

T.C
İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Preventif Onkoloji Anabilim Dalı
Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı
Danışman
Prof. Dr. Kemal ÇAKMAKLI

**KANSER TEŞHİSİ ALMIŞ HASTALARDA,
KANSERE TEPKİ TARZI ÖLÇEĞİ' NİN
(MENTAL ADJUSTMENT TO CANCER SCALE)
GÜVENİLİRLİK VE GEÇERLİK YÖNÜNDEN
İNCELENMESİ**

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZZET NATAN

İstanbul-2000

91663

TEŞEKKÜRLER

Çağdaş bilimsel çalışmalara ve araştırmalara önem vererek, destekleyen İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Müdürü Sayın Prof. Dr. Erkan TOPUZ' a ve İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Prevantif Onkoloji A.B.D Başkanı Sayın Prof. Dr. Sıdıka KURUL' a,

Araştırmada görüş ve destekleriyle her zaman yol gösteren Konsültasyon - Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı ve Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı Başkanı Sayın Hocam Prof. Dr. Sedat ÖZKAN' a,

Sosyal çalışmanın Türk tıbbına entegrasyonunda özveriyle çalışan ve Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı' nın kurucularından olan, tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Kemal ÇAKMAKLI' ya,

Bu çalışmada bilgi ve deneyimleri ile beni yönlendiren, yardım ve desteğini esirgemeyen değerli Hocam Prof. Dr. Güler BAHADIR' a

Öneri ve katkılarıyla özellikle de istatistiksel işlemlerin uygulamasındaki yardımlarından dolayı Erkan KALEM' e,

Çalışmamın her aşamasında desteğini ve ilgisini esirgemeyen Pedagog Funda BAYSAL' a,

Hayatım boyunca bana destek olarak, bugünlere gelmemi sağlayan aileme,

Ve tüm Onkoloji Enstitüsü çalışanlarına,

İçtenlikle Teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

I. GİRİŞ VE AMAÇ	1
II. GENEL BİLGİLER	4
1. KANSER	4
2. BİR STRES FAKTÖRÜ OLARAK KANSER	9
2.1. Stresin Tanımı	9
2.3. Psikososyal stres	11
3. PSİKOSOSYAL UYUM	21
4. DEPRESYON	26
5. KANSERE GÖSTERİLEN TEPKİLERİN SINIFLANDIRILMASI	30
5.1. Kansere Gösterilen Tepkileri Ölçen Testler	32
5.2. Mental Adjustment to Cancer Scale'in (MAC) Tanıtılması	33
III. GEREÇLER VE YÖNTEM	36
1. ÖRNEKLEM	36
2. GEREÇLER	37
2.1. MAC' in Türkçe Formu	37
2.2. Beck Depresyon Envanteri	37
2.3. Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği	38
2.4. Görüşme Formu	39
3. YÖNTEM	40
3.1. Güvenilirlik Çalışmaları	40
3.2. Geçerlik Çalışmaları	40

IV. BULGULAR	42
1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE KLİNİK TIBBİ DURUMLA İLGİLİ GENEL İSTATİSTİK BİLGİLER	42
2. KKT İL İLGİLİ GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMALARININ BULGULARI	50
2.1. KTT' nin İçsel Tutarlılık Çalışmasıyla ilgili bulgular	50
2.2. KTT' nin Test-Tekrar Test Çalışmasıyla ilgili Bulgular	51
2.3. Yarıya Bölme Güvenilirlik Çalışmasının Bulguları	52
3. KTT İLE İLGİLİ GEÇERLİK ÇALIŞMALARININ BULGULARI	53
3.1. Yapı Geçerliği Bulguları: KTT' nin Alt-Test Geçerliği	53
3.2. Yapı Geçerliği Bulguları: KTT' nin Beck Depresyon Envanteri ve Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği Arasındaki İlişkileri	54
3.3. Yapı Geçerliği Bulguları: KTT' nin Madde Madde geçerliği	54
3.4. Yapı Geçerliği Bulguları: KTT' nin Faktör Analizi Yöntemiyle İncelenmesi	58
3.5. Sosyodemografik Özelliklerle KTT' nin Alt-Test Skorları Arasındaki ilişkiler	63
V. TARTIŞMA VE SONUÇLAR	65
VI. ÖZET	72
VII. SUMMARY	74
VIII. KAYNAKLAR	76
IX. EKLER	80

TABLO VE GRAFİKLER

Tablo 1: TNM evreleme sistemi	7
Tablo 2: Başetmenin tanımları	14
Tablo 3: Vailant'ın uyum ego mekanizmaları teorik hiyerarşisi	17
Tablo 4: Başetmenin belirleyicileri	18
Tablo 5: Engel'in doğal dizgelerin hiyerarşisi	22
Tablo 6: Depresyonun bilişsel modeli	29
Tablo 7: Çeşitli aşamalarda kansere gösterilen tepkiler	30
Tablo 8: Hastaların yakalandıkları kanser türüne göre dağılımı	43
Tablo 9: Hastaların, gördükleri tedavi türüne göre dağılımı	44
Tablo 10: Hastaların medeni durumlarına göre dağılımları	44
Tablo 11: Hastaların eğitim durumuna göre dağılımı	47
Tablo 12: Hastaların çalışma konumuna göre dağılımı	48
Tablo 13: Hastaların ekonomik durumuna göre dağılımı	48
Tablo 14: Hastaların nüksetme ya da yeni teşhis edilme durumuna göre dağılımı	49
Tablo-15. KTTÖ alt testlerinin Cronbach alfa katsayıları	50
Tablo 16: KTTÖ'nün test-tekrar test güvenilirlik katsayıları	51
Tablo 17. KTTÖ'nün alt testleri için yarıya bölme güvenilirlik katsayıları	52
Tablo 18: Alt-testler arası ilişki	53
Tablo 19: KTTÖ'nün BDE ve ROGO ile ilişkisi	54
Tablo 20: "Mücadeleci Ruh" alt ölçeğinde, maddelerin madde-toplam korelasyonu, standart sapması ve ortalaması	55
Tablo 21: "Çaresizlik/Ümitsizlik" alt ölçeğinde, maddelerin madde-toplam korelasyonu, standart sapması ve ortalaması	56

Tablo 22: "Endişeli Bekleyiş" alt ölçeğinde, maddelerin madde-toplam korelasyonu, standart sapması ve ortalaması	56
Tablo 23: "Kadercilik" alt ölçeğinde, maddelerin madde-toplam korelasyonu, standart sapması ve ortalaması	57
Tablo 24: "İnkar" alt ölçeğinin ortalaması ve standart sapması	57
Tablo 25: KTTÖ'nün faktör yapısı	58
Tablo 26: KTTÖ'nün dördümlü faktör yapısı	59
Tablo 27: Birinci faktördeki maddelerin F-yükü, madde toplam korelasyonu ve Cronbach alfa katsayısı	59
Tablo 28: Birinci faktördeki negatif yüklü maddeler çıktığında, maddelerin madde-toplam korelasyonu ve Cronbach alfa katsayısı	60
Tablo 29: İkinci faktördeki maddelerin F-yükü, madde-toplam korelasyonu ve Cronbach alfa katsayısı	61
Tablo 30: İkinci faktördeki negatif yüklü 7.ci madde çıktığında, madde-toplam korelasyonu ve Cronbach alfa katsayısı	61
Tablo 31: Üçüncü faktördeki maddelerin F-yükü, madde-toplam korelasyonu ve Cronbach alfa katsayısı	62
Tablo 32: Dördüncü faktördeki maddelerin F-yükü, madde-toplam korelasyonu ve Cronbach alfa katsayısı	62
Tablo 33: Yaş ile KTTÖ'nün alt testleri arasındaki korelasyonlar	63
Tablo 34: Kadın ve erkek hasta Örnekleminde KTTÖ alt testlerinin t-testi ile karşılaştırılması	64
Grafik 1: Hastaların evrelere göre dağılımı	45
Grafik 2: Hastaların teşhis tarihlerine göre dağılımı	45
Grafik 3: Hastaların yaşlara göre dağılımı	46
Grafik 4: Hastaların cinsiyete göre dağılımı	46

I. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, psikososyal boyutu çok büyük olan bir hastalık grubudur. Hastalık, yalnızca fiziksel sağlığın tehdit edilmesi olarak değil, bireyin psikolojik denge ve uyumunda bir takım değişiklikleri meydana getiren bir zorlanma olarak da yaşanır. Kanser tanısı; kişinin kanser hakkındaki bilgisine, kansere verdiği anlama ve hastalığın tedavisi hakkındaki düşüncelerine dayalı olarak yoğun bir huzursuzluk, keder, çaresizlik ve ümitsizlik yaşamasına sebep olabilmektedir (34). Bu tür ruhsal tepkiler, daha teşhis konmadan önce de hasta tarafından gösterilebilir. Hasta, daha hekimi görmeden, kanser olasılığını aklına getirip, çeşitli ruhsal reaksiyonlar yaşayabilir (4).

Sağlık ekibi üyeleri ile hasta arasında uçurum olduğu, hastanın tamamen kendi başına bırakıldığı ve sadece fiziksel bakımı ile ilgilenildiği durumlar, sağlık kurumlarımızda sıkça görülen bir tablodur. Hasta ve ailesi, bu koşullarda, kanser deneyimi ile başbaşa kalmakta, hastalıkla başetmeye çalışmaktadır (14,15). Halbuki, kanserin belki de en önemli özelliği belirsizliğidir. Psikolojik olarak bu durum, hastada zihinsel ve duygusal bir iç gerilime yol açar. Bu belirsizlik karşısında zorlanan hasta, başetme mekanizmalarını kullanır. Bu mekanizmaların bilinmesi, aynı belirsizlikle mücadele etmeye çalışan sağlık personelinin hastaya yardım etme potansiyelini artırır. Sağlık sisteminde sosyal çalışmaya önem veren ülkeler, böyle bir “hasta merkezli” yaklaşımı uygular (22). Bu sistem, kanser hastalığının yarattığı yaşam kriziyle mücadele eden hastaya ne şekilde yardımcı olunabileceğini de belirler.

Günümüzde hekimler, kanser tanısının, hastaya psikolojik olarak zarar vermesinden ve hastanın tüm yaşam umudunu kaybettirmesinden korkmaktadır. Öte yandan hekimler arasında, hastaya tanıyı söyleme, hastalığı hakkında bilgilendirme ve hastayı durumdan haberdar etme eğilimi de artmaktadır (4).

Psikososyal etkenlerin hastalığın seyrini etkilediği bilirse de; hekimler, psikososyal incelemenin kliniklerde fazla zaman aldığı ve hastalığın fiziksel yönüne yeterli dikkati sarfetmelerini engellediği düşüncesiyle kaygı duymaktadırlar.

Kanser hastası da diğer hastalar gibi, geçmiş deneyimlerine, çevresi ile etkileşimine, sosyo-kültürel özelliklerine, eğitime, vb. etkilerden doğru, hastalığını algılar. Hastanın oluşturduğu bu algılamalarla beraber, bireysel özellikleri, daha önceki stres yaratan durumlara verdiği psikolojik tepkiler ve kullandığı çözüm yolları da kanser teşhis ve tedavisine sağlayacağı uyumda etkili olur.

Kognitif model açısından uyumun tanımı, algısal süreçlerin önemli ve öncelikli olduğu düşüncesine dayanır. Hasta; hastalığı, belirtileri ve tedavileri belirli bir bakış açısı içinde yorumlar (34).

Tüm bu tartışmaların ışığında, hastanın hastalıkla ilgili algılamalarını, başetme yollarını ve hastalığa uyumunu göz önüne almadan planlanan bir bakımın, gerçek gereksinimlere cevap vermeyeceği açığa çıkar. Psikososyal yardımla desteklenen bir tıbbi tedavi programı, sağlık ekibini hastaya yabancılaşmadan koruyacaktır.

Greer ve Watson, kansere uyumu, hastanın kanser teşhisine verdiği tepkiler olarak tanımlar. Bu tepkilerin ölçümünü iki sebeple gerekli görürler: Birincisi psikososyal desteğe ihtiyacı olan hastaların saptanmasıdır. İkincisi ise kansere verilen psikolojik tepkinin prognozu nasıl etkilediğidir (51).

Türk örneğinde kansere gösterilen tepki tarzlarını ölçen geçerli ve güvenilir bir testin onkoloji alanında ihtiyacı yoğun olarak hissedilmesi nedeniyle; bu tez çalışmasında Watson ve ark. tarafından kanserin teşhis ve tedavisine gösterilen uyum modeli çerçevesinde geliştirilmiş olan Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC)'in Türkçe formunun (Kansere Tepki Tarzı Ölçeği) geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Türkçe formun geliştirilmesinde aşağıdaki çalışmalar gerçekleştirilmiştir:

1. MAC'in Türkçe'ye çeviri çalışması
2. Kansere Tepki Tarzı Ölçeği (KTTÖ)' nin içsel tutarlılık incelemesi
3. Kansere Tepki Tarzı Ölçeği (KTTÖ)' nin test-tekrar test güvenilirliği incelemesi
4. Kansere Tepki Tarzı Ölçeği (KTTÖ)' nin yapı geçerliği incelemesi

Araştırmanın bir seri çalışmayı içermesinden dolayı herbir çalışmanın amacı ve hipotezi vardır. Hipotezler:

- Ölçeğin alt testleri yüksek düzeyde içsel tutarlılığa sahiptir.
- Ölçeğin alt testleri arası ilişkiler, testin geliştirilirken dayandığı kansere uyum modelini desteklemektedir.
- Alt testlerin herbir maddesi ölçeğin amacını temsil edebilecek düzeydedir.*
- Türkçe formun faktör yapısı, orjinal formun faktör yapısına uygundur.

Ayrıca Kansere Tepki Tarzı Ölçeği (KTTÖ)' yle depresyon düzeyi ve stresle başa çıkma yeteneği arasındaki ilişkilere bakılmıştır.

* Genellikle en düşük kabul edilebilir r düzeyi 0,15 olarak esas alınır. (Nunnally, 1967)

II. GENEL BİLGİLER

1. KANSER

Lâtincede 'de şişlik manasına gelen tümör, önceleri gebelik ve iltihaplanmalar için kullanılmış; daha sonra, dokularda, normal olmayan yeni hücre gelişmesi ve çoğalmasına bağlı olan şişlikler için kullanılmaya başlanmıştır (42). Herhangibir hücrenin anormal bir biçimde çoğalmasına tümör ya da neoplazma adı verilir(20). Dolayısıyla ortaya çıkan hastalık da neoplazmik bir bozukluktur. Günümüzde bu iki kelime, tümör ile kanser, eş anlamlı gibi kullanılmakta ise de tümör gerçekte selim veya habis her türlü şişliği ifade eden bir terimdir (42).

Kanser, habis tümörler için kullanılan genel bir addır. Genel olarak habis tümörlerin özellikleri şunlardır:

- Sınırlayan bir kapsül ya da zardan yoksun olduklarından, çevrelerindeki dokulara yayılır ve tahribat yaparlar.
- Hücre bölünmesi, kontrolsüz ve düzensizdir.
- Tümör hücreleri, kaynak doku hücrelerinden daha ilkel şekildedir.
- Hızlı büyüme gösterirler.
- Primer tümörden uzak vücut bölümlerinde; akciğer, karaciğer ve beyin gibi organlarda metastazlara neden olabilirler.
- Primer tümör ve/veya metastazları, yaşamsal organların iflasına ve dolayısıyla ölüme yol açabilirler.

Selim tümörlerin özellikleri ise şunlardır:

- Kapsül ya da bağ dokusundan sınırı olduğu için normal çevre dokusuna yayılmaz.
- Hücre bölünmesi düzenlidir.
- Yeni hücreler, kaynak doku hücrelerine benzer.
- Büyüme yavaştır ve kendiliğinden durabilir.

- Kafatası içinde olanların dışında öldürücü değildir. Kötü etkileri ancak endokrin sistem üzerinden ya da yer işgal ederek komşu normal dokuya basınç yapmalarından doğar.
- Yayılmaları ancak çevrelerinde olabilir (27, 36).

Tümörlerin habis veya selim olarak ayrılması her zaman yeterli olmayabilir. Histolojik olarak selim kabul edilen bazı tümör cinsleri, klinik olarak habis tümör gibi seyredebilir. Ayrıca habis tümörlerin bir bölümü hızla geliştiği halde bir bölümü yavaş ilerleme gösterebilir (42).

Latince’de “cancer” sözcüğünün karşılığı yengeçdir. Kanser adı, kanser hücrelerinin yanlara doğru yengeç gibi ilerlemesinden gelir. Kanser, hepsi ayrı ayrı araştırılan, kendine özgü değişik etyolojik nedenleri, doğal seyri ve tedavi seçenekleri olan 200’den fazla farklı hastalığı kapsamaktadır (4).

Kanser hücreleri, kaynak aldıkları dokulara ve vücudun bölgelerine göre değişik adlar alırlar:

- Karsinom, epitel doku kanseridir. Epitel doku, vücudu dıştan deriyle, içteki boşlukları mukozayla örtü halinde kaplayan dokudur. Meme, akciğer, kolon, prostat ve cilt kanserleri en yaygın görülen bu kanser türüne girer.
- Sarkom; mezenkimal dokudan kaynaklanan habis tümörlerdir. Kemik, tendon ve kasların kanserine verilen isimdir.
- Lenfoma; lenf düğümü ve diğer lenfoid organlarındaki hücrelerden kaynak alan kanserdir.
- Lösemi, kan kanserine verilen isimdir (42).

Kanserli hastayı ölüme götüren, çoğu zaman metastazlardır. Metastaz; bir veya daha fazla neoplastik hücrenin, ilk odaktan daha uzak bir bölgede çoğalması olarak tanımlanır. Örneğin, kalın bağırsaklarda başlayan bir kanserin metastazı, karaciğerde olabilir. Kanser hücreleri genelde; lokal invazyon, emplantasyon, kan ve lenf yoluyla yayılırlar (20).

Kanser, ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye farklılıklar gösterdiği gibi; ırka, cinse ve yaşa göre de tipi ve sıklığı değişir. Erkeklerde en çok görülen akciğer, sindirim sistemi, deri, prostat, ağız boşluğu, laringofarenks ve mesane; kadınlarda ise meme, kolon ve uterus kanserleridir (36).

Günümüzde, pek çok faktörün kanser oluşumuna yol açtığı kabul edilmemektedir. İlerleyen DNA teknolojisi sayesinde kanserin genetik sebepleri hakkında bilgilerimiz artmaktadır. Epidemiyolojik verilere göre kanserlerin, %80 veya %90'ında, hayat tarzından ve çevreden kaynaklandığını göstermektedir. Genelde kansere yol açtığı kabul edilen belli başlı nedenler şunlardır : Kimyasal maddeler (katran, kömür, benzen, naftalin, vinilklorür gibi), iyonize ışınlar, güneş ışınları (UV), sigara, alkol, hava kirliliği, beslenme (çok yağlı ve kırmızı et ağırlıklı beslenme, katı maddelerin kullanımı), bazı virüsler (Hepatit B, Ebstein Barr gibi).

Kanserin Belirtileri:

- Tükürük, dışkı ya da idrarda kan bulunması
- Adetlerde değişiklikler, özellikle aşırı kanama ya da ara kanama
- Yıllarca var olan bir benin, görünüm, büyüklük, renk değiştirmesi ya da kanaması
- İyileşmeyen bir yara veya lezyon
- Memede, testislerde, vücut yüzeyinde devamlı bir şişkinlik veya doku sertleşmesi, bir kol veya bacağın şişmesi
- Bağırsak hareketleri veya idrara çıkma alışkanlıklarında değişiklikler; özellikle ileri yaşlarda beliren sindirim güçlükleri; dışkılamanın değişmesi, kabızlık, kronik ishal veya yumuşak dışkının görülmesi
- Sürekli ses kısıklığı, kuru öksürük veya öksürükle birlikte kan gelmesi
- İzah edilemeyen kilo kaybı veya iştahsızlık
- Ağrı yapmadığı halde şişen ve küçülmeyen salgı bezleri (28).

Kanser teşhisinde kullanılan yöntemler şunlardır: İyi bir klinik muayene ile birlikte; hücre ve doku seviyesinde yapılan patolojik tetkikler, kan ve idrar tahlilleri, biyokimyasal analizler, radyolojik inceleme (baryumlu radyografi, ultrasonografik tarama, bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans görüntüleme yöntemi) ve endoskopi (47).

Kanserde evrelendirme; tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi, farklı tedavi metodlarının karşılaştırılabilmesi, hastalığın temel biyolojisi hakkında bilgi edinilmesi ve en önemlisi, hasta yönünden en uygun tedavinin verilmesi için gereklidir (47). Ek olarak prognozun tahmin edilmesinde, tedavi merkezleri arasındaki bilgi alış verişinde ve kanser alanında sürdürülen çalışmaların yorumlanmasında TNM adı verilen uluslararası evreleme sistemine başvurulur.

T: Tümör büyüklüğü

N: Lenf nodu metastazının durumu

M: Uzak metastaz

Tablo 1: TNM Evreleme Sistemi

Evre	Tanımlama
I	T ₁ N ₀ M ₀
II	T ₂ N ₁ M ₀
III	T ₃ N ₂ M ₀
IV	T ₄ N ₃ M ₊

Kanserin doğal gidişi, özgül özellikleri ve oluşum evreleri hakkındaki bilgilerin artması; kanserin önlenmesi ile tedavisi konularında yeni ve özel metodların gelişmesini sağlamaktadır. Kanser çeşitlerinin sıklıkları, yerleşim yerleri, patolojileri, prognozları; cerrahiye, radyasyona ve sistemik tedavi çeşitlerine uygunlukları, tanı ve tedavide kullanılan yöntemlerde farklı uygulamaları zorunlu kılar (36).

Cerrahi Tedavi: Yüzyıllar boyunca kanser tedavisinin tek metodu idi. Bugün bile, tam iyileşen hastaların büyük çoğunluğunda (%75-80) primer tedavi yolu olma özelliğini korumaktadır. Kanser tedavisinde cerrahi, tam iyileştirmeye yönelik cerrahi girişimler yanında diğer nedenlerle de kullanılabilir. Cerrahi tedavi çeşitleri arasında

önleyici cerrahi, tanısal cerrahi, palyatif cerrahi, tümör yükünü azaltıcı cerrahi, metastaz cerrahisi ve değişik cerrahi işlemler sayılabilir (20).

Radyoterapi: 1900'de x-ışınlarının insan dokusuna zarar verebildiği, bu yüzden de, çok dikkatli kullanıldığı takdirde, habis tümörlerin küçültülmesinde, hatta tamamen yok edilmesinde kullanılabileceği anlaşıldı. Radyoterapi, yüksek enerjili ışınların, kanser hücrelerini öldürmek için kullanılmasıdır. Radyoterapi, özellikle radyasyona karşı duyarlı olduğu tespit edilen tümörlerin yok edilmesinde kullanılır. Aynı zamanda, ameliyattan sonra kalabilen ve çevresindeki bezlere yayılma ihtimali olan kanserli hücrelerin öldürülmesinde ve ilerlemiş kanser vakalarında ıstırabı azaltmak, nüksleri önlemek veya tedavi etmek amacıyla da kullanılır. Doku içine yerleştirilen radyoaktif tel veya çekirdekler yardımıyla sadece kanserli bölgeye radyoterapi uygulanmasına brakiterapi denir. Böylece normal dokuların radyasyondan ve yan etkilerden korunması sağlanmış olur (20, 27).

Kemoterapi: Kemoterapi, kimyasallarla yani ilaçla tedavi demektir. Kanser tedavisinde kullanılan ilaçlara, hücreleri zehirledikleri için sitotoksik adı verilir. Üstün tarafları, vücudun her yerindeki kanserli hücrelere etki etmeleridir. Bu nedenle, lösemi ve lenfatik sistem kanserleri gibi bütün vücuda yayılan kanserlerde son derece etkilidir. Kemoterapi, tek başına uygulanabildiği gibi cerrahi ve radyoterapiyle birlikte de kullanılabilir. Özellikle erken evrelerde, kanserin, dolaşım sistemi vasıtasıyla lenflere ve vücudun diğer bölgelerine yayılmasını engellemekte başarı sağlar.

Diğer tedaviler: Bağışıklık sistemini uyaran immünoterapi, hormona bağlı kanserlerde yani büyümek için hormona ihtiyaç duyan kanserlerde de hormon tedavisi uygulanmaktadır (20, 27).

2. BİR STRES FAKTÖRÜ OLARAK KANSER

2.1 Stresin Tanımı:

“Stres” Latince’den türemiş ve İngilizcede kullanılan bir terimdir. İnsan ve diğer canlılarla ilgili bir durumu tanımlamada kullanılan bir kelime olmadan önce, fizik ve mühendislik bilim dallarında kullanılmıştır. İsim olarak birinci anlamı zorlanma, gerilme ve baskıdır. 17. yy’da felaket, bela, musibet, dert, keder, elem gibi anlamlarda kullanılmıştır. 18 ve 19. yy’larda ise kavrama yüklenen anlam değişmiş ve güçlük, baskı, zorluk gibi anlamlarda objelere, kişiye, organa veya ruhsal yapıya yönelik olarak kullanılmaya başlanmıştır (6).

Doğası gereği çeşitli disiplinlerin çalışma alanı olması sebebiyle üzerinde pek çok tanım yapılabilir. Stres; jeoloji, antropoloji, sosyoloji, psikoloji, fizyoloji, endokronoloji ve tıp gibi disiplinlerin, üzerinde kuram ve kavram oluşturduğu bir konudur. Dolayısıyla biyopsikososyal süreçler, stresin hem sebebi hem de sonucudur. Buna bağlı olarak da stres, nesne ve kişinin bu tür süreçlerin etkisi ile biçiminin bozulmasına ve çarpıtılmasına karşı gösterdiği bir dirençtir. Bütünlüğünü koruma ve esas durumuna dönmek için çaba harcamadır (46).

Literatürde stres ikiye ayrılır:

1. İyi stres ya da olumlu sonuçlar yaratan stres (Eustress); insanın, zor bir amaca ulaşmak için aldığı olumlu bir uyarılma, insanı hayatta tutan gerilimdir ve etkin bir yaşama için gereklidir.
2. Kötü stres (Distress); güvenlik ve yeterlilik duygularının yitilmesi durumunda ortaya çıkar. Çaresizlik, ümitsizlik ve hayal kırıklığı, kötü strese sebep olur. Kötü stres, yitirmenin stresidir (46).

Stresi tarif eden araştırmacılar ise onu ya organizmanın verdiği tepki olarak, ya da stresi uyaran (tepkiiyi yaratan durumun kendisi) olarak tanımlamışlardır (40).

Fransız fizyoloğu Claude Bernard, 1978' de, bütün hayati faaliyetlerin, i ve dış ortamımızın şartlarını dengede tutmak amacına yönelik olduğunu ileri sürmüştür. Böylece tıbbı, serbest ve bağımsız hayatın temel şartı olarak "i yapının dengeliliği" prensibini getirmiştir. Çeşitli i ve dış etkilerin bu dengeyi bozmaları ise hastalık halini meydana getirir. Cannon'un kullandığı "homeostasis" kavramı da aynı anlama gelmektedir (6, 41, 46).

Selye'ye göre stres; çeşitli ajanlara karşı, biyolojik sistemde meydana gelen bir savunmadır. Organizmanın tehdit edilmesi ile bozulan dengenin yeniden kurulması için duruma uyum sağlaması gerekir (46).

Genel Adaptasyon Sendromunun  Dönemi (H. Selye 1977)

- Alarm Reaksiyonu: Stresin algılandığı devredir. Organizma bu dönemde şoka ve kontrşoka girer. Otonom faaliyet ortaya çıkar. Organizma, psikofizyolojik temelli tepkiler verir.
- Direnme Dönemi: Vücudun stres yaratan duruma karşı direnci yükselmiştir. Bu durumdan kaçmak veya ona uyum sağlamak zorunda olduğundan, diğer stres kaynaklarına karşı direnci düşer. Eğer direnç dönemi başarı ile aşılırsa, beden, normal koşullarına döner; başarısız olunursa, beden, kuvvetten düşer ve ker.
- Tükenme Dönemi: Bireyin enerjisindeki azalmayla tükenme ve bitkinlik görülür. Selye, yıkımı "adaptasyon hastalığı" olarak tanımlamıştır (6, 41).

Aşırı Stresin İnsan zerindeki Etkileri

Bir stresin ağırlığı, bireyin yeni duruma uyumu için yapması gereken değişikliklerin niteliğine ve zorlanmanın ortaya çıktığı çevrenin koşullarına bağlıdır. Örneğin, bazı mikropların bedende yaratacağı zorlanmanın, organizmanın direncine ve mikropları yok etme gücüne bağlı olarak değişebileceği gibi, içinde bulunulan koşullarda hangi tedavi yöntemlerinin uygulanabileceğine de bağlıdır (6).

Çeşitli diğer etmenler de stresin derecesini belirler. Yeni bir uyum sağlamayı gerektiren durumun önemi, bireyin hangi gereksinimlerinden yoksun kalacağına ve bu durumun üstesinden gelemediğinde düzenin ne kadar bozulacağına bağlıdır. Bir stres durumunun süresi uzadıkça şiddeti de artar. Uzun süreli bir tedavinin bitkinliği ile kısa süreli bir tedavinin yarattığı stresin yoğunluk derecesi eşit değildir. Stres kaynaklarının çokluğu da bireyin uyum sağlama yeteneğini kısıtlar. İnsan, birden çok sorunla aynı anda karşılaşır, yalnızca bir sorunun yarattığı stresten çok daha fazla strese maruz kalır (17, 6).

Stres, insanın uyum yeteneğini azaltır ve diğer streslere karşı dirençsiz bırakır. Birçok kişi, ağır ve uzun süreli bir stres kaynağı ortadan kalktıktan sonra, insanın yeniden toparlanarak eski durumuna dönebildiği kanısındadır. Selye, insanlar üzerinde yaptığı deneyle bunun her zaman doğru olmadığını ve ağır streslerin insanda bazen giderilmesi olanaksız yıkıntılar bıraktığını kanıtlamaktadır (21, 46).

2.2. Psiko-Sosyal Stres:

Kagan ve Levi, oluşturdukları psikososyal kökenli hastalıklar modelinde, kaynağını psikososyal ilişkilerden alan ve belirli şartlar altında belirli kişilerde hastalığa sebep olan psikososyal uyaranlardan bahsetmişlerdir (34). Ancak olayın stres yaratıcı olarak değerlendirilmesine karar veren psikolojik süreçler ihmal edilmiştir (40).

Stresi organizmanın verdiği tepkiye bağlı olarak inceleyen araştırmalar, psikososyal stresi açıklamada yetersiz kalmıştır.

Stresi bir uyaran olarak inceleyen araştırmacılar, yaşamda stres sebebi olabilecek uyaranları genelde 6 ana başlık altında toplamışlardır: 1. Hastalık, 2. Ölüm, 3. Ekonomik, 4. Çocuk, 5. Kişiler arası, 6. Kişiler arası olmayan. Bu araştırmalar, kişisel farklılıkları ortadan kaldırarak yaşamda, neyin stresli olduğunu bulmaya çalışmışlardır (40).

Başka araştırmalar ise psikososyal süreçleri ön plana taşımışlardır. Araştırmacılar, çevreden gelen etkilenmelere karşı bireylerin kişilik yapıları, beklenti düzeyleri, hayat felsefeleri, algılama şekilleri, geçmiş tecrübeleri ve sosyal desteklerine göre farklı tepkilerde buldukları üzerinde durmuşlardır (6,17,31,33).

Lazarus, Deese ve Osler, 1952'de, çeşitli stres durumlarının etkisi üzerinde durmuşlardır. Bireye ve duruma bağlı özellikleri ve farklılıkları belirlemek için yaptıkları incelemelerde, bireysel farklılıkların, durumla ilgili değişiklikler kadar önemli olduğunu tespit etmişlerdir (40).

Manson da bu konuda çalışmalar yaparak, stresin, bireye bağlı ve özelleşmiş bir tepki olduğunu ortaya koymuştur. Bu özelleşmeyi, bireye özgü nitelikler ve zihinsel şartlar sağlamaktadır. Aynı çevre etkileri, bütün insanlar tarafından aynı biçimde yorumlanmamaktadır. Bazı insanlar için stres yaratıcı olan durumlar, bazıları için bu anlamı taşımaz (6).

Birey ve çevresi arasındaki karşılıklı ilişkiyi ön plana çıkaran bu araştırmalar, kurdukları modellerde, stresi hem uyarıcı hem de tepki olarak ele almışlardır. Appley, 1962 yılında, durumlara ve olaylara stres yaratan yorumunu getiren önemli bir değerlendirme kriterinin "tehdit algısı" olduğunu söylemiştir. Buradan itibaren, durumların stres yaratan veya stres yaratmayan olarak yorumlanmasında "kişisel belirleyiciler" in öne çıktığı görülmüştür (6).

Stresin insana etkisi söz konusu olunca, insanın psikolojik bütünlüğünü oluşturan düşünce, duygu ve davranışları anlamaya ve tanımaya gerek vardır.

Stres tepkisi, ortamda ne olduğuna bağlı olarak değil, insanın olana nasıl tepki verdiğiyle ilgili olarak ortaya çıkar. Hissettiklerimiz, esas olarak düşündüklerimiz paralelindedir (17). Bu sebeple, stres belirli insanla belirli olayın etkileşiminde ortaya çıkar. Yani olay, tek başına belirleyici değildir. O belirli durum ile o belirli kişi arasındaki işlemdir. Düşünme, hissetme ve davranma biçimimiz, insan olarak hayata bakışımızı, yaşantılarımızı ve olaylarla etkileşim yolumuzu ortaya koyar. Bir olayı algılayışımız ve onunla başa çıkabilecek becerilerimizi değerlendirişimiz, o olayı "stres yaratan" veya "stres yaratmayan" olarak tanımlamamıza sebep olur (31).

Lazarus, "zihinsel değerlendirme" (cognitive appraisal) kavramı üzerinde durmuş ve konunun bu boyutuna ışık tutmuştur. Durumu anlamamıza yardımcı olan faktörleri birincil değerlendirme ve ikincil değerlendirme sistemleri olarak ele almıştır (31).

Birincil değerlendirme: Durumun algılanması ve kişi için ne anlama geldiğinin değerlendirilmesidir. Bu dönem, yaşantının anlamını keşfetme dönemidir. Bize uygun olmayan bir şeyin olup olmadığına bakarız; durum, bizi herhangi bir şekilde etkilemiyor ise nötr bir yaşantıdır. Stres yaratıcı olarak değerlendirmemiz için, bu yaşantının, bizi zedeleyeceğini, mücadeleye zorlayacağını yani tehdit edeceğini düşünmemiz gerekir.

İkincil değerlendirme: Birinci aşamada kişi, yaşantıyı stres verici (tehdit edici) olarak değerlendirmiş ise ikinci aşama, olay ile başetme yolları ile ilgilidir. İmkanları ile bu konuda ne kadar etkin olabileceğine bakar. Bu aşamada da başetme davranışını yeterli bulmaz, eksik görür ise artık tam bir stres söz konusudur. Kişi, psikolojik düzeyde de, bedensel düzeyde de stres tepkisi verir. Yani düşünce, duygu ve davranış düzeyindeki yıkıcı ve olumsuz tepkilerle başetme kaynaklarının ve seçeneklerinin değerlendirilmesi söz konusudur. Bireyin, stres yaratan durum karşısında, "ne yapabilirim" sorusuna aradığı yanıtları içerir. Bunlar da, bireyin sahip olduğu bedensel, psikolojik, sosyal (sosyal destek, bilgi ... vs.) ve ekonomik olanakları içermektedir (6, 31, 40).

Lazarus, "stresle başetme" kavramını ortaya atmış ve bir olay ile duygusal tepki arasında aktif bir süreç olarak görmüştür (6). Bu süreç, stresli durumu ya da gösterilen tepkiyi değiştirmeye yöneliktir. Çalışmaları, kontrol edilemeyen stres durumunda bireyin çaresizlik hissettiğini, başetme çabalarında giderek pasif duruma girdiğini, moral bozukluğu ve depresyon gösterdiğini ortaya koyar. Bilişsel modelde başetmenin, "kontrol edilebilir" durumlar için problem odaklı, "kontrol edilemeyen" olaylar için ise duygu odaklı olmak üzere iki temel fonksiyonu vardır. Buna göre, problem odaklı başetme stratejilerinde, amaç, problemi ortadan kaldırmaya yöneliktir olduğundan, bireyin kendisinde veya çevresinde somut değişiklikler yapması

gerekmektedir. Bu değişiklikler, yeni becerilerin ya da bilgilerin kazanılması veya dış çevredeki tehdit edici unsurların değiştirilmesi ile mümkün olur. Duygu odaklı başetmede temel hedef, kişinin duygularında, algılarında ve kognisyonlarında sübjektif değişiklikler yaratmaktır. Amaç, stres yaratan durumun olduğu gibi kabul edilip, bireyin üzerinde yaptığı olumsuz etkinin hafifletilmesidir (30)

Tablo 2: Başetmenin Tanımları *

Referans	Tanımlar
Lazarus (1966)	“Başetme” terimini kullandığımızda, tehditle başa çıkma stratejilerinden bahsederiz.
Mechanic (1968)	Hayatın gerektirdiklerini ve hedefleri yerine getirmede, kişilerin davranış ve problem çözme kapasiteleri... Bir kişinin elde ettiği bilgi, teknik ve becerilerin uygulanmasını içerir.
Lipowski (1970)	Hasta bir insanın, bedensel ve ruhsal bütünlüğünü korumak, düzeltilebilecek işlevi düzeltmek ve düzeltilemeyen bozukluklar için sınıra kadar kabullenmek için kullandığı tüm bilişsel ve motor faaliyetler.
White (1974)	Başetme, çok zor şartlar altında uyum göstermedir.
Weisman ve Worden (1976-1977)	Başetme, bir insanın, algılanan problem hakkında rahatlama, ödül, denge ve huzur bulmak amacıyla yaptıklarıdır.
Pearlin ve Schooler (1978)	Dış yaşamsal gerginliklere gösterilen ve duygusal stresi kontrol etme, engel olma ve kaçınma işine yarayan her tepki, başetmedir.
Kaplan (1981)	1. Kişinin, stres verici olay sırasında ya da sonrasında, duygusal etkilenmenin fiziksel ve psikolojik sonuçlarını dayanılabilir limitlere azaltmada sonuçlanan davranışı. 2. Kişinin iç ve dış kaynaklarını harekete geçiren, çevresini veya ona olan ilişkisini değiştirme yeteneklerini geliştiren, tehdidin azaltılması veya kaybın telafisi için değişik tatmin kaynakları bulan davranışlardır.
Lazarus ve Folkman(1984)	Başetme, kişinin kaynaklarını aşan belirli iç ve dış taleplerle başa çıkmak için kullanılan, sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlanır.

* Holland, J.C., Rowland, J.H.: Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cancer. Oxford Univesity Press (1990).

Rosenbaum, stresle başetmeyi sağlayan ve deneyimlerle geliştirilen bir davranış repertuarından bahseder. Bu repertuara da "öğrenilmiş güçlülük" adını verir. Rosenbaum'a göre öğrenilmiş güçlülük; bireyin duygu, bilinç, ağrı gibi iç uyarıcılarını düzenlemede kullandığı, çoğunlukla bilişsel olarak kazanılmış davranış ve beceriler toplamıdır. Başarılı bir başetme, kendi davranışlarını düzenleme ile ortaya çıkar ve üç çeşidi vardır. Bunlardan ilki, bireyin fizyolojik fonksiyonlarını dengede tutmak için otomatik ve bilinç dışı olarak ortaya çıkar; ikincisi, otomatik olmayan, bilinç düzeyinde onarıcı, kendini düzenlemedir (redressire self-regulation); üçüncüsü ise, ikincisi gibi otomatik olmayan ve bilinçli düzeyde olan, zararlı-yıkıcı alışkanlıkları ya da refleks tepkileri uygun, yeni şekillere sokan yenileyici düzenlemedir (reformative self control).

Rosenbaum, öğrenilmiş güçlülük kavramını dört temele dayandırır. Bunlar:

- Duygusal tepkileri düşüncelerle denetleyebilme becerisi (Self- instructions) ve bilişleri kullanma
- Planlama, problemi tanımlama, seçenekleri değerlendirme ve sonuçları tahmin etme gibi problem çözme stratejilerini uygulama
- Anlık doyumunu erteleyebilme
- İçsel olayları düzenleme yeteneğine ilişkin kişinin kendi algılarıdır (38, 40).

Başetme, Uyum ve Savunma Mekanizmaları:

Kanser, hastanın yaşamına büyük bir tehdit oluşturan, teşhis ve tedavi süreçlerinde yoğun stresler içeren bir hastalıktır (34). Kısaca; insan, böyle bir stres durumu ile karşılaştığında başedebilme gücünü kendisinde bulursa, çabaya yönelik bir davranış biçimi gösterir ve içinde bulunduğu duruma uyum sağlamaya çalışır (6). Kişi, kendisini yetersiz bulduğu durumlarda ise, belirmeye başlayan anksiyete duygusundan kurtulabilmek amacıyla savunmaya yönelik tepkiler geliştirir. Coleman'a göre bu tepkiler; atılım, çekilme veya uzlaşma biçimlerinde geliştirilir (21).

Atılım, engelleri ortadan kaldırmaya yöneliktir ve normal koşullarda kişiye yapıcı bir nitelik katar. Kızgınlık ve düşmanlık duyguları ile güdülenen bir atılım ise toplumun onaylamadığı saldırgan ve yıkıcı davranışlara yol açabilir. Öylesi stres durumları ortaya çıkabilir ki çekilme, en gerçekçi çözüm yolu olur. Zorlanma ile karşılaşılan alan terk edilir ve yenilgi kabul edilir ya da stres yaratan duruma duygusal katılım oranı azaltılır. Çekilmeye eşlik eden duygu korkudur.

Atılım ya da çekilme tepkileri ile çözümlenemeyen duygularda kullanılan tepki biçimi uzlaşmadır. Uzlaşma yolu seçildiğinde, stres yaratan duruma yaklaşım biçimi değiştirilir ya da ilk amacın yerine geçecek başka bir amaç bulunur. Böylece, başlangıçta tasarlanmış olandan farklı bir yoldan doyum sağlanmış olur. İnsanlar, uzun süre ortadan kaldırılamayan engellerle karşılaştıklarında, ilk isteklerinden giderek vazgeçer ve onun yerine geçecek amaçları kabul etme eğilimi gösterirler. Örneğin; kanser hastalığından kurtulmak isteyen bir hasta, daha sonra kanserin ilerlememesini amaç edinir. Çabaya yönelik tepkiler geliştirilirken önce içinde bulunulan durum değerlendirilir, yedek yollar üzerinde düşünülür ve en uygun görülen tepki biçimi seçilir. Eyleme geçildikten sonra, geri bildirim (feed back) aracılığı ile davranışta gerekli değişiklikler ve düzeltmeler yapılır.

Savunmaya yönelik tepkiler, stres karşısında uyum sağlamaktan çok, içinde bulunulan güç durumun yaratabileceği anksiyeteyi ve psikolojik dağılmayı engelleyici bir amaç taşırlar (18, 48). Bu tür tepkiler, iki grupta incelenebilir:

- Ağlama ya da kaygı oluşturan konuyu yineleyerek anlatma biçiminde ortaya çıkan onarım mekanizmaları.
- İnsanın iç dünyasında var olan ama kendisine uygun gelmeyen duygularıyla yüzleşmemek ve bu nedenle anksiyeteye girmemek için kullandığı ego savunma mekanizmaları (21).

Bazı ego savunmalarının iyi, esnek ve uyum sağlayıcı oldukları ileri sürülmüştür. Vaillant, kısmen bu görüşlere dayanarak narsist-olgun olmayan-nevrotik-olgun sıralamasını içeren bir sınıflandırma sunmuştur (49).

Tablo 3: Vaillant'ın Uyum Ego Mekanizmaları Teorik Hiyerarşisi *

Seviye	Mekanizmalar
IV Olgun	Özgecilik Mizah Bastırma Umut etme Yüceleştirme
III Nevrotik	Mantıksallaştırma Bastırma Yer değiştirme Tepki Oluşturma Çözülme
II Olgun olmayan	Fantezi Yansıtma Hipokondri Dışa vurum Pasif saldırgan
I. Narsist	Delüzyonlu yansıtma İnkâr (psikotik) Çarpıtma

Revenson ve arkadaşları, kanser ve diyabet gibi kronik hastalığı olanların psikolojik uyumunda, başetme yollarının etkisini araştırmışlardır. Araştırma sonucunda, bilgi toplamaya yönelik başetmeler ile uyum arasında yüksek korelasyon bulmuşlardır. Uyumun sağlıklı olmadığı bireylerde ise inkârın ifadesi olan gerçeklerden kaçma, bu araştırmada belirgin olarak görülmektedir (40).

* Vaillant, G.E.: Adaptation to life. Little Brown and company, Boston (1977).

Görüntüyü az bozan lumpectomy (kısmi meme ameliyatı) gibi müdahalelerde bile, hastaların yaşadığı stres seviyesinin düşük olmadığı görülmüştür (18). Hatta; boylamsal araştırmalar, stresin zaman içinde azalmadığını göstermiştir. Örneğin: Mastektomi gören hastaların %33'ü, ameliyattan iki sene sonra bile ciddi ruhsal bozukluklar göstermiştir (16).

Kanserli hastanın uyumunda, başatmayı etkileyen biyopsikososyal faktörler vardır (26).

Tablo 4: Başatmanın Belirleyicileri*

Belirleyici Tipi	Örnekler
Hastalıkla İlgili	<ul style="list-style-type: none">• Hastalığın doğası• Bölgesi• Aşaması• Tedavinin türü• Tedavinin gidiş hattı• İyileşme seçenekleri
Bireysel	<ul style="list-style-type: none">• Gelişim aşaması (Yaş, bilişsel, durum, yetenek...içerir).• Değer yargıları ve inançları (Daha önceki hastalık veya kanser deneyimi, içselleşmiş kültürel değerler, dini inançlar...)• Sosyal yardım
Sosyokültürel	<ul style="list-style-type: none">• Toplumun yaklaşımı• Ulaşılabilir kaynaklar

* Holland, J.C., Rowland, J.H.: Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cancer. Oxford University Press (1990).

Ciddi hastalıklarda etkili bir başetme davranışının hedefleri:

- 1- Stresi, başa çıkılabilecek sınırlar içinde tutmak.
- 2- Bir kişisel değer duygusu sağlamak.
- 3- Belirli başka kişilerle ilişkileri düzeltmek.
- 4- Fiziksel işlevlerin düzelmesi için ihtimalleri artırmak.
- 5- Olası en yüksek düzelme oranı elde edildikten sonra, kişisel olarak değerli görülen ve toplumca kabul edilebilir olan bir durum yaratma olasılığını artırmak.

Sosyal Destek:

Sosyal destek ve başetme, yeni yeni dikkat çeken bir alandır. Birçok çalışma, sosyal desteğin, hastalığın olumsuz etkilerini azaltabileceğini göstermiştir. Thoits (1986), sosyal desteğin, "başetme yardımcısı" olarak konsept değiştirebileceğini söyleyecek kadar ileri gitmiştir (26).

Sosyal Destek: Bunalımlarda ve yaşam krizlerinde, arkadaş ve aile fertlerinin, kısaca sosyal çevrenin terapötik yaklaşımları çok önemlidir. Stres-hastalık ilişkisinde sosyal destek, önemli bir yere sahiptir. Sosyal destek, ılımlı bir etkidir ve strese karşı korur. Sosyal çevreden gelen desteğin artması hatta varlığı bile, stres karşısında bireyin gücünü artırır. Sosyal destek, hastalığın iyiye doğru yol almasını sağlayan tüm faktörlerdir. Sosyal destek, bireyi gruplara, topluma, kuruma bağlayan, kişiye yönelik bir yaklaşımdır. Kişiye kendisiyle ilgilenildiğini ve değer verildiğini hissettiren ve stresli bir olayı alt edebilmesini kolaylaştıran, yine çevreden gelen geri bildirimdir (feed back). Sosyal destek, ilgi ve duygusal yakınlık kavramlarını belirtir. Kaplan'a göre "en büyük destek sevildiğini hissetmek"tir. Sosyal desteğin içerisinde; sorun çözümede destekleyici yaklaşım ve maddi yardım, çözüm yollarını paylaşmak ve stres kaynağını hafifletici yardımda bulunmak vardır. İlişkinin yapısı ve niteliği de önemlidir. Destek kelimesinin İngilizce'de anlamına baktığımızda "taşımak" olduğunu görürüz. Buradan da anlaşılacağı gibi sosyal destek, bir anlamda hastanın "taşınması", desteklenip güçlendirilerek yıkılmasının engellenmesidir. Bazı hastalarda, zorluklarla başetmede yetersizlik, geçici veya kalıcı olabilir. Geçici olan

durumlarda, genellikle kötü bir durum sonucunda ortaya çıkan duygusal birikim, hastanın kendi kaynaklarıyla başedemeyeceği kadar fazla olabilir ve hastaya dışarıdan yardım edilmesi gerekebilir. Bu yardım şekli, sanat ve tekniğin oldukça karmaşık bir bileşkesidir (8,12,13,52).

Sosyal Çalışma Uzmanları:

- 1- Sosyal kaynakları harekete geçirirler ve stresli bir olayın oluş ihtimalini değiştirirler. Örneğin; kredi vermek, çocuk bakımını üstlenmek, bir problemden kaçınmak için stratejiler üzerine bilgi sağlamak.
- 2- Durumun anlamını tekrar yorumlarlar, böylece daha az tehdit edici görünür. Örneğin; bir bireyin belirgin problemleri çözmesine yardımcı olmak ve uyumun çok zor olmadığını göstermek, üzgün olmanın normal olduğunu anlatmak.
- 3- Bir başatma stratejisinin kullanımını vurgularlar. Örneğin; dikkat dağılımını sağlamak ve mizahı cesaretlendirmek.
- 4- İnsanların fizyolojik durumlarını değiştirmelerine yardımcı olurlar. Örneğin; yemek, içecek ve rahatlama eğitimi sağlamak.
- 5- Stresli durumlarda zedelenen öz saygıyı desteklerler.

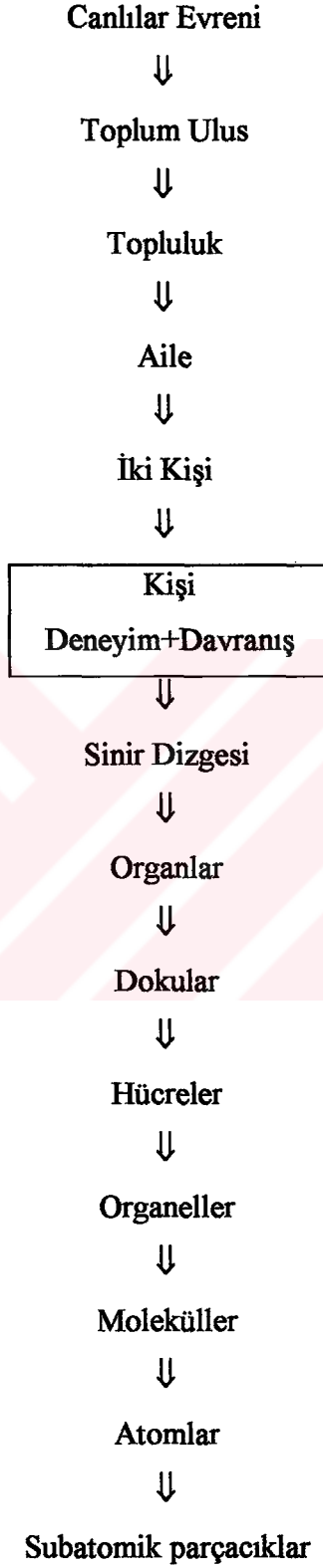
3. PSİKOSOSYAL UYUM

Tıp, hastalığın tanımını, sağlığın tanımına göre daha kolay yapabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı “bedensel, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlayarak "ruhsal" ve "sosyal" kavramlarını katmış ve biyomedikal modeli genişletmiştir (13, 15, 34, 35).

Bireyin sağlığını oluşturan unsurlar arasında psikososyal özelliğin de bulunması fikri yeni değildir. Yunanlı Hipokrat, yüzyıllar önce, “melankolik” kadınların meme kanserine yakalanma ihtimalinin, diğerlerine göre daha fazla olduğunu söylemişti. 1848 yılında, Dr. Jules Guérin, bilimsel olarak ilk kez “sosyal tıp” kavramını tartışmış ve hastalığın meydana gelmesinde ve tedavisinde sosyal faktörlerin rolünü vurgulamıştır (15).

Von Bertalanffy ve P.Weiss, biyolojide genel dizgeler kavramını geliştirmişlerdir. Bu kurama göre, doğada her canlı, birbiri ile bağlantılı hiyerarşik bir düzen ve süreklilik içindedir. Bilimsel çalışmalarda, bu hiyerarşik düzendeki tek birim, ele alınabilir ve ayrıntıları ile incelenebilir. İnsan, "sağlık" tanımından da anlaşılacağı üzere biyopsikososyal bir canlıdır. Dolayısıyla tıp, hastalığı, yalnızca hücreler ve organlar ile değerlendiremez. Hasta kişi, içinde bulunduğu biyolojik ve toplumsal çevrenin sürekli etkisi altındadır ve hastalığa bunlar da etkide bulunmaktadır. Tıpta "sağlık" tanımına uygun olarak yer alması gereken, Engel'in biyopsikososyal modelidir (34, 35).

Tablo 5: Engel'in Doğal Dizgelerin Hiyerarşisi *



* Öztürk, O.: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği Ankara (1995).

Örneğin kanser tanısı; kişiyi, eşini, çocuklarını, akraba ve arkadaşlarını, toplumu, toplum içinde ele alınışını; yaşadığı ülkenin bakım kurumlarını, sağlık politikasını ve ekonomisini ve insanlığı kapsar. Dolayısıyla tıpta çok etkenli ve çok boyutlu bir bakış gereklidir.

Tıbbi Sosyal Çalışmanın Rolü:

Hastalığın kişi ve ailesi üzerinde yapacağı psikolojik etkilerin yanında, onları, sosyal ve ekonomik sorunlar da beklemektedir. Bu alanda yapılan önemli çalışmalardan çıkan sonuç şöyledir: Hastaların 2/5'sinin sadece tıbbi tedaviye gereksinimi olduğu; buna karşın, hastaların 3/5'ünün tıbbi sosyal yardım görmedikçe kendilerine uygulanan tıbbi tedaviden yeterince yararlanamadıkları ve tam anlamı ile iyileşemedikleri gözlenmiştir (13,14).

Tanı konulana kadar süren, hekimden hekime, hastaneden hastaneye dolaşma; yerleşim yerinden, bu arayış için defalarca gidip gelmeler; randevu alma çabaları, çeşitli tahliller için uğraşma, sosyal yaşamın getirdiği sorumluluklara bağlı olarak hastalığın yaşantıyı çok yönde etkilemesi, hastaneye yatabilmenin çoğu zaman sıra beklemeyi gerektirmesi, hastaneye yatış ve ameliyat masasına gidene kadar geçen süredeki kaygılar, ameliyat sonrası durum, tedavi için ilaçların temini, karşılaşılan ve tedaviyi zora sokan problemler, hastane ortamına alışamama da eklenince, hastaneye baş vuran kişilerin 3/5'ünün, neden tıbbî sosyal çalışma görmedikçe tam anlamıyla iyileşemeyeceği gerçeği, daha iyi anlaşılacaktır (15).

Alman bilgini A. Grotjhan, sosyal patoloji adlı kitabı yayınlamış ve sosyal tıbbin temellerini atmıştır. a) Bir kimsenin hastalığı sadece kendisini ilgilendirmez; ailesinden başlamak üzere bütün toplumu ilgilendirir. b) Hastalıkların meydana çıkışında, biyolojik faktörlerin yanında sosyal faktörler de önemli derecede rol oynar; biyolojik faktörler aslında sosyal faktörlerin neticesi de olabilir ve sosyal şartlar düzeltilerek hastalıklar üzerinde olumlu etkilerin yapılması mümkündür.

Sosyal çalışmanın tanımlarından bir tanesi şöyledir: Sosyal çalışma, bilimsel metodu olan ve uygulaması beceri isteyen bir disiplindir. Psikososyal açılardan da bir yardım ve destekleme mesleğidir. Bireyler arası beşeri ilişkilerden doğan problemleri ele alır ve iyi edici, bir bakıma çare bulucu hizmetleri ortaya koyar. Tıbbi sosyal çalışma da, sosyal çalışma yöntemlerinin tıp alanında uygulanması ile oluşur (12,15). Bu disiplin; hastalıklar ortaya çıkmadan önce önleyici (I. koruma), hastalık vuku bulduktan sonra meslek sınırları dahilinde psikososyal yönden tedavi edici (II. koruma), tıbbi ve psikososyal tedaviden sonra hastanın tekrar döndüğü çevresine sosyal adaptasyonu ve uyumunun takip edilmesi (III. koruma) çalışmalarında yer alır.

Tıbbi sosyal çalışma, tıbbi bu açıdan hizmetler sunar. Hasta ve hekime başlıca iki yönde kendisini gösterir. Hasta, hastalığının oluşmasında ve tedavisinde etkili mediko-sosyal ve psiko-sosyal unsurlara bir yaklaşım bulur; doktor ise hastalığın oluşmasında ve tedavisinde etkili mediko-sosyal ve psiko-sosyal değişkenlerle çalışma konusunda bir diğer uzmandan yardım alır (14).

Sosyal çalışmacılar, hastalığın yarattığı duygusal baskı, hastalığı inkar, hastaneden hemen taburcu olma isteği, regresyon, endişe, başkalarını rahatsız etme, heyecan, ağlama, üzüntü, suçluluk duygusu ... gibi durumlar karşısında hasta ve ailesine önemli hizmetlerde bulunurlar. Bu sayede hekim de, hastanın tıbbi tedavisini daha süratli ve yüksek verimle sürdürebilir (14).

Onkolojide yaşanan gelişmelere paralel olarak yaşam süresinin uzaması ve daha evvel tedavi edilemeyen pek çok tümörün tedavi edilmeye başlanması, yaşam kalitesi ve psikososyal uyum sorunlarını tartışmaya açmıştır (34).

Kanser hastalığı, kişinin yaşamsal, kişisel varlığına ve benliğine olan güven duygusunu tehdit eder. Acılar, ağrılar, muayene ve tetkik süreçleri, bağımsızlığın kaybı ve tedavi sonucuyla ilgili belirsizlikler yaşanır. Kanser; hastanın görünüşünde, bedeninde, çalışma yeteneğinde, insanlar arası ilişkilerinde ve sosyal hayatında meydana getireceği etkiler yönünden zorlayıcı yaşam olaylarına sebep olur.

İnsanın biyopsikososyal bir varlık olarak kendisini devam ettirebilmesi ve içinde bulunduğu, sürekli değişen çevreye karşı uyumunu sürdürebilmesi, en mükemmel becerilerinden biri olarak görülmektedir. Kişinin başına bir travmanın gelmesi, doğuştan sahip olduğu ve zaman içinde geliştirdiği uyum sağlama becerilerini zorlayan olaylar sıralamasında en üstte yer alır.

Zorlayıcı bir yaşam olayı olarak kanser ve tüm süreçlerin, her bireyde aynı tip tepkileri doğurmadığı; özellikle de depresyonun ortaya çıkmasında ya da çıkmamasında, seçilen farklı bilişsel ve davranışsal başetme yollarının etkisi önemle vurgulanmıştır (1, 5, 26, 33, 34).



4. DEPRESYON

Kanser hastalarında, depresyon, ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların en yaygın olanlarından biridir (34). Kanser tanısı ve süreçleri, hastada sıklıkla kaygı, ümitsizlik, çaresizlik, güçsüzlük, öz saygı yitimi gibi duygulara ve endişeli, çaresiz düşüncelere neden olur. Kişinin bunlarla başetmesi; yaşına, deneyimlerine, bilişsel ve duygusal özelliklerine, hastalığın hedeflerini tehdit etme potansiyeline, mevcut sosyal desteğine, çevrenin tutumuna ve kanser hastalığının özelliklerine göre değişir (26). Kansere uyum güçlüğü ve ümitsizlik, çaresizlik düşünceleri depresyonun ortaya çıkmasında önemli faktörlerdir. Gelecekteki yaşamın tehdit edilmesi, çevre ile ilişkilerin değişmesi, bağımlılığın artması, ölüm korkusu, üretkenliğin azalması, tedavinin yan etkileri ve kontrollerin getirdiği kaygı da depresyonun meydana gelmesinde rol oynar.

Depresyon; derin üzüntülü bir duygu durum içinde, düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk; değersizlik ve küçüklük hissi, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri gibi belirtileri içeren bir sendromdur (28, 35).

Kısaca ana belirtileri:

- Üzüntü, elem, mutsuz ve bunaltılı duygu durumu
- Psikomotor yavaşlama
- Genel isteksizlik, enerji azlığı, çabuk yorulma
- Eskiden zevk alınan şeylerden zevk almama (anhedonia)
- İlgilerde ve eylemlerde azalma
- Dikkati yoğunlaştırma yetisinde azalma, dalgınlık
- Geçmişe pişmanlıkla, geleceğe karamsarlık ve umutsuzlukla bakış
- Yetersizlik, değersizlik, suçluluk düşünceleri
- Uykuda bozulma
- İştahta azalma, zayıflama
- Cinsel isteksizlik
- Özkıyım düşünceleridir.

Kanser hastalarının depresyon tanısı, diğer bireylere kıyasla ölçütlerde farklılaşmayı gündeme getirir. Somatik belirtiler yerine, göreceli olarak, kognitif belirtiler üzerinde durulur (1,34).

Beck, depresyonun gelişimini bilişsel açıdan açıklamıştır. Bilişsel Çarpıtmalar Modeli'nde Beck, depresyonu, temelde bir duygulanım bozukluğu değil, bilişsel bir bozukluk olarak değerlendirir ve duygulanım bozukluğunu ikincil görür. Depresiflerin bilişleri, çarpıtılmış ve gerçek dışıdır. Depresyon tablosu, çarpıtılmış bilişsel görüntülerin aktifleşmesi sonucu olarak ortaya çıkar (1,15,28).

Burada biliş, düşünce süreçlerine ve düşünce içeriğine atıfta bulunan yoğun bir kavramdır. Biliş; anlamayı, öğrenmeyi, algılama yollarını, hatırlamayı, başa çıkma yöntemlerini, belleğin içeriğini ve mekanizmalarını kapsayan zihinsel faaliyetler anlamındadır (45).

Bilişsel kuramda üç temel öge vardır. Bunlar bilişsel şemalar, bilişsel hatalar ve bilişsel üçlüdür (35).

1. Bilişsel Şemalar: Şema, olayı algımlarken, bize anlam çerçevesi sağlar. İnsanlar arası ilişki, büyük ölçüde ortak şemalara dayanmaktadır. Bilgiyi bellekte saklayabilme, farklı duyu organlarından gelen bilgileri birleştirebilme ve birbiriyle ilişkili bilgileri hatırlayabilme; şemalar yardımıyla olmaktadır. Bilişsel şemaların içeriği, bilişsel çarpıtmalardan oluşur. Depresif bir kişi, deneyimindeki olumlu öğelerin nesnel varlığına karşın, bunları olumsuz olarak değerlendirir. Kişi bir durumla karşılaştığında, o durumla ilgili şema etkinleşir. Şemalar, bilişleri oluşturmada temel olurlar. Uzun süre etkinlik kazanmayan bir şema, zorlayıcı bir yaşam olayında etkinlik kazanır.

2. Bilişsel Hatalar: Depresif kişilerde, işlevsel olmayan şemalar aracılığıyla çarpıtılan gerçekler ve düşünceler, sistematik hatalara neden olur. Bilişsel hatalar, sistematik mantık hatalarıdır.
- Keyfi çıkarsama (Arbitrary inference): Bir olay ya da deneyimde, somut bir delil olmaksızın, ya da sonuçlar tersini gösterse dahi, olumsuz sonuç çıkarma sürecidir.
 - Seçici soyutlama (Selective abstraction): Bir olayın, seçici olarak, belli bir ayrıntısının algılanması; diğer önemli özelliklerinin göz ardı edilmesi.
 - Abartma (Magnification): Olumsuz olayları büyütme ya da önemini abartma.
 - Küçültme (Minimization): Çok önemli, olumlu bir olayı küçümseme
 - Aşırı genelleme (Over generalization): Kişinin kendi dışında gelişen, olaylardan, herhangi bir ilişki olmaksızın, kendini sorumlu tutması.
 - Mutlakiyetçi, ya hep ya hiç düşünme (Absolutic, dichotomous thinking): Kişi, tüm yaşantılarını, iki zıt kategoriden birine yerleştirmeye eğilimlidir. Siyah ya da beyaz, çok kötü ya da mükemmel. Depresif kişi, olumsuz kategorileri seçer.
3. Bilişsel Üçlü: Depresyona yatkın kişilerde;
- Kişinin, kendini, olumsuz açıdan görmesi ve değerlendirmesi
 - Kişinin, çevresini ve yaşamını, olumsuz bir biçimde görmesi ve değerlendirmesi
 - Kişinin, geleceğini, olumsuz olarak görmesi ve değerlendirmesi şeklinde, yaygın üç çarpıtılmış düşünce hakimdir (7, 37).

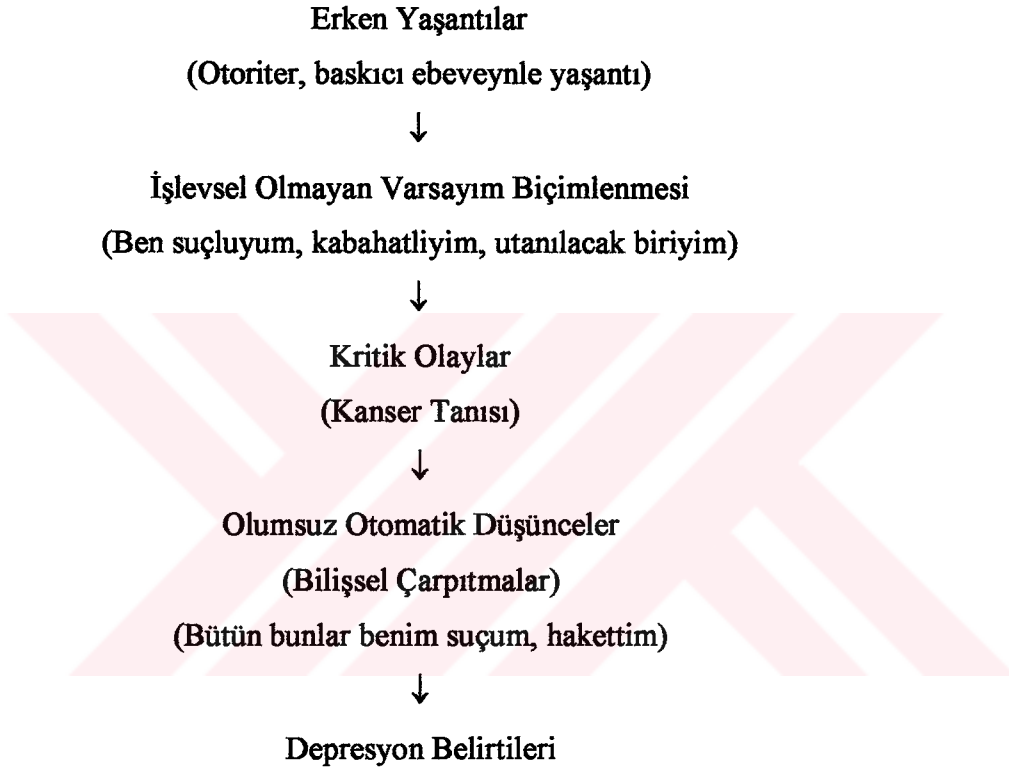
Bilişsel kuram açısından, olumsuz düşüncelerin otomatik olarak ortaya çıkması da, depresyonun önemli bir yönüdür (1, 5).

Çarpıtılmış düşünceler; hasta planlamadan, yargılamadan ve düşünmeden çabuk ve otomatik olarak ortaya çıkarlar. Otomatik düşünceler, doğrudan bilişsel hataları ve şemaları yansıtırlar ve hasta tarafından doğru olarak kabul edilirler. Bu çarpıtmalar o kadar hızlı olur ki hasta bunların farkına bile varmayabilir (7).

Beck'e göre bilişsel kuram açısından depresyonun gelişimini özetlediğimizde; erken yaşantılar, hastanın, kendisi ve dünya ile ilgili bazı temel, işlevsel olmayan varsayımlar geliştirmesine yol açar. Bu varsayımlar, yaşanan kritik bir olayla ortaya

çıkarm ve olumsuz düşüncelere neden olurlar. Örneğın; bir kişıye kanser tanısı konması, erken yaşantılar sonucu oluşan ve işlevsel olmayan varsayımların etkinleşmesine ve otomatik düşüncelerin açığa çıkmasına sebep olabilir. Bu düşünce ve algı çarpıklıkları, depresif duygu durumunu ve belirtilerini oluşturur.

Tablo 6: Depresyonun Bilişsel Modeli



Davranışsal: Aktivite düzeyinde düşme, sosyal ilişkilerde azalma .

Motivasyonel: İlgi ve istek kaybı.

Bilişsel: Konsantrasyon güçlüğü, kararsızlık, intihar düşünceleri.

Duygusal: Üzüntü, anksiyete, suçluluk, utanç.

Somatik: Uykusuzluk, iştahsızlık.

4. KANSERE GÖSTERİLEN PSİKOLOJİK TEPKİLERİN SINIFLANDIRILMASI

Birey, hastalıkla başetmede çeşitli yollar kullanır. Yolların bir kısmı, onu uyum sağlamaya yöneltirken; bir kısmı da, onun gücünü ve direncini kırarak uyumsuzluğa götürebilir. Özkan da, tanı öncesinden terminal dönemin sonuna kadar, kanser hastalarının psikolojik tepkilerini özetlemiştir (34).

Tablo 7: Çeşitli Aşamalarda Kansere Gösterilen Tepkiler *

	Uyumlu	Uyumsuz
Tanı Öncesi	Kanser olasılığı ile ilgili bekleyiş	<ul style="list-style-type: none">• Tanı almadan belirti geliştirme• İnkâr ve tedavide gecikme
Tanı Aşaması	<ul style="list-style-type: none">• Şok• İnanmama• Kısmi inkâr• Kızgınlık, isyan• Depresif mizaçlı uyum	<ul style="list-style-type: none">• Kesin inkâr, tedaviyi red• Kesin ölüm düşüncesi ve tedaviyi red
Tedavi Aşaması	Cerrahi Tedavi: <ul style="list-style-type: none">• Ameliyatı geciktirme• Ameliyat dışı tedavi• Kayıp tepkisi Radyoterapi: <ul style="list-style-type: none">• Yan etkiden korkma• Terk edilme korkusu Kemoterapi: <ul style="list-style-type: none">• Yan etkilerden korkma• Vücut imajı değişiklikleri• Alturistik duygular	<ul style="list-style-type: none">• Ameliyat sonrası reaktif depresyon• Beden algısına bağlı ciddi elem
Tedavi Sonrası	<ul style="list-style-type: none">• Başetme mekanizmaları, hastalığın tedavisinin izin verdiği ölçüde yaşama dönüş• Tekrarlama düşüncesi ve korkusu	
Hastalığın Nüksü ve İlerlemesi	<ul style="list-style-type: none">• Şok• İnanmama• Kısmi inkâr• Kaygı• Kızgınlık• Depresif duygu• Araştırma ve alternatif tedaviler	<ul style="list-style-type: none">• Uykusuzluk, iştahsızlık, panik, katastrofik algı, kızgınlık• Depresyon
Terminal-Palyatif Dönem	<ul style="list-style-type: none">• Yaşamı sorgulama, endişe, ağrı, terk edilme• Ölüm düşüncesine karşı elem ve kabulleniş	<ul style="list-style-type: none">• Depresyon• Delirium

* Özkan, S.: Psikiyatrik Tıp, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. Roche Müdahazraları, İstanbul (1981).

Kübler-Ross, kansere gösterilen tepkileri, farklı evreler halinde gelişen başa çıkma yolları olarak görür. Evrelerin süreleri, farklı olabilir; birbirini izleyebilir ya da üst üste yığılabilir (29).

- **İnkâr:** İlk evrede, hastanın, bu şok durum karşısında kendini toplamak ve başetme mekanizmalarını harekete geçirmek için zamana ihtiyacı vardır. Geçici olup, kısa bir süre sonra yerini, kısmi kabullenmeye bırakır.
- **Öfke:** İkinci evrede, hiddet ve kıskançlık duyguları egemen olur. Hasta, "Niye ben" sorusunu sıkça sorar. Bununla beraber, tanının doğru olduğunu bilir.
- **Pazarlık:** Hasta kendisiyle, çevresiyle, inançları ile anlaşmalar yapar. Kısa süre için de olsa hastaya yardımcıdır.
- **Depresyon:** İki şekilde görülür. Birinci şekilde, hastalık, artık yadsınamayacak duruma gelir. Beden imajı değişiklikleri, hastalığın ortaya çıkan özellikleri, tedavinin sonuç vermemesi, üretkenliğin azalması, stres ve kaygının artması, tepkisel depresyonu ortaya çıkarır. Diğeri ise hazırlayıcı depresyondur. Varoluş sorgulamasında endişe ve kaygılarını çözmüş ise, hastayı kabullenme evresine hazırlar.
- **Kabullenme:** Duyguların azaldığı, mücadelenin sona erdiği evredir. Teslimiyet, boyun eğiş ve dinlenme arzusu vardır.

Pine da, bu süreçlere paralel bir sıralama önerir. İnanmama ve yadsıma, soru sorma, öfke, ümitsizlik ve çözümleme basamaklarından bahseder (34). Bolund ve ark. ise, kansere gösterilen tepkileri, dört aşamalı olarak görür: Şok hali, tepki aşaması, direnme ve uyum (34).

Greer ve Watson'a göre, kansere zihinsel uyum fikri, bir kişinin, kanser teşhisine verdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkileridir (50, 51). Bu kavram, uyumun, kanser hastalarının fiziki ve psikolojik durumları ile ilişkili olduğunu öne sürer (24). Greer ve Watson, klinik değerlendirmelerinde ve önceki çalışmalarında, kanser teşhisine karşı verilen belirli tepkiler üzerinde durmuşlar ve bu tepkileri "mücadeleci ruh, çaresizlik ve ümitsizlik, endişeli bekleyiş, kadercilik, kaçınma ve inkar" olarak

adlandırmışlardır. Watson, Greer ve Bliss, 1989 yılında, "Mental Adjustment to Cancer" testini geliştirmişlerdir (50).

Burgess ve ark., 178 yeni kanser teşhisi almış göğüs kanseri, hodgkin lenfoma ve hodgkin dışı lenfoma hastasını, kanser teşhisine verdikleri bilişsel tepkilere göre incelediler. Tepkiler, klinik-patolojik değişkenler olduğu kadar; endişe, depresyon ve sağlık kontrol odağına göre de irdelenmiştir. Bilişsel data analizleri, tek başına tepki kategorilerini kanıtlamaya yetmemiş; ancak diğer psikolojik değişkenlerin bileşimi, dört ana başatme stilini ortaya koymuştur: 1) Olumlu, yüzleşmeci, 2) Kadercici, 3) Ümitsiz-çaresiz, 4) İnkâr-kaçınma. Düşük psikolojik morbiditenin, olumlu yüzleşmeci ve yüksek iç kontrol odağı ile ilişkili olduğu; yüksek endişe ve depresyon puanlarının ise ümitsiz - çaresiz tepki ve düşük iç kontrol odağı ile ilişkili olduğu görülmüştür (9).

4.1 Kansere Gösterilen Tepkileri Ölçen Testler

Nelson ve ark., 1989 yılında, mücadeleci ruh ve inkar kavramlarını test etmek istemiştir. Likert tipi, 8 adet, 5 puanlık itemler yapılandırmıştır. The "Cancer Adjustment Survey" testi, üç değişik araştırmada kullanılmış ve üç faktör belirlenmiştir: Mücadeleci ruh, bilgi arayışı ve inkar. İnkâr boyutunun üç araştırmada da daha az güvenilir olduğu ve itemlerinin diğer boyutlara kaydığı gözlenmiştir. Bu araştırmalardaki buluşlar, Greer ve ark.nın "mücadeleci ruh" kavramının, 2 bileşenden oluştuğunu öne sürer: a) savaşıma, fethetme ve kanserden kurtulma yeteneğine inanç b) bilgi arayışı davranışı.

"Reaction to The Diagnosis of Cancer" testi, Frank Stromborg tarafından, 441 kanser hastası ile yaptığı çalışmasında kullanılmıştır. 28 itemlik ölçekte, 6 faktör tespit edilmiştir: Çaresizlik - ümitsizlik 11 item, mücadeleci ruh 5 item, inkar 4 item, stoacı kabulleniş 4 item, kadercilik 2 item ve belirsiz gelecek 2 itemden oluşmuştur (10).

4.2. “Mental Adjustment to Cancer Scale” (MAC) in Tanıtılması

Klinik çalışmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiş bu anket, belirli tepkiler üzerinde durmuştur. MAC skalası; kanser hastalarının, kanser teşhis ve tedavisine gösterdikleri uyumda, bu tepkileri ne ölçüde kullandığını ölçmek için geliştirilmiştir (24,50,51).

Mücadeleci Ruh: Hasta, teşhisini bir mücadele olarak görür; geleceğe olumlu bir bakış vardır ve hastalığı biraz kontrol etmenin mümkün olduğuna inanır. Yüzleşmeci başa çıkma tepkileri mevcuttur.

Çaresizlik/Ümitsizlik: Hastalık, bir kayıp olarak görülür. Hasta, prognozu, kaçınılmaz olumsuz bir sonuç olarak görür. Hastalığı herhangi bir şekilde kontrol edebileceğine inanmaz. Hastalıkla savaşmak için aktif stratejilerden yoksundur.

Endişeli Bekleyiş: Teşhis, büyük bir tehdit olarak, prognoz ise belirsiz olarak görülür ve uygulanabilecek kontrol konusunda belirsizlik vardır. Zorlayıcı bir şekilde destek aramak gibi davranışsal başa çıkma tepkileri mevcuttur.

Kadercilik: Hasta, teşhisi küçük bir tehdit olarak alır, sonuç olduğu gibi kabul edilir ve kansere herhangi bir kontrol uygulamak imkansızdır. Yüzleşme stratejilerinden yoksundur ve pasif bir kabul tutumu gösterir.

Kaçınma (inkar): Hasta, teşhisi çok küçük bir tehdit olarak alır ve prognoz için olumlu bir bakış açısı vardır. Hastalığı kontrol edebileceği , akla bile gelmez (23,50).

Başlangıçta, bu beş boyutu temsil eden 58 madde yazılmış, daha sonra madde sayısı 40'a inmiş ve 5 alt ölçekte yeniden gruplandırılmıştır. Mücadeleci ruh ve ümitsizlik/çaresizlik faktörlerinin, aynı faktör içinde zıt ilişkili olduğu gözlenmiştir (50).

Güvenilirlik: 25 değişik kanser tipindeki 235 hastayla yapılan çalışmada, her bir alt-test için, şu Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları bulunmuştur: Mücadeleci Ruh $\alpha = 0.84$, çaresizlik $\alpha = 0.79$, Endişeli bekleyiş $\alpha = 0.65$, Kadercilik $\alpha = 0.65$. Alt testler arasındaki iç korelasyona bakıldığında, “çaresizlik-ümitsizlik” kategorisindeki

puanlar, belirgin bir şekilde, “endişeli bekleyiş” ve “kadercilik” cevaplarıyla alakalıdır.

Yanıtların tutarlılığı, bir kısım hastanın, ölçeği iki ayrı zamanda doldurulmasıyla test edildi. Hastalar, uygulama zamanlarında, aktif tedavide değillerdi. İki ayrı uygulama da, oldukça tutarlı ve belirgin bir şekilde korelasyonluydu: Mücadeleci Ruh $r = 0.52$ ($p < 0.001$), Endişeli Bekleyiş $r = 0.56$ ($p < 0.001$), Kadercilik $r = 0.38$ ($p < 0.02$), Çaresizlik $r = 0.65$ ($p < 0.001$), Kaçınma $r = 0.41$ ($p < 0.02$).

Geçerlik: MAC ve Hospital Anxiety and Depression (HAD) Scale arasındaki korelasyona bakılmıştır. Yapı geçerliğine yönelik bu çalışmada, endişeli bekleyiş, HAD anksiyete alt testi ile $r = 0.48$ ($p < 0.001$) ve depresyon alt testi ile $r = 0.29$ ($p < 0.01$) yüksek korelasyonlu; çaresizlik ve kadercilik alt testleri, HAD depresyon alt testiyle sırayla $r = 0.19$ ($p < 0.05$) ve $r = 0.20$ ($p < 0.05$) ilişkili olduğu bulunmuştur (51).

MAC'in; ABD, İngiltere, Almanya, İsviçre, Norveç, İsrail, İspanya ve Polonya'da da çevirileri yapılmıştır (50).

Schwartz, bir İngiliz başetme ölçeği olan MAC'i, 239 ABD kanser hastası üzerinde uygulamış. İç tutarlılık ve yapı geçerliğini orjinal çalışmaya benzer bulmasına rağmen, faktör yapısını iki boyutta bulmuştur. Farklılığı, İngiliz ve ABD hasta toplulukları arasındaki kültürel farklılıklara bağlamıştır (44).

Schnoll ve ark., değişik evrelerdeki göğüs kanseri hastalarıyla yaptıkları çalışmada; psiko-sosyal stres, yaşam kalitesi ve başetme stilini ölçmek için MAC skalasının iki faktörlü yapısını sınımladılar. Sonuçlar: i) Hem Watson hem de Schwartz'ın MAC skalasında, değişik evrelerdeki başetme stillerinde belirgin farklar bulunmuştur (39). ii) Her iki MAC faktör yapısı için de, başetme stili, duygusal stres ve yaşam kalitesi ile yüksek oranda ilişkilidir. Buna rağmen, bireysel başetme stili ile stres ve yaşam kalitesi göstergeleri arasındaki korelasyonun kuvveti, hastalık evrelerine göre değişir. iii) Watson'un MAC alt skalaları, Schwartz MAC alt skalalarından çok az daha iyi bir iç tutarlılık göstermiştir. Her iki skalanın da, ABD hastalarında, hem klinik hem de araştırmada kullanım açısından geçerliğe ve güvenilirliğe sahip oldukları öne sürülmüştür (39, 44).

Grassi ve ark., kansere zihinsel uyumda, psikososyal değişkenlerin ve psikolojik incelenebilirliğin rolünü tartışmak amacıyla, 157 İtalyan kanser hastasıyla bir araştırma yapmıştır. MAC skalasıyla sosyal destek (Soscial Support İndex), dış kontrol odağı (External Locus of Control), psikiyatrik özgeçmiş ve şu anki psikiyatrik durum (DSM-III-R) arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Bulgular: Mücadeleci ruh MAC alt skalası, düşük dış kontrol odağı ve yüksek sosyal destek ile ilişkilidir. Tam tersi bir ilişki de çaresizlik ve kadercilik alt testleri için geçerlidir. Duygusal bozukluklar öz geçmişi olan ve şu anda da psikiyatrik teşhis almış hastalar, olumsuz zihinsel uyum göstermiştir. Düşük mücadeleci ruh; yüksek çaresizlik, yüksek kadercilik ve yüksek endişeli bekleyiş ile korelasyonludur. Bu sonuçlar, MAC'in, onkoloji ortamlarına elverişli bir test olduğunu göstermiştir (23).

Ferrero ve ark. da; yeni teşhis konmuş, metastaz olmayan 68 kişilik göğüs kanseri İspanyol hasta grubunda, yaşam kalitesiyle kansere zihinsel uyum arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Tepkiler, teşhisin bildirilmesinden itibaren, 3 aşamada boylamsal olarak değerlendirilmiştir. Hasta grubuna; MAC skalası, bir inkar ölçütü ve göğüs kanseri hastaları için bir İspanyol yaşam kalitesi anketi verilmiştir. MAC alt skalaları, yeterli iç tutarlılık göstermekle birlikte; faktör analizi, iki boyutun ("sezilen tehdit" ve "sezilen kontrol") kansere zihinsel uyumu tanımlamaya yettiğini göstermiştir (19).

III. YÖNTEM VE GEREÇLER

1. ÖRNEKLEM

Çalışma, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü'ne, 1999-2000 yılları arasında, teşhis ve tedavi için başvuran 270 kanser hastasıyla yapılmıştır.

Örneklem, çeşitli kanser gruplarından, en çok 1 yıl önce tanı almış, halen tedavi gören ya da hastalığı nüksetmiş, prognozu 1 yıldan fazla olan, majör psikiyatrik bir hastalık tanısı almamış, daha evvel yaşamını tehdit eden ciddi bir rahatsızlık geçirmemiş, yaşamını engelleyen fiziksel bir rahatsızlığı olmayan, okur-yazar hastalar arasından, klinik doktorları tarafından teşhisten haberdar edilmesi şartıyla, basit seçkisiz yöntemle alınmıştır.

Çalışmanın biçimi, kesitsel olup, çalışmada tüm deneklere MAC'in Türkçe formu ve sosyodemografik özellikler formu uygulanmıştır. Tutarlılık çalışması için, 21 hastaya, aktif tedavide olmadıkları bir zamanda ve 24 gün arayla, MAC'in Türkçe formu iki kere verilmiştir. Yapı geçerliliği için, 50 deneklik bir gruba, MAC'in Türkçe formu ile beraber, Beck Depresyon Envanteri ve Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği verilmiştir.

14 denek, görüşmeyi reddetmiş ya da yarım bırakmıştır.

2. ARAÇLAR

2.1. Kansere Tepki Ölçeği (KKTÖ)

“Mental Adjustment to Cancer Scale”ın Türkçe’ye çevirisi, psikoloji veya psikiyatri alanlarında eğitimi olan ve iyi derecede İngilizce bilen dört kişi tarafından ayrı ayrı yapılmıştır. Daha sonra, bu çeviriler biraraya getirilerek, en uygun çeviri olarak kabul edilen itemlerden oluşan bir Türkçe form oluşturulmuştur. Bu Türkçe forma, iki İngiliz filolojisi uzmanı tarafından ters çevirme işlemi yapılmıştır. Araştırmacının kendisi ve alanda çalışan bir klinik psikolog tarafından, maddeleri en iyi temsil eden ifadeler tekrar değerlendirilmiştir. Oluşturulan yeni forma, iki Türk dili ve edebiyatı uzmanının görüşleri alınarak son hali verilmiş ve ölçek “Kansere Tepki Tarzı Ölçeği” olarak adlandırılmıştır. (Ek 1).

2.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck Depresyon Envanteri, 1978 yılında, Beck Depresyon Ölçeği’nin yenileştirilmiş halidir. Beck Depresyon Envanteri, klinik tanı koymaktan çok, depresyon belirtilerini nesnel olarak ölçmek için oluşturulmuştur. Somatik durumuna, motivasyonel durumuna, bilişsel ve duygu durumuna yönelik 21 belirti kategorisini içerir. Bunlar sırasıyla: duygu durumu, karamsarlık, başarısızlık duyumu, doyumsuzluk, suçluluk duyumu, cezalandırılma duyumu, kendinden hoşnutsuzluk, kendini suçlama, intihar istekleri, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal geri çekilme, kararsızlık, beden imgesinin çarpıtılması, çalışmanın ketlenmesi, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah azalması, kilo kaybı, bedensel yakınmalar ve cinsel dürtü kaybıdır.

Kişi, her bir maddeden 0 ile 3 arasında puan alır. Toplam puanın yüksekliği, depresyon şiddetinin de yükseldiğini gösterir. Alınabilecek en yüksek puan 63’tür.

Bu envanterin Türkçe'ye çevirisi, güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları, Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. Envanterin yarıya bölme güvenilirlik katsayısı, öğrenci grubu örnekleme için 0,74 olarak bulunmuştur. Psikiyatrik örneklemede, MMPI-D skalası ile envanter puanları arasındaki "Pearson Moment Product" korelasyon katsayısı, 0.63 olarak hesaplanmıştır. Yapı geçerliği için yapılan faktör analizi çalışmasında, toplam varyansın %58'ini açıklayan 6 faktör elde edilmiştir (32, 38), (Ek 2).

2.3. Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ)

Ölçek, stres yaratan yaşam olayları karşısında bireyin başetme kapasitesini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek oluşturulurken, stresle mücadele edebilme tekniklerinden yararlanılmıştır. Öğrenilmiş güçlülük, bireyin duygu, biliş, ağrı gibi iç uyaranlarını düzenlemede kullandığı, çoğunlukla bilişsel olarak kazanılmış davranış dağarcığı ve beceriler toplamıdır. Bireyin geçmiş yaşantılarına bağlı olarak bu dağarcık şekillenir ve diğer bireylerden ayrılır. Bu ölçek, öğrenilmiş güçlülüğe göre bireysel farklılıkları ölçmeyi hedefler. Dört alt testi vardır.

Bu alt testler:

- Duygusal tepkileri düşüncelerle denetleyebilme becerisi (12 madde)
- Problem çözme stratejilerinin kullanılması (planlama, problemi tanıma, alternatifleri değerlendirme ve sonuçları tahmin etme), (11 madde)
- Anlık doyumları erteleyebilme becerisi (4 madde) ve
- İçsel olayları düzenleme yeteneğine olan inanç (9 madde)tır.

Maddelerin puanlaması 1 - 5 arasındadır. Ancak onbir madde ters puanlanmaktadır (4, 6, 8, 9, 14, 16, 18, 19, 21, 29, 35). Böylece elde edilen puanlar, 36 ile 180 arasında değişebilmektedir. Puanın yükselmesi, ölçekte temsil edilen başetme stratejilerinin sıklıkla uygulandığını işaret etmektedir.

Bu ölçeğin Türkçe çevirisi, güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları, Siva (1991) tarafından yapılmıştır. Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.78 bulunmuştur.

Ortalama 23 gün arayla tekrar uygulanması sonucu elde edilen test-tekrar test güvenilirlik korelasyon katsayısı 0.80'dir. Ölçeğin madde toplam korelasyonları, 0.11 ile 0.51 arasında değişmiştir. Ölçeğin, kendini denetleme becerilerini ölçtüğü dikkate alınarak; Rotter İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği ile korelasyonuna bakılmıştır ($r = -0.29$). Yapı geçerliği için faktör analizi uygulanmış ve toplam varyansın %40'ını açıklayan 7 faktör elde edilmiştir. Planlı davranışın maddeleri 32, 33, 28, 34, 7, 12, 10, 1; yardım aramanın maddeleri 14, 19, 16, 4; kabul etmenin maddeleri -9, -15, -36; istenmeyen düşünceler kontrolünün maddeleri 6, 21, 35, -2, -10; ruh hali kontrolünün maddeleri 13, 5, 24, 7, 35, 22, 25, 12, 7, 3, 2; hemen doyumunu ertelemenin maddeleri 18, 29, 28; dürtü kontrolünün maddeleri ise 27 ve 26 dır (38,40), (Ek 3).

2.4. Görüşme Formu

Görüşme formu; deneklerin tıbbi durumunu, psikososyokültürel ve ekonomik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacının kendisi tarafından hazırlanmıştır. Form; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma konumu, ekonomik durum, teşhis, evre, tedavi ve teşhis tarihi ile bilgiler ve dışlayıcı kriterler olarak ise ciddi fiziksel, psikiyatrik veya ölümcül hastalık geçmişi olup olmadığıyla ilgili soruları içerir (Ek 4).

3. İSTATİKSEL YÖNTEM VE İŞLEM

3.1 Güvenilirlik Çalışmaları

- Formun içsel tutarlılığını incelemek için, Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı (α) hesaplanmıştır. Test maddeleri veya alt test maddeleri arasındaki yüksek içsel tutarlılık, o maddelerin aynı yapıyı ölçtüğü manasına gelir (2, 11).
- Test-tekrar test tekniği, testin, ölçmeye çalıştığı yapıyı, ne kadar istikrarlı ölçtüğünü gösterir (48). MAC'in Türkçe formu, 21 kanser hastasına, aktif tedavide olmadıkları bir zamanda, 24 gün arayla iki kez verilmiştir. Test-tekrar test korelasyon katsayısı, "Pearson Product Moment" korelasyonu ile hesaplanmıştır.
- Diğer bir güvenilirlik tekniği olan yarıya bölme güvenilirliği ise tüm denekler üzerinden, Spearman-Brown ve Guttman Split - half katsayıları ile hesaplanmıştır.

3.2 Geçerlik Çalışmaları

- Yapı geçerliği, testin, ölçmek istediği özellikleri ne kadar ölçtüğüyle ilgilidir (2). Testin içeriği hakkında bilgi edinmek için, faktör analizi uygulanmıştır. Faktör analizi, testin içeriği ve boyutları hakkında bize bilgi sağlayan istatistiksel bir yöntemdir (48). Türkçe forma, hangi faktörlere sahip olduğunu anlamak için; orjinal form geliştirilirken kullanılan "Ana Birleşenler Analizi Varimax Rotation" uygulanmıştır.
- Yapı geçerliğini incelemek için diğer bir yöntem de hipotez sınama tekniğidir (48). Türkçe formun depresyon ve başa çıkma becerileri arasındaki ilişkilere Pearson Product Moment korelasyonu ile bakılmıştır.
- Diğer bir yapı geçerliği yöntemi olan madde-toplam korelasyonlarına bakılmıştır. Madde-toplam analizi; her bir maddenin, ölçeğin amacını ne kadar temsil ettiğini ortaya çıkarır (2, 32). Madde toplam puanı ne kadar yüksekse, o ölçüde itemin de ayırt edici gücü fazladır.

- Teorik beklenti doğrultusunda, MAC'in Türkçe formundaki alt testler arasındaki ilişkilere, "Pearson Product Moment" korelasyonu kullanılarak bakılmıştır.
- Kriter geçerliği için, sosyodemografik özelliklerle alt test puanları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. "Pearson Product Moment" korelasyonu ve t testi yapılmıştır.

Tüm istatistiksel işlemler için, SPSS paket programı kullanılmıştır.



IV. BULGULAR

1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE KLİNİK-TIBBİ DURUM İLE İLGİLİ GENEL İSTATİSTİK VERİLERİ:

Araştırmaya, çeşitli kanser türlerinden 270 hasta alınmıştır. Hastaların 112'sinde (%41,5) meme kanseri, 25'inde (% 9,3) ise jinekolojik kanserler bulunmaktadır. Jinekolojik kanserlerin 9'u serviks, 6'sı uterus, 10'u over kanseridir. Sindirim sistemi kanserlerine yakalanmış hasta sayısı 23 (% 8,5)' tür. Bunların 3'ü özofagus, 9'u mide, 12'si kolon ve rektum kanseridir. Baş ve boyun kanserlerine yakalanmış hasta sayısı 12 (%4,4) dir. Bunların 1'i ağız tabanı kanseri, 1'i dil kökü kanseri, 6'sı nazofarenks ve 4'ü larenks kanseridir. 3 (% 1,1) hastada melanom ve 4 (%1,5) hastada myeloma (%1,5) teşhisi vardır. Hastaların 16 (%5,9)' sında Hodgkin lenfoma, 18 (%6,7)'inde Hodgkin dışı lenfoma vardır. Akciğer kanserli hasta sayısı 35 (%13)' tir. Üriner sistem ve erkek genital organ kanserleri bulunan hasta sayısı 12 (%4,4)'dir. Bunlardan 6'sı testis kanseri, 3'ü prostat kanseri, 1'i mesane kanseri ve 2'si böbrek kanseridir.

Geri kalan 10 (%3,7) hastanın ise, 4'ü yumuşak doku kanseri, 5'i kemik tümörü, 1'i pankreas kanseridir (Tablo 8).

Tablo 8: Hastaların yakalandıkları kanser türüne göre dağılımı

Tanı	Sayı	Yüzde
MEME KANSERİ	112	41,5
JİNEKOLOJİK KANSERLER	25	9,3
SİNDİRİM SİSTEMİ KANSERLERİ	23	8,5
BAŞ-BOYUN KANSERLERİ	12	4,4
MELANOMA	3	1,1
MYELOMA	4	1,5
HODGKIN LENFOMA	16	5,9
HODGKIN DIŞI LENFOMA	18	6,7
AKCİĞER KANSERİ	35	13,0
ÜRİNER SİSTEM VE ERKEK GENİTAL ORGAN KANSERLERİ	12	4,4
DİĞER	10	3,7
Toplam	270	100

Hastalara, yakalandıkları kanserin türü ile ilgili farklı tedavi şekilleri uygulanmaktadır. Hastaların 108 (%40)'i kemoterapi+cerrahi+radıyoterapi, 56 (20,7)'sı kemoterapi+cerrahi, 29 (%10,7)'u kemoterapi, 31 (%11,5)'i kemoterapi+radıyoterapi, 25 (%9,3)'i cerrahi+radıyoterapi, 15 (%5,6)' i cerrahi ve 6 (%2,2)' sı ise sadece radıyoterapi almıştır (Tablo 9).

Tablo 9: Hastaların, gördükleri tedavi türüne göre dağılımı

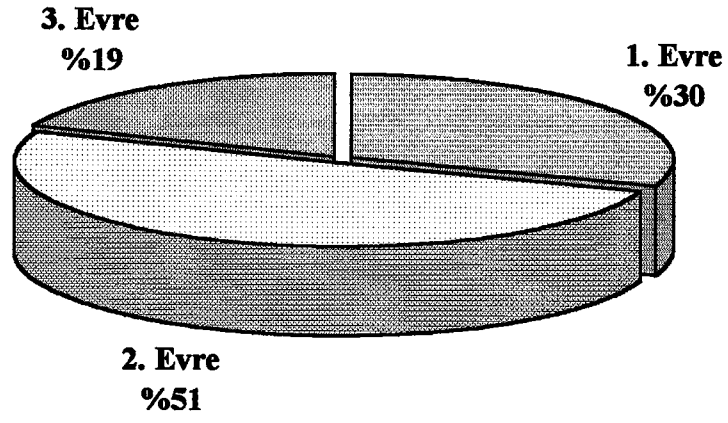
Tedavi çeşidi	Sayı	Yüzde
Kemoterapi + Cerrahi + Radyoterapi	108	40,0
Kemoterapi + Cerrahi	56	20,7
Kemoterapi	29	10,7
Kemoterapi + Radyoterapi	31	11,5
Cerrahi + Radyoterapi	25	9,3
Cerrahi	15	5,6
Radyoterapi	6	2,2
Toplam	270	100,0

Hastaların, hastalık evrelerine göre dağılımı: 82 (% 30,4)' si evre I, 136 (%50,4)' si evre II, 52(%19,3)' si evre III şeklindedir (Grafik 1).

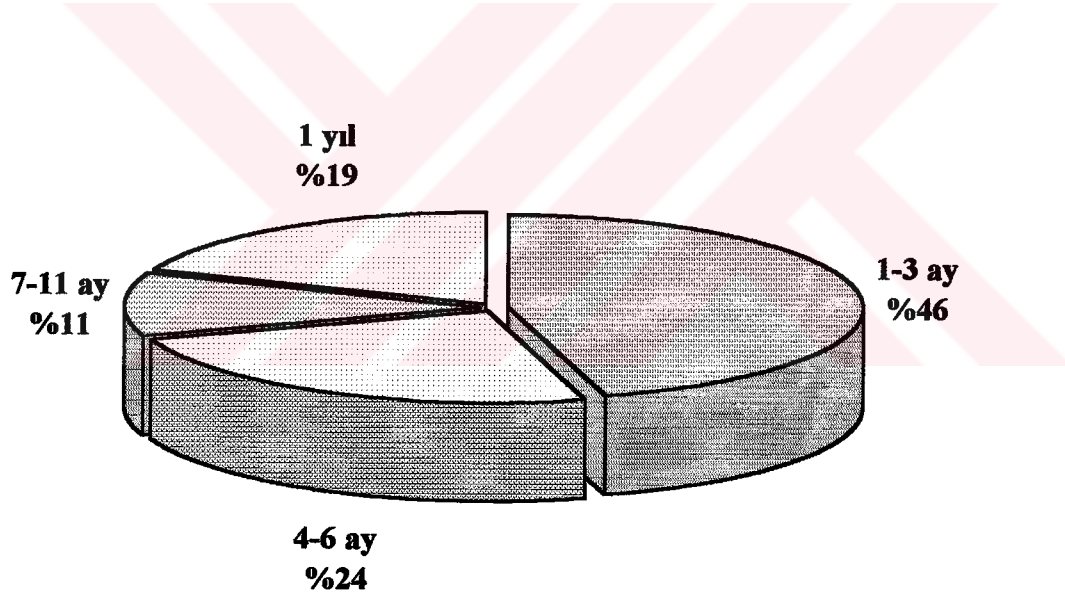
Hastaların görüşmeye alınması için; hastalık teşhisini en fazla bir yıldır almış olma kriteri aranmıştır. Hastaların arasında, son 1 ay içerisinde teşhis almış olanların sayısı 45 (%16,7)'tir. Son 1 ay ile 2 ay içerisinde teşhis almış olanların sayısı 21 (% 7,8)'dir. 2 ay ile 3 ay arası teşhis geçmişi olanların sayısı 57 (%21,1)'dir. 4 ay ile 6 ay arası teşhis geçmişi olanların sayısı 65 (%24,1), 7 ay ile 11 ay arası teşhis geçmişi olanların sayısı ise 30 (% 11, 1)'dur. Teşhisten sonra 11 ay ile 1 yıl arası zaman geçmiş olanların sayısı ise 52 (%19,3)'dir (Grafik 2).

Hastaların 25 (% 9,3)'i 19-29 yaş grubu içerisinde, 47 (%17,4)'si 30-39 yaş grubunda, 113 (%41,9)'ü 40-49 yaş grubu içerisinde, 54 (%20)'ü 50-59 yaş grubunda ve geriye kalan 31(%11,5)'i 60 ve üzeri yaş grubunda yer almaktadır. Tüm hasta grubunun yaş ortalaması ise 45'tir (Grafik 3).

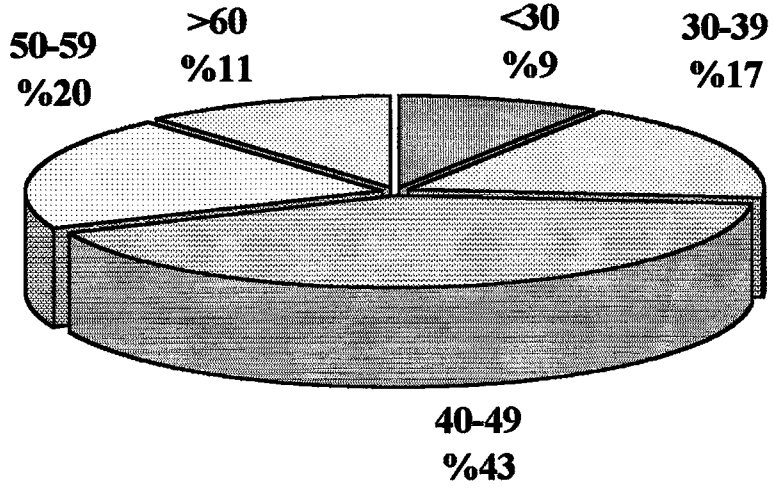
Toplam hasta grubunun 181 (% 67)' i kadın, 89 (%33)' u ise erkektir (Grafik4).



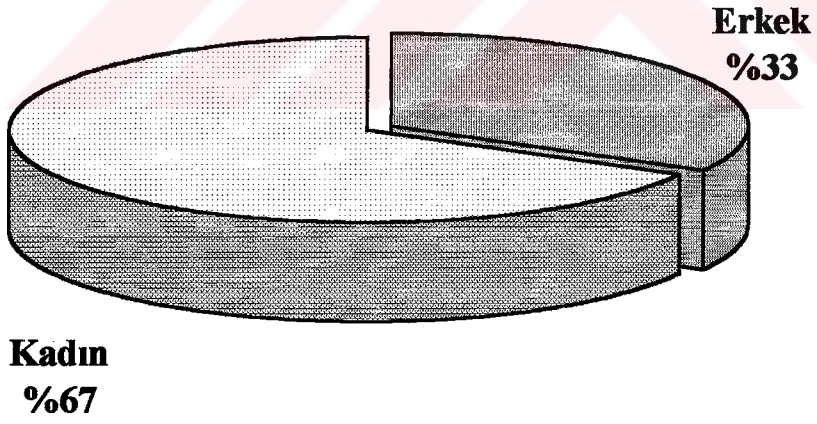
Grafik 1: Hastaların evrelere göre dağılımı



Grafik 2: Hastaların teşhis tarihlerine göre dağılımı



Grafik 3: Hastaların yaşlara göre dağılımı



Grafik 4: Hastaların cinsiyete göre dağılımı

Hastaların medeni duruma göre dağılımları; 215 (% 79,6)'i evli, 37 (%13,7)'si bekar, 7 (%2,6)'si boşanmış, 11 (% 4,1)'i ise duldur (Tablo 10).

Tablo 10: Hastaların medeni durumlarına göre dağılımları

Medeni durum	Sayı	Yüzde
Evli	215	79,6
Bekar	37	13,7
Boşanmış	7	2,6
Dul	11	4,1
Toplam	270	100,0

Tüm hasta grubu için eğitim durumu dağılımına bakıldığında; 5 (%1,9)'inin okur-yazar, 79(%29,3)'unun ilkökul mezunu, 48 (%17,8)'inin ortaokul mezunu, 80 (%29,6)'inin lise mezunu, 53 (%19,6)'ünün yüksek okul ve üniversite mezunu, 5 (%1,9)'inin ise yüksek lisans ve üzeri mezunu oldukları görülmüştür (Tablo 11).

Tablo 11: Hastaların eğitim durumuna göre dağılımı

Eğitim durumu	Sayı	Yüzde
Okur-yazar	5	1,9
İlkokul	79	29,3
Ortaokul	48	17,8
Lise	80	29,6
Yüksek okul	53	19,6
Yüksek Lisans ve üzeri	5	1,9
Toplam	270	100,0

Hastaların çalışma konumlarına bakıldığında ise; 16 (%5,9)'sının serbest meslek sahibi, 102 (%37,8)'sinin maaşlı çalışan, 83 (%30,7)'ünün ev kadını, 61 (%22,5)'inin emekli, 7 (%2,5)'sinin işsiz ve 1 (%0,4)'inin öğrenci oldukları görülmüştür (Tablo 12).

Tablo 12: Hastaların çalışma konumuna göre dağılımı

Çalışma konumu	Sayı	Yüzde
Serbest meslek sahibi	16	5,9
Maaşlı çalışan	102	37,8
Ev kadını	83	30,7
Emekli	61	22,6
İşsiz	7	2,6
Öğrenci	1	0,4
Toplam	270	100,0

Hastaların ekonomik durum dağılımları incelendiğinde; 2 (% 0,7)'sinin en alt, 95 (%35,2)'inin alt, 147 (%54,4)'sinin alt-orta, 24 (% 8,9)'ünün üst-orta ve 2 (%0,7)'sinin üst durumda olduğu gözlenmiştir (Tablo 13).

Tablo 13: Hastaların ekonomik durumuna göre dağılımı

Ekonomik durum	Sayı	Yüzde
En alt	2	0,7
Alt	95	35,2
Alt-orta	147	54,4
Üst-orta	24	8,9
Üst	2	0,7
Toplam	270	100,0

Yine tüm hasta grubuna bakıldığında; son bir yıl içerisinde yeni teşhis edilmiş hasta sayısı 236 (% 87,4), nüksetmiş hasta sayısı ise 34 (%12,6)'tır (Tablo 14).

Tablo 14: Hastaların nüksetme ya da yeni teşhis edilme durumuna göre dağılımı

Hastalık durumu	Sayı	Yüzde
Yeni hasta	236	87,4
Nüksetmiş hasta	34	12,6
Toplam	270	100,0

2. KANSERE TEPKİ TARZI ÖLÇEĞİ (KKTÖ)'YLE İLGİLİ GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMALARININ BULGULARI:

2.1 KTTÖ'nün İçsel Tutarlılık Çalışması Bulguları

Tablo 15'te, tüm hasta grubunda (N=270), KTTÖ'nün alt testleri ve toplam puana göre, Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı (α) verilmiştir.

Tablo-15. KTTÖ alt testlerinin Cronbach alfa katsayıları

KTTÖ	
Alt-testler	α
Mücadeleci Ruh	0,72
Çaresizlik/Ümitsizlik	0,72
Endişeli Bekleyiş	0,58
Kadercilik	0,63
Toplam Puan	0,72

KTTÖ alt testlerinde, Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları $\alpha=0,72$ ile $\alpha=0,58$ arasında yer almaktadır. KTTÖ'nün alt testlerinden "inkar" alt testi, bir item olduğu için, Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı (α) hesaplanamamıştır.

2.2. KTTÖ'nün Test-Tekrar Test Çalışmasıyla ilgili Bulgular

Tablo 16'da, aktif tedavide olmayan hastalardan oluşan bir örneklemden (N=21), 24 gün arayla iki ayrı uygulama sonucunda elde edilen test-tekrar test güvenilirlik korelasyon katsayıları verilmiştir (Tablo 16).

Tablo 16: KTTÖ'nün test-tekrar test güvenilirlik katsayıları

Madde No	r	Madde No	r	Madde No	r	Madde No	r
1	0,59**	11	0,33	21	0,65**	31	0,72***
2	0,80***	12	0,72***	22	0,65**	32	0,69***
3	0,86***	13	0,50*	23	0,41	33	0,79***
4	0,71***	14	0,80***	24	0,66**	34	0,75***
5	0,53*	15	0,58**	25	0,09	35	0,73***
6	0,43*	16	0,47*	26	0,69***	36	0,40
7	0,55**	17	0,52*	27	0,42*	37	0,60
8	0,35	18	0,49*	28	0,80***	38	0,30
9	0,47*	19	0,69**	29	0,79***	39	0,84***
10	0,60**	20	0,05	30	0,76***	40	0,77

* p<.05

** p<.005

*** p<.000

2.3. Yarıya Bölme Güvenilirlik Çalışmasının Bulguları

Tüm hasta grubunda, (N=270) ölçeğin alt testlerinden elde edilen yarıya bölme güvenilirlik bulguları, tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17. KTTÖ’nün alt testleri için yarıya bölme güvenilirlik katsayıları

KTTÖ		
	Spearman Brown Katsayısı	Guttman Split-half Katsayısı
Mücadeleci Ruh	0,64	0,64
Çaresizlik/Ümitsizlik	0,68	0,68
Endişeli Bekleyiş	0,52	0,52
Kadercilik	0,66	0,66

3.KANSERE TEPKİ TARZI ÖLÇEĞİ (KTTÖ)'YLE İLGİLİ GEÇERLİK ÇALIŞMASININ BULGULARI

3.1 Yapı Geçerliği Çalışmasının Bulguları: KTTÖ'nin alt-test geçerliği

Tablo 18'de, tüm kanserli hasta örnekleminde (N=270), KTTÖ'nün alt-testler arası korelasyonları verilmiştir.

Tablo 18: Alt-testler arası ilişki

	Mücadeleci Ruh	Çaresizlik/ Ümitsizlik	Endişeli Bekleyiş	Kadercilik	İnkar
Mücadeleci Ruh	1				
Çaresizlik/ Ümitsizlik	-0,45***	1			
Endişeli Bekleyiş	0,15	0,37**	1		
Kadercilik	0,08	0,29*	0,15	1	
İnkar	0,06	0,19	-0,06	0,10	1

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Alt-testler arasında anlamlı korelasyonlar vardır: “Mücadeleci Ruh” ve “Çaresizlik/Ümitsizlik” alt testleri arasında $r=-0,45$ ($p<0,001$); “Endişeli Bekleyiş” ve “Çaresizlik/Ümitsizlik” alt testleri arasında $r=0,37$ ($p<0,01$); “Kadercilik” alt testi ve “Çaresizlik/Ümitsizlik” alt testleri arasında $r=0,29$ ($p<0,05$) çıkmıştır.

3.2. Yapı Geçerliği Çalışmasının Bulguları: KTTÖ'nün, BDE ve RÖGÖ ile arasındaki ilişkiler.

Tablo 19'da, kanserli hasta örnekleminde (N=50), KTTÖ'nün alt-testleri ile Beck Depresyon Envanteri ve Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği faktörleri arasındaki anlamlı çıkan ilişkiler verilmiştir.

Tablo 19: KTTÖ'nün BDE ve RÖGÖ ile ilişkisi

		Mücadeleci Ruh	Çaresizlik/ Ümitsizlik	Endişeli Bekleyiş	Kadercilik	İnkâr
BDE	Toplam Puan	-0,16	0,50**	0,49**	0,20	0,16
RÖGÖ	Ruhsal Hali Denetimi	0,44*	-0,21	-0,38	0,14	0,15

*p<0,001 **p<0,000

BDE: Beck Depresyon Envanteri

RÖGÖ: Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği

3.3. Yapı Geçerliği Çalışmasının Bulguları: KTTÖ'nin Madde Geçerliği.

Aşağıdaki tablolarda, tüm hasta örnekleminde (N=270), KTTÖ'nün madde geçerliğini tespate yönelik, alt testlerin madde-toplam korelasyonları verilmiştir.

Tablo 20: “Mücadeleci Ruh” alt ölçeğinde, maddelerin madde-toplam korelasyonu, standart sapması ve ortalaması

MÜCADELECI RUH			
Madde No	Ortalaması	Standart Sapması	Madde-Toplam Korelasyon
4	3,49	0,63	0,29
5	2,72	0,99	0,18
6	3,35	0,76	0,32
11	3,15	0,90	0,31
13	3,10	0,86	0,37
16	3,40	0,71	0,24
18	3,36	0,58	0,49
20	3,18	0,82	0,31
26	2,74	0,96	0,25
27	3,20	0,77	0,22
28	3,34	0,73	0,29
31	3,25	0,57	0,27
32	3,07	0,82	0,34
34	3,18	0,76	0,41
39	3,53	0,61	0,43
40	3,57	0,60	0,42

Ortalama= 51,65 Standart Sapma=5,34

Tablo 21: “Çaresizlik/Ümitsizlik” alt ölçeğinde, maddelerin madde-toplam korelasyonu, standart sapması ve ortalaması

ÇARESİZLİK/ÜMİTSİZLİK			
Madde No	Ortalaması	Standart Sapması	Madde-Toplam Korelasyonu
2	1,94	0,85	0,39
9	1,50	0,82	0,31
17	1,78	0,77	0,50
23	1,83	0,84	0,59
25	1,79	0,85	0,47
36	1,93	0,84	0,45

Ortalama=10,77

Standart Sapma= 3,20

Tablo 22: “Endişeli Bekleyiş” alt ölçeğinde, maddelerin madde-toplam korelasyonu, standart sapması ve ortalaması

ENDİŞELİ BEKLEYİŞ			
Madde No	Ortalaması	Standart Sapması	Madde-Toplam Korelasyonu
1	3,22	0,76	0,16
3	2,23	0,95	0,22
10	3,17	0,75	0,12
14	2,61	0,96	0,35
19	2,87	0,97	0,21
21	2,69	1,02	0,36
22	2,29	0,96	0,44
29	3,03	0,87	0,22
37	2,09	0,89	0,33

Ortalama= 24,21

Standart Sapma=3,92

Tablo 23: “Kadercilik” alt ölçeğinde, maddelerin madde-toplam korelasyonu, standart sapması ve ortalaması

KADERCİLİK			
Madde No	Ortalaması	Standart Sapması	Madde-Toplam Korelasyonu
7	1,91	0,87	0,28
8	2,72	1,01	0,37
12	2,68	1,04	0,39
15	2,63	1,00	0,31
24	2,26	0,94	0,31
30	2,19	0,84	0,30
33	2,11	0,95	0,29
35	2,70	0,98	0,39

Ortalama=19,21

Standart Sapma=4,06

Tablo 24: “İnkâr” alt ölçeğinin ortalaması ve standart sapması

İNKAR (KAÇINMA)		
Madde No	Ortalaması	Standart Sapması
38	2,56	1,02

3.4. Yapı Geçerliği Çalışması Bulguları: Faktör Analizi Yöntemiyle İncelenmesi

Tablo 25’de, tüm hasta grubuna (N=270) uygulanan faktör analizi sonucu ortaya çıkan, ilgili öz değerler (Eigenvalue) ve açıkladıkları varyans oranları verilmiştir.

Tablo 25: KTTÖ’nün faktör yapısı

Faktör	Özdeğer (Eigenvalue)	Varyans %	Kümülatif Varyans
1	5,95	14,9	14,9
2	3,88	9,7	24,6
3	2,10	5,3	29,8
4	1,66	4,2	34,0
5	1,62	4,0	38,1
6	1,46	3,7	41,7
7	1,34	3,3	45,1
8	1,27	3,2	48,2
9	1,21	3,0	51,3
10	1,14	2,9	54,1
11	1,08	2,7	56,8
12	1,01	2,5	59,4

Kaiser ölçütüne göre, 1’den büyük 12 faktör bulunmaktadır. Bunlar, toplam varyansın %59’unu açıklamaktadır. Yorumlanabilir bir hale getirmek amacıyla, faktör sayısı 4 olarak kabul edilmiş ve maddelerin, taşıdıkları faktör yükleri göz önünde tutularak yeniden dağılımları düzenlenmiştir.

Tablo 26’da, bu dört faktörün açıkladıkları varyans oranları verilmiştir.

Tablo 26: KTTÖ’nün dördlü faktör yapısı

Faktör	Özdeğer	%Varyans	Kümülatif Varyans
1	5,9	14,9	14,9
2	3,9	9,7	24,6
3	2,1	5,3	29,8
4	1,7	4,2	34,0

Tablo 27: Birinci faktördeki maddelerin F-yükü, madde toplam korelasyonu ve Cronbach alfa katsayısı

Madde No	F.Yükü	Madde-Toplam korelasyonu
22	0,70	0,60
37	0,65	0,46
25	0,64	0,51
23	0,64	0,55
36	0,61	0,50
14	0,59	0,42
3	0,57	0,42
6	-0,50	-0,45
17	0,49	0,43
21	0,49	0,34
30	0,49	0,44
24	0,44	0,34
2	0,42	0,34
13	-0,41	-,038

Ortalama= 32,10 Standart Sapması= 5,62 Cronbach Alfa Katsayısı=0.70

Faktör 1’de, negatif yönlü iki item vardır. Bunlar çıkarıldığında faktör 1’in bulguları aşağıdaki gibidir.

Tablo 28: Birinci faktördeki negatif yüklü maddeler çıktığında, maddelerin madde-toplam korelasyonu ve Cronbach alfa katsayısı

Madde No	Madde-Toplam Korelasyonu
22	0,61
37	0,48
25	0,55
23	0,58
36	0,54
14	0,45
3	0,47
6	0,45
17	0,32
21	0,46
30	0,37
24	0,39

Ortalama= 25,65 Standart Sapması= 6,21

Cronbach Alfa Katsayısı=0.82

Tablo 29: İkinci faktördeki maddelerin F-yükü, madde-toplam korelasyonu ve Cronbach alfa katsayısı

Madde No	F.Yükü	Madde-Toplam Korelasyonu
11	0,64	0,34
10	0,60	0,39
7	-0,52	-0,28
1	0,50	0,31
34	0,46	0,21

Ortalama= 14,5

Standart Sapması= 2,11

Cronbach Alfa Katsayısı=0.33

Tablo 30: İkinci faktördeki negatif yüklü 7.ci madde çıktığında, madde-toplam korelasyonu ve Cronbach alfa katsayısı

Madde No	Madde-Toplam Korelasyonu
11	0,40
10	0,52
1	0,44
34	0,29

Ortalama= 12,73

Standart Sapması= 2,18

Cronbach Alfa Katsayısı=0.63

Tablo 31: Üçüncü faktördeki maddelerin F-yükü, madde-toplam korelasyonu ve Cronbach alfa katsayısı

Madde No	F.Yükü	Madde-Toplam Korelasyonu
12	0,63	0,45
35	0,60	0,43
8	0,59	0,37
39	0,56	0,36
33	0,47	0,25
28	0,44	0,31
15	0,44	0,32

Ortalama= 19,72 Standart Sapması= 3,61 Cronbach Alfa Katsayısı=0.64

Tablo 32: Dördüncü faktördeki maddelerin F-yükü, madde-toplam korelasyonu ve Cronbach alfa katsayısı

Madde No	F.Yükü	Madde-Toplam Korelasyonu
29	0,62	0,31
19	0,59	0,27
18	0,42	0,23
38	0,41	0,18

Ortalama= 11,82 Standart Sapması= 2,12 Cronbach Alfa Katsayısı=0.43

3.5 Sosyodemografik Özelliklerle KTTÖ'nün Alt Test Puanları Arasındaki İlişkiler:

Sosyodemografik ve tıbbi duruma ilişkin değişkenlerle (tanı, evre, yaş, cinsiyet, ekonomik durum) KTTÖ'nün alt test puanları arasında anlamlı çıkan ilişkiler, aşağıda sunulmuştur.

Tablo 33: Yaş ile KTTÖ'nün alt testleri arasındaki korelasyonlar

N=270	Yaşla Korelasyonu	Ortalaması	Standart Sapması
Mücadeleci Ruh	-0,35	51,55	5,48
Çaresizlik/Ümitsizlik	0,13*	10,77	3,20
Endişeli Bekleyiş	0,01	24,21	3,92
Kadercilik	0,16**	19,21	4,06
İnkar (kaçınma)	0,05	2,56	1,01

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 34’de, kadın hasta örneklem ile erkek hasta örneklemin, KTTÖ’nün alt testlerine göre t-testi karşılaştırma sonuçları verilmiştir.

Tablo 34: Kadın ve erkek hasta Örnekleminde KTTÖ alt testlerinin t-testi ile karşılaştırılması

KTTÖ Alt Testleri	Erkek G. (N=88)		Kadın G. (N=88)		t
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	
Mücadeleci Ruh	50,85	5,62	53,32	5,13	*-3,0,4
Çaresizlik/Ümitsizlik	10,67	2,82	9,91	3,16	1,68
Endişeli Bekleyiş	23,82	4,04	24,56	3,87	-1,24
Kadercilik	18,96	3,94	19,27	4,38	-0,49
İnkar (kaçınma)	2,51	1,01	2,49	1,10	0,14

*p<0,005

V. TARTIŞMA VE SONUÇLAR

Bu araştırmada, “Mental Adjustment to Cancer” (MAC)’in Türkçe formunun geliştirilmesi; bu formun, çeşitli kanser gruplarından hastalar üzerinde, güvenilirlik ve geçerlik incelemelerinin yapılması ve orjinal formun psikometrik özelliklerini, oluşturulan Türkçe formun taşıyıp taşımadığının görülmesi amaçlanmıştır.

MAC’in Türkçe’ye çeviri çalışması, titiz bir şekilde gerçekleştirilmiş ve oluşturulan Türkçe forma Kansere Tepki Tarzı Ölçeği (KTTÖ) adı verilmiştir. Daha sonra, bu formun güvenilirlik ve geçerlik çalışmalarına geçilmiştir. Güvenilirlik ve geçerlik, ölçü aracının kullanılabilirlik ve yararlılık derecelerinin belirlenmesi işlemidir. Güvenilirlik, aslında, tekrar edilebilirlik anlamına gelir. Ölçeğin, ölçtüğünü iddia ettiği yapıyı ne derece kesin ve iyi ölçtüğünü gösterir. Geçerlik de, bir ölçeğin, fonksiyonlarını ne derecede yerine getirdiğini ve neyi ölçtüğünü bildirir (2, 11). Burada önemli olan nokta, biz geçerlidir, güvenilirdir dediğimiz ya da geçerli ve güvenilir olması gerektiğini düşündüğümüz için, testlerin mutlaka geçerli ve güvenilir olması gerekmeyeceğidir. Güvenilirlik ve geçerliği kanıtlamamız gerekir. Bu araştırmada da, çeşitli güvenilirlik ve geçerlik yöntemlerini içeren bir dizi çalışma yapılmıştır.

KTTÖ’nün güvenilirliğini ölçmek için üç ayrı çalışma yapılmıştır. İlk olarak, testin içsel tutarlılığına bakılmış; ikinci olarak, test-tekrar test tekniği ve son olarak da yarıya bölme yöntemiyle KTTÖ’nün güvenilirliği incelenmiştir.

Aynı yapıyı ölçtüğünü iddia eden maddeler, aralarında korelasyonlu olmalıdır. İçsel tutarlılık katsayısı, bir testin içerdiği maddeler arası ilişkiler hakkında bilgi verir (11). Bu çalışmada, KTTÖ’nün içsel tutarlılığı, Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı (α) hesaplanarak tespit edilmiştir. KTTÖ’nün, “Mücadeleci Ruh”, “Çaresizlik /Ümitsizlik”, “Endişeli Bekleyiş”, “Kadercilik” alt testleri için alfa katsayıları

sırasıyla; 0.72; 0.72; 0.58 ve 0.64'tür. Tüm Cronbach alfa katsayıları kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Bu sonuçlar, MAC'in alfa katsayılarına oldukça yakındır.

KTTÖ'nün test-tekrar test güvenilirlik çalışması, çeşitli kanser tanısı almış 21 hasta örneklemeyle gerçekleştirilmiştir. İki uygulama, 24 gün arayla ve hastaların aktif tedavide olmadıkları zamanlarda yapılmıştır. Tıp etiği gereği hastaların tedaviye başlamaları, örnekleme daraltmıştır. İki uygulama arasındaki korelasyon hesaplamaları, KTTÖ'nün maddeleri düzeyinde yapılmıştır. İki uygulamanın sonunda, KTTÖ'nün test-tekrar test güvenilirlik katsayılarında, 33 maddenin korelasyonları 0,87 ($p<0,000$) ile 0,42 ($p<0,05$) arasındadır. Ve 7 tane maddenin de korelasyonlarının anlamlı olmadığı görülmüştür. Bu maddeler; 8, 11, 20, 23, 25, 36 ve 38'dir. Örneklemin az olması, üzerinde tartışmayı zorlaştırmaktadır. Yine de, 33 maddenin korelasyonlarının genelde yüksek düzeyde oluşu ve farklı zamanlardaki uygulamalarda bir aynılık, devamlılık göstermesi, ölçeğin düzenli olarak aynı yapıyı ölçtüğüne işaret eder.

Yarıya bölme güvenilirliğinden çıkan korelasyon katsayıları yukarıda söylenenleri destekler bir tablo çıkarmaktadır. Tüm hasta örnekleminde ($N=270$), "Spearman Brown" katsayısı hesaplanmıştır. "Mücadeleci Ruh" alt testi için $r = 0.64$; "Çaresizlik/Ümitsizlik" alt testi için $r = 0,68$; "Endişeli Bekleyiş" alt testi için $r = 0.52$ ve "Kadercilik" alt testi için $r = 0.66$ olarak saptanmıştır.

Geçerlik açısından, bir testi oluşturan maddeler ve alt testler, ölçtüklerini varsaydıkları teorik yapıyı ölçüp ölçmediklerini göstermek zorundadır (2, 11). Bu araştırmada, geçerlik çalışmaları, dört bölüm halinde gerçekleştirilmiştir.

İlk olarak, KTTÖ'nün alt testler arası ilişkileri tespit edilmiştir. KTTÖ'nün içerdiği (orjinal forma göre) alt testler arası ilişkiler, teorik beklentimize uygun bir çerçeve çizmiştir. "Mücadeleci Ruh" alt testi ile "Çaresizlik/Ümitsizlik" alt testi arasında $r = -0.45$ ($p<0.001$) negatif korelasyon vardır. "Çaresizlik /Ümitsizlik" alt testi puanları arttığında, mücadeleci başetme davranışları azalmaktadır. "Çaresizlik/Ümitsizlik" alt testi ile "Endişeli Bekleyiş" alt testi arasında $r = 0.38$ ($p<.009$) pozitif korelasyon vardır. "Çaresizlik ve Ümitsizlik" düşünce ve davranışları, endişeli bir bekleyişi arttırmakta ya da "Endişeli Bekleyiş" alt testindeki

puanların artışı, çaresizlik ve ümitsizlik düşüncelerini arttırmaktadır. “Çaresizlik/Ümitsizlik” alt testi ile "Kadercilik" alt testi arasında da $r = 0.29$ ($p < 0.05$) pozitif korelasyon vardır. “Çaresizlik/Ümitsizlik” alt testi puanları arttıkça, “Kadercilik” davranışları da artmaktadır. Bu sonuçlar, literatüre ve diğer ülkelerde MAC ile yapılan çalışmaların sonuçlarına da uygunluk göstermiştir.

İkinci olarak, madde geçerliğine yönelik olarak, alt testlerin madde-toplam korelasyonlarına bakılmıştır. “Mücadeleci Ruh” alt testi için madde-toplam korelasyon katsayıları 0.49 ile 0.18 arasında değişmiştir. "Çaresizlik-Ümitsizlik" alt testi için madde toplam korelasyon katsayıları, 0.59 ile 0.31 arasında; “Endişeli Bekleyiş” alt testi için madde toplam korelasyon katsayıları 0.44 ile 0.16 arasında ve “Kadercilik” alt testi için madde toplam korelasyon katsayıları 0.40 ile 0.28 arasında bulunmuştur. Madde toplam korelasyon katsayıları, her bir maddenin, ölçeğin amacını görüp görmediğini açığa çıkarır (11, 48). Bu çalışmada, madde toplam korelasyon katsayıları, kabul edilebilir sınırlardadır.

Yapı geçerliğini belirlemede kullanılan yöntemlerden biri, faktör analizidir. Bu çalışmada, faktör analizi; yapı geçerliğini belirlemenin yanında, Türkçe formu orjinal form ile karşılaştırma imkanı ve MAC'in kültürümüzdeki faktör yapısı hakkında bilgi edinmemizi sağlamıştır. Tüm örneklemin ($N=270$) KTTÖ verilerine, faktör analizi uygulanmıştır. Faktör yükü 0.40'ın üzerinde olan maddeler tutulmuştur. 1'den büyük ve Kaiser ölçütüne göre anlamlı 12 faktör, toplam varyansın %59,4'ünün açıklamaktadır. 12 faktör, 4 faktör etrafında kümeleşmiş; yorumlanabilir bir hale getirmek amacıyla faktör sayısı 4 olarak kabul edilmiş ve maddelerin dahil oldukları faktördeki yükleri göz önünde tutularak, yeniden dağılımları düzenlenmiştir. Faktör 1'i oluşturan maddeler 22, 37, 25, 23, 36, 14, 3, 6, 17, 21, 30, 24, 2, 13 ve Cronbach alfa katsayısı (α) 0.70'tir. Bu maddelerden 6 ve 13'ün, zıt yönde oldukları görülmüştür. Bu maddeler 6, 13, $\alpha=0.42$ çıkarıldığında, alfa katsayısı (α) 0.82 olarak değişmiştir. Bu maddeler, ters yönde puanlanmayı ya da ayrı bir alt testte toplanmayı gerektirebilir. Faktör 2'yi oluşturan maddeler 11, 10, 7, 1, 34 ve Cronbach alfa katsayısı (α) 0.33'tür. 7 nolu madde, faktör içinde zıt yönlü hareket etmektedir. Bu madde çıkarıldığında, $\alpha=0.63$ olmaktadır. Yine bu madde de, ters yönde puanlamayı, soru şeklini değiştirmeyi ya da bu faktörden çıkartmayı düşündürür. Faktör 3'ü

oluşturan maddeler 12, 35, 8, 39, 33, 28, 15 ve Cronbach alfa katsayısı (α) 0.64'tür. Faktör 4'ü oluşturan maddeler 29, 19, 18, 38 ve Cronbach alfa katsayısı (α) 0.43'tür.

Yapı geçerliğini incelemek için diğer bir yöntem de, aynı yapıyı ölçmeye çalışan diğer araç ve gereçlerle ilişkisine bakmaktır. KTTÖ'nün ölçtüğü alanla benzer ölçüm yapan başka güvenilir ve geçerli bir aracın, Türk örnekleme için bulunmamasından dolayı; teorik yapı açısından ilişkili olacağı düşünülen testlerle, yapı geçerliğini destekleyici bir çalışma yapılmıştır. Watson'a göre de, geçerliği en iyi yordayıcı metod, MAC ile klinikte elde edilen kansere uyum gözlemleri arasında bir kıyaslama yapmaktır (50, 51). Aynı bir çalışmada, klinik oranlar ile MAC kıyaslanmıştır. Sonuçlar, aradaki ilişkinin yüksek olduğunu gösteriyor ($\kappa = 0.72$). "Mücadeleci Ruh", "Endişeli Bekleyiş" ve "Çaresizlik/Ümitsizlik" alt testleri için bu oran, daha yüksek fakat "Kadercilik" alt testi için daha düşük bulunmuştur. "İnkar" alt testi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır; bunun sebebi ise, tek maddeden oluşmuş olmasıdır (50). MAC ölçeğinin orjinal geçerlik çalışması, hastaların ve eşlerinin yanıtları kıyaslanarak elde edilmiştir. Eşler, hastanın hastalığına nasıl uyum sağladığını, aynı cevap kategorilerini kullanarak belirtmiştir. MAC skalasında, hastaların ve eşlerinin birbirinden bağımsız olarak elde ettikleri puanlar arasında anlamlı korelasyonlar bulunmuştur (25, 50).

Bu çalışmada ise, stresle etkili bir şekilde başetme becerileri ve depresyon oranı ile KTTÖ'nün alt testleri arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Kanser hastası örnekleminde ($N = 50$), Beck Depresyon Envanteri'nden elde edilen depresyon puanları ile KTTÖ'nün alt test puanları arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. "Çaresizlik/Ümitsizlik" alt testi ile depresyon puanları arasında $r = 0.50$ ($p < 0.000$) olarak; "Endişeli Bekleyiş" alt testi ile depresyon puanları arasında $r = 0.49$ ($p < 0.000$) olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar, bize, hangi alt testlerin, uyumda negatif tutumlar olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca, anlamlı olmasa da, "Mücadeleci Ruh" alt testi ile depresyon puanları arasında $r = -0.16$ negatif korelasyon; "Kadercilik" alt testi ile $r = 0.20$ ve "İnkar" alt testi ile $r = 0.16$ pozitif korelasyonlar, teorik beklentimize uymaktadır.

Orjinal formun çalışmasında, “Çaresizlik/Ümitsizlik” ve “Endişeli Bekleyiş”e ilave olarak “Kadercilik” de depresyonla ilişkili bulunmuş ve her üç tepki grubunun da olumsuz uyum ile ilişkili olacağından bahsedilmiştir (24, 50, 51). Başka bir çalışmada, kayıp ve yaşamın tehdit edilmesi algılandığında, inanç, kadercilik, boyun eğme, hafife alma, iyiye yorma; mücadele algılandığında ise şaka yapma, olumlu düşünce, mantıksal yaklaşım, çaba sarfetme ve kendini tutma, başetme yolu olarak ortaya çıkmıştır (33). Bizim çalışmamızda ise, “Kadercilik”in depresyonla anlamlı bir bağlantısı çıkmamıştır. Olumsuz bir tutum olup olmadığı üzerinde, kültürümüzde daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

KTTÖ'nün alt testleri (orjinal forma göre) ile Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ)'nden elde edilen stresle etkin başetme puanları karşılaştırılmıştır. Öğrenilmiş Güçlülük toplam puanlarıyla KTTÖ'nün alt testleri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Bu sonuç, analizi daha fazla derinleştirmiş, KTTÖ'nün alt testleri, RÖGÖ'nün Türk örnekleminde elde edilmiş alt testleri bazında incelenmiştir. KTTÖ'nün alt testleriyle RÖGÖ'nün alt testleri arasında anlamlı ilişkiye sahip olanlar, “Ruh Hali Kontrolü” alt testi ile “Mücadeleci Ruh” alt testidir ($r = 0.44$ $p < 0.001$). Bu sonuç, RÖGÖ'nün ölçmeye çalıştığı başetme tepkileriyle, KTTÖ'nün ölçmeye çalıştığı yapının örtüşmediğini düşündürür. Diğer bir neden de, RÖGÖ'nün ölçmeye çalışığının, daha çok, bireysel özelliklerin yani kişinin sahip olduğu bir takım zihinsel beceriler olması olabilir. MAC skalası ise, daha pragmatik bir yaklaşımla, şimdi ve buraya odaklanmıştır. Ölçek, hastanın şu anki tepki ve durumunu ölçmeyle daha fazla ilgilenmiştir. MAC skalası geliştirilirken, psikolojik tepkilerin özellik ya da duruma has olması önemsenmemiştir.

Son olarak da, araştırmanın olanakları ölçüsünde, elde edilen sosyodemografik ve tıbbi değişkenlerle KTTÖ'nün alt testleri arasındaki korelasyonlar incelenmiş; yaş ve cinsiyetin anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu gözlenmiştir. Yaş arttıkça, “Kadercilik” alt testi puanları da artmıştır ($r = 0.16$, $p < 0.008$). Yine, yaş arttıkça, “Çaresizlik/Ümitsizlik” alt test puanları artmıştır. ($r = 0.13$, $p < 0.05$). Bu sonuçlar, kültürümüzdeki gözlemlerimize uygunluk göstermektedir.

Erkek ve kadın örnekleme, KTTÖ alt testlerinin t-testi ile karşılaştırılması sonucu; kadınların, anlamlı bir şekilde, daha fazla “Mücadeleci Ruh” tepkileri

gösterdiği bulunmuştur ($t = -3.04$, $p < 0.003$). Bu sonuçları yurtdışındaki çalışmalarla karşılaştırdığımızda şunları görürüz: Orjinal form geliştirilirken, İngiliz kanser hastası örnekleminde, yaş ile “Endişeli Bekleyiş” ve “Kadercilik” alt testleri arasında ilişki görülmemiştir. Erkek ve kadın puanları arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur. “Kadercilik” dışında, hastalığın evresi ile MAC puanları arasında belirgin bir ilişki bulunamamıştır (50). İspanyol kanser hastası örnekleminde MAC ile bir yapılmış çalışmada ise, yaşlı hastalarda daha yüksek “İnkâr” puanları ve daha düşük “Endişeli Bekleyiş” puanları bulunmuştur. Hastalığın aşaması ile kansere zihinsel uyum arasında bir ilişki bulunmamıştır (19). İtalyan kanser hastası örnekleminde yapılan başka bir çalışmada da, yaş arttıkça düşük “Mücadeleci Ruh” ve “Endişeli Bekleyiş” fakat yüksek “Kadercilik” puanları saptanmıştır (23).

Yaş ve cinsiyet dışındaki değişkenler olan evre, teşhis, ekonomik durum ve çalışma konumuyla KTTÖ puanları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. KTTÖ'nün, bu değişkenleri ayırt edemediğini ya da kanser damgasının etkisi olduğunu söylemek güçtür. Çünkü araştırmanın güvenilirlik ve geçerlik çalışması üzerine odaklanması, yöntem ve dizaynı, önceden bahsedildiği gibi ekip çalışması avantajından yoksun olması; bazı psikososyal, fiziksel ve tıbbi değişkenlerin kontrol imkanını azaltmıştır. Örneğin "Evre", çalışmada tıbbi bir bilgi olarak kalmıştır. Çalışmaya katılan hastaların çoğu, teşhislerini bilmelerine rağmen, hastalıklarının aşamalarından haberdar değildiler. Ek sorularla hastaların hastalık aşaması hakkındaki algılarını öğrenmek, yararlı olabilir.

Çeşitli araştırmalarda; fiziksel ve tıbbi değişkenler, teşhis, kontrol ve prognoz, hasta için, durumsal bilgi rolünü oynar (26, 34). Uzun dönem kemoterapi gören hastalarda, “İnkâr”da azalma; ameliyat olmayan hastalarda “Çaresizlik/ümitsizlik” alt testi puanlarında ve koruyucu cerrahi uygulanan hastalarda “Endişeli Bekleyiş” alt testi puanlarında yükselme bulunmuştur. Ayrıca bu araştırmalar, sosyal destek ve hayat kalitesinin, MAC puanlarını etkileyen önemli değişkenler olduğunu vurgulamıştır (19).

Güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları, KTTÖ'nün, Türk kültürüne uygulanabilecek bir ölçek olduğunu göstermiştir. KTTÖ ile yapılan çalışma; MAC'in, tanımladığı tepkileri ayırt eden, klinik çalışmalarda ve araştırmalarda yararlı

olabilecek bir yapıya sahip olduğunu gösteriyor. Kalabalık onkoloji kliniklerinde uygulanabilir; doktor veya hemşirenin, hastanın teşhise verdiği tepkileri tanımasını sağlayabilir. “Çaresizlik/Ümitsizlik”, “Endişeli Bekleyiş” ve “Kadercilik” tepkilerinin, belirgin şekilde birbirleriyle bağıntılı olduğu gözlenmiştir. Aynı zamanda, “Çaresizlik/Ümitsizlik” ve “Endişeli Bekleyiş” tepkileri, depresyonla da bağıntılıydı. Depresyonla olan bu bağlantı, bu iki tepkinin, kötü uyumu simgelediğini gösterebilir. Dolayısıyla; bu tepkilerin, kanser olmaya verilen patolojik tepki stilleri olduğunu söylemek yanlış olmaz. Eğer olumsuz tutumlardaki puan yüksekse; bu, hastanın desteğe ihtiyacı olduğunun göstergesi olabilir. Kültürümüzde gerçekleştirilecek olan kansere gösterilen tepkiler ve uyum çalışmalarının, süreç içerisinde izlenmesi gereklidir. Ancak; kanser teşhisine verilebilecek her türlü tepkiyi ölçme amacı göstermemesi dolayısıyla, bu ölçeğin sınırlılıkları gözönünde bulundurulmalıdır.

VI. ÖZET

Bu araştırmada, 1989 yılında, Watson ve Greer tarafından, hastanın kanser teşhisine verdiği tepkilerin tanınmasını sağlamak amacıyla geliştirilen, kendi kendini değerlendirme aracı olan Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC)'in Türk kùltüründe güvenilirlik ve geçerlik düzeyleri araştırılmıştır. MAC, maddeleri bir ile dört arası puanlanan likert tipi ölçekdir. 40 madde ve beş alt ölçekten oluşmuştur.

Bir yaşam krizi olarak kanser tanısı almış bireylerde, hastalığa gösterilen tepki tarzlarını ve bu tepki tarzlarının oranını ölçmek üzere, Türk kanser hastası örnekleminde geçerli ve güvenilir bir test bulunmamaktadır. Bu çalışmada, kısa sürede uygulanma ve değerlendirilme pratikliğine sahip bir testin, onkoloji alanında ihtiyacı yoğun olarak hissedilmesi nedeniyle, Kansere Tepki Tarzı Ölçeği (KTTÖ)'nin güvenilirlik ve geçerlik çalışması amaç edinilmiştir.

MAC'in Türkçe'ye çevirisi, çeşitli uzmanlar tarafından titiz bir şekilde geręekleřtirilmiřtir. Oluşan bu Türkçe forma "Kansere Tepki Tarzı Ölçeği" (KTTÖ) adı verildikten sonra güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları uygulanmıştır. İçsel tutarlılık çalışmasında (N=270), alt testlerin Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları 0.72 ile 0.58 arasında değişmiştir. Aktif tedavide olmayan örneklemin üzerinde (N=21) test- tekrar test güvenilirliği, 24 gün arayla yapılmıştır. Madde bazında yapılan bu çalışmada, anlamlı korelasyonlar, 0.86 ($p<0.000$) ile 0.42 ($p<0.05$) arasında bulunmuştur. Yedi maddenin korelasyonları ise anlamlı değildir.

Yarıya bölme güvenilirlik yönteminde (N=270), Spearman Brown katsayısı korelasyonları ise, alt testler için 0.64 ile 0.52 arasında bulunmuştur.

“Çaresizlik/Ümitsizlik” ile “Endişeli Bekleyiş” alt testleri arasında $r = 0.38$ ($p < 0.009$); “Çaresizlik/Ümitsizlik” ile “Kadercilik” alt testleri arasında $r = 0.29$ ($p < 0.05$); “Mücadeleci Ruh” ile “Çaresizlik/Ümitsizlik” alt testleri arasında $r = -0.45$ ($p < 0.001$) ilişki vardır.

Yapı geçerliğini destekleyen bir bulgu da, “Çaresizlik/Ümitsizlik” ile “Endişeli Bekleyiş” alt testlerinin, depresyon puanlarıyla ilişkili olmasıdır. Depresyon puanları ile “Çaresizlik/Ümitsizlik” alt testi için $r = 0.50$ ($p < 0.000$), depresyon puanları ile “Endişeli Bekleyiş” alt testi için $r = 0.49$ ($p < 0.000$) bulunmuştur.

Madde geçerliğine yönelik madde-toplam puan korelasyonları; “Mücadeleci Ruh” alt testi için 0.49 ile 0.18 arasında, “Çaresizlik/Ümitsizlik” alt testi için 0.59 ile 0.31 arasında, “Endişeli Bekleyiş” alt testi için 0.44 ile 0.16 arasında, “Kadercilik” alt testi için 0.40 ile 0.28 arasında bulunmuştur.

Faktör analizine göre, KTTÖ’nün, orjinal forma uygun bir yapılanma içerisinde olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca KTTÖ puanları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kadınların “Mücadeleci Ruh” alt testi puanları, anlamlı bir şekilde, erkeklerden daha fazla bulunmuştur ($t = -3.04$, $p < 0.003$). Yaş ile “Kadercilik” ($r = 0.16$, $p < 0.01$) ve “Çaresizlik/Ümitsizlik” ($r = 0.13$, $p < 0.05$) alt testleri arasında ilişkiler saptanmıştır.

KTTÖ ile yapılan çalışmalar, MAC’nin, Türk kültürüne uyarlanabilecek bir test olduğunu göstermiştir. KTTÖ’nün psikometrik özellikleri, ölçeğin klinik çalışmalarda ve araştırmalarda kullanılabilirliğe işaret etmektedir. Ayrıca, kanser hastasına yardımcı olmaya çalışan hekim, hemşire, psikolog ve sosyal çalışmacıların, hastayı tanımasına yardımcı olabilecek bir araçtır.

VII. SUMMARY

In this research, the levels of reliability and validity of a self-evaluation test, the Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC), which was developed to recognize the patient's responses to the cancer diagnosis by Watson and Greer in 1989, are studied. The test consists of five subscales and 40 items scored in the form of four graduated likert type.

There isn't a valid and reliable test in the Turkish cancer patients sample to measure the responses in cancer diagnosed individuals and the rate of these coping responses. The validity and reliability studies of the Mac Scale are aimed in this research because of the need for a quickly applicable and evaluated test in the oncology field.

The translation of the Mac Scale to Turkish was accomplished by several professionals. The validity and reliability studies were applied to this Turkish form. In the interior consistency study (N=270), the Cronbach alfa reliability coefficients varied between 0.72 and 0.58. The test-retest reliability was done on a sample of patients (N=21) who were not on active treatment, with a 24-day time interval. In this item-based study, the meaningful correlations were found to be between 0.86 ($p<0.000$) and 0.42 ($p<0.05$). The correlations of seven items were found to be meaningless.

In the split-half reliability method (N=270), the Spearman Brown coefficient correlations for the subtests were between 0.64 and 0.52.

In the relationship between the subtests, the correlation is 0.38 ($p<0.009$) between "Helplessness/Hopelessness" and "Anxious Preoccupation"; 0.29 ($p<0.05$)

between “Helplessness/Hopelessness” and “Fatalism”; - 0.45 ($p<0.001$) between “Fighting Spirit” and “Helplessness/Hopelessness” subscales.

Another finding supporting structure validity is the relationship between the “Helplessness/Hopelessness” and “Anxious Preoccupation” subscales and the depression scores. The correlation between depression scores and “Helplessness/Hopelessness” subscale is 0.50 ($p<0.000$); and the correlation between depression scores and “Anxious Preoccupation” subscale is 0.49 ($p<0.000$).

Item-total score correlations are: Between 0.49 and 0.18 for “Fighting Spirit”; between 0.59 and 0.31 for “Helplessness/Hopelessness”; between 0.44 and 0.16 for “Anxious Preoccupation”; between 0.40 and 0.28 for “Fatalism”.

According to the factor analysis, the MAC is found to be in a structure suitable to the original form. In addition, a meaningful relationship was found between the MAC scores and gender. The “Fighting Spirit” scores of women were more than the scores of men in a meaningful way ($t= -3.04$ $p<0.003$). Relationships between age and “Fatalism” ($r=0.16$ $p<0.008$) and “Helplessness/Hopelessness” subscales ($r= 0.13$ $p<0.05$) were found.

The studies applied on MAC show that it can be adapted to the Turkish culture. Besides this, the MAC is an instrument which can help doctors, nurses, psychologists and social workers to recognize the cancer patients they are trying to help, in their clinical studies and researches.

KAYNAKLAR

1. Alçalar, N.Y.: Fiziksel hastalıktaki depresyonun bilişsel kuram açısından psikiyatrik depresyon ile karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Doktora Tezi, İstanbul, 1999.
2. Anastasi, A.: Psychological Testing, 2.ed. Mac Millan publishing. 1982
3. Andersen, B.: Surviving Cancer. Cancer 74(suppl.):4, 1994.
4. Aslay, I., Elbi, H.: Liyezon Modeli İçinde Kanser Hastalarına Bütüncül Hizmet III. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Kongresi. Pfizer İlaçları Basımı, İstanbul, 1994.
5. Aytar, G.: Depresyondaki düşünce bozukluklarının bilişsel kuram açısından incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, İstanbul, 1987.
6. Baltaş, A., Baltaş, Z.: Stres ve Başa Çıkma Yolları. Remzi kitapevi, 1999.
7. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G.: Cognitive Therapy of Depression. Guilford Press. New York, 1984.
8. Bloch, S.: Destekleyici Psikoterapi. Tuncer Ö., Eriş, C. (Çev.) Eker, E.(ed) Psikoterapilere Giriş. Cerrahpaşa Yayın Birliği, İstanbul, 1989.
9. Burgess, C., Pettingale, T.: Psychological Response to Cancer Diagnosis, Coping Styles And Cancer Diagnosis, Journal of Psychosomatic Research, 32;3: 263-272, 1988.
10. Burns, N.: RevigewTools for Measuring Cancer Attitudes, American Cancer Society Studies, 1997.
11. Cansever, G.: Psikolojik Testler. Türk Kurumu Basımevi, Ankara, 1963.
12. Çakmaklı, K.: Aileler için Sosyal Hizmet, Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, İstanbul, 1991.
13. Çakmaklı, K.: Psikososyal Sağlığın Korunması, Deha Matb., İstanbul, 1997.
14. Çakmaklı, K.: Türkiye’de halkın sağlık hizmetlerinden daha iyi yararlanabilmesi için hastane ve tedavi kurumlarında kurulmakta olan sosyal servislerin görevleri

- üzerinde araştırmalar. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Doçentlik Tezi, İstanbul, 1980.
- 15.Çakmaklı, K.: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Bütünlenmesinde Tıbbi Sosyal Hizmetin Önemi. Doktora tezi İstanbul, 1976.
 - 16.Doan B., Gray, R., Davis, C.: Belief In Psychological Effects on Cancer. *Psycho-oncology*, 2:139-150, 1993.
 - 17.Dorothy, H.G.: Stress Management. Brunner-Mazel Publishers, New York , 1990.
 - 18.Edgar, L., Rosberger Z. Nowlis, D.: Coping With Cancer During the First Year After Diagnosis. *Cancer* 69: 817-827, 1992.
 - 19.Ferrero, J., Barreto, M.P., Toledo, M.: Mental Adjustment to Cancer and quality of life in breast cancer patients: an exploratory study. *Psychooncology*, 3: 223-232, 1994.
 - 20.Fırat, D. (Çev.) : UICC Uluslararası Kansere Savaş Birliği, Klinik Onkoloji, Sağlık Bakanlığı Türk Kansere Araştırma ve Savaş Kurumu Ortak Yayını. Ankara, 1992.
 - 21.Geçtan, E.: Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar. Remzi Kitabevi, İstanbul, 1988.
 - 22.Gordon, T., Edwards, W.S.: Doktor-Hasta İşbirliği. Aksay, B. (çev.), Sistem Yayıncılık, 1997.
 - 23.Grassi, L., Rosti. G., Lasalvia, A., Marangola, M.: Psychosocial Variables Associated With Mental Adjustment to Cancer, *Psychooncology*, 2:11-20, 1993.
 - 24.Greer, S., Moorey. S., Watson, M.: Patients' adjustment to cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 33: 373-377, 1989.
 - 25.Greer, S. Watson, M.: Mental adjustment to cancer: its measurement and prognostic importance. *Cancer Surv.* 6: 439-453 (1987).
 - 26.Holland, J.C., Rowland, J.H.: Handbook of Psycho-Oncology: Psychological care of the patient with cancer. Oxford University Press, 1990.
 - 27.Kazancıgil, A. (çev.): Tıp ve Sağlık Ansiklopedisi. Evrim Matbaacılık. İstanbul 1985.
 - 28.Köknel, Ö.; Genel ve Klinik Psikiyatri, sayfa: 316-318, Nobel, Tıp Kitabevi, İstanbul, 1989.
 - 29.Kübler Ross, E.: Ölüm ve Ölmek Üzerine. Büyükkal, B. (çev.) Boyner Holding Yayınları. İstanbul, 1997.
 - 30.Lazarus, R.S.: Psychological Stress and The Coping Process. McGraw-Hill, 1966.

- 31.Lazaruz, R.S., Folman, S.: Stress, Appraisal and Coping. Springer, New York, 1984.
- 32.Öner, N.: Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler. Boğaziçi Üniversitesi, 1994.
- 33.Mc Crae, R. R.: Situational determinants of coping responses: loss, threat and challenge. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 919-925, 1984.
- 34.Özkan, S.: Psikiyatrik Tıp, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. Roche Mütahzarları, İstanbul, 1981.
- 35.Öztürk, O.: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği Ankara, 1995.
- 36.Rubin, P., Bakemeier, R.F.: Klinik Onkoloji, Nijad Bilge (Çev.) Onkoloji Derneği Adına, İstanbul, 1981.
- 37.Savaşır, I., Boyacıoğlu, G., Kabakçı, E.: Bilişsel Davranışçı Terapiler. Türk Psikologlar Derneği, 2. Baskı, 1998.
- 38.Savaşır, I., Şahin, N.: Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler, Türk Psikologlar Derneği, 1997.
- 39.Schnoll, R., Harlow, L., Brandt, V., Stolbach, L.: Using two factor structures of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale for assessing adaptation to breast cancer. Psycho-Oncology, 7; 5: . 424-435, 1998.
- 40.Siva, A.: İnfertilite’de stresle başetme, öğrenilmiş güçlülük ve depresyonun incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Nörolojik ve Psikiyatrik Bilimler Enstitüsü. Doktora tezi, Ankara, 1991.
- 41.Songar, A.: Temel Psikiyatri: Psikofizyolojik Temel Bilgiler, Minnetoğlu Yayınları, İstanbul, 1981.
- 42.Sözen, N.: Baş Boyun Kanserleri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları. İstanbul, 1979.
- 43.Stoudemire, A.: Psychological Factors Affecting Medical Conditions, American Psychiatric Press, 1995.
- 44.Swhartz, C., Daltroy L., Brandt U., Friedman, R., Stolbach, L.: A psychometric Analysis of the Mental Adjustment to Cancer Scale, Psychol. Med., 22: . 203-210 1992.
- 45.Tarhan, N.: Stres ve Hastalıkları, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, I. Stres sempozyumu, İstanbul, 1989.
- 46.Telman, N.: Stres ve insan, TUSSIDE Yayınları, İstanbul, 1987.
- 47.Topuz, E.: Klinik onkolojiye giriş. Aydınar, A., Topuz, E. Klinik Onkoloji Temel İlkeleri ve Hemşirelik Bakımı. İ.Ü, Onkoloji Enst. Yayınları: 4, 1997.

- 48.Uysal, Ö.: Güvenilirlik ve geçerlilik analizi: Bir uygulama, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Biyoistatistik ve Demografi Bilim Dalı, Yüksel Lisans Tezi, İstanbul, 1998.
- 49.Vaillant, G.E.: Adaptation to life. Little Brown and company, Boston, 1977.
- 50.Watson,, M., Greer, S., Bliss, J.: Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale Users' Manual, 1989.
- 51.Watson, M., Greer,S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C.: Development of a Questionnaire Measure of Adjustment to Cancer: the MAC scale, Psychol. Med, 18: 203-209, 1988.
- 52.Wortman, C.B.: Social Support and the Cancer Patient. Cancer, cilt 53: 2339-2360, 1984.



EK 1: KTT

İSİM..... TARİH.....

Aşağıda insanların kanser hastası olmaya verdikleri tepkileri tanımlayan ifadeler vardır. Her bir ifadenin sağında bulunan, ifadenin sizin şu anki durumunuza uygunluk derecesini gösteren rakamlardan birini lütfen işaretleyiniz. Örneğin, ifade size kesinlikle uymuyorsa ilk sütundaki 1 numarayı daire içine almalısınız.

	KESİNLİKLE		KESİNLİKLE	
	BANA	BANA	BANA	BANA
	UYMUYOR	UYMUYOR	UYUYOR	UYUYOR
1. Sağlığımı düzeltereğine inandığım şeyleri yapmaktayım. Ör: Beslenmemi değiştirdim.	1	2	3	4
2. Kendimi neşelendirmek için birşeyler yapabileceğim düşüncesinde değilim.	1	2	3	4
3. Sağlık problemlerim, gelecekle ilgili planlar yapmamı engelliyor.	1	2	3	4
4. Olumlu düşüncelerimin, sağlığıma yararlı olacağına inanıyorum.	1	2	3	4
5. Hastalığımın üzerinde durmuyorum.	1	2	3	4
6. İyileşeceğime kesinlikle inanıyorum.	1	2	3	4
7. Ne yaparsam yapayım, değişen birşey olmayacak gibi geliyor.	1	2	3	4
8. Herşeyi doktorlara bıraktım.	1	2	3	4
9. Hayattan umudu kestim.	1	2	3	4
10. Sağlığımı düzeltereğine inandığım şeyler yapmaktayım. Ör: Egzersiz yapıyorum.	1	2	3	4
11. Kanser teşhisinden beri hayatın ne kadar değerli olduğunu anladım, onu daha iyi değerlendirmeye çalışıyorum.	1	2	3	4

	KESİNLİKLE		KESİNLİKLE	
	BANA UYMUYOR	BANA UYMUYOR	BANA UYUYOR	BANA UYUYOR
12. Kendimi tanrının ellerine bıraktım.	1	2	3	4
13. Geleceğe yönelik planlarım var. Ör: Tatil, ev, iş değiştirme	1	2	3	4
14. Kanserin tekrarlamasından veya ilerlemesinden endişe ediyorum.	1	2	3	4
15. İyi bir hayatım oldu. Geriye kalanı bir hediye olarak görüyorum.	1	2	3	4
16. Moralimin, sağlığımı çok etkileyebileceğini düşünüyorum.	1	2	3	4
17. Kendime yardım edebilmek için yapabileceğim birşey olduğunu sanmıyorum.	1	2	3	4
18. Hayatımı her zamanki gibi sürdürmeye çalışıyorum.	1	2	3	4
19. Benimle aynı durumdaki insanlarla görüşmek isterim.	1	2	3	4
20. Kanserele ilgili herşeyi geçmişte bırakmaya kararlıyım.	1	2	3	4
21. Bunun benim başıma nasıl geldiğine inanmakta güçlük çekiyorum.	1	2	3	4
22. Hastalığım hakkında büyük endişe duyuyorum .	1	2	3	4
23. Gelecekte pek umudum yok	1	2	3	4
24. İçinde bulunduğum günü yaşıyorum, geleceği düşünmüyorum.	1	2	3	4
25. Pes edesim geliyor.	1	2	3	4
26. Hastalığımla ilgili şakalar yapmaya çalışıyorum.	1	2	3	4

	KESİNLİKLE		KESİNLİKLE	
	BANA UYMUYOR	BANA UYMUYOR	BANA UYUYOR	BANA UYUYOR
27. Başka insanlar benim için benden fazla endişeleniyorlar.	1	2	3	4
28. Durumu daha da kötü olan insanları düşünüyorum.	1	2	3	4
29. Kansere ilgili edinebileceğim bütün bilgileri edinmeye çalışıyorum	1	2	3	4
30. Olup bitenleri kontrol edemiyorum.	1	2	3	4
31. Yapabildiğimce olumlu bir tutum içinde olmaya çalışıyorum.	1	2	3	4
32. Kendimi başka şeylerle meşgul ediyorum. Böylece hastalığımı düşünmek için vaktim olmuyor.	1	2	3	4
33. Kanser hakkında daha fazla şeyler öğrenmekten kaçınıyorum.	1	2	3	4
34. Hastalığımı bir mücadele olarak görüyorum.	1	2	3	4
35. Hastalığım hakkında kaderciyim	1	2	3	4
36. Ne yapacağımı bilemiyorum.	1	2	3	4
37. Başıma gelenlerden dolayı çok öfkeliyim.	1	2	3	4
38. Gerçekten kansere yakalandığıma inanmıyorum.	1	2	3	4
39. Tanrı'nın bana verdiklerine şükrediyorum.	1	2	3	4
40. Hastalıkla savaşmaya çalışıyorum.	1	2	3	4

EK 2 BDE

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her madde o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz.

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 olarak görmüyorum.
b) Çevremdeki bir çok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığım olduğunu görüyorum.
d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. a) Herşeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
b) Herşeyden eskisi kadar zevk alamıyorum
c) Artık hiçbirşeyden gerçek zevk alamıyorum
d) Bana zevk veren hiçbirşey yok. Herşey 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 cezalandırılabileceğimi 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 hatalarım ve zayıflıklarım 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 yapamam.
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 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) Eskisine 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 herşey beni yoruyor.
d) Öyle yorgunum ki hiç birşey 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 kabutmeye çalışıyorum. Evet() Hayır ()
20. a) Sağlığım beni pek fazla endişelendiriyor.
b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu kabızlık gibisorunlarım var.
c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka Őeyleri dūřünmek zor geliyor.
d) Bu tūr sıkıntılar beni öylesine endiřelendiriyor ki, artık bařka hiçbir Őey dūřünemiyorum.
21. a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir Şey yok.
b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
c) Şu sırlarda cinsellikle pek ilgili değilim.
d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

EK 3 RÖGÖ

Aşağıda kötü bir durum veya olayla karşılaşıldığında kişilerin neler yapabileceğini anlatan 36 ifade vardır. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadeninsize ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki sayılardan uygun olanı üzerine (x) işareti koyunuz.

1. Hiç tanımlamıyor 3. Oldukça iyi tanımlıyor 5. Çok iyi tanımlıyor
2. Biraz tanımlıyor 4. İyi tanımlıyor

	Sizi ne kadar tanımlıyor ?				
	Hiç				Çok iyi
1. Sıkıcı bir iş yaparken en az sıkıcı olan yanını ve bitirdiğimde elde edeceğim kazancı düşünürüm.	1	2	3	4	5
2. Beni bunaltan bir iş yapmak zorunda olduğumda, bunaltımı nasıl yenebileceğimi hayal eder, düşünürüm.	1	2	3	4	5
3. Duygularımı düşüncelerime göre değiştirebilirim.	1	2	3	4	5
4. Sinirlilik ve gerginliğimi yardım almadan yenmek bana güç gelir.	1	2	3	4	5
5. Kendimi bedbin (üzüntülü) hissettiğimde hoş olayları düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
6. Geçmişte yaptığım hataları düşünmekten kendimi alamam	1	2	3	4	5
7. Güç bir sorunla karşılaştığımda düzenli bir biçimde çözüm yolları ararım.	1	2	3	4	5
8. Birisi beni zorlarsa işimi daha çabuk yaparım.	1	2	3	4	5
9. Zor bir karar vereceksem bütün bilgiler elimde olsa bile bu kararı ertelerim.	1	2	3	4	5
10. Okuduğum şeye kendimi veremediğimi farkettiğim zaman, dikkatimi toplamak için yollar ararım.	1	2	3	4	5
11. Çalışmayı planladığımda, işimle ilgili olmayan herşeyi ortadan kaldırım.	1	2	3	4	5

12. Kötü bir huyumdan vazgeçmek istediğimde, bu huyumu devam ettiren nedir diye araştırırım.	1	2	3	4	5
13. Beni sıkın bir düşünce karşısında güzel şeyler düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
14. Günde iki paket sigara içiyor olsam, sigarayı bırakmak için muhtemelen başkasının yardımına ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4	5
15. Kendimi kötü hissettiğimde neşeli görünmeye çalışarak ruh halimi değiştiririm.	1	2	3	4	5
16. Kendimi sinirli ve gergin hissettiğimde, sakinleştirici ilacım varsa bir tane alırım.	1	2	3	4	5
17. Bedbin (üzüntülü) olduğumda kendimi hoşlandığım şeylerle uğraşmaya zorlarım.	1	2	3	4	5
18. Hemen yapabilecek durumda bile olsam hoşlanmadığım işleri geciktiririm.	1	2	3	4	5
19. Bazı kötü huylarımdan vazgeçebilmem için başkasının yardımına ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4	5
20. Oturup belli bir işi yapmam güç geldiğinde, başlayabilmek için başkasının yardımına ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4	5
21. Beni kötümser yapsa da, gelecekte olabilecek bütün felaketleri düşünmekten kendimi alamam.	1	2	3	4	5
22. Önce yapmam gereken işi bitirip, daha sonra gerçekten hoşlandığım işlere başlamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5
23. Bedenimin herhangi bir yerinde ağrı hissettiğimde, bunu dert etmemeye çalışırım.	1	2	3	4	5
24. Kötü bir huyumu yendiğimde kendime olan güvenim artar.	1	2	3	4	5
25. Başarısızlıkla birlikte gelen kötü duyguları yenmek için sık sık kendime bunun bir felaket olmadığını ve bir şeyler yapabileceğimi telkin ederim.	1	2	3	4	5
26. Kendimi patlayacakmış gibi hissettiğimde, "Dur bir şey yapmadan önce düşün" derim.	1	2	3	4	5

27. Birine çok öfkelensem bile davranışlarımı kontrol ederim.	1	2	3	4	5
28. Genellikle bir karar vereceğim zaman, ani kararlar yerine bütün ihtimalleri göz önüne alarak sonuca varmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
29. Acilen yapılması gereken şeyler olsa bile, önce yapmaktan hoşlandığım şeyleri yaparım.	1	2	3	4	5
30. Önemli bir işi elimde olmayan nedenlerle geciktirdiğimde kendi kendime sakin olmayı telkin ederim.	1	2	3	4	5
31. Bedenimde bir ağrı hissettiğim zaman, ağrıdan başka şeyler düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
32. Yapılacak çok şey olduğunda genellikle bir plan yaparım.	1	2	3	4	5
33. Kısıtlı param olduğunda, kendime bütçe yaparım.	1	2	3	4	5
34. Bir iş yaparken dikkatim dağılırsa, işi küçük bölümlere ayırırım.	1	2	3	4	5
35. Sık sık beni rahatsız eden nahoş düşünceleri yenediğim olur.	1	2	3	4	5
36. Aç olduğum halde yemek yeme imkanım yoksa, ya açlığımı unutmaya ya da tok olduğumu düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5

EK 4 GÖRÜŞME FORMU

PROTOKOL NO:

GÖRÜŞME TARİHİ

1- TANI:

2- TEDAVİ ŞEKLİ:

A- KEMOTERAPİ : 0 1

B- RADYOTERAPİ: 0 1

C- CERRAHİ: 0 1

3- ORGAN KAYBI 0 1

4- TEŞHİS TARİHİ:

5- EVRE:

6- YAŞ:

7- CİNSİYET :

1-ERKEK 2-KADIN

8-MEDENİ DURUM:

1- EVLİ 2-BEKAR 3-BOŞANMIŞ 4-DUL

9-EĞİTİM DURUMU:

1- OKURYAZAR 2- İLKOKUL 3- ORTA 4- LİSE
4- ÜNİVERSİTE/YÜKSEK OKUL 5-ÜNİVERSİTE ÜSTÜ

10- ÇALIŞMA KONUMU:

1-KENDİ HESABINA 2-ÜCRETLİ MAAŞLI ÇALIŞAN 3-EV KADINI
4-EMEKLİ 5-İŞSİZ 6-ÖĞRENCİ

11-EKONOMİK DURUM:

- 1) 0 -150.000.000
- 2) 150.000.001-300.000.000
- 3) 300.000.000-600.000.000
- 4) 600.000.001-1.200.000.000
- 5) 1.200.000.000 - üstü

YÜKSEKÖĞRETİM KURULTAYI
KONFERANSYON KİMLİK