

İSTANBUL BİLGİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ PROGRAMLAR ENSTİTÜSÜ
TRAVMA VE AFET ÇALIŞMALARI UYGULAMALI
RUH SAĞLIĞI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

KANSER HASTALARINDA STRES VE BAŞETME YOLLARI

ÖZLEM KORKMAZ
117507017

Prof. Dr. AHMET TAMER AKER

İSTANBUL
2020

KANSER HASTALARINDA STRES VE BAŞETME YOLLARI

STRESS AND COPING STRATEGIES IN CANCER PATIENTS

ÖZLEM KORKMAZ

117507017

Tez Danışmanı :

İSTANBUL BİLGİ ÜNİVERSİTESİ
Prof. Dr. A.TAMER AKER

(İmza)

Jüri Üyeleri

İSTANBUL BİLGİ ÜNİVERSİTESİ
Prof.Dr. IŞIK KARAKAYA

(İmza)

Jüri Üyesi: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Prof. Dr. EJDER AKGÜN YILDIRIM

(İmza)

Tezin Onaylandığı Tarih : 13.01.2020
Toplam Sayfa Sayısı:94

Anahtar Kelimeler
(Türkçe)

- 1) Kronik hastalıklar
- 2) Kanser
- 3) Travmatik stres
- 4) Başetme tutumları

Anahtar Kelimeler
(İngilizce)

- 1) Chronic diseases
- 2) Cancer
- 3) Traumatic stress
- 4) Coping strategies

ÖNSÖZ

4 Ocak 2012 tarihinde kanser tanısı almamış olsaydım; sanırım böyle bir tez, hiç bir zaman olmayacaktı. Keşke hiç olmasaydı diyemediğim gibi, iyi ki olmuş da diyemediğim bir süreçten bugüne gelmek inanılmaz değişik, öğretici, yorucu bir yolculuktu. O tarihten sonra hayatımda hiçbir şey, eskisi gibi olmadı. Nasıl olduğunu bile hatırlayamadığım birçok yıpratıcı ve zorlayıcı, tedavi ve kontrol süreçleri geçirdim. Uzun yıllar yaptığım hemşirelik mesleğinden ayrıldım. İçimde durmayan merak, beni kendime yönelen araştırmalara itti; neler yaşadım, nasıl başettim. Kafamdaki sorular ile meşgul iken; Prof. Dr. Ahmet Tamer Aker hocamızın ruhsal travma ile ilgili yüksek lisansını keşfettim. Hemşirelik lisansı sonrası için de oldukça uygundu. Bu nedenle ilk teşekkürüm ona olacak, hem bu fırsatı verdiği, hem tezime danışmanlık yaptığı için.

Yüksek Lisans hocalarım ve tez savunmamda jüride yer alan Prof. Dr. Işık Karakaya ve Prof. Dr. Ejder Akgün Yıldırım'a bana kattıkları bilgi ve değer için, Dr. Öğr. Üyesi Sera Çetingök'e jürime katıldığı için teşekkür ederim. Okul müdürüm ve yüksek lisans hocam Prof. Dr. Zeynep Şimşek'e değerli katkıları için teşekkür ederim.

Bu zaman sürecinde, İstanbul Beylikdüzü Medicana Hastanesi'nde görevli ve radyoterapi tedavimi ve kontrollerimi yapan Prof. Dr. Z. Füsun Tokatlı, öğretim görevlisi olarak çalıştığım İstanbul Bilgi Üniversitesi Kuştepe Kampüsü'nde göreve başladı. Tezimin konusunu seçmemde ilham verdi. Daha sonrasında değiştirmek zorunda kalsak da tez danışmanım oldu. Saha araştırmamda, hastaneden etik kurul izni almamda ve her türlü sorumda destek oldu, doktorum olarak bana güç kattı, teşekkür ederim hocam.

Uzman Psikolog Yeşim Ünal; tüm kalbimle varlığınıza şükrediyorum, teşekkür etmek sizin bana olan destek, anlayış, yol göstericilik ve işini mükemmel yapmanıza yetmeyecek biliyorum ama ben yine de tüm kalbimle teşekkür ediyorum size. Bana inanmanız ve verdiğiniz cesaret sayesinde buralara kadar gelebildim. Hayatımda hiç tez yazmadım, sayenizde tez yazmaktan öte, bilim

insanı ne demektir bunu öğrendim. Hep yanımda olun, yollarımız hep kesişsin, iyi ki varsınız minnetle, teşekkür ederim.

Varlığı ile bana yaşama gücü veren kızlarım; Ebru Korkmaz ve Çağla Korkmaz'a teşekkürler. Sevgili kardeşlerime, Anneme ve babama emekleri için, destek verip, benimle gurur duydukları için teşekkür ederim.

Bu süreçte veya hayatımın herhangi bir döneminde bana değer katan herkese teşekkür ederim.

En son ve en büyük teşekkür öğrencilerime.

Bu tezimi tüm kader birliği yaptığım, acılarını tanıdığım, kanser tanısı almış hastalara ve onların fedakar yakınlarına ithaf ediyorum.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
TABLolar LİSTESİ	ix
ABSTRACT	x
ÖZET	xiii
GİRİŞ	1
KRONİK HASTALIKLAR VE KANSER	3
1.1. TANIMLAR	3
1.1.1. Kronik Hastalık	3
1.1.2. Kanser	3
1.1.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)	3
1.1.4. Başetme Tutumları	9
1.2. DÜNYADA KRONİK HASTALIKLAR VE KANSER	10
1.3. TÜRKİYE'DE KRONİK HASTALIKLAR VE KANSER	14
1.3.1. Ülkemizde Kanser Hastalıkları Morbidite ve Mortalite Yaygınlığı	14
1.3.2. Ülkemizde Çeşitli Değişkenlere Göre Kanser (Cinsiyet, Yaş) ..	17
KANSER TANISI ALMAK, PSİKOSOSYAL ETKİLERİ, TRAVMATİK STRES VE BAŞETME TUTUMLARI	17
2.1. Kanser Hastalığının Psikososyal Etkileri	17
2.2. Kanser ve TSSB İlişkisi	19
2.3. Stres ve Tutum Olarak Başetme	21
2.3.1. Olumlu Başetme Yolları	22
2.3.2. Olumsuz Başetme Yolları	23
YÖNTEM	25
3.1. EVREN VE ÖRNEKLEM	25
3.1.1. Etik Kurul Onayı	25
3.1.2. Saha Ekibinin Kurulması	26

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	26
3.2.1. Kişisel Bilgi Formu	26
3.2.2. Yaşam Olayları Kontrol Listesi (YOKL)	27
3.2.3. Travmatik Stres Belirti Ölçeği (TSBÖ)	27
3.2.4. Başetme Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)	28
3.3. DEĞİŞKENLER, VERİ GİRİŞİ VE ANALİZLER	29
BULGULAR	31
4.1. KANSER TANISI ALMIŞ OLAN KATILIMCILARA AİT DEMOGRAFİK BULGULAR	31
4.2. KANSER TANISI ALMIŞ OLAN KATILIMCILARIN TSBÖ VE COPE BULGULARI	35
4.2.1. TSBÖ'den Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarının Çeşitli Değişkenler Açısından Karşılaştırılması	35
4.2.2. COPE'den Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarının Çeşitli Değişkenler Açısından Karşılaştırılması	37
TARTIŞMA VE SONUÇ	46
KAYNAKÇA	53
EK 1 ETİK KURUL ONAYI MEDİCANA	64
EK 2 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	65
EK 3 KİŞİSEL BİLGİ FORMU	68
EK 4 YAŞAM OLAYLARI KONTROL LİSTESİ	71
EK 5 TRAVMATİK STRES BELİRTİ ÖLÇEĞİ (TSBÖ)	72
EK 6 BAŞETME TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (COPE)	74
EK 7 ETİK KURUL ONAYI BİLGİ ÜNİVERSİTESİ	79

KISALTMALAR

ASB: Akut Stres Bozukluğu

BOH: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

COPE: Başetme Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

DALY: Disability Adjusted Life Years/ Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

IARC: İnternational Agency for Research on Cancer/Uluslararası Kanseri Araştırma Ajansı

KDH: Kalp Damar Hastalıkları

LAC: Latin Amerika ve Karayipler

TSBÖ: Travmatik Stres Belirti Ölçeği

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

YOKL: Yaşam Olayları Kontrol Listesi

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1. DSM 5'e Göre Tanı Kriterleri.....	4
Şekil 1.2. Dünyadaki 2018 Yılına Ait Çeşitlerine Göre Tüm Yeni Kanser Vakalarının Ve Meydana Gelen Ölümün Yaygınlığı.....	12
Şekil 1.3. Dünyada 2018 Yılına Ait Bölgesel Olarak Tüm Kanserlerin İnsidans, Mortalite Ve Prevelans Oranları.....	13
Şekil 1.4. Türkiye'de Ölüm Nedeni İstatistikleri (2011-2015).....	15
Şekil 1.5. Erkeklerde ve Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanserin Hızları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014) (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide).....	16

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1.1. 2018 Yılına Ait Tüm Kanser Dağılımı.....	14
Tablo 4.1. Demografik Bulgular.....	31
Tablo 4.2. Katılımcıların Yaşam Olaylarına Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	33
Tablo 4.3. Hastalık Öyküsü.....	34
Tablo 4.4. Katılımcıların TSBÖ'den Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarının Çeşitli Değişkenler Açısından Karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.5. Katılımcıların COPE Ölçeğinden Aldıkları Toplam Puanların Çeşitli Değişkenler Açısından Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.6. Cinsiyet Değişkeni Açısından COPE Alt Ölçeklerinin Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.7. Medeni Durum Değişkeni Açısından COPE Alt Ölçeklerinin Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.8. Kaçınıcı Kanser Tanısı Değişkeni Açısından COPE Alt Ölçeklerinin Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.9. Ameliyat Veya Müdahale Geçirme Değişkeni Açısından COPE Alt Ölçeklerinin Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.10. Birinci Derece Yakınıınızda Sürekli Hastalık Değişkeni Açısından COPE Alt Ölçeklerinin Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	44

ABSTRACT

Cancer disease, being one of the most important chronic diseases, these patients get diagnosed by using various methods. This diagnosis is one of the traumatic events that stresses patients because it is one of the events that threatens/disrupts a person's vital integrity. The patients who are diagnosed might be traumatized since they are faced with a life-threatening disease. Some part of the stress reactions given to this disease are aimed to adapt and cope. Such that, if people cannot adapt to this new period, then his/her physical and mental balance and adaptation to changes in his/her life can be disrupted. The reactions after the diagnosis may include the elements of intense fear, helplessness or dread. The meaning patient attributes to this stress, re-shapes according to what are the resources of coping and their functionality, social support resources that are appropriate for the person and their accessibility; experienced event ensures the use of positive or negative coping strategies in the new stressful situation. Since the effects of personal differences and patient's strengths and weaknesses on the coping attitudes are known, the aim of this cross-sectional study is to evaluate the traumatic stress levels of the patients diagnosed with cancer in regards to various variables (age, gender, marital status, medical history), detect how they cope with traumatic stress and which coping strategies they use. The sample of this study is consisted of cancer patients who are under treatment and follow-up care in İstanbul Beylikdüzü Medicana International Hospital. At the start of the study, the aim was to reach 80 participants however, the study was completed with 71 participants. The eligibility criteria to include participants were being diagnosed with any kind of cancer in the last five years, receiving/have received radiotherapy/chemotherapy and/or surgical therapy treatments as the result of a diagnosis with any kind of cancer in the last five years, being at least 18 years old, volunteering to participate in the study. When the socio-demographic data of the participants were evaluated, it was seen that 34 of them (47,9%) were men, 37 of them (52,1%) were women. The average age of the men was 56,9, the average age of women was 53,7. It was found that the social insurance of 51 of individuals

(71,8%) was SGK, 48 individuals (67,6%) resided in the city center during the treatment process, 68 individuals (95,8%) accommodated with their first degree relatives, 50 individuals (70,4%) were not employed, 61 individuals (85,9%) were diagnosed with cancer for the first time, 49 individuals (69%) received diagnosis between 2018-2019, 45 individuals (63,4%) had cancers which have not metastasized, 57 individuals (80,3%) had a surgery in the past, the most common diseases were cardiovascular/respiratory diseases (N=20, 28,2%). It was found that they most frequently experienced natural disasters (N=46, 64,8%), sudden, unexpected death of a close person (N=38, 53,5%), accidents related to transportation (N=17, 23,9%). Human-made intense pain (N=1, 1,4%) and captivity (N=1, 1,4%) were the events that they experienced the least. It was found that the participants who received a diagnosis of cancer before January 2018 (N=22, M=43,77) and the ones who received the diagnoses for the second time or more (N=10, M=48,20) got a significantly higher score from the Traumatic Stress Symptom Checklist (TSSC) ($p<0.05$). Because the research results showed that receiving cancer diagnosis more than once and having a cancer diagnosis for more than a year increases the mean score of cancer patients got from the Traumatic Stress Symptom Checklist (TSSC), it is considered to be important to evaluate the patients from the perspective of this variable when taking the medical history. Based on these results, psycho-social services and education can be given to patients so that they can manage with the traumatic stress of receiving a cancer diagnosis. In addition, the results showed that the mean of the Life Events Checklist (LEC) scores of the ones who had a surgery or an intervention in their medical history (N=57, M=38,83) were significant and higher and the mean of their assessment scale for coping attitudes (COPE) scores (N=57, M=33,55) were significant and lower. Since this situation is need of an explanation, a more in depth and retrospective/prospective research can be conducted. Our study is a defining study in terms of its sample and research method. It put forwards that, for these results to be explained, there is a necessity for prospective studies that will be conducted with cancer patients. In the study, it was found that the women's mean scores of Life Events Checklist (LEC) and

assessment scale for coping attitudes (COPE) were higher than men's mean scores and their total traumatic stress score were lower, although not significant. The results related with gender not being significant have the quality to be a topic of another research. Strengthening programs through health professionals can be applied to patients via the preparation of a structured form, that will be prepared with the significant results of the subscales of the coping strategies.

Keywords: Chronic diseases, cancer, traumatic stress, coping strategies

ÖZET

Kanser hastalığı; kronik hastalıklar içinde en önemlilerinden biri olup, bu hastalar çeşitli yöntemler kullanılarak tanı alırlar. Bu tanı hastalarda stres yaratan travmatik olaylardan biridir çünkü kişinin yaşamsal bütünlüğünü tehdit eden/bozan olaylardır. Bu tanıyı alan kişiler ölümcül bir hastalıkla karşı karşıya kaldıklarından, travmatize olabilmektedir. Bu hastalığa verilen stres tepkilerinin bir kısmı, uyum sağlama ve başetme amaçlıdır. Öyle ki, kişiler bu yeni sürece uyum sağlayamazsa fiziksel ve ruhsal dengesi ve yaşamındaki değişikliklere adaptasyonu bozulabilir. Tanı sonrası stres tepkileri, yoğun korku, çaresizlik ya da dehşet öğelerini barındırabilir. Hastanın bu strese yüklediği anlam, başetme kaynaklarının neler olduğu ve işlevselliği, kendisine uygun sosyal destek kaynakları ve ulaşılabilirliği ile yeniden şekillenmekte, yaşanan deneyim bu yeni stresli durumda olumlu ya da olumsuz başetme yöntemlerini kullanmasını sağlamaktadır. Başetme tutumlarında kişisel farklılıklar ve hastaların güçlü ve güçsüz yönlerinin stres düzeyine etkileri bilindiğinden, kesitsel tipteki bu araştırmada, kanser tanısı alan hastaların travmatik stres düzeylerini çeşitli değişkenler (yaş, cinsiyet, medeni durum, hastalık öyküsü vb.) açısından değerlendirmek, travmatik stres ile nasıl başettiklerini ve hangi başetme yöntemlerini kullandıklarını saptamak amaçlanmıştır. Çalışmanın örneklemini İstanbul Beylikdüzü Medicana International Hastanesi'nde tedavi ve takipleri yürütülen kanser hastaları oluşturmuştur. Çalışmaya başlarken 80 kişiye ulaşmak hedeflenmiştir, ancak 71 kişi ile çalışma tamamlanmıştır. Katılımcılarda, son beş yıl içinde herhangi bir kanser tanısı almış olmak, son beş yıl içinde herhangi bir kanser tanısı sonucu radyoterapi/kemoterapi ve/veya cerrahi tedavi yöntemlerini almış/alıyor olmak, en az 18 yaşında olmak, çalışmaya katılmaya gönüllü olmak şartları aranmıştır. Katılımcıların sosyo-demografik verileri değerlendirildiğinde; 34'ünün (%47,9) erkek, 37'sinin (%52,1) kadın olduğu görülmektedir. Erkeklerin yaş ortalaması 56,9, kadınların yaş ortalaması 53,7'dir. 51 kişinin (%71,8) sosyal güvencesinin SGK olduğu, 48 kişinin (%67,6) tedavi süresince şehir merkezinde

ikamet ettiği, 68 kişinin (%95,8) 1. derece yakınlarında kaldığı, 50 kişinin (%70,4) çalışmadığı, 61 kişinin (%85,9) ilk kez kanser tanısı aldığı, bu tanıyı 49 kişinin (%69) 2018-2019 tarihlerinde aldığı, 45 (%63,4) kişide metastaz olmadığı geçmişte 57 kişinin (%80,3) ameliyat olduğu, en çok kalp/damar/solunum sistemi hastalıklarının (N=20, %28,2) görüldüğü belirlenmiştir. En sık olarak; doğal afeti (N=46; %64,8), yakın bir kişinin ani, beklenmedik ölümünü (N=38; %53,5), ulaşım ile ilgili kazayı (N=17; %23,9) deneyimledikleri görülmektedir. İnsan kaynaklı şiddetli acı (N=1; %1,4) ve tutsaklık (N=1; %1,4) ise en az maruz kaldıkları travmatik yaşam olaylarıdır. Çalışmada anlamlı olarak, Katılımcılardan 2018 Ocak öncesi kanser tanısı alanlar (N=22, M=43,77) ve ikinci ve daha fazla kez kanser tanısı alanların (N=10, M=48,20) Travmatik Stres Belirti Ölçeği (TSBÖ)'den anlamlı bir şekilde yüksek puan aldıkları bulunmuştur (p<0.05). Araştırma bulguları, birden çok kanser tanısı almanın ve 1 yıldan fazla süredir kanser tanısı olmanın, hastaların Travmatik Stres Belirti Ölçeği (TSBÖ)'den aldığı puan ortalamasının daha yüksek olduğunu göstermesi nedeniyle, hastalık öyküsü alırken, bu değişken açısından hastaların değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu bulgulardan yola çıkarak hastalara, kanser tanısı almanın yarattığı travmatik stres ile baş edebilmesi için psikososyal destek ve eğitim verilebilir. Ayrıca bulgular, hastalık öyküsünde, ameliyat ya da müdahale geçirenlerin yaşam olayları kontrol listesi ortalamasının (N=57, M=38,82) anlamlı ve daha yüksek olduğunu ve başetme tutumları puanının ise anlamlı ve daha düşük (N=57, M=33,55) olduğunu göstermiştir. Bu durum açıklanmaya muhtaç olduğundan, daha derinlikli ve retrospektif/prospektif bir araştırma yapılabilir. Çalışmamız örneklem ve çalışma metodu açısından tanımlayıcı bir çalışmadır. Bu bulguların açıklanması için kanser hastalarıyla yürütülecek prospektif çalışmalar yapılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Çalışmada anlamlı olmasa da, kadınların Yaşam Olayları Kontrol Listesi (YOKL) ve Başetme Tutumları Ölçeği (COPE)'dan aldığı puan ortalamasının erkeklerin ortalamasından daha yüksek, travmatik stres toplam puanının düşük olduğu bulgulanmıştır. Cinsiyet ile ilgili bulgularda kadın ve erkekler açısından anlamlı farklar olmayışı da, yine ayrı bir araştırma için konu olabilecek niteliktedir. Başetme tutumlarının alt ölçeklerinden

elde edilen anlamlı bulgular ile hazırlanacak yapılandırılmış bir form ile hastalara sağlık profesyonelleri ile güçlendirme programları uygulanabilir.

Anahtar kelimeler: Kronik hastalıklar, kanser, travmatik stres, başetme tutumları

GİRİŞ

Dünya kanser istatistiklerine göre, 2012 yılında 14 milyon yeni kanser vakası, 8,2 milyon bu hastalığa bağlı ölüm bildirilmiş olup, önümüzdeki 20 yılda yaklaşık %70 yeni vaka artışı beklenmektedir (Bakar, 2017). Türkiye’de 1983 yılından itibaren güvenilir veri elde etmek amacıyla kanser hastalığının bildirim zorunlu hale getirilmiştir. 1999 yılında bildirilen olgu sayısı 25.942 iken, eksik bildirimle ilgili olarak beklenen yıllık yeni kanser olgusu 70-100 bin iken, yılda yaklaşık yüzbinde 39,4 olduğu izlenmektedir (Alıcı, ve ark., 2006).

Kanser tanısı almak; hastalarda stres yaratan önemli travmatik olaylardan biridir. Travmatik olaylar kişinin yaşamsal bütünlüğünü tehdit eden/bozan olaylardır. Tanı alan kişiler, ölümcül bir hastalıkla karşı karşıya kaldıklarından travmatize olabilmektedirler (Aker, 2012; APA, 2014). Yapılan bir araştırmaya göre kanser hastalarında TSSB görülme sıklığı %52 olarak bulunmuştur (Avcı & Doğan, 2014). Kanserli bireylerde psikiyatrik sorunlar ve kişilik bozuklukları görülmektedir. Depresyon ve organik beyin sendromları en sık görülen bozukluklardır (Özkan S., 1993; Bostancı, 2007; Küçükkaya, 2007; Yıldırım & Gürkan, 2010).

Kanser uzun süreli tedavi gerektirdiği için hastalarda; duygusal, ruhsal ve davranışsal sorunlara yol açabilmekte; radyoterapi ve kemoterapi kürlerinin yanı sıra kontrollerin de fiziksel, duygusal ve sosyal etkileri strese neden olabilmektedir (Çetinkaya, 2006; Özkan S., 1999). Bu hastalığa verilen stres tepkilerinin bir kısmı, uyum sağlama ve başetme amaçlıdır. Bu tepkiler yoğun korku, çaresizlik ya da dehşet öğelerini barındırır. Hastanın, hastalığının ciddiyetine ilişkin algısı, daha sonra ortaya çıkabilecek tepkiler için önemli bir belirleyicidir. Dehşet, korku ve çaresizlik duyguları da, yaşanan stres düzeyiyle ilişkilidir (Aker, 2012; Yılmaz B., 2007). Ancak her travmatik olayın ardından stres belirtileri görülmeyebilir (Aker, 2012). İlk kez Elisabeth Kübler-Ross tarafından oluşturulmuş 5 evreli modele göre bu tepkiler ve başetme yaşantısı şu şekildedir; (1) inkar ve izolasyon, (2) öfke, (3) pazarlık, (4) depresyon ve (5)

kabullenme. Hastalarda bu sıralama değişebilir veya karışabilir. Hastanın bu sürece uyumu tüm evreleri tamamlamasıyla mümkündür (Noyan, 2016; Özkan S., 1993).

Kanser tanısıyla başedebilme gücü birçok değişkenle ilgilidir. Hastayla ilgili özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim, kişilik özellikleri), hastalar ve sağaltımlara ilişkin değişkenler, (işlev kaybı belirtileri, kanser yerleşimi, prognoz, ağrı, kariyer, evlilik gibi yaşam hedeflerine ne oranda engel olduğu) ve çevresel özellikler (sosyal destek ağı, duygusal alanda destekleyici olarak algılanan bir kişinin varlığı, sağaltımları ekonomik olarak karşılayabilme gücü) kanser tanısıyla başetmeyi belirleyen etmenlerdir (Özkan S., 1999).

Bu çalışmanın amacı, kanser tanısı alan hastaların travmatik stres düzeylerini çeşitli değişkenler (yaş, cinsiyet, medeni durum, hastalık öyküsü vb.) açısından değerlendirmek; travmatik stres ile nasıl başettiklerini ve hangi başetme yöntemlerini kullandıklarını saptamaktır. Böylelikle bu gruba yönelik ruh sağlığı hizmetlerinin travmatik stres çalışmaları açısından geliştirilmesine katkı sunmak hedeflenmektedir. Çalışmamız oldukça spesifik bir gruba doğrudan çalışmayı içereceğinden önceki araştırmalardan ayrılmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

KRONİK HASTALIKLAR VE KANSER

1.1. TANIMLAR

Çalışma kapsamında yer alan tanımlara bu bölümde yer verilecektir.

1.1.1. Kronik Hastalık

Kronik hastalıklar, doku, organ ve sistemsel bozulmalar sonucu, birçok işlev kaybına yol açan, birden fazla bölgeyi etkileyen, uzun süreli, tıbbi girişimlerle tedavi edilemeyen ve eski fonksiyonlarına tam olarak geri dönmeyen, genellikle yavaş ilerleme gösteren, birbiri üzerine eklenen sağlık problemleridir. Kişilerin fonksiyonlarını ve hastalık bilincini arttırmak için belli aralıklarla takip ve destek gerektirir (Gorman, Sultan, & Raines, 1996; World Health Organization, 2012; Akdemir & Birol, 2005).

1.1.2. Kanser

Kanser, kişinin yaşamını çok boyutlu etkileyen, kronik bir hastalıktan öte, belirsizlik, ağrı ve acı içererek ölümü akla getiren, suçluluk, terk edilme, panik ve kaygı uyandıran bir durum olarak tanımlanabilmektedir (Karabulutlu & Karaman, 2015; Tan & Karabulutlu, 2005).

1.1.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

Kanser tanısı almak; hastalarda stres yaratan önemli travmatik olaylardan biridir. Travmatik olaylar kişinin yaşamsal bütünlüğünü tehdit eden/bozan olaylardır. Tanı alan kişiler, ölümcül bir hastalıkla karşı karşıya kaldıklarından, travmatize olabilmektedirler (Aker, 2012; APA, 2014). Günümüzde, kanser

hastalığının bireylerde travma etkisi yarattığı ve Travma Sonrası Stres Bozukluğuna (TSSB) yol açtığı bildirilmektedir (Avcı & Doğan, 2014). Aşağıdaki şekilde DSM 5'e göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanı kriterleri verilmiştir. DSM 5'te Örselenme Sonrası Gerginlik Bozukluğu olarak ifade edilen Travma Sonrası Stres Bozukluğu bu çalışmada genel kullanıma uygun olması amacıyla Travma Sonrası Stres Bozukluğu olarak ifade edilecektir (APA, 2014).

Şekil 1.1. DSM 5'e Göre Tanı Kriterleri

<i>Not: Aşağıdaki Tanı Ölçütleri, Erişkinler, Gençler Ve Altı Yaşından Büyük Çocuklara Uygulanır. Altı Yaşındaki Ve Daha Küçük Çocuklar İçin Aşağıda Ona Karşı Gelen Tanı Ölçütlerine Bakın.</i>	
A. AŞAĞIDAKİ YOLLARDAN BİRİYLE (YA DA BİRDEN ÇOĞUYLA), GERÇEK YA DA GÖZ KORKUTUCU BİR BİÇİMDE ÖLÜMLE, AĞIR YARALANMAYLA KARŞILAŞMIŞ YA DA CİNSEL SALDIRIYA UĞRAMIŞ OLMA:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama. 2. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme (bunlara tanıklık etme). 3. Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme. Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır. 4. Örseleyici olay(lar)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da

SALDIRIYA UGRAMIŞ OLMA:	<p>ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır.</p> <p>4. Örseleyici olay(lar)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örn. insan kalıntılarını toplayan ilk kişiler; çocuk sömürsünün ayrıntılarıyla yeniden yeniden karşılaşan polis memurları).</p> <p>5. <i>Not: Böyle bir karşı karşıya gelme, işle ilgili olmadıkça, elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema ya da görseller aracılığıyla olmuş ise A4 tanı ölçütü uygulanmaz.</i></p>
<p>B. ÖRSELEYİCİ OLAY(LAR)DAN SONRA BAŞLAYAN, ÖRSELEYİCİ OLAY(LAR)A İLİŞKİN, İSTENÇ- DIŞI GELEN AŞAĞIDAKİ BELİRTİLERİN BİRİNİN (YA DA DAHA ÇOĞUNUN) VARLIĞI:</p>	<p>1. Örseleyici olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve istençdışı gelen, sıkıntı veren anıları.</p> <p>Not: Altı yaşından büyük çocuklarda, örseleyici olay(lar)ın kapsandığı konuların ya da bu olay(lar)ın birtakım yönlerinin dışı vurulduğu yineleyici oyunlar ortaya çıkabilir.</p> <p>2. İçeriği ve/ya da duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler.</p> <p>Not: Çocuklar, içeriği belirsiz korkutucu düşler görüyor olabilirler.</p> <p>3. Kişinin örseleyici olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözümlenme (dissosiyasyon) tepkileri (örn. geçmişe dönüşler). (Bu tür tepkiler, belirli bir</p>

	<p>görülme aralığında ortaya çıkabilirler; en uç biçimi, o sırada çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırında olmamadır.)</p> <p>Not: Çocuklar, oyun sırasında, örselenmeyle ilgili yeniden canlandırma yapabilirler.</p> <p>4. Örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama.</p> <p>5. Örseleyici olay(lar)ın simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme.</p>
<p>C. AŞAĞIDAKİLERDEN BİRİNİN YA DA HER İKİSİNİN BİRLİKTE OLMASIYLA BELİRLİ, ÖRSELEYİCİ OLAY(LAR)DAN SONRA ORTAYA ÇIKAN, ÖRSELEYİCİ OLAY(LAR)A İLİŞKİN UYARANLARDAN SÜREKLİ BİR BİÇİMDE KAÇINMA:</p>	<p>1. Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.</p> <p>2. Örseleyici olay(lar)a ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesnelere, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.</p>
<p>D. AŞAĞIDAKİLERDEN İKİSİNİN (YA DA DAHA ÇOĞUNUN) OLMASIYLA BELİRLİ, ÖRSELEYİCİ OLAY(LAR)IN ORTAYA ÇIKMASINDAN SONRA BAŞLAYAN YA DA</p>	<p>1. Örseleyici olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama (özellikle unutkanlık çözümlerine [dissosiyatif amnezi] bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir).</p> <p>2. Kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar</p>

<p>KÖTÜLEŞEN, ÖRSELEYİCİ OLAY(LAR)A İLİŞKİN BİLİŞLERDE VE DUYGUDURUMDA OLUMSUZ DEĞİŞİKLİKLER OLMASI</p>	<p>ya da beklentiler (örn. “Ben kötüyüm”, “Kimseye güve- nilemez”, “Dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir”, “Bütün sinir sistemim kalıcı olarak bozuldu”).</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Örseleyici olay(lar)ın nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren, çarpık bilişler. 4. Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum (örn. korku, dehşet, öfke, suçluluk ya da utanç). 5. Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımda belirgin azalma. 6. Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları. 7. Sürekli bir biçimde, olumlu duygular yaşayamama (örn. mutluluğu, doyumunu ya da sevgi duygularını yaşayamama).
<p>E. AŞAĞIDAKİLERDEN İKİSİ (YA DA DAHA ÇOĞU) İLE BELİRLİ, ÖRSELEYİCİ OLAY(LAR)IN ORTAYA ÇIKMASIYLA BAŞLAYAN YA DA KÖTÜLEŞEN, ÖRSELEYİCİ OLAY(LAR)LA İLİNTİLİ, UYARILMA VE TEPKİ GÖSTERME BİÇİMİNDE BELİRGİN DEĞİŞİKLİKLER</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az bir kışkırtma karşısında). 2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar veren davranışlarda bulunma. 3. Her an tetikte olma. 4. Abartılı irkilme tepkisi gösterme. 5. Odaklanma güçlükleri. 6. Uyku bozukluğu (örn. uykuya dalmakta ya

OLMASI:	da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uyku uyuma).
F.	Bu bozukluğun süresi (B, C, D ve E tanı ölçütleri) bir aydan daha uzundur.
G.	Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
H.	Bu bozukluk, bir maddenin (örn. ilaç, alkol) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
Olup olmadığını belirtiniz:	
Çözülme belirtileri (dissosiyatif belirtiler) gösteren: Kişinin belirtileri örselenme sonrası gerginlik bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamaktadır, ayrıca kişi, tetikleyici etkene tepki olarak aşağıdakilerden birinin belirtilerini sürekli ya da yineleyici olarak yaşamaktadır:	
1. Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon): Kişinin, zihinsel süreçlerinden ya da vücudundan koptuğu duygumunu yaşadığı, sanki bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi baktığı, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. sanki bir düş içindeymiş gibi olduğu duygumu; kendisinin ya da vücudunun gerçekdışı olduğu ya da zamanın yavaş aktığı duygumu).	
2. Gerçekdışılık (derealizasyon): Çevredekilerin gerçekdışı olduğuna ilişkin, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. kişinin çevresindeki dünya gerçekdışı, düşsel, uzak ya da çarpık olarak yaşanır).	
Not: Bu alttürün kullanılabilmesi için, çözülme belirtilerinin, bir maddenin (örn. bilinç	

Varsa belirtiniz:

Gecikmeli dışavurum gösteren: Olaydan sonra en az altı ay geçmeden tanı ölçütleri tam olarak karşılanmıyorsa (kimisi belirtiler kısa bir süre içinde başlasa da).

(APA, 2014) Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5). (E. Köroğlu, Çev.)’dan alınmıştır.

Şekildeki tabloyu incelediğimizde; A kriterinin “Aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma”, 1. maddesinin “Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama” olduğu ve bu tanımlamanın kanser tanısı almayı karşıladığı görülmektedir (APA, 2014). Çünkü kanser ölümcül bir hastalıktır ve ülkemizde ve dünyada öldürücülük ve yaygınlık açısından %20’lik oranla 2. sıradadır. (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017; World Health Organization, (WHO) 2011). AIDS, miyokard infarktüsü, kanser ve benzeri ciddi bir hastalığa yakalanmanın insanlarda travma etkisi yaratabileceği ve TSSB’na neden olabileceği belirtilmektedir (APA, 2014; Shelby, et al. , 2005).

1.1.4. Başetme Tutumları

Lazarus ve Folkman (1988) başetmeyi, “kişinin problem çözme yeterliliğini zorlayan veya aşan dışsal ve içsel ihtiyaçlarını yönlendirmekte süregelen olarak benimsediği bilişsel ve davranışsal çabalarıdır” şeklinde tanımlamıştır. Bu tanıma göre kişi stres ile mücadele için farklı kaynaklar kullanmaktadır. Böylece oluşan stratejiler, stresli duruma uyum göstermeye çalışan kişinin stres ile dengede kalmasını sağlayabilir. Başetme tutumları iki şekilde ortaya çıkabilir; problemin kendisine yönelik olarak yapılan uyum davranışı ve oluşan problemin kişide yarattığı stresin duygusal olarak düzenlenmesi. Lazarus ve Folkman (1984)’ün başetme kuramına göre stresin kaynağı, büyüklüğü (kişinin anlamlandırması ya da stresin gerçekliği açısından

olabilir) ve karmaşıklığı başetmede en önemli belirleyicidir, davranışsal ve bilişsel mekanizmalar olarak ayrıştığı varsayılmaktadır (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus & Folkman, 1988; Lazarus R., 1989; Kayri & Boysan, 2007; Yılmaz B., 2007).

1.2. DÜNYADA KRONİK HASTALIKLAR VE KANSER

Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi (National Center for Health Statistics)'ne göre üç aydan daha uzun süren hastalıklar, Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre ise, uzun süreli ve genellikle yavaş ilerleyen hastalıklar, (Kalender & Sütçü Çiçek, 2014) olarak tanımlanmıştır. ABD'de kronik hastalıklar komisyonu ise (CCI; Commission on Chronic Illness) “Çoğunlukla tam iyileşmesi mümkün olmayan, sürekli, yavaş ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlığa yol açan, oluşmasında sosyo-ekonomik, kişisel ve genetik etkenlerin rol oynadığı, genellikle non-enfeksiyöz karakterde hastalıklar” şeklinde ifade etmektedir (Bilir & Paksoy, 2006; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013).

Kalp ve damar hastalıkları, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet bulaşıcı olmayan ve toplumları etkileyen hastalıkların en önemlileridir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013).

Dünya genelinde, tüm ölümlerin üçte ikisinden (%63) “bulaşıcı olmayan hastalıklar” (BOH) sorumludur ve son dönemde küresel bir pandemiye dönüşmüştür. Gelişmiş ülkeler için olduğu kadar, gelişmekte olan ülkeler için de önemli, sosyal sınıf ayrımı yapmayan bir halk sağlığı sorunudur (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi., 2017; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008).

Kronik Hastalıklar 2012'nin erken ölümlerinin büyük kısmı 28 milyon (%82) düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde görülmüştür. KDH (Kalp Damar Hastalıkları) (%37), kanserler (%27), kronik solunum hastalıkları (%8) ve diyabet (%4), 70 yaş altı BOH ölümlerinin çoğunluğundan sorumludur. Ölümlerin erken oluşu BOH'ların değerlendirilmesinde en öncelikli sorunlardan birisidir (DSÖ Türkiye Ofisi, 2018). Erkeklerde erken ölüm oranı %22, kadınlarda %35'tir (World Health Organization, 2011).

2020 yılına kadar kronik hastalıklardan ölümlerin %15 (yaklaşık 44 milyon ölüm) artacağı, tüm ölümlerin %75' ine sebep olacağı öngörülmüştür (Pınar, 2010; İncirkuş & Nahcivan, 2011; World Health Organization, 2011).

Kronik hastalıklar içinde kanser; ulusal hastalık yükü çalışması 2013 sonuçları incelendiğinde, kronik hastalıklar içinde en önemlilerinden biri olduğu görülmektedir. 1 DALY yaşamdan kaybedilmiş sağlıklı bir yıla karşılık gelmektedir (Erbaydar, 2009). İlk 25 DALY (Disability Adjusted Life Years/ Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı) kaybı nedenindeki değişim tablosuna bakıldığında 2. sırada olan kanser türü; trakea/bronş/akciğer kanseri ve mide kanseridir. Bu kanserlere bağlı DALY kaybına göre trakea/bronş/akciğer kanserinin %32 artış göstererek 9. sıradan 7. sıraya yükseldiği, mide kanserinin %30 artış ile 30. sıradan 23. sıraya yükseldiği görülmüştür (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2017). 2012 yılından 2030 yılına kadar kansere bağlı ölümlerin, 8,2 milyondan 12,6 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir (DSÖ Türkiye Ofisi, 2018).

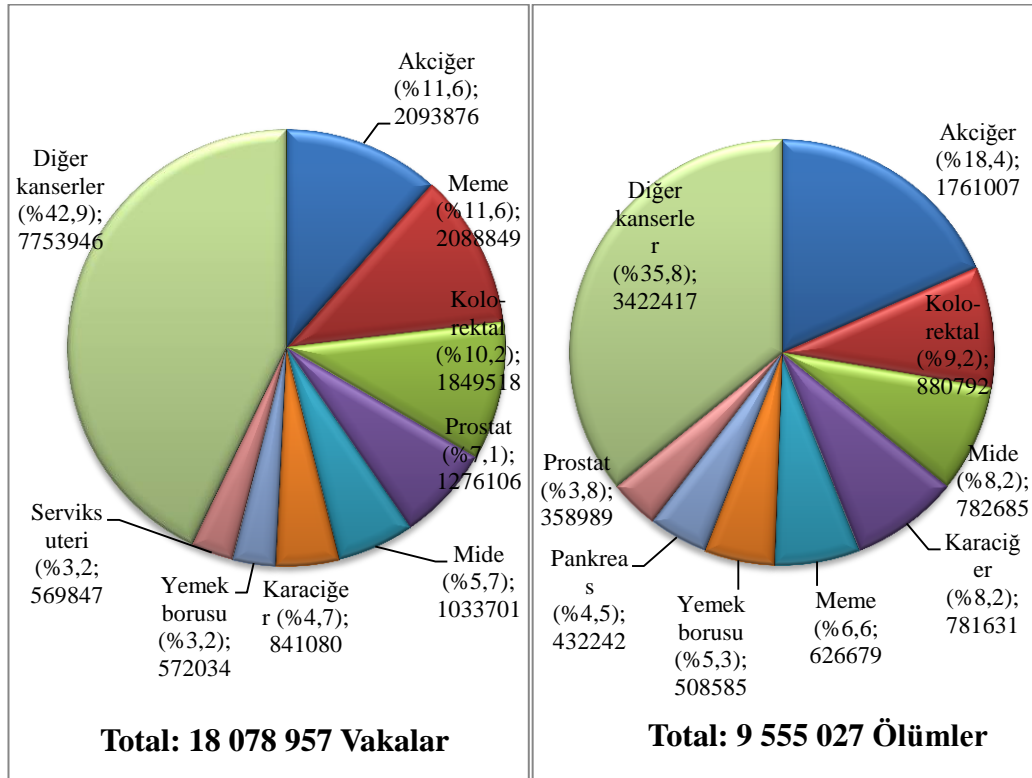
Kanser sonucu ölümlerin hayatın erken döneminde risk faktörlerine maruz kalmaya bağlı olduğu düşünülmektedir (Horton, 2013).

Dünyada sigara kullanımı, sağlıksız beslenme, hareketsiz yaşam ve alkolün aşırı kullanımının tüm yaşlarda ve cinsiyetlerde kronik hastalıklar için en önemli risk faktörleri arasında olduğu kabul edilmektedir (Bilir & Paksoy, 2006).

Birincil korunma, kanserden dolayı oluşan hastalanma ve ölümlerin en önemli sağlayıcısıdır. Dünya Sağlık Örgütü ve International Agency for Research on Cancer/Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'ın (IARC) destekleri, Avrupa komisyonu inisiyatifiyle hazırlanan "European Code Against Cancer"e göre, günümüzde kanserin birincil korumasını (primer prevansiyonunu) sağlamak için kanıtlanmış 12 öneri vardır. Bu öneriler, pasif maruziyetin önlenmesi ve sigara içilmemesi, egzersiz, ideal kilonun korunması, beslenme önerileri, alkol kullanılmaması, güneş ışığına gereğinden fazla maruz kalmama, evde/işyerlerinde kimyasal karsinojenlerden ve radon maruziyetinden korunma, anneler için emzirme ve hormon yerine koyma (replasman) tedavilerinden kaçınma, kadınların HBV/HPV aşılı ve kanser tarama programlarına uyumudur (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2017).

World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü'nün desteği ile International Agency for Research on Cancer/Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı tarafından yapılan dünyadaki 2018 yılına ait çeşitlerine göre tüm yeni kanser vakalarının ve meydana gelen ölümlerin yaygınlığı ile ilgili grafikler aşağıda verilmiştir (WHO, 2019).

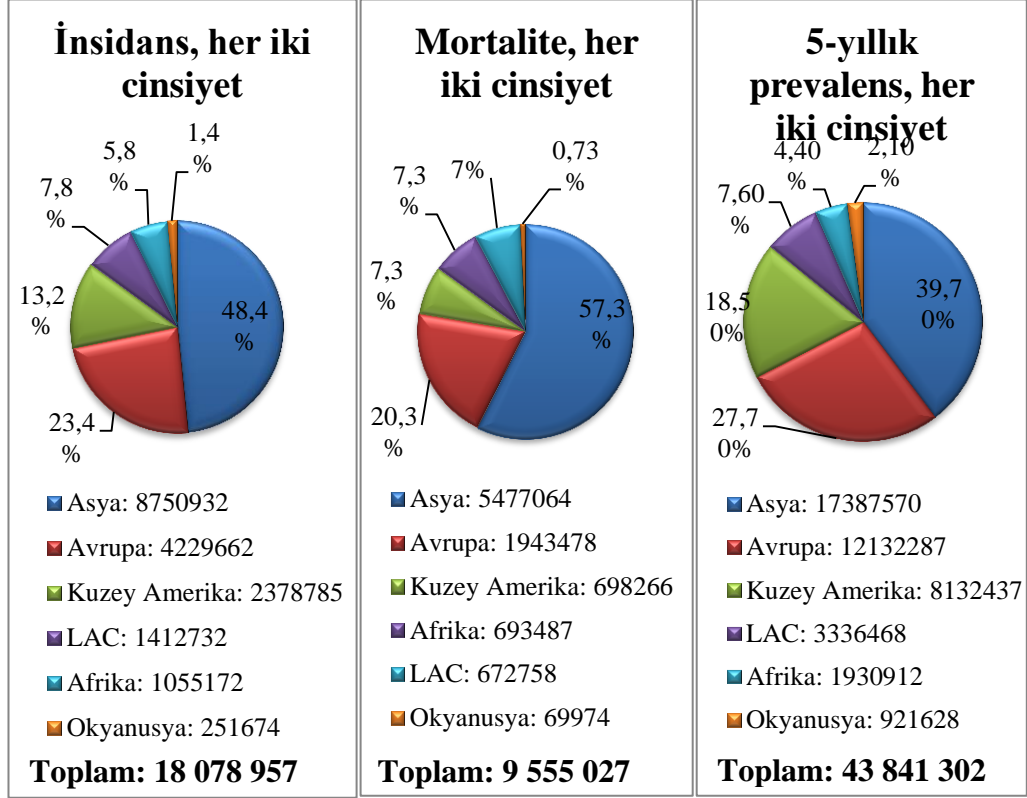
Şekil 1.2. Dünyadaki 2018 Yılına Ait Çeşitlerine Göre Tüm Yeni Kanser Vakalarının Ve Meydana Gelen Ölümün Yaygınlığı



Şekil 1.2.'de; 2018 yılında her iki cinsiyette ve tüm yaşlarda görülen yeni kanser vakalarının oranları şu şekildedir: Akciğer kanseri %11,6, Meme kanseri %11,6, Kolo-rektal kanser %10,2, Prostat kanseri %7,1, Mide kanseri %5,7, Böbrek kanseri %4,7, Yemek borusu kanseri %3,2, Rahim ağzı kanseri %3,2, Diğer kanserler %42,9 olarak verilmiştir (WHO, 2019).

Yine yapılan bu çalışmaya göre; dünyada 2018 yılına ait bölgesel olarak tüm kanserlerin yeni vaka görülme sıklığı (insidans), ölüm oranı (mortalite) ve tüm vakaların görülme sıklığı (prevelans) oranları aşağıdaki grafiklerde verilmiştir (WHO, 2019).

Şekil 1.3. Dünyada 2018 Yılına Ait Bölgesel Olarak Tüm Kanserlerin İnsidans, Mortalite Ve Prevelans Oranları



Şekil 1.3.'de 2018 yılında her iki cinsiyette bölgesel olarak yeni kanser vakalarının dağılım oranları şu şekildedir: Asya %48,4, Avrupa %23,4, Kuzey Amerika %13,2, LAC (Latin Amerika ve Karayipler) %7,8, Afrika %5,8, Okyanusya %1,4 olarak verilmiştir (WHO, 2019).

2018 yılına ait tüm kanser vakalarının cinsiyete göre dağılımı aşağıdaki tabloda verilmiştir (WHO, 2019).

Tablo 1.1. 2018 Yılına Ait Tüm Kanser Dağılımı

2018 Yılına Ait Tüm Kanser Vakalarının İnsidans Oranlarının Dağılımı		
	Erkek	Kadın
Kuzey Amerika		238,4 >
Avrupa	314,8 >	
Okyanusya		
Asya	124,8 – 314,8	132,4 – 238,4
Güney Amerika		
Afrika	< 97,8 – 124,8	< 112,0 – 132,4

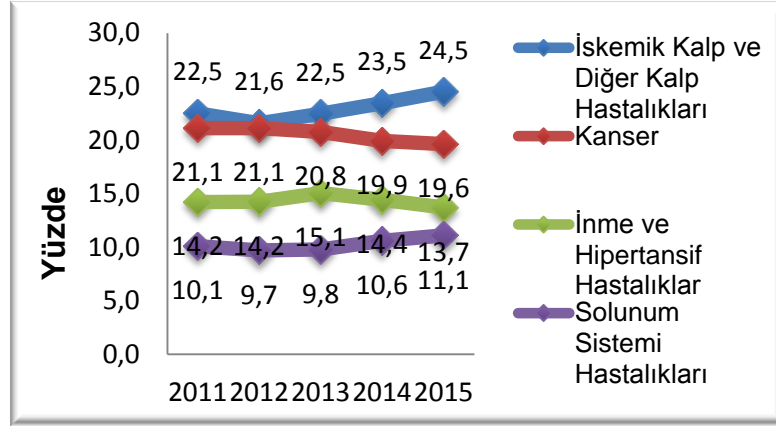
Tablo incelendiğinde; 2018 yılında tüm yeni kanser vakalarının erkek ve kadında en çok Kuzey Amerika, Avrupa ve Okyanusya’da görüldüğü tespit edilmiştir.

1.3. TÜRKİYE’DE KRONİK HASTALIKLAR VE KANSER

1.3.1. Ülkemizde Kanser Hastalıkları Morbidite ve Mortalite Yaygınlığı

Türkiye 2017 istatistikleri incelendiğinde, ölüm nedeni istatistikleri; kanser tüm ölümlerin yaklaşık %20 civarını oluşturmaktadır (Şekil 1.4.). Kanser, 2015 yılı içerisinde 49.946 erkek, 27.022 kadının ölümüne neden olmuştur. Gırtlak, soluk borusu, bronş ve akciğerin kötü huylu tümörü erkeklerde 20.388 kişi ile en fazla ölüme neden olurken, kadınlarda ise meme kanseri 3.853 kişi ile en yüksek sayıda ölüme neden olmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017).

Şekil 1.4. Türkiye’de Ölüm Nedeni İstatistikleri (2011-2015)



Şekil 1.4’e göre; Türkiye’de kanser nedeniyle ölüm % 20 civarındadır.

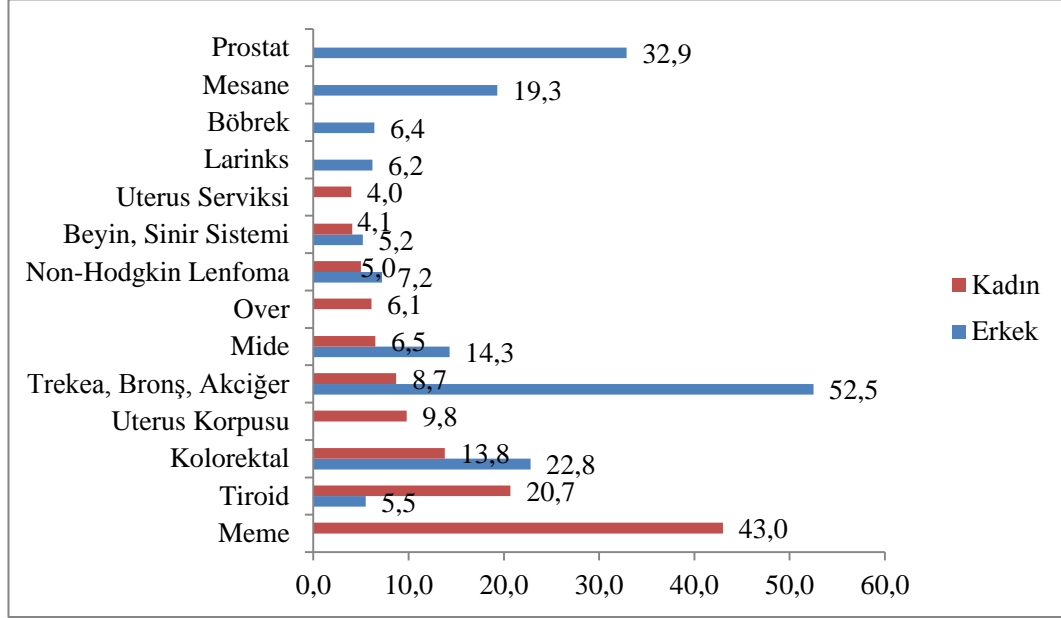
Türkiye’de Kanser Hastalığında Genel Durum

Ülkemizde ki en son resmi rakamlar değerlendirildiğinde bir yıl içerisinde yaklaşık 96.200 erkek ve 67.200 kadının kanser teşhisi aldığı tahmin edilmektedir. Son 5 yıl verileri değerlendirildiğinde; kanser sıklığında herhangi bir artış ya da azalış olmadığı söylenebilir (Şekil 1.5.). Türkiye’de yılda 163.500 civarında yeni kanser vakası teşhis edilmektedir. Ülkemizde bir günde yaklaşık 450 kişinin kanser teşhisi aldığı söylenebilir. Türkiye’de görülmekte olan kanserin sıklığı Avrupa Birliği ülkeleri ve Amerika gibi gelişmişlik düzeyi yüksek olan ülkelere göre daha düşüktür (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017).

1.3.2. Ülkemizde Çeşitli Değişkenlere Göre Kanser (Cinsiyet, Yaş)

2014 yılı Türkiye istatistiklerine göre ilk 10 kanserin cinsiyete göre dağılımı aşağıda verilmiştir.

Şekil 1.5. Erkeklerde ve Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanserin Hızları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014) (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide)



Şekil incelendiğinde; Türkiye’de en sık görülen kanser türlerinin, erkeklerde Trekea, Bronş, Akciğer kanseri, kadınlarda Meme kanseri olduğu 2014 verilerinde tespit edilmiştir.

İKİNCİ BÖLÜM

KANSER TANISI ALMAK, PSİKOSOSYAL ETKİLERİ, TRAVMATİK STRES VE BAŞETME TUTUMLARI

2.1. Kanser Hastalığının Psikososyal Etkileri

Kanser tanısı alan hastalarda ve yakınlarında, hastalığa dair algı; ortaya çıkan stresin en önemli sebebi olarak düşünülmektedir. Algıyı etkileyen faktörler; hastalık belirtilerini içeren hastalık tipi, süre, neden, sonuçlar ve tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirlik olarak sıralanabilir. Hastanın bireysel değerlendirmeleri, stres tepkilerini ve başetme tutumlarını belirleyen bir unsur olarak görülmektedir (Armay, ve ark., 2007).

Kanser tanısı alan kişi için, psikolojik, sosyal ve ekonomik vb. alanlarda yaşamının dengeleri alt üst olmuş ve gelecek belirsizleşmiş olabilmektedir. Bu durumda hayatını kontrol edemez ve kendini yetersiz ve değersiz hissedebilir. Bununla birlikte, toplum tarafından istenmediğini, dışlandığını, acınarak ve damgalanarak farklı davranıldığını düşünebilir. Bütün bu düşünceler, hastalığını gizleyerek, ‘normal insan’ gibi davranmaya çalışmalarını sağlayabilir. Fakat fiziksel ve psikososyal hastalık yükü, kişiyi daha da zorlayıcı ve hastalığı ile baş edemez hale getirebilir (Özbek, ve ark., 2003; Işıkhana, 1999; Beyzadeoğlu, 1996).

Kanser, doğası gereği tedavisi ve kabullenilmesi zor bir hastalıktır. Tüm bu zorluklar, tanı, tedavi ve kontrol süreçlerinde, hatta yayılma (metastaz) oluştuğunda, hastanın uyum mekanizmalarını ve başetme davranışlarını bozabilmektedir. Tanı koyma aşamasında, en çok şok ve inanmama savunma mekanizmaları kullanılabilir. Daha sonrasında kişi inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme aşamalarını sırasıyla ya da karışık bir şekilde geçirebilir (Kavradım & Özer, 2014; Elbi & Önen, 2001; Lazarus & Folkman, 1984; Bilge & Çam, 2008; Onat & Mandel, 2002).

Gylensköld (1974)’e göre kanser “doğrudan doğruya ölümle ilişkili olduğu, belirti göstermeden hareket ettiği, nedenleri pek açıklanamadığı, zamanla

kontrolü güçleştiği, büyük ızdıraplara neden olduğu, bireyi sosyal yönden damgaladığı ve izole ettiği için diğer kronik hastalıklardan daha tehdit edicidir” (Kanat & Özpolat, 2016). Bu süreçte oluşan korku “6 D belirtisi” ile açıklanır ölüm (“death”), çevredeki insanlara bağımlı kalma (“dependency”), vücut algısında şekilsel bozulma (“disfigurement”), işlevselliğinde ve yeteneklerinde bozulma (“disability”), ilişkilerinde bozulma (“disruption”) ve ağrı (“discomfort”) (Hoorens, et al., 2016; Kanat & Özpolat, 2016).

Elizabeth Kübler Ross (1969)’un yaptığı çalışmada görüldüğü gibi, kanser hastaları; “Hayır, ben olamam, doğru değil” diyerek, kanser tanısı aldığını inkar edebilir. “Neden ben?” diyerek hastalığına karşı öfke gösterebilir. Daha ilerleyen zamanlarda, tanrı ile pazarlık yapabilir, “iyi ve makul isteklerde” bulunursa kabul edileceğini düşünebilir. Ancak gerçeklerle yüzleştikçe hastalığın yaratacağı kayıplar ve neden olacağı veda için yas/depresyon aşamasına geçebilir. Bu kabullenme duygusu, hastanın hastalığı ile savaşıma gücünü elinden alabilir, içine dönebilir. Hasta bu evreleri sırasıyla ya da karmaşık şekilde yaşayabilir (Kubler-Ross, 1969; Kanat & Özpolat, 2016; Smaldone & Uzzo, 2013).

Kansere gösterilen psikolojik tepkiler kişiden kişiye farklılık gösterir. Bu tepkiler daha çok uyuma yönelik olsa da, bazen psikiyatrik sorunlara yol açabilir. En çok görülen psikolojik sorunlar; anksiyete, depresyon, öfke, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, çaresizlik, kanserin tekrarlayacağı korkusu, benlik saygısının azalması, beden imajının bozulması ve ölüm korkusu olabilmektedir (Tünel, ve ark., 2012; Özkan S., 2007; Landmark & Wahl, 2002; Kilpatrick, et al., 1998).

Kanser hastalarında, kendine zarar verme, sebebi bulunamayan fiziksel belirtiler, madde kullanım bozukluğu, hastalığa uymayan davranışlar, tedavi önerilerini yapmama durumları psikiyatrik tanılama açısından ele alınabilir. Psikiyatrik bozuklukların diğer hastalıklarla ilişkisini araştıran çalışmalarda diyabet, kanser, kalp damar, deri hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları gibi birçok hastalık gruplarında psikiyatrik bozukluk risk oranı yüksek bulunmuştur (Elbi Mete, 2008). Yine bu çalışmalar sonucunda; depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların, kronik hastalık olan kanser için bir eştanı (komorbidite)

olduğu saptanmıştır. Kelleci ve ark. (2009)'un 247 kronik fiziksel hastalığı olan kişide yaptığı bir çalışmada, anksiyete bozukluklarının yüksek olduğu bulunmuş ve depresyon bozukluğunun özellikle kalp ve kanser hastalarında yüksek olduğu da saptanmıştır. Böyle olmasının nedenleri: kronik bir hastalığa sahip olmak, hastalığın prognozunun geri dönüşsüz oluşu, yaşamı tehdit etmesi, kemoterapi, radyoterapi gibi zorlayıcı tedaviler, yatağa ve bakım verenlere bağımlılık, evinden ve sevdiklerinden ayrı kalması, hastalıkla başetme çabasının yetersiz kalması vb. olabilmektedir (Beutel & Schulz, 2011; Aydoğan, et al., 2012; Singer, et al., 2010; Kelleci, ve ark., 2009).

2.2. Kanser ve TSSB İlişkisi

Kanser uzun süreli tedavi gerektirdiği için hastalarda; duygusal, ruhsal ve davranışsal sorunlara yol açabilmekte; radyoterapi ve kemoterapi kürlerinin yanı sıra kontrollerin de fiziksel, duygusal ve sosyal etkileri strese neden olabilmektedir. Bu durum olağanüstü duruma verilen olağan uyum ve başetme tepkileridir. Bu tepkiler yoğun korku, çaresizlik ya da dehşet öğelerini barındırır. Hastanın, hastalığının ciddiyetine ilişkin algısı, daha sonra ortaya çıkabilecek tepkiler için önemli bir belirleyicidir. Dehşet, korku ve çaresizlik duyguları da, yaşanan stres düzeyiyle ilişkilidir (Çetinkaya, 2006; Özkan S., 1999; Aker, 2012; Yılmaz B., 2007; APA, 2014; Lederberg, 2005; Güleç & Büyükkınacı, 2011).

Kanser tanısının ardından, travmatize olan hasta, hastalığa dair düşüncelerini temel inanışlarla uzlaştırmaya çalışırken yaşadığı bütünleştirme mücadelesi travmatik stres belirtilerini oluşturabilir. Girici (intruzif) anılar, gece kâbusları, yeniden yaşantılama gibi belirtiler, hastanın travmayı bilişsel işleme ve bütünleştirme çabası sonucu olabilir. Kaçınma ve duyarsızlığın, yaşanan stresi düzenlemek için bir kontrol mekanizması gibi çalıştığı tahmin edilmektedir. Oluşan travma ile ilişkili durumlar başarılı bir şekilde, duygusal beyin ve prefrontal kortekste entegre edilebilirse, travmatik stres belirtileri oluşmayabilir ve travma zamanla çözülebilir. Travma sonrası stres bozukluğu, bu entegrasyon

oluşmadığında ortaya çıkabilir, kaçınma ve girici düşünceler arasında ki gel-gitler uzayabilir (APA, 2014; Kanat & Özpolat, 2016; Jim & Jacobsen, 2008).

Günümüzde, ruhsal ölçütlere göre kanser tanısının bireylerde travma etkisi yaratan bir olay olduğu tanımlanmış ve TSSB'ye yol açtığı bildirilmiştir. Yapılan bir araştırmaya göre kanser hastalarında TSSB görülme sıklığı %52 olarak bulunmuştur. Kanserli bireylerde psikiyatrik hastalıklar ve kişilik bozuklukları görülmektedir. Depresyon ve organik beyin sendromları en sık görülen bozukluklar arasındadır (Tokgöz, ve ark., 2008; Avcı & Doğan, 2014; Özkan S., 1993; Bostancı, 2007; Küçükkaya, 2007; Yıldırım & Gürkan, 2010).

Tünel ve ark. (2012)'ye göre, Akut Stres Bozukluğu (ASB) yaygınlığı kanser hastalarında ortaya konmamış, TSSB'nin kanser hastalarında görülme sıklığı %32'ye varan oranlarda bulunmuş, TSSB belirtilerinin bu hastaların %80'inde görülmesinin olası olabileceği belirtilmiştir (Tünel, ve ark., 2012).

Tokgöz ve ark. (2008) tarafından 100 kanser hastası ile yapılan çalışmada, TSSB yaygınlığı %19 olarak saptanmıştır. TSSB sıklığının demografik özelliklerden bağımsız olduğu ve anlamlı bir ilişkisinin olmadığı başka bir bulgu olarak kaydedilmiştir. Ayrıca, TSSB görülme sıklığının kemoterapi tedavisi alan hastalarda, almayanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. ($p < 0.05$). TSSB görülme oranları ile tedavi biçimi, tanılama süresi, metastaz varlığı ve kronik hastalıkların oluşu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Uygun psikolojik yaklaşım ve ilaç tedavisinin bu soruna yardımcı olacağı eklenmiştir (Tokgöz, ve ark., 2008).

Hamann ve ark. (2005) tarafından yarı yapılandırılmış görüşme formları ile kanser hastalarına yönelik gerçekleştirdikleri görüşmeler sonrasında, TSSB oranlarını %1,9 ile %50 arasında ve tüm yaşam süresince TSSB oranlarını ise %3 ile %35 arasında bulmuşlardır. Nielsen ve ark. (2005) meme kanseri yeni vaka görülme sıklığı (insidans) ile stres yaygınlığı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, stres seviyesi yüksek olan kadınların stres seviyesi düşük olan kadınlara göre meme kanseri için risk oranlarının daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (Pakyüz, ve ark., 2019; Nielsen ve ark., 2005). Masayo ve ark. (2005) kolon kanseri öldürme sıklığı (mortalitesi) ile stres arasındaki ilişkiyi

inceledikleri kohort çalışmalarında, 1,6 kat daha fazla mortalite riskine sahip kanserli kadın grubun, stres seviyesini daha yüksek bulmuşlardır (Hamann, Somers, Simith, Inslicht, & Baum, 2005).

2.3. Stres ve Tutum Olarak Başetme

Stres sözcüğü, Latince "estricitia"dan gelmektedir ve tarih boyunca çeşitli anlamlar için kullanılmıştır (Selye, 1974). 17. Yüzyılda felaket, bela, 18 ve 19. yüzyıllarda baskı, zor gibi anlamlarda nesnelere, insana, organlara ve ruhsal duruma yönelik kullanılmıştır. Sonuç olarak da stres, objelerin ve kişinin zorluklara karşı gösterdiği bir direnç anlamında kullanılmaya başlanmıştır (Güçlü, 2001). Fizik biliminde maddenin kendi gücüne olan tepkisi anlamında kullanılmıştır. 20.yy.'dan sonra insanların fiziksel ve sosyal açıdan yaşadığı zorluklardan yola çıkılarak psikiyatri, psikoloji bilimlerinde de kullanılmaya başlanmıştır (Stora, 1992; Ertekin, 1993; Baltaş & Batlaş, 2004).

Stres, bireyin uyum sağlayamazsa fiziksel ve ruhsal dengesinin bozulabildiği, yaşamındaki değişikliklere adaptasyon sağlama çabası olarak tanımlanmaktadır (Şahin, 2007). Son zamanlarda, yaşam şartlarındaki değişiklik, gelişen teknolojinin getirdiği yenilikler ve modern çağ stres kavramını daha fazla gündeme getirmiştir. Stres günlük yaşamın bir parçasıdır ve yoğun bir stres yükümüz olduğunun çoğumuz farkında bile olmayız (Güçlü, 2001; Güler & Çınar, 2010). Bu yüke bağlı olarak bazı belirtiler gösterebiliriz. Stresle ilgili belirtiler, fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal olabilmektedir (Braham, 1998).

Kanser hastaları, hastalıklarının oluşturduğu stres ile başetmede olay ve durumları bilişsel olarak değerlendirirken, ilk olarak karşılaştığının stresli bir durum olup olmadığı ile ilgilidir. İkinci değerlendirmeye geçtiğinde, olay veya durumu stres verici olarak algılsa sorunun çözümüne odaklanır. Geline süreçte yaşananlar, hastanın bu strese yüklediği anlam, başetme kaynaklarının neler olduğu ve fonksiyonelliği, kendisine uygun sosyal destek kaynakları ve ulaşılabilirliği ile yeniden şekillenmekte, yaşanan deneyim bu yeni stres

durumunda olumlu ya da olumsuz uyum göstermesini sağlamaktadır (Hallaç & Öz, 2011; Lazarus & Folkman, 1984; Arnold & Boggs, 1999).

2.3.1. Olumlu Başetme Yolları

Olumlu başetme yolları bilişsel ve duygusal yaşamda davranışsal sonuçları da olan, bireye fayda sağlayan değişimleri içeren stres verici olaylar ya da etkenlerin olumsuz yansımalarını en aza indirmek ya da tümüyle ortadan kaldırmak için yaş, cinsiyet, kültür ve hastalığa özgü olarak gösterilen başetme türüdür (Kanat & Özpolat, 2016; Ağargün, ve ark., 2005; Tedeschi & Calhoun, 1998; Folkman, 1984; Folkman ve ark., 1986; Holahan & Moos, 1987).

Parry ve Chesler de 2005 yılında yaptıkları çalışmada, kanserin niteliksel açıdan gelişmeyi içeren, psikososyal yönden olumlu sonuçlara da sebep olabildiğini bildirmişlerdir. Bu çalışmaya göre başetme süreci, uzun süreli psikososyal iyilik hali, anlam oluşturma ve ruhsal-manevi gelişim ile ilişkili bulunmuştur. Çocukluk dönemindeki kanserlerde de, travmaya rağmen gelişimin olağan olduğu ifade edilmiştir. Kanser deneyiminin, kanser hastalarının eşleri ve çocuklarında da travma sonrası büyüme başlatabileceği bazı araştırmacılar tarafından gözlemlenmiştir (Kanat & Özpolat, 2016; Parry & Chesler, 2005; Meyerowitz, 1980).

Travmanın süreçlerinde olumlu değişiklik için stres tek başına yeterli olmaz; kişinin stresi kendisi için tehdit olarak algılaması da gerekir. Yaşadıkları stresler üzerinde kafa yoran hastalar, kişilerarası işleme süreçlerini en iyi kullanan ve travmatik deneyimle en iyi baş eden bireylerdir. Yapılan bir çalışmada, erken evre meme kanseri hastaları arasında olumlu yeniden değerlendirme ve anlamlandırma yapabilen ve arkadaşlarını, duygularını ifade edebilmek için kullanabilen kadınların, bu başetme yöntemini kullanmayanlara göre daha fazla büyüme gösterdiği bulunmuştur (Kanat & Özpolat, 2016; Tedeschi & Calhoun, 2004; Mystakidou, et al., 2008).

2.3.2. Olumsuz Başetme Yolları

Olumsuz başetme, stresle başetmeye yönelik olarak yapılan ancak stres düzeyini düşürmek yerine arttıran davranışlardan oluşan bir yöntem olarak tanımlanır. Olumsuz başetme tepkilerinin, travma sonrası stres belirtilerinin ortaya çıkmasında ve sürmesinde etkili olduğuna ilişkin bulgular vardır. Bunun en önemli sağlayıcısı kanser hastalığının tek bir travma değil, pek çok travmayı da içeren zorlu bir süreç olabilmesidir. Karabulutlu ve ark. (2010)'un 96 kanser hastasında yaptığı çalışmada; kanser türünün ve tedavisinin ve tedavi süresinin, hastaların hastalıkla başetme stratejilerini olumsuz etkilediğini bulmuştur. Travmadan kaynaklanan çaresizlik duyguları, kendini suçlama, güven ve öz saygı eksikliği gibi sonradan oluşan olumsuz başetme yolları ile mücadelede, daha önceki olumsuz başetme yollarının kullanıldığı bildirilmektedir (Yılmaz, 2007; Steed & Downing, 1998; Green, et al., 1985; Beaton, et al., 1999; Marmar, et al., 1996; Kanat & Özpolat, 2016; Karabulutlu ve ark., 2010; Bag, 2014).

Kanser hastalarının başetme tutumlarında olumsuz etki yapan bir diğer durum da, kişilik özellikleridir. Morris ve ark. (1981) “kansere eğilimli” olmaları nedeniyle “C tipi kişilik” üzerinde durmuşlardır. Bu kişilik yapısı pasif ve olumsuz duyguları ifade edemezler. Engelleme, inkar, duygusal baskı ve kendini sabote etmeyi başetme mekanizması olarak kullanırlar. Bu kişilik türünü tanımlamak başetme stratejilerini bilmek açısından önemlidir. Kanser hastasını, kişiliğinden kaynaklı bu durumdan korumak (birincil koruma), olumsuz başetme mekanizmalarını olumlu hale getirmesini sağlayabilmektedir (Tünel, ve ark., 2012; Morris, ve ark., 1981).

Başetme stratejilerini olumlu ya da olumsuz etkileyen, bireyin biyopsikososyal geçmişiyle beraberinde getirdiği özelliklerin oluşturduğu çoklu faktörler dizisi vardır. Kişinin hastalıkla başetme stratejilerinde göstereceği reaksiyonları etkileyecek olası durumlar yetersiz kaldığında yani yaşadığı stres başetme gücünü aştığında; psikiyatrik açıdan sıklıkla depresyon görülebilmektedir (Bag, 2014; Schaefer , 2007).

Literatürdeki bilgiler ışığında bu çalışmada, aşağıdaki soruların cevapları araştırılmıştır.

1. Kanser tanısı alan hastaların travmatik stres düzeyi nedir ve çeşitli değişkenler açısından travmatik stres belirti düzeyi nedir?
2. Kanser tanısı alan hastaların başetme tutumları nelerdir ve çeşitli değişkenlerin başetme tutumlarına etkileri var mıdır?

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. EVREN VE ÖRNEKLEM

Çalışmada kesitsel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın evreni İstanbul'daki kanser tanısı alan kişilerdir ve çalışmanın örneklemini İstanbul Beylikdüzü Medicana International Hastanesi'nde tedavi ve/veya takipleri yürütülen kanser hastaları oluşturmuştur. Çalışmanın uygulama aşaması 1 Ekim 2018 - 1 Ekim 2019 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Katılımcılar "Kanser" tanısı alarak kemoterapi radyoterapi ya da cerrahi müdahale ile tedavi görmekte olan ve/veya kanser tedavisinin ardından sadece kontrole gelen kişiler arasından seçilmiştir. Katılımcıların çalışmaya dahil edilmesi için aşağıdaki kriterler baz alınmıştır:

- En az 18 yaşında olmak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.

Çalışmaya başlarken 80 kişiye ulaşmak hedeflenmiştir, ancak 71 kişi ile çalışma tamamlanmıştır. Özellikle biyolojik cinsiyet açısından bakıldığında, kadınların erkeklere göre, çalışmaya dahil olmak için daha motive oldukları gözlenmiştir ve uygun sayıda erkek katılımcıya ulaşmak amacıyla veri toplama süresi beklenenden uzun sürmüştür. Veri toplama süreci araştırmacı ve eşlik eden 2 kişilik saha ekibi tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek yürütülmüştür.

3.1.1. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın uygulanabilmesi adına İstanbul Bilgi Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 10.07.2018 tarihinde 2018-20845-93 proje numarası ile onay alınmıştır. Beylikdüzü Medicana International İstanbul Hastanesine araştırma yapılacağına dair bilgi verilmiş, 02.07.2018 tarih ve 003 karar no ile etik kurul

onayı alınmıştır (Ek 1, Ek 7). Örneklemede yer alan bireylerden yazılı onamlar alınmıştır (Ek 2).

3.1.2. Saha Ekibinin Kurulması

Saha ekibi, araştırmacı ve hastane çalışanlarından iki kişi ile toplam üç kişiden oluşmuştur. Araştırmacı dışındaki kişiler, saha çalışmasını kolaylaştırmak amacıyla profesyonel sağlık ekibinden seçilmiş kişilerdir. Uygulamalar başlamadan önce araştırmacı tarafından saha ekibine çalışmanın amacı ve uygulama yönergesiyle ilgili eğitim verilmiştir.

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada 4 farklı veri toplama aracı kullanılmıştır. Kişisel Bilgi Formu, Yaşam Olayları Kontrol Listesi (YOKL), Travmatik Stres Belirti Ölçeği (TSBÖ) ve Başetme Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Her bir görüşme ortalama 40 dakika sürmüştür.

3.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu 2 bölüm 23 sorudan oluşmuştur. Birinci bölüm, sosyo-demografik bilgilerden ve 10 sorudan, ikinci bölüm hastalık öyküsünden ve 13 sorudan oluşmuştur. Sosyo-demografik bilgilerde; yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, sosyal güvence, tedavi süresince nerede ikamet ettiği, kiminle yaşadığı, mesleği, çalışıp çalışmadığı ve aylık geliri sorulmuştur. Hastalık öyküsünde; devamlı bir hastalığı, sürekli kullandığı ilaç, ameliyat ya da müdahale geçirip geçirmediği, birinci derece yakınlarında devamlı hastalığı olan, birinci derece yakınlarında kanser tanısı olan, kaçınıcı kez kanser tanısı aldığı, tanı tarihi, metastaz olup olmadığı, uygulanan tedavi şekilleri, kontrol/takip yapılıp yapılmadığı gibi bilgilerini içermiştir (Ek 3).

3.2.2. Yaşam Olayları Kontrol Listesi (YOKL)

Katılımcıların başına gelebilecek olan zor veya stres yaratan 16 olayın bir listesi verilmiştir. Listedeki olaylar katılımcıların yaşamının tüm dönemlerini kapsamaktadır. 16 yaşam olayı şunlardır; doğal afet, yangın ya da patlama, ulaşım ile ilgili kaza, evde-işte veya başka yerde ciddi kaza, zehirli maddelere maruz kalma, fiziksel saldırı, silahlı saldırı, cinsel saldırı, diğer cinsel saldırılar, çatışma veya savaş bölgesinde bulunma, tutsaklık, hayati tehlikesi olan hastalık veya yaralanma, insan kaynaklı şiddetli acı, ani-şiddet içeren ölüm olayı, yakın birinin beklenmedik ölümü, başka bir kişiye neden olunan yaralanma veya ölüm. Yaşam olayları kontrol listesinde yer alan maddeler evet ya da hayır şeklinde cevaplanacak bir formata getirilmiştir. Araştırma kapsamında YOKL’de her bir maddede evet için 1 puan verilerek ortalamalar hesaplanmıştır (Ek 4).

3.2.3. Travmatik Stres Belirti Ölçeği (TSBÖ)

Travmatik Stres Belirti Ölçeği (TSBÖ), 1999 Depremi yaşamış 130 afetzedeye, Başoğlu ve ark. (2001) tarafından yürütülen çalışmalar ile Türkiye kültürüne göre geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. 17 maddesi DSM-IV’te yer alan TSSB ile ilgili belirtileri, 6 maddesi ise depresyon belirtilerini saptamak üzere toplam 23 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin alfa katsayısı tüm maddeleri için $\alpha=.94$, 17 maddeden oluşan TSSB için alfa katsayısı $\alpha=.92$ ve 6 maddeden oluşan depresyon için alfa katsayısı $\alpha=.84$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin TSSB maddeleri için en yüksek duyarlılık (81) ve özgüllük (81) değerleri kesme noktası 25 alındığında elde edilmiştir. Kesme noktası 25 olarak belirlendiğinde örneklemin TSSB dağılımı CAPS ile aynı oranda elde edilmiştir (%49). Ölçeğin depresyonla ilgili maddeleri için bir kesme puanı elde edilememiş olmakla birlikte depresyon için kesme puanı 8 olarak alındığında duyarlılık (81) yüksek iken özgüllük değerininin 61 olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin tamamı için kesme puanı 38 olarak

alındığında ise en yüksek duyarlılık (%83) ve özgüllük (%73) değerlerine ulaşılmıştır (Başoğlu, et al., 2001) (Ek 5).

3.2.4. Başetme Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) BÇTDÖ

Carver, ve ark., tarafından 1989'da geliştirilmiş olup, ölçeğin orijinal adı COPE'tur. 2005 yılında Ağargün ve ark. tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçek 60 soru (her bir sorunun toplam puanı 1 ile 4 arasında değişir) ve 15 alt ölçekten oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (Ağargün, ve ark. 2005).

Altmış farklı durum dört seçenek üzerinden yanıtlanır. Bu yanıtlar şu şekildedir; 1=Asla böyle bir şey yapmam; 2=Çok az böyle yaparım; 3=Orta derecede böyle yaparım; 4=Çoğunlukla böyle yaparım. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başetme tutumu hakkında bilgi verir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başetme tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olanağı verir. Bu başetme tutumlarından beş tanesi problem odaklı, diğer beş başetme tutumu duygu odaklı ve diğer beş başetme tutumu ise en az yararlı olanı yani işlevsel olmayan başetme tutumu olarak sınıflandırılmaktadır. BÇTDÖ kategorileri ve 15 başetme tutumu şunlardır (Ağargün, ve ark. 2005; Carver, ve ark., 1989) (Ek 6).

Problem Odaklı

1. Aktif başetme: Stres kaynağından kurtulmak için eylemde bulunmak, çaba sarf etmek.
2. Plan yapma: Stres kaynağına nasıl karşı koyulacağı ile ilgili düşünmek, aktif başetme çabalarını planlamak.
3. Diğer meşguliyetleri bastırma: Stres kaynağı ile başetmeye daha fazla konsantre olmak için daha önceden yapılan aktivitelerin bastırılması.
4. Geri durma: Uygun bir konum sağlayana kadar başetme çabalarını durdurarak pasif kalmak.

5. Yararlı sosyal destek kullanımı: Ne yapılacağı ile ilgili yardım, bilgi ve tavsiye kullanmak/aramak.

Duygu Odaklı

6. Duygusal sosyal destek kullanımı: Birilerinden duygusal destek veya anlayış bulma.
7. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme: Durumu gelişim için en uygun şekilde kullanma veya durumu daha pozitif yorumlama/değerlendirme.
8. Kabullenme: Stresli olayın meydana geldiğini ve gerçek olduğunu kabul etmek.
9. Şakaya vurma: Stres kaynağı hakkında espriler yapmak.
10. Dini olarak başetme: Dini aktivitelerde artış.

İşlevsel Olmayan

11. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma: Artan bir şekilde duygusal stresin farkında olmak ve buna eşlik eden duyguları açığa vurma veya deşarj etme eğilimi.
12. İnkâr: Stresli olayın gerçekliğini inkâr etmek/kabul etmeme
13. Zihinsel boş verme: Stresörle ilişkili düşüncelerden uzaklaşmak için uyumak gibi dikkat dağıtacak yöntemlerin kullanılması.
14. Davranışsal olarak boş verme: Stres kaynağının engel olduğu hedefe ulaşmak için çaba sarf etmekten geri durma veya boş verme.
15. Madde kullanımı: Stres kaynağından uzaklaşabilmek için alkol ve madde kullanımını arttırmak. (Kaya, ve ark., 2015)

3.3. DEĞİŞKENLER, VERİ GİRİŞİ VE ANALİZLER

Çalışmanın bağımlı değişkenleri TSBÖ ve BÇTDÖ'nden (COPE) elde edilen ortalama puanlardır.

Bağımsız değişkenler ise sosyo-demografik ve hastalık öyküsüne ait değişkenler; cinsiyet, medeni durum, kanser tanısı alınan tarih, yayılma (metastaz)

olup olmadığı, kaçınıcı tanı, ameliyat olup olmadığı, birinci derece yakında kronik hastalık ve kanser olup olmadığı, kontrol takip yaptırıp yaptırmadığıdır.

Hastalık öyküsünde olan değişkenler; devamlı bir hastalığı, sürekli kullandığı ilaç, ameliyat ya da müdahale geçirip geçirmediği, birinci derece yakınlarında devamlı hastalığı olan, birinci derece yakınlarında kanser tanısı olan, kaçınıcı kez kanser tanısı aldığı, tanı tarihi, metastaz olup olmadığı, uygulanan tedavi şekilleri, kontrol/takip yapılıp yapılmadığı, hastalığın tedavi/kontrol sürecinde kimin ilgilendiği ve ilgilenme derecesi değişkenleridir.

Görüşme formları günlük olarak SPSS 21.0 istatistik paket programına girilmiş ve veri kontrolü sonrası analizler yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler (yüzde, ortalama, standart sapma) ve çeşitli değişkenler arasında ortalamaların karşılaştırılması için bağımsız gruplar için t-testi analizi sonuçları değerlendirilmiştir. Çeşitli değişkenler ile toplam puanlar arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla Pearson korelasyon analizi sonuçları kullanılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. KANSER TANISI ALMIŞ OLAN KATILIMCILARA AİT TANIMLAYICI BULGULAR

Katılımcıların sosyo-demografik verileri değerlendirildiğinde; 34'ünün (%47,9) erkek, 37'sinin (%52,1) kadın olduğu görülmektedir. Erkeklerin yaş ortalaması 56,9 (Min:36; Mak:82), kadınların yaş ortalaması 53,7; minimum 26, maksimum 78'dir.

Katılımcıların cinsiyete göre; medeni durum, öğrenim durumu, sosyal güvence, tedavi süresince nerede ikamet ettiği, kiminle yaşadığı, mesleği, şu anda çalışıp çalışmadığı ve aylık gelir düzeylerinin yer aldığı sosyo-demografik bilgileri Tablo 4.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Demografik Bulgular

		KADIN		ERKEK		TOPLAM	
		N	%	N	%	N	%
Cinsiyet	Kadın	37	52,1	0	0	71	100
	Erkek	0	0	34	47,9		
Medeni Durum	Bekar	9	24,3	4	11,8	13	18,3
	Evli	28	75,7	30	88,2	58	81,7
Öğrenim Durumu	Okur-yazar değil	2	5,4	1	2,9	3	4,2
	Okuryazar/ilkokul/ortaokul	17	45,9	18	52,9	35	49,3
	Lise ve üzeri	18	48,48	15	44,1	33	46,5
Sosyal güvence	SGK	27	73	24	70,6	51	71,8
	Emekli Sandığı	8	21,6	2	5,9	10	14,1
	Bağkur	2	5,4	8	23,5	10	14,1

Tedavi süresince nerede ikamet ettiği	İl	29	78,4	19	55,9	48	67,6
	İlçe/Köy/Diğer	8	21,6	15	44,1	23	32,4
Kiminle yaşadığı	1.derece yakınlar	35	94,6	33	97,1	68	95,8
	Arkadaş/akraba/yalnız/diğer	2	5,4	1	2,9	3	4,2
Mesleği	Memur/işçi/esnaf	6	16,2	19	55,9	25	35,2
	Emekli	12	32,4	10	29,4	22	31
	Diğer(Ev hanımı/,özel sektör vb.)	19	51,4	5	14,7	24	33,8
Şu anda çalışıp çalışmadığı	Evet	3	8,1	8	23,5	11	15,5
	Hayır	28	75,7	22	64,7	50	70,4
Aylık gelir düzeyleri	Hastalık izninde	6	16,2	4	11,8	10	14,1
	Gelir giderden az	12	32,4	12	35,3	24	33,8
	Gelir giderden fazla	3	8,1	3	8,8	6	8,5
	Gelir gidere denk	22	59,5	19	55,9	41	57,7

Yine iki grubun verilerine bakıldığında; 51 kişinin (%71,8) sosyal güvencesinin SGK olduğu, 48 kişinin (%67,6) tedavi süresince şehir merkezinde ikamet ettiği, 68 kişinin (%95,8) 1. derece yakınlarında kaldığı, 50 kişinin (%70,4) çalışmadığı bulgulanmıştır.

Katılımcılardan 16 farklı travmatik yaşam olayını “evet” ya da “hayır” şeklinde değerlendirmeleri istenmiştir. Katılımcıların yaşam olaylarına verdikleri cevapların dağılımı Tablo 4.2.’de verilmiştir.

Tablo 4.2. Katılımcıların Yaşam Olaylarına Verdikleri Cevapların Dağılımı

YAŞAM OLAYI		N	%
Doğal Afet	Evet	46	64,8
	Hayır	25	35,2
Yangın veya patlama	Evet	14	19,7
	Hayır	57	80,3
Ulaşım ile ilgili kaza	Evet	17	23,9
	Hayır	54	76,1
Evde, işte veya başka bir yerde ciddi kaza	Evet	14	19,7
	Hayır	57	80,3
Zehirli maddelere maruz kalma	Evet	13	18,3
	Hayır	58	81,7
Fiziksel saldırı	Evet	10	14,1
	Hayır	61	85,9
Silahlı saldırı	Evet	3	4,2
	Hayır	68	95,8
Cinsel saldırı	Evet	4	5,6
	Hayır	67	94,4
Diğer istenmeyen veya rahatsız edici cinsel yaşantılar	Evet	2	2,8
	Hayır	69	97,2
Çatışma veya savaş bölgesinde bulunma	Evet	4	5,6
	Hayır	67	94,4
Tutsaklık	Evet	1	1,4
	Hayır	70	98,6
Hayati tehlikesi olan hastalık veya yaralanma	Evet	18	22,5
	Hayır	53	77,5
İnsan kaynaklı şiddetli acı	Evet	1	1,4
	Hayır	70	98,6
Ani şiddet içeren ölüm olayı	Evet	6	8,5
	Hayır	65	91,5
Yakın bir kişinin ani, beklenmedik ölümü	Evet	38	53,5
	Hayır	33	46,5

Başka bir kişiye sizin neden olduğunuz ciddi yaralanma veya ölüm	Evet	2	2,8
	Hayır	69	97,2

Katılımcıların en sık olarak; doğal afeti (N=46; %64,8), yakın bir kişinin ani, beklenmedik ölümünü (N=38; %53,5), ulaşım ile ilgili kazayı (N=17; %23,9) deneyimledikleri görülmektedir. İnsan kaynaklı şiddetli acı (N=1; %1,4) ve tutsaklık (N=1; %1,4) ise en az maruz kaldıkları olaylardır.

Katılımcıların; devamlı kullandığı ilaç, devamlı bir hastalık öyküsü, ameliyat geçirme, kanser tanısını ilk kez alma, kanser tanısı alma tarihi, metastaz, uygulanan tedavi yöntemi gibi sorulara verdiği cevaplardan oluşan, hastalık öyküsüne ait bilgiler Tablo 4.3.'de sunulmuştur.

Tablo 4.3. Hastalık Öyküsü

Hastalık Öyküsü	KADIN		ERKEK		TOPLAM		
	N	%	N	%	N	%	
Devamlı kullandığı ilaç	Hayır	8	21,6	13	38,2	21	29,6
	Diabet/troid ilaçları	9	24,3	3	8,8	12	16,9
	Kalp/damar/solunum sist. İlaçları	11	29,7	11	32,4	22	31
	Diğer ilaçlar	9	24,3	7	20,6	16	22,5
Devamlı bir hastalık öyküsü	Hayır	10	27	14	41,2	24	33,8
	Diabet/troid hastalıkları	4	10,8	5	14,7	9	12,7
	Kalp/damar/solunum sist. Hastalıkları	11	29,7	9	26,5	20	28,2
	Diğer hastalıklar	12	32,4	6	17,6	18	25,4
Ameliyat geçirme	Hayır	6	16,2	8	23,5	14	19,7
	Evet	31	83,8	26	76,5	57	80,3
Kanser tanısını ilk kez alma	Evet.1.kez	32	86,5	29	85,3	61	85,9
	Hayır. 2. Ve üzeri	5	13,5	5	14,7	10	14,1

Kanser tanısı alma tarihi	2019-2018 tarihlerinde	24	64,9	25	73,5	49	69
	2017 ve daha eski tarihlerde	13	35,1	9	26,5	22	31
Metastaz	Hayır	24	64,9	21	61,8	45	63,4
	Evet	13	35,1	13	38,2	26	36,6
Uygulanan tedavi yöntemi	Cerrahi op. - kemoterapi-radyoterapi	24	64,9	23	67,6	47	66,2
	Kemoterapi-radyoterapi	8	21,6	8	23,5	16	22,5
	Tek yöntem/destek tedavisi	5	13,5	3	8,8	8	11,3

Yukarıdaki tablo incelendiğinde; 61 kişinin (%85,9) ilk kez kanser tanısı aldığı, bu tanıyı 49 kişinin (%69) 2018-2019 tarihlerinde aldığı, 45 (%63,4) kişide metastaz olmadığı, geçmişte 57 kişinin (%80,3) ameliyat olduğu, en çok kalp/damar/solunum sistemi hastalıklarının (N=20, %28,2) görüldüğü tespit edildi.

4.2. KANSER TANISI ALMIŞ OLAN KATILIMCILARIN TSBÖ VE COPE BULGULARI

4.2.1. TSBÖ'den Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarının Çeşitli Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, kanser tanısı alınan tarih, kanser tanısından sonra metastaz oluşumu, kaçınıcı kanser tanısı olduğu, ameliyat ya da müdahale geçirmek, birinci derece yakınında sürekli hastalık, birinci derece yakınında kanser tanısı olanlar, hastalık için kontrol/takip yaptırma gibi

değişkenler açısından TSBÖ'den aldıkları toplam puan ortalamaları Mann Whitney-U Testi ile analiz edilmiştir. Tablo 4.4.'de verilmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcıların TSBÖ'den Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarının Çeşitli Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Katılımcıların TSBÖ ölçeğinden aldıkları puanların çeşitli değişkenler açısından karşılaştırılması		N	S.T.	S.O.	U	Z	p
Cinsiyet	Kadın	37	34,20	1265,50	562,500	-.766	.444
	Erkek	34	37,96	1290,50			
Medeni Durum	Bekar	13	34,12	443,50	352,500	-.365	.715
	Evli	58	36,42	2112,50			
Kanser tanısı alınan tarih	2018 Ocak sonrası tanı alanlar	49	32,51	1593,00	368,000	-2.128	.033 *
	2018 Ocak öncesi tanı alanlar	22	43,77	963,00			
Kanser tanısından sonra Metastaz oluşumu	Hayır	45	32,90	1480,50	445,500	-1.666	.096
	Evet	26	41,37	1075,50			
Kaçıncı kanser tanısı olduğu	İlk tanı	61	34,00	2074,00	183,000	-2.018	.044 *
	İkinci ve daha fazla	10	48,20	482,00			
Ameliyat ya da müdahale geçirmek	Hayır	14	27,25	381,50	276,500	-1.772	.076
	Evet	57	38,15	2174,50			
Birinci derece yakınında sürekli hastalık	Hayır	42	33,33	1400,00	497,000	-1.311	.190
	Evet	29	39,86	1156,00			
Birinci derece yakınında	Hayır	48	36,67	1760,00	520,000	-.394	.694
	Evet	23	34,61	796,00			

Kanser tanısı olan						
Hastalık için kontrol/ takip yaptırma	Hayır	23	31,83	732,00	456,000	-1.181 .238
	Evet	48	38,00	1824,00		

Elde edilen değerler karşılaştırıldığında; erkeklerin (N=34; M=37,96) TSBÖ'den aldıkları toplam puan ortalamalarının farkı kadınlara (N=37; M=34,20) göre yüksek olduğu ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü.

Hastalık öyküsünde 2018 Ocak öncesi tanı alanların (N=22) 2018 Ocak ve sonrasında tanı alanlara göre (N=49), TSBÖ toplam puan ortalama farkı anlamlı bir şekilde yüksek bulundu ($p<0.05$). Kanser tanısından sonra metastaz oluşumuna (N=26) ve ameliyat ya da müdahale geçirmeye evet diyenlerde (N=57), fark istatistiksel olarak anlamlı olmasa da; TSBÖ toplam puan ortalama farkının yüksek olma eğiliminde olduğu görüldü. Ayrıca ikinci kez ya da daha fazla kanser tanısı alanların (N=10), ilk kez kanser tanısı alanlara göre (N=61), TSBÖ'den toplam puan ortalaması farkı anlamlı bir şekilde yüksek tespit edildi ($p<0.05$).

4.2.2. COPE'dan Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarının Çeşitli Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, kanser tanısı alınan tarih, kanser tanısından sonra metastaz oluşumu, kaçınıcı kanser tanısı olduğu, ameliyat ya da müdahale geçirmek, birinci derece yakınında sürekli hastalık, birinci derece yakınında kanser tanısı olanlar, hastalık için kontrol/takip yaptırma değişkenleri açısından COPE Ölçeği'nden aldıkları puanlar Mann Whitney-U Testi ile karşılaştırılmış ve değerler Tablo 4.5.'de verilmiştir.

Tablo 4.5. Katılımcıların COPE Ölçeğinden Aldıkları Toplam Puanların Çeşitli Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Katılımcıların COPE ölçeğinden aldıkları puanların çeşitli değişkenler açısından karşılaştırılması		N	S.T.	S.O.	U	Z	p																																																																				
Cinsiyet	Kadın	37	37,65	1393,00	568,000	-.702	.483																																																																				
	Erkek	34	34,21	1163,00				Medeni Durum	Bekar	13	33,69	438,00	347,000	-.446	.656	Evli	58	36,52	2118,00	Kanser tanısı alınan tarih	2018 Ocak sonrası tanı alanlar	49	38,07	1865,50	437,500	-1.262	.207	2018 Ocak öncesi tanı alanlar	22	31,39	690,50	Kanser tanısından sonra Metastaz oluşumu	Hayır	45	36,64	1649,00	556,000	-.346	.729	Evet	26	34,88	907,00	Kaçıncı kanser tanısı olduğu	İlk tanı	61	37,31	2276,00	225,000	-1.323	.186	İkinci ve daha fazla	10	28,00	280,00	Ameliyat ya da müdahale geçirmek	Hayır	14	45,96	643,50	259,500	-2.016	.044 *	Evet	57	33,55	1912,50	Birinci derecede yakınında sürekli hastalık	Hayır	42	36,06	1514,50	606,500	-.029	.977
Medeni Durum	Bekar	13	33,69	438,00	347,000	-.446	.656																																																																				
	Evli	58	36,52	2118,00				Kanser tanısı alınan tarih	2018 Ocak sonrası tanı alanlar	49	38,07	1865,50	437,500	-1.262	.207	2018 Ocak öncesi tanı alanlar	22	31,39	690,50	Kanser tanısından sonra Metastaz oluşumu	Hayır	45	36,64	1649,00	556,000	-.346	.729	Evet	26	34,88	907,00	Kaçıncı kanser tanısı olduğu	İlk tanı	61	37,31	2276,00	225,000	-1.323	.186	İkinci ve daha fazla	10	28,00	280,00	Ameliyat ya da müdahale geçirmek	Hayır	14	45,96	643,50	259,500	-2.016	.044 *	Evet	57	33,55	1912,50	Birinci derecede yakınında sürekli hastalık	Hayır	42	36,06	1514,50	606,500	-.029	.977	Evet	29	35,91	1041,50								
Kanser tanısı alınan tarih	2018 Ocak sonrası tanı alanlar	49	38,07	1865,50	437,500	-1.262	.207																																																																				
	2018 Ocak öncesi tanı alanlar	22	31,39	690,50				Kanser tanısından sonra Metastaz oluşumu	Hayır	45	36,64	1649,00	556,000	-.346	.729	Evet	26	34,88	907,00	Kaçıncı kanser tanısı olduğu	İlk tanı	61	37,31	2276,00	225,000	-1.323	.186	İkinci ve daha fazla	10	28,00	280,00	Ameliyat ya da müdahale geçirmek	Hayır	14	45,96	643,50	259,500	-2.016	.044 *	Evet	57	33,55	1912,50	Birinci derecede yakınında sürekli hastalık	Hayır	42	36,06	1514,50	606,500	-.029	.977	Evet	29	35,91	1041,50																				
Kanser tanısından sonra Metastaz oluşumu	Hayır	45	36,64	1649,00	556,000	-.346	.729																																																																				
	Evet	26	34,88	907,00				Kaçıncı kanser tanısı olduğu	İlk tanı	61	37,31	2276,00	225,000	-1.323	.186	İkinci ve daha fazla	10	28,00	280,00	Ameliyat ya da müdahale geçirmek	Hayır	14	45,96	643,50	259,500	-2.016	.044 *	Evet	57	33,55	1912,50	Birinci derecede yakınında sürekli hastalık	Hayır	42	36,06	1514,50	606,500	-.029	.977	Evet	29	35,91	1041,50																																
Kaçıncı kanser tanısı olduğu	İlk tanı	61	37,31	2276,00	225,000	-1.323	.186																																																																				
	İkinci ve daha fazla	10	28,00	280,00				Ameliyat ya da müdahale geçirmek	Hayır	14	45,96	643,50	259,500	-2.016	.044 *	Evet	57	33,55	1912,50	Birinci derecede yakınında sürekli hastalık	Hayır	42	36,06	1514,50	606,500	-.029	.977	Evet	29	35,91	1041,50																																												
Ameliyat ya da müdahale geçirmek	Hayır	14	45,96	643,50	259,500	-2.016	.044 *																																																																				
	Evet	57	33,55	1912,50				Birinci derecede yakınında sürekli hastalık	Hayır	42	36,06	1514,50	606,500	-.029	.977	Evet	29	35,91	1041,50																																																								
Birinci derecede yakınında sürekli hastalık	Hayır	42	36,06	1514,50	606,500	-.029	.977																																																																				
	Evet	29	35,91	1041,50																																																																							

Birinci derece	Hayır	48	35,57	1707,50		
yakınında					531,500	-.252 .801
Kanser tanısı olan	Evet	23	36,89	848,50		
Hastalık için kontrol/ takip yaptırma	Hayır	23	37,41	860,50		
					519,500	-.399 .690
	Evet	48	35,32	1695,50		

Katılımcıların hastalık öyküsünde ameliyat ya da müdahale geçirmiş olmaya hayır diyenlerde (N=14; M= 45,96), evet diyenlere göre (N=57; M=33,55) COPE toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu bulundu ($p<0.05$). Ayrıca COPE toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, ikinci ve daha fazla kez kanser tanısı alanlarda (N=10; M=28,00), ilk kez kanser tanısı alanlara göre (N=61; M=37,31), erkeklerin (N=34; M=34,21), kadınlara göre (N=37; M=37,65) ve 2018 Ocak öncesi tanı alanlarda (N=22; M=31,39), 2018 Ocak sonrası (Ocak dahil) tanı alanlara göre (N=49; M=38,07) daha düşük olma eğiliminde olduğu bulunmuştur.

COPE Puanlarının Çeşitli Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Katılımcıların; COPE ölçeği ortalamaları arasındaki farklılığı ölçmek amacıyla; cinsiyet, medeni durum, kanser tanısı alınan tarih, kanser tanısından sonra metastaz oluşumu, kaçınıcı kanser tanısı olduğu, ameliyat ya da müdahale geçirmek, birinci derece yakınında sürekli hastalık, birinci derece yakınında kanser tanısı olanlar, hastalık için kontrol/takip yaptırma gibi değişkenler açısından Mann Whitney-U testi ile analiz edilmiştir. COPE alt ölçeklerinin toplam puan ortalamalarının çeşitli değişkenler açısından karşılaştırılması sonucunda oluşan değerler aşağıdaki Tablo 4.6.'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Cinsiyet Değişkeni Açısından COPE Alt Ölçeklerinin Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Cinsiyet N=71	Kadın	Erkek	U	Z	p
	(N=37)	(N=34)			
	S.T.	S.T.			
SORUN ODAKLI BAŞETME					
Yararlı sosyal destek kullanımı	39,38	32,32	504,000	-1.447	.148
Aktif başetme	40,58	31,01	459,500	-1.963	.050*
Geri durma	35,82	36,19	622,500	-.075	.940
Diğer meşguliyetleri bastırma	37,15	34,75	586,500	-.494	.622
Plan yapma	39,72	31,96	491,500	-1.592	.111
TOPLAM	38,88	32,87	522,500	-1.226	.220
DUYGUSAL ODAKLI BAŞETME					
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	40,59	31,00	459,000	-1.969	.049*
Dini olarak başetme	40,42	31,19	465,500	-1.940	.052
Şakaya vurma	32,76	39,53	509,000	-1.391	.164
Duygusal sosyal destek kullanımı	38,91	32,84	521,500	-1.245	.213
Kabullenme	37,65	34,21	568,000	-.494	.622
TOPLAM	39,24	32,47	509,000	-1.383	.167
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞETME					
Zihinsel boş verme	38,04	33,78	553,500	-.875	.381
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	36,74	35,19	601,500	-.318	.750
İnkâr	33,61	38,60	540,500	-1.026	.305
Davranışsal olarak boş verme	29,70	42,85	396,000	-2.726	.006*
Alkol-Madde kullanımı	31,86	40,50	476,000	-2.092	.036*
TOPLAM	32,47	39,84	498,500	-1.504	.133

COPE Alt Ölçeklerinin Toplam Puan Ortalamalarına bakıldığında; kadınlarda aktif başetme (M=40,58) ve pozitif yeniden yorumlama ve gelişme (M=40,59) alt ölçeklerinde, erkeklerde davranışsal olarak boş verme (M=42,85)

ve Alkol-Madde kullanımı (M=40,50) alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.7. Medeni Durum Değişkeni Açısından COPE Alt Ölçeklerinin Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Medeni Durum N=71	Bekar (N=13)	Evli (N=58)	U	Z	p
	S.T.	S.T.			
SORUN ODAKLI BAŞETME					
Yararlı sosyal destek kullanımı	31,88	36,92	323,500	-.800	.424
Aktif başetme	36,88	35,80	365,500	-.172	.863
Geri durma	29,12	37,54	287,500	-1.338	.181
Diğer meşguliyetleri bastırma	34,96	36,23	363,500	-.203	.839
Plan yapma	37,46	35,67	358,000	-.284	.776
TOPLAM	32,85	36,71	336,000	-.610	.542
DUYGUSAL ODAKLI BAŞETME					
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	41,31	34,81	308,000	-1.033	.302
Dini olarak başetme	38,12	35,53	349,500	-.422	.673
Şakaya vurma	38,88	35,35	339,500	-.562	.574
Duygusal sosyal destek kullanımı	31,00	37,12	312,000	-.973	.331
Kabullenme	34,73	36,28	360,500	-.247	.805
TOPLAM	39,00	35,33	338,000	-.580	.562
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞETME					
Zihinsel boş verme	32,31	36,83	329,000	-.719	.472
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	29,42	37,47	291,500	-1.278	.201
İnkâr	23,77	38,74	218,000	-2.382	.017*
Davranışsal olarak boş verme	29,04	37,56	286,500	-1.368	.171
Alkol-Madde kullanımı	31,42	37,03	317,500	-1.051	.293
TOPLAM	26,04	38,23	247,500	-1.928	.054

Bekar ve evli katılımcıların, COPE Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarına bakıldığında; İnkâr (M=38,74) alt ölçeğinin ortalama puanı evlilerde, bekarlara göre (M=23,77) istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bekarlarda pozitif yeniden yorumlama ve gelişme alt ölçeğinin ortalaması (M=41,31), evlilerde davranışsal olarak boş verme (M=37,56), alkol-madde kullanımı (M=37,03) ve geri durma (M=37,54) alt ölçeklerinin ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulgulanmamıştır ($p>0.05$).

Kanser tanısı alınan tarih 2018 Ocak ve sonrası olanlar ile 2018 öncesi olan katılımcıların COPE Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarına bakıldığında; hiçbir değişken açısından anlamlı bir farklılık bulgulanmamıştır.

Kanser tanısı aldıktan sonra metastaz oldu mu sorusuna hayır diyenler (N=45) ile evet diyen (N=26) katılımcıların COPE Alt Ölçeklerinin Toplam Puan Ortalamalarına bakıldığında; değerlerin birbirine yakın ve anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Tablo 4.8. Kaçınıcı Kanser Tanısı Değişkeni Açısından COPE Alt Ölçeklerinin Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

İlk kez mi kanser tanısı alıyorsunuz? N=71	2.ve		U	Z	p
	1.kez (N=61)	üzeri (N=10)			
	S.T.	S.T.			
SORUN ODAKLI BAŞETME					
Yararlı sosyal destek kullanımı	36,02	35,90	304,000	-.017	.987
Aktif başetme	36,70	31,75	262,500	-.707	.480
Geri durma	37,70	25,60	201,000	-1.729	.084
Diğer meşguliyetleri bastırma	38,06	23,45	179,500	-2.094	.036*
Plan yapma	36,05	35,70	302,000	-.050	.960
TOPLAM	37,03	29,70	242,000	-1.042	.297
DUYGUSAL ODAKLI BAŞETME					
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	36,32	34,05	285,500	-.324	.746
Dini olarak başetme	36,07	35,60	301,000	-.068	.946

Şakaya vurma	36,93	30,35	248,500	-.941	.347
Duygusal sosyal destek kullanımı	35,98	36,10	304,000	-.017	.987
Kabullenme	38,07	23,40	179,000	-2.095	.036*
TOPLAM	37,20	28,65	231,500	-1.216	.224
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞETME					
Zihinsel boş verme	36,74	31,50	260,000	-.749	.454
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	36,56	32,60	271,000	-.565	.572
İnkâr	36,10	35,40	299,000	-.100	.920
Davranışsal olarak boş verme	36,14	35,15	296,500	-.143	.886
Alkol-Madde kullanımı	35,67	38,00	285,000	-.393	.694
TOPLAM	36,52	32,85	273,500	-.521	.602

COPE Alt Ölçeklerinin Toplam Puan Ortalamalarına bakıldığında 1.kez kanser tanısı alanların (N=61) kabullenme (M=38,07) ve diğer meşguliyetleri bastırma (M=38,06) alt ölçekleri ortalama puanı; 2.kez ve üzeri kanser tanısı alan (N=10) katılımcıların alt ölçeklerinin toplam puan ortalamalarından, anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.9. Ameliyat Veya Müdahale Geçirme Değişkeni Açısından COPE Alt Ölçeklerinin Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ameliyat ya da müdahale geçirme N=71	Hayır	Evet	U	Z	p
	(N=14)	(N=57)			
	S.T.	S.T.			
SORUN ODAKLI BAŞETME					
Yararlı sosyal destek kullanımı	38,54	35,38	363,500	-.516	.902
Aktif başetme	36,21	35,95	396,000	-.044	.965
Geri durma	40,57	34,88	335,000	-.930	.352
Diğer meşguliyetleri bastırma	43,68	34,11	291,500	-1.568	.117
Plan yapma	42,46	34,41	308,500	-1.316	.188
TOPLAM	42,93	34,30	302,000	-1.403	.161
DUYGUSAL ODAKLI BAŞETME					

Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	41,07	34,75	328,000	-1.033	.302
Dini olarak başetme	39,61	35,11	348,500	-.752	.452
Şakaya vurma	49,04	32,80	216,500	-2.656	.008*
Duygusal sosyal destek kullanımı	39,82	35,06	345,500	-.778	.436
Kabullenme	44,82	33,83	275,500	-1.795	.073
TOPLAM	45,89	33,57	260,500	-2.004	.045*
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞETME					
Zihinsel boş verme	47,54	33,17	237,500	-2.351	.019*
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	36,61	35,85	390,500	-.124	.902
İnkâr	45,00	33,79	273,000	-1.835	.067
Davranışsal olarak boş verme	38,50	35,39	364,000	-.514	.607
Alkol-Madde kullanımı	44,25	33,97	283,500	-1.983	.047*
TOPLAM	43,86	34,07	289,000	-1.592	.111

Ameliyat ya da müdahale geçirmeye hayır (N=14) diyen katılımcıların, evet (N=57) diyen katılımcılara göre, COPE Alt Ölçeklerinin Toplam Puan Ortalamalarına bakıldığında; hayır diyenlerde, şakaya vurma (M=49,04), zihinsel boş verme (M=47,54) ve alkol-madde kullanımı (M=44,25) alt ölçeklerinde ayrıca duygusal odaklı başetme toplam puan ortalamasında (M=45,89), evet diyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir (p<0.05).

Tablo 4.10. Birinci Derece Yakınıınızda Sürekli Hastalık Değişkeni Açısından COPE Alt Ölçeklerinin Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Birinci derece yakınlarınızda sürekli bir hastalığı olan var mı? N=71	Hayır Evet (N=42) (N=29)		U	Z	p
	S.T.	S.T.			
SORUN ODAKLI BAŞETME					
Yararlı sosyal destek kullanımı	35,21	37,14	576,000	-.388	.698
Aktif başetme	35,94	36,09	606,500	-.029	.977
Geri durma	36,46	35,33	589,500	-.229	.819
Diğer meşguliyetleri bastırma	35,51	36,71	588,500	-.242	.809

Plan yapma	36,08	35,88	605,500	-.041	.967
TOPLAM	36,74	34,93	578,000	-.363	.717
DUYGUSAL ODAKLI BAŞETME					
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	36,94	34,64	569,500	-.465	.642
Dini olarak başetme	34,33	38,41	539,000	-.844	.399
Şakaya vurma	35,58	36,60	591,500	-.206	.837
Duygusal sosyal destek kullanımı	34,18	38,64	532,500	-.901	.368
Kabullenme	35,89	36,16	604,500	-.053	.958
TOPLAM	35,77	36,33	599,500	-.111	.911
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞETME					
Zihinsel boş verme	34,11	38,74	529,500	-.937	.349
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	31,79	42,10	432,000	-2.082	.037*
İnkâr	35,70	36,43	596,500	-.147	.883
Davranışsal olarak boş verme	35,71	36,41	597,000	-.143	.887
Alkol-Madde kullanımı	36,96	34,60	568,500	-.563	.574
TOPLAM	33,64	39,41	510,000	-1.160	.246

“Birinci derece yakınlarınızda sürekli bir hastalığı olan var mı?” sorusuna hayır diyenler (N=42) ile evet diyen (N=29) katılımcıların COPE Alt Ölçeklerinin Toplam Puan Ortalamalarına bakıldığında; hayır diyenlerin ortalama puanının (M=31,79), evet diyen katılımcıların ortalama puanından (M=42,10), istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Birinci derece yakınında sizden başka kanser tanısı alan var mı sorusuna hayır (N=48) ya da evet (N=23) diyen katılımcıların COPE Alt Ölçeklerinin Toplam Puan Ortalamalarına bakıldığında; evet diyenlerde istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, Duygusal sosyal destek kullanımı (M=41,93) ve Plan yapma (M=40,50) alt ölçeklerinin ortalaması yükselme eğilimindedir ($p>0.05$).

Kanser hastalığı için kontrol/takip yaptırmayan katılımcıların (N=23), kontrol/takip yaptıran katılımcılara (N=48) göre, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da; Yararlı sosyal destek kullanımı (M=40,22), Şakaya vurma (M=42,07), ve Alkol-Madde kullanımı (M=40,00) COPE Alt Ölçeklerinin Toplam Puan Ortalamalarının yükselme eğiliminde olduğu bulundu ($p>0.05$).

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE SONUÇ

Günümüzün en önemli sorunlarından olan kanser hastalığı, kronik hastalıklar içinde, dünyada ve Türkiye'deki ölümlerin %20'sinden sorumlu tutulmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017; World Health Organization, 2009).

Kanser hastaları, hastalıklarının oluşturduğu stres ile başetmede olay ve durumları bilişsel olarak değerlendirirken, ilk olarak karşılaştığının stresli bir durum olup olmadığı ile ilgilidir. İkinci değerlendirmeye geçtiğinde, olay veya durumu stres verici olarak algılsa sorunun çözümüne odaklanır. Geline süreçte yaşananlar, hastanın bu strese yüklediği anlam, başetme kaynaklarının neler olduğu ve fonksiyonelliği, kendisine uygun sosyal destek kaynakları ve ulaşılabilirliği ile yeniden şekillenmekte, yaşanan deneyim bu yeni stres durumunda olumlu ya da olumsuz uyum göstermesini sağlamaktadır (Hallaç & Öz, 2011; Lazarus & Folkman, 1984; Arnold & Boggs, 1999).

Olumlu başetme yolları bilişsel ve duygusal yaşamda davranışsal sonuçları da olan, bireye fayda sağlayan değişimleri içeren stres verici olaylar ya da etkenlerin olumsuz yansımalarını en aza indirmek ya da tümüyle ortadan kaldırmak için yaş, cinsiyet, kültür ve hastalığa özgü olarak gösterilen başetme türüdür (Kanat & Özpolat, 2016; Ağargün, ve ark., 2005; Tedeschi & Calhoun, 1998; Folkman, 1984; Folkman, ve ark., 1986; Holahan, & Moos, 1987).

Olumsuz başetme, stresle başetmeye yönelik olarak yapılan ancak stres düzeyini düşürmek yerine arttıran davranışlardan oluşan bir yöntem olarak tanımlanır. Olumsuz başetme tepkilerinin, TSSB belirtilerinin ortaya çıkmasında ve sürmesinde etkili olduğuna ilişkin bulgular vardır. Bunun en önemli sağlayıcısı kanser hastalığının tek bir travma değil, pek çok travmayı da içeren zorlu bir süreç olabilmesidir. Karabulutlu ve ark. (2010) 96 kanser hastasında yaptığı çalışmada; kanser türünün ve tedavisinin ve tedavi süresinin, hastaların hastalıkla başetme stratejilerini olumsuz etkilediğini bulmuştur (Yılmaz, 2007; Steed, & Downing,

1998; Green, et al., 1985; Beaton, et al., 1999; Marmar, et al., 1996; Kanat & Özpolat, 2016; Karabulutlu, ve ark., 2010; Bag, 2014).

Ölüm tehdidi içermesi ve öldürücü olması nedeniyle, kanser tanısı alan hastalarda oluşabilecek travmatik stres düzeylerini ve hangi başetme yollarını kullandıklarını öğrenmek amacıyla bu çalışma yürütülmüştür.

TSBÖ'den alınan puanların değişkenlere göre bulguları

Yapılan çalışma genel kaniya uygun olarak; eski tanı tarihinin (2018 öncesi) ve ikinci kez ya da daha fazla kanser tanısı alanların, ilk kez kanser tanısı alanlara göre TSBÖ toplam puan ortalaması anlamlı bir şekilde yüksek tespit edildi. Meme yakınması ile hastaneye başvuran kadınlardaki stresi inceleyen Turgut ve ark. (2009) kanser olduğunu düşünen hastaların stres düzeylerinin yüksek olduğunu bildirmektedir (Turgut, ve ark., 2009). Literatürdeki çalışmalarda ise, tanı almaya yüklenen anlam üzerinden gidilmiş ve kaçınıcı tanı olduğu ile ilgilenilmemiştir (Hallaç & Öz, 2011; Okyayüz, 2004). Çalışmamızda en az 2 defa kanser tanısı alan, uzun süreli kanser tedavisi gören kişilerin, daha çok ve daha şiddetli bir şekilde kanserin negatif etkileriyle karşı karşıya kaldığı; böylelikle aslında kişilerin en az 2 defa ölüm tehdidiyle yüzleştiği ve bunun da travmatik stres puanlarını yükselttiği düşünülmektedir.

Çalışmada, kadın ve erkeklerin travmatik stres toplam puanları karşılaştırılmış kadınlar da anlamlı bir fark olmadan düşük olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda cinsiyet açısından kadın ve erkek sayısı kısıtlıdır ve bulgular bu açıdan ele alındığında daha fazla kişiyle yürütülecek çalışmaların önemli bilgiler sunacağı düşünülmektedir Aker ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; benzer şiddette, aynı yerlerde travmaya maruz kalan erişkin kadın ve erkekler arasında TSBÖ yönünde bir fark bulunmamıştır (Aker, et al., 2008). Ayrıca Birinci ve Erden (2016)'nın yaptığı bir çalışmada; travmatik stres düzeyinin cinsiyete bağlı olarak farklılaşmadığı bulunmuştur. Tokgöz ve ark. (2008)'in yapmış olduğu çalışmada, TSSB görülme sıklığının kadın ve erkeklerde anlamlı bir fark yaratmadığı bulunmuşlardır (Tokgöz, ve ark. , 2008; Birinci & Erden, 2016). Bu sonuçlar, çalışmamızda anlamlı sonuç olmaması ile uyumlu olmasına

rağmen literatürde bu bilginin dışında bulgular da yer almaktadır. Örneğin, Yeşil ve ark. (2009) kronik böbrek hastalarına bakım veren ekipte ruhsal belirtileri ölçmek için yaptıkları bir çalışmada, kadın ve erkek cinsiyetinde TSBÖ toplam puanlarının kadınlarda anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (Yeşil, ve ark., 2009). Literatürdeki kimi bulgular kadın erkek arasında anlamlı farklılıklar bulgularken kimi çalışmalar bulgulamamaktadır. Bizim çalışmamızda kadın ve erkekler arasında travmatik stres düzeyi açısından bir farklılaşma bulgulanmamıştır. Kanseri hastalığı tanısı almak ve sonrasında yaşanan yaşam zorluklarının benzer olmasının, cinsiyetler arasında farklılaşma yaratmamasının olası nedenlerinden biri olabileceği öngörülmektedir. İlerleyen çalışmalarda sadece cinsiyetler üzerinde daha derinlemesine yapılacak araştırmaların faydası olacağı düşünülmektedir.

TSBÖ toplam puan ortalaması, anlamlı olmadan, metastaz olanlarda yüksek, metastaz olmayanlarda düşük bulunmuştur. Tokgöz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; TSSB görülme sıklığı kemoterapi gören hastalarda, olmayanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak saptanmıştır (Tokgöz, ve ark., 2008).

Çalışmada kanser tanısından önce, ameliyat ya da müdahale geçirenlerde TSBÖ toplam puan ortalamasının farkı istatistiksel olarak anlamlı olmadan yüksek bulundu. Fındık ve Topçu, (2012) cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi ile ilgili yaptıkları çalışmada, geçmişte cerrahi girişim geçirmiş olan ve kanser olasılığı olan hastaların acil ve günü birlik cerrahi girişimlerde planlı girişimlere göre daha yüksek travmatik stres yaşadıkları belirlenmiştir. Literatürde Hastalık öyküsünde ameliyat ile ilgili bulgusu olan kanser hastalığı araştırmasına rastlanamamıştır. Ancak cerrahi işlemlerin kişilerin yaşadığı stres düzeyine etkisiyle ilgili yapılan araştırmalarda yüksek anksiyete yaşadıkları bulunmuştur (Fındık & Topçu, 2012). Kanseri tanısından önce herhangi bir ameliyat geçirmenin kendisi başlı başına travmatize edici bir yaşam olayı olmasından dolayı, beklendiği şekilde travmatik stres puanını da yükseltiyor olabilmektedir. Bu bulgu literatürdeki kimi çalışmalarla da desteklenmektedir.

COPE'dan alınan puanların değişkenlere göre bulguları

Hastalık öyküsünde ameliyat ya da müdahale geçirmeyenlerde, COPE toplam puan ortalamalarının yüksek ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Ameliyat ya da müdahale geçirmeyenlerde, şakaya vurma, zihinsel boş verme ve alkol-madde kullanımı alt ölçeklerinde, ayrıca duygusal odaklı başetme toplam puan ortalamasında, evet diyenlere göre, istatistiksel olarak anlamlı yükseklikte fark bulunmuştur. Fındık ve Topçu (2012)'nin yaptıkları çalışmada, cerrahi deneyim ve kanser olasılığının ameliyata alınış şekline göre anksiyeteyi etkilediği ve anlamlı farklılıklar oluşturduğu bulunmuştur. Hemşirelerin hastaların başetme becerisini arttırmasına yönelik öneriler olup; hastaların başetme yöntemleri ile ilgili bir bulgu yoktur (Fındık & Topçu, 2012). Ameliyat ya da müdahale geçirmeyenlerin COPE toplam puanlarının daha yüksek olması beklenen bir bulgudur. Ameliyat gibi vücut bütünlüğünü tehdit eden yaşam olaylarına maruz kalma düzeyi arttıkça başetme düzeyinin de azalması beklenebilir.

Erkeklerde, metastaz olanlarda ve ikinci ve daha fazla kez kanser tanısı alanlarda COPE'dan alınan toplam puan ortalamasının, düşük olduğu bulgulanmıştır, ancak bu farklılık anlamlı değildir. Bu bulgu literatürde yer alan bazı çalışmalarla tutarlıdır (Olçay-Gül, ve ark., 2015; Kaya, ve ark., 2015).

Çalışmamızda COPE Alt Ölçeklerine Bakıldığında; kadınların olumlu başetme tutumlarında (aktif başetme-sorun odaklı başetme, duygusal odaklı başetme-pozitif yeniden yorumlama), erkeklerin olumsuz başetme tutumlarında (davranışsal olarak boş verme ve alkol madde kullanımı) anlamlı şekilde yüksek puan aldıkları bulunmuştur. Konkan ve ark. (2014) başetme tutumlarını araştırdığı bir çalışmada, kadınların erkeklere oranla işlevsel olmayan başetme ölçeklerinden, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma stratejilerini daha fazla kullandığını bulmuşlardır (Konkan, ve ark., 2014). Bu yönüyle araştırmamızdaki bulgular literatür ile çelişmektedir. Bu durum tutarlılık açısından her iki gurubun yer aldığı bir çalışma ile araştırılabilir. Guruplardan biri kanser tanısı almış, diğeri intihar girişiminde bulunmuş olarak incelenmiştir. Kaya ve ark. (2015) %79,5'inin

cinsiyetinin kadın olduğu hemşirelik öğrencilerinde başetme tutumlarını ölçtüğü bir araştırmada; sorun odaklı başetme ve duygusal odaklı başetme alt ölçeği ortalama puanlarında kadınların, erkeklerden anlamlı olarak, bizim çalışmamızda ki gibi yüksek puan aldığı görülmüştür. Ayrıca bu çalışma da, bizim çalışmamızın tersine kadınlar, erkeklerden anlamlı şekilde işlevsel olmayan başetme alt ölçeğinden yüksek puan almışlardır. Bu sonucun örnekleminin üniversite öğrencilerinden oluşması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızdaki erkeklerin yüksek puan aldığı işlevsel olmayan başetme tutumları; davranışsal olarak boş verme ve alkol madde kullanımı olarak tespit edilmiştir. Araştırmacının gözlemiyle paralel olarak metastaz, ikinci kez kanser tanısı alma, zorlayıcı ve yeti yitimine neden olan kanser tedavileri gibi yaşantıların kanser hastalığıyla ilişkili olarak erkeklerde başetme mekanizmalarının negatif yönlü etkilendiği düşünülmektedir. Bu yönüyle bu bulguların erkeklerin sosyal işlevselliklerini kadınlara göre daha çok sekteye uğrattığı düşünülebilir. Bu açıdan stratejileri arasında toplumun onay verdiği genel bir eğilim olarak alkol madde kullanımı gibi başetme yöntemlerinin arttığı düşünülebilir. Sosyal kabul gören ve ülkemizde erkekler arasında yaygın olarak gözlenen alkol madde kullanımının bizim örneklememizde de geçerli olduğu düşünülebilir.

Gül ve ark. (2017) Major Depresyon Hastalarında yaptığı çalışmada; COPE sonuçlarına göre, erkeklerin ‘Sorun Odaklı’ ve ‘İşlevsel Olmayan’ başetme yöntemlerini kadınlardan daha fazla kullandıklarını belirlemiştir. Kadınlarda ise ‘Duygusal Odaklı’ bir başetme yöntemi olan ‘Şakaya Vurma’ alt ölçek puanının genel olarak erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Gül, ve ark., 2017). Çalışmamız, bu çalışma ile kısmen uyumlu, kısmen çelişkili bulgulara sahiptir. Hastalık tanısı bedensel ve ruhsal kaynaklı olduğundan farklılıklar olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada, bekar ve evli katılımcıların, başetme puanlarına bakıldığında; evlilerde inkâr alt ölçeğinin ortalama puanının, bekarlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Erkmén ve Çetin (2008) beden eğitimi öğretmenlerinin stresle başetme tarzlarının bazı değişkenlerle ilişkisini araştırmış evli ve bekar olmanın yapılan karşılaştırmada sadece “Dine Yönelme”

alt boyutu puanlarının anlamlı düzeyde farklı olduğu belirlenmiştir. Diğer alt boyutlarda ise ortalama puanlar arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır (Erkmen & Çetin, 2008). Başetme tutumlarının ölçümlendiği birçok çalışmada medeni durum değerlendirmeye alınmamıştır (Kaya, ve ark., 2015; Şengül & Baykan, 2013). Evli olan kişiler kanser tanısını inkar ederek, ailesinin ve yakınlarının yaşamını sekteye uğratmadan devamlılığını sağlamış olduklarını düşünüyor olabilirler. Toplumsal kabul ve sosyal destek için inkar yani yok sayma işlevsel olmasa da kullanılan yaygın ve anlamlı bir başetme yolu gibi görünmektedir.

Bu çalışmada, katılımcının kendisinden başka, birinci derece yakınında kanser tanısı alanlarda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, başetme tutumları ile ilgili olarak, duygusal ve sosyal destek kullanımı ve plan yapma puanının arttığı görülmektedir. Bu beklenen bir bulgudur. Kişiler kendi yaşadıkları yaşam zorluklarını yaşayan başkalarıyla bir araya geldiğinde; algıladıkları sosyal destek miktarının süreci daha kolay atlattıklarına, belirsizliği ortadan kaldırması gibi durumlara neden olduğu ve bunun da pozitif bir başetme yöntemi olarak hayatlarına dahil edildiği düşünülebilir. Birinci derece yakınlarında (kanseri hariç) sürekli hastalığı olmayan katılımcıların soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma alt ölçeği puan ortalamalarının, istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur. Literatür çalışmasında kronik hastalık yaşayan kişiler ile ilgili, araştırma bulgularına rastlanmış, 1. derece yakınlarında var olan kronik hastalığın kanser hastalarını nasıl etkilediğine dair bulguya rastlanmamıştır. (Özdemir & Taşçı, 2013). Aydemir ve ark. (2002)'nin kronik böbrek yetmezliği hastalarının yakınlarında yaptığı çalışmada, gruplar arasındaki veriler anlamlı olmakla birlikte başetme ile ilgili bulgu saptanmamıştır (Aydemir, ve ark., 2002).

Araştırmamızın bulguları, hastalık öykülerinde yer alan, kaçınıcı kanser tanısının olduğu ve hangi tarihte alındığı değişkenlerinin, kanser tanısı alan hastaların TSBÖ'den aldığı puan ortalamasını arttırdığını göstermesi nedeniyle, hastalık öyküsü alırken, bu değişken açısından hastaların değerlendirilmesinin ve gerektiğinde hastaların psikolojik açıdan da desteklenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu bulgulardan yola çıkarak hastalara, kanser tanısı almanın

yarattığı travmatik stres ile baş edebilmesi için psikososyal destek ve eğitim verilebilir. Ayrıca bulgular, hastalık öyküsünde ameliyat ya da müdahale geçirme değişkeni olan hastalarda, başetme tutumlarını ele alırken daha derinlikli ve retrospektif/prospektif araştırmalarla açıklayıcı veriler elde edilebileceği öngörülmektedir. Çalışmamız örneklem büyüklüğü ve çalışma metodu açısından bu bulguları açıklamamaktadır. Cinsiyet ile ilgili bulguların anlamlı olmayışı da, yine ayrı bir araştırma için konu olabilecek niteliktedir. Başetme tutumlarının alt ölçeklerinin anlamlı bulguları ile hazırlanacak yapılandırılmış bir form oluşturularak, hastalara sağlık profesyonelleri ile güçlendirme programları uygulanabilir.

Sonuç olarak kanser hastalarıyla ülkemizde yapılan çalışmaların oldukça az sayıda olduğu, ilerleyen zamanlarda bu gruplarla yürütülecek çalışmalarda cinsiyet, hastalık öyküleri, başetme tutumları ve travmatik stres açısından detaylı çalışmaların yapılmasına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

1. Ağargün, M., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü., Özer, Ö., & Kara, H. (2005). COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği):Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* , 6:221-226.
2. Akdemir, N., & Birol, L. (2005). Akdemir N. [Chronic diseases and problems]. . *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, 193-200.
3. Aker, T. A., Sorgun, E., Mestçioğlu, Ö., Karakaya , I., Kalender , D., Acar, G., Acicbe, Ö. (Haziran 2008). İstanbul'daki Bombalama Eylemlerinin Erişkin ve Ergenlerdeki Travmatik Stres Etkileri. *Türk Psikoloji Dergisi*, 23 (61), 63-.
4. Aker, T. A. (2012). *Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği.
5. Alıcı, S., İzmirli, M., & Doğan, E. (2006). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'na başvuran kanser hastalarının epidemiyolojik değerlendirmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 87-97.
6. APA, A. (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5)*. (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve SayıHekimler Yayın Birliği. HYB Yayıncılık.
7. Armay, Z., Özkan, M., Kocaman, N., & Özkan, S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeği'nin Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 192-200.
8. Arnold, E., & Boggs, K. (1999). *Interpersonal Relationships: Professional Communication Skills for Nurses*. Philadelphia: W.B. Saunders.
9. Avcı, D., & Doğan, S. (2014). Kanser Hastalarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu,Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Arasındaki İlişki. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16-21.
10. Aydemir, Ç., Kasım, İ., Cebeci, S., Göka, E., & Tüzer, V. (2002). Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Semptomlar. *Kriz Dergisi* , 10 (2): 29-39 .

11. Aydoğan, Ü., Doğaner, Y., Borazan, E., Kömürçü, Ş., Koçak, N., Öztürk, B., Sağlam, K. (2012). Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 16(2): 55-60.
12. Bag, B. (2014). Kanser Hastalarında Depresyon. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 6(2): 186-198.
13. Bakar, C. (2017). Dünyada ve Türkiye'de Kanser Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Genetics - Special Topics*, 49-59.
14. Baltaş, Z., & Batlaş, A. (2004). *Stres ve Başa Çıkma Yolları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
15. Başoğlu, M., Şalcıoğlu, E., Livanou, M., Özeren, M., Aker, T., Kılıç, C., & Mestçioğlu, Ö. (2001). A Study Of The Validity Of A Screening Instrument for Traumatic Stress in Earthquake Survivors in Turkey. *Journal of Traumatic Stress*, 14(3): 491-509.
16. Beaton, R., Murphy, S., & Johnson, C. (1999). Coping responses and posttraumatic stress symptomatology in urban fire services personnel. *personnel. J Trauma Stress*, 12:293-308.
17. Beutel, M., & Schulz, H. (2011). Epidemiologie Psychisch Komorbider Störungen bei Chronisch Körperlichen Erkrankungen. *Bundesgesundheitsbl*, 54:15-21.
18. Beyzadeoğlu, M. (1996). Kanser tedavisi esnasında yaşam kalitesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 39-42.
19. Bilge, A., & Çam, O. (2008). Kanseri Önlemede nemli Bir Faktör Olarak Kadınların Stres ile Başa Çıkma Tarzları ve Sağlık İnanışlarının İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9:16-21.
20. Bilir, N., & Paksoy, N. S. (2006). Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve yaşlılık sorunları, içinde Halk Sağlığı Temel Bilgiler. *Hacettepe Üniversitesi Yayını*, 1019-1044.
21. Birinci, G. G., & Erden, G. (Haziran 2016). Yardım Çalışanlarında Üstlenilmiş Travma, İkincil Travmatik Stres ve Tükenmişliğin Değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 31 (77), 10-26.

22. Bostancı, N. (2007). Psikososyal sorunlar-anksiyete . G. Can içinde, *Onkoloji Hemşireliğinde kanıta Dayalı Semptom Yönetimi* (s. 229-39). Pharma Publication Planning, Mavi İletişim Danışmanlık.
23. Braham, B. J. (1998). Stres Yönetimi. Ateş Altında Sakin Kalabilmek. *Hayat Yayınları*, 52-54.
24. Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. AssesJournal of Personality and Social Psychology*, 56(2): 267-83.
25. Çetinkaya, Y. (2006). *Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Stres, Stres Yaratan Durumlar ve Etkilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi.* İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.
26. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi. (2018). *Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS)*. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı.
27. Elbi, H., & Önen, Ö. (2001). Kanserli Hastalarda Depresyon. *Duygudurum Dizisi*, 184-191.
28. Elbi Mete, H. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(Ek 3) 3-18.
29. Erbaydar, P. N. (2009). Hastalık Yükü Kavramı ve Hesaplanmasında Kullanılan Ölçütler ve DALY Kavramına Kısa Bakış. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 20-22.
30. Erkmen, N., & Çetin, Ç. M. (2008). Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Bazı Değişkenlerle İlişkisi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı:19;sayfa:231-242.
31. Ertekin, Y. (1993). *Stres ve Yönetim*. Ankara: T.O.D.A.İ.E.
32. Fındık, Y. Ü., & Topçu, Y. S. (2012). Cerrahi Girişime Alınış Şeklinin Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 22-33.

33. Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol*, 46:839-852.
34. Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc psychol*, 50:571-579.
35. Gorman, L. M., Sultan, D. F., & Raines, M. L. (1996). Davis' s manual of psychosocial nursing in general patient care. . *F A Davis Company*, 436-47.
36. Green, B., Grace, M., & Glesser, G. (1985). Identifying survivors at risk: Long term impairment following the Beverly Hills SupperClub Fire. *J Consult Clin Psychol*, 53:672-678.
37. Güçlü, N. (2001). Stres Yönetimi. *G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi* , cilt 21; sayı 1;91-109.
38. Gül, A., Gül , H., Erberk Özen, N., & Battal, S. (2017). 246Türk Psikiyatri Major Depresyon Hastalarında Çocukluk Çağı Travmaları ve Başa Çıkma Tutumlarının Cinsiyete Özgü Farklılıkları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 28(4):246-54.
39. Güleç, G., & Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* , 3(2):343-367 .
40. Güler, Ö., & Çınar, S. (2010). Hemşirelik Öğrencilerinin Algıladıkları Stresörler ve Kullandıkları Başetme Yöntemlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı*, 253-260.
41. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi. (2017). *Ulusal Hastalık Yükü Çalışması 2017*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
42. Hamann, H. A., Somers, T. J., Simith, A. W., Inslight, S. S., & Baum, A. (2005). Posttraumatic Stres Associated with Cancer History and BRCA ½ Genetic Testing. *Psychosomatic Medical*. 67,766-772.

43. Hallaç, S., & Öz, F. (2011). Genital Kanser Tanı Sürecinde Varoluşsal Kaygı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3(4):595-610.
44. Holahan, C., & Moos, R. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *J Pers Soc Psychol*, 52:946-955.
45. Hoorens, I., Vossaert, K., Pil, L., Boone, B., De Schepper, S., Ongenaes, K., Brochez, L. (2016). Total-Body Examination vs Lesion-Directed Skin Cancer Screening. *JAMA Dermatol*, 152:27-34.
46. Horton, R. (2013). Non-communicable diseases: 2015 to 2025. *The Lancet*, 509-510.
47. Işıkhana, V. (1999). Kanser ve Yaşam Kalitesi. *Nihal Turan'a Armağan: Sosyal Hizmetlerde Yeni Yaklaşımlar ve Sorun Alanları*.(Editör: Veli Duyan, Aliye Mavili Aktaş), 171-178.
48. İncirkuş, K., & Nahcivan, N. Ö. (2011). Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu'nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 102-109.
49. Jim, H., & Jacobsen, P. (2008). Posttraumatic stress and posttraumatic growth in cancer survivorship: a review. *Cancer J* 2008, 14: 414-9.
50. Kalender, N., & Sütçü Çiçek, H. (2014). Kronik Hastalıkların Yönetimindeki Engeller. *Türkiye Klinikleri*, 46-53.
51. Kanat, B. B., & Özpolat, Y. A. G. (2016). Kanser Hastalarında Travma Sonrası Büyüme Kavramı. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 7(4106-110):.
52. Karabulutlu, Y., Bilici, M., Çayır, K., Tekin, B., & Kantarcı, R. (2010). Coping, anxiety and depression in Turkish patients with cancer. *Eur J Gen Med*, 7:296-302.
53. Karabulutlu, Y. E., & Karaman, S. (2015). Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. *HSP*, 271-284.
54. Kavradım, T. S., & Özer, C. Z. (2014). Kanser Tanısı alan Hastalarda Umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 154-164.

55. Kaya, Y., Derince , D., Açıkgöz, A., & Baydemir, C. (2015). Hemşirelik Öğrencilerinde Başa Çıkma Tutumları. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi / DÜ Sağlık Bil Enst Derg*Journal of Duzce University Health Sciences Institute / J DU Health Sci InstISSN, 5(3): 30-38.
56. Kayri, M., & Boysan, M. (2007). Araştırmalarda Chaid Analizinin Kullanımı ve Baş Etme Stratejileri İle İlgili Bir Uygulama. *Ankara University, Journal of Faculty of Educational Sciences*, vol: 40, no: 2,133-149.
57. Kelleci, M., Aydın, D., Sabancıoğulları, S., & Doğan, S. (2009). Hastanede yatan hastaların bazı tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Klinik Psikiyatri* , 12:90-98.
58. Kilpatrick, M., Kristjanson, L., Tatrın, D., & Franser, V. (1998). Information Needs of Husbands of Women With Breast Cancer. *Oncol urs Forum*, 25: 1595-1601.
59. Konkan, R., Erkuş, G. H., Güçlü, O., Şenormancı, Ö., Aydın, E., Ülgen, M. C., & Sungur, M. Z. (mart 2014). İntihar Girişiminde Bulunan Kişilerde Başa Çıkma Tutumları. *Archives of Neuropsychiatry / Noropsikiatri Arsivi*, Vol. 51 Issue 1, p46-51. 6p. 4 Charts.
60. Kubler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York: Macmillan Publishing.
61. Küçükkaya, P. (2007). Psikososyal SorunlarAnksiyete. G. Can içinde, *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi* (s. 243-51). İstanbul: Pharma Publication Planning, Mavi İletişim Danışmanlık.
62. Landmark, B., & Wahl, A. (2002). Living With Newly Diagnosed Breast Cancer: A Qualitative Study of 10 Women With Newly Diagnosed Breast Cancer . *Journal of Advanced Nursing* , 40(1): 112-121.
63. Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stres, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Combany.
64. Lazarus, R., & Folkman, S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1988). CoJournal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466-475.

65. Lazarus, R. (1989). Constructs of the mind in mental health and psychotherapy. A. Freeman, K. Simon, L. Beutler, & H. Arkowit içinde, *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (s. 99– 121). New York: L.: Plenum Press. .
66. Lederberg, M. (2005). Psychooncology. B. Sadock, & V. Sadock içinde, *In Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (s. 2196-2225). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
67. Marmar, C., Weiss, D. S., Metzler, T. J., & Delucchi, K. (1996). Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *Am J Psychiatry*, 153:94-102.
68. Masayo, K., Kenji, W., Shinkan, T., & Koji, T. (2005). Perceived Psychologic Stress and Colorectal Cancer Mortality: Findings From the Japan Collaborative Cohort Study. *Psychosomatic medicine: Journal of Biobehavioral medicine*, 67(1):72-7.
69. Meyerowitz, B. (1980). psychosocial correlates of breast cancer and its treatments. . *Psychol Bull* , 87: 108-31.
70. Morris, T., Greer, S., Pettingale, K., & Watson, M. (1981). Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, Volume 25, Issue 2, Pages 111-117.
71. Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., kyriakopoulos, D., Malamos, N., & Damigos, D. (2008). Personal growth and psychological distress in advenced breast cancer. *Breast*, 17:382-6.
72. Nielsen, N., Zhang, Z., Kristesen, T., & Schnohr, P. (2005). Self reported stress and risk of breast cancer: prospective cohort study. *BMJ*, 331(7516):548.
73. Noyan, M. (2016). Akciğer Kanserlerinde Depresyon, Anksiyete, Post-travmatik Stres Bozukluğu. *Solunum 2016* (s. 338-350). İzmir: TÜSAD Ulusal Kongresi.

74. Okyayüz, Ü. H. (2004). Ölümcül Hastalık Tanısı Almak: Bir Yaşam Krizikötü Haber Verilmeli Mi? *Kriz Dergisi*, 11 (3) 29-35 .
75. Olçay-Gül, S., Olgunsoylu, B., & Ünal, Y. (2015). Yetersizliği Olan Ve Normal Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Ailelerin Travma Sonrası Stres Belirti Ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* *Mustafa Kemal University Journal of Social Sciences Institute*, Cilt/Volume: 12-Sayı/Issue: 32, s. 221-245 .
76. Onat, H., & Mandel, M. (2002). *Kanser Hastasına Yaklaşım, Tanı, Tedavi ve Takipte Sorunlar*. İzmir: Nobel Tıp Kitapevleri.
77. Özbek, Ö., Özşenol, F., Oysul, K., Beyzadeoğlu, M., & Pak, Y. (2003). Radyoterapi Uygulanan Hastaların Psikososyal Yönden Değerlendirilmesi. *T Klin Tıp Bilimleri*, 189-194.
78. Özdemir, Ü., & Taşçı, S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar Ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* , Cilt 1 Sayı 1; ss:57-72.
79. Özkan, S. (1993). Psikiyatrik Tıp. Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. *Roche*, 83-291.
80. Özkan, S. (1999). Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Kanser. *Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Kanser. Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi (s. 140-152). İstanbul: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Kongresi.*, 140-152.
81. Özkan, S. (2007). *Psiko-onkoloji*. İstanbul: Form Reklam Hizmetleri.
82. Pakyüz, Ç. S., Dedeli Çaydam, Ö., & Koşar Şahin, C. (2019). Sitotoksik Kemoterapi Alan Hastalarda Stres Belirtileri ve Düzeyi ile Baş Etme Yöntemleri Arasında İlişki Var mıdır ? *JAREN 2019*, 5(1):1-9.
83. Parry, C., & Chesler, M. (2005). Thematic evidence of psychosocial thriving in childhood cancer survivors. *Qual Health Res*, 15:1055-73.
84. Pınar, R. (2010). Türkiye’ de evde bakımda mevcut durum. *Akademik Geriatri* , 26-30.
85. Schaefer, M. (2007). Depressionen bei Tumorpatienten; richtig diagnostizieren, pharmakologisch behandeln. *Onkologie* , 6:50-57.

86. Selye, H. (1974). *Stress Without Distress*. New York: Harper and Row Publisher,.
87. Shelby, R., Golden-Kreutz, D., & Andersen , B. (2005). Mismatch of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms and DSM-IV symptom clusters in a cancer sample: exploratory factor analysis of the PTSD checklist- civilian version. *Journal of Traumatic Stress*, 18(4): 347–357.
88. Singer, S., Das-Munshi, J., & Brahler, E. (2010). Prevalence of Mental Health Conditions in Cancer Patients in Acute Care- A Metaanalysis. *Ann Oncol*, 21:925-930.
89. Smaldone, M., & Uzzo, R. (2013). The Kubler-Ross Model, Physician Distress, and Performance Reporting. *Nat Rev Urol*, 107:425-8.
90. Steed, L., & Downing, R. (1998). A phenomenological study of vicarious traumatisation amongst psychologists and professional counsellors working in the field of sexual abuse/assault. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, , Vol 2(2).No Pagination Specified.
91. Stora, B. (1992). *Stres*. İstanbul. (Çeviren: A Kalın): İletişim Yayınları.
92. Şahin, B. (2007). *Hemşirelik Öğrencilerinin Kendilerini Anlatma ve Stresle Başetme İlişkilerinin Belirlenmesi*. İstanbul,: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans, (Danışman: Prof.Dr. N Sabuncu).
93. Şengül, S., & Baykan, H. (2013). Zihinsel Engelli Çocukların Annelerinde Depresyon,Anksiyete ve Stresle Başa Çıkma Tutumları. *Kocatepe Tıp Dergisi / Kocatepe Medical Journal*, 14: 30-39.
94. Tan, M., & Karabulutlu, E. (2005). Social Support and Hopelessness in Turkish Patients With Cancer. *Cancer Nursing*, 236-240.
95. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2008). *Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı*. Ankara: Anıl Matbaacılık Ltd. Şti.
96. T. C. Sağlık Bakanlığı. (2013). *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın no: 909.

97. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2017). *Türkiye Kanser İstatistikleri*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
98. Tedeschi, R., & Calhoun, L. (1998). The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*, 9: 455-71.
99. Tedeschi, R., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence . *Psychological Inquiry*, 15:1-18.
100. Tokgöz, G., Yaluğ, İ., Özdemir, S., Yazıcı , A., Uygun , K., & Aker, T. (2008). Kanserli Hastalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ruhsal Gelişim. *Yeni Symposium*, 46:51-61.
101. Turgut, G., Yüksel, B., Polat, E., Yıldız, Y., Berkem, H., & Özel, H. (2009). Meme yakınması ile başvuran kadınlardaki kaygıyı etkileyen faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5 (2): 92-7.
102. Tünel, M., Vural, A., Evlice, Y. E., & Tamam, L. (2012). Meme Kanserli Hastalarda Psikiyatrik Sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi (Archives Medical Review Journal)*, 21(3): 189-219.
103. WHO. (2019). *IARC - International Agency for Research on Cancer*. world Health Organization.
104. World Health Organization. (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Genova: WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44203/9789241563871_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y adresinden alınmıştır.
105. World Health Organization. (September 2011, September). *Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011*. http://whqlibdoc.who.int: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf/ adresinden alınmıştır.
106. World Health Organization. (2012). *Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011*. Fransa: WHO.
107. Yeşil, A., Aker, T., & Sezgin, U. (2009). Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastalara Bakım Veren Ekipte Ruhsal Belirtiler. *Düşünen Adam*, 22(1-4):9-17.

108. Yıldırım, S., & Gürkan, A. (2010). Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. 2010; 26 (1) : 87-. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 26 (1) : 87-97.
109. Yılmaz, B. (2007). Yardım Çalışanlarında Travmatik Stres. *Klinik Psikiyatri*, 137-147.

MEDICANAMEDICANA INTERNATIONAL İSTANBUL HASTANESİ ETİK KURULU
KARAR FORMU

ETİK KURUL BİLGİLERİ

Adres : Beylikdüzü Cad. No: 3 Beylikdüzü 34520/İstanbul
 Telefon : 0212 867 75 00
 Faks : 0212 867 76 72
 e-posta : bey-etik@medicana.com.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ

Araştırmanın açık adı : "Kanser Hastalarında Stres ve Başetme Yolları"
 Sorumlu araştırmacı ünvanı, adı/soyadı : Özlem Korkmaz
 Destekleyici (Varsa) : Yok
 Araştırmanın türü : Prospektif – Yüksek lisans tezi
 Araştırmaya katılan merkezler : Tek merkez

KARAR BİLGİLERİ

Karar no : 003
 Toplantı tarihi : 02.07.2018
 Karar : Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırma dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına Etik Kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

*Aşağıda imzası bulunan Etik Kurul üyelerinin yukarıda bilgileri verilen araştırma ile ilişkileri yoktur.

Prof.Dr.Murat Levent Alimgil, Başkan, Göz Hastalıkları

Prof.Dr.Necmettin Kutlu, Üye, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi

Prof.Dr.Ali Osman Kaya, Üye, Tıbbi Onkoloji

Dr.Rüya Şişman, Başkan, Başhekim

Prof.Dr.Murat Levent ALİMGİL
 Göz Hastalıkları
 Dip.Tescil No:40740798
 Medicana International
 34520/İstanbul

İMZA

Prof.Dr.Necmettin KUTLU
 Plastik Cerrahi Uzmanı
 Dip.Tescil No:32518/31001
 Medicana International İstanbul Hastanesi

Prof.Dr.Ali Osman KAYA
 Tıbbi Onkoloji ve Başhekimliği Uzmanı
 Dip.Tescil No:40740798/8436
 Özel Medicana International İstanbul Hastanesi

Dr. Rüya ŞİŞMAN
 Mesul Müdür
 Özel Medicana International
 İstanbul Hastanesi

Etik Kurul Çalışma Esası: 13 Nisan 2013 tarih ve 28617 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik" ve 25 Haziran 2014 tarih ve 29041 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" ve "İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu" doğrultusunda.

Özel Medicana International İstanbul Hastanesi
 Beylikdüzü Cad. No: 3, 34520 Beylikdüzü / İstanbul
 T: +90 212 867 75 00 F: +90 212 867 76 72
 www.medicana.com.tr

ÇALIŞMANIN BAŞLIĞI: Kanser Hastalarında Stres ve Başetme Yolları
Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı,

“Kanser Hastalarında Stres ve Başetme Yolları” adlı çalışma Bilgi Üniversitesi ve Beylikdüzü Medicana Hastanesindeki araştırmacılar tarafından gerçekleştirilecektir. Araştırma KANSER hastalarının travmatik stres belirtilerini öğrenme ve stres ile başetme tutumlarını değerlendirme amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilir veya anketi doldururken sonlandırabilirsiniz. Anket formunun üzerine adınızı ve soyadınızı kesinlikle yazmayınız. Bu anket ile toplanan bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacak ve üçüncü şahıslarla herhangi bir amaçla kesinlikle paylaşılmayacaktır.

Bu çalışmanın sonuçları başka insanların yararına kullanılabilir. Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmanın içerik ve amacı farklı travma yaşantıları olan veya olmayan kanser hastalarında, stres belirtilerini ölçmek ve hangi başetme yollarını kullandıklarını tespit etmektir. Böylece bu alanda yürütülen ruh sağlığı hizmetlerine yönelik öneriler geliştirilebilecektir.

Araştırmada katılımcılara soru kâğıdı uygulanacaktır. Araştırmaya etik kurul onamından hemen sonra başlanıp 1 yıl içinde tamamlanması ön görülmektedir. Bu araştırmada katılımcı için ek riskler ve rahatsızlıklar söz konusu değildir. Katılımcıya araştırma amaçlı tedavi uygulanmayacaktır. Bu çalışmanın sonuçları başka insanların yararına kullanılabilir.

Çalışmaya katılım araştırmacı ve katılımcının isteğimize bağlıdır. Katılımcı araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmaya katılmayı reddedebilir ve hiçbir

ceza almadan araştırmadan ayrılabilir. Katılımcıya ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Anket yaklaşık 122 sorudan oluşmaktadır. Anketi tamamlamak yaklaşık 40 dakikanızı alacaktır. Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda sorumlu araştırmacı ile iletişim kurabilirsiniz.

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacının İletilişim Bilgileri

ÖZLEM KORKMAZ

05316640972

ozlem.korkmaz@bilgi.edu.tr

Çalışmaya Katılma Onayı:

“Bu olur formunu imzalamadan önce yukarıdaki bilgileri kendi ana dilimde okudum veya bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı bana açıklandı. Bana aklıma gelen bütün soruları sorma fırsatı tanındı ve sorularına tatminkâr cevaplar aldım. Eğer bu çalışmaya katılmayı kabul etmezsem hiçbir ceza almayacağım ve benden hiçbir ücret talep edilmeyecektir. Bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilir. Bu formu imzalayarak yasal haklarımın hiçbirinden vazgeçmediğimin bilincindeyim.”

Çalışmanın yürütülmesi ve haklarım konusunda kafamda sorular belirlediğinde, herhangi bir rahatsızlık duyduğumda ve destek arayışı içinde olduğumda aşağıda belirtilen kişilerden biriyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır:

Sorumlu Araştırmacı

Özlem Korkmaz

05316640972

ozlem.korkmaz@bilgi.edu.tr

Bu çalışmada yer almayı gönüllü olarak kabul ediyorum. Bu bildirimli olur sözleşmesinin imzalı bir nüshasını aldım.

Adı-İmzası

Tarih

(Veli veya vasisinin)

Sorumlunun Adı-İmzası

Özlem Korkmaz

Tarih

Tanığın Adı-İmzası

Tarih

EK 3

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

KANSER VE TSSB

“Kanser Hastalarında Stres ve Başetme Yolları ” adlı çalışma Özlem KORKMAZ tarafından gerçekleştirilecektir. Araştırma KANSER hastalarının travmatik stres belirtilerini ölçme ve bu streslerle nasıl ve hangi yöntemlerle başettiklerini öğrenmek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilir veya anketi doldururken sonlandırabilirsiniz. Anket formunun üzerine adınızı ve soyadınızı kesinlikle yazmayınız. Bu anket ile toplanan bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacak ve üçüncü şahıslarla herhangi bir amaçla kesinlikle paylaşılmayacaktır. Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır. Anket yaklaşık 122 sorudan oluşmaktadır. Anketi tamamlamak yaklaşık 40 dakikanızı alacaktır. Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz, herhangi bir rahatsızlık duymanız ve destek arayışı içinde olmanız durumunda, Özlem KORKMAZ’a 05316640972 telefonuyla veya maille (ozlem.korkmaz@bilgi.edu.tr) ulaşabilirsiniz.

Sorumlu Araştırmacının

ÖZLEM KORKMAZ

05316640972

ozlem.korkmaz@bilgi.edu.tr

Anketi doldurduğunuz için teşekkür ederiz.

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

SOSYO - DEMOGRAFİK BİLGİLER

1.Hastanın yaşı.....

2.Biyolojik Cinsiyetiniz

1. Kadın
2. Erkek
3. Diğer.....

3.Medeni Durumunuz

1. Bekar
2. Evli
3. Ayrı yaşıyor/ Boşanmış
4. Birlikte yaşıyor/ İmam nikahlı

4.Öğrenim durumunuz

- 1) Okur-yazar
- 2) Okur-yazar Değil
- 3) İlkokul
- 4) Ortaokul
- 5) Lise
- 6) Yüksekokul
- 7) Diğer.....

5.Sosyal güvenceniz

- 1) SSK
- 2) Emekli sandığı
- 3) Bağ-kur
- 4) Diğer.....

6.Tedaviniz Süresince nerede ikamet ettiniz?

- 1) İl
- 2) İlçe
- 3) Köy
- 4) Diğer.....

7.Kiminle yaşıyorsunuz

1. Eş/Çocuklar
2. Anne/baba
3. Arkadaş / akraba
4. Yalnız
5. Diğer.....

8.Mesleğiniz

- 1) Memur
- 2) Esnaf
- 3) İşçi
- 4) Emekli
- 5) Diğer.....

9.Şu anda çalışıyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır
- 3) Çalışıyorum ancak şu an "Hastalık İzni" aldım
- 4) Diğer.....

10.Aylık gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- 1) Gelir giderden az
- 2) Gelir giderden fazla
- 3) Gelir gidere denk
- 4) Diğer.....

HASTALIK ÖYKÜSÜ

ÖZ GEÇMİŞ/ SOY GEÇMİŞ

11.Devamlı kullandığınız bir ilaç var mı?

1. Hayır
2. Evet ise belirtiniz.....

12.Devamlı bir hastalığınız var mı?

1. Hayır
2. Evet ise Belirtiniz.....

13.Hatırladığınız kadarıyla geçirdiğiniz bir ameliyat ya da müdahale var mı?

1. Hayır
2. Evet ise belirtiniz.....

14.Birinci derece yakınlarınız da sürekli bir hastalığı olan var mı?

1. Hayır
2. Evet ise belirtiniz.....

15. Birinci derece yakınlarınız da, sizden başka kanser tanısı olan var mı?

1. Hayır
2. Evet ise belirtiniz.....

16.İlk kez mi kanser tanısı alıyorsunuz?

1. Evet
2. Hayır, 2. kez
3. Hayır 3. Kez
4. Diğer.....

17.Kanser tanısını hangi tarih/ tarihlerde aldınız?.....
.....

18.Kanser tanısı aldıktan sonra *Metastaz* oluştu mu?
1. Hayır
2. Evet ise belirtiniz.....
.....

19. Kanser tanısı aldıktan sonra; **uygulanan tedavi yöntemleri;** *hangi sıra* ile yapıldı/yapılıyor?

1. Cerrahi operasyon-Kemoterapi-Radyoterapi
2. Cerrahi operasyon- Radyoterapi
3. Kemoterapi-Radyoterapi

4. Diğer.....
.....

20.Kanser hastalığı için Kontrol/Takip yaptırıyor musunuz?

- 1.Hayır
- 2.Evet ise hangi sıklıkta belirtiniz.....
.....

21.Hastalığınızın tedavi/kontrol sürecinde sizinle en sık kim ilgilendi?

1. Annem/Babam
2. Eşim/çocuklarım/sevgili/partner
3. Akrabalarım/kuzen/hala/teyze/amca /dayı
4. Arkadaşlarım
5. Paralı bakıcı/hemşire/doktor
6. Diğer.....

22. Hastalığınızın tedavi/kontrol sürecinde sizinle ilgilenen kişiye 1 ile 5 arasında puan verseniz; kaç puan verirdiniz?

1 () Oldukça Yetersiz	2 () Yetersiz	3 () Kararsızım	4 () Yeterli	5 () Oldukça yeterli
---------------------------	-------------------	---------------------	------------------	--------------------------

23.Söylemek istediğiniz bir cümle var mı?

.....
.....

EK 4**YAŞAM OLAYLARI KONTROL LİSTESİ**

Aşağıda hepimizin başına gelebilecek olan zor veya stres yaratan olayların bir listesi verilmiştir. Lütfen her olay için size uygun olan seçeneği belirtiniz. Listeyi incelerken YAŞAMINIZIN TÜM DÖNEMLERİNİ dikkate aldığımızdan emin olunuz		EVET 1 puan	HAYIR 0 puan
1	Doğal afet. { deprem, sel, kasırga, vb...}		
2	Yangın veya patlama.		
3	Ulaşım ile ilgili kaza. { otomobil, gemi, tren, uçak, vb...}		
4	Evde, işte veya başka bir yerde ciddi kaza.		
5	Zehirli maddelere maruz kalma. { tehlikeli kimyasal maddeler, radyasyon}		
6	Fiziksel Saldırı. {saldırıya uğrama, dövülme, tekmelenme, yumruklanma, tokatlanma, vb...}		
7	Silahlı Saldırı. {ateşli silahla vurulma-yaralanma, bıçaklı saldırı-yaralanma, başka bir silahla saldırı, bombalama}		
8	Cinsel Saldırı. {tecavüz, tecavüz girişimi, taciz, zor kullanarak veya tehdit ile yapılan her türlü cinsel edim}		
9	Diğer istenmeyen veya rahatsız edici cinsel yaşantılar.		
10	Çatışma veya savaş bölgesinde bulunma.		
11	Tutsaklık. {kaçırılma, esir düşme, savaş esiri olma}		
12	Hayati tehlikesi olan hastalık veya yaralanma.		
13	İnsan kaynaklı şiddetli acı. {İşkence, vb...}		
14	Ani, şiddet içeren ölüm olayı. {cinayet, intihar}		
15	Yakın bir kişinin ani, beklenmedik ölümü.		
16	Başka bir kişiye sizin neden olduğunuz, ciddi yaralama veya ölüm		

TRAVMATİK STRES BELİRTİ ÖLÇEĞİ				
<p>Aşağıda, insanların hayatını ciddi olarak etkileyen olaylardan sonra ortaya çıkabilecek bazı sorunlar sıralanmıştır. Lütfen aşağıda yer alan maddeleri ilk kez "KANSER" tanısı konulduğunu öğrendiğiniz anı düşünerek yanıtlayınız. Size uygun şıkkı işaretleyiniz. (<i>uygun sütunun altına x koyunuz</i>).</p> <p>SORUNLAR SİZİN İÇİN NE DERECEDE RAHATSIZLIK/SIKINTI/SORUN YARATIYOR?</p> <p>0=HİÇ 1=HAFİF DERECEDE 2=OLDUKÇA 3=ŞİDDETLİ</p>				
	HİÇ RAHATSIZ ETMİYOR	BİRAZ	OLD UKÇ A	ÇOK RAHATSIZ EDİYOR
1. (Olayla) ilgili bazı anıları /görüntüleri aklımdan atamıyorum.				
2. Bazen yaşadıklarım birdenbire gözlerimin önünden bir film şeridi gibi geçiyor ve sanki herşeyi yeniden yaşıyorum.				
3. Sık sık korkulu rüyalar görüyorum.				
4. (Olay) yeniden olacak korkusu ile bazı şeyleri kolaylıkla yapamıyorum (Örneğin: olayı hatırlatan yer, kişi ve durumlardan uzak durmak, olayla ilgili konuşamamak).				
5. Hayata ve sevdiğim şeylere karşı ilgim azaldı.				
6. İnsanlardan uzaklaştığımı, onlara karşı yabancılaştığımı hissediyorum.				
7. Sanki duygularım ölmüş, taşlaşmışım gibi geliyor.				
8. Uyumakta güçlük çekiyorum.				
9. Daha çabuk sinirleniyor ya da				

öfkeleniyorum.				
10. Unutkanlık veya dikkatimi yaptığım işe vermekte güçlük çekiyorum.				
11. Her an (olay) olacak kaygısıyla tetikte duruyorum.				
12. Ani bir ses ya da hareket olduğunda irkiliyorum.				
13. Herhangi bir şey bana (olayla) ilgili yaşadıklarımı hatırlatınca rahatsızlık ve sıkıntı duyuyorum.				
14. (Olayda) yaşadığım şeylerle ilgili düşünceleri, duyguları ve anıları aklımdan atmaya çalışıyorum.				
15. (Olayda) yaşadığım olayların bazı bölümlerini hatırlamakta güçlük çekiyorum.				
16. (Olay) bana her an ölebileceğimi farketmediği için uzun vadeli planlar yapmak bana anlamsız geliyor.				
17. Herhangi bir şey bana (olayla) ilgili yaşadıklarımı hatırlatınca çarpıntı, terleme, baş dönmesi, bedenimde gerginlik gibi fiziksel şikayetler oluyor.				
18. Kendimi suçlu hissediyorum.				
19. Kendimi üzüntülü ve kederli hissediyorum.				
20. Hayattan eskisi gibi zevk alamıyorum.				
21. Gelecekte umutsuzum.				
22. Zaman zaman aklımdan kendimi öldürme düşünceleri geçiyor.				
23. Gündelik işlerimi yapacak gücüm azaldı.				

**EK 6 BAŞ ETME TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
(COPE)**

<p>Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda <u>(KANSER TANISI ALMAK VE TEDAVİ/KONTROL SÜRECİ)</u> genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri belirtirken yandaki belirtilen puanlamayı kullanınız ve X işareti ile işaretleyiniz</p>	<p>1=Asla Böyle bir şey yapmam</p>	<p>2=Çok az böyle yaparım</p>	<p>3=Orta derecede böyle yaparım</p>	<p>4=Çoğunlukla böyle yaparım</p>
<p>1 Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.</p>				
<p>2 Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.</p>				
<p>3 Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.</p>				
<p>4 Başkalarından bu tur sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.</p>				
<p>5 Sorunla basa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.</p>				
<p>6 Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim</p>				
<p>7 Allah`a tevekkül eder, O`na</p>				

	dayanırım.				
8	İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.				
9	Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.				
10	Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm				
11	Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.				
12	Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.				
13	Kendimi yasadığım soruna alıştırmaya çalışırım.				
14	Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.				
15	Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.				
16	Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.				
17	Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.				
18	Allah`in yardımını umarım.				
19	Bir eylem planı yaparım.				
20	Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.				
21	Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.				
22	Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.				
23	Arkadaş veya akrabalarımıdan moral ve manevi destek almaya çalışırım.				
24	Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.				
25	Sorunun üstesinden gelebilmek için				

	ilave şeyler yaparım.				
26	Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.				
27	Sorun olduğuna inanmayı reddederim.				
28	Duygularımı dışarı vururum.				
29	Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir acıdan ele almaya çalışırım.				
30	Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.				
31	Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.				
32	Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.				
33	Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.				
34	Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.				
35	Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.				
36	Sorunla ilgili saka yaparım.				
37	İstedikimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.				
38	İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.				
39	Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.				
40	Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.				
41	Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.				
42	Sorunun çözümüne yönelik				

	gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.				
43	Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.				
44	Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.				
45	Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bur durumda ne yaptıklarını sorarım.				
46	Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.				
47	Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için daha iyi bir tavır takınırım.				
48	Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım				
49	Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.				
50	Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.				
51	Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.				
52	Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.				
53	Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.				
54	Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.				
55	Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.				
56	Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.				
57	Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.				

58	Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.				
59	Basıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.				
60	Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.				
	Çok teşekkürler				

ETİK KURUL DEĞERLENDİRME SONUCU/RESULT OF EVALUATION BY
THE ETHICS COMMITTEE

(Bu bölüm İstanbul Bilgi Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurul tarafından
doldurulacaktır /This section to be completed by the Committee on Ethics in research
on Humans)

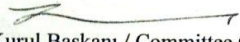
Başvuru Sahibi / Applicant: Özlem Korkmaz

Proje Başlığı / Project Title: Kanser Hastalarında Stres ve Başetme Yolları

Proje No. / Project Number: 2018-20845-93

1.	Herhangi bir değişikliğe gerek yoktur / There is no need for revision	XX
2.	Ret/ Application Rejected Reddin gerekçesi / Reason for Rejection	

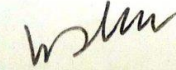
Değerlendirme Tarihi / Date of Evaluation: 10 Temmuz 2018


Kurul Başkanı / Committee Chair

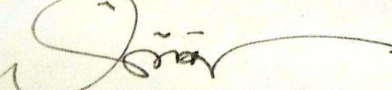
Doç. Dr. İtir Erhart


Üye / Committee Member

Prof. Dr. Hale Bolak


Üye / Committee Member

Prof. Dr. Koray Akay


Üye / Committee Member

Prof. Dr. Ayhan Özgür Toy


Üye / Committee Member

Prof. Dr. Aslı Tunç


Üye / Committee Member

Prof. Dr. Turgut Tarhanlı


Üye / Committee Member

Prof. Dr. Ali Demirci