

**T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**KANSER TANISI ALAN YETİŞKİNLERDE HASTALIK
ALGISI VE DUYGU DURUMUN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Evrin GÜLOĞLU

**Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji**

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Kemal ÖZCAN

İSTANBUL – 2021

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**KANSER TANISI ALAN YETİŞKİNLERDE HASTALIK
ALGISI VE DUYGU DURUMUN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Evrin GÜLOĞLU

Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji

Bu tez ___/___/20___ tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Evrin GÜLOĞLU

30.06.2021

ÖNSÖZ

Bu tezin yazılması aşamasında, çalışmamı sahiplenerek titizlikle takip eden danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Mustafa Kemal ÖZCAN değerli katkı ve emekleri için içten teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Ailem bütün süreç boyunca her anlamda yanımda olmuş, desteğini ve katkılarını esirgememiştir. Savunma sınavı sırasında jüri üyeleri çalışmamın son haline gelmesine değerli katkılar yapmışlardır. Bu vesileyle tüm hocalarıma ve tezimin son okumasında yardımlarını esirgemeyen yakınlarıma teşekkürlerimi borç bilirim. Son olarak bu günlere ulaşmamda emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim Gürel GÜLOĞLU'na, Müesser GÜLOĞLU'na, Ali GÜLOĞLU'na, Gülbiye GÜLOĞLU'na, Mustafa ASLANTEKİN'e şükranlarımı sunarım.

Evrin GÜLOĞLU

30.06.2021

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	i
TABLO LİSTESİ	ii
ÖZET	iv
SUMARY	v
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: LİTERATÜR TARAMASI	6
1.1. Kanser Tanımı	6
1.1.1. Kanser Tedavisinde Uygulanan Yöntemler.....	6
1.1.2. Kansere Verilen Psikolojik Tepkiler	7
1.2. Hastalık Algısı.....	8
1.3. Kanserli Hastalarda Psikiyatrik Bozukluk Epidemiyolojisi.....	10
1.4. Anksiyete.....	10
1.5. Depresyon	13
BÖLÜM 2: YÖNTEM	16
2.1. Araştırmanın Modeli	16
2.2. Örneklem.....	16
2.3. Veri Toplama Araçları	17
2.3.1. Kişisel Bilgi Formu	18
2.3.2. Hastalık Algısı Ölçeği	18
2.3.3. Beck Depresyon Ölçeği	19
2.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği	19
2.4. Veri Toplama İşlemi ve Verilerin Analizi	20
BÖLÜM 3: BULGULAR	22
3.1. Hastalık hakkındaki görüşler, hastalık nedenleri ve hastalık belirtileri algısı alt boyutlarının Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesine Yönelik Bulgular.....	22
3.1.1. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Hastalık Hakkındaki Görüşler, Hastalık Nedenleri Boyutu Ve Hastalık Belirtileri Algısı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?	22

3.1.2. Katılımcıların Tanı Anında Ağrı Varlığına Göre Hastalık Hakkındaki Görüşler, Hastalık Nedenleri ve Hastalık Belirtileri Algısı Alt Boyutları İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?	24
3.1.3. Katılımcıların Tedaviden Önce Operasyon Öyküsü Durumuna Göre Hastalık Hakkındaki Görüşler, Hastalık Nedenleri Ve Hastalık Belirtileri Algısı Alt Boyutları Ölçeği Puanları İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?	26
3.1.4. Katılımcıların Metastaz Öyküsü Durumuna Göre Hastalık Hakkındaki Görüşler, Hastalık Nedenleri Ve Hastalık Belirtileri Algısı Alt Boyutları İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?	28
3.1.5. Katılımcıların Sigara Kullanımına Göre Hastalık Hakkındaki Görüşler, Hastalık Nedenleri Ve Hastalık Belirtileri Algısı Alt Boyutları İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?	30
3.1.6. Katılımcıların Alkol Kullanımına Göre Hastalık Hakkındaki Görüşler, Hastalık Nedenleri Ve Hastalık Belirtileri Algısı Alt Boyutları İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?	32
3.1.7. Katılımcıların Kanser Tipine Göre Hastalık Algısı Ölçeği İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?	33
3.2. Beck Depresyon Ölçeğinin Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesine Yönelik Bulgular	37
3.2.1. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Depresyon Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?	37
3.2.2. Katılımcıların Tanı Anında Ağrı Varlığına Göre Depresyon Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?	38
3.2.3. Katılımcıların Tedavi Öncesi Operasyon Öyküsüne Göre Depresyon Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?	39
3.2.4. Katılımcıların Tanı Anında Metastaz Öyküsüne Göre Depresyon Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?	40
3.2.5. Katılımcıların Sigara Kullanımına Göre Depresyon Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?	40
3.2.6. Katılımcıların Alkol Kullanımına Göre Depresyon Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?	41
Depresyon	42
3.2.7. Katılımcıların Kanser Tipine Göre Depresyon Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?	42
3.3. Beck Anksiyete Ölçeğinin Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesine Yönelik Bulgular	44

3.3.1. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Anksiyete Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?	44
3.3.2. Katılımcıların Tanı Anında Ağrı Varlığına Göre Anksiyete Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?	44
3.3.3. Katılımcıların Tedavi Öncesi Operasyon Öyküsüne Göre Anksiyete Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?	45
3.3.4. Katılımcıların Tanı Anında Metastaz Öyküsüne Göre Anksiyete Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?	46
3.3.5. Katılımcıların Sigara Kullanımına Göre Anksiyete Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?	47
3.3.6. Katılımcıların Alkol Kullanımına Göre Anksiyete Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?	47
3.3.7. Katılımcıların Kanseri Tipine Göre Anksiyete Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?	48
3.4. Hastalık Algısı Ölçeği İle Depresyon ve Anksiyete İlişkilerinin İncelenmesine Yönelik Bulgular	49
3.4.1. Hastalık Algısı İle Depresyon Ve Anksiyete Arasında İstatistiksel Olarak Anlamlı İlişki Olup Olmadığıyla İlgili Bulgular	49
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
KAYNAKÇA	62
EKLER	72
ÖZGEÇMİŞ	85

KISALTMALAR

α	: Alfa
B	: Beta
F	: Frekans
%	: Yüzde
X	: Aritmetik Ortalama
F	: F Değeri
r	: Pearson Korelasyon Katsayısı
t	: t değeri
ss	: Standart Sapma
p	: Anlamlılık değeri

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Bilgiler	17
Tablo 2. Değişkenlere Ait Çarpıklık ve Basıklık Katsayıları	20
Tablo 3. Kanser Hastası Bireylerin Cinsiyete Göre Hastalık Algısı Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları	23
Tablo 4. Kanser Hastası Bireylerin Tanı Anında Ağrı Varlığına Göre Hastalık Algısı Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları	25
Tablo 5. Kanser Hastası Bireylerin Tedavi Öncesi Operasyon Öyküsüne Göre Hastalık Algısı Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları	27
Tablo 6. Kanser Hastası Bireylerin Metastaz Öyküsüne Göre Hastalık Algısı Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	29
Tablo 7. Kanser Hastası Bireylerin Sigara Kullanımına Göre Hastalık Algısı Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	31
Tablo 8. Kanser Hastası Bireylerin Alkol Kullanımına Göre Hastalık Algısı Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	32
Tablo 9. Kanser Tipi Açısından Hastalık Algısı Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarına Yönelik Betimsel İstatistikleri.....	34
Tablo 10. Kanser Tipi Açısından Hastalık Algısı Ölçeğine Yönelik Varyans Analizi Tablosu	36
Tablo 11. Kanser Tipi Açısından Hastalık Algısı Ölçeğine Yönelik Tukey Testi Tablosu	37
Tablo 12. Katılımcıların Cinsiyetleri Açısından Depresyon Toplam Puanına Yönelik <i>T</i> Testi Tablosu.....	38
Tablo 13. Katılımcıların Tanı Anında Ağrı Varlığı Açısından Depresyon Toplam Puanına Yönelik <i>T</i> Testi Tablosu	38
Tablo 14. Katılımcıların Tedavi Öncesi Operasyon Öyküsü Açısından Depresyon Toplam Puanına Yönelik <i>T</i> Testi Tablosu.....	39
Tablo 15. Katılımcıların Tanı Anında Metastaz Öyküsü Açısından Depresyon Toplam Puanına Yönelik <i>T</i> Testi Tablosu.....	40
Tablo 16. Katılımcıların Sigara Kullanımı Açısından Depresyon Toplam Puanına Yönelik <i>T</i> Testi Tablosu	41

Tablo 17. Katılımcıların Alkol Kullanımı Açısından Depresyon Toplam Puanına Yönelik <i>T</i> Testi Tablosu	42
Tablo 18. Kanser Tipi Açısından Depresyon Toplam Puanına Yönelik Betimsel İstatistikleri	43
Tablo19. Kanser Tipi Açısından Depresyon Toplam Puanına Yönelik Varyans Analizi Tablosu	43
Tablo 20. Katılımcıların Cinsiyetleri Açısından Anksiyete Toplam Puanına Yönelik <i>T</i> Testi Tablosu	44
Tablo 21. Katılımcıların Tanı Anında Ağrı Varlığı Açısından Anksiyete Toplam Puanına Yönelik <i>T</i> Testi Tablosu	45
Tablo 22. Katılımcıların Tedavi Öncesi Operasyon Öyküsü Açısından Anksiyete Toplam Puanına Yönelik <i>T</i> Testi Tablosu	45
Tablo 23. Katılımcıların Tanı Anında Metastaz Öyküsü Açısından Anksiyete Toplam Puanına Yönelik <i>T</i> Testi Tablosu	46
Tablo 24. Katılımcıların Sigara Kullanımı Açısından Anksiyete Toplam Puanına Yönelik <i>T</i> Testi Tablosu	47
Tablo 25. Katılımcıların Alkol Kullanımı Açısından Anksiyete Toplam Puanına Yönelik <i>T</i> Testi Tablosu	48
Tablo 26. Kanser Tipi Açısından Anksiyete Toplam Puanına Yönelik Betimsel İstatistikleri	48
Tablo 27. Kanser Tipi Açısından Anksiyete Toplam Puanına Yönelik Varyans Analizi Tablosu	49
Tablo 28: Değişkenlerin Ortalama ve Standart Sapma Puanları Tablosu	50
Tablo 29: Hastalık Belirtilerinin Ortalama Ve Standart Sapma Puanları Tablosu ...	51
Tablo 30. Hastalık Algısı ile Depresyon ve Anksiyeteye İlişkin Korelasyon Katsayıları	52

ÖZET

İstanbul Kent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü - Yüksek Lisans Tez Özeti

Tezin Başlığı: KANSER TANISI ALAN YETİŞKİNLERDE HASTALIK ALGISI VE DUYGUDURUMUN İNCELENMESİ	
Tezin Yazarı: Evrim GÜLOĞLU	Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Kemal ÖZCAN
Kabul Tarihi: 30.06.2021	Sayfa Sayısı: v (ön kısım)+ 71(tez)+ 13 (ekler)
Anabilim Dalı: Psikoloji	Bilimdalı: Klinik Psikoloji
Bu çalışmada hastalık algısı ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırmanın örneklemini 18 yaş ve üzeri kanser tanısı almış bireylerden oluşmaktadır. Katılımcılara Hastalık Algısı Ölçeği, Beck Anksiyete ve Beck Depresyon Ölçeği bir anket formu şeklinde internet üzerinden ve yüzyüze görüşmelerle uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda kadın katılımcıların bağıklık puan ortalamalarının erkek katılımcılardan daha yüksek puanlar aldığı, cinsiyete göre depresyon ve anksiyetede farklılaşma görülmediği; depresyon ile akut/kronik süre, sonuçlar, duygusal temsiller ve hastalık belirtileri arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu bulunmuştur. Depresyon ile kişisel kontrol arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Anksiyete ile akut/kronik süre, duygusal temsiller, hastalık belirtileri ve ile yaş arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Anksiyete ile kişisel kontrol arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda sonuçlar tartışılmış olup önerilerde bulunulmuştur.	
Anahtar Kelimeler: Kanser, Hastalık Algısı, Depresyon, Anksiyete	

SUMMARY

İstanbul Kent University Institute of Graduate Education-Abstract of Master's

Title of the Thesis: INVESTIGATION OF DISEASE PERCEPTION AND EMOTION IN ADULTS WITH A CANCER DIAGNOSIS	
Author: Evrim GÜLOĞLU	Supervisor: Assist. Prof. Mustafa Kemal ÖZCAN
Date: 30.06.2021	Nu. of pages: v (pre text) + 71 (main body)+13
Department: Psychology	Subfield: Clinical Psychology
In this study, the relationship between illness perception and anxiety and depression was investigated. The sample of the study consists of individuals who are 18 years of age and older diagnosed with cancer. The Perception of Disease Scale, Beck Anxiety and Beck Depression Scale were administered to the participants in the form of a questionnaire via internet and face-to-face interviews. In this study, in which the relationship between illness perception and anxiety and depression was examined, the data obtained were analyzed with the SPSS 22.0 program. Statistical studies and interpretations; It was evaluated according to the significance level of $p < .05$. Frequency analysis was applied to determine the distribution of the participants according to their various demographic characteristics and the information they provided. Independent sample t test was conducted to test the differentiation between groups. Pearson Product Moment Correlation analysis was used to determine the relationships between the variables of the study. As a result of the analysis, it was found that the mean immune scores of female participants got higher scores than male participants, and there was no difference in depression and anxiety according to gender; It was found that there were statistically significant positive correlations between depression and acute / chronic duration, outcomes, emotional representations, and disease symptoms. A statistically significant negative correlation was found between depression and personal control. A statistically significant positive correlation was found between anxiety and acute / chronic duration, emotional representations, disease symptoms, and age. A statistically significant negative correlation was found between anxiety and personal control. In line with the findings obtained from the research, the results were discussed and suggestions were made.	
Keywords: Cancer, Perception Of Illness, Depression, Anxiety	

GİRİŞ

Bu bölümde, çalışmaya konu olan problem durumu, araştırmanın amacı, önemi, araştırmanın sınırlılıkları, hipotezleri ve araştırma ile ilgili temel kavramlar açıklanmıştır.

Günümüzde ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer alan kanser hastalığı dünyadaki en önemli sağlık sorunlarından biridir (Bektaş, 2005:25). Dünyadaki ölümlerin %12'sinin, Türkiye'deki ölümlerin ise %20'sinin kanser sebebiyle olduğu, yaklaşık 175.000'ten fazla kişiye kanser tanısı konulduğu belirtilmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015:45).

Kozier, Erb ve Blais (1994:141) kanserin yaygınlığının yüksek oluşunun ve yüksek oranda ölümlle sonuçlanan bir hastalık olması sebebiyle bireylerde yaşamsal bir tehdit unsuru oluşturduğunu ve kaygıya neden olduğunu vurgulamaktadırlar. Bunun yanı sıra kanser hastalığı yoğun belirsizliklerin olduğu, ölüm düşüncesinin tekrarlayıcı biçimde bireyin zihnini meşgul ettiği, suçluluk duygusu, yalnız kalma kaygısı ve panik bozuklukların yaşandığı bir hastalık olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda kanser hastalığının birey tarafından algılanma biçimi oldukça önem arz etmektedir (Özkan ve Turgay,1992:207). Buna ek olarak hasta bireyler, geçmiş yaşam deneyimleri, inanç ve değerleri, kendi ihtiyaçları doğrultusunda kanser hastalığını anlamlandırmaya çalışabilirler. Bu sebeple Petrie ve Weinman (2006:536), her bireyin hastalığı algılama biçiminin ayrı ayrı değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Armay (2006), hastalık algısının bireyin hastalığını öğrendiği andan itibaren başladığını, bu süreçte yaşadıkları deneyimler, mücadele etme yöntemleri ve psikolojik iyilik halinin değişkenlik gösterdiğini ve hastalık algısının tedavi sonlanana kadar devam eden bir değerlendirme süreci olduğunu belirtmektedir. Bireylerin sağlık ve hastalık kavramlarına bakış açıları hastalık algılarını etkilemektedir (Kayır, 2014).

Erciş ve Deniz (2008), hastalık algısı üzerinde temel kişilik özelliklerinin de etkili olduğunu savunmaktadırlar. Bireye ait kalıcı özelliklerin tümüne kişilik denir (Kaplan ve Sadock, 1998:5). Stres yaratan yeni durumlara uyum sağlama kapasitesi

kişilik özellikleriyle doğrudan ilişkilendirilmektedir (Kulaksızoğlu, 2000:3). Bireye ait bu kalıcı özellikler içsel ve dışsal uyaranların bilişsel süzgeçten geçirilerek duygu, düşünce ve davranışa yani duygusal tepkilere, savunma mekanizmalarına, problem çözme stratejilerine dönüştürülmesiyle gerçekleşmektedir (Kaplan ve Sadock, 1998:10). Bireye özgü bu süreç karşılaşılan hastalıklara yüklenen anlamları, uyum sağlama sürecini ve stresle baş etme yöntemlerini doğrudan etkilemektedir (Kocaman, 2008:111).

Özkan (2007: 193), kanser hastalığının toplumda felaketleştirilen, çaresizlik ve korku yaratan, kişilerce farklı algılanan ve farklı sonuçlara yol açan bir hastalık olduğunu belirtmektedir. Bunun yanı sıra bireylerin bu sağlık krizi stresörüyle nasıl baş etmeye çalıştıkları, içsel ve dışsal kaynaklarını kullanma kapasitelerinin de hastalığı algılama biçimlerini önemli oranda etkilediği belirtilmektedir (Lazarus ve Folkman, 1986:63). Kayır (2014:4), kanser hastalığı karşısında bireyin gösterdiği duygusal tepkilerin yanı sıra gerçekleştirdiği eylemlerin de kanserle baş etme davranışlarını etkilediği vurgulanmaktadır. Kanser tanısı almış bireyler stresör durumlar karşısında kendi kaynaklarını kullanabilirler. Bu sebeple tedavi süreçlerinde yaşam doyumlarını artırmak için olumlu baş etme yöntemleri sunabilmek önemlidir. Kanser hastası bireyler kendilerini ve duygularını ifade etmekte zorluklar, yakın ilişkilerinde ve sosyal yaşantısında çatışmalar yaşayabilmektedir (Armay, 2006:15).

Kocaman (2008:101), kanser hastalığındaki stresin, hastalığın kendi semptomları dışında bireyin hastalığı algılama ve değerlendirme biçimiyle ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. Kayır (2014:4), hastalık algısının stres düzeyi ve stresle baş etme stratejileriyle yakından ilişkili olduğunu belirtmiştir. Akyıldız, Elboğa, Elboğa ve Şahin (2019), kanser hastası bireylerin hastalık algısının yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediği kaçınılmazdır.

Duygu durum ve kanser ilişkisine bakıldığında bu tip hastalıkları olan bireylerin olumlu ve olumsuz duyguları birlikte deneyimledikleri belirtilmektedir. Rowland ve Baker (2005:4) kanser olduğunu öğrenen bireylerin en başta gösterdiği tepkinin pozitif ve negatif oluşuna göre kanserin seyrini doğrudan etkilediğine dair bulgular sunmaktadırlar. Buna göre ilk olarak pozitif tepki gösteren bireylerin

hastalığa uyum sağlama konusunda zorlanmadıkları tespit edilmiştir. Ek olarak hastaların pozitif inanışlarla negatif bilgilerin duygusal bedellerine karşı daha etkileyici olarak baş edebildiğini göstermektedirler. Kansere etkili mücadelede pozitif inanışlar hayatta kalma şansını artırmaktadır. Destekleyen bir başka çalışmada hastalığı öğrendiğinde bireyin nasıl tepkiler verdiğinin tedaviden sonraki anksiyete, depresyon ve travmalarını yordama derecesi %14 ve 19 olarak bulunmuştur (Cook ve ark., 2015:207).

Araştırmanın Soruları

- 1) Kanser hastalarının hastalık algıları, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
- 2) Hastalık algısı, anksiyete ve depresyon düzeyleri demografik değişkenlere (cinsiyet, yaş, kanser tipi, hastalığı öğrenme zamanı, tanı anında ağrı varlığı, tedaviden önce operasyon öyküsü, sigara ve alkol kullanımı) göre farklılaşmakta mıdır?

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, bir grup en fazla bir ay önce erken evre kanser tanısı alan yetişkinlerin hastalığı nasıl algıladığı ve bununla ilintili olarak depresyon, anksiyete ile oluşan ilişkisini incelemek ve hasta ile yapılacak olan görüşmelere öneriler getirmektir.

Araştırmanın Önemi

Araştırma, kanser hastası yetişkin erkek ve kadınlarda hastalık algısı, depresyon ve anksiyete ilişkisini tedaviyle ve hastalıkla ilgili detaylarla inceleyen ilk çalışma olması bakımından önemlidir. Kanser hastası bireylerin ruh sağlığıyla ilgili Türkiye'de yapılan çalışmalar sınırlı olduğundan diğer çalışmalar için yol gösterici olacağı söylenebilir.

Günümüzde psiko-onkoloji, kanser hastalığının artmasıyla beraber araştırmalarda da çalışılan konuların başında gelmektedir. Çoğu zaman ölümle sonuçlanan bir hastalıkla boğuşuyor olmak beraberinde kaygı ve depresyonu getirebilmektedir (Özkan, Filiz ve Koca, 2007:4). Kanserle mücadele eden bireye

psikolojik destekte bulunmadan önce hastalık karşısındaki değerlendirmeleri ele alınmalıdır. Literatüre bakıldığında kanser tanısı almış bireylerin hastalık algısı değerlendirildiğinde stresle mücadele, anksiyete ve depresyon süreci kontrol altına alınabilmektedir (Dönmez ve Batıgün, 2016:4).

Kocaman (2008:101) içsel kontrol algısı yüksek bireylerin hastalık algısının hastalığın gidişatını olumlu yönde etkilediğini belirtmektedir. Hastalık algısıyla ilgili derinlikli çalışmaların, bireyin tedavi ve hastalık sürecini planlamasında oldukça faydası olduğu bulgulanmıştır (Figueiras ve Alves, 2007:143). Kanser hastalığıyla ilgili algılamaların toplumsal ve bireysel yönleri, kişilik özellikleri, psikolojik çekirdek ve hastalığın şiddetiyle yakından ilişkilidir (Kendilci, 2015:4). Bazı kişilik özelliklerine sahip bireyler hastalıkla ilgili duygularını engelleme stratejisi kullanarak hastalık sürecini daha kaliteli atlatabilmektedir (Bozo, Yılmaz ve Tathan, 2012:5). Literatürde duygudurum ve kanserle ilgili birçok araştırma yapılmıştır ancak yine de kansere yönelik çalışmalar yeterli düzeyde değildir. Bu çalışmada kanser tanısı alan bireylerin hastalık algıları ve duygu durumlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı “fiziksel, ruhsal, sosyal iyilik hali olarak” tanımlamıştır. Fiziksel hastalık bir yaşam krizidir (Dünya Sağlık Örgütü, 2001:20). Kozier ve arkadaşları (1994:5) hastalığı “kişinin bireysel olarak sağlıklı olmadığına inanma deneyimi” olarak tanımlamışlardır. Bu durum kişinin hastalığı nasıl algıladığı ile ilintilidir. Hastalık algısı, bireylerin hastalığı deneyimlerine, hastalık süreçlerine, baş etme durumlarına ve psikopatolojileri ile doğrudan ilişkileri olan bir kavramdır (Armay, 2006:4). Hastalık sürecinde bireyin duygu durumunda dalgalanmalar olması beklenebilir. Watson ve Tellegen duyguların pozitif ve negatif olarak değerlendirilmesi gerektiğini öne sürmüştür. Farklı şekilde sınıflandırılan duygular, bu çerçeve içinde değerlendirilmiştir. (Watson ve Tellegen.,1985:219). Kanser tanısı almak bireyler için stres kaynağı olmaktadır. Böyle bir durumda bireyin hastalığı nasıl algıladığı ve bununla birlikte sürece uyumu önemli bir rol oynamaktadır. Kanser tanısı alan bireylerde olumlu ve olumsuz oluşan duygularla bağlantılı olarak kişinin beklentileri de değişiklik gösterebilir. Hastanın sürece uyum sağlayıp sağlamamasında içinde bulunduğu duygudurum önemli bir faktör oluşturmaktadır. Bu sebeple kanser tanısı alan bireylerin duygudurumlarını nasıl düzenlediği ele alınıp, gerekli değerlendirmeler o şekilde yapılmalıdır.

Kanser hastalığı tanısı almış bir bireyin hastalık algısını ve anksiyete ile depresyon düzeyini bilmek; tedavi hedeflerinin belirlenmesinde ve terapötik etkinliğin gözlemlenmesinde yardımcı olacaktır. Duygudurumu değerlendirilen bu yönde müdahaleler yapılan kanser hastası bireyin uygulanan zorlu tedavi sürecini daha iyi kontrol altına alabileceği düşünülmektedir. Bütün bunlar değerlendirildiğinde yaşam tehdidi oluşturan bu hastalığa dair algıyı etkileyen bireye yönelik içevurum ve dışavurum sorunlarını daha iyi anlamaya çalışmak psikososyal ve multidisipliner çalışmaların tedaviyi olumlu etkileyeceği düşünülmektedir. Yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular psiko-sosyal destek çalışmasında yönlendirici olabilir. Bunun yanı sıra çalışmadan elde edilecek bulguların akademik çalışmalar ve psiko-onkoloji alanı için de aydınlatıcı bir kaynak oluşturacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Sayıtları

1. Araştırma kapsamında kanser hastalarının uygulanan ölçekleri içten ve objektif olarak doldurmuşlardır.
2. Araştırmada kullanılan veri toplama araçları, ölçülmek istenen özellikleri ölçebilmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Bu araştırma, araştırmaya katılan Namık Kemal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Kliniği'nde tedavi gören belirli sayıdaki kanser hastaları ile sınırlıdır.
2. Araştırmaya katılan kanser hastalarına uygulanan hastalık algıları “Hastalık Algısı Ölçeği”, anksiyete “Beck Anksiyete Ölçeği” ve depresyon “Beck Depresyon Ölçeği”nin ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır.

BÖLÜM 1: LİTERATÜR TARAMASI

Bu bölümde kanser, hastalık algısı, anksiyete ve depresyon ile ilgili kuramsal açıklamalara yer verilmiştir.

1.1. Kanser Tanımı

Kumar, Cotran ve Robbins (2003:7), kanserin tanımlanmasında şu tanımı yapmaktadır; kanser, Latince yengeç kelimesinden türeyen, bireyin normal dokusunu aşan, aşırı büyümeye devam eden kötü huylu hastalıklar grubudur. Baysal ve Criss (2004:191) kanserin yüzlerce türünün olduğunu, her türünün hastalık seyri ve tedavi yollarının farklılaştığını belirtmektedir. Hastalık tanısı konulduktan sonra hangi evrede olduğu da tedavi biçimi ile hastalığın seyrini etkilemektedir. Kanser, I, II, III ve IV evre olarak sınıflandırılır. I ve II. evreler erken III ve IV evreler ileri evreler olarak gruplandırılırlar (Beers ve Berkow, 2002:1999).

Hastalığın evresi belirlenirken; tümörün büyüklüğü, metastazın bulunup bulunmamasına bakılmaktadır (Kumar ve diğerleri, 2003:7).Kanserojen hücrelerin bölünüp çoğalması engellenemediğinde sonuç ölüm olmaktadır (American Cancer Society, 2017:12). Yapılan istatistiklere bakıldığında ülkemizde kanser hastası bireylerin 97 bini erkek ve 62 bini kadın olmak üzere yılda yaklaşık 159 bin tanı konulduğu belirlenmiştir. Dünya genelinde ise 14.1 milyon kişinin kanser tanısı aldığı ve 8,2 milyon kişinin kanser hastalığının ölümle sonuçlandığı gösterilmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2015:10). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) (2017) verilerine göre 2015-2016 yılları arasında 96.200 erkek ve 67.200 kadın olmak üzere 163.500 kişinin kanser tanısı olduğu, bir günde kanser tanısı alan kişi sayısının 45 bin olduğu ve tüm ölümlerin yaklaşık %20'sinin (78.632) kanser nedeniyle olduğu görülmektedir (TÜİK, 2017:3).

1.1.1. Kanser Tedavisinde Uygulanan Yöntemler

Kanser tedavisinde; cerrahi tedavi, radyoterapi (Işın tedavisi), kemoterapi (İlaç tedavisi) ve hormon tedavisi uygulanan yöntemlerdir (Yılmaz, 2006:4).

Cerrahi tedavi: Bu yöntemle kötü dokular alınır ve vücuttan uzaklaştırılır. Toksik etkisi en az olan ve en etkili yöntem olan cerrahi tedavi, bazen işlevsizliğe yol açabilmektedir (Topuzlu, 2000:11).

Radyoterapi (Işın tedavisi): İyon ışınları ile atomların kullanıldığı ozon tedavisidir. Cerrahi ve kemoterapi ile işlevselliği yüksek bir yöntemdir. Semptomları azaltmaya yönelik etkileri vardır (Beers ve Berkow, 2002).

Kemoterapi (İlaç tedavisi): Kötü huylu hücrelerin ilaçla yok edilmesi yöntemidir. Metastaz oluşumunda ve yayılımında oldukça durdurucu ve azaltıcı etkisi bulunmaktadır (Yılmaz, 2006:4).

Hormon tedavisi: Kötü huylu hücrelerin tümöre dönüşmesi ve bunların hormonal problemlerle ilişkili olduğu kanser türlerinde etkili olan tedavi biçimidir (Yılmaz, 2006:4).

1.1.2. Kansere Verilen Psikolojik Tepkiler

Kanser taramasıyla başlayan olumsuz duygu ve düşünce gelişimi, hastaların ölüm düşüncesini artırmakta olup, bireyin fizyolojik ve psikolojik iyilik halini bozmakta ve sağlık krizi olarak bireylerin hayatında var olmaktadır (Armay, 2006). Ülger ve arkadaşları (2014) sağlıklı yaşam tarzından, hastalık süreci ve yaşam tehdidine uyum sağlamaya giden bu süreci tanımladıkları görülmektedir. Duyusal ve davranışsal tepkiler kanserin semptomlarına, özelliklerine, kişilik özelliklerine ve psikososyal çevresine bağlı olarak değişebilmektedir. Bu sağlık krizinde ilk aşama şok, ikinci aşama tepkisellik, üçüncü aşama direnme ve dördüncü son aşamada ise yeniden uyum sağlama görülmektedir (Özkan, 2003:681). Literatüre bakıldığında sağlık krizi karşısındaki tepkiler; inkâr, öfke, depresyon ve kabullenme olarak 5 aşamada açıklanmaktadır (Kübler-Ross, 1969).

Bireyin tanısını almasıyla beraber ilk tepkisi şok olmaktadır. Sonraki aşama inkardır. Bu aşamada birey acı verici gerçekleri örtmek ve baş etmekte zorlandığı kaygıyı uzaklaştırmak için bu savunmayı kullanmaktadır. Sonrasında kızgınlık ile depresyon gelişimi artabilmektedir (Armay, 2006). Tepkisellik kısmında birey hastalığı kabul etmiş olup, duygusal tepkileri açığa çıkarmaya başlar. Ayrılık,

yaşamın bitişi, kaybetme düşünceleri kaygı ve depresyonu tetiklemektedir. Yeniden uyum aşamasında birey hastalığı ile yaşamaya alışmış olup, yaşam enerjisini tedaviye harcamaktadır. Ancak uyum bozucu tepkiler geliştiren bireyler tanıyı inkar aşamasında takılarak tedaviyi reddedebilmektedir (Özkan, 2003:681). Süresi kısa basit düzeydeki hastalıklar bireyin yaşam enerjisini düşürüp iyilik halini bozarken, kanser gibi yaşamı tehdit eden, semptomların ağır geçtiği hastalıklar bireyin hastalık algısını ve psikolojik tepkilerini daha da artırabilmektedir. Hastalık algısı, hastalığın olumsuz etkilerinin yoğunluğunu belirlemektedir (Okayuz, 1999:237). Dolayısıyla hastalık algısı tedavinin işlevselliği için oldukça önemli bir noktadır denilebilir.

1.2. Hastalık Algısı

Bireyin tanı konulan hastalık tipine ilişkin bilişsel ve duygusal değerlendirmelerine hastalık algısı denilmektedir (Tang ve diğerleri, 2017:231). Hastalık algısı bireyin hastalığa karşı verdiği tepkileri ve tedaviye uyum sürecini doğrudan etkilemektedir. Hastalıkların her bireyde farklı yaşanıyor oluşu, bireylerin aynı tanıya farklı tepkiler göstermesi, bireylerin hastalık algısıyla yakından ilişkilidir. Hastalık algısı üzerinde bireyin yaşam deneyimleri, hastalıkla ilgili bilgi kaynakları, inançları oldukça etkili olmaktadır (Petrie ve Weinman, 2006:536).

Foxwell, Morley ve Frizelle'e göre (2013:211) kanser tanısı alan bireylerin hastalık algısı çoğunlukla diğer kanser hastalarının beklenti ve inançları ile yaşam deneyimleri, kendi çevresel faktörleri ile iç içedir. Bireyin hastalığa ilişkin değerlendirmeleri, yorumları hastalığa olan duygusal ve davranışsal tepkilerini belirlemektedir. Buna bağlı olarak bireyin hastalığa ilişkin düşünce süreçleri oldukça önemli durumdadır (Armay, 2006:4).

Özkan ve Turgay'a göre (1992:207) hastalık algısı, hastalığın tipine, evresine ve kişinin psikososyal çevresine göre değişmektedir. Hastanın kişisel özellikleri; yaşı, cinsiyeti, kültürel kaynakları, yaşam tecrübeleri ve temel kişilik yapısı, stresle başa çıkma tarzları, genetik alt yapısı hastalık algısını etkileyen temel faktörlerdir (Küçükbakar, 2011:4). Bu özellikler bireyin hastalık algısını etkileyerek stresle başa çıkma becerileri geliştirmektedir (Petrie ve Weinman, 2006:536). Mete'ye göre (2008:3) kanser hastası bireyin hastalık algısını değerlendirmenin, yaşam kalitesini

artırması, tedaviye ve hastalık sürecine uyum sağlayabilmesi için oldukça önem arz etmektedir.

Petrie ve Weinman (2006:536) bireyin hastalık algısını oluşturan beş faktörden bahsetmektedir. Bunlar: yaşamsal deneyimler, edinilmiş bilgiler, kültürel değerler, inançlar ve ihtiyaçlardır. Hastalığın tanımlanmasında etken faktörler kişinin baş etme becerilerini, psikopatolojik rahatsızlıkların ortaya çıkışını ve yaşam doyumunu etkileyen unsurları oluşturmaktadır (Kocaman, Özkan, Armay ve Özkan, 2007:271).

Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal'a göre (2011:65) kanser tanısı almış bireylerin kendi sağlık durumuna ilişkin inançları onunla ilgili bir model oluşturur. Bu model bireyin semptomları yaşayış biçiminden, hastalık evresinden, iyileşmeye yanıtlarından, hastalığın kontrol edilebilirliğinden ve tedavilere olan yaklaşımından doğrudan etkilenmektedir. Aynı tanıya sahip bireylerin farklı hastalık algıları bu bireylerin hastalık modelini değiştirmektedir. Bireyin semptomlar hakkındaki bilgi kaynakları ve inançları, tedaviye yönelik beklentileri hastalık algısını yakından etkilemektedir (Diefenbach, 2008:5). Hastalığa ilişkin değerlendirmeler ve açıklamalar bireyin geliştirdiği bilişsel modellerin içeriğini oluşturmaktadır (Kocaman ve diğerleri, 2007).

Leventhal (1970:143) fizyolojik rahatsızlığa sahip bireylerin hastalık bilgileri, inançları, psikolojik tepkileri ve kendilik ihtiyaçlarını bilişsel-duygusal bir model olan "Kendini Ayarlama Kuramı'na (KAK)" göre açıklamaktadır. Bireyin sahip olduğu duygulanım prototipleri, sağlık krizine verilen tepkilerin duygu odaklı başa çıkma ile gerçekleştiğini vurgulamaktadır (Diefenbach, 2008:5).

Leventhal, Diefenbach ve Leventhal (1992:143) Kendini Ayarlama Kuramına göre bireyler içsel ve dışsal kaynakların etkisiyle hastalık gibi sağlık krizleri karşısında bilişsel şema örüntüleri geliştirirler. Bu şemalar sayesinde duygusal tepkisellik ve başa çıkma stratejisi belirlerler. Stratejilerin başarısı değerlendirilir ve ona göre değişiklikler planlanır. Sosyal çevre ve sağlık çalışanları ile sosyal medya, TV şemalar üzerinde etkili unsurlardır. Özkan (2007:27) bu kuram sayesinde stresten koruyan davranışların analizinin sağlandığını belirtmektedir. Bireyin inançları ile

davranışları ve sağlık durumuyla ilgili tepkileri üzerinde bireyin motivasyon kaynağını açıklamak için bu kurama başvurulabilir (Rosenstock, Strecher ve Becker, 1988:175).

1.3. Kanserli Hastalarda Psikiyatrik Bozukluk Epidemiyolojisi

Bireyin kanser tanısı alması sonrasında psikopatoloji geliştirme riski %50 oranında olmaktadır. Hastalığın kötü gidişatı psikopatoloji yaygınlığını artırmaktadır. Kanser hastası bireylerin yaklaşık $\frac{3}{4}$ 'ünü uyum bozuklukları göstermektedir (Tünel, 2011:4).

1.4. Anksiyete

Anksiyete, birçok bedensel belirtilerle kendini gösteren (kalp çarpıntısı, nefes alış verişte hızlanma, el ve ayakta titreme, ter içinde kalma), nedeni belirli olmayan tedirginlik ve korku hali olarak tanımlanmaktadır. Birey anksiyete yaşarken sıkıntı, bunalma hali, endişe ve korku hissetmektedir. Buna ek olarak rahatsızlık ve huzursuzluk, kötü bir şey olacakmış hissi anksiyeteyi oluşturan duygulardır (Aydoğan ve ark., 2012:12).

Beck (2001:32) bireyin anksiyete hissetmesindeki temel sebebi, doğru muhakeme etme, olayları analiz etme ve sebep- sonuç ilişkisine çıkarım yapmada görülen ciddi bozulmalardan kaynaklandığını vurgulamaktadır.

Beck'e (2005:28) göre muhakemedeki bozukluklar; olduğundan yetersiz hissetme, suçluluk duygusunun yoğunluğu, sürekli olarak kendi benliğine ya da tüm çevreye öfkeye varacak hoşnutsuzluk, sürekli kurban rolü üstlenme ve ölümü düşünme hatta ölüm düşüncesinin yaşamaya nazaran çok daha fazla görülmeye başlamasıdır. Erken dönemde yaşanan travmalar kişinin tüm hayatında sorunlarla baş edebilme güçleri için belirleyici olmaktadır. Anksiyete ve depresyon hastalarında görülen, genellikle negatif düşüncelerin pozitif tutumlara göre daha etkin olması ve yıkıcılığıdır. (Beck,2005:33).

Anksiyete yaşayan bireyin fiziksel, zihinsel ve davranışsal durumunda kötü bir gidişat görülmektedir. Bilişsel belirtiler; Başlıca bilişsel belirtiler ise şunlardır: (Corey, 2008:25);

- a) Duyusal belirtiler; dikkatte bozulma, netlikte azalma, kendine yönelim ve tepkisellik, olaylara rasyonel bakamama ve değerlendirmenin hafif düzeyde bozulması,
- b) Düşüncede zorluklar; önemli ipuçlarına odaklanamama, ifadede donukluk, amnezi, gerçeği değerlendirmede sıkıntılar ve düşüncenin tek bir noktada toplanamaması,
- c) Kavramsal problemler; akıldan çıkmayan kendisi ve ailesinden bir birey için aşırı zarar görme korkusu, toplum içinde tuhaf hareket edebileceğinden ve bunun utancını yaşayabileceğinden dolayı oluşan korku, yoğun ölüm korkusu.
- Duygusal belirtiler; Kaygı, tedirginlik, olayın neden ve sonuçlarının farkına varma ancak bundan kurtulamama saplantısı, elinden bir şey gelmeme ve engel olamama duygusu (Işık ve Taner, 2005:29).
- Davranışsal belirtiler; huzursuzluk, gerginlik, saldırganlık, ilişkisel sorunlar, olaylara bütün bakamama gibi belirtilerdir (Corey, 2008:28).
- Fizyolojik belirtiler; kalp çarpıntısı, nefes alışverişte hızlanma, el ve ayakta titreme, ter içinde kalma seks problemleri, ejakulasyonda sorunlar da fizyolojik tepkimelerden bazılarıdır (Us, 2007:19).

Freud 1895 ile 1923 yılları arasında anksiyete ile ilgili kuramını 3 farklı tanımla geliştirmiştir. “Ketlenmeler, Belirtiler ve Anksiyete” isimli 1926 yılında yayınladığı eserinde anksiyeteyi egonun bir işlevi olarak tanımlamıştır (Gençtan, 2004:7). DSM 5’te kaygı bozuklukları şöyle sıralanmışlardır:

“Ayrılma Kaygısı Bozukluğu, Seçici Konuşmazlık (Mutizm), Özgül Fobi, Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi), Panik Bozukluğu, Agorafobi, Yaygın Kaygı Bozukluğu, Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu,

Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu, Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu’’ (Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, 2014:45).

“Türkiye Ruh Sağlığı” profili araştırmasında cinsiyete göre karşılaştırıldığında erkeklerde %0.5 kadınlarda %0.8 oranında görülme riski bulunmuştur. Anksiyete bozukluklarına yol açan risk faktörlerine bakıldığında düşük sosyal ekonomik statü, sosyal içe çekilme, erken dönemde toksik yaşam tecrübelerinin çoğunlukta olması ilk sıralardadır. Yaygınlığı yüksek olan anksiyete bozuklukları kadınlarda daha sık görülmekte olup, fobiler ve panik bozuklukta bu fark açık aradır. Toplumda kadınların anksiyete yaşıyor oluşu daha kabul edilebilir olduğundan bu oranlar kültürel norm olarak değerlendirilmelidir. Anksiyetenin başlangıç yaşı 13 – 16 yaş arası olmaktadır (Aslankoç, Öztürk, & Yıldırım , 2001:18). Risk faktörlerine bakıldığında kaotik bağlanma yapısına sahip olmak, istismara maruz kalmış olmak, nesne ilişkilerinin sağlıklı olması, duyguların ifade edilememesi, stresör faktörlerindeki artış, içsel çatışmalar bunları oluşturmaktadır (Tural, 2008:3).

Bireyin içsel dengesindeki bozulmaların dışa yansımaya anksiyete denilmektedir. Psikanalitik açıdan kişinin kabullenemediği dürtüsünün dışarıya doğru şekilde aktarılamayacağı korkusuyla kişi tarafından yok sayılması, baskılanması, kaçınması neticesinde dürtünün bilinçli alana yolladığı sinyal şeklinde değerlendirilir. Bu sinyal savunma mekanizmalarıyla kontrol altına alınabilmektedir. Ancak savunmaların yeterince güçlü olmadığı durumlarda güçsüzlüğü telafi etmek için yan nevrotik durumlar gelişir ki bu da anksiyetenin eşlik ettiği nevrozlar olarak hastada belirir. Fakat bastırmayla oluşan bu savunmaların da yeteri kadar güçlü olamaması yani nevrotik durumları oluşturacak diğer yan savunmaların da gelişmemesi anksiyetenin tek başına var olmasına sinyalin panik boyutuna veya yaygın anksiyete boyutuna ulaşmasına neden olacak ki bu da hastada yaygın anksiyete bozukluğu veya panik bozukluk olarak belirecektir (Bayraktar, 2006:469).

Anksiyete bozukluklarına stresör etkenlerin artışının neden olduğu düşünülse de başlangıç stres kaynağı çoğunlukla belirlenemez. Bireyler genellikle kendilerini kaygılı tanımlarlar. Neden olarak kişilerarası ilişkiler, aile içi anlaşmazlıklar gösterilse de aslında bunlar kaygılı birey olmanın sonuçlarıdır. Literatüre

bakıldığında panik bozukluk, yaygın anksiyete ve depresyon birlikte görülen bozukluklardır (Aslankoç, Öztürk, & Yıldırım ,2001:18). İş hayatındaki stresör faktörler, ilişkilerdeki uyum problemleri risk faktörlerinden sayılmaktadır, bunların uzun süreli devam etmesi bireyde anksiyeteye neden olabilmektedir (Pıçakçıefe, 2010:367).

Kanser tanısı almış bireylere bakıldığında depresyona göre daha az sıklıkta çalışılsa da hastalarda görülme sıklığı %50 oranındadır. Hastaların %30'unda kronik kaygı problemi bulunmaktadır (DSM-IV, 1994:100).

Kanser tanısı alındıktan sonra anksiyete gelişebilmekte ve çoğunlukla fark edilmemekte olan anksiyete, kanser hastalığının tedavi gidişatında, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Meme kanseri tanısı almış kadınlarda ilk sırada uyum bozukluğu, sonrasında depresyon ve anksiyete başta gelen psikiyatrik sorunlardır. Özellikle kadınların meme kanserinin nüksetmesine dair anksiyete ve yaşamın yitirilmesiyle ilgili ölüm korkusu, cinsel sorunlarla ilgili anksiyete yaşadıkları saptanmıştır (Spiegel, 1997:36).

1.5. Depresyon

Depresyon; bireyin bazı bedensel belirtilere eşlik eden hüzünlü, boş yere ya da hemen herşeye öfke duyma gibi duyguların eşlik ettiği, bireyin işlevselliğini önemli ölçüde azaltan bir psikopatolojidir (DSM-5:150). Bunun yanı sıra depresyon; çökkün ruh hali, yorgunluk, haz duymama, umutsuzluk gibi duyguların yoğun yaşandığı bir ruhsal problemdir. Bireyin depresyona bağlı dikkat ve hafıza zorlukları çektiği, karamsar düşüncelerin hakim olduğu, günlük işlevsellikte azalma, sosyal içe dönme, hareketlerde yavaşlama ya da artma, sıklıkla ağlama, iştahta azalma ya da artma, uyku ve cinsel problemlerin görüldüğü zorlayıcı bir ruhsal hastalıktır. Depresyon gitgide artan bir ruhsal hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Avrupa ve Amerika'da yapılan son araştırmalarda depresyon sıklığının %6.7 - %87 arasında olduğu tespit edilmiştir. Yapılan yurt içi bir çalışmada 7479 kişide depresyon yaygınlığı %4 olarak saptanmıştır. Cinsiyet açısından karşılaştırıldığında kadınlarda %5.4, erkeklerde ise %2.3 olduğu tespit edilmiştir (Küey ve Güleç, 1993:53).

Literatüre bakıldığında depresyonun düşük sosyoekonomik düzeyde olan, kronik ve akut strese maruz kalan, çatışmalı yakın ilişkilere sahip, yalnız ve yaşam tehdidi oluşturan hastalıkları olan bireylerde riskli olduğu belirtilmektedir (Charney ve Weissman, 1988:45). Risk unsurları arasında görülen hastalıkların başında kanser gelmektedir. Kronik kanser hastası olan ve ölümle burun buruna gelen bireylerin depresyon yaşaması olasıdır (Hardman ve ark., 1989:235). Yapılan bir çalışmada kanser hastalarındaki depresyon oranı %12.5 iken genel popülasyonda bu oran %3.3'tür (Lutgendorf ve Andersen, 2015:186). Lewin ve Kissane (2006:183), yürüttüğü bir çalışmada kanser tanısı almış bireylerde depresyonun %58 oranında görüldüğünü saptamıştır. Bu sonuçlar tanı kriterlerine göre değişebilmektedir. Massie ve Holland, depresyon ve uyum bozukluğu tanımlarını ayırarak 1989 yılında yaptıkları çalışmada, %20 oranında majör depresyon ve %27 oranında ise uyum bozukluğu belirtmektedirler. 215 kişiyle yapılan bir başka çalışmada ise, kanser hastalarının %47'sinde ruhsal hastalık belirtilmiş olup; kişilerde %68 uyum bozukluğu, %13 majör depresif bozukluk, % 8 organik ruhsal bozukluk, %7 kişilik bozukluğu ve %4 anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir (Massie ve Holland, 1989:444). Sağlık krizi yaşıyor olmak bireyi psikososyal anlamda olumsuz etkilemektedir. Bireyin hastalık tanısı almasıyla beraber dengesi bozulmakta ve bu hastalığına anlamlar yüklemesiyle beraber duygusal tepkiler göstermektedir (Blumenfield ve Tiamson, 2003:102). Hayatını eskiden olduğu gibi sürdüremeyen birey özgüvenini, hedeflerini, beden imajını ve sosyal yaşantısını sürdürememekte bu sebeple de depresyona sürüklenebilmektedir. Kanser hastaları ve depresyon ilişkisini araştıran bir çalışmada, kanser hastalarında %58'e varan depresyon oranı bulunarak, meme kanserinde sıklıkla uygulanan bir cerrahi yöntem olan mastektominin ise kaygılara, narsisistik zedelenmeye ve psikolojik tepkilere yol açabildiği ortaya konmuştur (Levin ve Kisanne, 2006:183).

Kanser hastası bireylerde depresyon, tanı alındığı itibariyle olabileceği gibi, tedavi sürecinin zorlukları sonucunda da yaşanabilmektedir. Ancak hastalığa verilen ilk tepkilerle depresyon belirtileri karıştırılmamalıdır. Süresi ve şiddeti açısından çökkün ruh hali ayırıcı tanıda rol oynar. Kanser tanısı almış bireylerde depresyona sebep olan etkenler şunlardır:

1. Tıbbi süreçler,
2. Kanseri tanısı almış olmak,
3. Tedavideki kimyasalların etkileri,
4. Hastalık öncesi depresif kişilik özellikleri,
5. Hastalığın şiddeti, işlev kayıpları ve bunlara yüklenen anlam,
6. Hastalığın gidişatının kötü oluşu,
7. Alkol ve madde kötüye kullanım,
8. Sosyal çevreden içe dönme (Özkan, 2007:18).

Literatüre bakıldığında kanser tanısı almış bireylerde depresyon; sosyal desteğin zayıf olması, kayıp ve yas sürecinin hayatının önemli konuları olması, duygudurum bozuklukları, intihar girişimleri, madde kullanım bozukluğu öyküsü çoğunlukla eşlik eden bozukluklardır (Breitbart ve ark., 2000:2907). Kanseri hücrelerinin bedeninin hangi bölgesinde ve organında olduğu da bireyin depresyonunu tetiklemektedir (Massie, 2004:57).

Kanseri tanısı almış bireylerde depresyon sıklığı, hastalığın gidişatında çok ciddi olumsuz sonuçlara yol açtığı, artan ölüm oranları üzerinde oldukça etkili olduğu tespit edilmiştir (Satin, Linden ve Phillips, 2009:5349). Depresyonlu kanser hastası bireyin hastane yatışları fazla olmakta, tedaviye uyumda zorluklar yaşamakta olup yaşam enerjisinde düşüşler olmaktadır (Pelletier ve ark., 2002:41). Yapılan bir çalışmada meme kanseri olan kadınların ilaç tedavisine uyum bozukluğu yaşamasının 3 kat daha riskli olduğu belirtilmektedir (Fann ve ark. , 2008:112). Burada önemli nokta kanser tanısı almış bireyin sürecinde depresyonu fark edebilmektir. Bireyin psikolojik değerlendirilmesi tedavi için önemli olacaktır. Bununla birlikte bireyin yaşadığı hastalık semptomlarının ne kadarının depresyon ile ilgili olduğu ayırt edilebilir (Ashbury ve ark., 2003:278).

BÖLÜM 2: YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma nicel modelde ilişkisel tarama deseninde tasarlanmıştır. Bu araştırmanın amacına bakıldığında, bir grup en fazla bir ay önce erken evre kanser tanısı alan yetişkinlerin hastalığı nasıl algıladığı ve bununla ilintili olarak depresyon, anksiyete ile oluşan ilişkisini incelemek ve hasta ile yapılacak olan görüşmelere öneriler getirmektir. Çalışma Haziran-Şubat 2020-2021 tarihleri arasında Namık Kemal Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Birimine başvuran hastalarla yürütülmüştür. Araştırmanın çalışma grubunu, kanser tanısı ile cerrahi operasyon geçirmiş 21 kadın, 19 erkek hasta oluşturmaktadır. Araştırmada katılımcılar üzerinde herhangi bir manipülasyon ve deneysel bir işlem yapılmayacağı için ayrıca çalışmada kullanılacak ölçeklerin daha önce bilimsel çalışmalarda kullanıldığı ve herhangi bir etik sorun çıkmayacağı düşünülmektedir. Verileri toplamak amacıyla her iki gruba, Sosyodemografik ve Hastalık Bilgi Formu, Beck Anksiyete ve Beck Depresyon Ölçeği ile Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) uygulanmıştır.

2.2. Örneklem

Çalışmada 21'i (%52.5) kadın ve 19'u (%47.5) erkek olmak üzere toplam 40 birey çalışmanın katılımcılarını meydana getirmiştir. Katılımcıların yaşları 32 ile 89 yaş arasında değişmektedir. Katılımcılara ait ayrıntılı tanımlayıcı bilgiler Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Bilgiler

Cinsiyet	n	%
Kadın	21	52,5
Erkek	19	47,5
Toplam	40	100,0
Tanı anında ağrı	n	%
Var	21	52,5
Yok	19	47,5
Toplam	40	100,0
Kanser tipi	n	%
Kolon	4	10,0
Meme	11	27,5
Akciğer	4	10,0
Mide	7	17,5
Diğer(rahim, rektum, mesane, testis,endometrus)	14	35,0
Toplam	40	100,0
Tedaviden önce operasyon	n	%
Var	21	52,5
Yok	19	47,5
Toplam	40	100,0
Metastaz öyküsü	n	%
Var	13	32,5
Yok	27	67,5
Toplam	40	100,0
Sigara kullanımı	n	%
Evet	15	37,5
Hayır	25	62,5
Toplam	40	100,0
Alkol kullanımı	n	%
Evet	4	10,0
Hayır	36	90,0
Toplam	40	100,0

2.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmada “Kişisel Bilgi Formu”, “Hastalık Algısı Ölçeği”, “Beck Depresyon Ölçeği” ve “Beck Anksiyete Ölçeği” veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Veri toplama araçlarına ait detaylı bilgiler aşağıda yer almaktadır.

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Formda, hastanın cinsiyeti, yaşı, kanser tipi, hastalığı öğrenme zamanı, tanı anında ağrı varlığı, tedaviden önce operasyon öyküsü, tanı anında metastaz öyküsü, sigara ve alkol tüketimine ilişkin sorular sorulmuştur.

2.3.2. Hastalık Algısı Ölçeği

Weinman ve ark. (1996:431) tarafından geliştirilen Hastalık Algısı Ölçeği, MossMorris ve ark. (2002) tarafından gözden geçirilmiştir (Weinman ve ark., 1996:431). Ölçeğin, kanser hastalarında ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise; Armay ve ark. (2006:3) tarafından yapılmıştır. Ölçek, Belirtiler, Algı ve Nedenler olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Belirtiler boyutu; 14 soruya verilecek evet-hayır cevaplarından oluşmaktadır. Kimlik Boyutu, Kimlik A ve Kimlik B olmak üzere iki alt bölümden oluşmakla birlikte, Kimlik A, hastaların hastalıkları ile ilgili belirti yaşamalarını ve Kimlik B ise hastaların yaşadıkları belirtileri hastalıklarının bir parçası olarak görmelerini içermektedir (Yorulmaz ve ark., 2013). Boyutun değerlendirme sonucunu ikinci kısımda verilen evet cevaplarının toplamı vermektedir (Armay ve ark., 2006:3). Algı boyutu; “(1) kesinlikle böyle düşünmüyorum”, “(2) böyle düşünmüyorum”, “(3) kararsızım”, “(4) böyle düşünüyorum” ve “(5) kesinlikle böyle düşünüyorum” şeklinde puanlanan 5’li likert tipi 38 maddeden oluşan bir bölümdür. Akut/Kronik Süre, Sonuçlar, Kişisel Kontrol, Tedavi Kontrolü, Hastalık Tutarlılığı, Döngüsel Süre ve Duygusal Temsiller olmak üzere 7 alt boyuttan oluşmaktadır (Armay, 2006:15). Nedenler boyutu; “(1) kesinlikle böyle düşünmüyorum”, “(2) böyle düşünmüyorum”, “(3) kararsızım”, “(4) böyle düşünüyorum” ve “(5) kesinlikle böyle düşünüyorum” arasında değerlendirilen 5’li likert tipi 18 maddeden oluşmaktadır. Nedenler bölümü de kendi içinde “Psikolojik faktörler”, “Risk faktörleri”, “Bağışıklık”, ve “Şans” olmak üzere 4 alt boyut içermektedir. Psikolojik faktörler; stres ve endişe, benim tutumum, aile problemleri, aşırı çalışma, kişilik özelliklerim, duygusal durumumdur. Risk faktörleri; kalıtsal, diyet-yemek alışkanlıkları, geçmişimdeki kötü tıbbi bakım, kendi davranışım, yaşlanma, sigara, alkoldür. Bağışıklık; mikrop-virüs, çevre kirliliği,

vücut direncimin azalmasıdır. Şans faktörü de şans ya da kötü talih ve kaza ya da yaralanmadır (Kara, 2019:3).

2.3.3. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği, Beck (1961) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin maddeleri klinik gözlemler ve veriler sonucuna dayanarak oluşturulmuştur. Beck Depresyon Ölçeği depresyon semptomlarının derecesini sayıya dökmektedir. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler klinik gözlemler ve psikiyatri hastalarının tutum ve belirtileri sonucunda oluşturulmuştur. Maddeler azdan çoğa doğru giderek dört derecelik kendini değerlendirme cümlesini ifade etmektedir. Puanlardaki artış ile birlikte depresyon düzeylerinde de doğru orantılı bir şekilde artış bulunmaktadır. Buna göre 0-13 puan, depresyon olmadığını, 14-24 puan, orta derecede depresyonu ve 25> puan, ciddi depresyonu göstermektedir. Ölçeğin uygulanması sonucunda en düşük 0, en yüksek ise 63 puan alınmaktadır. Toplam puanın yükselmesi semptomların şiddetinin artmasını ifade etmektedir.

Beck Depresyon Ölçeğinin bu çalışma için geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmıştır. Beck depresyon ölçeğine ait güvenirlik değeri Cronbach's alpha=0,803 bulunmuştur. Bu değer oldukça yüksek olduğu ve ölçek için verilen yanıtların güvenilir düzeyde olduğuna karar verilmiştir.

2.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği

Bireylerin yaşamış olduğu anksiyete belirtilerinin sıklık derecesini belirleyen bir öz bildirim ölçeğidir. 21 maddeden oluşmaktadır. Likert tipine sahip olan bu ölçek, 0-3 arası puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini göstermektedir. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Beck Anksiyete Ölçeğinin bu çalışma için geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmıştır. Beck anksiyete için bu çalışmada yapılan analizde Cronbach's alpha=0,893 bulunmuştur.

2.4. Veri Toplama İşlemi ve Verilerin Analizi

Çalışmanın verileri Haziran-Şubat 2020-2021 ayları arasında Namık Kemal Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Birimine başvuran hastalardan oluşan 40 katılımcıdan elde edilmiştir. Araştırma sorularını yanıtlamadan öncelikle varsayımlar kontrol edilmiştir. Değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermedikleri incelenmiştir. Bunun için her bir değişkene ait çarpıklık ve basıklık katsayıları hesaplanmıştır. Bu katsayılar Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Değişkenlere Ait Çarpıklık ve Basıklık Katsayıları

Değişken	Çarpıklık	Basıklık
Akut/kronik süre	-.310	-.828
Döngüsel süre	-1,289	1,114
Sonuçlar	-,879	,770
Kişisel kontrol	-,138	-1,267
Tedavi kontrolü	-,328	,526
Hastalık tutarlılığı	-,705	-,375
Duygusal temsiller	-,288	-,369
Psikolojik faktörler	-,010	-,704
Risk faktörleri	,696	1,124
Bağıışıklık	,010	,887
Şans/Kaza	-,655	,733
Hastalık belirtileri	,117	-,761
Depresyon	1,854	,772
Anksiyete	,606	1,854

Hastalık hakkındaki görüşler ölçeği alt boyutları olan akut/kronik süre, döngüsel süre, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı, duygusal temsiller puanına ait çarpıklık katsayılarının -1,289 ile -.138 ve basıklık

katsayılarının -1,267 ile 1.114 arasında olduğu görülmektedir. Hastalık nedenleri ölçeği alt boyutları psikolojik faktörler, risk faktörleri, bağışıklık ve şans/kaza puanına ait çarpıklık katsayısının -,655 ile .696 ve basıklık katsayısının -,704 ile 1.124 olduğu belirlenmiştir. Hastalık belirtileri puanına ait çarpıklık katsayısının .117 ve basıklık katsayısının -.761 olduğu belirlenmiştir. Depresyon puanına ait çarpıklık katsayısının 1,854 ve basıklık katsayısının .772 olduğu belirlenmiştir. Anksiyete puanına ait çarpıklık katsayısının .606 ve basıklık katsayısının 1,854 olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla tüm değişkenlerin çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 2 kritik değer içerisinde oldukları için normal dağılım sergiledikleri anlaşılmaktadır.

Hastalık algısı ölçeğinin bireylerin cinsiyetlerine, metastaz öyküsüne, tanı anında ağrı varlığına, tedavi öncesi operasyon varlığına, sigara ve alkol kullanımına göre anlamlı farklılaşıp farklılaşmadığı belirleyebilmek için bağımsız örneklem *t* testi kullanılmıştır. Levene homojenlik testi dikkate alınarak ilgili *t* değerleri göz önüne alınarak raporlaştırma gerçekleştirilmiştir. Diğer taraftan, Hastalık algısı ölçeğinin bireylerin kanser tipine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirleyebilmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) tekniği kullanılmıştır. ANOVA’da varyansların homojen olup olmadığı Levene testi ile incelenmiş ve homojen olmadığı görüldüğünde Welch testi kullanılmıştır. Anlamlı farklılığın belirlendiği araştırma sorularında farkın hangi ortalamalar arasından kaynaklandığını belirlemek için Tukey çoklu karşılaştırma test gerçekleştirilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

BÖLÜM 3: BULGULAR

Araştırmanın bu kısmında araştırma sorularına dair gerçekleştirilen analizler sonucu sırasıyla ayrıntılı olarak sunulmuştur.

3.1. Hastalık hakkındaki görüşler, hastalık nedenleri ve hastalık belirtileri algısı alt boyutlarının Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesine Yönelik Bulgular

3.1.1. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Hastalık Hakkındaki Görüşler, Hastalık Nedenleri Boyutu Ve Hastalık Belirtileri Algısı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?

Çalışmanın bu sorusunda katılımcılarını meydana getiren bireylerin hastalık hakkındaki görüşler, hastalık nedenleri ve hastalık belirtileri algısı alt boyutları açısından cinsiyetlerine göre istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir. Hastalık hakkındaki görüşler alt ölçekleri; akut/kronik süre, döngüsel süre, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı ve duygusal temsiller alt boyutları ile ele alınmıştır. Hastalık nedenleri alt ölçekleri; psikolojik faktörler, risk faktörleri, bağışıklık, şans/kaza alt boyutları ile ele alınmıştır. Hastalık belirtileri tek boyut olarak ele alınmıştır. Bu araştırma sorusunu cevap verebilmek amacıyla İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi olan “t” testi tekniği gerçekleştirilmiştir. Analizler sonrasında ortaya çıkan bulgular Tablo 3’de sunulmuştur.

Tablo 3. Kanser Hastası Bireylerin Cinsiyete Göre Hastalık Algısı Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

	Kadın (n:21)		Erkek (n:19)		sd:38	
	$\bar{X}$	ss	$\bar{X}$	ss	t	p
<i>Hastalık hakkındaki görüşler</i>						
Akut/kronik süre	16,8571	4,44169	16,5263	4,48910	,234	,816
Döngüsel süre	13,3333	2,05751	12,8421	1,86378	,788	,435
Sonuçlar	20,0476	3,90482	19,1579	3,38728	,766	,448
Kişisel kontrol	21,1429	2,37246	21,7895	2,57291	-,827	,413
Tedavi kontrolü	18,6667	3,10376	18,7368	1,75885	-,087	,931
Hastalık tutarlılığı	16,7143	4,16104	18,2105	2,85927	-1,311	,198
Duygusal temsiller	20,0476	4,60951	19,3158	3,94479	,537	,595
<i>Hastalık Nedenleri Boyutu</i>						
Psikolojik faktörler	17,2381	3,96112	17,5789	4,36292	-,259	,797
Risk faktörleri	16,7143	3,05193	17,5789	4,36292	-,946	,350
Bağıışıklık	7,6667	1,52753	6,3684	1,77045	2,489	,017
Şans/Kaza	4,9048	1,09109	4,7895	1,39758	,292	,772
<i>Hastalık Belirtileri Boyutu</i>	4,8095	3,17205	5,7222	2,63027	-,968	,339

Tablo 3'te; kadın ve erkek katılımcıların hastalık hakkındaki görüşler, hastalık nedenleri ve hastalık belirtileri algısı alt boyutlarına ait puan ortalamaları ve bu puanlara ait standart sapma değerleri yer almaktadır. Bulgular ele alındığında; katılımcıların cinsiyetleri açısından *hastalık nedenleri ölçeği-bağıışıklık* alt boyutunun istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaştığı görülmektedir, ($t_{0.05: 38} = 2,489$, $p < .05$). Bu farklılık kadın katılımcıların *bağıışıklık* puan ortalamalarının ($\bar{X} = 7,6667$, $ss = 1,52753$), erkek katılımcıların *bağıışıklık* puan ortalamalarından ($\bar{X} = 6,3684$, $ss = 1,77045$) daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Diğer taraftan katılımcıların cinsiyetleri açısından hastalık hakkındaki görüşler (akut/kronik süre ($t_{0.05: 38} = ,234$, $p > .05$), döngüsel süre ($t_{0.05: 38} = ,788$, $p > .05$), sonuçlar ($t_{0.05: 38} = ,766$, $p > .05$), kişisel kontrol ($t_{0.05: 38} = -,827$, $p > .05$), tedavi

kontrolü ($t_{0.05: 38} = -.087, p > .05$), hastalık tutarlılığı ($t_{0.05: 38} = -1,311, p > .05$), duygusal temsiller ($t_{0.05: 38} = .537, p > .05$), hastalık nedenleri (psikolojik faktörler ($t_{0.05: 38} = -.259, p > .05$), risk faktörleri ($t_{0.05: 38} = -.946, p > .05$), ve şans/kaza ($t_{0.05: 38} = .292, p > .05$)) ve hastalık belirtileri algısı toplam puanının ($t_{0.05: 38} = -.968, p > .05$) istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşmadığı anlaşılmaktadır. Bu bulgular değerlendirildiğinde ise kadın ve erkek katılımcıların hastalık hakkındaki görüşler alt ölçekleri; akut/kronik süre, döngüsel süre, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı ve duygusal temsiller alt boyutları, hastalık nedenleri alt ölçekleri; psikolojik faktörler, risk faktörleri, şans/kaza alt boyutları ve hastalık belirtileri toplam puan açısından birbirlerine benzer düzeyde oldukları ifade edilebilir.

3.1.2. Katılımcıların Tanı Anında Ağrı Varlığına Göre Hastalık Hakkındaki Görüşler, Hastalık Nedenleri ve Hastalık Belirtileri Algısı Alt Boyutları İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?

Çalışmanın bu sorusunda katılımcılarını meydana getiren bireylerin hastalık hakkındaki görüşler, hastalık nedenleri ve hastalık belirtileri algısı alt boyutları açısından tanı anında ağrı varlığına göre istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir. Hastalık hakkındaki görüşler alt ölçekleri; akut/kronik süre, döngüsel süre, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı ve duygusal temsiller alt boyutları ile ele alınmıştır. Hastalık nedenleri alt ölçekleri; psikolojik faktörler, risk faktörleri, bağışıklık, şans/kaza alt boyutları ile ele alınmıştır. Hastalık belirtileri tek boyut olarak ele alınmıştır. Bu araştırma sorusunu cevap verebilmek amacıyla İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi olan “*t*” testi tekniği gerçekleştirilmiştir. Analizler sonrasında ortaya çıkan bulgular Tablo 4’de sunulmuştur.

Tablo 4. Kanser Hastası Bireylerin Tanı Anında Ağrı Varlığına Göre Hastalık Algısı Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

	Var (n:21)		Yok (n:19)		sd:38	
	$\bar{X}$	ss	$\bar{X}$	ss	t	p
<i>Hastalık hakkındaki görüşler</i>						
Akut/kronik süre	18,1429	4,05322	15,1053	4,33198	2,291	,028
Döngüsel süre	13,3333	2,05751	12,8947	1,96906	,626	,535
Sonuçlar	20,0952	3,33024	19,1053	3,99854	,854	,399
Kişisel kontrol	20,1905	2,06444	22,8421	2,11511	-4,010	,000
Tedavi kontrolü	18,2381	2,60585	19,2105	2,39395	-1,225	,228
Hastalık tutarlılığı	16,7619	3,76702	18,1579	3,43613	-1,220	,230
Duygusal temsiller	20,3333	4,28174	19,0000	4,25572	,986	,330
<i>Hastalık Nedenleri Boyutu</i>						
Psikolojik faktörler	17,5714	3,78908	17,2105	4,52866	,274	,785
Risk faktörleri	16,8000	2,30788	17,6316	4,44985	-,738	,465
Bağıışıklık	6,9048	1,57812	7,2105	1,96013	-,546	,588
Şans/Kaza	4,9048	1,33809	4,7895	1,13426	,292	,772
<i>Hastalık Belirtileri Boyutu</i>	6,0476	2,99126	4,2778	2,63027	1,946	,059

Tablo 4’de; tanı anında ağrısı olan ve olmayan katılımcıların hastalık hakkındaki görüşler, hastalık nedenleri ve hastalık belirtileri algısı alt boyutlarına ait puan ortalamaları ve bu puanlara ait standart sapma değerleri yer almaktadır. Bulgular ele alındığında; katılımcıların tanı anında ağrı varlığı açısından *hastalık hakkındaki görüşler ölçeği-kişisel kontrol* alt boyutunun istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaştığı görülmektedir, ($t_{0.05: 38} = -4,010$, $p < .001$). Bu farklılık tanı anında ağrı varlığı olan katılımcıların *kişisel kontrol* puan ortalamalarının ($\bar{X} = 20,1905$, $ss = 2,06444$), tanı anında ağrısı olmayan katılımcıların *kişisel kontrol* puan ortalamalarından ($\bar{X} = 22,8421$, $ss = 2,11511$) daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Buna ek olarak *hastalık hakkındaki görüşler ölçeği-akut/kronik süre* alt boyutunun istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaştığı görülmektedir, ($t_{0.05: 38} = 2,291$, $p < .05$). Bu farklılık tanı anında ağrı varlığı olan katılımcıların

akut/kronik süre puan ortalamalarının ($\bar{X} = 18,1429$, $ss = 4,05322$), tanı anında ağrısı olmayan katılımcıların *akut/kronik süre* puan ortalamalarından ($\bar{X} = 15,1053$, $ss = 4,33198$) daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Diğer taraftan katılımcıların tanı anında ağrı varlığı açısından hastalık hakkındaki görüşler (döngüsel süre ($t_{0.05: 38} = ,626$, $p > .05$), sonuçlar ($t_{0.05: 38} = ,854$, $p > .05$), tedavi kontrolü ($t_{0.05: 38} = -1,225$, $p > .05$), hastalık tutarlılığı ($t_{0.05: 38} = -1,220$, $p > .05$), duygusal temsiller ($t_{0.05: 38} = ,986$, $p > .05$)), hastalık nedenleri (psikolojik faktörler ($t_{0.05: 38} = ,274$, $p > .05$), risk faktörleri ($t_{0.05: 38} = -,738$, $p > .05$), bağışıklık ($t_{0.05: 38} = -,546$, $p > .05$) ve şans/kaza ($t_{0.05: 38} = ,292$, $p > .05$)) ve hastalık belirtileri algısı toplam puanının ($t_{0.05: 38} = 1,946$, $p > .05$) istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşmadığı anlaşılmaktadır. Bu bulgular değerlendirildiğinde ise tanı anında ağrı varlığı olan ve olmayan katılımcıların hastalık hakkındaki görüşler alt ölçekleri; döngüsel süre, sonuçlar, tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı ve duygusal temsiller alt boyutları, hastalık nedenleri alt ölçekleri; psikolojik faktörler, risk faktörleri, bağışıklık ve şans/kaza alt boyutları ile hastalık belirtileri toplam puan açısından birbirlerine benzer düzeyde oldukları ifade edilebilir.

3.1.3. Katılımcıların Tedaviden Önce Operasyon Öyküsü Durumuna Göre Hastalık Hakkındaki Görüşler, Hastalık Nedenleri Ve Hastalık Belirtileri Algısı Alt Boyutları Ölçeği Puanları İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?

Çalışmanın bu sorusunda katılımcılarını meydana getiren bireylerin hastalık hakkındaki görüşler, hastalık nedenleri ve hastalık belirtileri algısı alt boyutları açısından tedaviden önce operasyon öyküsüne göre istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir. Hastalık hakkındaki görüşler alt ölçekleri; akut/kronik süre, döngüsel süre, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı ve duygusal temsiller alt boyutları ile ele alınmıştır. Hastalık nedenleri alt ölçekleri; psikolojik faktörler, risk faktörleri, bağışıklık, şans/kaza alt boyutları ile ele alınmıştır. Hastalık belirtileri tek boyut olarak ele alınmıştır. Bu araştırma sorusunu cevap verebilmek amacıyla İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi olan “*t*” testi tekniği gerçekleştirilmiştir. Analizler sonrasında ortaya çıkan bulgular Tablo 5’de sunulmuştur.

Tablo 5. Kanser Hastası Bireylerin Tedavi Öncesi Operasyon Öyküsüne Göre Hastalık Algısı Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

	Var (n:21)		Yok (n:19)		sd:38	
	$\bar{X}$	ss	$\bar{X}$	ss	t	p
<i>Hastalık hakkındaki görüşler</i>						
Akut/kronik süre	17,1905	4,26168	16,1579	4,62197	,735	,467
Döngüsel süre	13,1429	1,76878	13,0526	2,19782	,144	,887
Sonuçlar	19,3333	3,03864	19,9474	4,28789	-,526	,602
Kişisel kontrol	21,4762	2,24987	21,4211	2,73487	,070	,945
Tedavi kontrolü	18,2857	2,41128	19,1579	2,63023	-1,094	,281
Hastalık tutarlılığı	17,6667	3,29140	17,1579	4,05878	,437	,664
Duygusal temsiller	20,4762	3,31088	18,8421	5,08006	1,217	,231
<i>Hastalık Nedenleri Boyutu</i>						
Psikolojik faktörler	17,6667	3,79912	17,1053	4,50795	,427	,672
Risk faktörleri	18,1429	4,02847	16,1111	2,42266	1,868	,070
Bağışıklık	6,9524	2,03657	7,1579	1,42451	-,366	,716
Şans/Kaza	4,6667	1,39044	5,0526	1,02598	-,990	,328
<i>Hastalık Belirtileri Boyutu</i>	5,9500	2,74293	4,4737	3,00681	1,603	,117

Tablo 5’de; tedaviden önce operasyon öyküsü olan ve olmayan katılımcıların hastalık hakkındaki görüşler, hastalık nedenleri ve hastalık belirtileri algısı alt boyutlarına ait puan ortalamaları ve bu puanlara ait standart sapma değerleri yer almaktadır. Bulgular ele alındığında; katılımcıların tedaviden önce operasyon öyküsü açısından hastalık hakkındaki görüşler (akut/kronik süre ($t_{0.05: 38} = ,735, p > .05$), döngüsel süre ($t_{0.05: 38} = ,144, p > .05$), sonuçlar ($t_{0.05: 38} = -,526, p > .05$), kişisel kontrol ($t_{0.05: 38} = ,070, p > .05$), tedavi kontrolü ($t_{0.05: 38} = -1,094, p > .05$), hastalık tutarlılığı ($t_{0.05: 38} = ,437, p > .05$), duygusal temsiller ($t_{0.05: 38} = 1,217, p > .05$)), hastalık nedenleri (psikolojik faktörler ($t_{0.05: 38} = ,427, p > .05$), risk faktörleri ($t_{0.05: 38} = 1,868, p > .05$), bağışıklık ($t_{0.05: 38} = -,366, p > .05$) ve şans/kaza ($t_{0.05: 38} = -,990, p > .05$)) ve hastalık belirtileri algısı toplam puanının ($t_{0.05: 38} = 1,603, p > .05$) istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşmadığı anlaşılmaktadır. Bu bulgular

değerlendirildiğinde ise tanı anında ağrı varlığı olan ve olmayan katılımcıların hastalık hakkındaki görüşler alt ölçekleri; akut/kronik süre, döngüsel süre, sonuçlar, kişisel kontrol , tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı ve duygusal temsiller alt boyutları, hastalık nedenleri alt ölçekleri; psikolojik faktörler, risk faktörleri, bağışıklık ve şans/kaza alt boyutları ile hastalık belirtileri toplam puan açısından birbirlerine benzer düzeyde oldukları ifade edilebilir.

3.1.4. Katılımcıların Metastaz Öyküsü Durumuna Göre Hastalık Hakkındaki Görüşler, Hastalık Nedenleri Ve Hastalık Belirtileri Algısı Alt Boyutları İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?

Çalışmanın bu sorusunda katılımcılarını meydana getiren bireylerin hastalık hakkındaki görüşler, hastalık nedenleri ve hastalık belirtileri algısı alt boyutları açısından metastaz öyküsüne göre istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir. Hastalık hakkındaki görüşler alt ölçekleri; akut/kronik süre, döngüsel süre, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı ve duygusal temsiller alt boyutları ile ele alınmıştır. Hastalık nedenleri alt ölçekleri; psikolojik faktörler, risk faktörleri, bağışıklık, şans/kaza alt boyutları ile ele alınmıştır. Hastalık belirtileri tek boyut olarak ele alınmıştır. Bu araştırma sorusunu cevap verebilmek amacıyla İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi olan “t” testi tekniği gerçekleştirilmiştir. Analizler sonrasında ortaya çıkan bulgular Tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6. Kanser Hastası Bireylerin Metastaz Öyküsüne Göre Hastalık Algısı Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

	Var (n:13)		Yok (n:27)		sd:38	
	$\bar{X}$	ss	$\bar{X}$	ss	t	p
<i>Hastalık hakkındaki görüşler</i>						
Akut/kronik süre	16,6154	4,48216	16,7407	4,46002	-,083	,934
Döngüsel süre	13,0769	1,84669	13,1111	2,04438	-,051	,960
Sonuçlar	20,0000	4,22295	19,4444	3,41189	,446	,658
Kişisel kontrol	21,2308	2,58695	21,5556	2,43900	,070	,945
Tedavi kontrolü	19,7692	2,55453	18,1852	2,38645	1,922	,062
Hastalık tutarlılığı	18,0769	3,54640	17,1111	3,70377	,783	,439
Duygusal temsiller	21,7692	4,78111	18,7037	3,68797	2,234	,031
<i>Hastalık Nedenleri Boyutu</i>						
Psikolojik faktörler	18,0769	4,76902	17,0741	3,80208	,719	,477
Risk faktörleri	15,8462	2,93956	17,8846	3,60363	-1,764	,086
Bağıışıklık	7,3077	1,79743	6,9259	1,75249	,640	,526
Şans/Kaza	4,7692	1,48064	4,8889	1,12090	-,285	,778
<i>Hastalık Belirtileri Boyutu</i>	5,0000	3,18852	5,3462	2,85576	-,343	,733

Tablo 6’da; açısından metastaz öyküsü olan ve olmayan katılımcıların hastalık hakkındaki görüşler, hastalık nedenleri ve hastalık belirtileri algısı alt boyutlarına ait puan ortalamaları ve bu puanlara ait standart sapma değerleri yer almaktadır. Bulgular ele alındığında; katılımcıların metastaz öyküsü varlığı açısından *hastalık hakkındaki görüşler ölçeği-duygusal temsiller* alt boyutunun istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaştığı görülmektedir, ($t_{0.05; 38} = 2,234$, $p < .05$). Bu farklılık metastaz öyküsü olan katılımcıların *duygusal temsiller* puan ortalamalarının ($\bar{X} = 21,7692$, $ss = 4,78111$), metastaz öyküsü olmayan katılımcıların *duygusal temsiller* puan ortalamalarından ($\bar{X} = 18,7037$, $ss = 3,68797$) daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Diğer taraftan katılımcıların metastaz öyküsü varlığı açısından hastalık hakkındaki görüşler (akut/kronik süre ($t_{0.05: 38} = -.083, p > .05$), döngüsel süre ($t_{0.05: 38} = -.051, p > .05$), sonuçlar ($t_{0.05: 38} = .446, p > .05$), kişisel kontrol ($t_{0.05: 38} = .070, p > .05$), tedavi kontrolü ($t_{0.05: 38} = 1.922, p > .05$), hastalık tutarlılığı ($t_{0.05: 38} = .783, p > .05$)), hastalık nedenleri (psikolojik faktörler ($t_{0.05: 38} = .719, p > .05$), risk faktörleri ($t_{0.05: 38} = -1.764, p > .05$), bağışıklık ($t_{0.05: 38} = .640, p > .05$) ve şans/kaza ($t_{0.05: 38} = -.285, p > .05$)) ve hastalık belirtileri algısı toplam puanının ($t_{0.05: 38} = -.343, p > .05$) istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşmadığı anlaşılmaktadır. Bu bulgular değerlendirildiğinde ise metastaz öyküsü olan ve olmayan katılımcıların hastalık hakkındaki görüşler alt ölçekleri; akut/kronik süre, döngüsel süre, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı ve duygusal temsiller alt boyutları, hastalık nedenleri alt ölçekleri; psikolojik faktörler, risk faktörleri, bağışıklık ve şans/kaza alt boyutları ile hastalık belirtileri toplam puan açısından birbirlerine benzer düzeyde oldukları ifade edilebilir.

3.1.5. Katılımcıların Sigara Kullanımına Göre Hastalık Hakkındaki Görüşler, Hastalık Nedenleri Ve Hastalık Belirtileri Algısı Alt Boyutları İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?

Çalışmanın bu sorusunda katılımcılarını meydana getiren bireylerin hastalık hakkındaki görüşler, hastalık nedenleri ve hastalık belirtileri algısı alt boyutları açısından sigara kullanımına göre istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir. Hastalık hakkındaki görüşler alt ölçekleri; akut/kronik süre, döngüsel süre, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı ve duygusal temsiller alt boyutları ile ele alınmıştır. Hastalık nedenleri alt ölçekleri; psikolojik faktörler, risk faktörleri, bağışıklık, şans/kaza alt boyutları ile ele alınmıştır. Hastalık belirtileri tek boyut olarak ele alınmıştır. Bu araştırma sorusunu cevap verebilmek amacıyla İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi olan “*t*” testi tekniği gerçekleştirilmiştir. Analizler sonrasında ortaya çıkan bulgular Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7. Kanser Hastası Bireylerin Sigara Kullanımına Göre Hastalık Algısı Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

	Evet (n:15)		Hayır (n:25)		sd:38	
	$\bar{X}$	ss	$\bar{X}$	ss	t	p
<i>Hastalık hakkındaki görüşler</i>						
Akut/kronik süre	17,8000	4,82849	16,0400	4,09756	1,230	,226
Döngüsel süre	13,5333	1,30201	12,8400	2,24870	1,086	,284
Sonuçlar	19,9333	3,57505	19,4400	3,75366	,409	,684
Kişisel kontrol	21,4667	1,80739	21,4400	2,81484	,033	,974
Tedavi kontrolü	18,4000	2,22967	18,8800	2,71293	-,577	,567
Hastalık tutarlılığı	18,4000	2,79796	16,8400	3,99667	1,326	,193
Duygusal temsiller	20,1333	5,30319	19,4400	3,60648	,493	,625
<i>Hastalık Nedenleri Boyutu</i>						
Psikolojik faktörler	18,6000	3,20268	16,6800	4,46953	1,452	,155
Risk faktörleri	18,4667	3,58303	16,4167	3,26931	1,836	,074
Bağıışıklık	6,9333	1,38701	7,1200	1,96469	-,322	,749
Şans/Kaza	5,1333	1,30201	4,6800	1,18040	1,132	,265
<i>Hastalık Belirtileri Boyutu</i>	5,6000	2,09762	5,0000	3,37510	,616	,541

Tablo 7’de; sigara kullanımı olan ve olmayan katılımcıların hastalık hakkındaki görüşler, hastalık nedenleri ve hastalık belirtileri algısı alt boyutlarına ait puan ortalamaları ve bu puanlara ait standart sapma değerleri yer almaktadır. Bulgular ele alındığında; katılımcıların sigara kullanımı açısından hastalık hakkındaki görüşler (akut/kronik süre ($t_{0.05: 38} = 1,230, p > .05$), döngüsel süre ($t_{0.05: 38} = 1,086, p > .05$), sonuçlar ($t_{0.05: 38} = ,409, p > .05$), kişisel kontrol ($t_{0.05: 38} = ,033, p > .05$), tedavi kontrolü ($t_{0.05: 38} = -,527, p > .05$), hastalık tutarlılığı ($t_{0.05: 38} = 1,326, p > .05$), duygusal temsiller ($t_{0.05: 38} = ,493, p > .05$)), hastalık nedenleri (psikolojik faktörler ($t_{0.05: 38} = 1,452, p > .05$), risk faktörleri ($t_{0.05: 38} = 1,836, p > .05$), bağışıklık ($t_{0.05: 38} = -,322, p > .05$) ve şans/kaza ($t_{0.05: 38} = 1,132, p > .05$)) ve hastalık belirtileri algısı toplam puanının ($t_{0.05: 38} = ,616, p > .05$) istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşmadığı anlaşılmaktadır. Bu bulgular değerlendirildiğinde ise sigara kullanımı olan ve olmayan katılımcıların hastalık hakkındaki görüşler alt ölçekleri; akut/kronik süre, döngüsel süre, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı ve duygusal temsiller alt boyutları, hastalık nedenleri alt ölçekleri; psikolojik faktörler,

risk faktörleri, bağışıklık ve şans/kaza alt boyutları ile hastalık belirtileri toplam puan açısından birbirlerine benzer düzeyde oldukları ifade edilebilir.

3.1.6. Katılımcıların Alkol Kullanımına Göre Hastalık Hakkındaki Görüşler, Hastalık Nedenleri Ve Hastalık Belirtileri Algısı Alt Boyutları İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?

Çalışmanın bu sorusunda katılımcılarını meydana getiren bireylerin hastalık hakkındaki görüşler, hastalık nedenleri ve hastalık belirtileri algısı alt boyutları açısından alkol kullanımına göre istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir. Hastalık hakkındaki görüşler alt ölçekleri; akut/kronik süre, döngüsel süre, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı ve duygusal temsiller alt boyutları ile ele alınmıştır. Hastalık nedenleri alt ölçekleri; psikolojik faktörler, risk faktörleri, bağışıklık, şans/kaza alt boyutları ile ele alınmıştır. Hastalık belirtileri tek boyut olarak ele alınmıştır. Bu araştırma sorusunu cevap verebilmek amacıyla İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi olan “t” testi tekniği gerçekleştirilmiştir. Analizler sonrasında ortaya çıkan bulgular Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 8. Kanser Hastası Bireylerin Alkol Kullanımına Göre Hastalık Algısı Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

	Evet (n:4)		Hayır (n:36)		sd:38	
	$\bar{X}$	ss	$\bar{X}$	ss	t	p
<i>Hastalık hakkındaki görüşler</i>						
Akut/kronik süre	15,5000	4,72582	16,8333	4,42396	-,569	,573
Döngüsel süre	13,7500	1,25831	13,0278	2,02112	,695	,491
Sonuçlar	17,2500	3,50000	19,8889	3,61566	-1,388	,173
Kişisel kontrol	23,5000	,57735	21,2222	2,48551	1,808	,079
Tedavi kontrolü	18,5000	1,73205	18,7222	2,61437	-,165	,870
Hastalık tutarlılığı	18,2500	2,06155	17,3333	3,77964	,473	,639
Duygusal temsiller	18,7500	4,71699	19,8056	4,27497	-,465	,645
<i>Hastalık Nedenleri Boyutu</i>						
Psikolojik faktörler	17,0000	3,82971	17,4444	4,18463	-,203	,840
Risk faktörleri	21,5000	5,19615	16,7143	2,97610	2,821	,008
Bağışıklık	6,0000	,00000	7,1667	1,81265	-1,272	,211
Şans/Kaza	5,2500	,95743	4,8056	1,26083	,680	,500
<i>Hastalık Belirtileri Boyutu</i>	5,2500	2,21736	5,2286	3,03010	,018	,987

Tablo 8’de; açısından alkol kullanımı olan ve olmayan katılımcıların hastalık hakkındaki görüşler, hastalık nedenleri ve hastalık belirtileri algısı alt boyutlarına ait puan ortalamaları ve bu puanlara ait standart sapma değerleri yer almaktadır. Bulgular ele alındığında; katılımcıların alkol kullanımı açısından *hastalık nedenleri ölçeği-risk faktörleri* alt boyutunun istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaştığı görülmektedir, ($t_{0.05: 38} = 2,821, p < .05$). Bu farklılık alkol kullanımı olan katılımcıların *risk faktörleri* puan ortalamalarının ($\bar{X} = 21,5000, ss=5,19615$), alkol kullanımı olmayan katılımcıların *risk faktörleri* puan ortalamalarından ($\bar{X} = 16,7143, ss=2,97610$) daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Diğer taraftan katılımcıların alkol kullanımı varlığı açısından hastalık hakkındaki görüşler (akut/kronik süre ($t_{0.05: 38} = -.569, p > .05$), döngüsel süre ($t_{0.05: 38} = ,695, p > .05$), sonuçlar ($t_{0.05: 38} = -1,388, p > .05$), kişisel kontrol ($t_{0.05: 38} = 1,808, p > .05$), tedavi kontrolü ($t_{0.05: 38} = -,165, p > .05$), hastalık tutarlılığı ($t_{0.05: 38} = ,473, p > .05$), duygusal temsiller ($t_{0.05: 38} = -,465, p > .05$), hastalık nedenleri (psikolojik faktörler ($t_{0.05: 38} = -,203, p > .05$), bağışıklık ($t_{0.05: 38} = -1,272, p > .05$) ve şans/kaza ($t_{0.05: 38} = ,680, p > .05$)) ve hastalık belirtileri algısı toplam puanının ($t_{0.05: 38} = ,018, p > .05$) istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşmadığı anlaşılmaktadır. Bu bulgular değerlendirildiğinde ise alkol kullanımı olan ve olmayan katılımcıların hastalık hakkındaki görüşler alt ölçekleri; akut/kronik süre, döngüsel süre, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı ve duygusal temsiller alt boyutları, hastalık nedenleri alt ölçekleri; psikolojik faktörler, risk faktörleri, bağışıklık ve şans/kaza alt boyutları ile hastalık belirtileri toplam puan açısından birbirlerine benzer düzeyde oldukları ifade edilebilir.

3.1.7. Katılımcıların Kansere Tipine Göre Hastalık Algısı Ölçeği İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?

Araştırmanın bu sorusunda, katılımcıları meydana getiren bireylerin hastalık algısı ölçeği puanının kanser tipi açısından anlamlı bir farklılaşma gösterip göstermediği incelenmiştir. Bu amaçla “kolon”, “meme”, “akciğer”, “mide” ve “diğer” kanser tanısı olan katılımcıların kanser tipine göre karşılaştırılmalarını yapabilmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) tekniği gerçekleştirilmiştir.

Kanser tipine yönelik hastalık algısı ölçeği puan ortalamalarının Tablo 9’da, puan ortalamaları arasındaki farkların anlamlı gösterip göstermediğini saptayabilmek için gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 10’da yer almaktadır.

Tablo 9. Kanser Tipi Açısından Hastalık Algısı Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarına Yönelik Betimsel İstatistikleri

		N	Ort	ss
Akut/kronik süre	1,00	4	14,2500	4,50000
	2,00	11	16,2727	4,75586
	3,00	4	18,0000	4,69042
	4,00	7	16,7143	3,81725
	5,00	14	17,3571	4,63444
Döngüsel süre	1,00	4	13,5000	1,00000
	2,00	11	12,8182	2,18258
	3,00	4	12,0000	2,82843
	4,00	7	13,8571	,37796
	5,00	14	13,1429	2,21384
Sonuçlar	1,00	4	17,0000	3,55903
	2,00	11	20,8182	4,75012
	3,00	4	22,5000	1,00000
	4,00	7	20,0000	2,23607
	5,00	14	18,4286	3,10618
Kişisel kontrol	1,00	4	22,2500	1,70783
	2,00	11	22,1818	2,22792
	3,00	4	22,0000	2,30940
	4,00	7	20,8571	2,54484
	5,00	14	20,7857	2,83328
Tedavi kontrolü	1,00	4	19,0000	2,00000
	2,00	11	19,3636	3,00908
	3,00	4	19,2500	1,50000
	4,00	7	20,0000	,00000
	5,00	14	17,2857	2,67261
Hastalık tutarlılığı	1,00	4	19,0000	1,41421
	2,00	11	16,5455	4,50252
	3,00	4	18,7500	2,50000
	4,00	7	19,2857	2,69037
	5,00	14	16,3571	3,71291
Duygusal temsiller	1,00	4	18,2500	4,57347
	2,00	11	20,3636	4,45584
	3,00	4	20,2500	1,25831
	4,00	7	19,0000	7,04746
	5,00	14	19,7857	3,14223
Psikolojik faktörler	1,00	4	15,2500	2,21736
	2,00	11	17,0909	4,96899
	3,00	4	21,0000	4,24264
	4,00	7	18,7143	4,11154
	5,00	14	16,5714	3,36759
Risk faktörleri	1,00	4	17,7500	,95743
	2,00	11	16,0909	3,30014
	3,00	3	19,0000	5,19615
	4,00	7	16,8571	1,57359

	5,00	14	17,7143	4,42769
Bağıklık	1,00	4	7,0000	2,00000
	2,00	11	7,8182	1,77866
	3,00	4	5,7500	2,62996
	4,00	7	7,5714	,53452
	5,00	14	6,5714	1,65084
Şans/kaza	1,00	4	4,5000	1,00000
	2,00	11	4,9091	,94388
	3,00	4	4,7500	1,89297
	4,00	7	4,7143	1,49603
	5,00	14	5,0000	1,30089
Hastalık belirtileri	1,00	4	4,5000	2,64575
	2,00	11	3,3636	2,46060
	3,00	4	8,7500	,50000
	4,00	7	6,2857	3,14718
	5,00	13	5,3846	2,69377

Tablo 9 incelendiğinde; tanı tipi farklı olan katılımcıların hastalık hakkındaki görüşler alt ölçekleri; akut/kronik süre, döngüsel süre, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı ve duygusal temsiller alt boyutları, hastalık nedenleri alt ölçekleri; psikolojik faktörler, risk faktörleri, bağıklık, şans/kaza alt boyutları ile hastalık belirtileri toplam puan ortalamaları ile bu puanlara yönelik standart sapma değerleri görülmektedir.

Tablo 10. Kanser Tipi Açısından Hastalık Algısı Ölçeğine Yönelik Varyans Analizi Tablosu

Değişken	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Akut/kronik süre	Gruplar arası	38,825	4	9,706	,472	,756
	Grup içi	719,575	35	20,559		
Döngüsel süre	Gruplar arası	10,392	4	2,598	,653	,629
	Grup içi	139,208	35	3,977		
Sonuçlar	Gruplar arası	97,310	4	24,328	2,017	,113
	Grup içi	422,065	35	12,059		
Kişisel kontrol	Gruplar arası	18,299	4	4,575	,736	,574
	Grup içi	217,601	35	6,217		
Tedavi kontrolü	Gruplar arası	46,247	4	11,562	2,002	,116
	Grup içi	202,153	35	5,776		
Hastalık tutarlılığı	Gruplar arası	65,655	4	16,414	1,276	,298
	Grup içi	450,120	35	12,861		
Duygusal temsiller	Gruplar arası	17,997	4	4,499	,227	,921
	Grup içi	692,403	35	19,783		
Psikolojik faktörler	Gruplar arası	93,084	4	23,271	1,443	,241
	Grup içi	564,516	35	16,129		
Risk faktörleri	Gruplar arası	28,986	4	7,246	,566	,689
	Grup içi	435,373	34	12,805		
Bağışıklık	Gruplar arası	18,371	4	4,593	1,583	,200
	Grup içi	101,529	35	2,901		
Şans /kaza	Gruplar arası	1,012	4	,253	,152	,961
	Grup içi	58,088	35	1,660		
Hastalık belirtileri	Gruplar arası	98,122	4	24,531	3,645	,014
	Grup içi	228,801	34	6,729		

Tablo 10 incelendiğinde; kanser tipi farklı olan katılımcıların hastalık hakkındaki görüşler alt ölçekleri; akut/kronik süre, döngüsel süre, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı ve duygusal temsiller alt boyutları, hastalık nedenleri alt ölçekleri; psikolojik faktörler, risk faktörleri, bağışıklık, şans/kaza alt boyutları ile hastalık belirtileri toplam puan ortalamaları arasındaki farka ilişkin varyans analizi sonuçları görülmektedir. Ortaya çıkan sonuçlara bakıldığında; hastalık hakkındaki görüşler ve hastalık nedenleri ölçeği alt boyutları puanında ($p > .05$), katılımcıların kanser tipine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır. Bu sonuçlar göz önüne alındığında; kanser tipi

“kolon”, “meme”, “akciğer”, “mide” ve “diğer” olan bireylerin hastalık hakkındaki görüşler ve hastalık nedenleri ölçeği alt boyutları puanında benzer düzeyde oldukları, birbirlerinden anlamlı biçimde farklılaşmadıkları ifade edilebilir. Bunlardan öte hastalık belirtileri alt ölçeği toplam puanında katılımcıların kanser tipine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir, ($F_{4-34} = 3,645$, $p < .05$). Hastalık belirtilerine ilişkin gruplar arasındaki ortaya çıkan anlamlı farklılığın hangi kanser tipinden kaynaklandığını belirlemek için Tukey çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır

Tablo 11. Kanser Tipi Açısından Hastalık Algısı Ölçeğine Yönelik Tukey Testi Tablosu

Kanser tipi	N		
		1	2
Meme	11	3,3636	
Kolon	4	4,5000	4,5000
Diğer	13	5,3846	5,3846
Mide	7	6,2857	6,2857
Akciğer	4		8,7500
p		,298	,050

Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucunda; kanser tipine göre hastalık belirtileri toplam puanında görülen farklılaşmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p=.05$).

3.2. Beck Depresyon Ölçeğinin Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesine Yönelik Bulgular

3.2.1. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Depresyon Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Midir?

Çalışmanın bu sorusunda katılımcılarını meydana getiren bireylerin depresyon toplam puanı açısından cinsiyetlerine göre istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir. eğitim ve geliştirme uygulamaları toplam puanı ile ele alınmıştır. Bu araştırma sorusunu cevap verebilmek amacıyla İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi olan “t” testi tekniği gerçekleştirilmiştir. Analizler sonrasında ortaya çıkan bulgular Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12. Katılımcıların Cinsiyetleri Açısından Depresyon Toplam Puanına Yönelik *T* Testi Tablosu

Değişken	Cinsiyet	N	$\bar{X}$	ss	<i>t</i>	<i>sd</i>	<i>p</i>
Depresyon	Kadın	19	35,4737	10,0131	1,707	36	,096
	Erkek	19	30,8947	6,03595			

Tablo 12’de; kadın ve erkek katılımcıların depresyon toplam puan ortalamaları ve bu puanlara ait standart sapma değerleri yer almaktadır. Bulgular ele alındığında; katılımcıların cinsiyetleri açısından depresyon toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşmadığı görülmektedir, ($t_{0.05; 36} = 1,707$, $p > .05$). Bu bulgular değerlendirildiğinde ise kadın ve erkek katılımcıların depresyon toplam puan açısından birbirlerine benzer düzeyde oldukları ifade edilebilir.

3.2.2. Katılımcıların Tanı Anında Ağrı Varlığına Göre Depresyon Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?

Çalışmanın bu sorusunda katılımcılarını meydana getiren bireylerin depresyon toplam puanı açısından tanı anında ağrı varlığına göre istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir. Depresyon, toplam puanı ile ele alınmıştır. Bu araştırma sorusunu cevap verebilmek amacıyla İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi olan “*t*” testi tekniği gerçekleştirilmiştir. Analizler sonrasında ortaya çıkan bulgular Tablo 13’de sunulmuştur.

Tablo 13. Katılımcıların Tanı Anında Ağrı Varlığı Açısından Depresyon Toplam Puanına Yönelik *T* Testi Tablosu

Değişken	Tanı anında ağrı varlığı	N	$\bar{X}$	ss	<i>t</i>	<i>sd</i>	<i>p</i>
Depresyon	Var	20	35,9500	9,66532	2,231	36	,032
	Yok	18	30,1111	5,74854			

Tablo 13’de; tanı anında ağrısı olan ve olmayan katılımcıların depresyon toplam puan ortalamaları ve bu puanlara ait standart sapma değerleri yer almaktadır. Bulgular ele alındığında; katılımcıların tanı anında ağrı varlığı açısından depresyon

toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaştığı görülmektedir, ($t_{0.05: 36} = 2,231$, $p < .05$). Bu farklılık tanı anında ağrısı olan katılımcıların *depresyon* puan ortalamalarının ($\bar{X} = 35,9500$, $ss=9,66$), tanı anında ağrısı olmayan katılımcıların *depresyon* puan ortalamalarından ($\bar{X} = 30,1111$, $ss= 5,748$) daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

3.2.3. Katılımcıların Tedavi Öncesi Operasyon Öyküsüne Göre Depresyon Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?

Çalışmanın bu sorusunda katılımcılarını meydana getiren bireylerin *depresyon* toplam puanı açısından tedavi öncesi operasyon öyküsüne göre istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir. Depresyon, toplam puanı ile ele alınmıştır. Bu araştırma sorusunu cevap verebilmek amacıyla İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi olan “*t*” testi tekniği gerçekleştirilmiştir. Analizler sonrasında ortaya çıkan bulgular Tablo 14’de sunulmuştur.

Tablo 14. Katılımcıların Tedavi Öncesi Operasyon Öyküsü Açısından Depresyon Toplam Puanına Yönelik *T* Testi Tablosu

Değişken	Tedavi öncesi operasyon öyküsü	N	$\bar{X}$	ss	<i>t</i>	<i>sd</i>	<i>p</i>
Depresyon	Var	21	33,0952	9,57551	-,071	36	,944
	Yok	17	33,2941	7,18301			

Tablo 14’de; tedavi öncesi operasyon öyküsü olan ve olmayan katılımcıların *depresyon* toplam puan ortalamaları ve bu puanlara ait standart sapma değerleri yer almaktadır. Bulgular ele alındığında; katılımcıların tedavi öncesi operasyon öyküsü açısından *depresyon* toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşmadığı görülmektedir, ($t_{0.05: 36} = -,071$, $p > .05$). Bu bulgular değerlendirildiğinde ise tedavi öncesi operasyon öyküsü olan ve olmayan katılımcıların *depresyon* toplam puan açısından birbirlerine benzer düzeyde oldukları ifade edilebilir.

3.2.4. Katılımcıların Tanı Anında Metastaz Öyküsüne Göre Depresyon Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?

Çalışmanın bu sorusunda katılımcılarını meydana getiren bireylerin depresyon toplam puanı açısından tanı anında metastaz öyküsüne göre istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir. Depresyon, toplam puanı ile ele alınmıştır. Bu araştırma sorusunu cevap verebilmek amacıyla İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi olan “*t*” testi tekniği gerçekleştirilmiştir. Analizler sonrasında ortaya çıkan bulgular Tablo 15’de sunulmuştur.

Tablo 15. Katılımcıların Tanı Anında Metastaz Öyküsü Açısından Depresyon Toplam Puanına Yönelik *T* Testi Tablosu

Değişken	Metastaz öyküsü	N	$\bar{X}$	ss	<i>t</i>	sd	<i>p</i>
Depresyon	Var	12	37,7500	11,33077	2,395	36	,022
	Yok	26	31,0769	5,93918			

Tablo 15’de; tanı anında metastaz öyküsü olan ve olmayan katılımcıların depresyon toplam puan ortalamaları ve bu puanlara ait standart sapma değerleri yer almaktadır. Bulgular ele alındığında; katılımcıların tanı anında metastaz öyküsü açısından depresyon toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaştığı görülmektedir, ($t_{0,05; 36} = 2,395$, $p < .05$). Bu farklılık tanı anında metastaz öyküsü olan katılımcıların *depresyon* puan ortalamalarının ($\bar{X} = 37,7500$, $ss=11,330$), tanı anında metastaz öyküsü olmayan katılımcıların *depresyon* puan ortalamalarından ($\bar{X} = 31,0769$, $ss=5,939$) daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

3.2.5. Katılımcıların Sigara Kullanımına Göre Depresyon Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?

Çalışmanın bu sorusunda katılımcılarını meydana getiren bireylerin depresyon toplam puanı açısından sigara kullanımına göre istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir. Depresyon, toplam puanı ile ele alınmıştır. Bu araştırma sorusunu cevap verebilmek amacıyla İki Ortalama

Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi olan “*t*” testi tekniği gerçekleştirilmiştir. Analizler sonrasında ortaya çıkan bulgular Tablo 16’da sunulmuştur.

Tablo 16. Katılımcıların Sigara Kullanımı Açısından Depresyon Toplam Puanına Yönelik *T* Testi Tablosu

Değişken	Sigara	N	$\bar{X}$	ss	<i>t</i>	sd	<i>p</i>
Depresyon	Var	15	37,2667	10,85269	2,573	36	,014
	Yok	23	30,5217	5,21248			

Tablo 16’da; sigara kullanımı olan ve olmayan katılımcıların depresyon toplam puan ortalamaları ve bu puanlara ait standart sapma değerleri yer almaktadır. Bulgular ele alındığında; katılımcıların sigara kullanımı açısından depresyon toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaştığı görülmektedir, ($t_{0.05; 36} = 2,573$, $p < .05$). Bu farklılık sigara kullanımı olan katılımcıların *depresyon* puan ortalamalarının ($\bar{X} = 37,2667$, $ss=10,852$), sigara kullanımı olmayan katılımcıların *depresyon* puan ortalamalarından ($\bar{X} = 30,5217$, $ss=5,212$) daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

3.2.6. Katılımcıların Alkol Kullanımına Göre Depresyon Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?

Çalışmanın bu sorusunda katılımcılarını meydana getiren bireylerin depresyon toplam puanı açısından alkol kullanımına göre istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir. Depresyon, toplam puanı ile ele alınmıştır. Bu araştırma sorusunu cevap verebilmek amacıyla İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi olan “*t*” testi tekniği gerçekleştirilmiştir. Analizler sonrasında ortaya çıkan bulgular Tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17. Katılımcıların Alkol Kullanımı Açısından Depresyon Toplam Puanına Yönelik T Testi Tablosu

Değişken	Alkol	N	$\bar{X}$	ss	t	sd	p
Depresyon	Var	4	29,5000	4,43471	2,573	36	,014
	Yok	34	33,6176	8,77329			

Tablo 17’de; alkol kullanımı olan ve olmayan katılımcıların depresyon toplam puan ortalamaları ve bu puanlara ait standart sapma değerleri yer almaktadır. Bulgular ele alındığında; katılımcıların alkol kullanımı açısından depresyon toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaştığı görülmektedir, ($t_{0.05; 36} = 2,573$, $p < .05$). Bu farklılık alkol kullanımı olan katılımcıların *depresyon* puan ortalamalarının ($\bar{X} = 29,500$, $ss=4,43$), alkol kullanımı olmayan katılımcıların *depresyon* puan ortalamalarından ($\bar{X} = 33,6176$, $ss=8,773$) daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır.

3.2.7. Katılımcıların Kanseri Tipine Göre Depresyon Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?

Araştırmanın bu sorusunda, katılımcıları meydana getiren bireylerin depresyon puanının kanser tipi açısından anlamlı bir farklılaşma gösterip göstermediği incelenmiştir. Bu amaçla “kolon”, “meme”, “akciğer”, “mide” ve “diğer” kanser tanısı olan katılımcıların kanser tipine göre karşılaştırılmalarını yapabilmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) tekniği gerçekleştirilmiştir. Kanseri tipine yönelik depresyon puan ortalamalarının Tablo 18’de, puan ortalamaları arasındaki farkların anlamlı gösterip göstermediğini saptayabilmek için gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 19’da yer almaktadır.

Tablo 18. Kanser Tipi Açısından Depresyon Toplam Puanına Yönelik Betimsel İstatistikleri

Değişken	Kanser tipi	N	$\bar{X}$	ss
Depresyon	Kolon	4	27,2500	4,42531
	Meme	9	33,3333	6,87386
	Akciğer	4	33,2500	8,50000
	Mide	7	38,0000	13,83233
	Diğer	14	32,3571	6,47608

Tablo 18 incelendiğinde; tanı tipi farklı olan katılımcıların depresyon puan ortalamaları ile bu puanlara yönelik standart sapma değerleri görülmektedir. Depresyon puanında; kolon kanseri olan katılımcıların puan ortalamalarının en düşük, mide kanseri olan katılımcıların ise en yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Çalışmada belirlenen farklı kanser tipi grupları arasında anlamlı farkın olup olmadığı Tablo 23’de sunulmuştur.

Tablo19. Kanser Tipi Açısından Depresyon Toplam Puanına Yönelik Varyans Analizi Tablosu

Değişken	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Depresyon	Gruplar arası	312,996	4	78,249	1,100	,373
	Grup içi	2346,714	33	71,113		

Levene $F_{(3, 135)} = .45, p = .72$

Tablo 19 incelendiğinde; kanser tipi farklı olan katılımcıların depresyon puan ortalamaları arasındaki farka ilişkin varyans analizi sonuçları görülmektedir. Ortaya çıkan sonuçlara bakıldığında; depresyon puanında ($F_{4-35} = 1,100, p > .05$), katılımcıların kanser tipine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır. Bu sonuçlar göz önüne alındığında; kanser tipi “kolon”, “meme”, “akciğer”, “mide” ve “diğer” olan bireylerin depresyon puanında benzer düzeyde oldukları, birbirlerinden anlamlı biçimde farklılaşmadıkları ifade edilebilir.

3.3. Beck Anksiyete Ölçeğinin Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesine Yönelik Bulgular

3.3.1. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Anksiyete Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?

Çalışmanın bu sorusunda katılımcılarını meydana getiren bireylerin anksiyete toplam puanı açısından cinsiyetlerine göre istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir. Anksiyete toplam puanı ile ele alınmıştır. Bu araştırma sorusunu cevap verebilmek amacıyla İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi olan “*t*” testi tekniği gerçekleştirilmiştir. Analizler sonrasında ortaya çıkan bulgular Tablo 20’de sunulmuştur.

Tablo 20. Katılımcıların Cinsiyetleri Açısından Anksiyete Toplam Puanına Yönelik *T* Testi Tablosu

Değişken	Cinsiyet	N	$\bar{X}$	ss	<i>t</i>	<i>sd</i>	<i>p</i>
Anksiyete	Kadın	21	32,1429	10,03636	,779	38	,441
	Erkek	19	30,1053	5,68521			

Tablo 20’de; kadın ve erkek katılımcıların anksiyete toplam puan ortalamaları ve bu puanlara ait standart sapma değerleri yer almaktadır. Bulgular ele alındığında; katılımcıların cinsiyetleri açısından anksiyete toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşmadığı görülmektedir, ($t_{0.05; 38} = ,779, p > .05$). Bu bulgular değerlendirildiğinde ise kadın ve erkek katılımcıların anksiyete toplam puan açısından birbirlerine benzer düzeyde oldukları ifade edilebilir.

3.3.2. Katılımcıların Tanı Anında Ağrı Varlığına Göre Anksiyete Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?

Çalışmanın bu sorusunda katılımcılarını meydana getiren bireylerin anksiyete toplam puanı açısından tanı anında ağrı varlığına göre istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir. Anksiyete, toplam puanı ile ele alınmıştır. Bu araştırma sorusunu cevap verebilmek amacıyla İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi olan “*t*” testi tekniği gerçekleştirilmiştir. Analizler sonrasında ortaya çıkan bulgular Tablo 21’de sunulmuştur.

Tablo 21. Katılımcıların Tanı Anında Ağrı Varlığı Açısından Anksiyete Toplam Puanına Yönelik T Testi Tablosu

Değişken	Tanı anında ağrı varlığı	N	$\bar{X}$	ss	t	sd	p
Anksiyete	Var	21	32,4762	9,85200	1,053	38	,299
	Yok	19	29,7368	5,87690			

Tablo 21’de; tanı anında ağrısı olan ve olmayan katılımcıların anksiyete toplam puan ortalamaları ve bu puanlara ait standart sapma değerleri yer almaktadır. Bulgular ele alındığında; katılımcıların tanı anında ağrı varlığı açısından anksiyete toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı biçimde anlamlı biçimde farklılaşmadığı görülmektedir, ($t_{0,05: 38} = 1,053, p > .05$). Bu bulgular değerlendirildiğinde ise tanı anında ağrı varlığı olan ve olmayan katılımcıların anksiyete toplam puan açısından birbirlerine benzer düzeyde oldukları ifade edilebilir.

3.3.3. Katılımcıların Tedavi Öncesi Operasyon Öyküsüne Göre Anksiyete Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?

Çalışmanın bu sorusunda katılımcılarını meydana getiren bireylerin anksiyete toplam puanı açısından tedavi öncesi operasyon öyküsüne göre istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir. Anksiyete, toplam puanı ile ele alınmıştır. Bu araştırma sorusunu cevap verebilmek amacıyla İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi olan “t” testi tekniği gerçekleştirilmiştir. Analizler sonrasında ortaya çıkan bulgular Tablo 22’de sunulmuştur.

Tablo 22. Katılımcıların Tedavi Öncesi Operasyon Öyküsü Açısından Anksiyete Toplam Puanına Yönelik T Testi Tablosu

Değişken	Tedavi öncesi operasyon öyküsü	N	$\bar{X}$	ss	t	sd	p
Anksiyete	Var	21	33,4286	10,07756	1,880	38	,068
	Yok	19	28,6842	4,60739			

Tablo 13’de; tedavi öncesi operasyon öyküsü olan ve olmayan katılımcıların anksiyete toplam puan ortalamaları ve bu puanlara ait standart sapma değerleri yer almaktadır. Bulgular ele alındığında; katılımcıların tedavi öncesi operasyon öyküsü açısından anksiyete toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşmadığı görülmektedir, ($t_{0.05: 38} = 1,880$, $p > .05$). Bu bulgular değerlendirildiğinde ise tedavi öncesi operasyon öyküsü olan ve olmayan katılımcıların anksiyete toplam puan açısından birbirlerine benzer düzeyde oldukları ifade edilebilir.

3.3.4. Katılımcıların Tanı Anında Metastaz Öyküsüne Göre Anksiyete Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?

Çalışmanın bu sorusunda katılımcılarını meydana getiren bireylerin anksiyete toplam puanı açısından tanı anında metastaz öyküsüne göre istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir. Anksiyete, toplam puanı ile ele alınmıştır. Bu araştırma sorusunu cevap verebilmek amacıyla İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi olan “ t ” testi tekniği gerçekleştirilmiştir. Analizler sonrasında ortaya çıkan bulgular Tablo 23’de sunulmuştur.

Tablo 23. Katılımcıların Tanı Anında Metastaz Öyküsü Açısından Anksiyete Toplam Puanına Yönelik T Testi Tablosu

Değişken	Metastaz öyküsü	N	$\bar{X}$	ss	t	sd	p
Anksiyete	Var	13	31,3077	12,41226	,070	38	,945
	Yok	27	31,1111	5,50757			

Tablo 23’de; tanı anında metastaz öyküsü olan ve olmayan katılımcıların anksiyete toplam puan ortalamaları ve bu puanlara ait standart sapma değerleri yer almaktadır. Bulgular ele alındığında; katılımcıların tanı anında metastaz öyküsü açısından anksiyete toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşmadığı görülmektedir, ($t_{0.05: 36} = ,070$, $p > .05$). Bu bulgular değerlendirildiğinde ise metastaz öyküsü olan ve olmayan katılımcıların anksiyete toplam puan açısından birbirlerine benzer düzeyde oldukları ifade edilebilir.

3.3.5. Katılımcıların Sigara Kullanımına Göre Anksiyete Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?

Çalışmanın bu sorusunda katılımcılarını meydana getiren bireylerin anksiyete toplam puanı açısından sigara kullanımına göre istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir. Anksiyete, toplam puanı ile ele alınmıştır. Bu araştırma sorusunu cevap verebilmek amacıyla İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi olan “*t*” testi tekniği gerçekleştirilmiştir. Analizler sonrasında ortaya çıkan bulgular Tablo 24’de sunulmuştur.

Tablo 24. Katılımcıların Sigara Kullanımı Açısından Anksiyete Toplam Puanına Yönelik *T* Testi Tablosu

Değişken	Sigara	N	$\bar{X}$	ss	<i>t</i>	<i>sd</i>	<i>p</i>
Anksiyete	Var	15	33,6000	10,98570	1,466	38	,151
	Yok	25	29,7200	5,79885			

Tablo 24’de; sigara kullanımı olan ve olmayan katılımcıların anksiyete toplam puan ortalamaları ve bu puanlara ait standart sapma değerleri yer almaktadır. Bulgular ele alındığında; katılımcıların sigara kullanımı açısından anksiyete toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşmadığı görülmektedir, ($t_{0.05: 38} = 1,466$, $p > .05$). Bu bulgular değerlendirildiğinde ise sigara kullanımı olan ve olmayan katılımcıların anksiyete toplam puan açısından birbirlerine benzer düzeyde oldukları ifade edilebilir.

3.3.6. Katılımcıların Alkol Kullanımına Göre Anksiyete Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?

Çalışmanın bu sorusunda katılımcılarını meydana getiren bireylerin anksiyete toplam puanı açısından alkol kullanımına göre istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir. Anksiyete, toplam puanı ile ele alınmıştır. Bu araştırma sorusunu cevap verebilmek amacıyla İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi olan “*t*” testi tekniği gerçekleştirilmiştir. Analizler sonrasında ortaya çıkan bulgular Tablo 25’de sunulmuştur.

Tablo 25. Katılımcıların Alkol Kullanımı Açısından Anksiyete Toplam Puanına Yönelik T Testi Tablosu

Değişken	Alkol	N	$\bar{X}$	ss	t	sd	p
Anksiyete	Var	4	28,2500	2,87228	-,746	38	,461
	Yok	36	31,5000	8,57738			

Tablo 25’de; alkol kullanımı olan ve olmayan katılımcıların anksiyete toplam puan ortalamaları ve bu puanlara ait standart sapma değerleri yer almaktadır. Bulgular ele alındığında; katılımcıların alkol kullanımı açısından anksiyete toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşmadığı görülmektedir, ($t_{0.05: 38} = -,746$, $p > .05$). Bu bulgular değerlendirildiğinde ise alkol kullanımı olan ve olmayan katılımcıların anksiyete toplam puan açısından birbirlerine benzer düzeyde oldukları ifade edilebilir.

3.3.7. Katılımcıların Kanseri Tipine Göre Anksiyete Toplam Puanı İstatistiksel Olarak Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?

Araştırmanın bu sorusunda, katılımcıları meydana getiren bireylerin anksiyete puanının kanser tipi açısından anlamlı bir farklılaşma gösterip göstermediği incelenmiştir. Bu amaçla “kolon”, “meme”, “akciğer”, “mide” ve “diğer” kanser tanısı olan katılımcıların kanser tipine göre karşılaştırılmalarını yapabilmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) tekniği gerçekleştirilmiştir. Kanseri tipine yönelik anksiyete puan ortalamalarının Tablo 26’da, puan ortalamaları arasındaki farkların anlamlı gösterip göstermediğini saptayabilmek için gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 27’de yer almaktadır.

Tablo 26. Kanseri Tipi Açısından Anksiyete Toplam Puanına Yönelik Betimsel İstatistikleri

Değişken	Kanser tipi	N	$\bar{X}$	ss
Anksiyete	Kolon	4	27,2500	2,50000
	Meme	11	29,0909	4,27679
	Akciğer	4	34,2500	2,87228
	Mide	7	33,0000	17,24336
	Diğer	14	32,1429	5,84225

Tablo 26 incelendiğinde; tanı tipi farklı olan katılımcıların anksiyete puan ortalamaları ile bu puanlara yönelik standart sapma değerleri görülmektedir. Anksiyete puanında; kolon kanseri olan katılımcıların puan ortalamalarının en düşük, akciğer kanseri olan katılımcıların ise en yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Çalışmada belirlenen farklı kanser tipi grupları arasında anlamlı farkın olup olmadığı Tablo 27’de sunulmuştur.

Tablo 27. Kanser Tipi Açısından Anksiyete Toplam Puanına Yönelik Varyans Analizi Tablosu

Değişken	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Anksiyete	Gruplar arası	183,652	4	45,913	,655	,627
	Grup içi	2454,123	35	70,118		
Levene $F_{(3, 135)} = .45, p = .72$						

Tablo 27 incelendiğinde; kanser tipi farklı olan katılımcıların anksiyete puan ortalamaları arasındaki farka ilişkin varyans analizi sonuçları görülmektedir. Ortaya çıkan sonuçlara bakıldığında; anksiyete puanında ($F_{4-35} = ,655, p > .05$), katılımcıların kanser tipine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır. Bu sonuçlar göz önüne alındığında; kanser tipi “kolon”, “meme”, “akciğer”, “mide” ve “diğer” olan bireylerin bu alt boyutlarda benzer düzeyde oldukları, birbirlerinden anlamlı biçimde farklılaşmadıkları ifade edilebilir.

3.4. Hastalık Algısı Ölçeği İle Depresyon ve Anksiyete İlişkilerinin İncelenmesine Yönelik Bulgular

3.4.1. Hastalık Algısı İle Depresyon Ve Anksiyete Arasında İstatistiksel Olarak Anlamlı İlişki Olup Olmadığıyla İlgili Bulgular

Çalışmanın bu araştırma sorusunda; bireylerin hastalık algısı ile depresyon ve anksiyete puanları ile standart sapmaları verilmiş (Tablo 28), sonrasında değişkenler arasındaki ilişki test edilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkileri görebilmek amacıyla Pearson Momentler Çarpımı korelasyon katsayısı ele alınmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkileri gösteren korelasyon katsayısı Tablo 29’da yer almaktadır.

Tablo 28: Değişkenlerin Ortalama ve Standart Sapma Puanları Tablosu

Değişkenler	Ort	ss	N
Depresyon toplam	33,1842	8,47845	38
Anksiyete toplam	31,1750	8,22407	40
Akut/kronik süre	16,7000	4,40978	40
Döngüsel süre	13,1000	1,95854	40
Sonuçlar	19,6250	3,64929	40
Kişisel kontrol	21,4500	2,45941	40
Tedavi kontrolü	18,7000	2,52373	40
Hastalık tutarlılığı	17,4250	3,63662	40
Duygusal temsiller	19,7000	4,26795	40
Psikolojik faktörler	17,4000	4,10628	40
Risk faktörleri	17,2051	3,49571	39
Bağışıklık	7,0500	1,75339	40
Şans/kaza	4,8500	1,23101	40
Hastalık belirtileri	5,2308	2,93313	39
Yaş	59.000	13,51	40

Tablo 28’de araştırmaya konu olan değişkenlerin ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

Hastalık Algısı Ölçeği Algı kısmında; kanser hastalarının alt boyutlar puan ortalamaları sırasıyla; Akut/Kronik Süre $16,70 \pm 4,40$, Döngüsel Süre $13,10 \pm 1,95$, Kişisel Kontrol $21,45 \pm 2,45$, Tedavi Kontrolü $18,70 \pm 2,52$, Hastalık Tutarlılığı $17,42 \pm 3,63$, Duygusal Temsiller $19,70 \pm 4,26$ ve Sonuçlar $19,62 \pm 3,64$ olarak belirlendi. Hastalık Algısı Ölçeği Nedenler bölümünde yer alan 4 alt boyuttan aldığı puan ortalamaları sırasıyla; Psikolojik atıflar $17,40 \pm 4,10$, Risk faktörleri $17,20 \pm 3,49$, Bağışıklık $7,05 \pm 1,75$ ve Şans $4,85 \pm 1,23$ olarak belirlendi. Depresyon $33,18 \pm 8,47$ ve Anksiyete $31,17 \pm 8,22$ olarak belirlenmiştir.

**Tablo 29: Hastalık Belirtilerinin Ortalama Ve Standart Sapma Puanları
Tablosu**

Hastalık belirtileri	N	Ort	ss	Yüzde
Ağrı	26	,6667	,47757	%65
Boğazda yanma	4	,1026	,30735	%10
Bulantı	12	,3077	,46757	%30
Soluk almada güçlük	5	,1282	,33869	%12,5
Kilo kaybı	12	,3077	,46757	%30
Yorgunluk	31	,7949	,40907	%77,5
Eklem sertliği	5	,1282	,33869	%12,5
Gözlerde yanma	1	,0256	,16013	%2,5
Hırıltılı soluma	5	,1282	,33869	%12,5
Baş ağrıları	27	,6923	,46757	%67,5
Mide yakınmaları	16	,4103	,49831	%40
Uyku güçlükleri	28	,7179	,45588	%70
Sersemlik hissi	10	,2564	,44236	%25
Güç kaybı	22	,5641	,50236	%55

Hastaların hastalıklarının başlangıcından itibaren en çok gözlenen belirtinin %77,5 oranında yorgunluk olduğunu belirtti. Ağrıyı ikinci sırada izleyen belirti ise; %70 oranında uyku güçlüğüdür. Diğer belirtiler sırasıyla; baş ağrıları (%67,5), ağrı (%65), güç kaybı (%55), mide yakınmaları (%40), kilo kaybı ve bulantı (%30) gibi belirtilerdir. Sersemlik hissi (%25), soluk almada güçlük, eklem sertliği, gözlerde yanma ve hırıltılı soluma (%12,5), boğazda yanma (%10) daha az meydana gelen belirtiler olarak gözlendi. Ayrıca tüm hastaların meydana gelen belirtileri; hem hastalık başlangıcından sonra yaşananlar hem de hastalıkla ilgili görme kısmında belirtmesi, tüm belirtileri hastalığına bağlamış olduğunu göstermektedir.

Tablo 30. Hastalık Algısı ile Depresyon ve Anksiyeteye İlişkin Korelasyon Katsayıları

*p<.05 **p<.01	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1.Depresyon	-														
2.Anksiyete	,691**	-													
3.Akut/kronik süre	,470*	,434*	-												
4.Döngüsel süre	,093	,061	,081	-											
5.Sonuçlar	,349*	,180	,638**	,221	-										
6.Kişisel kontrol	-,444*	-,421*	-,595*	-,175	,201	-									
7.Tedavi kontrolü	,207*	-,273	-,598*	-,077	-,341*	,551**	-								
8.Hastalık tutarlılığı	-,055*	-,264	-,184	,210**	,191	,156	,358*	-							
9.Duygusal temsiller	,558**	,496**	,555**	,225	,485**	-,441*	-,344*	-,140	-						
10. Psikolojik faktörler	,255	,302*	,371*	,282	,243	-,394*	-,228	,304	,335*	-					
11.Risk faktörleri	,019	,285	,135	,369*	-,044	-,054	-,192	,167	,007	-,593*	-				
12.Bağıışıklık	-,014	-,010	-,207	,260	,019	-,041	-,043	-,080	-,005	,332*	,340*	-			
13.Şans/kaza	-,082	-,149	,303	,251	,324*	-,163	-,361*	,106+	,196	,550**	,321*	,289	-		
14.Hastalık belirtileri	,469**	,597**	,503**	,163	,243	-,494*	-,260	,075	,395*	,686**	,420**	-,030	,324*	-	
15.Yaş	-,081*	,326*	,169	,109*	,034	-,019	-,013	-,066	-,148	,228	,468**	,040	-,142	,383*	-

Tablo 30'dan anlaşılacağı üzere, depresyon ile akut/kronik süre ($r = .470$, $p < .001$), sonuçlar ($r = .349$, $p < .05$), duygusal temsiller ($r = .558$, $p < .05$) ve hastalık belirtileri ($r = .469$, $p < .001$) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler görülmektedir. Depresyon ile kişisel kontrol ($r = -.444$, $p < .001$) arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir. Diğer yandan bulgular değerlendirildiğinde depresyon ile döngüsel süre, tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı, psikolojik faktörler, risk faktörleri, bağıışıklık, şans/kaza ve yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p > .05$).

Anksiyete ile akut/kronik süre ($r = .434$, $p < .001$), duygusal temsiller ($r = .496$, $p < .05$), hastalık belirtileri ($r = .597$, $p < .001$) ve ile yaş ($r = .326$), $p < .05$) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler görülmektedir. Anksiyete ile kişisel kontrol ($r = -.421$, $p < .001$) arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir. Diğer yandan bulgular değerlendirildiğinde anksiyete ile döngüsel süre, sonuçlar, tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı, psikolojik faktörler, risk faktörleri, bağıışıklık, şans/kaza arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p > .05$).

SONUÇ VE ÖNERİLER

18 yaş ve üzeri kanser tanısı almış bireylerde hastalık algısı ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yürütülen çalışmanın bulguları alanyazın ışığında tartışılmıştır. Hipotezlere uygun olarak gerçekleştirilen analizler sonucunda elde edilen bulgular alanyazındaki ilgili çalışmalarla tartışıldıktan sonra araştırmanın sınırlılıkları, ileriki çalışmalar için öneriler aktarılmıştır.

Hastalık Algısı, Depresyon ve Anksiyete Düzeyinin Bazı Sosyodemografik Değişkenlere Göre Farklılaşmasına Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi

Mevcut çalışmada katılımcıların cinsiyetleri açısından hastalık nedenleri ölçeği-bağıışıklık alt boyutunun istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaştığı görülmektedir, bu farklılık kadın katılımcıların bağıışıklık puan ortalamalarının erkek katılımcılardan daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. İlgili literatüre bakıldığında cinsiyete göre hastalık algısında bir farklılaşma olmadığı görülmektedir (Kayış, 2009:8). Ek olarak Yılmaz Karabulutlu ve Karaman (2015:1) yaptığı çalışmada, hastalık algısı alt grupları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır. Akgüç (2013:7) diyabet hastalarıyla yaptığı çalışmada, cinsiyet açısından döngüsel süre ve duygusal temsiller ile cinsiyet arasında anlamlı fark bulmuştur. Mevcut çalışmada bağıışıklık boyutunun kadınlarda daha yüksek olması; bireylerin hastalıklarının sebebi olarak mikrop-virüs, çevre kirliliği, vücut direncimin azalması açıklamalarını yapmaları kadınların nedensellik üzerine daha çok zihinsel uğraş vermeleriyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmada tanı anında ağrı varlığı açısından hastalık hakkındaki görüşler ölçeği-kişisel kontrol alt boyutunun istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaştığı görülmektedir. Bu farklılık tanı anında ağrı varlığı olan katılımcıların kişisel kontrol puan ortalamalarının tanı anında ağrısı olmayan katılımcıların kişisel kontrol puan ortalamalarından daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Kişisel kontrol bireyin hastalığını kontrol edebileceğini düşündüğü anlamına gelir. Bu da tanı anında ağrısı olan bireylerin bedensel semptomlarına odaklanmış olması nedeniyle kişisel olarak hastalığını kontrol altına alabileceğini düşünebilmektedir. Burada ağrının miktarının oldukça önemli bir etken olduğu söylenebilir. Buna ek olarak hastalık hakkındaki

görüşler ölçeği-akut/kronik süre alt boyutunun istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaştığı görülmektedir. Bu farklılık tanı anında ağrı varlığı olan katılımcıların akut/kronik süre puan ortalamalarının tanı anında ağrısı olmayan katılımcıların akut/kronik süre puan ortalamalarından daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Akut/kronik süre alt boyutundaki yüksek puanlar bireyin hastalığını kronik bir rahatsızlık olarak düşündüğünü gösterir. Tanı anında ağrısı olan bireylerin hastalıklarını kronik bir rahatsızlık olarak görmelerinin zihinsel olarak ağrıya dayanabilme gücünü artırmaya yönelik bir strateji olabileceği düşünülmektedir. Mevcut çalışma bulgusuyla paralel herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmada metastaz öyküsü varlığı açısından hastalık hakkındaki görüşler ölçeği-duygusal temsiller alt boyutunun istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaştığı görülmektedir. Bu farklılık metastaz öyküsü olan katılımcıların duygusal temsiller puan ortalamalarının, metastaz öyküsü olmayan katılımcıların duygusal temsiller puan ortalamalarından daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Duygusal temsiller bireyin hastalığı ile ilgili olumsuz duyguları olduğunu gösterir. Dolayısıyla çalışmada metastaz bulgusu olan bireylerin olumsuz duygularının olması aşıkardır. Mevcut bulgunun literatürle uyumlu olduğu söylenebilir. Diğer yandan ilgili çalışmalarda hastalık algısı ölçeğinin sonuçlar alt boyutunun metastaz ile arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (Kahraman, 2020:50).

Çalışmada sigara kullanımı olan ve olmayan katılımcıların hastalık hakkındaki görüşler alt ölçekleri; akut/kronik süre, döngüsel süre, sonuçlar, kişisel kontrol , tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı ve duygusal temsiller alt boyutları, hastalık nedenleri alt ölçekleri; psikolojik faktörler, risk faktörleri, bağışıklık ve şans/kaza alt boyutları ile hastalık belirtileri toplam puan açısından birbirlerine benzer düzeyde oldukları ifade edilebilir. Açıkgöz ve ark. (2011:145) kadın hastaların kanser hakkında bilgi ve tutumları ile ilgili araştırmada da, hastaların %90.8'inin sigaranın kansere neden olan etkenler arasında birinci sırada yer aldığını ifade ettikleri belirtilmiştir. Çalışmamızda ise; bu bulguların tam tersi olarak farklı sonuca ulaşılmasının nedeni çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun sigara kullanmaması ya da çok önceden bırakmış olmalarına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Önceden kullanım olup-olmadığı sorularına net cevaplar

alınamaması nedeniyle beklenilenin aksine düşük oranlar bulunduğu düşünülmektedir.

Çalışmada bulgular ele alındığında; katılımcıların alkol kullanımı açısından hastalık nedenleri ölçeği-risk faktörleri alt boyutunun istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaştığı görülmektedir. Bu farklılık alkol kullanımı olan katılımcıların risk faktörleri puan ortalamalarının alkol kullanımı olmayan katılımcıların risk faktörleri puan ortalamalarından daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Risk faktörleri; bireyin hastalık nedenlerini kalıtsal, diyet-yemek alışkanlıkları, geçmişimdeki kötü tıbbi bakım, kendi davranışım, yaşlanma, sigara, alkol gibi sebeplerle açıklamaya çalışmaktadır. Dolayısıyla alkol tüketimi olan bireylerin risk faktörü puanının yüksek bulunması gayet doğaldır. Anlamlı ve literatürle uyumlu bir bulgu olduğu düşünülmektedir.

Depresyon toplam puanının sosyodemografik değişkenlere göre incelenmesi sonucunda; çalışmada kadın ve erkek katılımcıların depresyon toplam puan açısından farklılaşmadığı, birbirlerine benzer düzeyde oldukları bulunmuştur. İlgili literatürde depresyonun cinsiyete göre farklılaşmadığı belirtilmektedir (Kışlak ve Samurçay, 1995:175). Ek olarak bir diğer çalışmada depresyon ve anksiyete ölçümleri cinsiyete göre karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Kantarcıoğlu, Demirkaya ve Sevinir, 2019:81). Ancak diğer yandan kadınların erkeklere göre depresyon riskinin yüksek olduğu da belirtilenler arasındadır (Nolen-Hoeksema, & Hilt, 2009:1). Bu açıdan mevcut çalışma bulgusu literatürle kısmen uyumludur.

Çalışmada tanı anında ağrı varlığı açısından depresyon toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaştığı görülmektedir, farklılık tanı anında ağrısı olan katılımcıların depresyon puan ortalamalarının tanı anında ağrısı olmayan katılımcıların depresyon puan ortalamalarından daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. İlgili literatürde kanser tanı gruplarına göre depresyon ölçümlerine bakıldığında ise diğer tümörler ile lenfoma ve sarkomalar arasında depresyon puanları açısından anlamlı bir fark gözlenmiştir. Lenfomaların ve sarkomaların depresyon puanları anlamlı olarak diğer tümörler grubundan fazladır. Tümör grupları arasında anksiyete ölçümleri arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (Kantarcıoğlu, Demirkaya ve Sevinir, 2019). Tanı anında ağrısı yüksek

olan bireylerin aldıkları tanının ölüm riski oranıyla bağlantılı olarak depresyon üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada tanı anında metastaz öyküsü açısından depresyon toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaştığı görülmektedir, farklılık tanı anında metastaz öyküsü olan katılımcıların depresyon puan ortalamalarının tanı anında metastaz öyküsü olmayan katılımcıların depresyon puan ortalamalarından daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Depresyon, hastaların ümitsizliğe kapılmasına, artık hiçbir şeyin düzelmeyeceğini ve ilaçların tedavi etmeyeceğini düşünmelerine neden olabilmektedir. Gültekin ve ark. (2008) akciğer kanser hastalarının yaşam kalitelerini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada akciğer kanseri hastalarında depresyonu %15 oranında bulmuştur.

Çalışmada sigara kullanımı açısından depresyon toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaştığı görülmektedir, farklılık sigara kullanımı olan katılımcıların depresyon puan ortalamalarının sigara kullanımı olmayan katılımcıların depresyon puan ortalamalarından daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Çalışmada alkol kullanımı açısından depresyon toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaştığı görülmektedir, farklılık alkol kullanımı olan katılımcıların depresyon puan ortalamalarının alkol kullanımı olmayan katılımcıların depresyon puan ortalamalarından daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Bu durum madde kullanım bozuklukları ile depresyon arasındaki korelasyon ile açıklanabilir (Fırıncık & Gürhan, 2019:39).

Anksiyete toplam puanının sosyodemografik değişkenlere göre incelenmesi sonucunda; çalışmada katılımcıların cinsiyetleri açısından anksiyete toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşmadığı görülmektedir, kadın ve erkek katılımcıların anksiyete toplam puan açısından birbirlerine benzer düzeyde oldukları ifade edilebilir. İlgili literatürde anksiyete puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Kantarcıoğlu, Demirkaya ve Sevinir, 2019:81). Pandey ve arkadaşları (2006:1) erkek hastalarda depresyonun daha sık görüldüğü, Kaplan ve arkadaşları (1987:206) cinsiyete göre anksiyete ve depresyonda farklılaşma görülmediğini doğrulamıştır. Mevcut çalışmada cinsiyete göre depresyon

ve anksiyetede farklılaşma olmamasında kanserli hasta grubunun düşük sayıda olmasının rolü olabilir.

Hastalık Algısı Ölçeği İle Depresyon ve Anksiyete İlişkilerinin İncelenmesine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi

Hastalık Algısı Ölçeği Algı kısmında; kanser hastalarının alt boyutlar puan ortalamaları sırasıyla; Akut/Kronik Süre $16,70 \pm 4,40$, Döngüsel Süre $13,10 \pm 1,95$, Kişisel Kontrol $21,45 \pm 2,45$, Tedavi Kontrolü $18,70 \pm 2,52$, Hastalık Tutarlılığı $17,42 \pm 3,63$, Duygusal Temsiller $19,70 \pm 4,26$ ve Sonuçlar $19,62 \pm 3,64$ olarak belirlendi. Hastalık Algısı Ölçeği Nedenler bölümünde yer alan 4 alt boyuttan aldığı puan ortalamaları sırasıyla; Psikolojik atıflar $17,40 \pm 4,10$, Risk faktörleri $17,20 \pm 3,49$, Bağışıklık $7,05 \pm 1,75$ ve Şans $4,85 \pm 1,23$ olarak belirlendi. Depresyon $33,18 \pm 8,47$ ve Anksiyete $31,17 \pm 8,22$ olarak belirlenmiştir. İlgili literatüre bakıldığında Kahraman (2020:41) Hastalık Algısı Ölçeği Algı kısmında; akciğer kanseri hastalarının alt boyutlar puan ortalamalarını sırasıyla; Akut/Kronik Süre $20,42 \pm 1,77$, Döngüsel Süre $10,84 \pm 3,86$, Kişisel Kontrol $15,21 \pm 1,87$, Tedavi Kontrolü $15,34 \pm 2,27$, Hastalık Tutarlılığı $4,74 \pm 2,38$, Duygusal Temsiller $24,27 \pm 2,81$ ve Sonuçlar $22,91 \pm 3,04$ olarak bulgulamıştır.

Karabulutlu ve Karaman (2015:881) tarafından kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirildiği çalışmada, Akut/Kronik Süre $15,82 \pm 6,80$, Döngüsel Süre $15,08 \pm 3,91$, Kişisel Kontrol $24,09 \pm 5,44$, Tedavi Kontrolü $21,36 \pm 4,42$, Hastalık Tutarlılığı $15,77 \pm 5,32$, Duygusal Temsiller $22,63 \pm 6,45$ ve Sonuçlar $23,00 \pm 4,75$ bulunmuştur. Bahçecioğlu'nun (2013:5) astım hastalarında hastalık algısının astım kontrolü üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada, Akut/Kronik Süre $18,03 \pm 1,12$, Döngüsel Süre $12,06 \pm 0,87$, Kişisel Kontrol $16,37 \pm 1,63$, Tedavi Kontrolü $12,99 \pm 1,62$, Hastalık Tutarlılığı $11,54 \pm 2,45$, Duygusal Temsiller $18,34 \pm 5,73$ ve Sonuçlar $22,28 \pm 2,39$ bulunmuştur. Ekenler (2017:5) yaptığı çalışmada, en yüksek puan akut-kronik süre ($4,10 \pm 0,67$); en düşük puan ise hastalık tutarlılığı ($2,93 \pm 1,01$) alt boyutunda bulunmuştur. En yüksek puanlarda çalışmamızla uyumlu sonuçlar bulunmamakla birlikte, en düşük puanlarda benzerlik söz konusudur. Hastalık tutarlılığında düşük puanlar görülmesi hastaların hastalıklarını ve ciddiyetini tam olarak kavrayamadıklarını düşündürmektedir.

Hastalık Algısı Ölçeği Nedenler bölümünde yer alan 4 alt boyuttan aldığı puan ortalamaları sırasıyla; Psikolojik atıflar $12,95 \pm 4,81$, Risk faktörleri $16,80 \pm 3,89$, Bağışıklık $9,31 \pm 3,25$ ve Şans $4,49 \pm 1,78$ olarak belirlendi. Bahçecioğlu (2013:6) çalışmasında; puan ortalamalarını Psikolojik Atıflar $15,47 \pm 2,88$, Risk Faktörleri $18,99 \pm 2,17$, Bağışıklık $10,47 \pm 1,69$, Kaza/Şans $4,19 \pm 1,30$ olarak saptamıştır. Karabulutlu ve Karaman (2015:881) çalışmasında ise; Psikolojik atıflar $10,89 \pm 4,68$, Risk Faktörleri $12,48 \pm 4,28$, Bağışıklık $3,42 \pm 1,99$, Kaza/Şans $3,08 \pm 1,70$ saptanmıştır. Ekenler (2017:5)'de hastaların hastalık nedeni olarak en çok bağışıklık ve psikolojik atıfları gösterdiklerini ve en az şansı gösterdiklerini belirlemiştir. Çalışmamızda ise en yüksek risk faktörleri ve ikinci sırada psikolojik atıflar gelmektedir. Kaza/Şans puan ortalamaları diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının çalışmamızda bulunduğu görülmektedir.

Hastalık Algısı Ölçeği Belirtiler kısmında, en yüksek saptanan değerler ağrı (%86), güç kaybı (%70), kilo kaybı (%69), sersemlik hissi (%68) ve yorgunluk (%65)'dur. En düşük değerler ise mide yakınmaları (%19) ve boğazda yanma (%23)'dur. Kocaman ve ark. (2007:271) yaptığı çalışmada, en sık yaşanan belirtilerin yorgunluk (%74,2), güç kaybı (%61,2), ağrı (%51,6) olduğunu bulmuştur. Yorulmaz ve ark. (2013:367) yaptığı çalışmada ise; yorgunluk (%75,2), güç kaybı (%67,4) ve ağrı (44,5) bulunmuştur. Çalışmamızda elde edilen belirtilerin literatürdeki oranlar ile benzer olduğu görülmektedir. Kara (2019) KOAH hastalarında yaptığı çalışmada, en çok rastlanan belirtinin solunum güçlüğü (%93,3) olduğu belirlenirken, çalışmamızda en yüksek (%86) olarak ağrı saptandı. İkisi de solunum sistemi hastalığı olmasına rağmen farklı sonuçlar bulunması, kanser hastalarında en sık rastlanan belirtinin ağrı olmasından kaynaklanmaktadır.

Çalışmada depresyon ile akut/kronik süre, sonuçlar, duygusal temsiller ve hastalık belirtileri arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler görülmektedir. Depresyon ile kişisel kontrol arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir. Bireyin hastalığını kişisel olarak kontrol edebildiğine olan inancı ne kadar yüksekse duygulanımı da o kadar kontrol altında olacaktır. Dolayısıyla kişisel kontrol arttıkça depresyon azalabilir. Hastalık belirtileri içinde ağrı, yorgunluk, sersemlik gibi depresyon belirtileriyle örtüşen semptomları

içerdiğinde pozitif ilişki göstermeleri olağandır. Duygusal temsiller hastalıkla ilgili olumsuz duygulanımları içermektedir. Depresyonla pozitif ilişkili olması uyumlu bir bulgudur. Hastalığın kronik ve sonuçlarının kötü olacağına dair inançların depresyon ile pozitif ilişkide olması literatür ile paralel ve beklenen bir bulgudur. İlgili literatüre bakıldığında depresyonun hastalığa ve tedaviye uyumu güçleştirdiği, yaşamdan zevk almaya engel olduğu belirtilmektedir (Özkan, 1993:90). Kahraman (2020:51) hastalık algısı, kişilik ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi ele aldığı çalışmada; kişilik özellikleri ve stresle başa çıkma tarzları alt boyutlarının, hastalık algısı alt boyutlarını yordadığını saptamıştır. Analiz sonuçlarına göre süre (akut/kronik) boyutunu dışadönüklük kişilik tipi açıklarken, sonuçlar alt boyutunu pasif başa çıkma tarzları açıklamaktadır. Tedavi kontrolü üzerinde önemli yordayıcı olan değişkenler sırasıyla pasif başa çıkma tarzları ve aktif başa çıkma tarzlarıdır. Hastalığı anlama boyutu üzerinde pasif başa çıkma tarzlarından sonra özdisiplin kişilik tipi değişkeninin önemli etkisi olduğu görülmektedir. Süre döngüsel alt boyutunu açıklayan değişkenler ise pasif başa çıkma tarzları ikinci olarak da aktif başa çıkma tarzlarıdır. Duygusal temsiller alt boyutunu ise sırasıyla pasif ve aktif başa çıkma tarzları değişkenleri açıklamaktadır. Kişisel kontrol üzerinde pasif başa çıkma tarzlarının önemli etkisi olduğu görülmektedir. Ek olarak Ülev (2014:50) stresle başa çıkma tarzlarıyla depresyon arasındaki ilişkiyi incelediği tez çalışmada; kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı depresyon ile negatif yönde ilişkili; kendini suçlayıcı yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım ise depresyon ile pozitif yönde ilişkili bulmuştur. Bunun yanı sıra Muris ve arkadaşlarının (2001:555) yaptığı bir çalışmada, bireylerin depresyon puanlarının aktif başa çıkma tarzlarıyla negatif yönde ilişkili, pasif başa çıkma tarzlarıyla pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Stresle başa çıkma tarzlarının depresyonu yordama gücü değerlendirildiğinde, kendini suçlayıcı yaklaşım düzeyinin depresyon düzeyindeki artışı, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı düzeylerinin de depresyon düzeyindeki azalmayı açıklayabileceği gözlenmiştir. Literatürde aktif başa çıkma tekniklerini kullanan kişilerin depresyon geliştirme riskinin daha az olduğunu; pasif başa çıkma tarzlarını kullanan kişilerin ise depresyon geliştirmeye yatkın olduklarını göstermektedir. Kanada’da yapılan bir çalışmada, depresyonu olan hasta grubunun pasif tarzları anlamlı düzeyde kullandığı

görülmüştür (Ravindran ve ark., 2002:121). Buradan hareketle hastalık algısına ait olumsuz değerlendirmeler ile depresyon ilişkisinin pasif başa çıkma tarzlarıyla ilişkili olabileceği bu anlamda literatürle paralel bir bulgu olduğu söylenebilir.

Anksiyete ile akut/kronik süre, duygusal temsiller, hastalık belirtileri ve ile yaş arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler görülmektedir. Anksiyete ile kişisel kontrol arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir. Diğer yandan bulgular değerlendirildiğinde anksiyete ile döngüsel süre, sonuçlar, tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı, psikolojik faktörler, risk faktörleri, bağışıklık, şans/kaza arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur. Kanser hastası olan bireylerde majör depresyon oranı yüksek olmakla birlikte psikiyatrik bozukluk oranı (%30-40) arasındadır. Anksiyete ise depresyona oranla daha az görülmekle beraber %50'nin üzerindedir (Wilson, Chochinov, Skirko, 2007:118). Dolayısıyla hastalığı üzerinde kişisel kontrol hissi sağlayamayan bireyin kaygısının yüksek olması beklenebilir bir durumdur. Mevcut çalışma bulgusu literatürle uyumludur denilebilir.

Çalışmanın Sınırlılıkları ve Öneriler

Çalışmanın örnekleme ait sınırlılıklarından biri iradi yöntemle seçilen katılımcıların gerçekleştirilen analizler için uygun olmakla birlikte çalışma sonuçlarını genelleymeyecek kadar az sayıda olmasıyla ilgilidir (n=40). Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik ve geçerliliği kapsamında uygulanmasıyla elde edilen veriler, toplanan örnekleme ve zaman dilimi ile sınırlıdır.

Araştırmanın kısıtlılıklarından biri de ölçeklerin öz bildirime dayalı olmasıyla ilişkilidir. Araştırmanın sınırlılıkları arasında değinilmesi gereken bir diğer nokta istatistiksel analizlerle ilgilidir. Gerçekleştirilen analizlerde çok fazla değişken olması nedeniyle araştırma sorularına uygun olarak hata payını en aza indiren teknikler kullanılsa da bu durum bulguların güvenilirliğine gölge düşürmektedir.

Hasta bireylerin anksiyete, depresyon ve hastalığı algılama şeklinin yakından ilişkili olduğu saptanmıştır. Bundan sonraki çalışmaların kişisel bilgi formunun daha

geniş tutularak, sosyodemografik özelliklerle birlikte, sosyal destek kısmının da düşünülerek oluşturulması ve yapılması önerilebilir.

Sonraki araştırmaların yarı yapılandırılmış görüşmelerle gözleme dayanmasının daha geniş ve önemli sonuçlar doğurabileceği düşünülmektedir. Katılımcıların kendilerini olduklarından olumlu gösterme eğilimi yüksek olma ihtimaline karşı bundan sonraki araştırmalarda kendini iyi gösterme eğilimlerinin kontrol edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Psikolojik rahatsızlık olup olmadığıyla ilgili bir sorunun da kişisel bilgi formuna eklenmesi ayırt edici olması açısından önem arz etmektedir. Gelecek araştırmalarda, aynı nüfusu kapsayan gerek psikiyatri hastanesinde olan kişiler gerek kartopu örneklemiyle dışarıda olan tanı almamış kişilerin kıyaslanmasıyla çalışılmasının bu konuda daha doğru sonuçlar vereceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Açıkgöz, A., Çehreli, R., & Ellidokuz, H. (2011). Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(3), 145-154.
- Akgüç, N. (2013). *Tip 2 diyabet hastalarında hastalık algısı ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi* (Doctoral dissertation, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Akyıldız, G., Elboğa, G., Elboğa, U., & Şahin, E. (2019). The relationship between illness perception and quality of life in thyroid patients who received radioactive iodine-131 ablation treatment. *Medical Science and Discovery*, 6(3), 54-58.
- American cancer society. (2017). Cancer facts & figures. Erişim adresi <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-factsfigures/cancer-facts-figures-2017.html>
- American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. (2013). DSM 5. *American Psychiatric Association*, 70.
- Armay, Z. (2006). 'Hastalık Algısı Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Prevanatif Onkoloji/Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*.
- Armay, Z., Özkan, M., Kocaman, N., & Özkan, S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeği'nin kanser hastalarında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 10, 192-200.
- Ashbury, F. D., Madlensky, L., Raich, P., Thompson, M., Whitney, G., Hotz, K., ... & Edell, W. S. (2003). Antidepressant prescribing in community cancer care. *Supportive care in cancer*, 11(5), 278-285.
- Aslankoç, R., Öztürk, M., & Yıldırım, N. (2001). Ebe ve hemşirelerin mesleki sorunları ve anksiyete ile ilişkisi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 8(2).

- Aydoğan, Ü., Çetin Doğaner, Y., Borazan, E., Kömürcü, Ş., Koçak, N., Öztürk, B., ... & Sağlam, K. (2012). Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 16(2).
- Bahçecioğlu G (2013) Astım hastalarında hastalık algısının astım kontrolü üzerine etkisinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- Bayraktar E. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Fenomenolojisi. In Tükel R, Aklın T (editörler). Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları. 2006. 469 p - 508 p
- Baysal, A., & Criss, W. E. (2004). Kanseri tanıyalım. *Sahin Matbaası, Ankara, 191s.*
- Beers, M. H., & Berkow, R. (2002). The Merck Manual [online]. Whitehouse Station, NJ: Merck and Co.; 1999. Psittacosis.
- Bektaş, H. (2005). Kanseri bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi (Yayınlanmamış Doktora Tezi
- Beyhan, Y. E., Babür, C., Mungan, M., & Taylan Özkan, H. A. (2015). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ulusal Parazitoloji Referans Laboratuvarı'na 2009-2013 yılları arasında başvuran kistik ekinokokkozis şüpheli hastaların değerlendirilmesi.
- Birliği, A. P., & Tanımsal, R. B. Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (2013). *Beşinci Baskı (DSM-5), Amerikan Psikiyatri Birliği, Arlington VA, (Çev. Ertuğrul Köroğlu) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.*
- Blumenfield, M., & Tiamson, L. A. (2003). Practical guidelines in psychiatry: Consultation–liaison psychiatry.
- Bozo, Ö., Yılmaz, T., & Tathan, E. (2012). C Tipi Davranış Ölçeğinin Türkçeye uyarlama, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(2).

- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Galietta, M., ... & Brescia, R. (2000). Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *Jama*, 284(22), 2907-2911.
- Charney, E. A., & Weissman, M. M. (1988). Epidemiology of depressive illness.
- Cook, S. A., Salmon, P., Dunn, G., Holcombe, C., Cornford, P., & Fisher, P. (2015). The association of metacognitive beliefs with emotional distress after diagnosis of cancer. *Health Psychology*, 34(3), 207.
- Deniz, A., & Erciş, A. (2008). Kişilik özellikleri ile algılanan risk arasındaki ilişkilerin incelenmesi üzerine bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 22(2), 301-330.
- Diefenbach, M. A. (2008). Illness representations. *Health behavior constructs: Theory measurement and research*. National Cancer Institute, US National Institute of Health. Erişim adresi: https://cancercontrol.cancer.gov/brp/research/constructs/illness_representations.html
- Dönmez, G. Y., & Batıgün, A. D. D. (2016). *Kanser hastalarında hastalık algısı ile üstbiliş, erken dönem uyumsuz şemalar ve olumsuz otomatik düşünceler arasındaki ilişkiler* (Doctoral dissertation, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji (Klinik Psikolojisi) Anabilim Dalı).
- Ekenler, Ş. (2017). *Kronik obstrüktif akciğer hastalarında hastalık algısı ve ilişkili faktörler* (Doctoral dissertation, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Fann, J. R., Thomas-Rich, A. M., Katon, W. J., Cowley, D., Pepping, M., McGregor, B. A., & Gralow, J. (2008). Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *General hospital psychiatry*, 30(2), 112-126.
- Fırıncık, S., & Gürhan, N. (2019). Sigara, alkol ya da madde bağımlılarında problem çözme becerisinin; özkıym, depresyon, umutsuzluk üzerine etkisi ve birbirleriyle olan ilişkileri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(1), 39-47.

- Figueiras, M. J., & Alves, N. C. (2007). Lay perceptions of serious illnesses: An adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. *Psychology and Health*, 22(2), 143-158.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of abnormal psychology*, 95(2), 107.
- Foxwell, R., Morley, C., & Frizelle, D. (2013). Illness perceptions, mood and quality of life: a systematic review of coronary heart disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(3), 211-222.
- Gençtan, E. (2004). Psikanaliz ve Sonrası, Metis Yayınları, 10.
- Hardman, A., Maguire, P., & Crowther, D. (1989). The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. *Journal of psychosomatic research*, 33(2), 235-239.
- <https://www.saglik.gov.tr/TR,12280/saglik-istatistikleri-yilligi-2015--guncellenme-tarihi--14122016-.html>
- Kahraman, B. N. (2020). *Akciğer kanseri hastalarında spiritüel iyilik halinin hastalık algısına etkisi* (Master's thesis, Bursa Uludağ Üniversitesi).
- Kantarcıoğlu, A. Ç., Demirkaya, M., & Sevinir, B. B. (2019). An investigation of illness perception and emotional status in newly cancer-diagnosed adolescents. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi= Turkish Journal of Child and Adolescent Health*, 26(2), 81.
- Kaplan GA, Roberts RE, Camacho TC, Coyne JC. Psychosocial predictors of depression. prospective evidence from human population laboratories studies. *Am J Epidemiol* 1987;125:206-20.
- Kara, E. (2019). *Kanser yalnızlık ölçeği ve kansere ilişkin negatif sosyal beklentiler ölçeğinin türkçe geçerlilik ve güvenilirliği* (Master's thesis, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

- Karabulutlu, E. Y., & Karaman, S. Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi Evaluation of Cancer Patients Perception of Illness.
- Karabulutlu, E. Y., Yaralı, S., & Karaman, S. (2019). Evaluation of distress and religious coping among cancer patients in Turkey. *Journal of religion and health*, 58(3), 881-890.
- Karamustafaloğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- Kayır, G. (2014). Onkoloji hastalarının hastalık algısı ve stresle başa çıkma biçimleri. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul*.
- Kayış, A. (2009). *Kanser hastalarının hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyleri* (Doctoral dissertation, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Kendilci, K. (2015). Turgut Özal Tıp Merkezi Onkoloji servisine başvuran kanser olgularında kişilik özelliklerinin incelenmesi.
- Kışlak, Ş. Y., & Samurçay, N. T. D. (1995). *Cinsiyet, evlilik uyumu, depresyon ile nedensel ve sorumluluk yüklemeleri arası ilişkiler üzerine bir araştırma* (Doctoral dissertation, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı).
- Kocaman, N. (2008). Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 101-112.
- Kocaman, N., Özkan, M., Aray, Z. ve Özkan, S. (2007). Hastalık algısı ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anatol J Psychiatry*, 8, 271-80.
- Kozier, B., Erb, G. & Blais, K. (1994). *Fundamentals of nursing*, 5th Ed, Addison-Wesley
NY.

- Kozier, B., Erb, G., Blais, K., Johnson, J. Y., Temple, J. S., Carmona, S. A. P., & Masmitjà, S. J. R. Assignatura: Administració de serveis d'Infermeria. *Diplomatura en Infermeria*, 141.
- Kulaksızoğlu, A. (2000). Ergenlik psikolojisi (3. Baskı), 115. *İstanbul: Remzi*.
- Kumar, C., Abbas, A. K., Fausto, N., & Mitchell, R. N. (2003). Robbins. *Robbins Basic Pathology 7th ed. Philadelphia: Saunders*.
- Küçükbakar, A. (2011). Kanser tanısını yeni alan ve hastalığı tekrarlayan bireylerin hastalığı algılamalarının belirlenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*.
- Küey, L., & Güleç, C. (1993). Depresyonun epidemiyolojisi. *Ankara: Hekimler Yayın Birliği*, 53-68.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. In *Dynamics of stress* (pp. 63-80). Springer, Boston, MA.
- Leventhal, H., Diefenbach, M.A., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143-163. doi:10.1007/bf01173486
- Levin, T., & Kissane, D. W. (2006). Psychooncology: The state of its development in 2006. *The European journal of psychiatry*, 20(3), 183-197.
- Lutgendorf, S. K., & Andersen, B. L. (2015). Biobehavioral approaches to cancer progression and survival: Mechanisms and interventions. *American psychologist*, 70(2), 186.
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *JNCI Monographs*, 2004(32), 57-71.
- Massie, M. J., & Holland, J. (1989). The older patient with cancer. *Handbook of Psycho-oncology*, 444-452.

- Mete, H. E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(Ek 3), 3-18.
Erişim adresi www.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_11_70_3_18.pdf
- Mukherjee, T., Kumar, A., Mathur, M., Chattopadhyay, T. K., & Ralhan, R. (2003). Ets-1 and VEGF expression correlates with tumor angiogenesis, lymph node metastasis, and patient survival in esophageal squamous cell carcinoma. *Journal of cancer research and clinical oncology*, 129(7), 430-436.
- Muris P, Schmidt H, Lambrichs R ve ark. (2001) Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. *Behav Res Ther*, 39:555-565.
- Nolen-Hoeksema, S., & Hilt, L. M. (2009). Gender differences in depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 386-404). *The Guilford Press*.
- Okyayuz, Ü.H. (1999). Ölümcül kas hastalığı tanısı alan bir bebeğin anne babası olmak. Ü. H. Okyayuz (Ed.). *Sağlık psikolojisi* (s.237-249). Ankara: Türk Psikologlar
- Ozkan, S., & Turgay, M. (1992). Psychiatric morbidity and psychosocial adjustment in mastectomy and the relationship between cancer-organ loss and psychopathology. *Arch Neuropsychiatry*, 29, 207-215.
- Özkan S. Psikiyatrik Tıp: KonsültasyonLiyazon Psikiyatrisi. İstanbul: Roche; 1993: 83-291.
- Özkan, S. (2003). Meme kanserli hastaya psikolojik yaklaşım, yaşam kalitesi. E. Topuz, A, Aydın, M, Dinçer. *Meme kanseri içinde* (s.681-690), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Özkan, S. (2007). *Psiko-onkoloji*. İstanbul: Form Reklam Hizmetleri.
- Özkan, S., Filiz, Ö. Ğ. C. E., & Koca, A. K. (2007). Meme ve Gastrointestinal Sistem Kanserli Hastaların Depresyon, Aksiyete Ve Yetiyitimi Durumlarının Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 23(2), 69-80.

- Özkan, S., ve Turgay, M. (1992). Mastektomi olgularında psikiyatrik morbidite psikoosyal uyum ve kanser, organ kaybı, psikopatoloji ilişkisi. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 29(4), 207-215.
- Pandey M, Sarita GP, Devi N, Thomas BC, et al. Distress, anxiety, and depression in cancer patients uindergoing chemotherapy. *World J Surg Oncol* 2006;4:1-5.
- Pelletier, G., Verhoef, M. J., Khatri, N., & Hagen, N. (2002). Quality of life in brain tumor patients: the relative contributions of depression, fatigue, emotional distress, and existential issues. *Journal of Neuro-oncology*, 57(1), 41-49.
- Petrie, K., & Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine*, 6(6), 536.
- Pıçakçıefe, M. (2010). Çalışma yaşamı ve anksiyete. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 9(4), 367-374.
- Ravindran, A. V., Matheson, K., Griffiths, J., Merali, Z., & Anisman, H. (2002). Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *Journal of affective disorders*, 71(1-3), 121-130.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health education quarterly*, 15(2), 175-183.
- Rowland, J. H., & Baker, F. (2005). Introduction: resilience of cancer survivors across the lifespan. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 104(S11), 2543-2548.
- Sadock, B. J. (1998). *Study guide and self-examination review for Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry*. Williams & Wilkins.
- Satin, J. R., Linden, W., & Phillips, M. J. (2009). Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer*, 115(22), 5349-5361.

- Spiegel, D., & Nemeroff, C. B. (1997, February). Psychosocial aspects of breast cancer treatment. In *Seminars in Oncology-supplements* (Vol. 24, No. 1, pp. 36-47). [New York] Grune & Stratton..
- Tang, L., Kurt, F., Leonhart, R. Pang, Y., Jinjiang, L., Song, L., ...Schaefer, R. (2017). Emotional distress and dysfunctional illness perception are associated with low mental and physical quality of life in Chinese breast cancer patients, *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1),231 doi: 10.1186/s12955-017-0803-9 Derneği Yayınları.
- Topuz, S., Ülger, Ö., Elbasan, B., Yakut, H., & Ayhan, Y. (2014). Türkiye’de farklı engellere sahip çocukların annelerinin yaşam kalitesinin ve psikososyal destek ihtiyaçlarının araştırılması: pilot çalışma. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi/Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation*, 2(25), 1-9.
- Topuzlu, C. (2000). Cerrahi onkolojinin temel ilkeleri. E. Topuz, A. Aydın ve A. N. Karadeniz (Ed.), *Klinik onkoloji içinde* (s.11-15), İstanbul: İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları.
- TUIK sitesi, sağlık istatistikleri ölüm dönemi istatistikleri
- Tural, Ü. (2008). Panik Bozukluğu, Fobik Anksiyete ve Kardiyak Kökenli Ölüm. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(Supp: 2), 3-11.
- Tünel, M. (2011). Meme kanserli hastalarda cerrahi tedavi öncesi ve sonrası anksiyete ve depresyon düzeyi. *Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana*.
- Ülev, E. (2014). Üniversite öğrencilerinde bilinçli farkındalık düzeyi ile stresle başa çıkma tarzının depresyon, kaygı ve stres belirtileriyle ilişkisi.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological bulletin*, 98(2), 219.

- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health*, 11(3),431-445. doi:10.1080/08870449608400270
- Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, ve ark. Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage* 2007;33: 118-29.
- World Health Organization. (2001). The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope.
- Yılmaz, M. (2006). *İleri evre kanser hastalarında bilgilendirme odaklı ağrı ve depresyon değerlendirmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Ankara.
- Yorulmaz H, Tatar A, Saltukoğlu G, Soylu G. Diyabetli hastalarda hastalık algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*.2013;2:367-387.

EKLER

Kişisel Bilgi Formu

Değerli katılımcı, bu araştırma İstanbul Kent Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı kapsamında veri toplama amacıyla Evrim Güloğlu tarafından Uz. Dr. Mustafa Kemal Özcan danışmanlığında hazırlanmıştır. Bu araştırmaya 18 yaş üstü en fazla 1 ay önce kanser tanısı almış yetişkinler katılabilmektedir.

Aşağıda kendiniz ve yaşadığınız sürece dair sorular yer almaktadır. Katılım tamamen gönüllük esasına dayalıdır. Çalışmanın amacına ulaşması, elde edilecek verilerin bilimsel bir nitelik taşıması ve güvenilir olması için sizden beklenen bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı altında kalmadan içtenlikle cevaplamanızdır.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Bu ankete katılmayı; Onaylıyorum ☐ Onaylamıyorum ☐

1.Cinsiyetiniz : () Kadın () Erkek

2.Yaşınız:

3.Kanser tipi:

4.Hastalığı (kanser) öğrenme zamanı :

5.Tanı anında ağrı varlığı:

6. Tedaviden önce operasyon öyküsü :

7.Tanı anında metastaz öyküsü

8. () Sigara () Alkol

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1. (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(b) Kendimi üzgün hissediyorum.
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (a) Gelecekte umutsuz değilim.
(b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum.
(b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
(d) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.

4. (a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
- (b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
- (c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
- (d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
- (b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
- (c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
- (d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. (a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
- (b) Bazı şeyler için cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
- (c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
- (d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. (a) Kendimden hoşnutum.
- (b) Kendimden pek hoşnut değilim.
- (c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
- (d) Kendimden nefret ediyorum.
8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
- (b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
- (c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
- (d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
- (b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum; fakat bunu yapmam.
- (c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
- (d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
10. (a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
- (b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
- (c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
- (d) Eskiden ağlayabilirdim; ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
11. (a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
- (b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
- (c) Çoğu zaman sinirliyim.
- (d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
- (b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
- (c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
- (d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
- (b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
- (c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
- (d) Artık hiç karar veremiyorum.

14. (a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
- (b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
- (c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
- (d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
- (b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
- (c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
- (d) Hiçbir iş yapamıyorum.
16. (a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
- (b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
- (c) Eskiye göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
- (d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
- (b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
- (c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
- (d) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.

18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.

(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.

(c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.

(d) Artık hiç iştahım yok.

19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.

(b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.

(c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.

(d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.

Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet () Hayır ()

20. (a) Sağlığım beni pek ilgilendirmiyor.

(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.

(c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntıları beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.

(d) Bu tür sıkıntıları beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.

(b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.

(c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.

(d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra her maddedeki **bugün dahil son bir haftadır** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

		Hiç	Hafif Düzeyde	Orta Düzeyde	Ciddi Düzeyde
			<i>Beni pek etkilemedi</i>	<i>Hoş değildi ama katlandım</i>	<i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	①	②	③	④
2	Sıcak/ ateş basmaları	①	②	③	④
3	Bacaklarda halsizlik, titreme	①	②	③	④
4	Gevşeyememe	①	②	③	④
5	Çok kötü şeyler olacak korkusu	①	②	③	④
6	Başdönmesi veya sersemlik	①	②	③	④
7	Kalp çarpıntısı	①	②	③	④
8	Dengenizi kaybedeceğiniz duygusu	①	②	③	④
9	Dehşete kapılma	①	②	③	④
10	Sinirlilik	①	②	③	④
11	Boğuluyormuş gibi olma hissi	①	②	③	④
12	Ellerde titreme	①	②	③	④
13	Titreklik	①	②	③	④

14	Kontrolü kaybetme duygusu	①	①	②	③
15	Nefes almada güçlük	①	①	②	③
16	Ölüm korkusu	①	①	②	③
17	Korkuya kapılma	①	①	②	③
18	Midede hazımsızlık veya rahatsızlık hissi	①	①	②	③
19	Baygınlık	①	①	②	③
20	Yüzün kızarması	①	①	②	③
21	Terleme (sıcağa bağlı olmayan)	①	①	②	③

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen sizde var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

*Hastalığının başlangıcından
bu yana bu belirtiyi yaşadım* *Bu belirtili hastalığımla ilgili*

Ağrı	Evet Hayır	Hayır	-----Evet
Boğazdayanma	Evet Hayır	Hayır	-----Evet
Bulantı	Evet Hayır	Hayır	-----Evet
Solukalmadagüçlük	Evet Hayır	Hayır	-----Evet
Kilo kaybı	Evet Hayır	Hayır	-----Evet
Yorgunluk	Evet Hayır	Hayır	-----Evet
Eklemsertliği	Evet Hayır	Hayır	-----Evet
Gözlerdeyanma	Evet Hayır	Hayır	-----Evet
Hırıltılısoluma	Evet Hayır	Hayır	-----Evet
Baş ağrıları	Evet Hayır	Hayır	-----Evet
Mideyakınmaları	Evet Hayır	Hayır	-----Evet
Uykugüçlükleri	Evet Hayır	Hayır	-----Evet
Sersemlikhissi	Evet Hayır	Hayır	-----Evet

Güç kaybı

Evet
Hayır

Hayır -----Evet



Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz..

1: Kesinlikleböyledüşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyledüşünmüyorum
böyledüşünüyorum

5. Kesinlikle

3. Kararsızım

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemeln geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13.Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15.Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					

18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

Hastalığının Nedenleri

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

1: Kesinlikleböyledüşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyledüşünmüyorum
böyledüşünüyorum

5. Kesinlikle

3. Kararsızım

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

ÖZGEÇMİŞ

Evrin Güloğlu 2018 yılında Bahçeşehir Üniversitesi İngilizce Psikoloji lisans mezuniyetini almıştır.Şuanda İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans programını bitirmek üzeredir.Psikoloji alanında ilk stajını Tekirdağ Devlet Hastanesi stajyer psikolog olarak tamamlamıştır.Daha sonra ki stajlarını ise Çorlu Devlet Hastanesi,Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Hastanesi, Bakırköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Medical Park Göztepe ve Tekirdağ Özel Eğitim Ve Rehabilitasyon Merkezin’de tamamlamıştır.Şuan online platformda aktif olarak danışan görmektedir.