktar, 2008). Örneğin, kişi hastalığının tedavi edilemeyeceğini, tedavinin ücretini, tedavi sırasında meydana gelebilecek olumsuzlukları, yan etkileri, organ işlev bozukluklarını düşünmekte ve ameliyat korkusu yaşamaktadır (Eylen, 2001). Aynı zamanda hasta, korku, umutsuzluk, çaresizlik, suçluluk, terk edilme ve ölüm duygusu yaşamaktadır (Özkan, 1993).

Kanser yalnızca fiziksel bir hastalık olmamakla birlikte psikolojik, sosyal ve ekonomik alanlarda hastaların dengesini bozan bir hastalık olarak görülmektedir (Çam,

Saka ve Gümüş, 2009). Bu durum da herkes gibi hayalleri, beklentileri, ilgileri ve hedefleri olan kanser hastalarının günlük hayatlarında kullanmış oldukları uyum mekanizmalarının bozulması, geleceğe yönelik beklentilerin, planların bozulması, sahip olunan gücün yitirilmesi anlamını taşımaktadır (Işıkhan, 2007; Okyayuz, 1996).

Kanser sürecinde hastalar, hastalıkla birlikte veya hastalığın tedavisine bağlı olarak oluşan beden bütünlüğünün bozulması, bilişsel sorunların ve yorgunluğun oluşması gibi fiziksel alanda da birtakım sorunlarla karşılaşmaktadır (Bağ,2013). Örneğin, yorgunluk kanser hastalarının genellikle karşılaşmış olduğu bir durumdur ve hastalarda yorgunluğa bağlı olarak odaklanma, motivasyon ve günlük aktivitelerin yerine getirilememesi şeklinde belirtiler meydana gelmektedir (Karakoç, 2008).

Kanser hastalarında tanı koyulmadan önce başlayan ve tanı koyuluktan sonra devam eden psikolojik olarak zorlanmaların olduğu süreçler görölmektedir (Özkan, 1995). Örneğin tanı öncesi dönemde, hastalar belirsizlikten dolayı yoğun bir kaygı duygusu oluştuğunu belirtmektedir (Işıkhan,2007).

Elisabeth Kübler Ross, tanı döneminde kanser hastalarının yaşamış olduğu tepkileri inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak beş aşamada açıklamıştır. İnkâr, hemen hemen ölümcül bir hastalık tansı alan her hastanın, tanısını kabullenmeye göstermiş olduğu tepkidir (Işıkhan, 2007). Hastalar tarafından genellikle “bu doğru olamaz, ben kanser olamam” tepkiler verilmektedir. İkinci aşama olan öfkede ise “neden ben?” şeklinde olan tepkiye öfke, hışım, kıskançlık ve küskünlük duyguları eşlik etmektedir. Yaşanan öfke duygusu doktorlar, aile üyeleri, arkadaşlar olmak üzere herkese karşı olabilmektedir. Pazarlık üçüncü aşamasında hasta ulaşmak istediği amaca karşılık

vaatlerde bulunmaktadır. Bu vaatler doktora ya da bir başkasına karşı yapılarak hastalar ölümü ertelemeye çalışmaktadır (Kübler-Ross, 2010). Depresyon, hastalığın ilerlemiş olmasına bağlı olarak bedensel kayıpların oluşması, iyileşmenin gerçekleşmemesi, aileden uzaklaşılması ve ekonomik problemlerin olmasıyla hastada kayıp duygusunun olduğu aşamadır (Eylen, 2001; Kübler-Ross, 2010). Son olarak ise kabullenme aşaması insanlar tarafından olumlu olarak anlaşılmaması gereken bir aşamadır. Hastanın bu aşamada hemen hemen hissizleştiği ve aileden yardıma, desteğe, anlaşılmaya karşı ihtiyacının olduğu zamandır (Kübler-Ross, 2010).

Kanser hastaları hastalığın tanı aşamasında ve tedavisinde sosyal sorunlar yaşamaktadır. Örneğin, hastaların tanı aşamasında damgalanma ve günlük rutinlerinin farklılaşması şeklinde problemler yaşadıkları bilinmektedir (Karakartal, 2018). Bu bilgi Dedeli ve Karadeniz (2009) tarafından yapılan bir çalışmada kanser hastalarının hastalıklarından ötürü etiketlendiklerini ve alışkanlıklarının değişmiş olduğu belirtmesi ile desteklenmiştir. Tedavi aşamasında da hastaların sorumluluklarını gerçekleştiremediği, mesleki alanda performans kayıpları yaşadığı ve sosyal ilişkilerinin azalmış olduğu görülmektedir.

1.2.Hastalık Algısı

Hastalık algısı, hastaların hastalıkları hakkında sahip oldukları bilişsel temsillerdir (Rezaei, Doost, Molavi, Abedi ve Karimifar, 2014). Bir başka deyişle hastalık algısı, hastalığın nasıl anlamlandırıldığını ve değerlendirildiğini ve hastanın sahip olduğu tecrübeleri kapsamaktadır (Aybüke, 2011).

Hastalık ile ilgili belirtiler görülmeye başlandıktan sonra hastalarda bu belirtileri attettikleri hastalıklarına dair bir algı ortaya çıkmaktadır (Gedik,2014). Hastalık algısı olarak kavramsallaştırılan bu algı, bireysel faktörlerin etkisiyle kişiden kişiye değişmektedir (Armay ve ark., 2007). Yani, bireyler aynı tanıya sahip olsalar bile hastalıkları hakkında farklı algıları ve baş etme mekanizmaları bulunmaktadır (Bayraktar, 2008; Petrie ve Weinman, 2006).

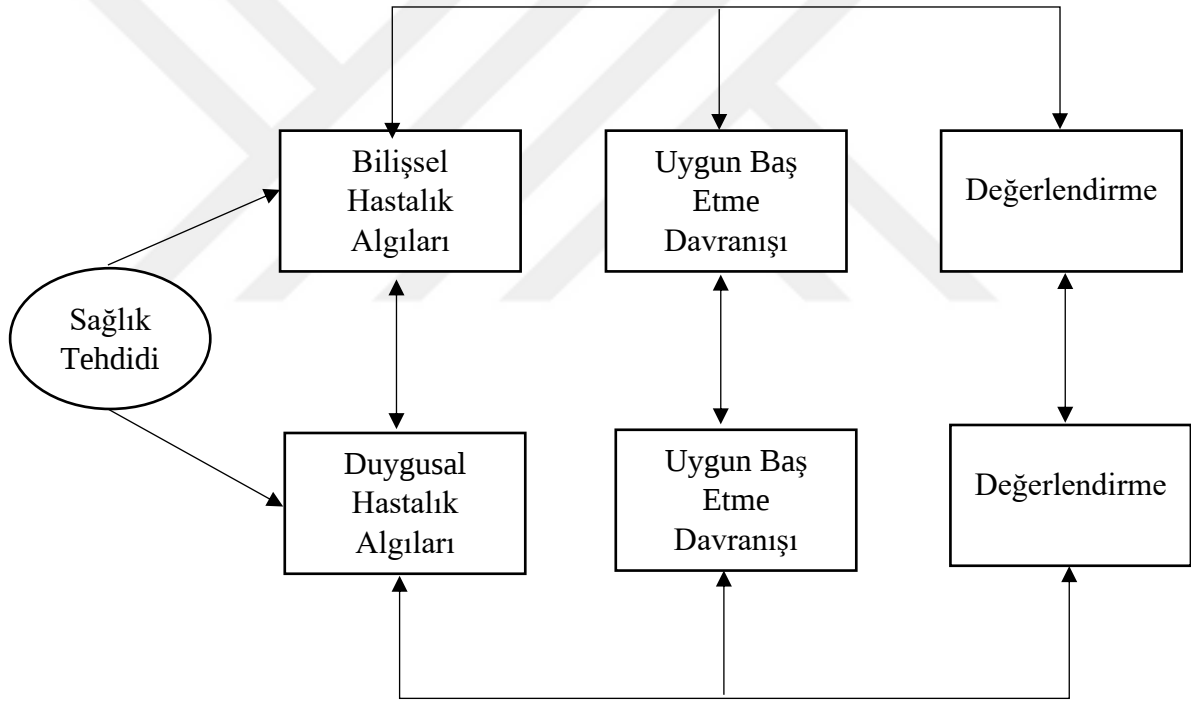
Hastalık algısında bireyler arasındaki farklılıklara sebep olan başlıca değişkenler cinsiyet, yaş, eğitim, kültürel değerler ve baş etme mekanizmalarıdır (Armay ve ark., 2007).

Kişilerin ve çevresindekilerin günlük hayatta yaşamış oldukları hayati tehlike taşımayan hastalıklar, hastalık hakkındaki duygu, düşünce ve davranışlarını şekillendirmektedir. Bireyler hayati bir hastalığa yakalandığında ise bu hayati tehlikesi olmayan hastalıklarla ilgili önceden edinilmiş olan deneyimler, ciddi hastalık karşısında algının oluşumuna dayanak olmaktadır (Lau ve Hartman, 1983). Bununla birlikte, Diefenbach ve Leventhal (1996) hastalıkla ilgili yaygın olarak bilinen yüzeysel bilgilerin, sosyal çevreden gelen bilgilerin ve bireyin hastalığa dair mevcut kişisel deneyimlerinin hastalık algısının şekillenmesinde rol oynayan üç unsur olduğunu belirtmektedir.

1.2.1.Hastalık algısı ve öz düzenleme modeli

Öz Düzenleme Modeli (ÖDM), kişilerin hastalıkları yorumlama şekillerinin ve hastalıklarıyla baş etme yollarının birleştirildiği ve deneysel olarak doğrulanan bir modeldir. ÖDM, akut ve kronik hastalıklarda hastalıkların psikolojik ve fiziksel sonuçlarını açıklamak için kullanılmaktadır (Hagger ve Orbell, 2003).

ÖDM’de hastalıkla ilgili uyaranlara yönelik öznel değerlendirmelerden oluşan hastalık algısının bilişsel ve duygusal temsillerinin hastalığa karşı olan yanıtı yönlendirildiği ve başa çıkma stratejilerinin nasıl çalıştığı gösterilmektedir (Rezaei ve ark., 2014). Kısacası sağlık tehdidine karşı hastaların nasıl uyum sağladığını ortaya koymaktadır (Leventhal, Meyer ve Nerenz ,1980). Aynı zamanda başa çıkma, hastalık değerlendirmelerinin etkisine aracılık etmekte ve psikolojik ve fiziksel olarak hastalıkların sonuçlarının belirleyicisi olarak görülmektedir (Gould, Brown ve Bramwell, 2010).



Şekil 1.1. Öz Düzenleme Modeli

ÖDM üç aşamadan oluşmaktadır (Leventhal, Breland, Mora ve Leventhal, 2010) ve hastalık algısı ÖDM’nin bir değişkeni olmaktadır (Leventhal, Meyer ve Nerenz, 1980). Şekil-1’de de gösterildiği gibi, ilk aşamada hastalık algısı, bilişsel ve duygusal temsiller olarak ikiye ayrılmaktadır ve hastanın, hastalığının başlangıcını ve kendi sağlığı üzerindeki tehditlerini anlamaya çalışması bu temsillerin oluşmasına neden olmaktadır

(Leventhal, Breland, Mora ve Leventhal, 2010). Ayrıca, Price ve ark., (2012) da fiziksel semptomlar (içsel uyaranlar) ve mevcut sağlık inançları (dışsal uyaranlar), hastalık algısının bilişsel ve duygusal temsillerini tetiklemekte ve üretme olduğunu söylemektedir. Modelde bu bilişsel ve duygusal temsiller birbirine paralel olmaktadır ve bu sürece “eş zamanlı süreç modeli” denilmektedir (Armay ve ark.,2007).

Model hastalık algısının bilişsel temsiline 5 boyutu olduğunu belirtmektedir: kimlik, zaman çizelgesi, sonuçlar, kontrol ve nedenler (Brownlee, Leventhal ve Leventhal, 2005). Kimlik, hastalar tarafından adlandırılan kavramları ve semptomları veya hastalık belirtilerini kapsamaktadır. Zaman çizelgesi, hastalığın ne kadar süreceği hakkındaki inançları yansıtmaktadır. Sonuçlar ise, iyi ya da kötü, önemsiz ya da büyük bir hastalığın algılanan etkileri veya sonuçlarıdır. Bunun yanında kontrol, hastalığın hastalar ve tedavi yöntemleri tarafından ne ölçüde kontrol edilebileceğini belirtmektedir. Son olarak nedenler ise, hastaların hastalık için nedensel niteliklerini temsil etmektedir (Zhang ve ark., 2016). Örneğin bir kanser hastasında, kanser etiketi alıyor olması kimliği ifade ediyorken, hastalığın ne kadar süreceği veya ölüm anına kadar olan zaman süreyi, hastalığın fiziksel ve psikolojik etkileri sonuçları, konulan tanıya yönelik hastalığın tedavi edilebilirliği kontrolü ve yeme-içme alışkanlıkları, stres, çevre kirliliği vb. değişkenler nedeni ifade edebilmektedir (Brownlee, Leventhal ve Leventhal, 2005).

Bilişsel temsiline 5 boyutuna eş zamanlı ve ek olarak, hastaların hastalıklarına yönelik korku, kaygı ve endişe gibi duygularını oluşturan duygusal temsil boyutu meydana gelmektedir ve duygusal temsil ile de hastalar bir davranışı gerçekleştirip gerçekleştirmeyeceklerine karar vermektedir (Leventhal ve ark., 1997).

Modelin ikinci aşamasında ise bireyler bu temsillere dayanarak algıladıkları tehditle başa çıkmak için bir eylem planı gerçekleştirmektedir (Rees ve ark., 2004). Bu eylem planında bilişsel ve duygusal temsilleri yönetmek için hastalıkla başa çıkmaya çalışmaktadır. Son olarak değerlendirme aşaması da önceki aşamanın başarılı olup olunmadığının bireysel olarak değerlendirilmesini içermektedir. Değerlendirme ise ilerleyen zamanlarda bilişsel ve duygusal temsillerine ve başa çıkma davranışlarına geribildirim olmaktadır (Leventhal, Breland, Mora ve Leventhal, 2010) ve davranışlar değiştirilebilmektir (Armay ve ark.,2007).

ÖDM’de üç temel gerekçeli kabul bulunmaktadır (Leventhal ve Cameron, 2001). İlk kabul, hastaların problemler karşısında aktif olarak problemleri çözümleyen kişiler olmasıdır. Hastalar, bedensel olarak geçirdikleri değişimleri anlamlandırmaktadır ve bu değişimleri hastalıklarından kaynaklandığını düşünüp kontrol etmeye çalışmaktadır. Bu sebeple hastalar, hastalıklarına uyum sağlamak için problemleri çözümleyen ve kendilerini düzenleyebilen bireyler olarak görülmektedir. İkinci kabul ise hastalığa uyum sürecindeki inançları ve değerlendirmeleri baz almaktadır. Bu kabulde, hastaların anlayışlarının ve yeteneklerinin bir sonucu olarak mevcut hastalık temsilleri, değerlendirilen başa çıkma metotları ve sonuçları incelenmektedir. Böylece, hastaların hastalıklarının biyolojik durumlarının yerine öznel olarak bireysel değerlendirmeleri, hastalık temsilleri ve başa çıkma yöntemleri tarafından yansıtılmaktadır. Son gerekçeli kabul ise ÖDM sürecinin şekillenmesinde bireylerin sahip oldukları sosyo-kültürel çevrenin bireyler üzerinde nasıl etkileri olduğu hakkındadır ve hastanın kullanmış olduğu

baş etme metotları ve bireysel temsilleri bu çevrenin içerdiği inançların ve tutumların bir sonucu olarak düşünülmektedir.

1.2.2.Hastalık algısı ve kanser

Kronik hastalıkların anlaşılmasında ve psikolojik tedavi uygulamasında hastalık algısı kavramı önem teşkil etmektedir. Hastalık sürecinde hastada şok, tükenmişlik, umutsuzluk ve ölüm korkusu oluşmasına sebep olan kronik hastalıklardan biri olan kanser hastalığı için de hastalık algısı kavramı ciddi bir öneme sahiptir (Braz ve ark., 2018). Örneğin, Fanakidou ve ark., (2018) tarafından meme kanseri hastalarında hastalık algısı, yalnızlık, ruh sağlığı ve yaşam kalitesi değişkenleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Elde edilen verilerde, hastalığı hakkında pozitif bir algıya sahip olan hastaların fiziksel, sosyal ve psikolojik iyi oluşlarının ve yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda, daha az yalnızlık hisseden hastaların hastalığa uyumu daha fazla olduğu ve anksiyete seviyelerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Bireysel faktörlerin hastalık algısı üzerinde etkisi incelendiğinde Kayış (2009) tarafından yapılmış olan bir araştırmada hastaların yaşı arttıkça kişisel ve tedavi kontrol algılarının azaldığı, eğitim seviyesi arttıkça kişisel kontrol algılarının artmış olduğu tespit edilmiştir. Bu bulguların aksine, Kayır (2014) tarafından yapılan çalışmada zamanda hastaların yaşları ilerledikçe tedavi ve kişisel kontrollerinin artmış olduğu görülmüştür. Aynı zamanda yaş ve hastalık süre algısı arasında pozitif bir ilişki bulunduğu ve hastaların yaşları ilerledikçe hastalıklarını kronik olarak algıladıkları belirtilmiştir.

Hastalık algısı ile ilgili olumsuz sonuçların bulunduğu çalışmalara bakıldığında, bir çalışmada kanser hastalarının hastalıklarının uzun süreceğine ve negatif sonuçlarının

olacağına inandıkları gözlemlenmiştir (Hopman ve Rijken, 2015). Bu analiz meme kanseri hastaları ile yapılan çalışmada, hastaların hastalık algısının negatif sonuçlarının aynı tanıya sahip olan hastalar arasında da farklılaşabileceğini göstermiş olduğu analiz sonuçları desteklenmiştir. Hastalardan bazıları hastalığının ciddi semptom ve sonuçlarının olacağını, bazı hastalar ise hastalığının uzun süreceğini ve bazıları da hastalığın kontrol edilemeyeceğini düşündüğünü belirtmiştir. Ayrıca çalışmada, hastalığın ciddi sonuçları olacağını, uzun süreceğini, kontrol edilemeyeceğini algılayanların fiziksel ve ruhsal sağlıklarının bu şekilde algılamayanlara göre daha kötü olduğu gösterilmiştir (Rozema, Völlink ve Lechner, 2009).

Kanser tanı türüne göre hastalık algısının farklılaşıp farklılaşmadığını araştıran çalışmalar da mevcuttur. Traege ve ark. (2009) tarafından yapılan araştırmada prostat kanseri hastalarında hastalığın anlaşılabilirliğinin ve kontrol edilebilirliğinin düşük olduğu bulunmuştur. Bir başka araştırmada da Browning ve ark., (2009), akciğer kanseri hastalarında, hastalık süresi uzadıkça kişisel ve tedavi kontrollerinin azaldığını belirtmiştir. Bu araştırmaların aksine, hastaların hastalık algılarının tanı türleri bakımından farklılık göstermeği görülmüştür (Zhang, 2016; Kayış, 2009)

Hastalık algısı ve psikolojik sıkıntı arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmada, meme kanseri riski taşıyan ve hastalık riski olmayan iki grup karşılaştırılmıştır. Kanser riski taşıyan hastaların, kontrol grubuna kıyasla psikolojik sıkıntılarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Kanser riski taşıyan grubun psikolojik sıkıntısı ile hastalık algısının kimlik, süre (akut) ve hastalık sonuçları boyutları arasında pozitif bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Bir başka ifadeyle, riskli grupta olup yüksek psikolojik sıkıntı bildiren kişiler

hastalıkla özdeşim kurmakta ve hastalığın kronik ve ciddi sonuçlarının olduğunu düşünmektedir (Rees, Fry, Cull ve Sutton, 2004) Gould, Brown ve Bramwell (2010) tarafından hastalık algısı ve duygu durum bozukluğu arasındaki ilişkinin incelendiği çalışma jinekolojik kanser hastaları ile gerçekleştirilmiştir. Kanser hastalarının hastalık algısı alt boyutlarından, süre(döngüsel), sonuçlar, kişisel ve tedavi kontrolü algısının duygu durum bozuklukları ile ilişkisi olduğu görülmüştür. Kanser hastalarının anksiyete, depresyon ve hastalık algısı ilişkisinin incelendiği meta analiz çalışmasında hastaların anksiyete seviyelerinin yüksek olması, kişisel ve tedavi kontrolü algısının düşük olması ve hastalığın daha ciddi sonuçlarının olacağı ile ilişkilendirilmiştir. Benzer şekilde, yüksek depresyon seviyesi, kanser üzerinde daha az kişisel ve tedavi kontrolü algısı, kanserin şiddetli sonuçları ve süre kronik algısı ile ilişkilendirilmiştir (Richardson ve ark., 2017).

1.3.Sosyal Destek

Sosyal destek, stresli ve zorlu yaşam olayları içerisinde bulunan kişiye eş, aile ve arkadaş gibi yakın çevresindekilerin yaptıkları maddi ve manevi yardımları içermektedir (Aktaş,2013). Ayrıca bu kavram bireyin iletişimde olduğu ve ihtiyacı olduğunda kendisine destek olabilecek kişi sayısı, özelini paylaşabileceği, güvendiği ve değerli olarak gördüğü biriyle sağlamış olduğu bağ ve bireyin ihtiyacı olduğunda yanında olacak kişilerin bulunduğu algısı şeklinde ifade edilmiştir (Şahin,1999).

Schafer ve Moss'a (1998) göre sosyal destek, bireyin etkili başa çıkma stratejileri kullanmasını, yaşam krizini daha olumlu bir şekilde değerlendirmesini ve anlamasını sağlamaktadır. Bir diğer tanım Cobb ise sosyal desteği, bireyin ilgilenildiğini, sevildiğini,

sayıldığını ve karşılıklı bağılıklardan oluşan bir sosyal ilişki ağının üyesi olduğunu hissetmesini sağlayan bir kavram olarak tanımlamaktadır (akt. Özbesler, 2001). Sosyal destek, bir başkasına yardım eden ve bu kişiden yardımı alan birey üzerinde pozitif etkileri olan karmaşık bir yapı olarak kabul edilmektedir (Özbesler, 2001; Usta, 2012).

Sosyal destek kısacası, hayat içerisinde herhangi bir koşulda bireylerin gerekli ihtiyaçlarının tatmin edilmesi ve aynı zamanda biyolojik, sosyal ve ruhsal iyilik halinin sürekliliğinin sağlanması ve artırılması bakımından önemli olmaktadır (Özbesler, 2001).

1.3.1. Alınan ve algılanan sosyal destek

Bireylerin aile, arkadaş, otorite figürleri ve eşleri gibi sosyal destek kaynaklarından sağlanan destek alınan sosyal destek olarak tanımlanmaktadır (Kef, 1997). Alınan sosyal destek, sosyal destek kaynaklarının davranışlarını ve hareketlerini (işin bitirilmesine yardım etmek, eşya ödünç vermek) kapsamaktadır (Coyne ve Downey, 1991). Algılanan sosyal destek ise bireylerin kendilerine sunulan desteğin düzeyi ve kalitesi hakkındaki inançlarını ifade etmektedir. Bireyin sosyal destek algısı, sosyal desteğin varoluşu hakkında nasıl düşündüğü ve ihtiyaç duyduğunda sosyal destek alıp alamayacağı hakkında bilgi verdiği için önemlidir. Yani, desteğin varoluşu hakkındaki algı, sağlanan desteğin gerçek miktarından daha önemli olabilmektedir (Wills&Shinar, 2000).

Algılanan sosyal destek, bireyler için yüksek strese karşı bir engel görevi görmektedir. Aynı zamanda bireyin kimlik duygularını korumaya ve güçlendirmeye yardımcı olmaktadır (Usta,2012). Bununla birlikte algılanan sosyal desteğin, hastaların sağlık durumları ile pozitif yönde bir ilişkisi bulunurken psikolojik patolojiler ve kaygı

seviyeleri arasında negatif bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Yamaç, 2009). Böylece algılanan sosyal desteğin, bireyin psikolojik iyi oluşu, sağlığı ve kanser tedavi süreci ile hastalığının seyri üzerinde önemli olduğu gösterilmiştir (Misra ve Saranath, 2019; Stokes, 1985). Kanser hastalığı ve algılanan sosyal destek ilişkisini ele alan bir başka çalışmada ise algılanan sosyal destek düzeyinin tanı ve tedavi sürecinin olumsuz psikolojik etkisini azalttığı yönünde bulgular elde edilmiştir (Cohen ve Wills, 1985; Eom ve ark., 2013). Aynı şekilde, kanser ve alınan sosyal destek arasındaki ilişkiyi ele alan bir başka çalışmada da alınan sosyal desteğin hastaların kanser ve tedavisi ile ilgili korku ve belirsizliklerle başa çıkmasına yardımcı olduğu ve bu sürecin olumsuz etkilerini engellediği görülmüştür (Oh ve ark., 2020).

1.3.2.Sosyal destek türleri

Sosyal destek kaynakları informal (resmi olmayan) ve formal (resmi) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kişinin yakın olduğu bireyler ile kişiye bir şekilde destek olan diğer bireyler informal destek kaynağı oluyorken formal destek kaynakları resmî kurumlar, kuruluşlar ve sivil toplum örgütlerinden oluşmaktadır (Işıksan, 2007). Sosyal destek işlevleri üzerine yapılan çalışmalar sonucunda da sosyal destek kaynaklarından sağlanan sosyal destek türleri dört kategori altında açıklanmıştır. Bunlar duygusal destek, araçsal destek, bilgi desteği ve eşlik etme desteği şeklinde belirtilmektedir (Taylor ve Dakof, 1987).

Sosyal destek türlerinden *duygusal destek*, bakım ve ilginin sözel ile sözel olmayan iletişimini ve dinlemeyi, orada olmayı, empati kurmayı, güven vermeyi, rahatlamayı kapsamaktadır (Eylen, 2001). Bireyin çevresinden almış olduğu duygusal

destek sonucunda bireyde sevildiği, sayıldığı ve anlaşıldığı duyguları doğabilmektedir. Bu duyguların oluşumu, bireyin benlik saygısını geri kazanmasına veya kişisel yetersizlik duygularını azaltmasına yardımcı olmaktadır. Aynı zamanda bireyin, duygularını ifade edebilmesinde ve problemlerle baş edebilmesinde olumlu etkiler sağlamaktadır (Aktaş, 2013; Eylen, 2001; Helgeson ve Cohen,1996).

Bilgi sağlayıcı destek, bireye geri bildirim, öğüt, tavsiye vermek ve rehberlik yapmak için kullanılan bilgilerin sağlanmasını kapsamaktadır (Eylen, 2001). Bu bilgiler doğrultusunda, bireylere hastalıklarını yönetmesi ve hastalığın semptomları ile başa çıkma yolları sağlanarak bireyler hastalıkları üzerinde kontrol algılarını geliştirebilmektedir. Böylece hastalarda hastalığın nasıl yönetileceğinin öğrenilmesi gelecek ile ilgili olumlu bir bakışa sahip olmayı sağlamaktadır. Aynı zamanda, bilgilendirici destek hastaların hastalığının nedeni, süreci ve tedavisini anlamasında yardımcı olarak kanser teşhisi sonucu oluşan kafa karışıklığının giderilmesine imkân vermektedir (Helgeson ve Cohen, 1996).

Bireylere ulaşım, para ve ev işlerinde yardım gibi somut ihtiyaçların sağlanması *araçsal destek* olarak tanımlanmaktadır. Araçsal destek türünde kişinin sorunu kendisinden ziyade başka bir kişi tarafından çözümlenir bu açıdan araçsal destek türü diğer sosyal destek türlerinden farklıdır (Ünsal,1996). Bununla birlikte, araçsal desteğin sağlanması bireylerde bağımlılık duygularını arttırabilmektedir (Wortman ve Dunker-Schetter, 1987).

Sosyal desteğin son türü olan *eşlik etme desteği* ise hastaların günlük işlerinde ya da boş zamanlarında kendilerine eşlik edebilecek kişilerin bulunduğu dair algısı

şeklinde tanımlanmaktadır (Cohen ve Wills, 1985). Bu eşlik etme desteği, hastaların problemleri hakkında birileriyle sohbet ederek rahatlamasını, zorlayıcı duygularının azalmasını ve davranışlarının olumlu yönde düzenlenmesini sağlamaktadır (Kef, 1997).

Hastalar, hastalık süreçleri boyunca bu dört sosyal destek türüne çeşitli zamanlarda gereksinim duymaktadır (Özyurt, 2007). Örneğin, Wortman'ın (1984) kanser hastaları ile yapmış olduğu çalışmada fiziksel yetersizliği olan hastalarda araçsal desteğin daha etkili olduğu vurgulanırken hastalığın ilk aşamalarında ise duygusal desteğin önemli olduğu görülmüştür.

Hastaların ihtiyaç duydukları sosyal desteği aile üyelerinden tarafından mı yoksa aile dışındaki kişiler tarafından mı aldıkları önem teşkil etmektedir. Bu bağlamda, her zorlayıcı olayda bireyin aynı kişiler tarafından destek almasının bireye yeterince fayda sağlamadığı bulgulanmıştır (Wortman, 1984). Bununla birlikte, bilgilendirici desteğin aile üyelerine kıyasla doktorlar tarafından sağlandığında çok daha fazla etkili olduğu görülmüştür. Bu bulgunun yanı sıra kanser hastalarında hangi kaynaktan sağlanırsa sağlansın duygusal desteğin her zaman için faydalı olduğu da belirtilmektedir (Dunkel-Schetter, 1984).

1.3.3.Sosyal destek teorileri

Sosyal desteğin, iyilik hali, stresli yaşam olaylarıyla baş etme ve sağlık üzerindeki ilişkisi iki teori ile izah edilmektedir. Bu teoriler tampon etki modeli (buffering hypothesis) ve temel etki modelidir (main effect hypothesis/direct effect hypothesis) (Cohen ve Wills, 1985; Kadambi ve ark., 2020).

1.3.3.1. Tampon etki modeli

Doğal afetler, kalıcı sakatlıklar, kronik yaşamı tehdit eden hastalıklar ve boşanmalar gibi yaşam olayları bireylerde stres oluşturan durumlara örnek olarak verilebilmektedir (Lazarus, 1966). Stres oluşturan bu durumların bireylerin davranışları ve uyum süreçleri üzerinde önemli bir etkisi olmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984).

Sosyal destek, bireyin stres oluşturan bu durumları tehdit edici olarak değerlendirmesini önleyerek olası zararları azaltıp strese karşı tampon işlevi görmektedir (Cohen, Gottlieb ve Underwood, 2000; Kadambi ve ark., 2020). Tampon etki, birey yüksek seviyede stres altındayken etkili olmaktadır. Birey düşük düzeyde stres yaşıyorken etki çok az olmakta veya hiç etki olmamaktadır (Sarafino, 1990).

Kanser ile ilgili yapılan çalışmalarda, sosyal desteğin olumlu etkileri belirtilmektedir (Işıkhani, 2007). Yurt dışında yapılan bir çalışmada, sosyal desteğin kanser hastalarının yaşamış olduğu stresi azalttığı ve yaşam kaliteleri üzerinde önemli bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir (Baider, Peretz, Hadani ve Koch, 2001). Holland ve Holahan'ın (2003) meme kanseri olan kadınlarla yapmış olduğu çalışmada, algılanan sosyal desteği fazla olan kadınların daha fazla psikolojik iyi oluş ve olumlu sağlık davranışları göstermiş oldukları sonucu elde edilmiştir. Aynı zamanda, 184 meme kanseri hastası ile yapılan bir çalışmada, hastaların sosyal destek seviyesi ne kadar yüksek olursa, kemoterapi semptomlarının algılanan şiddetinin o kadar düşük olduğu bulunmuştur. Böylece sosyal desteğin stres ve acı üzerinde tamponlama etkisini doğrulanmıştır (Oh ve ark., 2020). Bu sonuçlar, yurtiçinde Çalışkan, Duran, Karadaş, Ergün ve Tekir (2015) tarafından 102 kanser hastası ile yapılmış olan araştırma verilerine göre, kanser

hastalarının algılamış olduğu sosyal destek seviyelerinin yüksek olduğu ve sosyal destek seviyeleri arttıkça yaşam kalitelerinin artmış olduğu analizi ile desteklenmiştir. Sonuç olarak, sosyal desteğin kanser hastalarının hayatlarında önemli yeri olmaktadır.

1.3.3.2. Temel etki modeli

Temel etki modelinde, yaşam olaylarındaki stres düzeyine bakılmaksızın sosyal desteğin bireyler üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir (Cohen, Gottlieb ve Underwood, 2000). Yani sosyal destek hem düşük hem de yüksek stres seviyelerinde psikolojik iyi oluş üzerinde olumlu etki göstermektedir ve böylece psikolojik problemleri azaltmaktadır (Cohen, Gottlieb ve Underwood, 2000; Cohen ve Wills, 1985).

Hem algılanan hem alınan sosyal desteğin etkisine bakıldığında, araştırmalar göstermişti ki sosyal desteğin yüksek olması depresif semptomların azalmasını sağlamıştır (Gündüz Sütçü, 2010; Yoo ve ark., 2017).

Sosyal desteğin kuvvetli olması bireylerde daha sağlıklı yaşama konusunda destek olabilmektedir. Böylece bireylerin, başka kişilerin onu düşündüğünü ve ona ihtiyacı olduğunu farkına varması, kendisine bakması konusunda teşvik edici olabilmektedir (Eylen, 2001). Ayrıca, başkalarının yardım etmeye istekli olduğu algısı, benlik saygısını arttırmakta ve bireye durumu üzerinde bir kontrol duygusu sağlamaktadır (Kadambi ve ark., 2019). Dahası, bir sosyal ağa ait olmak, tedaviye uyumu olumlu yönde etkileyerek tedavi sonuçlarını doğrudan etkilemektedir (Kadambi ve ark., 2019).

1.3.4. Sosyal destek ve kanser

Ulusal Kanser Enstitüsünün (National Cancer Institute, NCI), kanser hastalarında sosyal desteği, hastaların ihtiyacı olduğu zamanlarda aile, arkadaş, komşu ve topluluk üye ağlarından ruhsal, fiziksel ve finansal boyutlarda aldıkları yardım olarak tanımlamıştır (NCI, 2020).

Sosyal destek ağları -özellikle aile ağları- ise, kronik hastalığı olan bireylerde motivasyonu ve başa çıkmayı pozitif bir şekilde etkilemekte, hastalığa karşı uyum üzerinde kolaylaştırıcı bir etki göstermekte ve sağlıklı yaşam etkinliklerine karşı isteği arttırmaktadır (Allen, Ciambrone ve Welch, 2000). Bu sebeple kanser tanısı almış bireylerin araçsal, duygusal ve bilgilendirici boyutlarda sosyal destek kaynaklarından faydalanmaları hayati önem taşımaktadır (Eylen,2002).

Kanser hastalarında sosyal destek ile ilgili yapılan çalışmalar, sosyal desteğin fiziksel sağlık, duygusal uyum, iyi oluş ve yaşamsal mücadeleler üzerinde direkt bir etkisinin olduğunu göstermiştir (Nausheen, Gidron, Peveler ve Moss-Morris, 2009; Usta, 2012). Manning-Walsh (2005) tarafından meme kanseri hastaları ile yapılan bir çalışmada, aile üyelerinden ve arkadaşlardan alınan sosyal desteğin, hastalık semptomlarının yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmaya yardımcı olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, sosyal desteğin, yaşam kalitesinin fiziksel ve duygusal kısımlarında iyileşmesinin, aileden, arkadaştan ve özel kişiden alınan desteğin artması ile ilgili olması Bıkmağ'ın (2009) lösemi hastaları ile yapmış olduğu çalışma desteklenmiştir. Ancak, meme kanseri olan kadınlar genellikle alınan desteği yetersiz veya yararsız olarak algılamakta ve bir kişiden (bir arkadaş gibi) gelen destekleyici ve yardımcı davranışları,

bir başkası (bir doktor gibi) tarafından yapıldığında uygunsuz veya stresli olarak algılayabilmektedir (Sammarco, 2001).

Algılanan sosyal destek üzerine yapılan araştırmalarda ise kanser hastalarında algılanan sosyal desteğin ruh sağlığı ve sağlık üzerindeki yaşam kalitesinin etkisine bakılmıştır. Ruh sağlığı konusunda yapılan bir çalışmada, algılanan sosyal desteğin ruh sağlığı ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu açıklanmıştır (Eom ve ark., 2013). Başka bir çalışmada da meme kanseri hastalarında eşten algılanan sosyal destek arttıkça stres belirtilerinin daha az olduğu ortaya çıkmıştır (Roberts, Cox, Shannon, ve Wells, 1994). Filazoglu ve Griva'nın (2008) meme kanseri hastaları ile gerçekleştirilmiş olduğu yaşam kalitesi çalışmasında, algılanan sosyal destek arttıkça sağlık üzerindeki yaşam kalitesinin de artmış olduğu belirtilmiştir. Benzer olarak, meme kanseri hastaları ile yapılan başka bir çalışmada da algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Angela Sammarco ve Konecny, 2008). Bir başka çalışmada da Arda (2011) kanser hastalarında algılanan sosyal destek arttıkça yaşamda anlamlılığında artmış olduğunu bulmuştur.

Kanser hastalarının hastalığa karşı uyumunda alınan sosyal desteğin etkisinin olduğu ortaya çıkmıştır (Parker, Baile, Moor ve Cohen, 2003). Terminal dönemdeki kanser hastalarının, aileden almış oldukları duygusal desteğin hastalığa fiziksel ve psikolojik uyumu arttırmış olduğu görülmüştür (Carey, 1974; Weidman-Gibbs ve Achterberg- Lawlis, 1978). Algılanan sosyal desteğin de psikososyal uyum üzerinde olumlu etkisinin olduğu belirtilmiştir (Oh ve Ell, 2015). Meme kanseri hastaları ile yapılan çalışmada algılanan sosyal destek yüksek olduğunda, sağlık bakımına yönelimin, ev

ortamına uyumun, geniş aile ilişkilerine ve sosyal çevreye uyumun daha iyi olduğu tespit edilmiştir (Rizalar, Ozbas, Akyolcu ve Gungor, 2014).

Dolayısıyla, tüm bu araştırma bulguları sosyal destek kavramının, kanser ve tedavi sürecinden kaynaklanan olumsuz sonuçlarla mücadele etmede önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Delbrück, 2008).

1.4. Stres

Değişen ve gelişen dünyada, bireylerin yaşamlarında iyi ya da kötü bir değişikliğe sebep olan olaylar bireylerde stresi ortaya çıkarmaktadır (Yıldırım, 1991) ve böylece günlük hayatımızda farklılığa sebep olan bir olay stres verici olmaktadır (Güçlü, 2001).

Stres kavramı üzerine birçok tanım bulunmaktadır. Stres kavramını ortaya çıkaran Selye (1976) stresi bireylerde istenmeyen durumların oluşmasına sebep olan uyaranlara karşı vücudun vermiş olduğu tepki olarak tanımlamıştır. Endler (1997) ise stresi, bireyleri fiziksel veya psikolojik olarak rahatsız eden bir durum karşısında stresin ortaya çıkması şeklinde açıklamıştır.

Lazarus'a (1966) göre stres bir değişken değildir. Stres birçok değişkeni ve süreci içinde barındırmaktadır. Bu yüzden stres uyaran, uyarıcı ve ilişkisel olarak tanımlanmıştır. Stresin uyarıcı tanımı, boşanma, kalıcı sakatlıklar, doğal afetler ve hayati tehlikeye sahip olan kronik hastalıklar gibi belirli koşulların, özünde stresi barındırdığını söylemektedir. Kişilerin strese karşı verdikleri tepkilerdeki ortak kalıplara göre stres durumlarının sınıflandırılması uyarıcı tanımını oluşturmaktadır. Bu sebeple de bireysel farklılıklar stresli durumların değerlendirilmesinde uyarıcı tanım için göz ardı edilmiş olmaktadır. Stresin tepkisel tanımı ise kişilerin stres ile ilgili içinde bulundukları durumları tanımlar: stresle

tepki verme, stres altında olma ve rahatsız olma. Buna göre herhangi bir kişi etrafındaki olaya stresle tepki verirken, bir başkası ise farklı davranabilir. Bu sebeple, strese neyin sebep olup olmayacağını tanımlayan sistematik bir yöntem yoktur. Böylelikle, stresi bireylerin karakteristik özelliklerini ve tepkilerini göz ardı ederek çevresel şartlar düzeyinde tanımlamanın da objektif bir yolu yoktur. Bu durumda kişilerin karakteristik özellikleri ile çevresel olayların doğası arasındaki ilişkinin stresin tanımını oluşturduğu vurgulanmaktadır. Böylece stresin ilişkisel tanımı, kişi ile çevresindeki olayları içermektedir. Yani stres, kişi ve çevre arasındaki etkileşimden meydana gelmektedir. Kişiler ise bu çevreyi zorlayıcı veya aşırıya kaçan kaynakların ve kendi iyi oluşlarını tehdit edici etkenlerin bulunduğu bir ortam olarak değerlendirmektedir. Bu etkileşim, stresli bir duruma karşı gösterilen tüm duygusal ve davranışsal tepkileri içermektedir (Lazarus ve Folkman, 1984).

Bu etkileşim süreci için, Lazarus ve Folkman (1984) tarafından stres ve baş etme modeli geliştirilmiştir. Bu modele göre olaylar hiçbir şekilde evrensel olarak stresli diye tanımlanmamaktadır. Her olay kendi içerisinde değerlendirilmektedir. Bu sebeple kişiler olayların türüne, olayın nasıl değerlendirildiğine ve kendi iyi oluşlarına göre strese karşı farklı tepkiler göstermektedir (Folkman ve Lazarus, 1985).

Modelde stres sürecinin iki önemli bileşeni bulunmaktadır: bilişsel değerlendirme ve baş etme. Bilişsel değerlendirme, kişi ve çevre arasındaki etkileşimin neden ve ne kadar stresli olduğunu belirleyen bir süreçtir. Kendi içinde birincil ve ikincil değerlendirme diye ikiye ayrılmaktadır. Birincil değerlendirmede, kişi stresli bir durum ile yüzleştğinde bu durumun kendisi için tehlikeli olup olmadığını değerlendirmektedir. İkincil

değerlendirmede ise; kişinin karşılaşmış olduğu tehdit veya zorlu bir durumda neler yapabileceğinin değerlendirdiği aşamadır. Burada kişi öncelikle hangi başa çıkma stratejilerinin mevcut olduğunu, daha sonra stratejinin, stres oluşturan duruma karşılık etkili olup olmayacağını ve kullanılabilirlik durumunu değerlendirmektedir (Lazarus ve Folkman, 1984).

1.4.1. Baş Etme

Folkman ve Lazarus (1980) göre baş etme, zorlu yaşam olayları karşısında bireyin göstermiş olduğu bilişsel ve davranışsal çaba olarak kavramsallaştırılmaktadır. Strese neden olan olaylarla baş etme iki şekilde olmaktadır: problem odaklı ve duygu odaklı baş etme.

Problem odaklı baş etme, bireyin yaşamış olduğu problemi ortadan kaldırmak ya da etkisini azaltmak için eylemde bulunduğu yöntemdir (Carver ve diğerleri, 1989). Burada amaç aktif başa çıkma, araçsal sosyal destek arayışı, bir stresörü yönetme, sorumluluğu kabul etme, olumlu yeniden değerlendirme, problem çözmede planlama başa çıkma stratejileri kullanarak oluşan sorunun stresini azaltmak olduğu için, kişi olayı tanımlamakta, değerlendirmekte, farklı çözüm yollarını araştırmakta ve karar vermektedir (Carver ve diğerleri, 1989; Carver, Scheier ve Weintraub, 1989; Lazarus ve Folkman, 1984). Bir başka deyişle, kişi hem akılcı hem planlı olmaktadır (Plotnik, Geniş, Çiftçi ve Dağ, 2009). Burada öz saygı ve kontrol duygusu, stresin olumsuz etkisini azaltmada önemli bir etkiye sahip olmaktadır (Holahan ve Moss, 1985).

Duygu odaklı baş etme ise, bir stres faktörünün oluşturmuş olduğu olumsuz duyguları yönetmeyi ve düzenlemeyi sağlamaktadır (Carver ve diğerleri, 1989). Duygu odaklı baş etme stratejileri arasında duygusal sosyal destek arama, olumlu yeniden

yorumlama, kabul etme, inkâr, dine dönme özdenetim ve kaçma, bilişsel yeniden yapılanma ve sosyal geri çekilme yer almaktadır (Carver ve diğerleri, 1989; Lazarus ve Folkman, 1984; Nes ve Segerstrom, 2006). Bu stratejilerin kullanımı duygusal rahatlamaya yönelik olmaktadır (Yöndem, 2011).

Problem ve duygu odaklı baş etme stratejileri dışında, Schaefer ve Moos (1998) baş etmeyi aktif ve kaçınmacı baş etme olarak iki grupta açıklamıştır. Aktif baş etme, sorunların çözümü için etkin bir şekilde bilişsel ve davranışsal olarak gösterilen çabaları içermektedir. Bu bakımdan problem odaklı baş etmeye benzemektedir. Diğer taraftan probleminden çözümünden ziyade duygulara odaklanıp problemi asgari düzeye indirmeye çalışan yaklaşım ise kaçınmacı baş etme olarak belirtilmiştir.

1.4.2. Baş Etme ve kanser

Kişilerde kanser gibi ölümcül bir hastalık tanısı alıyor olmak stres oluşturmakta ve kişinin hayatında önemli, kalıcı farklılıklara neden olmaktadır (Folkman,1999; Kyngas ve ark., 2001). Bu sebeple baş etme, hastaların hastalığa uyum sağlamasında, hayatlarını sürdürmesinde, hastalığın biyolojik ve psikolojik süreçlerinde etkili olmaktadır (Folkman, 1999; Lazarus ve Folkman,1984).

Kanser hastalığı, hastalıklarla baş etme konusunda yapılan birçok araştırmada yer almaktadır. Örneğin hastalığın psikolojik süreci ile ilgili olarak bir çalışmada, meme kanseri hastaları tarafından seçilen başa çıkma stratejilerinin anksiyete ile direkt olarak bir ilişkisi olduğu bulunmuştur. Kaygı seviyesi düşük olan hastalar problem odaklı baş etme stratejilerini kullanma eğilimindeyken, kaygı seviyesi orta ve yüksek düzeyde olan hastalar duygu odaklı başa etme stratejilerini kullanmaktadır (Silva, Zandonade ve Amorim, 2017). Bu veriler, Lafaye ve ark., (2014) tarafından yapılan çalışmada, prostat

kanseri hastalarının problem odaklı baş etmeyi kullandıklarında daha az anksiyete ve depresyon semptomlarını deneyimlerken, duygu odaklı baş etmeyi kullandıklarında daha fazla anksiyete ve depresyon semptomlarını deneyimledikleri sonucu ile desteklenmiştir.

Hastaların hastalığa uyumu ve baş etme stratejileri, Roesch ve ark. (2005) tarafından prostat kanseri hastaları ile yapılan meta analiz çalışmasında incelenmiştir. Problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkmayı kullanan prostat kanseri hastalarının hastalığa hem psikolojik hem de fiziksel olarak uyum sağlarken, kaçınmacı başa çıkmayı kullanan hastaların hem psikolojik hem fiziksel olarak hastalığa uyum sağlayamadığı bulunmuştur.

Kanser hastalarının hastalıklarını nasıl algıladıkları hangi baş etme stratejisini kullanacaklarını etkilemektedir (Hopman ve Rijken, 2015). Lazarus ve Folkman (1984) da belli bilişsel değerlendirmelerin belli baş etme stratejilerini kullanmaya yöneltebileceğini belirtmektedirler. Bu duruma göre, kişiler bir durumu meydan okuma olarak algıladıklarında problem odaklı baş etme stratejilerini kullanmaktadır. Bunun aksine, kişiler durumu tehdit edici veya zararlı olarak algıladıklarında ise duygu odaklı baş etme stratejilerini kullanmaktadır. Ayrıca, kişilerin kanser hastalığı hakkındaki bilişsel değerlendirmesi farklılık gösterebilmektedir (Armay ve ark., 2007). Bazı bireyler, kanseri üstesinden gelinebilecek ve kendilerinin ileride daha güçlü olacaklarını düşündükleri bir öğrenme süreci olarak görürken, başka bireyler ise kanseri hayatlarındaki tüm amaçlarının son bulabileceği, hayati bir tehlike olarak değerlendirmektedir.

Meme kanseri hastalarında, baş etme ve hastalık algıları ile ilgili yapılan bir çalışmada ise hastalığı üzerinde kişisel kontrolü olduğunu algılayanlar ile problem odaklı başa çıkma arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda, zaman

(döngüsel) alt boyutu ile kaçınmacı başa çıkma arasında pozitif anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Richardson ve ark., 2017).

Kayır (2014) tarafından 163 kanser hastası ile yapılan bir çalışmada, problem odaklı baş etme olan iyimser yaklaşım ile hastalığın süresini döngüsel olarak algılayanlar arasında negatif bir ilişki var iken kendine güvenli yaklaşım ile hastalığını akut olarak algılayanlar arasında pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada, duygu odaklı baş etme stratejilerinden çaresiz yaklaşımın hastalık algısının kronik ve tedavi kontrolü alt boyutları arasında negatif bir ilişki bulunurken boyun eğici yaklaşım ile hastalık algısının sonuç ve kişisel kontrol alt boyutları arasında negatif bir ilişki olduğu belirtilmiştir.

Hopman ve Rijken'nin (2015) yapmış olduğu çalışmada da kanser hastalarının tedavi ve kişisel kontrol algıları hiçbir başa çıkma yoluyla ilişki bulunmamıştır. Ancak hastalığının uzun süreceğini, olumsuz sonuçlarının olacağını ve duygusal olarak fazla yük bineceğini düşünen hastalar pasif başa çıkma yollarını kullandığı sonucu elde edilmiştir.

Sosyal destek alma davranışı baş etme stratejileri arasında bulunmaktadır. Bireyin stres yaratan olaydan uzaklaşmasını sağlamaktadır. Kanser tanısı almış olmanın hastada yaratmış olduğu stresle baş etmede, hasta duygusal sosyal destekten yararlanmakta ve duygusal sosyal destek hastaların duygusal ve fiziksel olarak başa çıkmalarına destek olmaktadır (Kayır, 2014). Levy ve ark., (1990) tarafından yapılan çalışmada, başkalarından sosyal destek alan mastektomi olan meme kanseri hastalarının bağışıklık sistemini daha iyi olduğu ortaya çıkarılmıştır.

Türkiye'de 148 kanser hastasının bulunduğu, sosyal destek ve baş etme değişkenlerinin incelendiği çalışmada, sosyal destek ve başa çıkma stratejileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Duygu odaklı başa çıkma stratejilerinden kendine

güvenmeyen ve boyun eğici yaklaşım ile sosyal destek arasında negatif bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Hastaların sosyal destek puanları arttıkça duygu odaklı baş etme stratejileri puanları azalmaktadır. Aynı zamanda, sosyal destek ile problem odaklı başa çıkma stratejilerinden kendinden emin olma, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Böylece hastaların problem odaklı başa çıkma stratejisi puanları arttıkça sosyal destek puanları artmaktadır (Tan, 2007).

1.5. Hastalığa Psikososyal Uyum

Kişinin denge durumu, iç-dış çevreden gelen uyaranlar ve gelişimsel veya durumsal olaylar tarafından sarsılmaktadır. Bu olaylar kişinin uyumunu gerekli kılmaktadır (Gümüş, 2007). İç ve dış çevreden gelen değişiklikleri kabul etme, uygun tutum ve davranışların gösterilme gücü uyum olarak nitelendirilmektedir (Çam, Saka ve Gümüş, 2009). Ayrıca uyum, bireyin hem kendisi hem de çevresi ile ilişkiler kurabilmesi ve bu ilişkileri sürdürebilme düzeyi olarak açıklanmaktadır (Hallaç, 2010).

Uyum, anlayabilme, yönetebilme ve anlam verilme ile gerçekleşmektedir. Bir başka deyişle, kişinin durumunun ne olduğunu anlaması, durumuyla nasıl baş edebileceğine karar vermesi ve yaşamış olduğu duruma anlam katması ile kişi duruma uyum sağlamaktadır (Gümüş, 2007).

Psikososyal, bireysel ve davranışsal değişkenleri, aile ve sosyal ilişkilerdeki bozulmaları, iş, okul ve diğer önemli günlük işlerdeki yetersizlikler gibi sosyal ilişkileri ve işlevselliği etkileyen değişkenleri içinde barındıran bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Aktaş, 2013).

Psikososyal uyum kavramı psikolojik ve sosyal uyum olmak üzere iki boyutu içermektedir. Psikolojik uyum boyutu, duygusal odaklı savunma mekanizmalarının,

önceki deneyimlerin duygusal odaklı baş etme mekanizmalarının kullanımının yer almasıdır. (Birol, 2002). Sosyal uyum boyutu ise bireyin sahip olduğu değer ve inançlar, iş ve eğlence hayatı, yaşadığı çevre ve sağlık bakım sistemlerinden oluşan ve aynı zamanda bireylerin yaş, cinsiyet, aile, iş ve eğlence alanındaki sosyal rollerini etkileyebilen süreçtir (Nazlı, 2019).

Hastalığa uyum ise bireyin yaşamış olduğu hastalığı anlamlandırdığı ve hastalığın nedenlerinden, sonuçlarından kaynaklanan tesirleri anladığı bir süreç olarak ifade edilmektedir (Nazlı, 2019). Böylece hastalığa uyum sağlanmak için bireyin hastalığı ve hastalığa bağlı sonuçları ile işlevsel başa çıkması, tedavi sürecine ve hizmetlerine uygun davranışlarda bulunması gerekmektedir (Hallaç, 2010).

Bir hastalığa psikolojik uyum ise hastaların tanı ve tedavi sürecinde hastaneye yatmasını, hastalık prognozunun iyiye gitmemesini, öz bakım kaybını, hastaların kazançlarını, kayıplarını ve mücadelelerini kapsayan bir süreç olarak ifade edilmektedir (Nazlı, 2019).

1.5.1. Hastalığa psikososyal uyumu etkileyen faktörler

Hastalığa uyumun bireyin kişisel özellikleri, hastalık ve tedaviye ilişkin özellikler, olayları değerlendirme ve yorumlama şekli, sağlık bakımına olan ilgi ve memnuniyet, yakın aile ilişkileri ve yakın ilişkiler, seksüel ilişkiler, sosyal çevre ve sosyal faaliyetlere katılım gibi birçok faktör ile ilişkisi bulunmaktadır (Hallaç, 2010).

Bireylerin hastalıklarına karşı olan uyumlarının artışı bu faktörlerden meydana gelen psikolojik baskı düzeyinin azalması veya daha hafif bir şekilde hissedilmesi ile gerçekleşmektedir. Dolayısıyla, psikolojik zorlanmanın, uyumun en önemli belirteçlerinden biri olduğu söylenebilir (Aktaş, 2013). Bu nedenle tedavi sonuçları,

hastanın iyileşme mücadelesi, tekrardan yaşama ve sosyal hayata dönme, sağlıklı yaşam alışkanlıklarının edinilmesi hastanın yaşamış olduğu psikolojik zorlanmalarının ortaya çıkarılmamasından ve çözümlenmemesinden ötürü olumsuz bir şekilde etkilenebilmektedir ve psikolojik zorlanma tedavi sonuçlarında ciddi sorunlar doğurabilmektedir. Bu durum hastanın tedavisinin ve iyileşme sürecinin uzamasına ve tedavi masraflarının artmasına neden olmaktadır (Adaylar, 1995; Aktaş, 2013).

Hastalığa psikososyal uyum, hastalık ve tedavi ile ilişkili olan faktörlerinden etkilenirken eş zamanlı olarak hastalığa psikososyal uyum da hastalığın seyri üzerinde olumlu veya olumsuz bir etkide bulunmaktadır (Aktaş, 2013). Hastalığa psikososyal uyumda etkili faktörlerden hastalıkla ilgili değişkenler; hastalığın süresi, hastalığın evresi, uygulanan cerrahi yöntem, hastalığın vücutta etkilediği bölümü, hastalığın seyri, kronik olma durumu, ağrı durumu, hastalığa bağlı dış görüntünün değişmesidir (Koçak, 2020). Hastayla ilgili değişkenler ise hastanın yaşı, cinsiyeti, kişilik özellikleri, mesleği, medeni durumu, eğitim durumu, çocuk sahibi olması, önceki hastalık deneyimleri, stres ve hastalıkla baş etme yöntemleri, sosyokültürel özellikleri, hastalığını algılama şekli ve psikososyal stres etmenleridir (Koçak, 2020). Son olarak hastalığa psikososyal uyumda etkili olan çevresel faktörler ise çevrenin hastalığı nasıl algıladığı, hastanın aile ilişkileri, değer yargıları ve sosyal desteğin varlığıdır (Adaylar, 1995; Koçak 2020).

1.5.2. Kanser ve psikososyal uyum

İnsanların sağlıklı bir durumdan hastalık durumuna geçişleri, yaşamlarında ciddi bir aşama olmaktadır. Bu durum insanların yaşamlarında ve hayata bakış açılarında ani değişiklikler yaratmakta ve insanları hazırlıklı olmadıkları bir durumla yüzleştirmektedir.

(Yıldız, 2012). Kanser hastalığı da insan sağlığı için önem teşkil etmektedir ve bireyin yaşam kalitesini artırması için hastalığa uyumu önemli olmaktadır (Karakartal, 2018).

Kanser hastalarının hastalıklarına uyum süreçlerinde psikososyal, psişik ve tıbbi faktörler etkili olmaktadır. Hastalığın tanısı, gidişatı, hastanın daha önce hastalıklara ilişkin deneyimleri, kişinin yaşı, cinsiyeti, hastalığa dair algıları, eğitim, sosyal destek ve baş etme yöntemleri gibi faktörlerin hastaların kansere uyumda olumlu veya olumsuz olarak etkili olduğu belirtilmektedir (Gümüş, 2007).

Hastaların kansere yüklediği anlam, hastalıklarına dair düşünceleri, algıları ve değerlendirmeleri hastalığına uyumunu etkilemekte ve hastalığa dair tepki ve davranışlarını belirlemektedir (Özdemir ve Taşçı, 2013). Örneğin, memeyi kadınlığın bir sembolü olarak simgeleştiren kadın bir meme kanseri hastasının hastalığına olan tepkisi memeye dair böyle bir algısı olmayan hastalara göre daha zorlayıcı olacaktır. Hasta, kanseri gücün, rollerin, beklentilerin ve geleceğin bir kaybı olarak algılandığında ise depresif bir tepki verebilmektedir (Gümüş, 2007).

Meme kanseri hastalarının psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmiş olduğu bir araştırmada, Çam ve ark., (2009) çocuk sayısı, aile tipi, eğitim, meslek, gelir, hastalık tanı süreci ve semptomların şiddetinin hastalığa psikososyal uyum üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Analizler sonucunda hastalarda tek çocuğa sahip olan, yalnız yaşayan, gelir düzeyi düşük olan, hastalık nedeni ile yaşamı olumsuz etkilenen ve yeni tanı konmuş hastaların psikososyal uyumunu daha kötüyken, eğitim düzeyi yüksek ve emekli olan hastaların ise psikososyal uyumunun daha iyi olduğu bulunmuştur. Kanseri hastalarında demografik bilgiler ile uyum arasındaki ilişkinin incelenmiş olduğu bir başka çalışmada, evli olmanın, yüksek bir gelire ve eğitim seviyesine sahip olmanın, kişinin

sağlığı hakkında olumlu bir algısının olmasının hastaların daha iyi uyum göstermesinde etkili olduğu belirtilmiştir (Schnoll, Knowles ve Harlow,2012).

1.6. Amaç ve Hipotezler

Literatürde belirtildiği gibi kanser hastalığı dünyada en sık görülen hastalıklardan biridir ve kanser tanısı konulması, insanların yaşamında büyük bir etkiye sahip olmaktadır. Hastaların hastalığı nasıl algıladıkları, hastalığa karşı olan uyumları, sosyal destek ve baş etme tarzları hastalar için bu aşamada önem teşkil etmektedir. Örneğin, hastalığa yönelik algı kişilerin geleceğe yönelik plan ve beklentilerini olumsuz yönde etkileyerek hastaların psikososyal uyumunu da bozmaktadır (Moadel ve ark.,1999; Sammarco ve Konecny, 2008). Dolayısıyla bu çalışmanın birinci hipotezi: “Kanser hastalarında Hastalık Algısı Ölçeği ile ölçülen hastalık algısı, Hastalığa Psiko-sosyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği ile ölçülen psikososyal uyumu yordayacaktır”.

Literatürde kanser tanısı alma ve kanser tedavisi süresi boyunca hastalar için sosyal desteğin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bu süreçte sosyal destek azalması hastaların yaşam kalitesinin düşmesine ve daha fazla psikopatolojik semptomların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Salonen, 2011). Yapılan bir araştırmada, damgalanma ve kanser hastalarındaki “kişilerin onlara daha farklı baktığı” algısı hastalarda kişilerden uzaklaşmaya dolayısıyla sosyal desteğe ulaşımına engel olmasına neden olarak bu durumun yaşam kalitelerini etkilediği bulgulanmıştır (Novotny ve ark., 2010). Bir diğer çalışmada ise hastalık sürecinde aileden ve arkadaşan alınan sosyal desteğin yaşam kalitesinin fiziksel ve duygusal boyutuyla pozitif ilişkisi olduğu bulunmuştur (Luszczynska, 2013). Aynı zamanda sosyal desteğin, uyum sürecinde de etkili olduğu gösterilmiştir (Yamada,2011). Ayrıca alanyazı çalışmalarında, sosyal desteğin

biçimlendirici ve/veya aracı etkileri incelenmiştir. Akciğer kanseri hastaları ile yapılan çalışmada sosyal desteğin, hastalığı zarar verici olarak algılama ile stres seviyesi arasında biçimlendirici etkisinin olduğu bulunmuştur (Poręba-Chabros, Mamcarz ve Jurek, 2020). Meme kanseri hastaları ile yapılan bir diğer çalışmada sosyal desteğin, depresif semptomlar ile yaşam kalitesi arasında biçimlendirici etkisi tespit edilmiştir (Huang ve Hsu, 2013). Bu bulguların aksine, meme kanseri hastaları ile yapılan çalışmada psikolojik dayanıklılık ve yaşam kalitesi arasında sosyal desteğin aracı bir etkisinin olduğu ortaya koyulmuştur (Zhang ve ark., 2017). Bu bulgular ışığında bu tez çalışmasında kanser hastalarında sosyal desteğin, hastalık algısı ile uyum arasında hangi etkisinin daha ön planda olduğu araştırılacaktır.

Kanser sürecinde baş etme kavramı oldukça önemlidir. Hastanın hastalık sürecini nasıl değerlendireceği ve algılayacağı hastanın baş etme şeklini belirleyecektir (Franks ve Roesch, 2006). Hastalarda oluşan olumsuz hastalık algısının gelecek planlarına, günlük yaşamının akışına engel olduğu bulunmuştur (Mete, 2008). Yapılan bir çalışmada hastalarda oluşan olumsuz yöndeki düşünceler için baş etme yöntemlerinin geliştirilerek uyumun arttırıldığı bulunmuştur (Yıldırım ve Gürkan, 2010). Başka bir çalışmada da kanserle işlevsel bir şekilde baş etme sağlanırsa hastaların yaşam kalitesinin etkileneceği belirtilmiştir (Özdemir ve Taşçı, 2013). Ayrıca alan yazı çalışmalarında, baş etmenin hem biçimlendirici hem de aracı etkileri araştırılmıştır. Meme kanseri hastaları ile yapılan bir çalışmada, hastalığın belirsizliği ve yaşam kalitesi arasında aktif baş etmenin biçimlendirici etkiye sahip olduğu görülmüştür (Ahadzadeh ve Sharif, 2018). Bir diğer meme kanseri hastaları ile yapılan çalışmada da hastaların yaşadıkları semptomları algılamalarına bağlı olarak bildirdikleri semptom stresi ile zihinsel yaşam kalitesi arasında

aktif baş etmenin biçimlendirici etkisi olduğu tespit edilmiştir. Diğer yandan yine aynı çalışmada, zihinsel yaşam kalitesi ile hem kanser teşhisi ve tedavisine ilişkin güçlü olumsuz duygular hem de semptom stresi arasında pasif başa çıkmanın aracı etkisi olduğu belirtilmiştir. ÖDM'ye (Öz Düzeleme Modeli) göre de baş etmenin aracı bir etkisin olduğu belirtilmiştir (Gould, Brown ve Bramwell, 2010). Dolayısıyla bu bulgular neticesinde baş etmenin alan yazında biçimlendirici etkisine dair bulgular ön planda olmakla birlikte aracı etkisini ortaya koyan çalışmalara da rastlanmıştır. Bu sebeple bu tez çalışmasında kanser hastalarında baş etme, hastalık algısı ile uyum arasında biçimlendirici mi yoksa aracı bir etkiye mi sahip olacağı araştırılacaktır.

Araştırmanın yan amaçları bağlamında ise hastalık algısı ile demografik bilgilerden elde edilen cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, tanı koyulduktan sonra geçen süre ve kanser türleri arasında ilişki olup olmadığı analiz edilecektir.

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın örneklemine, katılımcılara uygulanan veri toplama araçlarına ve toplanan verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel analizlere ilişkin bilgilere yer verilmektedir.

2.1. Örneklem

Araştırmanın örneklemi kanser tanısı almış, 18 yaşından büyük, aktif olarak tedavisi süren, 60 hastadan oluşmaktadır.

Katılımcıların yaş ortalaması 52.68 (ss=12,54, min=26, max=76) olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %78.3'ü kadınlardan, %21.7'si erkeklerden oluşmaktadır. Sosyo-ekonomik farklılıkları ortadan kaldırmak için sosyal güvence altındaki katılımcılar araştırmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların demografik bilgileri Tablo 2.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgileri

Değişkenler N=60		Ort	SS
Yaş		52.68	12.54
		N	%
Cinsiyet	Kadın	47	78
	Erkek	13	22
Medeni	Bekar	14	23
Durum	Evli	46	77
Eğitim	İlkokul	17	28
Düzeyi	Lise	28	47
	Üniversite	15	25

Tablo 2.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgileri (devam)

	N	%
Çalışma Çalışıyor	11	18
Durumu Çalışmıyor	49	82
Gelir Düşük	14	23
Düzeyi Orta	42	70
Yüksek	4	7

Katılımcıların hastalık ile ilgili bilgilerine bakıldığında 36 katılımcı meme kanseri tanısı almışken 24 katılımcı ise diğer kanser türlerinden (akciğer, yumurtalık, lenfoma gibi) tanı almıştır. Meme kanseri tanısı almış katılımcıların hepsi kadınlardan oluşmaktadır. Diğer kanser tanısına sahip olan katılımcıların 11'i kadınlardan oluşurken, geriye kalan 13 katılımcı da erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların hastalıkları ile ilgili detaylı bilgileri Tablo 2.2'de belirtilmiştir.

Tablo 2.2. Katılımcıların Hastalıkla İlgili Bilgileri

Değişkenler N=60	Ort	SS
Tanıdan Sonra Geçen Süresi(ay)	8.34	4.90
	N	%
Tanı Tarihi		
2017	7	12
2018	32	53
2019	21	35
Tedavi Başlangıç Tarihi		
2017	3	5
2018	34	57
2019	23	38

Tablo 2.2. Katılımcıların Hastalıkla İlgili Bilgileri (**devam**)

	N	%
Tanı Türü (Kanser)		
Meme	36	60
Diğer	24	40
Tedavi Yöntemi		
Kemoterapi	26	43
Radyoterapi	3	5
Kemoterapi Radyoterapi	31	52
Nüksetme		
Evet	0	0
Hayır	60	100
Ailede Psikiyatrik Geçmiş		
Evet	1	2
Hayır	59	98

2.2. Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları araştırmacı tarafından literatür bilgisine dayanılarak hazırlanmıştır. Çalışmada bilgilendirilmiş onam formunun, doktorlar için bilgilendirilmiş onam formunun ve demografik bilgi formunun yanında, Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ), Hastalığı Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği (HPUÖÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ) ve Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği (SBTÖ) kullanılmıştır.

2.2.1. Doktorlar için bilgilendirilmiş onam formu

Doktorlar için Bilgilendirilmiş Onam Formunda, bu tez çalışması kapsamında veri toplanılan onkoloji birimlerinde çalışmakta olan doktorlara araştırmanın amacı, süresi ve araştırmaya katılacak kişilerin kriterleri hakkında bilgi verilmektedir (**Ek A**). Bu formla

birlikte kanser tanısı hakkında bilgi sahibi olan hastalara araştırmanın uygulanabilmesi için doktorlarından izin alınması amaçlanmıştır.

2.2.2. Bilgilendirilmiş onam formu

Bilgilendirilmiş onam formunda katılımcılara; araştırmanın amacı ve bir yüksek lisans programı kapsamında yürütüldüğü hakkında bilgilendirme yapılmaktadır. Katılımcıların cevaplarının araştırmacılarda saklı kalacağı bilgisi ve araştırmanın süresi formda belirtilmektedir (**Ek B**). Katılımcılara araştırmanın gönüllülük esasına dayandığı bilgisi verilmektedir. Ayrıca katılımcıların herhangi bir sebepten ötürü kendilerini rahatsız hissettikleri zaman araştırmadan çıkabilecekleri onlara garanti edilmektedir.

2.2.3. Demografik bilgi formu

Demografik bilgi formu, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve hastalıkları ile ilgili sorulardan oluşmaktadır (**Ek C**). Bu sorular hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim düzeyi, mesleği, sosyo-ekonomik düzeyi, çalışma durumu, kanser tanısını ne zaman aldığı, tanıdan sonra geçen süreyi, kanser türünün ne olduğunu, ailede psikiyatrik bir geçmişin olup olmadığını ve hastaya tedavi yöntemlerinden hangilerinin uygulandığı şeklinde bireyin kendisi ve hastalığı ile ilgili sosyo-demografik bilgileri içermektedir.

2.2.4. Hastalık algısı ölçeği (HAÖ)

Hastalık Algısı Ölçeği (IPQ-Illness Perception Questionnaire), Weinman ve arkadaşları (1996) geliştirilmiştir. Ölçek 2002 yılında Moss-Morris ve arkadaşları tarafından yeniden düzenlenmiştir. Kocaman ve arkadaşları ise 2007 yılında ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmıştır. Aynı yıl içerisinde,

ölçeğin kanser hastalarında uygulanabilmesi için Armay ve arkadaşları (2007) ölçeğin kanser hastalarında geçerlik-güvenirlik çalışmasını yapmıştır.

Ölçek, kanser hastalarının hastalığa olan algılarını ölçmektedir ve şu üç bölümden oluşmaktadır: hastalık belirtileri, hastalık algısı ve hastalık nedenleri. Hastalık belirtileri bölümünde 14 belirti bulunmaktadır ve katılımcılardan bu belirtileri iki aşamada değerlendirmesi istenmektedir. Katılımcılardan ilk aşamada “hastalık süresince bu belirtileri yaşıyıp yaşamadıklarına”, ikinci aşamada ise “bu belirtilerin hastalıkları ile ilgili olup olmadığına” dair soruları evet/hayır biçiminde yanıtlamaları istenmektedir. Hastalık belirtileri kısmında hastanın ikinci aşamada vermiş olduğu evet cevaplarının sayısı toplam puanı belirtmektedir. Hastalık algısı bölümü 38 maddeden oluşan beşli Likert tipi bir değerlendirmedir. Bu bölümde Süre (Akut/Kronik), Süre (Döngüsel), Sonuçlar, Kişisel Kontrol, Tedavi Kontrolü, Hastalık Tutarlılığı ve Duygusal Temsiller şeklinde 7 alt ölçek bulunmaktadır. Bu alt ölçeklerden;

- Süre alt ölçeği, hastaların hastalığının süresiyle ilgili algılarını
- Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını
- Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, gidişatı ve tedavisi üzerindeki kontrol algısını
- Tedavi kontrolü, kişinin uygulanan tedavi hakkındaki inancını
- Hastalık tutarlılığı, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını
- Duygusal temsil ise kişinin hastalığı ile ilgili neler hissettiğini araştırmaktadır (Kocaman ve ark., 2007). Süre alt ölçeğinde yüksek puan durumun akut, kronik

veya döngüsel olduğunu göstermektedir. Kişisel veya tedavi kontrolü alt ölçeklerinde yüksek puan kişinin hastalığı ve tedaviyi kontrol edebildiği hakkındaki olumlu inançlara sahip olduğunu görmektedir. Hastalık tutarlılığı alt ölçeğinde yüksek puan hastalığın kişisel anlaşılabilirliğini belirtmektedir. Sonuçlar alt ölçeğinde yüksek puan ise hastalığın negatif sonuçları olduğunu ve son olarak duygusal temsil alt ölçeğinde yüksek puan hastalığın tetiklediği negatif duyguların arttığını ifade etmektedir (Karabulutlu ve Karaman, 2015).

Ölçekte yer alan 1, 2, 3, 4, 5 ve 18. maddeler süreyi (akut/kronik), 29, 30, 31 ve 32. maddeler süreyi (döngüsel), 6, 7, 8, 9, 10 ve 11. maddeler sonuçları, 12, 13, 14, 15, 16 ve 17. maddeler kişisel kontrolü, 19, 20, 21, 22 ve 23. maddeler tedavi kontrolünü, 24, 25, 26, 27 ve 28. maddeler hastalık tutarlılığını, 33, 34, 35, 36, 37 ve 38. maddeler duygusal temsilleri ölçmektedir. Ölçekte yer alan 1, 4, 8, 15, 17, 18, 19, 23, 24, 25, 26, 27 ve 36. maddeler ters, geri kalan maddeler ise düz kodlanan maddelerdir (Moss Morris ve ark, 2002; Weinnan ve ark.,2000). Bunun yanında nedenler bölümü, 5'li likert, 4 alt ölçekli 18 maddeden oluşmaktadır: psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağışıklık ve kaza veya şansır. Nedenler bölümünün sonunda, niteliksel değerlendirme için kişiden kendi hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenmektedir.

Ayrıca Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasında, hastalık belirtileri bölümünün Cronbach alfa değeri .84, hastalık algısı bölümünün .60-.85 ve hastalık nedenleri bölümünün .41-.78'tir (Armay ve ark., 2007).

Ölçeğin bir örneği **EK D**'de sunulmuştur.

2.2.5. Hastalığa psikososyal uyum öz-bildirim ölçeği (HPUÖÖ)

Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (Psychosocial Adjustment to Illness Scale Self-Report-PAIS-SR) Derogatis tarafından (1986) yılında geliştirilmiş, fiziksel hastalığa psikososyal uyumu değerlendirmeyi amaçlayan, çok boyutlu bir ölçektir. Ülkemizde psikososyal uyum ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenirliği, Adaylar (1995) tarafından yapılmıştır.

Ölçek, 46 maddeden ve yedi alt ölçekten oluşmaktadır: sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskıdır. Katılımcılardan her soru için belirtilmiş olan 4 yanıtta kendilerine en uygun yanıtı seçmeleri istenmektedir (Derogatis, 1986). Her bir sorunun yanıtlarının skoru 0-3 aralığında değişmektedir. Ölçeğin orijinalinden farklı olarak bu araştırmada olumlu değişiklikler veya herhangi bir değişiklik olmaması 3 puanla hesaplanırken olumsuz değişiklikler 0 puan şeklinde hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 iken en yüksek puan 138'dir. Ölçekte 35'in altındaki puanlar "kötü psikososyal uyumu", 35 ile 51 arası puanlar "orta derecede iyi psikososyal uyumu", 51'in üstündeki puanlar "iyi psikososyal uyumu" ifade eder şeklinde değerlendirilmektedir. Böylece, yüksek puanlarda sağlık bakımına, aile çevresine, seksüel ilişkilere, geniş aile ilişkilerine, sosyal çevreye uyumun iyi olduğu görülmektedir. Psikolojik baskı alt ölçeğinde ise psikolojik baskı kavramı olarak olumsuz olmasına rağmen bu çalışmada alt ölçekte alınan puanların yüksek olması hastaların psikolojik süreçlerinde daha iyi uyum sağlamış olduğunu, alınan puanların düşük olması hastaların psikolojik süreçlerinin iyi olmadığını göstermektedir.

Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayı değeri.94'tür. Ölçeğin bir örneği **EK E**'de bulunmaktadır.

2.2.6. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ASDÖ)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Zimet ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiş olan sosyal desteği değerlendirmeyi amaçlayan bir ölçektir. Bu ölçeğin Türkiye'de geçerlik-güvenirlik çalışması Eker ve Arkar (1995) tarafından yapılmış ve ardından Eker ve ark. (2001) tarafından son halini almıştır.

Ölçekte 12 madde bulunmaktadır. Ölçek aile (eş, çocuk, kardeşler ve ebeveynler), arkadaş ve özel insan desteği olmak üzere 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Her alt ölçek 4 madde içermekte ve her madde "kesinlikle hayır'dan kesinlikle evet'e" doğru 7'li Likert tipi ölçüm kullanılarak cevaplanmaktadır. Ölçekte yer alan 3, 4, 8 ve 11. maddeler aile desteğini, 6, 7, 9 ve 12. maddeler arkadaş desteğini ve 1, 2, 5 ve 10. maddeler ise özel bir kişinin desteğini ölçmektedir. Ölçekten en fazla 84 puan alınırken, en az 7 puan alınmakta; alt ölçeklerde en fazla 28 puan alınırken en az 4 puan alınmaktadır. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Ölçeğin Türkçe versiyonunun Cronbach Alfa değeri .89 olarak bulunmuştur. Ölçek alt boyutlarından aileden algılanan sosyal destek alt boyutu Cronbach Alpha değeri .85, arkadaştan alınan sosyal destek Cronbach Alfa değeri .88 ve özel insandan alınan sosyal destek alt boyutu Cronbach Alfa değeri .92 olarak bildirilmiştir (Eker ve Akar, 2001). Ölçeğin bir örneği **EK F**'de gösterilmiştir.

2.2.7. Stresle baş etme tarzları ölçeği (SBTÖ)

Ölçek Folkman veLazarus (1985) tarafından geliştirilmiştir. Türkiye’de ölçeğin geçerlik-güvenilirliği 1995 yılında Şahin ve Durak tarafından yapılmıştır.

Ölçekte 30 soru bulunmaktadır. Ölçek kendine güvenli, iyimser, sosyal desteğe başvurma, çaresiz ve boyun eğici yaklaşımlar olmak üzere beş alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekte yer alan 8, 10, 14, 16, 20, 23 ve 26. maddeler kendine güvenli yaklaşımı, 2, 4, 6, 12, 18. maddeler iyimser yaklaşımı, 5, 13, 15, 17, 21 ve 24. maddeler boyun eğici yaklaşımı, 3, 7, 11, 19, 22, 25, 27 ve 28. maddeler çaresiz yaklaşımı ve 1, 9, 29 ve 30. maddeler sosyal desteğe başvurmayı ölçmektedir (Şahin & Durak, 1995). Ölçeğin 1. ve 9. maddeleri ters maddelerdir (Coşar,2015). Ölçekte 4’lü Likert kullanılmaktadır. Sorularda en düşük puan 0, en yüksek puan 3 şeklinde olmaktadır. Alt ölçek puanları, maddelerin puanlarının toplamı ile hesaplanmaktadır.

Cronbach Alpha değerleri 5 faktör içinde .45-.80 arasında değişmektedir (Şahin ve Durak, 1995). Ölçeğin bir örneği **EK G**’de yer almaktadır.

2.2.8. Veri Toplama Araçlarının Güvenilirlik Analizleri

Araştırmada kullanılan Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ), Hastalığı Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği (HPUÖÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ) ve Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği (SBTÖ) olmak üzere 4 ölçek için yapılan güvenilirlik analiz sonuçları Tablo 2.3.’te gösterilmiştir.

Tablo 2.3. Veri Toplama Araçlarının Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayıları

Ölçekler	Cronbach Alfa
Hastalık Algısı Ölçeği	
Hastalık Algısı Bölümü	
Akut/Kronik Alt Ölçeği	.28
Döngüsel Alt Ölçeği	.56
Sonuçlar Alt Ölçeği	.74
Kişisel Kontrol Alt Ölçeği	.50
Tedavi Kontrolü Alt Ölçeği	.75
Hastalık Tutarlılığı Alt Ölçeği	.72
Duygusal Temsiller Alt Ölçeği	.76
Hastalık Nedenleri Bölümü	
Psikolojik Atıflar	.87
Risk	.56
Bağıışıklık	.22
Kaza veya Şans	.42
Hastalığı Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği	
Uyum Toplam	.89
Sağlık Bakımına Oryantasyon	.63
Mesleki Çevre	.60
Aile Çevresi	.73
Seksüel İlişkiler	.86
Geniş Aile İlişkileri	.55
Sosyal Çevre	.87
Psikolojik Baskı	.95

Tablo 2.3. Veri Toplama Araçlarının Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayıları (**devam**)

Ölçekler	Cronbach Alfa
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	
Sosyal Destek Toplam	.89
Aile Desteği	.90
Arkadaş Desteği	.88
Özel	.84
Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği	
İyimser Yaklaşım	.74
Çaresiz Yaklaşım	.58
Sosyal Desteğe Başvurma	.40
Boyuneğici Yaklaşım	.29
Kendine Güvenli Yaklaşım	.77

2.3. İşlem

Araştırmanın yapılabilmesi için öncelikle Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi etik kurul izni alınmıştır. Bu etik izin doğrultusunda özel bir hastane ve kanser hastaları için kurulmuş olan bir dernekten ayrıca gerekli izinler alınmıştır. Daha sonra verilerin toplanacağı hastanelerdeki onkoloji birimlerinde çalışan doktorlardan, hastalıkları hakkında bilgi sahibi olan hastalara araştırmayı uygulayabilmek için izin alınmıştır. Aynı şekilde dernekte hastalara araştırmayı uygulayabilmek için tanıları hakkında bilgi sahibi olan hastaların bilgisi dernekte çalışan kişilerden alınmıştır.

Çalışma 2019 Ocak-Kasım tarihleri arasında onkoloji biriminde tedavi gören ve dernek ve hastane aracılığıyla ulaşılan 60 hastaya uygulanmıştır. Katılımcılara öncelikle araştırmacının kendisi tanıtılmış daha sonra araştırmanın amacı, ne kadar süreceği, içeriği, gizlilik ve gönüllülük şartları hakkında bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmak

isteyen katılımcılardan onam formu alınmıştır. Araştırmaya katılmak isteyen katılımcılarla anketler hastanede kemoterapi odasında ve koridorda, dernekte araştırmacıya verilen görüşme odasında yapılmıştır.

Araştırmaya katılmak isteyen katılımcılara öncelikle onam formu verilmiş, daha sonra katılımcılar seçkisiz olarak sıralanan demografik formu, Hastalık Algısı Ölçeğini (HAÖ), Hastalığı Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeğini (HPUÖÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğini (ASDÖ) ve Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeğini (SBTÖ) doldurmuştur. Katılımcılardan bazıları fiziksel olarak yorgun olduğundan, yanında gözlüğü olmadığından dolayı okumakta zorlandığından ve yaşlı olduğundan katılımcılara araştırmacı tarafından yardım edilmiştir. Ölçeklerin doldurulması yaklaşık olarak bir saat sürmüştür.

2.4. Verilerin Analizi

Toplanmış olan veriler istatistiksel analizlerinin SPSS 22.0 versiyonu kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmanın hipotezlerini test etmeden önce değişkenlerin normal dağılımları ve veri toplama araçlarının Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayıları incelenmiştir. Araştırmada Cronbach Alfa katsayısı .60 altında olan ölçekler analize dahil edilmemiştir.

Analizde verilerin dağılımı doğrultusunda yan amaçlar için parametrik veya parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Bu sebeple Hastalık Algısı Ölçeği ile demografik formdan elde edilmiş bilgilerin T-Test ve ANOVA analizleri yapılmıştır.

Baş etme ve sosyal destek değişkenlerinin biçimlendirici (moderatör) mi yoksa aracı (medyator) değişken mi olduğunun analizi için hiyerarşik doğrusal moderatör

regresyon analizi ile hiyerarşik doğrusal medyatör regresyon analizi yöntemi kullanılarak test edilmiştir. Biçimlendirici ve aracı değişken analizi için Baron ve Kenny'nin (1986) kriterleri göz önünde tutulmuştur. Biçimlendirici değişken analizinde, bağımsız ile bağımlı değişken arasında anlamlı bir ilişki olması gerekirken biçimlendirici değişkenin bağımlı ve bağımsız değişken ile arasında anlamlı bir ilişkinin olması gerekmemektedir. Bu yüzden analize bağımsız ve bağımlı değişken arasında anlamlı bir ilişkisi bulunan değişkenler ile devam edilmiştir. Değişkenler öncelikle Z standart puanına çevrilmiştir ve daha sonra hiyerarşik regresyon analizine yapılmıştır. Aracı değişken analizinde ise bağımsız, aracı ve bağımlı değişkenlerin birbirleri arasında anlamlı bir ilişki olmalı ve bu değişkenlerden bağımsız değişken bağımlı ve aracı değişkeni, aracı değişken bağımlı değişkeni yordamalıdır. Baron ve Kenny'nin bu koşullarına dikkat ederek analiz gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR

3.1. Betimleyici Bulgular

Bu kısımda kanserli hastaların demografik ve hastalık durumlarına ilişkin bilgilerinin Hastalık Algısı Ölçeği ile ilgili analiz sonuçları belirtilmektedir. Aynı zamanda çalışmada bulunan ölçeklerin istatistiksel sonuçlarına yer verilmektedir.

3.1.1. Katılımcıların ölçek puanlarına dair betimsel bilgileri

Kanser hastalarının hastalık algısı alt ölçek puanlarının cinsiyete göre karşılaştırıldığı analiz sonuçları Tablo 3.1.'de yer almaktadır.

Tablo 3.1. Kanser Hastalarının Cinsiyet Değişkeni Açısından Hastalık Algısı Alt Ölçek Puanlarının T-Testi Analiz Değerleri

HAÖ Alt Ölçekleri	Cinsiyet	N	$\bar{X}$	S	sd	T	p
HAÖ-S	Kadın	47	18,64	5,70	32,40	3,022	.005*
	Erkek	13	22,46	3,43			
HAÖ-DT	Kadın	47	17,98	5,82	58	0,070	.945
	Erkek	13	17,85	6,89			
HAÖ-TK	Kadın	47	20,75	4,62	58	1,203	.234
	Erkek	13	19,10	3,30			
HAÖ-HT	Kadın	47	18,95	4,82	58	1,039	.303
	Erkek	13	17,46	3,48			

*p<.05, **p<.01 (HAÖ-S: Hastalık Algısı Ölçeği-Sonuçlar, HAÖ-TK: Tedavi Kontrolü, HAÖ-DT: Duyusal Temsil, HAÖ-HT: Hastalık Tutarlılığı)

Cinsiyetin, hastalık algısı alt ölçek puanları üzerinde anlamlı bir etkisinin olup olmadığını incelemek için yapılan t-test analizinde yalnızca HAÖ-S alt ölçeğinde kadın ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($t_{(32,40)} = 3,022$, $p < .01$). Erkek

katılımcıların HAÖ-S ölçek puan ortalamalarının ($\bar{X} = 22,46$) kadınlardan ($\bar{X} = 18,64$) daha fazla olduğu görülmüştür.

İkinci olarak demografik bilgilerden elde edilen yaş değişkenine göre kanser hastalarının hastalık algısı alt ölçek puanları karşılaştırılmıştır (Tablo 3.2.).

Tablo 3.2. Kanser Hastalarının Yaş Değişkeni Açısından Hastalık Algısı Alt Ölçekleri Puanlarının T-Testi Analiz Değerleri

HAÖ Alt Ölçekleri	Yaş	N	$\bar{X}$	S	sd	t	p
HAÖ-S	26-51	26	20,04	5,73	58	0,697	.489
	52-76	34	19,04	5,36			
HAÖ-DT	26-51	26	18,35	5,71	58	0,443	.659
	52-76	34	17,65	6,30			
HAÖ-TK	26-51	26	20,53	5,35	41,36	0,194	.847
	52-76	34	20,29	3,58			
HAÖ-HT	26-51	26	19,41	4,49	58	1,162	.250
	52-76	34	18,03	4,38			

*p<.05, **p<.01 (HAÖ-S: Hastalık Algısı Ölçeği-Sonuçlar, HAÖ-TK: Tedavi Kontrolü, HAÖ-DT: Duygusal Temsil, HAÖ-HT: Hastalık Tutarlılığı)

Yapılan analizlerde, yaş değişkenin hastalık algısı alt ölçek puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir ($p>.05$).

Tablo 3.3.'te kanser hastalarının hastalık algısı alt ölçekleri puanlarının medeni durum değişkenine göre karşılaştırıldığı analiz sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 3.3. Kanser Hastalarının Medeni Durum Değişkeni Açısından Hastalık Algısı Alt Ölçekleri Puanlarının T-Testi Analiz Değerleri

HAÖ Alt Ölçekleri	Medeni Durum	N	$\bar{X}$	S	sd	t	p
HAÖ-S	Bekar	14	20,23	3,67	35,58	0,752	.457
	Evli	46	19,24	5,96			
HAÖ-DT	Bekar	14	17,43	6,33	58	0,368	.714
	Evli	46	18,11	5,97			
HAÖ-TK	Bekar	14	22,07	2,67	58	1,652	.104
	Evli	46	19,89	4,71			
HAÖ-HT	Bekar	14	18,19	3,61	58	0,403	.688
	Evli	46	18,76	4,86			

*p<.05, **p<.01 (HAÖ-S: Hastalık Algısı Ölçeği-Sonuçlar, HAÖ-TK: Tedavi Kontrolü, HAÖ-DT: Duygusal Temsil, HAÖ-HT: Hastalık Tutarlılığı)

Medeni durum değişkenin hastalık algısı alt ölçek puanları üzerinde anlamlı bir etkisinin olup olmadığı araştırılmış ve elde edilen analizde tüm ölçek puanları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı değerlendirilmiştir ($p>.05$) (Tablo 3.3.).

Tablo 3.4. Kanser Hastalarının Tanıdan Sonra Geçen Süre Değişkeni Açısından Hastalık Algısı Alt Ölçekleri Puanlarının T-Testi Analiz Değerleri

HAÖ Ölçekleri	Alt Cinsiyet	N	$\bar{X}$	S	sd	t	p
HAÖ-S	0-12 Ay	52	19,08	5,66	58	-1,409	.164
	13-24 Ay	8	22,00	3,59			
HAÖ-DT	0-12 Ay	52	17,73	6,10	58	-,717	.476
	13-24 Ay	8	19,38	5,55			
HAÖ-TK	0-12 Ay	52	20,32	4,61	58	-,328	.744
	13-24 Ay	8	20,88	2,80			
HAÖ-HT	0-12 Ay	52	19,28	4,35	58	3,009	.004**
	13-24 Ay	8	14,38	3,85			

*p<.05, **p<.01 (HAÖ-S: Hastalık Algısı Ölçeği-Sonuçlar, HAÖ-TK: Tedavi Kontrolü, HAÖ-DT: Duygusal Temsil, HAÖ-HT: Hastalık Tutarlılığı)

Tablo 3.4.'te, hastalık algısı alt ölçek puanlarının kanser tanısından sonra geçen süreye göre farklılaşıp farklılaşmadığı gösterilmiştir. Hastalık algısı alt ölçek puanlarının tanıdan sonra geçen süreye göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymak için yapılan t-test analizlerinde yalnızca HAÖ-HT alt ölçeğinde tanıdan sonra 0-12 ay geçen kişilerdeki puan ortalamaları ($\bar{X} = 19,28$) ile 13-24 ay geçen kişilerin puanları ($\bar{X} = 14,38$) arasında anlamlı bir fark görülmüştür ($t_{(58)} = 3,009, p < .01$).

Kanser türlerine göre yapılan T-Test analizi sonuçları Tablo 3.5.'te yer almaktadır.

Tablo 3.5. Kanser Hastalarının Kanser Türü Değişkeni Açısından Hastalık Algısı Alt Ölçekleri Puanlarının T-Testi Analiz Değerleri

HAÖ Ölçekleri	Alt Cinsiyet	N	$\bar{X}$	S	sd	t	p
HAÖ-S	Meme Kanseri	36	17,92	5,75	58	-2,823	.007**
	Diğer Kanserler	24	21,79	4,23			
HAÖ-DT	Meme Kanseri	36	17,31	6,39	58	-1,018	.313
	Diğer Kanserler	24	18,92	5,37			
HAÖ-TK	Meme Kanseri	36	20,40	4,93	58	,011	.992
	Diğer Kanserler	24	20,39	3,54			
HAÖ-HT	Meme Kanseri	36	19,10	4,83	58	,983	.330
	Diğer Kanserler	24	17,92	4,17			

*p<.05, **p<.01 (HAÖ-S: Hastalık Algısı Ölçeği-Sonuçlar, HAÖ-TK: Tedavi Kontrolü, HAÖ-DT: Duygusal Temsil, HAÖ-HT: Hastalık Tutarlılığı)

Hastalık algısı alt ölçek puanlarının kanser türleri arasında farklılaşıp farklılaşmadığı araştırılmıştır ve meme kanseri ile diğer kanser türleri arasında HAÖ-S puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur ($t_{(58)}=-2,823, p<.01$). Buna göre meme kanseri tanısı olan kişilerin HAÖ-S puan ortalamaları ($\bar{X} = 17,92$), diğer kanser türlerinde tanısı olan kişilerin puan ortalamalarından ($\bar{X} = 21,79$) daha düşüktür.

Kanser hastalarının eğitim durumuna göre ölçek puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığını öğrenmek amacıyla yapılan Anova analizi Tablo 3.6.'da gösterilmektedir.

Tablo 3.6. Kanser Hastalarının Eğitim Durumu Değişkeni Açısından Hastalık Algısı Alt Ölçekleri Puanlarının Anova Analiz Değerleri

		Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
HAÖ-S	Gruplar arası	64,422	2	32,211	1,068	.351
	Grup içi	1719,913	57	30,174		
	Toplam	1784,335	59			
HAÖ-TK	Gruplar arası	53,246	2	26,623	1,396	.56
	Grup içi	1087,045	57	19,071		
	Toplam	1140,291	59			
HAÖ-DT	Gruplar arası	201,334	2	100,667	2,974	.059
	Grup içi	1929,516	57	33,851		
	Toplam	2130,850	59			
HAÖ-HT	Gruplar arası	99,234	2	49,617	2,486	.092
	Grup içi	1137,688	57	19,959		
	Toplam	1236,922	59			

* $p < .05$, ** $p < .01$ (HAÖ-S: Hastalık Algısı Ölçeği-Sonuçlar, HAÖ-TK: Tedavi Kontrolü, HAÖ-DT: Duygusal Temsil, HAÖ-HT: Hastalık Tutarlılığı)

Hastaların ilkokul, lise ve üniversite eğitim durumlarının hastalık algısı alt ölçek puan ortalamalarında fark olup olmadığı sınamak için yapılan Anova analizinde tüm alt ölçeklerde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (sırasıyla $F_{(2,57)} = 1,068$, $p > .5$; $F_{(2,57)} = 1,396$, $p > .5$; $F_{(2,57)} = 2,974$, $p > .5$; $F_{(2,57)} = 2,486$, $p > .5$).

Demografik bilgilerle ilgili olarak yapılan analizlerde son olarak ekonomik durum incelenmiştir (Tablo 3.7.).

Tablo 3.7. Kanser Hastalarının Ekonomik Durum Değişkeni Açısından Hastalık Algısı
Alt Ölçek Puanlarının Anova Analiz Değerleri

		Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
HAÖ-S	Gruplar arası	16,470	2	8,235	.266	.768
	Grup içi	1767,865	57	31,015		
	Toplam	1784,335	59			
HAÖ-TK	Gruplar arası	9,085	2	4,543	.229	.796
	Grup içi	1131,206	57	19,846		
	Toplam	1140,291	59			
HAÖ-DT	Gruplar arası	10,779	2	5,389	.145	.865
	Grup içi	2120,071	57	37,194		
	Toplam	2130,850	59			
HAÖ-HT	Gruplar arası	12,718	2	6,359	.296	.745
	Grup içi	1224,205	57	21,477		
	Toplam	1236,922	59			

*p<.05, **p<.01 (HAÖ-S: Hastalık Algısı Ölçeği-Sonuçlar, HAÖ-TK: Tedavi Kontrolü, HAÖ-DT: Duygusal Temsil, HAÖ-HT: Hastalık Tutarlılığı)

Düşük, orta ve yüksek gelirli hastaların hastalık algısı alt ölçeklerindeki ortalama puanları arasındaki ilişkiler Anova ile analiz edilmiştir. Analiz sonucunda alt ölçek puanlarında düşük, orta ve yüksek gelirli hastalar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (sırasıyla $F_{(2,57)} = 0,266$, $p > .5$; $F_{(2,57)} = 0,299$ $p > .5$; $F_{(2,57)} = 0,145$, $p > .5$; $F_{(2,57)} = 0,296$, $p > .5$)

HAÖ’de hastalığın belirtileri ve nedenleri bölümleri için betimsel analiz yapılmıştır. Katılımcıların hastalık belirtilerinden en çok yorgunluk (%73.3), güç kaybı (%70’i) ve sersemlik hissi (%55) yaşadığı bulunmuştur. Katılımcıların hastalıklarının

nedeni olarak en çok belirttikleri faktörler stres (%80), vücut direnci azalması (%63.3) ve duygusal durum (%45) olmuştur. Hastalık nedenleri bölümünde hastaların niteliksel olarak kendilerinin belirtmiş olduğu hastalık nedenlerinin ise stres (%83.33), kişilik özellikleri (%26.66) ve beslenme (%25) olduğu sonucu elde edilmiştir.

Tablo 3.8.'de kanser hastalarının HAÖ, HPUÖÖ, ASDÖ ve SBTÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar, standart sapma değerleri, medyan, ranj, minimum ve maksimum değerler bulunmaktadır.

Tablo 3.8. Kanser Hastalarının HAÖ, HPUÖÖ, ASDÖ ve SBTÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapma Değerleri, Medyan, Ranj, Minimum ve Maksimum Değerleri

	N	Ranj	Medyan	Min	Mak	Ort	SS
HAÖ-S	60	24	19,50	6	30	19,47	5,50
HAÖ-TK	60	20	21,00	5	25	20,40	4,40
HAÖ-DT	60	24	17,00	6	30	17,95	6,01
HAÖ-HT	60	16	19,50	9	25	18,63	4,58
HPUÖÖ- T	60	62	96,00	61	123	96,72	17,89
HPUÖÖ-SBO	60	14	18,00	9	23	18,18	3,58
HPUÖÖ- AÇ	60	20	29,00	16	36	28,14	4,45
HPUÖÖ-Sİ	60	18	12,00	0	18	11,72	4,97
HPUÖÖ-PB	60	21	15,50	0	21	14,20	5,87
HPUÖÖ-SÇ	60	18	12,00	0	18	11,72	4,97

Tablo 3.8. Kanser Hastalarının HAÖ, HPUÖÖ, ASDÖ ve SBTÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapma Değerleri, Medyan, Ranj, Minimum ve Maksimum Değerleri (devam)

	N	Ranj	Medyan	Min	Mak	Ort	SS
<i>ASDÖ-T</i>	60	72	72,00	12	84	66,35	16,10
<i>ASDÖ-Aİ</i>	60	24	27,00	4	28	24,67	5,64
<i>ASDÖ-AR</i>	60	24	22,00	4	28	21,15	7,07
<i>ASDÖ-ÖK</i>	60	24	22,00	4	28	20,53	7,42
<i>SBTÖ-KGY</i>	60	16	16,08	5	21	15,91	3,73
<i>SBTÖ-İY</i>	60	13	7,00	1	14	6,98	2,76

(HAÖ-S: Hastalık Algısı Ölçeği-Sonuçlar, HAÖ-TK: Tedavi Kontrolü, HAÖ-DT: Duygusal Temsil, HAÖ-HT: Hastalık Tutarlılığı, ASDÖ-Aİ: Aile Desteği, ASDÖ-AR: Arkadaş Desteği, ASDÖ-ÖK: Özel Bir Kişi, ASDÖ-T: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Toplam Puan, SBTÖ-KGY: Stresle Başa Etme Tarzları Ölçeği-Kendine Güvenli Yaklaşım, SBTÖ-İY: İyimser Yaklaşım, HPUÖÖ-SBO: Sağlık Bakımına Oryantasyon, HPUÖÖ-AÇ: Aile Çevresi, HPUÖÖ-Sİ: Seksüel İlişkiler, HPUÖÖ-PB: Psikolojik Baskı, HPUÖÖ-SÇ: Sosyal Çevre, HPUÖÖ-T: Hastalığa Psikososyal Uyum Özbildirim Ölçeği-Toplam)

3.2. İlişkisel Bulgular

3.2.1. Korelasyon analizi

3.2.1.1. Araştırmada kullanılan değişkenler arasındaki ilişkiye dair bulgular

Araştırmada kullanılan ölçeklerin ve onların alt ölçek puanlarının birbirleriyle olan ilişkilerine bakabilmek için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Değişmezlik Katsayıları hesaplanmıştır. Hesaplanan katsayıları Tablo 3.9.'da gösterilmiştir.

Tablo 3.9. Araştırmada Yer Alan Değişkenlerin Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. HAÖ-S	-	.17	.51**	-.22	.03	-.14	-.09	-.09	.15	.10	-.00	.15	-.39**,*	-.30*	-.39**	-.48**
2. HAÖ-TK		-	-.04	.15	.05	.18	.18	.18	.31*	.24	.22	.84**	.09	-.02	.09	.11
3. HAÖ-DT			-	-.18	.08	-.02	.05	.04	-.15	-.27*	-.14	-.02	-.18*	-.29*	-.18	-.37**
4. HAÖ-HT				-	.17	.18	.18	.22	.22	.12	.19	.07	.12	.11	.12	.29*
5. ASDÖ-Aİ					-	.28*	.39**	.65**	-.05	-.06	.25	.06	.22	-.11	.22	.33*
6. ASDÖ-AR						-	.65**	.83**	.11	-.00	.16	.29*	.05	.05	.05	.18
7. ASDÖ-ÖK							-	.88**	-.00	-.06	.00	.30*	.13	.23	.13	.25
8. ASDÖ-T								-	.03	-.05	.16	.29*	.16	.09	.16	.31*
9. SBTÖ-KGY									-	.73**	.25	.36**	.00	.15	.00	.16
10. SBTÖ-İY										-	.11	.21	.08	.31*	.08	.17
11. HPUÖÖ-SBO											-	.27*	.25	.17	.25	.50**
12. HPUÖÖ-AÇ												-	.01	.11	.01	.11
13. HPUÖÖ-Sİ													-	.23*	.15	.69**
14. HPUÖÖ-PB														-	.23	.61**
15. HPUÖÖ-SÇ															-	.69**
16. HPUÖÖ-T																-

*p<.05, **p<.01 (HAÖ-S: Hastalık Algısı Ölçeği-Sonuçlar, HAÖ-TK: Tedavi Kontrolü, HAÖ-DT: Duygusal Temsil, HAÖ-HT: Hastalık Tutarlılığı, ASDÖ-Aİ: Aile Desteği, ASDÖ-AR: Arkadaş Desteği, ASDÖ-ÖK: Özel Bir Kişi, ASDÖ-T: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Toplam Puan, SBTÖ-KGY: Stresle Başa Etme Tarzları Ölçeği-Kendine Güvenli Yaklaşım, SBTÖ-İY: İyimser Yaklaşım, HPUÖÖ-SBO: Sağlık Bakımına Oryantasyon, HPUÖÖ-AÇ: Aile Çevresi, HPUÖÖ-Sİ: Seksüel İlişkiler, HPUÖÖ-PB: Psikolojik Baskı, HPUÖÖ-SÇ: Sosyal Çevre, HPUÖÖ-T:HastalığaPsikososyal Uyum Özbildirim Ölçeği-Toplam)

Tablo 3.9.'da görüldüğü üzere, hastalık algısı ölçeğinde sonuçlar alt ölçeği (HAÖ-S) ile hastalığa psikososyal uyum ölçeğinde seksüel ilişkiler (HPUÖÖ-Sİ), psikolojik baskı (HPUÖÖ-PB), sosyal çevre (HPUÖÖ-SÇ) alt ölçekleri ve toplam puan arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki (sırasıyla $r=-.39, p<.01$; $r=-.30^*, p<.05$; $r=-.39, p<.05$; $r=-.48, p<.05$) bulunmuştur. Bu ilişkilere göre kanser hastalarının hastalık algısı sonuçlar alt boyutundan aldıkları puan azaldıkça, hastalığa psikososyal uyum ölçeği seksüel ilişkiler, psikolojik baskı ve sosyal çevre puanları ve hastalığa psikososyal uyum toplam puanı artmaktadır

Hastalık algısı ölçeğinde sonuçlar ve duygusal temsil (HAÖ-DT) alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=.51, p<.01$). Bu pozitif ilişkiye göre kanser hastalarının hastalık algısının sonuçlar alt ölçeğinden aldıkları puanı artarken duygusal temsil puanı artmaktadır.

Hastalık algısı tedavi kontrol (HAÖ-TK) alt ölçeğinin, stresle baş etme tarzları ölçeğinde kendine güvenli yaklaşım (SBTÖ-KGY) ve hastalığa psikososyal uyum öz bildirim aile çevresi (HPUÖÖ-AÇ) alt ölçekleri ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu görülmüştür (sırasıyla $r=.31, p<.05$; $r=.84, p<.01$). Bu pozitif yöndeki ilişkiye göre kanser hastalarının hastalık algısı tedavi kontrol alt boyutundan aldıkları puan artarken kendine güvenli yaklaşım ve aile çevresi puanlarının da arttığı gözlenmektedir.

Hastalık algısı duygusal temsil (HAÖ-DT) alt ölçeğinin, stresle baş etme tarzları ölçeğinde iyimser yaklaşım (SBTÖ-İY) alt ölçeği ve hastalığa psikososyal uyum öz bildirim seksüel ilişkiler (HPUÖÖ-Sİ), psikolojik baskı (HPUÖÖ-PB) alt ölçekleri ve

toplam (HPUÖÖ-T) puanı ile ilişkisinin negatif yönde anlamlı olduğu bulunmuştur (sırasıyla $r=-.27, p<.05$; $r=-.18, p<.05$; $r=-.29, p<.05$; $r=-.37, p<.05$;). Bu sonuçlara göre kanser hastalarının hastalık algısı duygusal temsil alt boyutundan aldıkları puan arttıkça, iyimser yaklaşım, seksüel ilişkiler, psikolojik baskı ve uyum toplam puanı azalmaktadır.

Hastalık algısı hastalık tutarlılık (HAÖ-HT) alt ölçeği ile hastalığa psikososyal uyum ölçeği toplam (HPUÖÖ-T) puanı arasında pozitif anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=.29, p<.05$). Başka bir deyişle kanser hastalarının duygusal temsil alt boyutundan aldıkları puan arttıkça toplam uyum puanları artmaktadır.

Sosyal destek ölçeğinin aile desteği (ASDÖ-Aİ) alt ölçeği ile arkadaş desteği (ASDÖ-AR), özel kişi desteği (ASDÖ-ÖK) alt ölçekleri ve toplam puanı (ASDÖ-T) ve hastalığa psikososyal uyum toplam puanı (HPUÖÖ-T) arasında pozitif anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (sırasıyla $r=.28, p<.05$; $r=.39, p<.01$; $r=.65, p<.01$; $r=.33, p<.05$;). Bu bulgularla kanser hastalarının aile desteğinden aldıkları puan arttıkça arkadaş desteğinden, özel bir kişi desteğinden, algılanan destek toplamından ve uyum toplamından aldıkları puan artmaktadır.

Sosyal destek ölçeğinin özel kişi desteği (ASDÖ-ÖK) alt ölçeği ile toplam puanı (ASDÖ-T) ve hastalığa psikososyal uyum öz bildirim aile çevresi (HPUÖÖ-AÇ) alt ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla $r=.88, p<.05$; $r=.30, p<.05$). Bu sonuçlar kanser hastalarının özel bir kişi alt boyutundan aldıkları puan arttıkça toplam ve aile çevresinden aldıkları puanlar artmaktadır.

Sosyal destek ölçeğinin toplam puanı ile hastalığa psikososyal uyum ölçeğinin aile çevresi (HPUÖÖ-AÇ) ve toplam (HPUÖÖ-T) puanı arasında pozitif anlamlı bir ilişki ortaya çıkmıştır (sırasıyla $r=.29$, $p<.05$; $r=.31$, $p>.05$). Başka bir deyişle, kanser hastalarının sosyal destek toplam puanları arttıkça aile çevresi ve uyum toplam puanları artmaktadır.

Stresle baş etme tarzları ölçeğinin kendine güvenli yaklaşım (SBTÖ-KGY) alt ölçeği ile iyimser yaklaşım (SBTÖ-İY) ve hastalığa psikososyal uyum öz bildirim aile çevresi (HPUÖÖ-AÇ) alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (sırasıyla $r=.73$, $p<.01$; $r=.36$, $p<.01$). Bu ilişkilere göre, kanser hastalarının kendine güvenli yaklaşım alt boyutundan aldıkları puan arttıkça iyimser yaklaşım ve aile çevresi puanları artmaktadır.

Stresle baş etme tarzları ölçeğinin iyimser yaklaşım (SBTÖ-İY) alt ölçeği ile hastalığa psikososyal uyum ölçeğinin psikolojik baskı (HPUÖÖ-PB) alt ölçeği arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla $r=.31$, $p<.01$). Sonuç olarak, kanser hastalarının iyimser yaklaşım puanları arttıkça psikolojik baskı puanları artmaktadır.

Hastalığa psikososyal uyum ölçeğinin sağlık bakımına oryantasyon (HPUÖÖ-SBO) ile aile çevresi (HPUÖÖ-AÇ) alt ölçekleri ve toplam (HPUÖÖ-T) puanı arasında pozitif anlamlı bir ilişki gözlenmiştir (sırasıyla $r=.27$, $p<.05$; $r=.50$, $p<.01$). Bu pozitif yöndeki ilişkiye göre kanser hastalarının sağlık bakımına oryantasyon puanları arttıkça aile çevresi ve uyum toplam puanları artmaktadır.

Hastalığa psikososyal uyum ölçeğinin seksüel ilişkiler (HPUÖÖ-Sİ) ile psikolojik baskı (HPUÖÖ-PB) alt ölçeği ve toplam (HPUÖÖ-T) puanı arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir (sırasıyla $r=.23$, $p<.05$; $r=.69$, $p<.01$). Bu ilişkilere göre, kanser hastalarının seksüel ilişkiler puanı arttıkça psikolojik baskı ve uyum toplam puanları artmaktadır.

Hastalığa psikososyal uyum ölçeğinin psikolojik baskı alt ölçeği (HPUÖÖ-PB) ile toplam puanı arasında pozitif anlamlı bir ilişki görülmüştür ($r=.61$, $p<.01$). Bu sonuca göre kanser hastalarının psikolojik baskı puanları arttıkça uyum toplam puanları artmaktadır.

Hastalığa psikososyal uyum ölçeğinin sosyal çevre alt ölçeği (HPUÖÖ-SÇ) ile toplam puanı (HPUÖÖ-T) arasında pozitif anlamlı bir ilişki görülmüştür ($r=.69$, $p<.01$). Başka bir deyişle, kanser hastalarının sosyal çevre puanları arttıkça uyum toplam puanları da artmaktadır.

3.2.2. Regresyon analizleri

3.2.2.1. Biçimlendirici değişken analizi sonuçları

Bu analiz kapsamında sosyal destek ve baş etme değişkenlerinin kanser hastalarının hastalık algısı ve psikososyal uyum puanları arasındaki biçimlendirici etkisine, hiyerarşik doğrusal biçimlendirici regresyon analizi ile bakılmıştır. Biçimlendirici regresyon analizi için öncelikle Baron ve Kenny'nin önerisi doğrultusunda yordayıcı ve yordanan değişkenler arasındaki ilişki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Bu bağlamda hastalık algısı (yordayıcı değişken) ile psikososyal uyum (yordanan değişken) arasındaki korelasyon analiz sonuçları Tablo

3.9.'da gösterilmiştir. Bu korelasyon analiz sonuçlarına göre biçimlendirici değişken analizi yapılacak olan değişkenler Tablo 3.10'da bulunmaktadır.

Tablo 3.10.'da da biçimlendirici regresyon analizi yapılacak olan alt ölçekler belirtilmektedir.



Tablo 3.10. Hastalık Algısı ve Psikososyal Uyum arasında Biçimlendirici Değişken Analizi Yürütülecek Olan Alt Değişkenler

Yordayıcı Değişkenler (HAÖ)	Biçimlendirici Değişkenler (ASDÖ) – (SBTÖ)	Yordanan Değişkenler (HPUÖÖ)
HAÖ-DT	ASDÖ-T	HPUÖÖ-Sİ
	ASDÖ-Aİ	
	ASDÖ-AR	HPUÖÖ-PB
	ASDÖ-ÖK	
	SBTÖ-İY	HPUÖÖ-T
	SBTÖ-KGY	
HAÖ-HT	ASDÖ-T	HPUÖÖ-T
	ASDÖ-Aİ	
	ASDÖ-AR	
	ASDÖ-ÖK	
	SBTÖ-İY	
	SBTÖ-KGY	
HAÖ-S	ASDÖ-T	HPUÖÖ-Sİ
	ASDÖ-Aİ	
	ASDÖ-AR	HPUÖÖ-PB
	ASDÖ-ÖK	
	SBTÖ-İY	HPUÖÖ-T
	SBTÖ-KGY	
HAÖ-TK	ASDÖ-T	HPUÖÖ-AÇ
	ASDÖ-Aİ	
	ASDÖ-AR	
	ASDÖ-ÖK	
	SBTÖ-İY	
	SBTÖ-KGY	

İlk olarak, sosyal desteğin hastalık algısı alt ölçekleri ile psikososyal uyum ve alt ölçekleri arasındaki biçimlendirici etkisi analiz edilmiştir

3.2.2.2. Hastalık algısı ve hastalığa psikososyal uyum arasında sosyal desteğin biçimlendirici rolüne ilişkin bulgular

Hastalık algısının alt ölçekleri ile hastalığa psikososyal uyum ölçeğinin toplam puan ve alt ölçekleri arasında korelasyon ilişkisi anlamlı çıkan ölçeklerde sosyal desteğin biçimlendirici rolü Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi ile araştırılmıştır.

Tablo 3.11.'de HPUÖÖ-T ile HAÖ-Sarasında algılanan sosyal desteğin ve alt ölçeklerinin biçimlendirici etkisi gösterilmiştir.

Tablo 3.11. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı Sonuçlar Puanının Uyum Toplam Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Desteğin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	ΔR^2
HAÖ-S	-.454**	.226*
ASDÖ-T	.257*	.071*
HAÖ-S x ASDÖ-T	.088	.008
HAÖ-S	-.483**	.226**
ASDÖ-Aİ	.345**	.116**
HAÖ-S x ASDÖ-Aİ	-.021	.000
HAÖ-S	-.462**	.226**
ASDÖ-AR	.110	.013
HAÖ-S x ASDÖ-AR	.043	.002
HAÖ-S	-.451**	.226**
ASDÖ-ÖK	.192	.044
HAÖ-S x ASDÖ-ÖK	.115	.013

Not: Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize B katsayıları 3.adımda elde edilmiş katsayılarıdır. * $p<.05$, ** $p<.01$

(HAÖ-S: Hastalık Algısı Ölçeği-Sonuçlar, , ASDÖ-Aİ: Aile Desteği, ASDÖ-AR: Arkadaş Desteği, ASDÖ-ÖK: Özel Bir Kişi, ASDÖ-T: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Toplam Puan)

Tablo 3.11.'de görüldüğü gibi hastalık algısı sonuçlar puanının uyum toplam puanı üzerinde yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu bulunmuştur. Sonuçlar puanı, uyum toplam puanının yaklaşık %23'lük kısmını anlamlı olarak açıklamaktadır ($F_{(1,58)} = 16.921$, $p<.01$). Yapılan analizler sonucunda, algılanan sosyal desteğin ve algılanan aile desteğinin yordanan değişken üzerindeki etkisinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla, $F_{(1,57)} = 5,741$, $p<.05$; $F_{(1,57)} = 10,036$, $p<.01$). Algılanan sosyal destek, psikososyal uyum toplam puanlarındaki değişimin %7'sini anlamlı olarak açıklamaktadır. Algılanan aile desteği ise, psikososyal uyum toplam puanlarındaki değişimin %12'sini anlamlı olarak açıkladığı bulunmuştur. Ancak elde edilen bulgulara, biçimlendirici değişkenlerin ortak etkisi anlamlılık göstermemektedir.

Hastalık algısı tutarlılığı puanlarının uyum toplam puanı üzerindeki yordayıcı etkisine bakılmıştır ve analiz sonuçları Tablo 3.12'de yer almaktadır.

Tablo 3.12. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı Tutarlılığı Puanlarının Uyum Toplam Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Desteğin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	<i>B</i>	ΔR^2
HAÖ-HT	.248	.082*
ASDÖ-T	.213	.064*
HAÖ-HT x ASDÖ-T	-.146	.019
HAÖ-HT	.253*	.082*
ASDÖ-Aİ	.238*	.080*
HAÖ- HT x ASDÖ-Aİ	-.116	.011
HAÖ- HT	.261*	.082*
ASDÖ-AR	.140	.017
HAÖ- HT x ASDÖ-AR	-.139	.019
HAÖ- HT	.264	.082*
ASDÖ-ÖK	.177	.041
HAÖ- HT x ASDÖ-ÖK	-.124	.014

Not: Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize *B* katsayıları 3.adımda elde edilmiş katsayılardır. * $p < .05$, ** $p < .01$

(HAÖ-HT: Hastalık Algısı Ölçeği-Hastalık Tutarlılığı, ASDÖ-Aİ: Aile Desteği, ASDÖ-AR: Arkadaş Desteği, ASDÖ-ÖK: Özel Bir Kişi, ASDÖ-T: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği- Toplam Puan)

Hastalık tutarlılığı puanı, uyum toplam puanının yaklaşık %8'lik kısmını anlamlı olarak açıklamaktadır ($F_{(1,58)} = 5.188$, $p < .05$). Analiz sonuçlarında, algılanan sosyal desteğin ve algılanan aile desteğinin yordanan değişken üzerindeki etkisinin anlamlı olduğu görülmüştür (sırasıyla $F_{(1,57)} = 4,257$, $p < .05$; $F_{(1,57)} = 5,443$, $p < .01$). Psikososyal uyum toplam puanlarındaki değişimin %6'lık kısmını algılanan sosyal destek ve %8'ini

aile desteği açıklamaktadır. Fakat, yapılan analizlerde biçimlendirici değişkenlerin ortak etkisi anlamlı olmamıştır.

Hastalık algısı duygusal temsil puanlarının uyum toplam puanı üzerindeki yordayıcı etkisinin incelendiği analiz verileri Tablo 3.13.'te belirtilmiştir.

Tablo 3.13. Kanser Hastalarının Hastalık Duygusal Temsil Puanlarının Uyum Toplam Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Desteğin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	ΔR^2
HAÖ-DT	-.382	.136**
ASDÖ-T	.324	.105
HAÖ-DT x ASDÖ-T	.000	.000
HAÖ-DT	-.400*	.136**
ASDÖ-Aİ	.344	.127**
HAÖ- DT x ASDÖ-Aİ	.034	.001
HAÖ- DT	-.363	.136**
ASDÖ-AR	.175	.030
HAÖ- DT x ASDÖ-AR	.012*	.000
HAÖ- DT	-.389*	.136**
ASDÖ-ÖK	.268*	.072*
HAÖ- DT x ASDÖ-ÖK	-.032	.167

Not: Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize B katsayıları 3.adımda elde edilmiş katsayılarıdır. *p<.05, **p<.01

(HAÖ-DT: Hastalık Algısı Ölçeği-Duygusal Temsil, ASDÖ-Aİ: Aile Desteği, ASDÖ-AR: Arkadaş Desteği, ASDÖ-ÖK: Özel Bir Kişi, ASDÖ-T: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Toplam Puan)

Tablo 3.13.'te hastalık algısı duygusal temsil puanlarının uyum toplam puanı üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu belirtilmiştir. Duygusal temsil puanı, uyum toplam puanının yaklaşık %14'lük kısmını anlamlı olarak açıklamaktadır ($F_{(1,58)} = 5.188$, $p < .05$). Ayrıca, algılanan aile desteğinin ve özel kişi desteğinin yordanan değişken üzerindeki etkisinin anlamlı olduğu görülmüştür (sırasıyla $F_{(1,57)} = 9.799$, $p < .01$; $F_{(1,57)} = 5.214$, $p < .05$). Elde edilen veriler, psikososyal uyum toplam puanlarındaki değişimin %13'lük kısmını algılanan aile desteğinin ve %8'lik kısmını ise özel bir kişinin desteğinin açıkladığını göstermektedir. Analizde yer alan biçimlendirici değişkenlerin ortak etkilerine bakıldığında ise hiçbirinin ortak etkisinin anlamlı olmadığı tespit edilmiştir.

Hastalık algısı sonuçları ile psikolojik baskı puanı ilişkisi için yapılan regresyon analizleri Tablo 3.14.'te bulunmaktadır.

Tablo 3.14. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı Sonuçlar Puanlarının Psikolojik Baskı Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Desteğin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

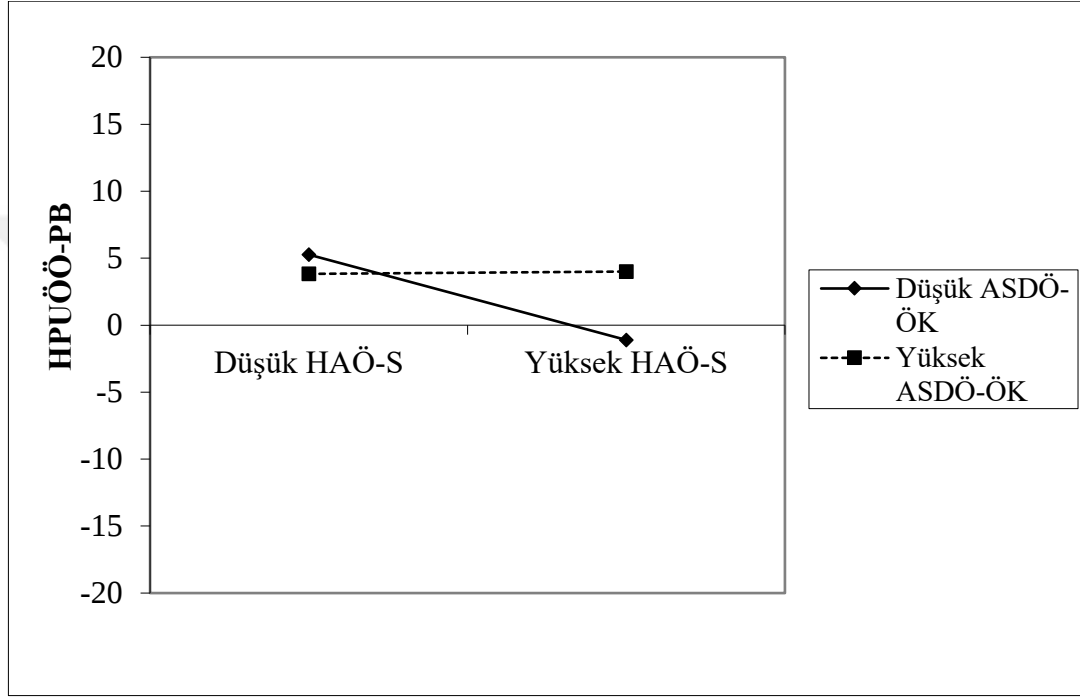
Değişkenler	B	ΔR^2
HAÖ-S	-.297*	.087*
ASDÖ-T	.040**	.004
HAÖ-S x ASDÖ-T	.175	.030
HAÖ-S	-.274*	.087*
ASDÖ-Aİ	-.061	.011
HAÖ-S x ASDÖ-Aİ	-.193	.035
HAÖ-S	-.309*	.087*
ASDÖ-AR	.000	.000
HAÖ-S x ASDÖ-AR	-.165	.027
HAÖ-S	-.264*	.087*
ASDÖ-ÖK	.156	.041
HAÖ-S x ASDÖ-ÖK	-.289*	.081

Not: Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize *B* katsayıları 3.adımda elde edilmiş katsayılardır. * $p < .05$, ** $p < .01$ (HAÖ-S: Hastalık Algısı Ölçeği-Sonuçlar, ASDÖ-Aİ: Aile Desteği, ASDÖ-AR: Arkadaş Desteği, ASDÖ-ÖK: Özel Bir Kişi, ASDÖ-T: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Toplam Puan)

Tablo 3.14.'e göre hastalık algısı sonuçlar puanını psikolojik baskı puanı üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu belirtilmiştir. Sonuçlar puanı, psikolojik baskı puanının yaklaşık %9'luk kısmını anlamlı olarak açıklamaktadır ($F_{(1,58)} = 5.537$, $p < .05$). Sosyal destek değişkenlerinin yordanan değişken üzerinde anlamlı etkisi bulunmamaktadır. Ancak, özel bir kişi desteğinin biçimlendirici etkisinin anlamlı olduğu

tespit edilmiştir. Hastalık algısı sonuçlar ile özel bir kişi desteğinin ortak etki puanları yordanan değişkendeki değişimin %8’lik kısmını açıklamaktadır ($F_{(1,56)} = 5,722, p < .05$).

Özel kişi desteğinin etkisi Şekil 3.15.’te gösterilmiştir.



Şekil 3.1. Hastalık Algısı Sonuçları Puanları ile Psikolojik Baskı Puanları Arasındaki İlişkide Özel Bir Kişi Desteğinin Biçimlendirici Etkisi

(HAÖ-S: Hastalık Algısı Ölçeği-Sonuçlar, ASDÖ-AR: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği- Arkadaş Desteği, HPUÖÖ-PB: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-bildirim Ölçeği-Psikolojik Baskı)

Şekil 3.1.’de belirtildiği gibi özel desteği düşük olduğunda hastalık algısı sonuçlar ile psikolojik baskı puanları arasında negatif bir ilişki bulunmakta ve sonuçlar puanı arttıkça psikolojik baskı puanları azalmaktadır. Özel kişi tarafından verilen destek yüksek olduğunda ise hastalık algısı sonuçlar puanı artsa da azalsa da psikolojik baskı puanı hemen hemen aynı kalmaktadır. Dolayısıyla, özel kişi desteğinin yüksek olması, hastalık algısı sonuçları ile psikolojik baskı puanları arasında tampon bir etki oluşturmaktadır.

Özel kişi desteğinin yüksek olması, psikolojik baskı puanında hastalık algısı sonuçlar puanın olumsuz etkisine rağmen bir tampon oluşturmaktadır.

Hastalık algısı ölçeğinin duygusal temsil alt boyutu ile hastalığa psikososyal uyum ölçeğinin psikolojik baskı alt boyutları arasındaki ilişkide sosyal desteğin moderatör etkilerinin sınıandığı regresyon analizleri Tablo 3.15'te verilmiştir.



Tablo 3.15. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı Duygusal Temsil Puanlarının Psikolojik Baskı Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Desteğin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

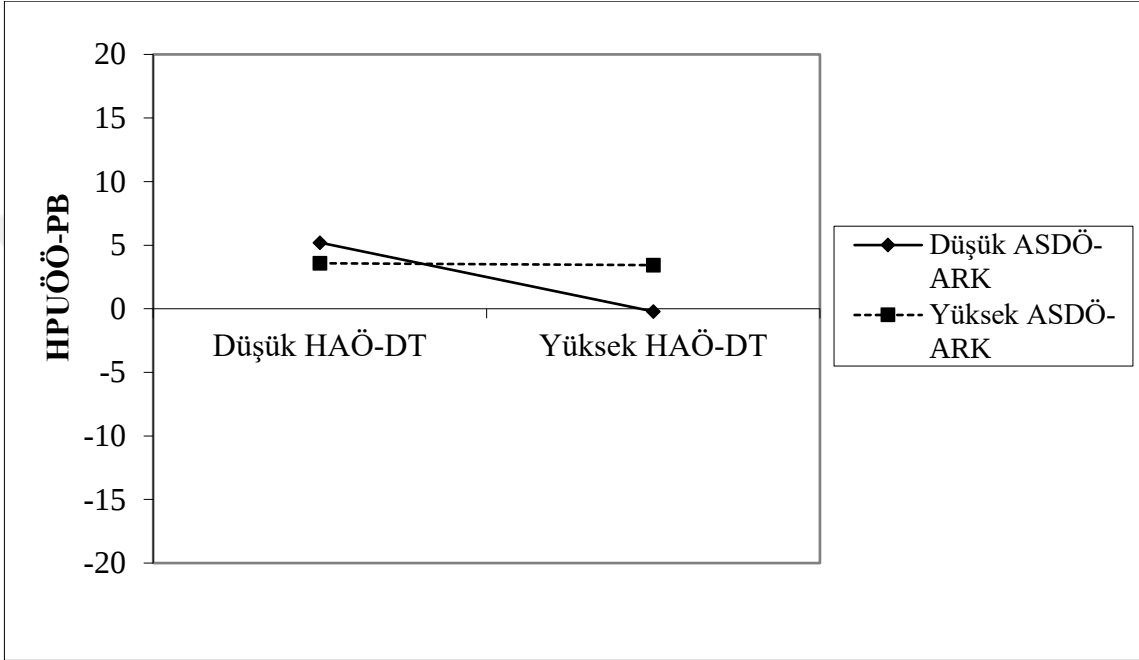
Değişkenler	B	ΔR^2
HAÖ-DT	-.256*	.086*
ASDÖ-T	.148	.010
HAÖ-DT x ASDÖ-T	.208	.039
HAÖ-DT	-.286*	.086*
ASDÖ-Aİ	-.088	.008
HAÖ- DT x ASDÖ-Aİ	.003	.000
HAÖ- DT	-.237	.086*
ASDÖ-AR	.086	.002
HAÖ- DT x ASDÖ-AR	.273*	.070*
HAÖ-DT	-.277*	.086*
ASDÖ-ÖK	.246*	.059
HAÖ-DT x ASDÖ-ÖK	-.136	.018

Not: Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize B katsayıları 3.adımda elde edilmiş katsayılardır. *p<.05, **p<.01

(HAÖ-DT: Hastalık Algısı Ölçeği-Duygusal Temsil, ASDÖ-Aİ: Aile Desteği, ASDÖ-AR: Arkadaş Desteği, ASDÖ-ÖK: Özel Bir Kişi, ASDÖ-T: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Toplam Puan)

Yapılan analiz sonuçlarına göre, hastalık algısı duygusal temsil puanının psikolojik baskı puanı üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Duygusal temsil puanı, psikolojik baskı puanının yaklaşık %9'luk kısmını anlamlı olarak açıklamaktadır ($F_{(1,58)} = 5,437, p < .05$). Sosyal destek değişkenlerinin yordanan değişken üzerinde anlamlı etkisi bulunmazken duygusal temsil ve arkadaş desteği ortak etki

puanları yordanan değişkendeki değişimin %7'lik kısmını anlamlı bir şekilde açıklamaktadır ($F_{(1,56)} = 4,632$, $p < .05$). Şekil 3.2'de arkadaş desteğinin etkisi gösterilmiştir.



Şekil 3.2. Hastalık Algısı Duygusal Temsil Puanları ile Psikolojik Baskı Puanları Arasındaki İlişkide Arkadaş Desteğinin Biçimlendirici Etkisi

((HAÖ-DT: Hastalık Algısı Ölçeği-Duygusal Temsil, ASDÖ-AR: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Arkadaş Desteği), HPUÖÖ-PB: Hastalığa Psikososyal Uyum Özbildirim Ölçeği-Psikolojik Baskı)

Arkadaş desteği düşük olduğunda hastalık algısı duygusal temsil ile psikolojik baskı puanları arasında negatif bir ilişki bulunmakta ve duygusal temsil puanı arttıkça psikolojik baskı puanları azalmaktadır. Arkadaş desteği yüksek olduğunda ise hastalık algısı sonuçlar puanı artsa da azalsa da psikolojik baskı puanında değişiklik olmamaktadır. Yüksek arkadaş desteğinin, hastalık algısının duygusal temsil alt boyutu ile hastalığa psikososyal uyumun psikolojik baskı alt boyutu arasında tampon bir etkiye sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 3.16. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı Sonuçlar Puanlarının Seksüel İlişkiler Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Desteğin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	<i>B</i>	ΔR^2
HAÖ-S	-.311	.094*
ASDÖ-T	.006	.001
HAÖ-S x ASDÖ-T	.153	.023
HAÖ-S	-.323*	.094*
ASDÖ-Aİ	.184	.044
HAÖ- S x ASDÖ-Aİ	.114	.012
HAÖ- S	-.335	.094*
ASDÖ-AR	.148	.018
HAÖ- S x ASDÖ-AR	.107	.011
HAÖ-S	-.298*	.094*
ASDÖ-ÖK	.003	.000
HAÖ-S x ASDÖ-ÖK	.130	.016

Not: Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize *B* katsayıları 3.adımda elde edilmiş katsayılardır. * $p < .05$, ** $p < .01$

(HAÖ-S: Hastalık Algısı Ölçeği-Sonuçlar, ASDÖ-Aİ: Aile Desteği, ASDÖ-AR: Arkadaş Desteği, ASDÖ-ÖK: Özel Bir Kişi, ASDÖ-T: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Toplam Puan)

Tablo 3.16.'da belirtilmiş olan sonuçlarda, hastalık algısı sonuçlar puanının seksüel ilişkiler üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu gösterilmiştir. Sonuçlar puanı, seksüel ilişkiler puanının yaklaşık %9'luk kısmını anlamlı olarak açıklamaktadır ($F_{(1,58)} = 5,991$, $p < .05$). Analizde hem sosyal destek değişkenlerinin hem de sonuçlar

puanı ile sosyal desteğin ortak etkilerinin yordanan değişken üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur.

Tablo 3.17. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı Duygusal Temsil Puanlarının Seksüel İlişkiler Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Desteğin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

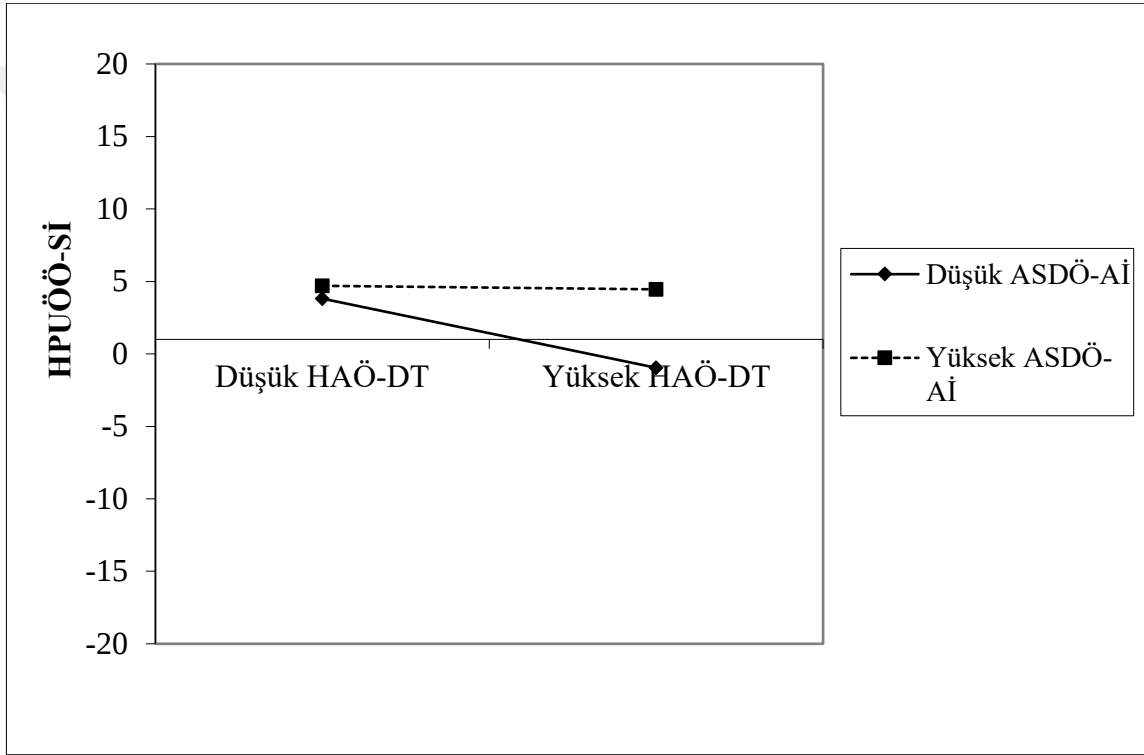
Değişkenler	B	ΔR^2
HAÖ-DT	-.241	.076*
ASDÖ-T	.108	.004
HAÖ-DT x ASDÖ-T	.192	.033
HAÖ-DT	-.266*	.076*
ASDÖ-Aİ	.334*	.049
HAÖ- DT x ASDÖ-Aİ	.287*	.069*
HAÖ- DT	-.260	.076*
ASDÖ-AR	-.080	.009
HAÖ- DT x ASDÖ-AR	.089	.007
HAÖ-DT	-.242	.076*
ASDÖ-ÖK	-.242	.064
HAÖ-DT x ASDÖ-ÖK	.179	.179

Not: Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize B katsayıları 3.adımda elde edilmiş katsayılarıdır. *p<.05, **p<.01

(HAÖ-DT: Hastalık Algısı Ölçeği-Duygusal Temsil, ASDÖ-Aİ: Aile Desteği, ASDÖ-AR: Arkadaş Desteği, ASDÖ-ÖK: Özel Bir Kişi, ASDÖ-T: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Toplam Puan)

Hastalık algısı duygusal temsil puanlarının psikososyal uyum seksüel ilişkiler puanı üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu Tablo 3.17’de verilmiştir. Elde edilmiş sonuçlarda, duygusal temsil puanının, seksüel ilişkiler puanının yaklaşık %8’lik

kısmını anlamlı olarak açıkladığı gösterilmiştir ($F_{(1,58)} = 4,79, p < .05$). Biçimlendirici etki analizlerinden, hastalık algısı duygusal temsil ile aile desteğinin ortak etki puanlarının yordanan değişken üzerinde anlamlı olduğu bulunmuş ve ortak etki değişimin %7'lik kısmını açıklamaktadır ($F_{(1,56)} = 4,762, p < .05$). Aile desteğinin etkisi Şekil 3.3.'te gösterilmiştir.



Şekil 3.3. Hastalık Algısı Duygusal Temsil Puanları ile Seksüel İlişkiler Puanları Arasındaki İlişkide Aile Desteğinin Biçimlendirici Etkisi

(HAÖ-DT: Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Temsil, ASDÖ-Aİ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Aile Desteği, HPUÖÖ-Sİ: Hastalığa Psikososyal Uyum Özbildirim Ölçeği-Seksüel İlişkiler)

Aile desteği düşük olduğunda hastalık algısı duygusal temsil ile seksüel ilişkiler puanları arasında negatif bir ilişki bulunmakta ve duygusal temsil puanı arttıkça seksüel ilişkiler puanları azalmaktadır. Aile desteği yüksek olduğunda ise hastalık algısı duygusal

temsil puanı artsa da azalsa da seksüel ilişkiler puanında değişiklik olmamaktadır. Dolayısıyla, yüksek aile desteğini tampon bir etkiye sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 3.18. Kanserli Hastaların Hastalık Algısı Tedavi Kontrolü Puanlarının Aile Çevresi Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Desteğin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	ΔR^2
HAÖ-TK	.807**	.703**
ASDÖ-T	.140	.020*
HAÖ-TK x ASDÖ-T	.032	.001
HAÖ-TK	.828**	.703**
ASDÖ-Aİ	.019	.001
HAÖ- TK x ASDÖ-Aİ	.055	.003
HAÖ- TK	.804**	.703**
ASDÖ-AR	.150*	.021*
HAÖ- TK x ASDÖ-AR	-.098	.010
HAÖ-TK	.819**	.703**
ASDÖ-ÖK	.155**	.023*
HAÖ-TK x ASDÖ-ÖK	.030	.001

Not: Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize B katsayıları 3.adımda elde edilmiş katsayılardır. *p<.05, **p<.01

(HAÖ-TK: Hastalık Algısı Ölçeği-Tedavi Kontrolü, ASDÖ-Aİ: Aile Desteği, ASDÖ-AR: Arkadaş Desteği, ASDÖ-ÖK: Özel Bir Kişi, ASDÖ-T: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Toplam Puan)

Tablo 3.18.'de hastalık algısı tedavi kontrolü puanlarının psikososyal aile çevresi puanı üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu belirtilmiştir. Bulgularda, tedavi kontrolü puanının, aile çevresi puanının yaklaşık %70'lik kısmını anlamlı olarak

açıkladığı bulunmuştur ($F_{(1,58)} = 137,490, p < .05$). Ayrıca, algılanan desteğin, aile ve özel bir kişinin desteğinin yordanan değişken üzerindeki etkisinin anlamlı olduğu görülmüştür (sırasıyla $F_{(1,57)} = 4,099, p < .05$; $F_{(1,57)} = 4,259, p < .05$; $F_{(1,57)} = 4716, p < .05$). Elde edilen veriler, aile çevresi puanlarındaki değişimin %20'lik kısmını algılanan desteğinin, %21'lik kısmını arkadaş desteğinin ve %23'lük kısmını ise özel bir kişinin desteğinin açıkladığını göstermektedir. Analizde yer alan biçimlendirici değişkenlerin ortak etkilerine bakıldığında ise hiçbirinin ortak etkisinin anlamlı olmadığı tespit edilmiştir.

3.2.2.3. Hastalık algısı ve hastalığa psikososyal uyum özbildirim arasında baş etmenin biçimlendirici rolüne ilişkin bulgular

Bu başlık altında hastalık algısının alt ölçekleri ile hastalığa psikososyal uyum özbildirim toplam puan ve alt ölçekleri arasında korelasyon ilişkisi anlamlı çıkan ölçeklerde baş etmenin kendine güvenli ve iyimser yaklaşım alt ölçeklerinin biçimlendirici rolü Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi ile değerlendirilmiştir.

İlk olarak yapılan regresyon analizinde hastalık algısı sonuçları ile seksüel ilişkiler, psikolojik baskı ve uyum toplam puanı ilişkisi bakılmıştır (Tablo 3.19.).

Tablo 3.19. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı Sonuçlar Puanlarının Seksüel İlişkiler, Psikolojik Baskı ve Uyum Toplam Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde İyimser ve Kendine Güvenli Yaklaşımın Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	HPUÖÖ-Sİ		HPUÖÖ-PB		HPUÖÖ-T	
	<i>B</i>	ΔR^2	<i>B</i>	ΔR^2	<i>B</i>	ΔR^2
HAÖ-S	-.301*	.094**	-.332**	.087*	-.502**	.226**
SBTÖ-İY	.059	.007	.346**	.117**	.230	.050
HAÖ-S x SBTÖ-İY	.168	.028	-.015	.000	-.047	.002
HAÖ-S	-.322*	.094*	-.324*	.087*	-.509**	.226**
SBTÖ-KGY	.097	.012	.199	.039	.227	.052*
HAÖ-S x SBTÖ-KGY	.196	.038	-.012	.000	.048	.002

Not: Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize *B* katsayıları 3.adımda elde edilmiş katsayılarıdır. * $p < .05$, ** $p < .01$

(HAÖ-S: Hastalık Algısı Ölçeği-Sonuçlar, SBTÖ-KGY: Stresle Başa Etme Tarzları Ölçeği-Kendine Güvenli Yaklaşım, SBTÖ-İY: İyimser Yaklaşım, HPUÖÖ-Sİ: Seksüel İlişkiler, HPUÖÖ-PB: Psikolojik Baskı, HPUÖÖ-T: Hastalığa Psikososyal Uyum Özbebildirim Ölçeği-Toplam)

Tablo 3.19.'da belirtilmiş olan analiz sonuçlarına göre yordayıcı değişken olan hastalık algısı sonuçlar puanının seksüel ilişkiler, psikolojik baskı ve uyum toplam yordanan değişkenleri üzerinde yordayıcı etkisinin tek başına anlamlı olduğu bulunmuştur (sırasıyla $F_{(1,58)} = 5,991$, $p < .05$; $F_{(1,58)} = 5,537$, $p < .05$; $F_{(1,58)} = 16,921$, $p < .01$). Sonuçlar puanı, seksüel ilişkiler ve psikolojik baskı puanının yaklaşık %9'luk kısmını ve uyum toplam puanın %23'lük kısmını anlamlı olarak açıklamaktadır. Ayrıca, iyimser yaklaşımın psikolojik baskı üzerinde ve kendine güvenli yaklaşımın uyum toplam puanı üzerinde

yordayıcı etkisinin tek başına anlamlı olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $F_{(1,57)} = 8,362$, $p < .01$; $F_{(1,57)} = 4,088$, $p < .05$). Psikolojik baskı puanlarındaki değişimin %12'lik kısmını iyimser yaklaşımın ve uyum toplam puanlarındaki değişimin %5'lik kısmını ise kendine güvenli yaklaşımın açıkladığı bulunmuştur. Ancak, analizlerde biçimlendirici değişkenlerin ortak etkilerinin anlamlı olmadığı elde edilmiştir.

Tablo 3.20. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı Duygusal Temsil Puanlarının Seksüel İlişkiler, Psikolojik Baskı ve Uyum Toplam Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde İyimser ve Kendine Güvenli Yaklaşımın Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	HPUÖÖ-Sİ		HPUÖÖ-PB		HPUÖÖ-T	
	B	ΔR^2	B	ΔR^2	B	ΔR^2
HAÖ-DT	-.281*	.076*	-.223	.086*	-.332*	.136**
SBTÖ-İY	-.030	.001	.247	.057	.068	.006
HAÖ-DT x SBTÖ-İY	.022	.000	.024	.001	.136	.018
HAÖ-DT	-.257	.076*	-.279	.086*	-.339**	.136**
SBTÖ-KGY	-.012	.000	.115	.012	.071	.010
HAÖ-DT x SBTÖ-KGY	.169	.027	-.032	.001	.159	.024

Not: Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize B katsayıları 3.adımda elde edilmiş katsayılardır. * $p < .05$, ** $p < .01$

(HAÖ-DT: Hastalık Algısı Ölçeği-Duygusal Temsil, SBTÖ-KGY: Stresle Başa Etme Tarzları Ölçeği-Kendine Güvenli Yaklaşım, SBTÖ-İY: İyimser Yaklaşım, HPUÖÖ-Sİ: Seksüel İlişkiler, HPUÖÖ-PB: Psikolojik Baskı, HPUÖÖ-T: Hastalığa Psikososyal Uyum Özbildirim Ölçeği-Toplam)

Tablo 3.20'de hastalık algısı duygusal temsil puanının seksüel ilişkiler, psikolojik baskı ve uyum toplam puanları üzerindeki yordayıcı etkisinin tek başına anlamlı olduğu

gösterilmiştir (sırasıyla $F_{(1,58)} = 4,790, p < .05$; $F_{(1,58)} = 5,437, p < .05$; $F_{(1,58)} = 9,157, p < .01$). Elde edilen verilere göre, seksüel ilişkiler puanlarındaki değişimin %8'lik kısmını, psikososyal baskı puanlarındaki değişimin %9'lık kısmını ve psikososyal uyum toplam puanlarındaki değişimin %14'lük kısmını hastalık algısı duygusal temsil puanları açıklamaktadır. Fakat hem biçimlendirici değişkenlerin hem de biçimlendirici değişkenlerin ortak etkilerinin anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Hastalık algısı sonuçları ile psikolojik baskı puanı ilişkisi için yapılan regresyon analizleri Tablo 3.21.'de gösterilmektedir.

Tablo 3.21. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı Tedavi Kontrolü Puanlarının Aile Çevresi Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde İyimser ve Kendine Güvenli Yaklaşımın Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	ΔR^2
HAÖ-TK	.823**	.703**
SBTÖ-İY	.001	.000
HAÖ-TK x SBTÖ-İY	-.066	.004
HAÖ-TK	.793**	.703**
SBTÖ-KGY	.074	.011
HAÖ-TK x SBTÖ-KGY	-.094	.007

Not: Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize B katsayıları 3.adımda elde edilmiş katsayılardır. * $p < .05$, ** $p < .01$

(HAÖ-TK: Tedavi Kontrolü, SBTÖ-KGY: Stresle Başa Etme Tarzları Ölçeği-Kendine Güvenli Yaklaşım, SBTÖ-İY: İyimser Yaklaşım, HPUÖÖ-AÇ: Hastalığa Psikososyal Uyum Özbildirim Ölçeği-Aile Çevresi)

Yapılan analiz sonuçlarına göre, hastalık algısı tedavi kontrol puanının aile çevresi puanı üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Tedavi kontrol

puanı, aile çevresi puanının yaklaşık %70'lik kısmını anlamlı olarak açıklamaktadır ($F_{(1,58)} = 137,490$, $p < .01$). Baş etme değişkenlerinin yordanan değişken üzerinde anlamlı etkisi bulunmazken biçimlendirici değişkenlerin ortak etkileri de anlamsız bulunmuştur.

Son olarak yapılan regresyon analizi hastalık algısı tutarlılık puanı ile uyum toplam puanı arasındaki ilişki içindir.

Tablo 3.22. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı Hastalık Tutarlılığı Puanlarının Uyum Toplam Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde İyimser ve Kendine Güvenli Yaklaşımın Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	<i>B</i>	ΔR^2
HAÖ-HT	.269*	.082*
SBTÖ-İY	.144	.019
HAÖ-HT x SBTÖ-İY	.028	.001
HAÖ-HT	.265	.082*
SBTÖ-KGY	.094	.009
HAÖ-HTx SBTÖ-KGY	-.014	.000

Not: Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize *B* katsayıları 3.adımda elde edilmiş katsayılarıdır. * $p < .05$, ** $p < .01$

(HAÖ-HT: Hastalık Tutarlılığı, SBTÖ-KGY: Stresle Başa Etme Tarzları Ölçeği-Kendine Güvenli Yaklaşım, SBTÖ-İY: İyimser Yaklaşım, HPUÖÖ-T: Hastalığa Psikososyal Uyum Özbildirim Ölçeği-Toplam)

Hastalık algısı tutarlılık puanının uyum toplam puanı üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3.22.). Hastalık algısı tutarlılık puanı, aile çevresi puanının yaklaşık %8'lik kısmını anlamlı olarak açıklamaktadır ($F_{(1,58)} = 5,188$, $p < .05$). Elde edilen analizlerde, biçimlendirici değişkenlerin hem yordanan değişken üzerindeki etkisinin hem de ortak etkilerinin anlamsız olduğu görülmüştür.

3.2.2.2.Aracı değişken analizi sonuçları

Aracı değişken analizi kapsamında kanser hastalarının hastalık algısı ve psikososyal uyumları arasındaki ilişkide sosyal destek ve baş etme değişkenlerinin aracı etkileri hiyerarşik regresyon analizinde Baron ve Kenny'nin (1986) ölçütleri kullanılarak incelenmiştir. Baron ve Kenny (1986) bir değişkenin aracı değişken olarak tanımlanmasını 4 koşulun gerçekleşmesine bağlamaktadır:

1. Yordayıcı değişken (hastalık algısı), yordanan değişkeni (hastalığa psikososyal uyum) anlamlı derecede yordamalıdır.
2. Aracı değişken (sosyal destek ve baş etme değişkenleri), yordanan değişkeni (hastalığa psikososyal uyum) anlamlı derecede yordamalıdır.
3. Yordayıcı değişken (hastalık algısı), aracı değişkeni (sosyal destek ve baş etme değişkenleri) anlamlı derecede yordamalıdır.
4. İlk üç koşulun sonucuna bakıldığı zaman, aracı değişken etkisine karar verebilmek için, yapılan regresyon analizinde yordayıcı ve yordanan değişken arasındaki ilişki ya ortadan kalkmalıdır ya da bu ilişkide anlamlı bir düşüş olmalıdır.

Yukarıda belirtilen koşullar göz önünde bulundurularak, sosyal destek ve baş etme değişkenlerinin aracı bir etkiye sahip olup olmadığını incelemek için öncelikle Tablo3.22'de verilen Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayıları ile değişkenlerin arasındaki ilişkilere bakılmıştır. Katsayılar göz önüne alındığında sosyal destek değişkeninin hastalık algısı alt ölçek değişkenleri ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı görülmüştür. Bu sonuç, hastalık algısı ile hastalığa psikososyal uyum arasındaki ilişkide sosyal desteğin aracı etkisinin değerlendirilemeyeceğini göstermektedir. Baş etme

değişkeni için ise Tablo 3.22.'de verilen bu katsayılara bakıldığında, bazı değişkenler arasındaki ilişkilerde anlamlı bir sonuç bulunmuştur. Tablo 3.23.'te hastalık algısı ölçeğinin hangi alt ölçekleri ile psikososyal uyum ölçeğinin hangi ölçek puanları arasında aracı regresyon analizi yapılacağı verilmiştir.

Tablo 3.23. Hastalık Algısı ve Psikososyal Uyum arasında Aracı Değişken Analizi

Yürütülecek Olan Alt Değişkenler

Yordayıcı Değişkenler (HAÖ)	Aracı Değişkenler (SBTÖ)	Yordanan Değişkenler (HPUÖÖ)
HAÖ-TK	SBTÖ-KGY	HPUÖÖ-AÇ
HAÖ-DT	SBTÖ-İY	HPUÖÖ-PB

(HAÖ-TK: Tedavi Kontrolü, HAÖ-DT: Duygusal Temsil, SBTÖ-KGY: Stresle Başa Etme Tarzları Ölçeği-Kendine Güvenli Yaklaşım, SBTÖ-İY: Stresle Başa Etme Tarzları Ölçeği- İyimser Yaklaşım, HPUÖÖ-AÇ: Hastalığa Psikososyal Uyum Özbildirim Ölçeği-Aile Çevresi; HPUÖÖ-PB: Hastalığa Psikososyal Uyum Özbildirim Ölçeği- Psikolojik Baskı)

İlk olarak HAÖ-TK ile HPUÖÖ-AÇ değişkenleri arasında SBTÖ-KGY'nin aracı değişken analizini yapmak için Baron ve Kenny'nin (1986) belirtmiş olduğu ölçütler sırasıyla incelenmiştir. İlk ölçüte baktığımızda HAÖ-TK değişkeninin HPUÖÖ-AÇ değişkenini anlamlı düzeyde yordadığı görülmüştür ($F_{(1,58)} = 137,490$, $p < .05$). Ayrıca HAÖ-TK, HPUÖÖ-AÇ'nin %70'ini açıklamıştır. İkinci ölçütte ise HPUÖÖ-AÇ değişkeni SBTÖ-KGY değişkeni tarafından anlamlı derecede yordanmıştır ($F_{(1,58)} = 8,474$, $p < .01$) ve HPUÖÖ-AÇ'nin %13'ü SBTÖ-KGY tarafından açıklandığı bulunmuştur. Üçüncü ölçüt değerlendirildiğinde ise HAÖ-TK değişkeninin SBTÖ-KGY değişkeni üzerinde yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu belirtilmiştir ($F_{(1,58)} = 5,953$, $p < .05$). HAÖ-TK puanı, SBTÖ-KGY puanının %9'luk kısmını açıklamıştır. Son olarak da aracı değişken etkisini görebilmek için analize kendine güvenli yaklaşım puanları dahil

edildiğinde, tedavi kontrolü değişkeninin β değerinin .84'ten .81'e düştüğü ve anlamlılığın devam ettiği bulunmuştur. Sobel'in Z testine göre kendine güvenli baş etme tarzının kısmi aracı etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir ($Z=1,275, p>0.05$).

İkinci aracı değişken analizinde, HAÖ-DT ile HPUÖÖ-PB değişkenleri arasında SBTÖ-İY'nin aracı etkisine bakılmıştır. Baron ve Kenny'nin (1986) ölçütleri değerlendirildiğinde ilk olarak HAÖ-DT değişkeninin HPUÖÖ-PB değişkenini yordadığı bulunmuştur ($F_{(1,58)}=5,437, p<.05$). Ayrıca HAÖ-DT, HPUÖÖ-PB'nin %9'unu açıklamıştır. İkinci ölçütte ise HPUÖÖ-PB değişkeni SBTÖ-İY değişkeni tarafından anlamlı derecede yordanmıştır ($F_{(1,58)}=6,135, p<.05$) ve HPUÖÖ-PB'nin %10'u SBTÖ-İY tarafından açıklandığı tespit edilmiştir. Üçüncü ölçüt incelendiğinde ise HAÖ-DT değişkeninin SBTÖ-İY değişkeni üzerinde yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu belirtilmiştir ($F_{(1,58)}=4,541, p<.05$). HAÖ-DT puanı, SBTÖ-İY puanının %7'lik kısmını açıklamıştır. Son olarak da aracı değişken etkisini görebilmek için analize iyimser yaklaşım puanları dahil edildiğinde, duygusal temsil değişkeninin β değerinin .29'ten .22'e düştüğü ve anlamlılığın yok olduğu bulunmuştur. Sobel'in Z testine göre iyimser baş etme tarzının tam aracı etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir ($Z=1,495, p>0.05$).

TARTIŞMA

Bu çalışmanın temel amaçlarından biri kanser hastalarında hastalık algısının sosyal uyum üzerindeki yordayıcılığının incelenmesidir. Diğer temel amaçlar ise hastalık algısı ve psikososyal uyum arasındaki ilişkide sosyal desteğin aracı (medyator) ve biçimlendirici (moderator) rolü ile hastalık algısı ve psikososyal uyum arasında stresle baş etme tarzlarının aracı (medyator) ve biçimlendirici (moderator) rolünün bulunup bulunmadığını ortaya koymaktır. Buna ek olarak, yan amaçlar bağlamında hastalık algısının ölçülen sosyo-demografik değişkenler üzerinde nasıl ilişkileri olduğunu değerlendirmektir. Son olarak bu bölümde ise yapılan analizlerle beraber ortaya çıkan sonuçlar alanyazındaki çalışmalar ışığında değerlendirilecektir. Ayrıca bu bölümde çalışmanın klinik doğruları ve sınırlılıkları ortaya konmuş ve gelecek çalışmalar için öneriler tartışılmıştır.

Çalışmada öncelikle hastalık algısı ve sosyo-demografik betimsel özellikler arasında ilişkiler değerlendirilmiştir. Analizlerde hastalık algısı alt ölçeklerinin, cinsiyet ile olan ilişkinin incelenmesinin sonucunda, hastalık algısı sonuçları (hastalığın psikososyal olumsuz etkileri) alt ölçeğinin kadın ve erkek cinsiyeti arasında istatistiki olarak bir farklılık gösterdiği ortaya konmuştur. Analizler incelendiğinde, erkek kanser hastalarının, kadın kanser hastalarına göre hastalık algısında hayatlarının daha ciddi bir şekilde etkileneceğine dair bir bakış açısına sahip oldukları düşünülmektedir. Erkeklerin algıladıkları sosyal roller düşünüldüğünde hem başka bir insanın bakımına zaman zaman ihtiyaç duymak hem de fiziki olarak daha ağır işler yaptıkları ve sosyokültürel rolleri göz önünde bulundurulduğunda, kanser hastalığının fiziki olarak kendilerini daha kötü etkileyeceğini düşünmeleri anlamlı gözükmektedir. Ancak bu çalışma bulgusunun aksine,

Kayış (2009) tarafından meme, akciğer, kolon ve over olmak üzere 90 kanser hastası ile yapılan çalışmada hastalık algısı ölçeğinin tüm alt ölçeklerinde cinsiyetler arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ve cinsiyet farkı gözetmeksizin hastaların hastalıklarına dair algıları farklılaşmamıştır. Böylece bu sonuç araştırmayı desteklememiştir.

Hastalık algısı ile yaş grupları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde her bir yaş grubunun hastalık algısının her faktöründe benzer bir yaklaşıma sahip oldukları göze çarpmaktadır. Aynı şekilde medeni durumun farklı olmasının hastalığı algılamada bir fark yaratmadığı ortaya çıkmıştır. Kanser hastalığının toplumda yansıttığı düşünce bakımından her birey bu hastalığı kişilik özellikleri farklılaşsa bile benzer olarak algılıyor olabilir. Ancak bu bulgunun aksine, Armay ve ark. (2007) göre hastalık algısı bireysel özelliklere göre değişebilmektedir.

Hastalık süresi farklılıklarının hastalık algısı alt faktörlerinde bir farklılık yaratıp yaratmadığı incelendiğinde, hastalık tutarlılığı (kişinin hastalığını ne kadar anlamlandırabildiği) alt ölçeğinde bir fark olduğu gözlemlenmiştir. Kanser hastalarında hastalık süresi uzadıkça hastaların hastalıklarını anlamlandıramadığı görülmektedir. Bu duruma, sürenin uzadıkça hastaların iyileşme konusundaki endişelerinin artması ve tedavinin hastalıklarına yanıt vermediğini düşünmeleri gibi etkenler sebep olabilir. Alanyazında Browning ve arkadaşlarının (2009) akciğer kanseri hastaları ile yapmış olduğu çalışmanın sonuçları da bizim araştırmamızı destekler nitelikte olup hastaların hastalık süresi uzadıkça tedavilerinin etkinlikleri hakkındaki endişelerinin arttığı tespit edilmiştir.

Bir diğ er betimsel özellik olan kanser türlerinden meme kanseri ve diğ er kanser türleri arasında hastalık algısı sonuçlar (hastalığın psikososyal olumsuz etkileri) alt ölçeğinde anlamlı bir farklılık gözlemlenmektedir. Analizler sonucunda meme kanseri hastalarının diğ er kanser türü hastalarına göre, hastalığın psikososyal olumsuz etkilerinin hayatlarını daha az etkilemesini bekledikleri sonucu ortaya çıkmıştır. Amerikan Kanser Derneğı'nin (American Cancer Society, 2019) verilerine göre 2009-2015 yıllarındaki 5 yıllık meme kanserinden hayatta kalma oranı kadınlarda %93' n üzerindedir. Bu durum meme kanseri hastaları için daha umutlandırı ı bir sonuç olarak yorumlanabilir. Dolayısıyla meme kanseri tanısı almış hastalar hastalıklarının iyileşeceğini düşündükleri için hayatlarının daha az etkileneceğini bekliyor olabilirler.

Hastalık algısı  l eğı ile betimsel özellikler arasındaki ilişkilerin analizini takiben mevcut çalışmada öncelikli olarak ölçülen değişkenler ve ölçüklerin alt ölçükleri arasında ilişkinin incelenmesi için korelasyon analizi yapılmıştır. Öncelikli olarak hastalık algısı sonuçlar alt faktörünün (hastalığın psikososyal olumsuz etkileri) hastalığa psikososyal uyumun toplam puanına ek olarak, seksüel ilişkiler, psikolojik baskı ve sosyal  evre alt faktörleri arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişkinin varlığı gözlemlenmektedir. Sonuçlar alt faktörünün, kişinin hastalığın günlük hayat üzerindeki etkisini olumsuz algılamasının yani bu alt faktördeki puan artışıının özellikle kişisel ilişkiler üzerindeki seksüel ilişki, sosyal  evre uyumu da zorlaştıracağı düşünülebilir. Aynı zamanda olumsuz algıların hastanın ruhsal hali üzerinde olumsuz etkilerinin olacağı düşünülebilir. Fanakidou ve arkadaşlarının (2018) 81 meme kanseri hastası ile yapmış olduğu çalışmada hastalığı

hakkında pozitif algısı olan hastaların fiziksel, sosyal ve psikolojik iyi oluşlarının ve yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu sonucu ile bu durum desteklenmiştir.

Tedavi kontrolü ile kendine güvenli yaklaşım ve aile çevresine uyum arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Hastanın uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inancının artmasıyla (tedavi kontrolü alt ölçeği) bireylerin hem stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşımın yüksek olacağı hem de aile çevresine uyumun daha kolay olacağı bulunmuştur. Başka bir deyişle, kişinin tedavinin etkinliği hakkındaki inancının kişinin tedavi sürecindeki mücadele ve ilişkileri üzerinde anlamlı etkileri olacağı düşünülebilir. Ancak bu boyutun hastalığa uyumun diğer alt boyutları ile herhangi anlamlı bir ilişkisinin çıkmaması dikkat çekicidir. Elde edilmiş olan bu analiz sonucunun aksine, Hopman ve Rijken'nin (2015) 325 kanser hastası ile yapmış olduğu çalışmada kanser hastalarının tedavi kontrol algılarının hiçbir başa çıkma yoluyla ilişkisi bulunmamıştır.

Duygusal temsil (hastanın hastalığı ile ilgili olumsuz düşünce) alt boyutunun ise stresle başa çıkmada iyimser yaklaşım; hastalığa psikososyal uyumda toplam puan, seksüel ilişkiler ve psikolojik baskı ile negatif yönlü bir ilişkisi olduğu ortaya konmuştur. Hastaların hastalığı hakkındaki negatif duygulanımları, hastanın aktif başa çıkmasını ve yaşamının önemli alanlarında işlevselliğini zorlaştırabileceği düşünülebilir.

Sosyal destek algısının alt boyutlarına bakıldığında ise aile desteğinin toplam uyum ile pozitif yönlü bir ilişkisi varken, arkadaş desteği ve özel bir kişi desteğinin sadece psikososyal uyumun aile çevresi boyutu ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu noktada algılanan aile desteğinin aile uyumunu artırma ile ilişkili olmaması ancak arkadaşlar ve özel kişi desteğinin aile çevresi uyumu ile ilişkili olmasına vurgu yapılabilir. Algılanan

sosyal destek toplam puanı ile aile çevresi ve toplam uyumun pozitif yönlü bir ilişkide çıkması ise alanyazındaki yapılmış çalışmalar tarafından desteklenmektedir. Örneğin meme kanseri hastalarında algılanan sosyal destek ve uyum üzerine yapılan çalışmalarda, hastanın algılamış olduğu sosyal desteğin hastalığa uyumu artırdığı bulunmuştur (Arora, FinneyRutten, Gustafson, Moser ve Hawkins, 2007; Mishra ve Saranath, 2019). Beklenildiği gibi kişinin algıladığı sosyal desteğin artmasıyla beraber psikososyal uyumu da artacaktır.

Stresle başa çıkma yöntemleri ile diğer değişkenler arasındaki ilişkilere bakıldığında ise, aktif başa çıkma yöntemlerinden bazıları ile psikososyal uyum alt ölçeklerinin bazıları arasında pozitif ilişkiler tespit edilmiştir. Kendine güvenli yaklaşım alt boyutunun aile çevresi uyumu ve psikososyal uyum toplam puanı ile pozitif yönlü bir ilişkisi olduğu ortaya konmuştur. İyimser yaklaşımı alt boyutunun ise sadece psikososyal uyumunun psikolojik baskı ölçeği ile pozitif yönlü bir ilişkisi olması dikkat çekmektedir. Alanyazında yapılan çalışmalarda ise, hastaların stresli olaylar yaşadıklarında, aktif başa çıkma yöntemlerinden sosyal desteğe başvurmanın stresin etkisini azalttığı gözlemlenmiştir (Hegelson ve Cohen, 1996; Koopman ve diğerleri, 1998). Aynı zamanda pasif başa çıkma tarzlarını kullanan hastaların hastalıklarının ailesine zorluk yaşattığı ve yaşamı üzerinde ciddi olumsuz etkileri olacağına dair inançları olduğu görülmüştür (Aydın, 2019). Bu çalışmada da elde edilmiş bu sonucu destekleyici olarak, aktif başa çıkma yöntemlerini kullanan kişilerde aile çevresine ve hastalığa uyumlarının iyi olduğu bulunmuştur.

Çalışmada sosyal destek ve baş etme değişkenlerinin biçimlendirici etkisini analiz etmek için yapılmış olan hiyerarşik doğrusal regresyon analizlerinde öncelikli olarak kanser hastalarının hastalık algısı sonuçlar puanının psikolojik baskı puanları üzerindeki yordayıcı etkisinde sosyal desteğin biçimlendirici rolü değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda algılanan sosyal destek ölçeğinin, özel kişi alt boyutunun hastalık algısı sonuçlar alt faktörü ile hastalığa psikososyal uyum psikolojik baskı alt ölçeği puanları arasında biçimlendirici (moderatör) etkisi olduğu ortaya konmuştur. Kanser hastası bireylerin, özel kişi desteği düşük olduğunda hastalık algısının sonuçlar ile psikolojik baskı puanları arasında negatif bir ilişki bulunmakta ve hastalığın psikososyal olumsuz etkilerine dair inançlar (sonuçlar alt ölçeği) puanı arttıkça hastaların psikolojik olarak uyum (psikolojik baskı) puanları azalmaktadır. Özel kişi tarafından verilen destek yüksek olduğunda ise hastalık algısı sonuçlar puanı artsa da azalsa da psikolojik baskı puanı hemen hemen aynı kalmaktadır. Dolayısıyla, algılanan özel kişi desteğinin yüksek olması, hastalık algısı sonuçları ile psikolojik baskı puanları arasında tampon bir etki oluşturmaktadır. Özel kişi desteğinin yüksek olması, psikolojik baskı puanında hastalık algısı sonuçlar puanının olumsuz etkisine rağmen bir tampon oluşturmaktadır. Bu noktada kanser hastası bireyler, hastalığın hayatları üzerindeki etkisini ne kadar olumsuz algılasalar bile özel kişi desteği, bireyde psikolojik olarak uyumun daha da azalmasına engel olmaktadır. Burada diğer yapılan analizlere bakıldığında ise aynı etkinin aile ve arkadaş desteğinde oluşmaması dikkat çekmektedir. Alanyazında da 97 akciğer kanser hastası ile yapılmış olan çalışmada, hastanın kanser hastalığını zararlı olarak değerlendirmesi ile stres düzeyi arasındaki ilişkide sosyal desteğin biçimlendirici etkisinin anlamlı olması sonucu ile bu çalışmadaki bulgu desteklenmiştir (Poręba-Chabros, Mamcarz ve Jurek

(2020). Aynı zamanda, 117 lösemi hastası ile yapılmış olan çalışmada özel bir kişi desteğinin fiziksel ve duygusal yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemesi bu sonucu desteklemiştir (Bıkmaz, 2009). Hastanın özel bir kişiye duyduğu güven, hastanın ihtiyacı olduğunda onu anlayan ve ona yardım eden birinin var olduğu düşüncesini oluşturabilir. Bu durum da hastanın hastalığı ile ilgili yaşamış olduğu stres, korku, öfke, sinir gibi psikolojik baskılar üzerinde olumlu etkileri olduğu düşünülebilir.

Mevcut çalışmada yapılan diğer hiyerarşik doğrusal regresyon analizinde, hastalık algısı ölçeği duygusal temsil alt ölçeği ile psikolojik baskı arasındaki yordayıcı ilişkide algılanan sosyal destek olarak arkadaş desteğinin biçimlendirici (moderatör) rolü olduğu ortaya konmuştur. Algılanan arkadaş desteği düşük olduğunda hastalık algısı duygusal temsil ile psikolojik baskı puanları arasında negatif bir ilişki bulunmakta ve hastanın hastalığı ile ilgili olumsuz düşünce (duygusal temsil) puanları arttıkça hastanın psikolojik uyum (psikolojik baskı) puanları azalmaktadır. Arkadaş desteği yüksek olduğunda ise hastalık algısı sonuçlar puanı artsa da azalsa da psikolojik baskı puanında değişiklik olmamaktadır. Algılanan yüksek arkadaş desteğinin, hastalık algısının duygusal temsil alt boyutu ile hastalığa psikososyal uyumun psikolojik baskı alt boyutu arasında tampon bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Aile desteği ve özel bir kişi desteğinin ise herhangi bir biçimlendirici rolü bulunmamaktadır. Arkadaş desteğinin kişinin duygu durumu düzenlemesinde daha etkili olduğu söylenebilir. Alanyazında Yoo ve ark. (2017) 1818 kanser hastası ile yapmış olduğu çalışmada ümitsizlik, suçluluk, üzgünlük, çökkün olma gibi depresif semptomların, arkadaş desteği ile azaldığının bulunması bu çalışmadaki sonucu desteklemiştir. Ayrıca, sosyal desteğin fiziksel ve psikolojik sağlıkla ilişkili olması

ve genellikle kanser gibi kronik olayların zararlı psikolojik etkileri üzerinde tampon bir etkiye sahip olması bu araştırmadaki sonucu destekler niteliktedir (Zabalegui ve ark., 2013).

Araştırmada yapılan bir diğer regresyon analizinde kanser hastalarının hastalık algısı duygusal temsil puanlarının seksüel ilişkiler puanları üzerindeki yordayıcı etkisinde sosyal desteğin biçimlendirici rolü incelenmiştir. Mevcut çalışmadaki analizler sonucunda hastalık algısı duygusal temsil puanları ile seksüel ilişkiler puanları arasındaki ilişkide aile desteğinin biçimlendirici bir etkisi olduğu bulunmuştur. Aile desteği düşük olduğunda hastalık algısı duygusal temsil ile seksüel ilişkiler puanları arasında negatif bir ilişki bulunmakta ve hastanın hastalığı ile ilgili olumsuz düşünce (duygusal temsil) puanı arttıkça seksüel ilişki uyum puanları azalmaktadır. Aile desteği yüksek olduğunda ise hastalık algısı duygusal temsil puanı artsa da azalsa da seksüel ilişkiler puanında değişiklik olmamaktadır. Dolayısıyla, yüksek aile desteğinin tampon bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Arkadaş desteği veya özel bir kişi alt ölçeklerinin ise herhangi bir biçimlendirici etkisi gözlemlenmemektedir. Alanyazındaki çalışmalarda aile desteğinin hastalığa uyumu üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu belirtilmiştir (Allen, Ciambrone ve Welch, 2000). Aynı zamanda özellikle aile desteği içerisinde yer alan eşlerden algılanan yüksek desteğin, evliliklerdeki doyumu daha yüksek tuttuğu gözlenmiştir (Pasch ve Bradbury, 1998). Seksüel ilişkinin ise hastanın partneri ile daha çok ilgili olmasından dolayı, algılanan desteğinin yüksek olması hastanın açısından partnerinin bu konuda bir endişesinin olmadığını düşündürtebilir. Bunun da partnerlerden algılanan desteğin seksüel ilişkileri güçlendirdiği düşünülebilir.

Son olarak çalışmada, hastalık algısı ile psikososyal uyum arasındaki ilişkide aracı değişken analizi sonuçları incelenmiştir. Yapılan analizler neticesinde, hastalık algısı tedavi kontrolü ile hastalığa psikososyal uyum aile çevresi arasındaki yordayıcılık ilişkisinde kendine güvenli stresle baş etme boyutunun herhangi bir kısmi aracı etkisi olmadığı bulunmuştur. Ayrıca, hastalık algısı duygusal temsili ile hastalığa psikososyal uyum psikolojik baskı boyutu arasındaki yordayıcı ilişkide iyimser yaklaşımla başa çıkma boyutunun herhangi bir tam aracı etkiye sahip olmadığı gözükmemektedir. Alanyazında, ÖDM'ye (Öz Düzelleme Modeli) göre baş etme, hastalık değerlendirmelerinin etkisine aracılık etmekte ve psikolojik ve fiziksel olarak hastalıkların sonuçlarının belirleyicisi olarak görülmektedir (Gould, Brown ve Bramwell, 2010). Böylece, bu çalışmadaki bulgular alanyazın tarafından desteklenmemektedir.

4.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Mevcut çalışma, oldukça hassas bir konu olan kanser hakkında yapılmış olmasından dolayı klinik örneklem, kullanılan ölçekler ve süre açısından çeşitli sınırlılıklar içermektedir.

Öncelikle araştırmaya katılmış olan kişilerin tanı almış oldukları kanser türleri arasında eşit dağılım söz konusu değildir. Araştırmaya katılan meme kanseri teşhisi almış kişilerin sayısı diğer kanser türlerinde teşhisi almış hastaların toplamından fazladır. Bu durumun sebeplerinden bir tanesi olarak meme kanserinin ilerleyişinin diğer türlere göre daha iyi oluşu düşünülmektedir. Ayrıca bu meme kanseri teşhisi almış bireylerin çalışmaya katılmada daha istekli olduğu gözlemlenmiştir. Buna ek olarak çalışmaya katılan bireylerin cinsiyetleri arasında dağılım eşit değildir. Ayrıca mevcut çalışmaya

katılan kişi sayısında bir sınırlılık söz konusudur. Kanser hastalığının oldukça bireysel olarak yaşanan ve kişiden kişiye farklılık gösteren süreçler halinde seyretmesi, araştırmaya katılacak kişi sayısının kısıtlı kalmasına sebebiyet vermiştir. Bu şartlar göz önünde bulundurulduğuna elde edilen bulguların genelleştirilmesinde sınırlı kalacağını düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada karşımıza çıkan bir diğer sınırlılık ise ölçeklerin uzun olması, araştırmacı tarafından okunması ve öz bildirime dayalı olmasıdır. Kanser hastalarının fiziki durumu ve aldıkları tedavilerin en büyük yan etkilerinden birisinin yorgunluk olduğu düşünüldüğünde, ölçeklerin uzun olması bireylerin ölçekleri doldurmasında olumsuz bir durumun oluşmasına sebebiyet vermiş olabilir. Aynı zamanda hastaların ölçekleri doldurulmasında yaşlılık, yorgunluk, halsizlik ve okumada zorluk gibi faktörlerden dolayı araştırmacı tarafından ölçek maddelerinin okunması katılımcıların cevaplarında farklılıklara sebep olmuş olabilir. Ölçeklerin öz bildirime dayalı olması ise, almış oldukları kanser teşhisi düşünüldüğünde kişilerin günlük duygu durumuna göre cevaplarında farklılık göstermesi muhtemeldir. Katılımcıların kendilerini hissettiklerinden daha iyi göstermesi veya tam tersi kötü göstermiş olma ihtimali de bir diğer sınırlılık olarak ele alınabilir.

İleride kanser hastaları ile yapılacak olan çalışmalar bu sınırlılıklar göz önünde bulundurularak yürütülebilir. Öncelikle katılımcıların kanser türü ve cinsiyet bakımından eş dağılımı sağlanabilir ve/veya spesifik bir kanser türünde araştırma yapılabilir. Araştırmalarda kullanılacak olan ölçekler hastaların fizyolojik süreçleri göz önünde bulundurarak belirlenebilir. Hastaların kanser evreleri araştırmaya dahil edilerek

hastaların hastalık evrelerinde uyum süreçlerinin ve hastalık algılarının farklılaşıp farklılaşmayacağı değerlendirilebilir. Ayrıca, hastalığı metastaz yapan hastalar araştırmaya dahil edilerek hastalığı metastaz yapan ve yapmayan hastaların süreçleri karşılaştırılabilir.



SONUÇ

Bu çalışmada kanser hastalarında hastalık algısı ve psikososyal uyum arasındaki ilişkide sosyal destek ve baş etme değişkenlerinin etkileri araştırılmıştır. Bu doğrultuda ilk olarak demografik bilgilerden elde edilen cinsiyet, yaş, medeni durum, tanıdan sonra geçen süre, kanser türü, eğitim ve ekonomik durum verileri ile kanser hastalarının hastalık algısı alt ölçeklerinde almış olduğu puanların farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. İkinci olarak, kanser hastalarının çalışmada bulunan ölçeklerden almış olduğu puanlar arasındaki ilişkiler tek tek değerlendirilmiştir. Üçüncü olarak, hastalık algısı alt ölçekleri ile hastalığa psikososyal uyum toplam puan ve alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki olan alt ölçeklerde sosyal desteğin ve baş etmenin biçimlendirici (moderatör) etkisinin olup olmadığı bakılmıştır. Son olarak da baş etmenin, hastalık algısı alt ölçekleri ile hastalığa psikososyal uyum toplam puan ve alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki olan alt ölçeklerde aracı (medyator) etkisinin var olup olmadığı analiz edilmiştir. Çalışmanın sonunda ortaya çıkan veriler araştırma soruları doğrultusunda sırayla açıklanmıştır.

1. Hastalık algısında kişinin hastalığın şiddeti, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğe olan etkileri ile ilgili inançlarının değerlendirildiği sonuçlar alt ölçeğinde kadın ve erkek katılımcılar arasında erkek katılımcıların hastalığın sonuçlarının hayatlarını daha olumsuz etkileyeceğine dair inançları olduğu bulunmaktadır.

2. Meme kanseri ve diğer kanser türleri arasında hastalık algısı sonuçlar alt ölçeğinden elde edilen puanda diğer kanser türlerine sahip olan hastaların hastalıklarının hayatlarında daha olumsuz etkileri olacağına dair inançları olduğu görülmektedir.

3. Hastalık algısında kişinin hastalığını ne kadar anladığını ve kavradığını ölçen hastalık tutarlılığı alt ölçeğinde tanıdan sonra hastalığının ilk bir yılı içerisinde olan hastalar hastalıklarını daha çok anlamlandırmaktadır.

4. Hastalık algısı sonuçlar alt ölçeği ile hastalığa psikososyal uyumda hastaların hastalık sürecinin her aşamasında çeşitli ve karmaşık duygusal, ruhsal ve davranış gösterebileceğinin değerlendirildiği psikolojik baskı alt ölçeği arasında özel bir kişi desteğinin biçimlendirici (moderatör) etkisinin olduğu gözlemlenmektedir.

5. Hastalık algısında kişinin hastalığı ile ilgili hissettiklerini ölçen duygusal temsil alt ölçeği ile hastalığa psikososyal uyum psikolojik baskı alt ölçeği arasında arkadaş desteğinin biçimlendirici (moderatör) etkisi görülmektedir.

6. Hastalık algısı duygusal temsil alt ölçeği ile hastalığa psikososyal uyum seksüel ilişkiler alt ölçeği arasında aile desteğinin biçimlendirici (moderatör) etkisi bulunmaktadır.

7. Hastalık algısı ile hastalığa psikososyal uyum arasında hem sosyal desteğin hem baş etme değişkenlerinin aracı etkisi olmadığı gözlemlenmektedir.

Analizlerden elde edilen veriler neticesinde klinik alanda çalışırken hastaların hastalıkları hakkındaki düşüncelerini ve inançlarını bilmemiz hastaların duygularını ve davranışlarını anlamamızda bir işaret olacaktır. Bu bağlamda hastaların tanı aldıktan sonra hastalıklarını nasıl değerlendirdikleri üzerine görüşmeler yapılmalı, hastalığın gidişatını etkileyen bu süreçte hastalara psikolojik olarak destek verilmeli ve hastaların hastalığa yönelik olumsuz tutum ve olumsuz sağlık davranışlarının değiştirilebilmesi için

bilgilendirilmelidir. Aynı zamanda, kanserin hastalarda çok yönlü problemler oluşturması nedeniyle hastaların tedavi ve bakımları biyopsikososyal perspektifle yani fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak bütüncül bir şekilde ele alınmalıdır. Dolayısıyla bu hasta grubu ile multidisipliner bir ekibin (hekim, psikolog, sosyal çalışmacı) çalışması oldukça önemlidir. Ayrıca, sosyal desteğin etkisinin bu denli ön planda olduğu bu hasta grubunda, hastanın çevresinde olan kişilere desteğin hastaların hastalık sürecindeki önemi anlatılarak hastanın hastalığına uyumunda kolaylık sağlanabilmelidir.

KAYNAKÇA

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., ... Kaasa, S. (1993). The european organization for research and treatment of cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *JNCI: Journal of theNationalCancerInstitute*, 85(5), 365-376.
- Adaylar, M. (1995). *Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığıdaki tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri* (Doktora tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Ahadzadeh, A. S., &Sharif, S. P. (2018). Uncertainty and quality of life in women with breast cancer: moderating role of coping styles. *Cancer nursing*, 41(6), 484-490.
- Aktaş, A. (2013). *Spinalkord (omurilik) yaralanmalı hastalar ve bakım verenleri: bakım alma ve bakım verme sürecindeki psikososyal değişkenler açısından sosyal destek karşılıklığının biçimlendirici ve temel etkileri* (Doctoral dissertation, yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Aktaş, A., ve Sertel-Berk, H. (2012). Verilen sosyal destek ölçeği'nin psikometrik özellikleri. *Psikoloji Çalışmaları*, 32(2), 71-84.
- Allen, S. M., Ciambrone, D., ve Welch, L. C. (2000). Stage of life course and social support as a mediator of mood state among persons with disability. *Journal of Aging and Health*, 12(3), 318-341.
- American Cancer Society (2019). American Cancer Society web sitesi retrieved from: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts->

[andstatistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2019-2020.pdf](#) Erişim tarihi: Eylöl 13.

Andersen, B.L. (1995). Quality of life for women with gynecologic cancer. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 7: 69-76.

Anderson, B., ve Lutgendorf, S. (2000). Quality of life as an outcome measure in gynecologic malignancies. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 12: 21-26.

Angela Sammarco, R. N., ve Konecny, L. M. (2008). *Quality of life, social support, and uncertainty among Latina breast cancer survivors*. In *oncology nursing forum* (Vol. 35, No. 5, p. 844). Oncology Nursing Society.

Arda, ř. (2011). Kanser hastalarında yaşamda anlamın incelenmesi.

Armay, Z., Özkan, M., Kocaman, N., ve Özkan, S. (2007). Hastalık algısı ölçeği'nin kanser hastalarında Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10: 192-200.

Arora, N. K., FinneyRutten, L. J., Gustafson, D. H., Moser, R., ve Hawkins, R. P. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and healthcare providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 474-486.

Aydın, H. B. (2019). Kanser hastalarında hastalık algısı, kişilik özellikleri ve stresle baş etme biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi.

- Bag, B. (2013). Kanser hastalarında uzun dönemde görülen psikososyal sorunlar. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(1).
- Baider, L., Peretz, T., Hadani, P.E. ve Koch, U. (2001). Psychological intervention in cancer patients: A randomised study. *General Hospital Psychiatry*, 23(5), 272- 277.
- Baykara, O. (2016). Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 154-165.
- Bayraktar, S. (2008). *Kanser hastalarında travma sonrası gelişim olgusunun ve etkileyen faktörlerin incelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Baysal, A. ve Criss, W. (2004). *Kanseri tanıyalım, belirtileri, nedenleri, korunma ve tedavi yolları*. Ankara: Hatiboğlu Yayıncılık
- Beser, N.G., ve Öz, F. (2003). Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 7(1): 47-58.
- Beyzadeoğlu, M., Özet, A., ve Özet, G. (1996). Kanser tedavisi esnasında yaşam kalitesi. *Türk Onkoloji Dergisi*. 11(4): 39-42.
- Bıkmaz, Z. (2009). *Lösemili Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Bilge, A., ve Çam, O. (2008). Kanseri önlemede önemli bir faktör olarak kadınların stres ile başa çıkma tarzları ve sağlık inanışlarının incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9: 16-21.

- Birol, L. (2002). *Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım*, Genişletilmiş 5. Baskı, Bozyaka Matbaacılık, İzmir, sf, 183-305.
- Boehmer, S., Luszczynska, A., ve Schwarzer, R. (2007). Coping and quality of life after tumor surgery: Personal and social resources promote different domains of quality of life. *Anxiety, Stress, & Coping*, 20(1), 61-75.
- Browning, K. K., Wewers, M. E., Ferketich, A. K., Otterson, G. A., ve Reynolds, N. R. (2009). The self-regulation model of illness applied to smoking behavior in lung cancer. *Cancer Nursing*, 32(4), E15.
- Bruner, D.W., ve Boyd, C.P. (1998). Assessing women's sexuality after cancer therapy checking assumptions with the focus group technique. *Cancer Nursing* 21(6): 438-447.
- Carey, R. G. (1974). Emotional adjustment in terminal patients: A quantitative approach. *Journal of Counseling Psychology*, 21(5), 433.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., ve Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267.
- Cheng, H., Sit, J. W., Chan, C. W., So, W. K., Choi, K. C., ve Cheng, K. K. (2013). Social support and quality of life among Chinese breast cancer survivors: Findings from a mixed methods study. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 788-796.

- Cohen, S., Gottlieb, B. H., ve Underwood, L. G. (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. New York, NY: Oxford University Press.
- Cohen, S., ve Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310.
- Coyne, J. C., ve Downey, G. (1991). Social factors and psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 42(1), 401-425.
- Çalışkan, T., Duran, S., Karadaş, A., ve Tekir, Ö. (2015). Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(1).
- Çam, O., Saka, Ş., ve Gümüş, A. B. (2009). Meme kanserli hastalarının psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 5(2).
- Çam, O., ve Babacan, G.A. (2006). Meme kanserli kadınlar için duygusal destek odaklı hemşirelik girişimler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3): 52-60.
- Çavuşoğlu, H. (2004). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Sistem Ofset Basımevi. 14-19
- Dedeli, Ö, Fadiloğlu, Ç., ve Uslu, R. (2008). Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23:132-139.

- Delbrück, H. (2008). Social support in cancer rehabilitation and palliation. *Rehabilitation and palliation of cancer patients*. 51-63.
- Derogatis, L. R. (1986). The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *Journal of Psychosomatic Research*, 30(1), 77-91.
- Diefenbach, M. ve Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representations: Theoretical and practice consideration. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5 (1), 11-39.
- Dow, K.H., ve Melancon, C.H. (1997). Quality of life in women with ovarian cancer. *Western Journal of Nursing Research*, 19(3): 334-350.
- Dukes Holland, K., ve Holahan, C. K. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*, 18(1), 15-29.
- Endler, N. S. (1997). Stress, anxiety and coping: The multidimensional interaction model. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 38(3), 136.
- Eom, C. S., Shin, D. W., Kim, S. Y., Yang, H. K., Jo, H. S., Kweon, S. S., ... Park, J. H. (2013). Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: Results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. *Psycho-Oncology*, 22(6), 1283-1290.
- Ertem, E., Alkım, A., Bulut, S., Sevil, Ü. (2009). Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2(2): 3-12.

- Eylen, B. (2001). *Bilgi verici danışmanlığın kanser hastalarının ailelerinin sosyal destek becerileri üzerine etkisi* (Yayınlanmamış doktora tezi). Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara.
- Eylen, B. (2002). Kanser hastası sosyal destek ölçeğinin geçerlik güvenirlik ve faktör yapısı üzerinde bir çalışma.
- Fanakidou, I., Zyga, S., Alikari, V., Tsironi, M., Stathoulis, J., ve Theofilou, P. (2018). Mental health, loneliness, and illness perception outcomes in quality of life among young breast cancer patients after mastectomy: The role of breast reconstruction. *Quality of Life Research*, 27(2), 539-543.
- Filazoglu, G., ve Griva, K. (2008). Coping and social support and health related quality of life in women with breast cancer in Turkey. *Psychology, Health&Medicine*, 13(5), 559-573.
- Firshein, R. (1999). Life support. *PsychologyToday*, 32(4): 28-29.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839.
- Folkman, S. (1999). Thoughts about psychological factors, PNI, and cancer. *Advances in Mind-body Medicine*, 15(4), 255-9.
- Folkman, S., ve Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150.

- Franks, H. M., ve Roesch, S. C. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 15(12), 1027-1037.
- Gibbs, H. W., ve Achterberg-Lawlis, J. (1978). Spiritual values and death anxiety: Implications for counseling with terminal cancer patients. *Journal of Counseling Psychology*, 25(6), 563.
- Gould, R. V., Brown, S. L., ve Bramwell, R. (2010). Psychological adjustment to gynaecological cancer: Patients' illness representations, coping strategies and mood disturbance. *Psychology and Health*, 25(5), 633-646.
- Güçlü, N. (2001). Stres yönetimi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1).
- Gümüş Babacan, A. (2007). *Meme kanserli hastalarda emosyonel destek odaklı hemşirelik girişimlerinin psikososyal uyuma etkisinin değerlendirilmesi* (Doktora Tezi). İzmir.
- Gündüz Sütçü, G. (2010). *Tanı-ameliyat süreci yakın zamanlı olan meme kanseri hastalarının öfke, depresyon, stresle başa çıkma ve sosyal destek değişkenleri açısından incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Ankara.
- Güran, Ş. (2005). Kanserden korunma. *Gülhane Tıp Dergisi*, 47, 324-326.
- Hagger, M. S., ve Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18(2), 141-184.
- Hallaç, S. (2010). *Genital organ kanseri tanısı alan bireylerin kansere tepki, vücut algısı, bas etme ve psikososyal uyumlarına yönelik yapılan grup müdahalesinin değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

- Hann, D., Baker, F., Denniston, M., Gesme, D., Reding, D., Flynn, T., ... Kieltyka, R. L. (2002). The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: age and gender differences. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(5), 279-283.
- Helgeson, V. S., ve Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, 15(2), 135-148.
- Holahan, C. J., ve Moos, R. H. (1985). Life stress and health: Personality, coping, and family support in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(3), 739.
- Hoogerwerf, M. A., Ninaber, M. K., Willems, L. N. A., ve Kaptein, A. A. (2012). "Feeling sare facts": Illness perceptions in patients with lung cancer. *Respiratory Medicine*, 106(8), 1170-1176.
- Hopman, P., veRijken, M. (2015). Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psycho-Oncology*, 24(1), 11-18.
- Huang, C. Y., ve Hsu, M. C. (2013). Social support as a moderatör between depressive symptoms and quality of life outcomes of breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 767-774.
- Irvine, D., Brown, B., Crooks, D., Roberts, J., ve Browne, G. (1991). Psychosocial adjustment in women with breast cancer. *Cancer*, 67(4), 1097-1117.
- Işıkhan, V. (2007). Kanser ve sosyal destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 18(1), 15-29.

- Kaçmaz N. (2003). Fiziksel hastalığa uyum güçlüğü yaşayan hastalarda konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği modeli geliştirme çalışması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.
- Kadambi, S., Soto-Perez-de-Celis, E., Garg, T., Loh, K. P., Krok-Schoen, J. L., Battisti, N. M. L., ... Hsu, T. (2020). Social support for older adults with cancer: Young International Society of Geriatric Oncology review paper. *Journal of Geriatric Oncology*, 11(2), 217-224.
- Karabulutlu, E., ve Karaman, S., (2015). Kanser hastalarında hastalık algısını değerlendirilmesi. doi: 10.17681/hsp.84549
- Karakartal, D. (2018). Kanser hastalarının yaşadıkları psiko-sosyal sorunların incelenmesi. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi*, 4(9), 48-62.
- Karakoç, T. (2008). Kanser hastalarında yorgunluk ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(8), 99-118.
- Kayış, A. (2009). *Kanser hastalarının hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyleri*, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kef, S. (1997). The personal networks and social supports of blind and visually impaired adolescents. *Journal of Visual Impairment&Blindness*, 91(3), 236-244.
- Kızılcı, S. (1997). *Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

- Koopman, C., Hermanson, K., Diamond, S., Angell, K.& Spiegel, D. (1998). Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7(2), 101-111.
- Kutluk, T., ve Kars, A. (1994). *Kanser Konusunda Genel Bilgiler*. Ankara: Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları.
- Kumar, V., Cotran, R. S., Robbins, S. L., ve Çevikbaş, U. (1994). *Temel patoloji*. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Kübler-Ross, E. (2010). *Ölüm ve ölmek üzerine*. April Yayıncılık.
- Küçükbakar, A. (2011). *Kanser tanısını yeni alan ve hastalığı tekrarlayan bireylerin hastalığı algılamalarının belirlenmesi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi).
- Koçak, N. (2020). *Primer beyin tümörü olan bireylerin cerrahi girişim sonrası süreçteki psikososyal uyum düzeylerinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul.
- Kyngäs, H., Mikkonen, R., Nousiainen, E. M., Ryttilähti, M., Seppänen, P., Vaattovaara, R., ve Jämsä, T. (2001). Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer. *European Journal of Cancer Care*, 10(1), 6-11.
- Lafaye, A., Petit, S., Richaud, P., Houédé, N., Baguet, F., ve Cousson-Gélie, F. (2014). Dyadic effects of coping strategies on emotional state and quality of life in prostate cancer patients and their spouses. *Psycho-Oncology*, 23(7), 797-803.
- Lau, R. R., ve Hartman, K. A. (1983). Common sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 2(2), 167.

- Lazarus, R. S. (1966). Stress as a psychological problem. In Lazarus, R. S. (Ed.), *Psychological stress and the coping process*(pp. 1-29). United States of America: McGraw-Hill, Inc.
- Lazarus, R. S, ve Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisals and Coping*(pp. 31–128). New York: Springer Publishing Company.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., ve Leventhal, E.A. (1997). Illness cognitions: Using common sense tounderst and treatment adherence. *Cognitive Therapy and Research*, 16:143-163.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., ve Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. *Handbook of Health Psychology*, 3, 19-47.
- Lim, J. W., Shon, E. J., Paek, M., &Daly, B. (2014). The dyadic effects of coping and resilience on psychological distress for cancer survivor couples. *Supportive Care in Cancer*, 22(12), 3209-3217.
- Luszczynska, A., Pawlowska, I., Cieslak, R., Knoll, N., ve Scholz, U. (2013). Social support and quality of life among lung cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2160-2168.
- Manning-Walsh, J. (2005). Social support as a mediator between symptom distress and quality of life in women with breast cancer. *Journal of Obstetric, Gynecologic, &Neonatal Nursing*, 34(4), 482-493.
- Mete, H.E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*. 11:3-18.

- Mishra, V. S., ve Saranath, D. (2019). Association between demographic features and perceived social support in the mental adjustment to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 28(3), 629-634.
- Moadel, A., Morgan, C., Fatone, A., Grennan, J., Carter, J., Laruffa, G., ... Dutcher, J. (1999). Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psycho-Oncology: Journal of The Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 8(5), 378-385.
- National Cancer Institute (NCI). (2020). Sosyal Destek Tanımı. National Cancer Institute web sitesi <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/social-support> Erişim tarihi: Ağustos 16,
- Nausheen, B., Gidron, Y., Peveler, R., ve Moss-Morris, R. (2009). Social support and cancer progression: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(5), 403-415.
- Nes, L. S., ve Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 235–251. doi:10.1207/s15327957pspr1003_3
- Novotny, P. J., Smith, D. J., Guse, L., Rummans, T. A., Hartmann, L., Alberts, S., ... Sloan, J. A. (2010). A pilot study assessing social support among cancer patients enrolled on clinical trials: A comparison of younger versus older adults. *Cancer Management and Research*, 2, 133.

- Oeffinger, K. C., ve Robison, L. L. (2007). Childhood cancer survivors, late effects, and a new model for understanding survivorship. *Jama*, 297(24), 2762-2764.
- Ögel, K., Özmen E, Sagduyuve A, Boratav C. (1999). *Genel tıpta ruhsal bozukluklar*.
- Oh, G. H., Yeom, C. W., Shim, E. J., Jung, D., Lee, K. M., Son, K. L., ... Im, S. A. (2020). The effect of perceived social support on chemotherapy-related symptoms in patients with breast cancer: A prospective observational study. *Journal of Psychosomatic Research*, 130, 109911.
- Oh, H., ve Ell, K. (2015). Social support, a mediator in collaborative depression care for cancer patients. *Research on Social Work Practice*, 25(2), 229-239.
- Okyayuz, Ü. (1999b). Kanser Hastası ve İletişim. İçinde Ü.H. Okyayuz (Ed.), *Sağlık Psikolojisi Giriş*. İstanbul: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 221-236.
- Özbesler, C. (2001). *Çocukluk çağı lösemileri ve sosyal destek sistemlerinin aile işlevlerine etkisi* (Yayınlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Özdemir, Ü., ve Taşçı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.
- Özkan, S. (1993). Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*. İstanbul: Roche Yayınları.
- Özyurt, B. E. (2007). Kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin betimsel bir çalışma.
- Parker, P. A., Baile, W. F., Moor, C. D., ve Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer

patients. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 12(2), 183-193.

Pasch, L. A., ve Bradbury, T. N. (1998). Social support, conflict, and the development of marital dysfunction. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(2), 219.

Pehlivan, S., Yıldırım, Y., ve Fadiloğlu, Ç. (2013). Kanser, kültür ve hemşirelik.

Plotnik, R., Geniş, T., Çiftçi, S. D., ve Dağ, H. (2009). *Psikoloji'ye giriş*. Kaknüs Yayınları.

Poręba-Chabros, A., Mamcarz, P., ve Jurek, K. (2020). Social support as a moderatör between the perception of the disease and stress level in lung cancer patients. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine: AAEM*, 27(4), 630-635.

Price, A., Goodwin, L., Rayner, L., Shaw, E., Hansford, P., Sykes, N., ... Lee, W. (2012). Illness perceptions, adjustment to illness, and depression in a palliative care population. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(5), 819-832.

Rees, G., Fry, A., Cull, A., ve Sutton, S. (2004). Illness perceptions and distress in women at increased risk of breast cancer. *Psychology&Health*, 19(6), 749-765.

Rezaei, F., Doost, H. T. N., Molavi, H., Abedi, M. R., ve Karimifar, M. (2014). Depression and pain in patients with rheumatoid arthritis: Mediating role of illness perception. *The Egyptian Rheumatologist*, 36(2), 57-64.

- Richardson, E. M., Schüz, N., Sanderson, K., Scott, J. L., ve Schüz, B. (2017). Illness representations, coping, and illness outcomes in people with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 26(6), 724-737.
- Rızalar, S., Ozbas, A., Akyolcu, N., ve Güngör, B. (2014). Effect of perceived social support on psychosocial adjustment of Turkish patients with breast cancer. *Asian Pacific Journal Cancer Prevention*, 15(8), 3429-34.
- Roberts, C. S., Cox, C. E., Shannon, V. J., ve Wells, N. L. (1994). A closer look at social support as a moderator of stress in breast cancer. *Health&Social Work*, 19(3), 157-164.
- Rozema, H., Völlink, T., ve Lechner, L. (2009). The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of The Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(8), 849-857.
- Sammarco, A. (2001). Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 24(3), 212-219.
- Sammarco, A., ve Konecny, L. M. (2008). Quality of life, Social support, and uncertainty among Latina breast cancer survivors. In *Oncology Nursing Forum* (Vol. 35.)
- Salonen, P. (2011). Quality of life in patients with breast cancer-A prospective intervention study.
- Sarafino, E. P. (1990). Health psychology: Biopsychosocial interactions. *Singapore: John Willey and Soes*.

- Savcı, A. B. (2006). Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi, SABE*.
- Schaefer, J., ve Moos, R. (1998). The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. In Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 99–126). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers
- Schnoll, R. A., Knowles, J. C., ve Harlow, L. (2002). Correlates of adjustment among cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20(1), 37–59.
- Selye, H. (1976). The stress in health and disease. London: Butterworth
- Silva, A. V. D., Zandonade, E., ve Amorim, M. H. C. (2017). Anxiety and coping in women with breast cancer in chemotherapy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25.
- Steginga, S.K., ve Dunn, J. (1997). Women' sex experiences following treatment for gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum* 24(8): 1403-1408.
- Stokes, J. P. (1985). The relation of social network and individual difference variables to loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(4), 981.
- Şahin, D. (1999). “Sosyal Destek ve Sağlık”. Ed. U. H. Okyayuz, Sağlık Psikolojisi, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Şahin, N. H., ve Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Psikoloji Dergisi*, 10(34), 56-73.
- Tan, M. (2007). Social support and coping in Turkish patients with cancer. *Cancer Nursing*, 30(6), 498-504.

- Türten, T. (2011). *Diyabetli bireylerde hastalığa psikososyal uyumunun belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Ankara.
- Tüzer, T.T. (1997). *Hastalığın Psikolojisi; Sağlık ve Hastalıkta* 1st ed. Ankara, Compos Mentis Yayınları.
- Usta, Y. Y. (2012). Importance of social support in cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(8), 3569-3572.
- Ünsal, P. (1996). Bir İş Ortamında Algılanan Sosyal Desteğin İşlevlerine, Kaynaklarına, Cinsiyet ve Mesleğe Göre İncelenişi”, IX. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmalar, Türk Psikologlar Derneği, 315-325.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., ve Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11(3), 431-445.
- Wills, T. A., ve Shinar, O. (2000). Measuring perceived and received social support.
- World Health Organization (WHO), (2018). Cancer. World Health Organization Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> Erişimtarihi: Ağustos 27.
- Wortman, C. B. (1984). Social support and the cancer patient: Conceptual and methodologic issues. *Cancer*, 53, 2339-2360.
- Wortman, C. B., ve Dunkel-Schetter, C. (1987). Conceptual and methodological issues in the study of social support.

- Yamaç, Ö. (2009). *Üniversite öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek ile stresle başa çıkma stilleri arasındaki ilişki* (Doctoral dissertation). Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Yamada, T. H. (2011). *The relationship between Social support, optimism, and cognition in breast cancer and non-Hodgkin's lymphoma survivors*. The University of Iowa.
- Yıldırım, İ. (1991). Stres ve stresle başa çıkmada gevşeme teknikleri. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6(6).
- Yıldız, I. (2012). *Stomasi olan ve olmayan kolorektal kanser hastalarında yaşam kalitesi, başa çıkma tarzı ve psikososyal uyum* (Yüksek lisans tezi). Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yılmaz, M. (2006). *İleri evre kanser hastalarında bilgilendirme odaklı ağrı ve depresyon değerlendirmesi* (Yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Disiplinler arası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.
- Yoo, H., Shin, D. W., Jeong, A., Kim, S. Y., Yang, H. K., Kim, J. S., ... Park, J. H. (2017). Perceived social support and its impact on depression and health-related quality of life: A comparison between cancer patients and general population. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 47(8), 728-734.
- Yöndem, Z. D. (2011). *Kişilik dinamikleri ve stresle baş etme*. Efil Yayınevi.
- Zabalegui, A., Cabrera, E., Navarro, M., ve Cebria, M. I. (2013). Perceived social support and coping strategies in advanced cancer patients. *Journal of Research in Nursing*, 18(5), 409-420.

Zhang, H., Zhao, Q., Cao, P., ve Ren, G. (2017). Resilience and quality of life: exploring the mediator role of social support in patients with breast cancer. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 23, 5969.

Zhang, N., Fielding, R., Soong, I., Chan, K. K., Tsang, J., Lee, V., ... Lam, W. W. T. (2016). Illness perceptions among cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 24(3), 1295-1304.

EKLER

EK A: Bilgilendirilmiş Doktor Onam Formu

Bu araştırma, Acıbadem Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programı öğrencisi Cansu Kaymakcı tarafından, Dr. Ayşenur Aktaş danışmanlığında yürütülmektedir.

Araştırmada, hastalık algısı ve psikososyal uyum arasındaki ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırmada kanser tanısı almış, *hastalığı hakkında bilgi sahibi olan*, 18 yaşından büyük, tedavisi devam eden ve terminal dönemde olmayan hastalar ile çalışılması planlanmaktadır. Araştırmaya katılım tamamen *gönüllülük esasına* dayanmaktadır. Hastalardan elde edilen bilgiler tamamen *gizli tutulacak*, araştırmacı tarafından değerlendirilecek ve sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Katılım süresinin yaklaşık olarak 30-40 dakika olması öngörülmektedir. Soruların hastalar üzerinde herhangi bir olumsuz duruma neden olması beklenmemektedir. Katılım sırasında sorulardan veya herhangi bir başka nedenden dolayı hastalar kendilerini rahatsız hissedersen, istedikleri zaman araştırmaya son verme hakkına sahiptir. Araştırma ile ilgili sorularınız varsa araştırmacıyla iletişime geçebilirsiniz. Cansu Kaymakcı, e-posta: cansukaymakci@gmail.com

Aşağıdaki onam kısmı, ilgili birimdeki sorumlu Onkolog /doktor tarafından doldurulacaktır.

Ben Hastanesi, onkoloji servisinden Dr., araştırmacı ile protokol numaraları paylaşılan hastalar kendi kanser geçmişleri ile ilgili bilgiye sahiptirler. Kendilerine çalışmaya katılım teklif etmeniz için ön onayım bulunmaktadır. Katılmayı tercih edip etmemeleri tamamen kendi tercihleridir.

Tarih:

İmza:

EK B: Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma, Acıbadem Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programı öğrencisi Cansu Kaymakcı tarafından, Dr. Ayşenur Aktaş danışmanlığında yürütülmektedir. Araştırmanın amacı, kanser hastalarının uyum süreçlerinin incelenmesidir.

Çalışmaya katılım tamamıyla gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışma süresince sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmeyecektir. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak ve araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Elde edilen bilgiler sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Katılım sürenizin yaklaşık olarak 30-40 dakika olması beklenilmektedir. Araştırmanın sonuçları açısından sağlıklı bilgiler edinilebilmesi için yönergelerin dikkatlice okunması, verilen cevaplarda samimi olunması ve cevaplandırılmamış soru bırakılmaması son derece önemlidir.

Katılım sırasında sorulardan veya herhangi bir başka nedenden dolayı kendinizi rahatsız hissederseniz istediğiniz zaman araştırmaya son verme hakkına sahipsiniz. Sorulara verdiğiniz cevapların herhangi bir olumsuz duruma neden olması beklenmemektedir. Ancak, bir rahatsızlık hissedilmesi durumunda istediğiniz takdirde araştırmacıya başvurabilirsiniz. Bu araştırmaya katıldığınız ve soruları yanıtlamadaki samimiyetiniz için teşekkür ederim.

Araştırma ile ilgili soru veya endişeleriniz varsa araştırmacıyla iletişime geçebilirsiniz.

Cansu Kaymakcı, e-posta: cansukaymakci@gmail.com

Dr. Ayşenur Aktaş, telefon: 0216 500 44 44

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda bırakabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı olarak kullanılmasını kabul ediyorum.

Tarih:

İmza:

EK C: Demografik Bilgi Formu

Yaşınız: _____

Cinsiyetiniz: Kadın _____ Erkek _____

Medeni Durumunuz: Bekar _____

Evli _____

Boşanmış _____

Dul _____

Eğitim Durumunuz: İlkokul _____

Ortaokul _____

Lise _____

Üniversite _____

Yüksek Lisans _____

Mesleğiniz: _____

Halen Çalışıyor musunuz? Evet _____ Hayır _____

Sosyoekonomik durumunuz: 1500-2000 _____

2001-3000 _____

3001-4000 _____

4001- 5000 _____

5001 ve üstü _____

Gelir düzeyinizi nasıl tanımlıyorsunuz: Düşük _____

Orta _____

Yüksek _____

Hastalığınızın tanısı ne zaman (tarih olarak belirtir misiniz) koyuldu: _____

Tedaviye ne zaman başladınız: _____

Tanı koyulduktan sonra geçen süreyi belirtiniz: _____

Tanı türünüzü belirtir misiniz: _____

Radyoterapi aldınız mı: Evet _____ Hayır _____

Kemoterapi aldınız mı: Evet _____ Hayır _____

Başka herhangi bir tedavi gördüyseniz yazar mısınız: _____

Aynı tanıdan dolayı daha önce tedavi gördünüz mü?: Evet _____

Hayır _____

Ailenizde psikiyatrik geçmiş olan var mı? _____

EK D: Hastalık Algısı Ölçeği

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

-Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir.

Lütfen siz de var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız.

Ayrıca,bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

Belirtiler	Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım.	Bu belirti hastalığımla ilgili
Ağrı	Evet Hayır	Evet Hayır
Boğazda Yanma	Evet Hayır	Evet Hayır
Bulantı	Evet Hayır	Evet Hayır
Soluk almada güçlük	Evet Hayır	Evet Hayır
Kilo kaybı	Evet Hayır	Evet Hayır
Yorgunluk	Evet Hayır	Evet Hayır
Eklemlerin Sertliği	Evet Hayır	Evet Hayır
Gözlerde Yanma	Evet Hayır	Evet Hayır
Hırıltılı soluma	Evet Hayır	Evet Hayır

Baş ağrıları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Mide yakınmaları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Uyku Güçlükleri	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Sersemlik Hissi	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Güç Kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER

-Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup Katılıp-Katılmadığınız ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz.

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum 2. Böyle düşünmüyorum

3.Kararsızım4. Böyle düşünüyorum 5. Kesinlikle böyle düşünüyorum.

1. Hastalığım kısa sürecek	1	2	3	4	5
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı	1	2	3	4	5
3. Bu hastalık uzun sürecek	1	2	3	4	5
4. Bu hastalık çabuk geçecek	1	2	3	4	5
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum	1	2	3	4	5
6. Ciddi bir hastalığım var	1	2	3	4	5
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var	1	2	3	4	5

8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor	1	2	3	4	5
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor	1	2	3	4	5
10. Hastalığının ciddi maddi sonuçları var	1	2	3	4	5
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor	1	2	3	4	5
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var	1	2	3	4	5
13.Yaptığım şeyler hastalığının iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir	1	2	3	4	5
14. Hastalığının seyri bana bağlı	1	2	3	4	5
15.Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez	1	2	3	4	5
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var	1	2	3	4	5
17. Yaptıklarım hastalığının sonucunu etkilemeyecek	1	2	3	4	5
18. Hastalığım zamanla iyileşecek	1	2	3	4	5
19. Hastalığının iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var	1	2	3	4	5
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak	1	2	3	4	5
21. Hastalığının olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir	1	2	3	4	5
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir	1	2	3	4	5
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez	1	2	3	4	5
24. Hastalığının belirtileri beni şaşırtıyor	1	2	3	4	5

25. Hastalığım bana anlamsız geliyor	1	2	3	4	5
26. Hastalığımı anlamıyorum	1	2	3	4	5
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum	1	2	3	4	5
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum	1	2	3	4	5
29. Hastalığının belirtileri güden güne farklılık gösteriyor	1	2	3	4	5
30. Hastalığının belirtileri bazen var bezen yok	1	2	3	4	5
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemmez)	1	2	3	4	5
32. Hastalığının daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor	1	2	3	4	5
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum	1	2	3	4	5
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum	1	2	3	4	5
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor	1	2	3	4	5
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor	1	2	3	4	5
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor	1	2	3	4	5
38. Hastalığım beni korkutuyor	1	2	3	4	5

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum 2. Böyle düşünmüyorum 3.Kararsızım4.

Böyle düşünüyorum5. Kesinlikle böyle düşünüyorum.

OLASI NEDENLER

Stres ya da endişe	1	2	3	4	5
Kalıtsal (ırsi)	1	2	3	4	5
Bir mikrop ya da virüs	1	2	3	4	5
Diyet-yemek alışkanlıkları	1	2	3	4	5
Şans ya da kötü talih	1	2	3	4	5
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım	1	2	3	4	5
Çevre kirliliği	1	2	3	4	5
Kendi davranışım	1	2	3	4	5
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem	1	2	3	4	5
Aile problemleri	1	2	3	4	5
Aşırı çalışma	1	2	3	4	5
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem	1	2	3	4	5
Yaşlanma	1	2	3	4	5
Alkol	1	2	3	4	5
Sigara içme	1	2	3	4	5
Kaza ya da yaralanma	1	2	3	4	5

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum 2. Böyle düşünmüyorum					
3.Kararsızım 4. Böyle düşünüyorum 5. Kesinlikle böyle düşünüyorum.					
Kişilik özelliklerim	1	2	3	4	5
Vücut direncimin azalması	1	2	3	4	5

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre en önemli nedenler:

1.

2.

3.

EK E: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği

Elinizdeki bu form şu anda sizin yaşamakta olduğunuz hastalığın üzerinizde yarattığı etkilere yönelik çeşitli gruplar hakkındaki soruları kapsamaktadır. Bu formda yer alan her bir soruya yanıt verirken, hastalığa ait deneyiminizi/durumunuzu en iyi yansıtan yanıt şıklarının yanına (x) işaretlerini veriniz. Hastalık etkilerine ait durumunuz bugün dahil 30 günlük bir dönemi kapsamaktadır, Tüm soruları, bu 30 günlük süre içinde hastalık etkilerinin size yaşattıkları açısından işaretleyin. Eğer şu anda hastanede tedavi görmekteyseniz hastaneye yatış tarihinden önceki 30 günlük süreyi göz önüne alarak yanıt veriniz.

BÖLÜM I:

1-Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar?

- a-Sağlığımla ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim.
- b-Sağlığımı korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim.
- c-Genellikle sağlığımla ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor.
- d-Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üstünde durduğum bir konu değildir.

2-Şu anda hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat etmenizi gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyiniz.

- a-Hastalığımla ilgili özel olarak yaptığım bir şey yok veya kaygı duymuyorum.
- b-Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu zaman ya unutuyorum ya da yorgun veya meşgul oluyorum.
- c-Hastalığımın bakım ve koruması için yaptığım uygun bir çok şey var.
- d-Hastalığım için gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum.

3-Genel olarak doktorların vermiş olduğu tıbbi bakımın kalitesi hakkında neler düşünüyorsunuz?

- a-Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar.
- b-Şu andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat gelişmesi gereken bazı alanlar var.
- c-Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekileriyle aynı kalitede değil.
- d-Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla bir güvenim yok.

4-Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar hem de diğer tıbbi personel tarafından size yönelik bir tedavi uygulanmaktadır. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüşleriniz nedir, size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?

a-Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken her şeyi yaptıklarını düşünmüyorum.

b-Uygulanan tedavi bende belirli bir izlenim bırakmadı, ama sanırım onlar yapabileceklerinin en iyisini yapıyorlar.

c-Bazı problemler olmasına rağmen uygulanan tedavi oldukça iyi.

d-Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmel.

5-Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olanı işaretleyiniz.

a-Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım.

b-Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğimi ve tekrar eski halime döneceğimi düşünüyorum.

c-Hastalığım hem ruhsal hem de fiziksel olarak beni altüst etti, fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki halime kavuşacağıma eminim.

d-Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu işin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.

6-Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir. Bazı hastalar, hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi almadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyin.

a-Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar.

b-Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum, ama sanırım daha fazlasını bilmem gerekiyor.

c-Hastalığım hakkında genel bir kanıya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum.

d-Hastalığımın genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı, doktorum ve diğer tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detayları ile açıkladılar.

7-Sizin yaşadığımız gibi bir hastalıkta insanların kendilerine uygulanan tedavi ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden bekledikleriniz hakkında aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanını seçiniz.

a-Doktorum ve tıbbi personelin tedavimi yürütme konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi.

b-Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktorlarıma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor.

c-Tedavimin çok tatsız bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorlarım bir süre daha bu şekilde devam etmemiz gerektiğini söylüyorlar.

d-Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye emin değilim.

8-Sizinki gibi hastalıklarda hastalara tedavileri konusunda farklı miktarlarda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinde tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz.

a-Tedavim hakkında neredeyse hiçbir açıklama yapılmadı, açıkça neler olduğunu bilmiyorum. b-Tedavim hakkında biraz bilgim var, ama bu bilmeyi istediğim kadar değil.

c-Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli, fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var.

d-Tedavimle ilgili bir şeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim her gün tazeleniyor.

BÖLÜM II:

1-Hastalığınız mesleğinizi/okulunuzu/ev işlerinizi vb. yapmanızı engelledi mi?

a-Mesleğimi vb. uygulamamla ilgili bir sorun yok.

b-Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler.

c-Bazı ciddi sorunlar var.

d-Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.

2-Şu an mesleğiniz/çalışmalarınız/ev işlerinizi yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi?

a-Kötü durumda b-Pek iyi değil

c-Yeterli

d-Çok iyi

3-Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?

a-3 gün ve daha az b-1 hafta c-2 hafta d-2 haftadan daha çok

4-Şu an işiniz/okulunuz/çalışmalarınız vb. hastalanmadan öncekine göre sizin için daha önemli mi?

a-Şu an hiç önemli değil

b-Oldukça az bir öneme sahip

c-Eskiye göre biraz önemini yitirdi geldi

d-Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale

5- Yaşadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz/işleriniz vb. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu?

a-Amaçlarım değişmez

c-Amaçlarım önemli ölçüde değişti

b-Amaçlarımda çok az bir değişme oldu

d-Amaçlarımı tamamen değiştirdim

6-Hastalanmanızdan bu yana arkadaşlarınız, komşularınızla olan sorunlarınızda bir artış gözlemlendi mi?

a-Sorunlarda büyük artış var

b-Sorunlarda orta dereceli bir artış var

c-Sorunlarda az ölçüde bir artış var

d-Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok

BÖLÜM III:

1-Hastalanmanızdan bu yana eşiniz (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişiyle) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?

a-İyi

b-Fena değil

c-Kötü

d-Çok kötü

2-Yaşamınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız (çocuklar, akrabalar vb.)?

a-Çok kötü

b-Kötü c-Fena değil

d-İyi

3-Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?

a-Bir engelleme olmadı

b-Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir

c-Orta derecede bazı problemler var, bazıları hallolunacak gibi değil d-Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var

4-Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?

a-Ailem, bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olamadı

b-Ailem bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı konuları halledemediler

c-Ailem genelde yardımcı oldu, yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı

d-Bu konuda bir sorun yok

5-Hastalığınız aile üyeleri ve sizin aranızdaki iletişimde bir azalmaya sebep oldu mu?

a-İletişimde bir azalma yok

b-Çok az ölçüde bir azalma oldu

c-İletişimde bir azalma oldu, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum

d-İletişimimiz önemli ölçüde azaldı. Kendimi çok yalnız hissediyorum.

6-Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaş, komşular, aile) bazı yardımlar beklerler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var

a-Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum.

b-Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil.

c-Her zaman olmamakla birlikte çoğunlukla gereken yardımı görüyorum.

d-Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var.

7-Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?

a-Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok

b-Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

c-Orta ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

d-Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

8-Sizinki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?

a-Önemli ölçüde maddi sıkıntım var

b-Orta derecede maddi sıkıntılarım var

c-Çok az maddi problemim var

d-Para ile ilgili bir problemim yok

BÖLÜM IV:

1-Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir.

Hastalığınız eşinizle olan ilişkinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?

a-İlişkimizde herhangi bir değişiklik olmadı

b-Hastalanmamdan bu yana birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı

c-Hastalanmamdan bu yana yakınlığımız kesinlikle daha azaldı

d-Hastalanmamdan bu yana ilişkimizde ciddi problemler hatta kesintiler oldu.

2-Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?

- a-Hastalığımдан bu yana kesinlikle hiçbir cinsel istek duymuyorum.
- b-Cinsel istekte belirgin bir azalma var
- c-Cinsel istekte hafif bir azalma var
- d-Cinsel istekte hiçbir azalma yok

3-Hastalıklar bazen cinsel aktivitelere bir azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma gördünüz mü?

- a-Cinsel aktivitede bir azalma yok
- b-Cinsel aktivitede çok az ölçüde bir azalma var
- c-Cinsel aktivitelere önemli ölçüde bir azalmavar
- d-Cinsel aktivite tamamen durdu

4-Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?

- a-Cinsel zevk ve tatmin tamamen durdu
- b-Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var
- c-Cinsel zevk ve tatmin de çok az ölçüde bir kayıp var
- d-Cinsel tatminde bir değişiklik yok

5-Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olmasa da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin başınıza böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde?

- a-Cinsel potansiyelimde bir değişiklik yok
- b-Cinsel performansım ile ilgili ufak problemler var
- c- Önemli cinsel problemlerim var
- d-Cinsellikten tamamen koptum

6-Hastalıklar eşler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda eşinizle aranızda farklı görüş ve duygular var mı ve ne derecede?

- a-Sabit ve sürekli farklı görüş ve duygular var
- b-Bu konuda yoğun farklılıklar var

c-Bazı farklılıklar var

d-Bu konuda hiçbir görüş ve farklılık yok

BÖLÜM V:

1-Hastalığınız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup görüştünüz mü (eskisine göre)?

a-Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu

b-Görüşmeler biraz azaldı

c-Görüşmeler belirgin olarak azaldı

d-Hastalık süresince hiç görüşmedik

2-Hastalığınız süresince aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz onlara olan ilginiz ne ölçüde, ne düzeyde?

a-Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteğim olmadı, ya da çok az bir istek oldu

b-öncekine oranla olan ilgi ve isteğim çok azaldı

c-İlgim bir parça azaldı

d-İlgi ve isteğim aynı ya da hastalığım süresince daha arttı

3-İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve akrabalarının desteğine sığınma ihtiyacı hissederler. Siz onların fikri yardımına ihtiyaç duyduğunuzda onlardan destek görebiliyor musunuz, onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?

a-Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar

b-Yeterince yardımcı oluyorlar

c-Yardım ediyorlar ama yeterince değil

d-Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar, ya da hiç yardım etmiyorlar.

4-Bazı insanlar hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarına çok bağlıdırlar. Sizin bağlılığınız ne ölçüdedir, hastalığınız bağlılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?

a-Bağlılığım önemli ölçüde yok oldu

b-Bağlılığım önemli ölçüde azaldı

c-Bağlılığım biraz azaldı

d-Bağlılığım yoktu veya çok azdı, bu bağlılık hastalıktan hiç etkilemedi

5-Genel olarak şu anda bu insanlarla aranız nasıl?

a-İyi b-Fena değil c-Kötü d-Çok kötü

BÖLÜM VI:

1-Hastalığınız öncesine göre boş zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenbiliyor musunuz?

a-İlgim tıpkı eskisi gibi
b-Eskisine göre biraz daha az
c-Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
d-Hemen hemen hiç ilgim kalmadı

2-Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl? Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?

a-Katılımım çok az ya da hiç yok
b-Katılımım önemli ölçüde azaldı
c-Katılımım az ölçüde bir azalma gösterdi
d-Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

3-Hastalığınızda öncesine göre ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatler, piknikler vb.) ilgi duyuyor musunuz?

a-İlgim tıpkı eskisi gibi
b-Eskisine göre biraz daha az
c-Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
d-İlgim çok az, ya da ilgim kalmadı

4-Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?

a-Katılımım çok az ya da şu anda hiçbir katılımım yok
b-Katılımım önemli ölçüde azaldı
c-Katılımım biraz azaldı
d-Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

5-Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere (sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema vb.) olan ilginizi devam ettirebildiniz mi?

a-İlgim tıpkı eskisi gibi

b-Eskisine göre biraz daha az

c-Eskisine göre önemli ölçüde azaldı

d-İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı.

6-Bu faaliyetler olan katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla birlikte hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?

a-Katılımım çok az ya da yok

b-Katılımım önemli ölçüde azaldı

c-Katılımım biraz azaldı

d-Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

BÖLÜM VII:

1-Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik ya da heyecanlılık hissettiğiniz oldu mu?

a-Olmadı b-Çok az c-Oldukça fazla d-Aşırı derecede

2-Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilgisiz ve umutsuz hissettiğiniz oldu mu?

a-Aşırı derecede b- Oldukça fazla c-Çok az d-Olmadı

3-Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlük çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?

a-Olmadı b-Çok az oldu c-Oldukça fazla d-Aşırı derecede

4-Son zamanlarda kendinizi çok fazla suçladığınız, suçlu hissettiğiniz ya da insanları aşağılama hissi yaşadığınız oldu mu?

a-Aşırı derecede b- Oldukça fazla c-Çok az d-Olmadı

5-Son zamanlarda hastalığınız ile ilgili olarak ya da buna benzer başka sorunlar hakkında daha çok endişelendiğiniz oldu mu?

a-Olmadı b-Çok az oldu c-Oldukça fazla d-Aşırı derecede

6-Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?

a-Aşırı derecede b- Oldukça fazla c-Çok az d-Olmadı

7-Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?

a-Olmadı b-Çok az oldu c-Oldukça fazla d-Aşırı derecede

EK F: Çok Boyutlu Algılan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da 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 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

1 Kesinlikle hayır 2 3 4 5 6 Kesinlikle evet 7

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

1 Kesinlikle hayır 2 3 4 5 6 Kesinlikle evet 7

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

1 Kesinlikle hayır 2 3 4 5 6 Kesinlikle evet 7

4. İhtiyacım olan duygusal yardımcı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

1 Kesinlikle hayır 2 3 4 5 6 Kesinlikle evet 7

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

1 Kesinlikle hayır 2 3 4 5 6 Kesinlikle evet 7

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

1 Kesinlikle hayır 2 3 4 5 6 Kesinlikle evet 7

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

1 Kesinlikle hayır 2 3 4 5 6 Kesinlikle evet 7

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

1 Kesinlikle hayır 2 3 4 5 6 Kesinlikle evet 7

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

1 Kesinlikle hayır 2 3 4 5 6 Kesinlikle evet 7

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

1 Kesinlikle hayır 2 3 4 5 6 Kesinlikle evet 7

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

1 Kesinlikle hayır 2 3 4 5 6 Kesinlikle evet 7

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

1 Kesinlikle hayır 2 3 4 5 6 Kesinlikle evet 7

EK G: Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği

Bu ölçek kişilerin yaşamdaki stresle başa çıkmak için neler yaptığını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size hiç uygun değilse, %0'ın altındaki kutu içine X işareti koyun. Çok uygun ise %100'ün altını işaretleyin.

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