



**KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
DİSİPLİNLER ARASI AİLE DANIŞMANLIĞI ANABİLİM DALI
AİLE DANIŞMANLIĞI TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KANSER HASTALARINDA TANI ALINAN YAŞ ARALIĞININ HASTALIK
ALGISI VE BAŞ ETME BECERİLERİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

Fatma Merve AKKANAT KARAGİL

Yüksek Lisans Tezi

**KONYA
Ocak 2023**

Kanser Hastalarında Tanı Alınan Yaş Aralığının Hastalık Algısı ve Baş Etme Becerileri
Üzerindeki Etkisi

Fatma Merve AKKANAT KARAGİL

KTO Karatay Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Disiplinler Arası Aile Danışmanlığı Anabilim Dalı
Aile Danışmanlığı Tezli Yüksek Lisans Programı

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Hatice HARMANCI

Konya
Ocak 2023

BİLDİRİM

Enstitü tarafından onaylanan Yüksek Lisans/Doktora tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını basılı veya dijital biçimde arşivleme ve aşağıda belirtilen koşullar dahilinde erişime açma iznini KTO Karatay Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle, Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak ve gelecekteki çalışmalar (makale, kitap, lisans, patent vb.) için tezimin tamamının veya bir bölümünün kullanım hakları yalnızca bana ait olacaktır.

Tezimin bütünüyle kendi çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izinle kullanılması zorunlu olan kaynakları, yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde izinlerin suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayımlanan “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” kapsamında, tezim, aşağıda belirtilen koşullar haricince, YÖK Ulusal Tez Merkezi ve KTO Karatay Üniversitesi Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

Enstitü / Fakülte Yönetim Kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir.¹

Enstitü / Fakülte Yönetim Kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay en fazla 6 ay ertelenmiştir.²

Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir.³⁴

18 Ocak 2023

İmza

**Fatma Merve
AKKANAT KARAGİL**

¹ MADDE 6(1) Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

² MADDE 6(2) Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

³ MADDE 7(1) Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

⁴ MADDE 7(2) Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

ETİK BEYAN

KTO Karatay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez/Proje Hazırlama ve Yazım Kurallarına uygun olarak Dr. Öğr. Üyesi Hatice HARMANCI danışmanlığında tarafımdan üretilen bu tez/proje çalışmasında; sunduğum tüm veri, enformasyon, bilgi ve belgeleri bilimsel etik kuralları çerçevesinde elde ettiğimi, tüm değerlendirme, analiz, bulgu ve sonuçları bilimsel usullere uygun olarak sunduğumu, tez/proje çalışmasında yararlandığım kaynakların tümüne bilimsel normlara uygun biçimde atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin/projemin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

18 Ocak 2023

İmza

**Fatma Merve
AKKANAT KARAGİL**

Çok kıymetli annem ve babama ithafen...

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitim sürecim boyunca şahsıma teorik anlamda birçok bilgi ve tecrübe kazandıran KTO Karatay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Disiplinler Arası Aile Danışmanlığı Anabilim Dalı öğretim üyelerine,

Lisans eğitim sürecim boyunca mesleki anlamda kıymetli bilgiler kazanmamı sağlayan ve lisansüstü eğitim sürecimde de büyük emekleri olan KTO Karatay Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü öğretim üyelerine,

Gerçekleştirmiş olduğum çalışmanın her aşamasında bana olan desteklerini esirgemeyen, yalnızca danışmanım olarak değil aynı zamanda yol göstericim olarak yolumu aydınlatan ve kıymetli bilgi ve birikimlerini daima benimle paylaşımda bulunan, çok değerli tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice HARMANCI'ya,

Araştırmam süresince yardımlarını hiç esirgemeyen, değerli bilgi ve deneyimlerinden faydalanmamı sağlayan ve daima bana olan destekleri ile yanımda olan saygı değer Sayın Uzm. Dr. Ayşen AYDIN'a,

Araştırma kapsamında elde ettiğim bulguların istatistiksel olarak değerlendirilmesi aşamasında akademik bilgi ve deneyimi ile çalışmama katkı sağlayan Sayın Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT'a

Çalışmamı gerçekleştirmeme olanak sağlayan başta Medicana Sağlık Grubu olmak üzere Medicana Konya Hastanesi'ne, Medicana Konya Hastanesi Yönetimi'ne ve Medicana Konya Hastanesi Başhekimliği'ne, ek olarak çalışmamı gerçekleştirdiğim klinik olan Medicana Konya Hastanesi Onkoloji Kliniği'ne ve klinikte görev yapmakta olan tüm sağlık çalışanlarına,

Tüm eğitim-öğretim hayatım boyunca her anlamda daima yanımda olan, bana olan inançlarını hiç kaybetmeyen, buralara gelmemdeki en büyük emek sahipleri olan ve onlara sahip olmaktan çok büyük gurur duyduğum çok kıymetli canım annem Olcay AKKANAT'a ve çok değerli canım babam Mehmet AKKANAT'a

Yalnızca lisansüstü eğitim dönemim boyunca değil hayatımın her döneminde hep sağımda, solumda, arkamda ve daima yanımda olan, zorlarımı kolaylaştıran ve kendimi çok şanlı hissetmemi sağlayan çok sevgili eşim Burak KARAGİL'e

Eğitim-öğretim sürecim başta olmak üzere tüm hayatım boyunca her anlamda arkamda ve yanımda olan anne yarım manevi ablam çok değerli teyzem Derya ERKUŞ'a ve bu süreçte desteklerini hiç esirgemeyen sevgili aile üyelerime,

Gerek lisans sürecim boyunca gerekse lisansüstü eğitim sürecimde sonsuz yardım ve destekleriyle her koşulda yanımda olan biricik dostlarım Rana GÜVEN'e, Gülden ORMAN KARABACAK'a ve İrem Beyza ALMAZ'a teşekkürlerimi sunmaktan onur duyuyorum.

18 Ocak 2023

Fatma Merve AKKANAT KARAGİL

ÖZET

Fatma Merve AKKANAT KARAGİL

Kanser Hastalarında Tanı Alınan Yaş Aralığının Hastalık Algısı ve Baş Etme Becerileri
Üzerindeki Etkisi
Yüksek Lisans Tezi
Konya, 2023

Kanser hastalığı, vücuttaki bazı hücrelerin farklı değişkenler sebebiyle kontrol dışında çoğalması ile oluşan ve genellikle tümörlerle kendini gösteren bir hastalık grubu olarak tanımlanmaktadır. İlgili hastalık türlerinden herhangi birisinin tanısı alan bireylerin, hastalığın beraberinde getirdiği sıkıntılı süreçten dolayı psikolojik anlamda farklı problemlerle karşı karşıya kaldıkları belirlenmiştir. Hastalığın belirlenen psikolojik etkilerinin ise tanı alan bireylerin, tanı aldıkları yaş aralığına göre önemli boyutta şekillendiği ve değiştiği görülmektedir. Bu doğrultuda bireylerin tanı aldıkları yaş aralıklarının, onların hastalığı anlama ve algılama noktasındaki hastalık algısı düzeyine ve hastalıkla baş çıkabilme noktasındaki başa etme tutumları üzerine olan etkisi oldukça önemli olmaktadır. İlgili araştırmada ise kanser hastalarında, tanı alınan yaş aralığının hastalık algısı ve baş etme becerileri üzerindeki etkisinin incelenmesi ve değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Araştırma nicel araştırma yöntemlerinden olan genel tarama modeli ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya Medicana Konya Hastanesi Onkoloji Servisinde yatarak ve ayaktan tedavi olan 18-30 yaş arası ve 30 yaş üstü 108 kadın-erkek onkoloji hastası birey katılım sağlamıştır. Araştırmada veri toplama araçları olarak Kişisel Bilgi Formu, Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R) kullanılmıştır. Araştırmanın verileri SAS Version 9.4 programında analiz edilmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, çalışmaya katılım sağlayan 30 yaş ve üstü onkoloji hastalarının, hastalık algısı düzeyleri, 18-30 yaş arası onkoloji hastalarına oranla anlamlı bir şekilde daha yüksek olarak bulunmuştur. 30 yaş ve üstü onkoloji hastalarının, baş etme becerileri düzeyleri ise 18-30 yaş arası onkoloji hastalarına oranla anlamlı bir şekilde daha yüksek olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler

Kanser, kanser tanısı almış birey, psikolojik problemler, yaş aralığı, hastalık algısı, baş etme becerileri

ABSTRACT

Fatma Merve AKKANAT KARAGİL

The Effect of Age at Diagnosis on Perception of Illness and Coping Skills in Cancer

Patients

Master's Thesis

Konya, 2023

Cancer is a group of diseases caused by the uncontrolled proliferation of cells in the body due to various variables and manifested by tumours. It is observed that individuals diagnosed with any of the related types of diseases face various psychological problems due to the distressing process brought about by the disease. The psychological effects of the disease are significantly shaped according to the age of the diagnosed individuals. Therefore, the influence of the age in which individuals are diagnosed on their level of disease at the point of perceiving the disease and on their coping attitudes at the point of coping with the disease is very important. The aim of research is to investigate and evaluate the effect of age at diagnosis on illness and coping in cancer patients. The research was carried out using the general survey model, which is a quantitative research method. 108 male and female oncology patients between the ages of 18-30 and over 30 years who were inpatients and outpatients at Medicana Konya Hospital Oncology Department participated in the study. Personal Information Form, Illness Perception Scale (IPS) and Coping Attitudes Evaluation Scale (COPE-R) were used as data collection tools in the study. The data were analysed using SAS version 9.4. According to the results, the level of coping skills of oncology patients aged 30 years and older was found to be significantly higher than that of oncology patients aged 18-30 years.

Keywords

Cancer, individual diagnosed with cancer, psychological problems, age range, illness perception, coping skills

İÇİNDEKİLER

BİLDİRİM	i
ETİK BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ	1
2. ARAŞTIRMANIN KAVRAMSAL VE KURAMSAL TEMELLERİ.....	4
2.1. Kanser.....	4
2.1.1. Kanserın Tanımı	4
2.1.2. Kanserın Epidemiyolojisi	4
2.1.3. Kanserın Etiyolojisi	5
2.1.4. Kanserın Tanı Yöntemleri ve Tedavi Süreci	6
2.1.5. Kanser Türleri.....	6
2.2. Kanserın Biyo-Psiko-Sosyal Etkileri.....	7
2.2.1. Kanserın Psikolojik Etkileri.....	8
2.2.2. Kanser Türlerine Göre Görülen Psikolojik Problemler/Etkiler.....	12
2.3. Yaş Aralığı.....	18
2.3.1. Yaş Aralığı Kavramı.....	18
2.3.2. Erik Erikson'unun Psikososyal Gelişim Kuramı/Aşamaları	19
2.3.3. Psikososyal Gelişim Kuramınının/Aşamalarının Evreleri.....	21
2.4. Hastalık Algısı.....	30
2.4.1. Hastalık Algısı Kavramı	30
2.5. Baş Etme Becerileri/Stratejileri.....	33
2.5.1. Baş Etme Becerileri/Stratejileri Kavramı	33
3. YÖNTEM.....	36
3.1. Araştırmanın Modeli.....	36
3.2. Araştırmanın Amacı.....	36
3.3. Araştırmanın Özgün Değeri.....	36
3.4. Araştırmanın Sayıltıları.....	37

3.5. Hipotezler.....	37
3.6. Çalışma Grupları.....	38
3.7. Veri Toplama Araçları.....	39
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu	39
3.7.2. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)	40
3.7.3. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R)	41
3.8. Veri Analizi.....	42
4. BULGULAR.....	44
4.1. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerle İlgili Bulgular	47
4.2. Çalışmada Kullanılan Ölçekler Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular.....	52
4.3. Farklı Yaş Gruplarında Hastalık Algısı ve Başa Çıkma Tutumlarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular.....	54
5. TARTIŞMA.....	60
6. SONUÇ.....	81
7. ÖNERİLER.....	84
KAYNAKLAR.....	87
ÖZGEÇMİŞ	101
EKLER.....	102
ETİK KURUL/KOMİSYON İZİNİ	112

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri.....	44
Tablo 2. Çalışmaya katılan bireylerin hastalığa ilişkin özellikleri.....	45
Tablo 3. Yaş gruplarındaki katılımcıların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	46
Tablo 4. Çalışmada kullanılan ölçekler ve alt boyutlarının ortama, standart sapma ve çarpıklık değerleri.....	48
Tablo 5. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği genel ve alt boyutlarının farklı yaş gruplarına göre tanımlayıcı istatistikleri ve analiz sonuçları.....	49
Tablo 6. Hastalık Algısı Ölçeği genel ve alt boyutlarının farklı yaş gruplarına göre tanımlayıcı istatistikleri ve analiz sonuçları.....	50
Tablo 7. Hastalık algısı ölçeğinin sık görülen 14 hastalık belirtisine hastaların “Hastalığımın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım” ve “Bu belirti hastalığımla ilgili” ifadelerine verdiği cevapların dağılımı.....	52
Tablo 8. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının korelasyon analizi sonuçları	53
Tablo 9. Hastalık hakkındaki görüşler ve alt boyutlarının korelasyon analizi sonuçları.....	54
Tablo 10. Hastalık nedenleri ve alt boyutlarının korelasyon analizi sonuçları.....	54
Tablo 11. 30 yaş altı hastaların Başa Çıkma Tutumlarını etkileyen faktörlerin regresyon analizi	56
Tablo 12. 30 yaş ve üstü hastaların Başa Çıkma Tutumlarını etkileyen faktörlerin regresyon analizi.....	56
Tablo 13. 30 yaş altı hastaların Hastalık Hakkındaki Görüşlerini etkileyen faktörlerin regresyon analizi.....	57
Tablo 14. 30 yaş ve üstü hastaların Hastalık Hakkındaki Görüşlerini etkileyen faktörlerin regresyon analizi	58

Tablo 15. 30 yaş altı hastaların Hastalığının Nedenlerini etkileyen faktörlerin regresyon analizi	59
Tablo 16. 30 yaş ve üstü hastaların Hastalığının Nedenlerini etkileyen faktörlerin regresyon analizi	59

KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltma	Açıklama
COPE-R	Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği
HAÖ	Hastalık Algısı Ölçeği

1. GİRİŞ

Günümüzde giderek yaygınlaşan kanser hastalığı, vücuttaki farklı yerlerde ve alanlarda var olan hücrelerin kontrolsüz ve anormal bir şekilde büyüyüp çoğalması ve aynı zamanda bu durumla birlikte görülen tümörlerle karakterize olarak ilerleyen bir hastalık grubu olarak tanımlanmaktadır (Ferlay vd., 2010, s. 2901). Bu hastalık aynı zamanda sosyal, fiziksel, psikolojik ve bilişsel yönden iyileşme ve şiddetlenme zamanları olan ayrıca uyum problemleri oluşturabilen ve kronik olarak ilerleyebilen bir hastalık türü olarak da belirtilebilmektedir (Husson vd., 2017, s. 655).

Kanser, yaşam kalitesini düşüren ve insan hayatını ciddi boyutta etkileyen karmaşık ve çok boyutlu bir hastalıktır. Kanser tanısı almış hastaların, tedavi süreçlerinin olumlu bir şekilde ilerleyebilmesi için hastaların bu süreç boyunca yaşadıkları fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik odaklı problemlerin ve sorunların en aza indirgenmesi ve giderilmesi gerekmektedir (Ülger vd., 2014, s. 85). Kanser tanısı almış bireylerde, hastalığın biyo-psiko-sosyal anlamda oluşturduğu olumsuzlukların yanı sıra çaresizlik, umutsuzluk, korku, suçluluk ve terk edilme düşünceleriyle birlikte psikolojik anlamda da birtakım olumsuzluklar görülebilmektedir. Bu durum tanı almış bireyin, ruh sağlığı ve psikolojik durumunda dengesizlikler oluşturarak çoğu zaman psikolojik bir kriz haline de neden olabilmektedir. Tanı almış bireylerde görülen bu kriz hali ise hem hastanın yaşam kalitesini bozmakta hem de hastalık ve tedavi sürecinin gidişatını olumsuz anlamda etkileyebilmektedir (Karakartal, 2017, s. 585).

Bu denli ciddi bir rahatsızlık olan kanser hastalığında, tanı alınan yaş aralığının, hastalık süreci boyunca gelişen ruhsal anlamdaki problemlerle doğrudan ilişkili olduğu görülmektedir. Bu anlamda bakıldığında çalışmanın konusu gereği değerlendirilen 18-30 yaş aralığı dönemlerini ifade eden ergenlik ve genç yetişkinlik evresindeki bir bireyin kanser tanısı alması durumu, içerisinde bulunduğu yaş aralığı ve bu yaş aralığı dönemini ifade eden evreden kaynaklı olarak hastalık süreciyle beraber kendini gösteren çeşitli psikiyatrik bozuklukların çok faktörlü olmasına ve hastalık sürecinin daha karmaşık bir süreç olarak görülmesine neden olmaktadır. Başka bir ifadeyle belirtilen yaş aralığı evrelerinin hassas evreler olmasından dolayı bu evreler içerisinde olan bireylerin kanser tanısı alma durumları, bu yaş aralığı evrelerinin gelişimsel süreçlerinde olumsuz anlamda etkiler bırakabilmekte ve ilgili gelişimsel süreçleri sekteye uğratabilmektedir. Bu noktada

gerçekleştirilen birçok araştırmada ilgili yaş aralığı evreleri içerisinde olan kanser tanısı almış bireylerin, farklı yaş aralığı dönemleri içerisinde olan kanser hastalarına oranla daha yüksek kayęı bozukluğu yaşadıkları belirlenmiştir (Ahomäki vd., 2019, s. 1228). Bu doğrultuda çalışma kapsamında araştırmanın kuramsal dayanağı olarak Erik Erikson'un Psikososyal Gelişim Kuramı/Aşamaları incelenmiştir.

Belirli yaş aralığı evreleri içerisinde tanı alan kanser hastalarının, hastalık süreci içerisinde yaşamakta oldukları farklı problemlerden dolayı hastalık algı düzeylerinde de birtakım bozulmaların meydana geldiği bilinmektedir. Hastalık algısı kavramı tanımlandığında kavram, hastalığın belirtilerini ve sürecini anlama ve bunlarla baş edebilmek amacıyla kullanılan zihinsel temsiller olarak açıklanmaktadır. Kanser hastalığı ve tedavi sürecine yönelik hastalık algısı, ilgili hastalıkla başa edebilmede ve beraberinde tedavi sürecinin zorluklarını aşabilmede oldukça etkili olmakta ve hastanın yaşam kalitesini ciddi bir şekilde etkilemektedir. Bu anlamda 18-30 yaş aralığı dönemlerini ifade eden ergenlik ve genç yetişkinlik evresinde olan kanser tanısı almış bireyler, hastalığın tanı ve tedavi aşamasını tam olarak anlamlandırmış ve algılamış olsalar dahi içerisinde buldukları bu durumla sağlıklı olarak baş edemeyebilirler ve beraberinde psikolojik ve psikiyatrik problemler yaşayabilmektedirler. Hastaların yaşadıkları psikolojik ya da psikiyatrik odaklı problemler ise onların genel yaşam kalitelerini düşürmektedir (ırpan Kantarcıoğlu vd., 2019, s. 81-82).

Hastalık algısı kavramı tanımında da belirtildiği üzere hastalık algılama düzeyi aynı zamanda tanı alan hastaların, hastalıkla baş edebilme tutumlarını doğrudan etkilemektedir. Belirtilen yaş aralığı evresi içerisinde tanı alan kanser hastalarının, içerisinde buldukları yaş aralığı evresinin hassas bir evre olmasından kaynaklı hastalık algı düzeylerinin zayıf olması ve hastalık sürecini doğru bir şekilde anlamlandıramamaları aynı zamanda hastalıkla baş edebilme tutumlarını da olumsuz anlamda etkilemektedir. Baş edebilme kavramı ise stres faktörü olarak değerlendirilen, dışsal ve içsel, özel anlamdaki gereksinimlerin yönetilebilmesi amacıyla sürekli değişim gösteren bilişsel ve davranışsal anlamdaki çabalar olarak tanımlanmaktadır. İlgili yaş aralığı evresinde olan kanser hastalarının ise hastalık karşısında yoğun stres altında kalmaları, onların baş edebilme tutumlarını olumsuz anlamda etkilemektedir (Erbay vd., 2017, s. 40). Genel anlamda ise bu yaş aralığı evresinde tanı alan kanser hastalarının, hastalıkla baş edebilme becerilerinin içerisinde buldukları yaş aralığı evresinden dolayı

zayıf kaldığı ve hastalık sürecinden kaynaklı olarak gelişimsel süreçlerinin de risk altında olduğu belirlenmiştir (Pennant vd., 2019, s. 2).

Belirtilen konunun araştırılması noktasında gerçekleştirilen bu çalışmada kanser tanısı alan hastaların, tanı aldıkları yaş aralığı değişkeninin hastalık algısı ve beraberinde baş etme tutumları üzerine olan etkisinin belirlenmesi ve ilgili değişkenin hastalık algısı ve baş etme becerileri düzeyleri ile arasındaki ilişkinin incelenmesi ve değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Araştırmanın amacı ve konusu ile benzerlik gösteren çalışmaların literatürde sayıca az olmasından kaynaklı ilgili araştırmanın literatüre katkı sağlayacağı ve alan yazında önemli bir yere sahip olacağı düşüncesi ise araştırmanın özgün değerini oluşturmaktadır.

Araştırmanın yöntem kısmına bakıldığında ise araştırma nicel araştırma yöntemlerinden olan genel tarama modeli ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya Medica Konya Hastanesi'nde yatarak ve ayaktan tedavi gören 18-30 yaş arası ve 30 yaş üstü toplamda 108 kadın-erkek onkoloji hastası birey katılım sağlamıştır. Araştırma genelinde katılımcılara, veri toplamak amacıyla Kişisel Bilgi Formu, Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R) uygulanmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesi içinse Statistical Analysis Software SAS Version 9.4 programı kullanılmıştır.

Araştırmanın bölümlerinin örgütlenmesi düzeninde ise araştırma genel anlamda iki farklı aşamadan oluşacak şekilde tasarlanmıştır. Belirlenen ilk aşamada çalışmanın konusu gereği kanser hastalarının tanı aldıkları yaş aralığının hastalık algısı ve baş etme becerileri üzerine olan etkisi ile ilgili literatür ve alan yazın taranmış ve gerçekleştirilen araştırmalarla, çalışmanın kavramsal ve kuramsal çerçevesi oluşturulmuştur. İkinci aşamada ise araştırma kapsamında kullanılması belirlenen form ve ölçekler katılımcılara etik sorumluluklar çerçevesinde uygulanmıştır. Araştırmanın kendi içerisindeki bölümler ise numaralı bir şekilde ve belirli başlıklar halinde sıralanmaktadır.

2. ARAŞTIRMANIN KAVRAMSAL VE KURAMSAL TEMELLERİ

2.1. Kanser

2.1.1. Kanserin Tanımı

Kanser, vücuttaki farklı organlarda bulunan hücrelerin bazı etmenler sebebiyle değişime uğraması sonucunda kontrol dışında çoğalmasıyla oluşan, tedavi aşamaları ve yaklaşımları farklılık gösteren ve çoğunlukla her kanser türünde farklı bir klinik görünüme sahip olan hastalık grubu olarak tanımlanmaktadır (Ayar, 2018, s. 4).

Kanser hastalığında görülen hücrelerin kontrolsüz çoğalması sırasında bu hücrelerde, sağlıklı hücrelere oranla yapısal değişiklikler görülebildiği gibi hücrelerin işlevleri yönünden de birtakım farklılıklar görülebilmektedir. Nitekim bazı durumlarda hücre, normal zamanda gerçekleştirdiği işlevlerini yerine getiremezken, bazı durumlarda ise normal zamanda da var olmayan işlevlerini gerçekleştirmeye çalışmaktadır. Bu denli ciddi bir rahatsızlık olan kanser, toplum sağlığı yönünden de en sık engelli bırakan, en çok görülen ve sonu en çok ölüme sonuçlanan hastalıklar arasında ele alınmaktadır (Uzun, 2016, s. 11-12). Bu ifadeler doğrultusunda çok ciddi bir sağlık sorunu olarak belirtilen kanser hastalığı, ilgili alanda gerçekleştirilen bir araştırmaya göre ise halk arasında en çok korkulan hastalık olarak nitelendirilmektedir (Roy ve Saikia, 2016, s. 441).

Modern tıbbın en güncel ve en önemli problemlerinden biri olan kanser hastalığı, güncel verilere göre toplum içinde her beş kişiden mutlaka birinde görülmektedir. Tüm güncel tedavi yöntemlerine rağmen halen kanser hastalığı sonucunda yaşanan ölümler, gelişmiş toplumlarda dahi ikinci sırada görülmektedir. Bu noktada bakıldığında Dünya Sağlık Örgütü'nün güncel verilerine göre, dünya üzerinde kanser hastalığından kaynaklı yaşamlarını yitirenlerin sayısı 2004 senesinde 7.4 milyon olarak belirtilmiştir. Belirtilen bu rakamın ise 2030 senesinde 11.8 milyona yükseleceği tahmin edilmektedir (Başak, 2015, s. 4).

2.1.2. Kanserin Epidemiyolojisi

Kanser hastalığı, normal olan hücrelerin farklı nedenlerden dolayı anormal bir hal alması sonucunda tümör hücrelerine dönüşmesi ile oluşabilen geniş ve kapsamlı bir hastalık grubu olarak tanımlanabilmektedir. Kanser hastalık grubu, kardiyovasküler hastalıklardan sonra ölüme en çok sebep olan hastalık grubu olarak belirlenmektedir (Baran Deniz, 2022, s. 102).

Gerçekleştirilen son araştırmalara göre kanser hastalığı, ülkemizde ve dünya genelinde ölüm nedenleri içerisinde ikinci sırada konumlanmaktadır. Ülkemizde yaklaşık her beş can kaybından bir tanesi, dünyada ise her altı can kaybından bir tanesi kanser nedeniyle gerçekleşmektedir. Kanser yükünün bu denli hızlı ve engellenemez artışı, küresel anlamda sağlık sistemleri ve halk sağlığı açısından bir kriz durumunu teşkil etmektedir. Gelecekte neredeyse birçok ülke için, kanser tanısı alan çok sayıda hastanın tedavi ve

bakım süreçleri için gereken yeterli ödenekleri sağlamanın ciddi bir sorun olacağı düşünülmektedir (Türkyılmaz vd., 2021).

Bu doğrultuda bakıldığında 2018 yılında yayımlanan “Küresel Kanser Gözlem Verisi” çalışmasından elde edilen son verilere göre dünya üzerinde 18.1 milyon bireyin kanser türlerinden herhangi birisinin tanısını aldığı ve gene herhangi bir kanser türünden hayatını kaybeden kişi sayısının ise 9.6 milyon olduğu açıklanmıştır. Kadın ve erkek olmak üzere her iki cinsiyet durumu, belirlenen yaş aralıkları ve tüm kanser grupları dikkate alındığında yeni bir kanser tanısı alan bireylerin, %11.6 oranında akciğer kanserleri, %11.6 oranında meme kanseri türleri, %10.2 oranında kolorektum kanserleri, %7.1 oranında prostat kanserleri ve %5.7 oranında mide kanserleri kökenli oldukları belirtilmektedir (Yıldırım Öztürk ve Uyar, 2021, s. 18).

Ülkemizde ise bu sıralama 2015 yılında Kanser Daire Başkanlığı'nın son verilerine göre erkek hastalarda en sık görülen kanser türleri olarak; akciğer kanserleri, prostat kanserleri, kolorektal kanserleri, mesane kanserleri ve mide kanserleri olarak sıralanmakta iken kadınlarda ise en sık görülen kanser türleri meme kanserleri, tiroid kanserleri, kolorektal kanserleri, uterus kanserleri ve akciğer kanserleri olarak sıralanmaktadır. Bununla birlikte kanser hastalığı nedeniyle görülen ölümlerin en sık erkeklerde; akciğer, mide, lenf ve kan doku, prostat ve kolorektal kanser türlerinde görülürken kadınlarda ise en sık; akciğer, meme, lenf ve kan doku, mide ve kolorektal kanser türlerinde görüldüğü belirtilmelidir (Erzurum Alim, 2018).

2.1.3. Kanser Etiyolojisi

Kanser hastalığının ortaya çıkışından günümüze kadar olan süreç boyunca hastalığın nedenlerine ve oluş mekanizmasına yönelik bilim insanları tarafından sayısız araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırmaların on sekizinci yüzyıl itibarıyla hastalığın nedenleri arasında dış etkenlerin önemli bir yeri olduğunu göstermesi ile bilim insanları bu etkenleri saptamaya ve bu etkenlerle ilgili çalışmalar gerçekleştirmeye yönelmişlerdir. Araştırmaların neticesinde hastalığa neden olan etmenler üç farklı başlık olarak belirlenmiştir. Bu başlıklar ise kimyasal faktörler, radyasyon alımı ve virüsler olarak belirtilmiştir (Ardıç, 2020, s. 19-20). Bunun yanı sıra kanser hastalığının etiyojisinin tam anlamıyla bilinmemesiyle birlikte, son zamanlarda gerçekleştirilen araştırmalarda hastalığın nedenleri arasında birçok farklı faktörün olduğunu da belirlenmiştir. Hastalığın olası nedenleri, değiştirilemeyen ve değiştirilebilen risk etmenleri olarak iki farklı alanda incelenmektedir. Hastalığın değiştirilemeyen risk etmenleri; cinsiyet, yaş ve aile hikayesi olarak belirtilirken değiştirilebilen risk etmenleri ise çevresel faktörler olarak belirtilmektedir (Ayar, 2018, s. 5).

Netice itibarıyla kanser hastalığının etiyojisine diğer anlamıyla nedenleri ve oluş mekanizmasına birçok farklı faktör ve değişkenin etki ettiği gerçekleştirilen araştırmalar sonucunda görülmektedir. Bu faktör ve değişkenleri ise; yaş ve cinsiyet durumu, etnik köken, sosyo-ekonomik durum, stres faktörleri, kansere neden olan enfeksiyonlar, virüsler ve biyolojik ajanlar, immünolojik faktörler, genetik duyarlılık ve aile öyküsü, sigara ve alkol kullanımı, sağlıklı beslenme düzeni ve yaşam tarzı, obezite ve vücut kitle

endeksinin yüksekliği, fiziksel hareketsizlik, sağlıksız cinsel yaşam, mesleki maruziyet ve riskler, çevre kirliliği ve güneş ışınlarının zararlı etkileri olarak sıralamak mümkün gözükmeğdir (Liu ve Dong, 2021, s. 5380).

2.1.4. Kanserin Tanı Yöntemleri ve Tedavi Süreci

Kanser hastalığında, yalnızca tek bir tanı yöntemi ile tanılandırma gerçekleştirmek genellikle uygun olmadığı gibi farklı tür kanser tanılandırma süreçlerinde de gene farklı tanı koyma yöntemlerinden yararlanılmaktadır. Hastalığın tanılandırma yöntemleri; hastanın öyküsü, hastanın fiziki muayenesi, laboratuvar değerlendirmeleri, sitolojik incelemeler ve değerlendirmeler, biyopsi işlemleri, röntgen çalışmaları, endoskopik incelemeler ve değerlendirmeler, tanısal amaçlı olarak gerçekleştirilen cerrahi işlemler, mamografi çekimleri ve genetik anlamdaki incelemeler ve değerlendirmeler olarak sıralanabilmektedir. Tanılandırma sürecinden sonra ise hastalığın vucüt içerisindeki yaygınlığının tespit edilebilmesi ve ona uygun etkin tedavi planlanmasının gerçekleştirilebilmesi adına hastalığın türüne göre evrelendirilmesi yapılmaktadır (Ayar, 2018, s. 8-9). Hastalığın evrelendirilmesinin ardından hastaya ve aldığı tanıya uygun bir şekilde tedavi planlaması gerçekleştirilmektedir. Bu noktada her kanser türünün tanı aldığı kişiye göre ilerleme göstermesi, her tedavi yönteminin kendine özgü olarak avantaj ve dezavantajının olması ve tedavi yöntemlerinin gene tanı alan hastalara göre farklılık gösterebilmesi sebebiyle kesin olarak tek bir tedavi yönteminden bahsetmek imkânsız olmaktadır (Baykara, 2016, s. 156).

Genel anlamıyla kanser hastalığının tedavi yöntemleri ise temelde üç ayrı başlıkta incelenmektedir. Bu tedavi yöntemleri; iyileştirici tedavi yöntemleri, destekleyici tedavi yöntemleri ve palyatif tedavi yöntemleri olarak belirtilmelidir. İyileştirici tedavi yöntemleri, kanser hücrelerini tam olarak yok etmeyi amaçlayan tedavilerdir. Destekleyici tedavi yöntemleri, genel anlamda cerrahi girişimlerle kanserli hücrenin temizlenmesi sonrasında bu hücrelerin çevresinde kalabilecek diğer kanser hücrelerinin de temizlenmesi için kullanılan yöntemlerdir. Bu aşama içerisinde kullanılan kemoterapi tedavi yöntemi, tedavi süreci içerisinde oluşabilecek metastazları engellemek için kullanılmakta iken radyoterapi tedavi yöntemi ise kanserli hücrelerin bulunduğu ilgili bölgelerde hastalığın tekrarlama ihtimalini en aza indirmek amacıyla kullanılmaktadır. Son olarak palyatif tedavi yöntemleri ise hastanın ilerleyen aşamalarında yaşayabileceği semptomları engellemek ve tedavi sürecinin devamlılığını sağlamak, hastanın süreç boyunca yaşadığı acıları gidermek ve yaşam kalitesini arttırmak olarak belirtilmelidir (Uzun, 2016, s. 14-15).

2.1.5. Kanser Türleri

Türk Kanser Derneği, kanser türlerini genel anlamda aşağıda belirtildiği şekilde beş farklı kategoride incelemektedir. Bu kategoriler aşağıdaki gibi sıralanmaktadır:

- Lösemi Kanser Türleri: Kemik iliğine benzer dokularda yani kan üretimi sağlayan dokularda ve hücrelerde başlayan ve ilerleyen kanser türleri olarak tanımlanmaktadır.
- Merkezi Sinir Sistemi Kanser Türleri: Omurilik ve beyin dokularında başlayan ve ilerleyen kanser türleri olarak tanımlanmaktadır.
- Lenfoma ve Miyelom Kanser Türleri: Bağışıklık sistemindeki dokularda ve hücrelerde başlayan ve ilerleyen kanser türleri olarak tanımlanmaktadır.
- Sarkoma Kanser Türleri: Kan damarlarında, kas, yağ, kıkırdak, kemik ve diğer destek ve bağ dokularında başlayan ve ilerleyen kanser türleri olarak tanımlanmaktadır.
- Karsinoma Kanser Türleri: İç organları çevreleyen ve kapsayan dokularda ve hücrelerde veya deri üzerinde başlayan ve ilerleyen kanser türleri olarak tanımlanmaktadır (Ardıç, 2020, s. 19).

2.2. Kanserin Biyo-Psiko-Sosyal Etkileri

Bireyler için yaşamsal tehdit oluşturan, uzun vadeli koruma ve gözlem gerektiren, fizyolojik yapıda ve fiziksel görünümde patolojik değişimlere ve dönüşümlere sebebiyet veren kronik hastalıklar grubu içerisinde diyabet ve HIV/AIDS hastalıkları gibi kanser hastalığı ve türleri de yer almaktadır. Kronik hastalıklar ise bireyin, yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan temel işlevlerini ve sorumluluklarını olumsuz anlamda etkilemekte ve bireyde fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik açıdan şiddetli bir baskı oluşturmaktadır. Dolayısıyla hastalığın verdiği etkiyle birçok fiziksel ve işlevsel eksikliklerle ve kayıplarla yüzleşmek durumunda kalan bireyler, hastalık sonrası hayatlarını yeni ve farklı bir bakış açısıyla değerlendirmeye başlamaktadırlar (Beki, 2021, s. 34).

Aynı zamanda kanser hastalığı, yaşam ve ölüm üzerindeki kontrolün sınırlılığını gösteren bir hastalık olarak da görülmektedir. Kanseri, beraberinde getirdiği dinmeyen ağrı ve acıların, izolasyonların, sürekli kaygılanma halinin ve kaos durumunun bir sembolü olmaktadır. Dolayısıyla bakıldığında kanser hastalığı, fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik yönden birçok problemi kapsayan bir hastalık olarak tanımlanabilmektedir. Bu noktada kanser tanısı almış hastaların, yaşadıkları ya da yaşamakta oldukları problemlerin birçok farklı nedeninin olduğu da belirtilmelidir (Altınova ve Duyan, 2013, s. 41).

Sonuç itibariyle kanser hastalığı, tanı almış bireylerde oluşturduğu fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik kökenli problemler nedeniyle hastaların, yaşam kalitelerini ve yaşam düzeylerini olumsuz anlamda etkilemektedir. Bu durumun sonucunda ise hastaların, hastalıkla baş etme becerileri önemli bir seviyede zayıflamakta ve dolayısıyla hastalığın ve tedavi sürecinin seyri ciddi anlamda etkilenmektedir. Bu noktada hastaların tedavi sürecindeki temel amaç, onların yaşadıkları belirsizlikleri en aza indirgenmesinin, hastalık ve tedavi süreci boyunca oluşan her türlü problemin çözüme kavuşturulmasının ve hastaların tedavi planına uyumluluğu artırılarak tedavi süreci boyunca hazırlanan tıbbi tedavi planlarına ve programlarına devamlılığının etkin bir şekilde sağlanmasıdır (Turan Kavradım ve Canlı Özer, 2014, s. 155). Bu doğrultuda hastaların yalnızca tanı ve tedavi süreci boyunca gelişen ve değişen semptomlarını değerlendirmenin yanı sıra aynı zamanda hastaların fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik anlamda değerlendirilmelerinin gerçekleştirilmesi de onların iyilik halleri üzerinde yadsınamayacak bir etki oluşturacaktır (Lewandowska vd., 2020, s. 6938).

2.2.1. Kanserin Psikolojik Etkileri

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık; yalnızca sakatlık ve hastalığın olmaması değil aynı zamanda bedensel, ruhsal ve de sosyal olarak tam bir iyilik durumu olarak tanımlanmaktadır (Özbaş ve Özkan, 2010, s. 541).

Bu noktada onkoloji hastalarının yaşadıkları ve yaşamakta oldukları psikolojik problemlere geçmeden önce ruh sağlığı ve normallik kavramlarını açıklamakta fayda görülmektedir. Normallik kavramı ya da normal birey kavramı, kültürel perspektife göre istatistiksel anlamda çoğunluğa uyum sağlayan ve çan eğrisi gibi bir sistemin iki farklı ucunda olmayan birey olarak tanımlanmaktadır. Bireysel perspektife göre ise depresyon ve kaygılanma durumu gibi psikolojik anlamda zor olan duygu ve hissiyatları daha önce yaşamamış ya da sosyal ve kişisel anlamda birtakım yetersizlikleri deneyimlememiş bireyler normal olarak belirtilmektedir (Uzun, 2016, s. 27).

Ruh sağlığı kavramına baktığımızda ise Dünya Sağlık Örgütü, ruh sağlığını kavramını, bireyin gün içinde karşılaştığı stres oluşturabilecek durumlarla başa çıkabileceği, kendi yetenek ve becerilerinin bilincinde olduğu, etkin ve üretken bir şekilde çalışabileceği ve

içinde bulunduğu topluma her anlamda katkı oluşturabileceği bir iyilik durumu olarak tanımlamaktadır (Sargın, 2012, s. 11).

Psikolojik kökenli problemler, onkoloji hastalarında en yoğun şekilde görülen problemler arasındadır. Bu alanda gerçekleştirilen bazı araştırmalara göre hastalığın tanı ve tedavi süreci aşamalarının herhangi birinde, tanı almış hastaların %50'sinde kontrol ve tedavi gerektirebilecek birçok farklı psikolojik problem ve devamında psikiyatrik sorunların oluştuğu belirlenmiştir. Özellikle depresif sendromlar, uyum bozuklukları, anksiyete ve kaygı bozuklukları, kişilik bozuklukları, hastalık süreci boyunca gerçekleştirilen tıbbi işlemlere yönelik korkular, suçluluk hali, ölüm korkusu, olayları kontrol etme becerisinin kaybedilme korkusu, hastalığın nüks etme korkusu, geleceğin belirsiz olması durumu, işini, verimliliğini, işlevlerini ve ilişkilerini yitirme ve de yalnız kalma korkusu tanı almış hastaların yaşadıkları ve yaşamakta oldukları psikiyatrik problemlere örnek olarak sıralanabilmektedir (Ayar, 2018, s. 14-15). Bu problemlere ek olarak çoğu kanser hastasının psikoseksüel gelişim düzeylerinde de birtakım problemlerin oluştuğu ve karşı cinsle bir birliktelik yaşama ya da evlilik birliği kurma gibi olguların oranlarının oldukça düşük olduğu bilinmektedir (Brinkman vd., 2018, s. 2190).

Alanda gerçekleştirilen bir başka araştırmaya göre hastaların tanı aldıktan sonra ilk olarak bir şok durumu yaşamakta oldukları sonrasında ise hastalığa ve tedaviye uyum süreçlerinde gösterdikleri kızgınlık hali, inkâr hali, endişe hali, depresyon ve kabullenme hali gibi durumlar ise genellikle hastaların, hastalığa gösterdikleri savunma mekanizmaları olarak belirtilmektedir (Beki, 2021, s. 37). Bu doğrultuda tanı alan bireylerde öncelikle şok olma durumu ve güvensizlik hissi görülmekte sonrasında ise öfke hali, anksiyete ve depresyon belirtileri görülmektedir. Çoğu durumda bu belirtiler hastanın, hastalık gerçeğiyle yüzleşmeye başlamasıyla azalmaktadır. Genel anlamıyla bakıldığında kanser tanısı alan hastalarda, hastalık süreci boyunca görülen psikolojik kökenli problemleri; bilişsel anormallikler, duygudurum bozuklukları, bitkinlik hali, yalnızlık ve terk edilmişlik düşünceleri olarak sıralamak mümkündür. Hastalık sürecinin sonunda ise hastalığı atlatan bireylerde, damgalanma ve kendilerini sınırlanmış hissetme şeklinde problemler görülebilmektedir. Bu durumla birlikte önemsenecek bir sayıdaki hasta popülasyonunda, profesyonel destek gerektirebilecek psikolojik problemler ve bozuklukların geliştiği de belirtilmiştir (Boyle ve Levin, 2008, s. 84).

Kanser tanısı almış bireylerle içerisinde buldukları süreçlerle ilgili iki buçuk yıl süresince görüşmeler gerçekleştiren bir başka araştırmaya göre hastaların tanı aldıktan belli bir süre sonra yaşadıkları psikolojik problemler beş farklı aşamaya ayrılmaktadır. Bu aşamalar; inkâr ve yalnızlaşma, kızgınlık (öfke), pazarlık (uzlaşma), depresyon ve kabul etme (kabullenme) aşamaları olarak sıralanmaktadır (Ross, 2010, s. 45). Konuyla ilgili alanda gerçekleştirilen diğer bir çalışmaya göre ise hastaya tanının koyulmasının ardından ilk olarak şok olma durumu, tepki hali, direnç gösterme (direnme) ve uyumluluk hali (uyum) olarak dört farklı aşamanın olduğu belirtilmiştir (Yıldırım ve Gürkan, 2010, s. 89).

Genel olarak bakıldığında ise tanı aldıktan sonraki ilk aşamada hastalarda çoğunlukla görülen ilk tepki şok olma durumudur. Bu noktada tanı alan bireyin şok olma durumuyla birlikte kendi bedenine olan güveninin sarsıldığı ve kendi kendine yabancılaştığı görülmektedir. Bu aşamada sıklıkla görülen tepki inkâr etme durumudur. İnkâr etme durumunda hasta, hastalık gerçeğini kabul etmemekte ve benlik bütünlüğünü koruma uğraşında olmaktadır. Bu durum birkaç gün sürebildiği gibi birkaç saat içerisinde de geçebilmektedir. İkinci aşamada ise hasta, hastalık gerçeğini kabullenme sürecine girmektedir. Bu aşamadaki en temel tepki ise kaygılanma durumudur. Tedavi sürecinin aktifliğini yitirmesinin ardından üçüncü aşamaya geçilmektedir. Bu aşamada hasta, içinde bulunduğu yeni düzene uyum sağlamaya ve geri kalan hayatına başka bir perspektifle bakmaya çalışmaktadır. Son aşama olan dördüncü aşamada ise hasta, hastalık ve tedavi sürecine tam anlamıyla uyum sağlamakta ve yeni yaşamına kendini yöneltmeye başlamaktadır (Ülger vd., 2014, s. 87-88).

Tanı almış bireylerin, yaşadıkları ve yaşamakta oldukları duyguların ve tepkimelerin benzer olmasına karşın bu duygulara ve tepkimelere eşlik eden bazı semptomlarda, tanı almadan önceki dönem başta olmak üzere, tanı alınan dönemde, hastalığın nüks etme ve terminal döneminde ve son olarak ölüm döneminde birtakım farklılıklar görülebilmektedir. Bu doğrultuda belirtilen dönemler aşağıdaki gibi sıralanmaktadır:

- **Tanı Alınmadan Önceki Dönem:** Bu dönem tıbbi terimlerle ve prosedürlerle dolu bir dönem olmasından dolayı belirsizliğin yoğun olduğu bir dönem olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca bu dönemde belirsizliğin yoğun olmasından kaynaklı endişe ve anksiyete hali de görülebilmektedir.

- Tanı Alınan Dönem: Hastalar, bu dönemde hastalıklarına ilişkin net tanıyı almakta ve tanıyla birlikte inkâr etme durumu, kızgınlık hali, uzlaşma durumu, depresyon ve kabullenmeme durumu gibi problemler yaşayabilmektedirler.
- Nüks Etme ve Terminal Dönemi: Bu dönemde hastalar çoğunlukla tanı aldıkları dönemde yaşadıkları duygulara benzer duygular yaşamaktadırlar. Bu duygulara ek olarak beklenmedik bir şekilde gelen nüks haberi, hastaların ümitsizlik, güçsüzlük ve hayal kırıklığı gibi duygular yaşamalarına neden olabilmektedir.
- Ölüm Dönemi: Ölüm, hastanın ailesi ve yakınları için kolayca üstesinden gelinemeyecek, manevi olarak büyük bir yıkım oluşturmaktadır. Hastanın, hastalığı yenememesi ihtimaline karşı aile fertlerinde, yeni koşullara alışmaya çalışma ve yalnız kalma düşüncesinin hâkim olması durumu ise bu dönemde görülmektedir (Işıkhan, 2007, s. 17-18-19).

Sonuç itibariyle bakıldığında kanser tanısı almış bireylerde görülen psikiyatrik ve psikolojik kökenli problemler ve rahatsızlıklar, hastaların yaşam kalitelerini oldukça önemli görülebilecek bir seviyede etkilemektedir. Belirtilen bu ifadeler göz önüne alındığında hastalarda görülen psikolojik kökenli problemler, onların tedaviye olan uyumlarını olumsuz anlamda etkileyebilmekte ve hastanede kalış sürelerini uzatabilmektedir. Bu durum ise hastalığın ve tedavi sürecinin seyrini ciddi derecede etkilemektedir (Ertuğrul Kırık, 2020, s. 12). Bu noktada hastaların, yaşadıkları ya da yaşamakta oldukları psikolojik kökenli problemler, alandaki ilgili uzmanlar tarafından belirlenmeli, bu problemlere yönelik değerlendirmeler gerçekleştirilmeli sonrasında ise hastaların psikososyal ihtiyaçlarına ve kişilik özelliklerine yönelik, hastalığın tedavi süreci boyunca ve tedavi süreci sonrasında da uyum ve katılım sağlayabilecekleri psikososyal odaklı müdahaleler uygulanmalıdır. Psikososyal müdahaleler sonucunda ise hastaların, yaşam kalitelerinin artırılması ve topluma ve sosyal hayata yeniden katılım sağlamaları amaçlanmalıdır (Fırat ve Erk, 2021, s. 12). Belirtilen psikososyal müdahaleler ise hastaların tanı ve tedavi süreci boyunca zihinsel sağlık durumlarını ve psikolojik iyilik hallerini gözlemlemede, incelemde ve değerlendirmede oldukça önemli olmaktadır (Zhao vd., 2013, s. 136).

2.2.2. Kanser Türlerine Göre Görülen Psikolojik Problemler/Etkiler

Kanser hastalığına yakalanan kişi sayısı günümüzde giderek artmaktadır. Kanser tanısı alan bireylerin hastalık sürecinden dolayı yaşadıkları ya da yaşamakta oldukları psikolojik kökenli problemler ve sorunlar da hastaların, tıbbi tedavi planlamalarını, tedavi süreçlerini ve hastane yatış sürelerini olumsuz anlamda etkilemektedir (Hocaoğlu vd., 2003, s. 31).

Kanser hastalarının, hastalık ve tedavi süreci boyunca ve sonrasında yaşadıkları ya da yaşamakta oldukları psikolojik kökenli problemler ve sorunlar, alanda gerçekleştirilen araştırmaların sonuçlarına göre hastaların aldıkları kanser tanısının türüne ve çeşidine yönelik birtakım değişiklikler gösterebilmektedir. Nitekim bakıldığında hastalarda, hastalık ve tedavi süreci boyunca görülen depresyon ve anksiyete düzeyinin, hastanın aldığı tanının türüne ve çeşidine göre önemli ve ciddi derecede değiştiği belirlenmiştir (Ihlamur vd., 2012, s. 345).

İlgili alanda gerçekleştirilen araştırmaların sonuçları doğrultusunda ise çalışmanın bu başlığı altında, tanı almış hastaların tanı aldıkları kanser türüne ve çeşidine göre yaşadıkları ya da yaşamakta oldukları psikolojik kökenli problemlerin ve sorunların değerlendirilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

2.2.2.1. Sindirim Sistemi Kanser Türlerine Göre Görülen Psikolojik Problemler

Sindirim sistemi kanser türleri, sindirim sisteminde görülen ve sindirim sistemini etkileyen kanserli hücreler grubu olarak belirtilmektedir. Bu kanser türlerini, başta yemek borusu kanserleri ve karaciğer kanserleri olmak üzere pankreas kanserleri, mide kanserleri ve bağırsak kanserleri (ince bağırsak ve kalın bağırsak (kolon ve rektum)) olarak sıralamak mümkündür (Zhang vd., 2018, s. 3295). Tüm kanser türleri içerisinde sindirim sistemi kanser türleri, en sık görülen kanser türleri arasındadır. Öyle ki sindirim sistemi kanser türleri, en çok görülen ilk 10 kanser hastalığının içerisinde yer almaktadır. Sindirim sistemi kanser türleri, güncel tedavi yöntemlerinin sınırlılığı ve erken teşhis edilmesinin zorluğu sebebiyle en ölümcül kanser türleri arasında da görülmektedir (Yang vd., 2019, s. 3640).

Alanda gerçekleştirilen araştırmalara göre ise sindirim sistemi kanser türlerinde görülen psikolojik kökenli sorun ve problemler içerisinde hastalığın birinci basamağında anksiyete ve depresyonun yoğun olarak görüldüğü belirlenmiştir. Bu durum hastanın hem kendisini hem de ailesini oldukça ciddi derecede etkilemektedir. Hastalığın birinci seviyesinde oldukça yoğun olarak görüldüğü belirlenen anksiyete ve depresyon düzeyi, sindirim sistemi kanser türlerinin şiddetli semptomlarıyla, hastalığın gelecekte nüks etme ihtimalinin yüksek olması durumuyla ve kronik seyir durumu gibi hastalık türüne has özel durumlarla önemli görülebilecek bir lde ilişkili olmaktadır (Zhou vd., 2005, s. 2314).

Bir başka araştırmaya göre ise sindirim sistemi kanser türleri tanısı alan hastalarda, intihar etme davranışı genel popülasyona göre oldukça yüksek seviyede belirlenmiştir. Sindirim sistemi kanser türlerinden herhangi birinin teşhisini alan 856.293 sayıdaki hastanın toplam olarak 881'nin intihar etme davranışı gsterdiğiyi belirlenmiştir. Bu bulgu ise genel popülasyondaki intihar oranı ile karşılaştırıldığında sindirim sistemi kanser türleri tanısı alan hastaların, genel popülasyona göre yaklaşık olarak iki katı oranında daha fazla intihar ettiğiyi göstermektedir. Özellikle karaciğery, mide ve pankreas kanseri tanısı alan hastalarda, diğery sindirim sistemi kanser türlerine oranla daha fazla intihar etme davranışının görüldüğü de belirtmiştir (Anderson vd., 2018, s. 2274).

2.2.2.2. rolojik Kanser Türlerine Göre Görülen Psikolojik Problemler

Kanser rahatsızlığı, boşaltım sistemini oluşturan idrar yolları, mesane, üretra ve böbrekler gibi doku ve organlarla birlikte erkek üreme sisteminin parçalarından olan üreme kanalları, testisler ve prostat bezinde geliştiğiy zaman ürolojik kanser türleri içerisinde görülmektedir. Bu kanser türleri, erken teşhis edilmesi sayesinde başarılı ve olumlu bir tıbbi tedavi sürecinin mümkün olduğuy kanser türleri arasında yer almaktadır. Bu sebeple ürolojik kanser türlerinin erken teşhis edilebilmesi ve tıbbi tedavi sürecinin başlatılabilmesi için hastalıkla ilgili yeterli ve doğru bilgiye sahip olmak son derece önemli görülmektedir (Uygur, 2021).

rolojik kanser türlerinden herhangi birisinin tanısını almış olan hastaların yaşadıkları ya da yaşamakta oldukları psikolojik problemlere bakıldığında bu hastaların, endişe ve kaygı düzeylerinde yoğun artışların olduğuy görülmektedir. Hastaların özellikle tanı alma döneminde, hastalığın tıbbi tedavi sürecinde ve tedavi sürecinin sonucunda yoğun bir

şekilde kaygılandıkları ve anksiyete bozuklukları geliştirdikleri belirlenmiştir (Smith vd., 2012, s. 700).

Ürolojik kanser türlerinin tedavi aşamalarının içerisinde olan tıbbi tedavi teknikleri de hastaların psikolojik durumlarını olumsuz anlamda etkileyebilmektedir. Nitekim bakıldığında belirtilen bu tıbbi tedavi teknikleri sonucunda oluşabilecek, hastaların belli organlarındaki olası şekil bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları ve hastanın vücut imajındaki değişiklikler, hastalığın ve tedavi sürecinin yan etkileri olmakla birlikte hastanın psikolojik ve ruhsal durumunu da oldukça ciddi bir şekilde etkilemektedir (Mount, 1980, s. 1985).

Alanda gerçekleştirilen bir başka araştırmaya göre ise ürolojik kanser türü tanısı alan hastalarda görülen diğer psikolojik bozuklukları; yoğun kaygılanma hali, kaygıya bağlı anksiyete bozuklukları, depresyon, travma sonrası stres bozuklukları, idrara çıkmada yaşanan zorluklar ve buna bağlı görülen psikolojik sıkıntılar, infertilite durumu, cinsel sorunlar ve cinsel işlev bozukluğu yaşama ihtimallerine karşı toplum içinde damgalanma ve etiketlenme problemleri olarak sıralamak mümkün gözükmektedir. Ayrıca bu hastalarda diğer kanser türlerine oranla daha yoğun bir şekilde endişe ve kaygı hali, kilo kaybı, iştahsızlık, uyku bozuklukları, hiçbir durumdan zevk almama, yaşam kalitesinde azalma, umutsuzluk, çaresizlik ve depresif ruh hali gibi psikolojik ve ruhsal bozuklukların görüldüğü de belirtilmelidir (Sousa vd., 2012, s. 120-121). Ek olarak alanda gerçekleştirilen bir diğer araştırmaya göre ise ürolojik kanser türleri içerisindeki mesane kanser türü tanısı alan erkek hastalarda, hastalığın ileriki evrelerinde teşhis edilmesi durumunda hastanın intihar etme riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Pham vd., 2019, s. 97).

2.2.2.3. Genital Kanser Türlerine Göre Görülen Psikolojik Problemler

Genital kanser türleri, genital organlardaki hücrelerin değişime uğramasıyla ve kontrolden çıkarak anormal bir şekilde çoğalmasıyla gelişmekte olan kanser türleri olarak tanımlanmaktadır. Genital organlarda görülen kanser türleri kendi içlerinde farklılıklar göstermektedir. Bu kanser türlerini, rahim ağzı kanserleri, rahim zarı kanserleri, uterus kanserleri, vulva kanserleri, yumurtalık kanserleri, serviks kanserleri ve tüp kanserleri olarak sıralamak mümkündür. Rahim ağzı kanserleri, rahim zarı kanserleri ve yumurtalık

kanserleri genital kanser türleri içerisinde en sık görülen kanserlerdendir. Genital kanser türlerinde erken teşhis imkânı oldukça yüksektir. Bu noktada hastalığın özellikleri, evresi ve yayılma miktarı dikkate alınarak gerekli tıbbi tedavi sürecinin başlatılması hastalığın ilerlemeden durdurulması açısından son derece önemli olmaktadır (Alagöz, 2019).

Genital kanser türleriyle ilgili alanda gerçekleştirilen bir başka araştırmaya göre genital kanserler, kadın üreme organlarında (rahim, rahim ağzı, vajina, vulva ve yumurtalıklar) görülen kanser türleri olarak belirtilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde son yıllardaki teşhis edilen kanser türleri içerisinde genital kanser türlerinin %11'lik bir orana sahip olduğu belirlenmiştir. Bu ifadeye ek olarak genital kanser türlerinin, küresel boyutta teşhis edilen kanser türleri içerisinde ise %18'lik bir orana sahip olduğu saptanmıştır (Kooshkaki vd., 2020, s. 5034).

Genital kanser türleri, tanı alma döneminden tedavi süreci sonrası dönemine kadar hastaları psikososyal yönden oldukça ciddi bir şekilde etkileyen ve uyum bozuklukları oluşturan hastalık türleri olarak görülmektedir. Dolayısıyla tanı alan hastalarda, tanı alınan dönemden başlayarak hastalığın son aşamasına kadar birçok psikolojik bozukluklar ve problemler görülmektedir. Bu psikolojik bozuklukları ve problemleri, hastanın tanı aldığı dönemde görülen yoğun stres ve anksiyete durumu ve tıbbi tedavi sürecine bağlı gelişen endişe, kaygı ve davranış bozuklukları olarak sıralamak mümkündür. Ayrıca genital kanser türlerinde görülen psikolojik bozukluklar ve problemler hastanın yapısal bütünlüğünü, benlik ve kişilik bütünlüğünü ve de sosyal bütünlüğünü ciddi derecede etkilemektedir (Evcili ve Bekar, 2013, s. 22).

Genital kanser türlerinden herhangi birisinin tanısını alan hastalarda görülen psikolojik bozukluklara ek olarak hastalığın tıbbi tedavi süreci içerisinde uygulanan cerrahi tedaviler ve radyoterapi ve kemoterapi yöntemleri, hastalar tarafından üreme becerisine, cinsel kimliğine ve beden imajına yönelik bir tehdit ya da saldırı olarak algılanmakta ve hastaların yaşam kalitelerini olumsuz anlamda etkilemektedir. Bu durum da hastalarda, tanı alma döneminde, tıbbi tedavi süreci içerisinde ve tedavi süreci sonrasında karmaşık davranışsal ve emosyonel tepkiler görülmesine neden olmaktadır. Bu tepkiler ise beden imajı, depresyon, cinsel ilişki, spiritualite, infertilite, yaşam kalitesi, sosyal destek ve aile desteği gibi birçok farklı açıdaki faktörler tarafından etkilenmektedir (Eker ve Aslan, 2017, s. 299).

2.2.2.4. Solunum Yolu Kanser Türlerine Göre Görülen Psikolojik Problemler

Solunum yolu kanser türleri diğer bir adıyla solunum sistemi kanser türleri, solunum sistemi üzerinde anatomik olarak yerleşmiş kötü huylu hücrelerle karakterize edilen kanser türleri olarak tanımlanmaktadır. Solunum yolu kanser türleri, solunum sistemi üzerinde bulunan burun, boğaz, yutak, gırtlak, bronşlar ve akciğerler gibi organlarda görülebilmektedir (Choubey vd., 2017, s. 488).

Solunum yolu kanser türleri ile ilgili gerçekleştirilen araştırmalara göre belirtilen bu kanserler, dünya genelinde en sık görülen kanser türleri arasında yerini almaktadır. Özellikle solunum sistemi kanser türleri içerisinde olan akciğer ve bronşlarda görülen kanser türlerinin, Amerika Birleşik Devletleri'nde son bir yıl içerisinde en sık görülen kanser türleri içerisinde olduğu belirlenmiştir. Akciğer ve bronşlarda görülen kanser türlerinin görülme sıklığının artma eğiliminde olmasının yanı sıra diğer solunum yolu kanser türlerinin de görülme sıklığının artma eğiliminde olduğu saptanmıştır (Carroll vd., 2017, s. 43). Ayrıca alanda gerçekleştirilen bir diğer araştırmaya göre solunum yolu kanser türleri içerisinde yer alan akciğer kanser türleri, en riskli ve en ölümcül kanserler içerisinde görülmektedir (Duquenne vd., 2021, s. 440).

Solunum yolu kanser türlerinin diğer kanser türlerinden daha tehlikeli ve ölümcül olmaları ve tanı alma aşamasında genellikle ilerlemiş evrede bulunmaları, hastaların bedensel ve ruhsal bütünlüğünü oldukça hızlı bir süre içerisinde ciddi bir boyutta etkilemektedir. Bu özellikleri nedeniyle de solunum yolu kanser türleri, hastalar üzerinde oluşturduğu psikolojik etkiler bakımından diğer kanser türlerinden ayrılmaktadır. Hastaların ruhsal ve psikolojik anlamda solunum yolu kanser türlerinden diğer kanser türlerine oranla ciddi derecede etkilenmelerinin ana sebepleri; hastalığın gelecekte nüks etme ihtimalinin oldukça yüksek olması durumu ve gene hastalığın sigara kullanma durumuyla yakından ilişkilendirilmesinden kaynaklanan kendini suçlama duygusuyla birlikte hastanın ailesi ve yakın çevresi tarafından suçlanması durumudur. Genel olarak bakıldığında ise solunum yolu kanser tanısı alan hastalarda depresyon, uyum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, post-travmatik stres bozuklukları ve deliryum gibi psikolojik problemler görülebilmektedir. Ayrıca hastalık süreci boyunca psikolojik problemler içinde en önemli olarak görülen risk faktörü işlevsel kayıplar olarak belirtilmektedir (Noyan, 2016, s. 341).

İlgili alanda gerçekleştirilen bir başka araştırmaya göre ise solunum yolu kanser türlerinden herhangi birisinin tanısını alan hastalarda, bedensel işlevlerde görülen yetersizlik durumu, fiziksel aktivitelerde görülen kısıtlamalar ve günlük yaşam fonksiyonlarını yerine getirmede oluşan güçlükler olarak tanımlanan yeti yitimi problemi ciddi derecede görülmektedir. Özellikle hastalığın ilerleyen aşamalarında ve dönemlerinde tanı alan hastalarda oldukça ciddi derecede yeti yitimi görülebilmektedir. Bu durum ise hastaların psikolojik durumlarını önemli bir derecede etkilemektedir (Yanmış ve Mollaoğlu, 2018, s. 591).

2.2.2.5. Meme Kanseri Türlerine Göre Görülen Psikolojik Problemler

Meme kanseri türleri, dünya genelinde ağırlıklı olarak kadınlar arasında görülen ve en çok teşhis edilen malignitelerden biri olmaktadır. Kadınlar arasında yoğun olarak görülen kanser türleri içerisinde ise meme kanserleri, kansere bağlı ölümlerin en fazla ve yoğun olarak görüldüğü kanser türleridir (Liang vd., 2020, s. 14). Meme kanseri türleri dünya genelinde kadınlar arasında yoğun olarak görüldüğü gibi Türkiye’de de çoğunlukla kadınlar arasında en sık görülen ve teşhis edilen kanser türleri içerisinde yer almakta ve gene kansere bağlı olarak görülen ölümlerin ana nedenlerinden olmaktadır (Özmen, 2014, s. 98).

Meme kanseri türlerinin diğer bir ifadeyle meme bezi kanserlerinin gelişiminin çevresel faktörlerle ve bireylerin yaşam tarzlarıyla yakından ilgili olduğu saptanmıştır. Bu çevresel faktörlere ve bireylerin yaşam tarzlarına; sigara kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite ve egzersiz, alkol tüketimi, obezite ve yağlı yiyeceklerle beslenmek gibi faktörleri eklemek mümkündür (Kolak vd., 2017, s. 549).

Meme kanseri türlerinden herhangi birisinin tanısı alan hastaların, hayatta kalma düzeylerinde bir artış gözlenmesine rağmen uzun soluklu tedavi süreçleri, tedavi sürecinin beraberinde getirdiği yan etkiler, yorgunluk hali, kronikleşen ağrılar ve uykusuzluk durumu gibi etmenler hastaların yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkilemektedir. Meme kanseri türlerinde kilo kayıpları ve saç dökülmeleri gibi semptomlara ek olarak hastalığın tedavisinde kullanılan cerrahi işlemler nedeniyle hastalarda fiziksel, sosyal, cinsel ve beraberinde psikolojik anlamda oldukça ciddi problemler ve sorunlar görülebilmektedir. Meme kanserleri aynı zamanda tanı alan

hastaların beden imajlarında da belli değişikliklere neden olmaktadır. Bu noktada gerçekleştirilen bir araştırmaya göre meme kanseri tanısı almış hastaların çoğunluğuna uygulanan mastektomi operasyonunun, hastaların benlik saygısını, beden algısını ve eşler arası uyumu olumsuz anlamda etkilediği belirlenmiştir (Ünal vd., 2021, s. 3).

Bu doğrultuda konuyla ilgili gerçekleştirilen diğer araştırmalara göre meme kanseri türleri, kadınların psikolojik ve ruhsal sağlıkları açısından ciddi tehdit oluşturmaktadır. Hastalığın tedavi süreçleri olan biyomedikal tedaviler ve beraberindeki cerrahi tedaviler tanı alan hastaların, bedenlerinde oldukça önemli değişimlere neden olmaktadır. Tedavi süreci boyunca devam eden bedendeki bu değişimler, hastaların beden algılarını olumsuz anlamda etkilemektedir. Bu noktada olumsuz anlamda etkilenen beden algısı beraberinde birçok psikolojik problemle de ilişkilendirilmektedir. En başta depresyon, çift ilişkilerinde sorun yaşama kaygısı, cinsel işlev bozuklukları, sosyal damgalanma ve sosyal faaliyetlerde bozulma gibi birçok psikolojik kökenli problem, hastaların bozulan beden algıları ve imgeleriyle ilişkili görülmektedir (Uzun ve Hocoaoğlu, 2021, s. 959-963).

Sonuç itibariyle bakıldığında meme kanserleri, en çok görülen kanser türlerinden olmasının yanı sıra, cinselliği ve dişiliği simgeleyen bir organa yönelik tehdit oluşturmasından kaynaklı tanı almış hastaların psikolojik yönden ciddi problemler ve sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Bu problem ve sorunları ise genel olarak anksiyete, öfke hali, depresyon durumu, gelecek hakkında belirsizlik ve umutsuzluk hali, hastalığın nüks etme ihtimali, kişinin benlik saygısının azalması, dişilik özelliklerini ve işlevlerini yitirme korkusu, beden algısının bozulması ve hastalığa yenilme/ölüm korkusu olarak sıralamak mümkündür. Ek olarak bu hastalarda uyum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, akut stres bozuklukları gibi psikolojik problemler de görülebilmektedir (Tünel vd., 2012, s. 191-198).

2.3. Yaş Aralığı

2.3.1. Yaş Aralığı Kavramı

Gelişim süreci, insan yaşamı boyunca aktif bir Şekilde sürekliliğine devam etmekte olan bir süreçtir. Bu süreç doğum öncesi dönemden başlayarak ölüm dneimine kadar devam etmekte olan ve biyolojik alanlarda, bilişsel alanlarda, duygusal alanlarda ve sosyal

alanlarda gerçekleşmekte olan bir süreç olarak da belirtilmelidir. Gelişim süreci, çocukluk dönemi, yetişkinlik dönemi ve yaşlılık dönemi şeklinde farklı dönemlerle sınıflandırılırken 20. yüzyılda gelişim süreci hakkında araştırmalar gerçekleştiren bilim insanları yetişkinlik dönemini genç yetişkinlik, orta yetişkinlik ve ileri yetişkinlik olarak kendi içerisinde üç farklı döneme ayırmışlardır. Bu doğrultuda 20-30 yaş süreci genç yetişkinlik dönemi, 40-50 yaş süreci orta yetişkinlik dönemi ve 60 yaş ve sonrası ise ileri yetişkinlik dönemi olmak üzere belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaş aralığı konusuyla ilgili belirlediği skalada ise 45-64 yaş süreci orta yaş dönemi, 65-74 yaş süreci yaşlılık dönemi, 75-89 yaş süreci ihtiyarlık dönemi ve 90 yaş ve sonrası ileri ihtiyarlık dönemi olarak belirlenmektedir. 18-29 yaş sürecindeki döneme ise özellikle son yıllarda "belirgin yetişkinlik dönemi" kavramı ile gençlik döneminin de bir yaşam ve gelişim dönemi olduğuna dair vurgu yapılmaktadır (Öztañ Ulusoy, 2020, s. 588).

Yaş aralığı ve gelişim süreci kavramlarının tanımlanması ilgili literatürden yararlanılarak yukarıdaki şekilde gerçekleştirilmiştir. Bu noktada çalışmanın konusu gereği kanser hastalarının tanı aldıkları yaş aralığının, hastalık algısı ve beraberinde baş etme becerileri üzerine olan etkisinin incelenmesi ve araştırılması amacıyla yaş aralığı ve gelişim kavramlarına ilişkin kuramlar göz önüne alındığında, araştırmanın kuramsal dayanağı olarak yaş aralığı dönemlerini ve gelişim süreçlerini konu alan, gelişim sürecini yaşam boyu devam eden bir süreç olarak değerlendiren ve belirtilen bu alanlara yönelik önemli çalışmalarda bulunmuş olan Erik Erikson'un 8 aşamalı Psikososyal Gelişim Kuramı'nın incelenmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

2.3.2. Erik Erikson'unun Psikososyal Gelişim Kuramı/Aşamaları

Kökenlerinin Almanya ve Danimarka'ya dayandığı Amerikalı önemli Psikolog Erik Homburger Erikson, psikoloji biliminin alanlarından olan gelişim psikolojisi ve beraberinde psikanaliz alanlarına yönelik ciddi çalışmalarda bulunmuştur. Sigmund Freud'un ve Freud'un kızı Anna Freud'un öğrencisi olan Erikson'un insan kişiliğinin özüne yönelik önemli fikirleri bulunmaktadır. Bu fikirlerden özellikle kişilik gelişimine dair ve insan benliğinin tanımlanmasına yönelik olan görüşleri ve düşünceleri psikoloji bilimine oldukça büyük bir katkı sağlamıştır (Kınık, 2022).

Psikolog ve psikanalist olan Erik Erikson'un insanın gelişim aşamaları olarak tanımladığı "Psikososyal Gelişim Kuramı/Aşamaları", kendi tarafınca 1950 yıllarında tanıtılan bir kuram olarak karşımıza çıkmaktadır. Erikson, öğrencisi olduğu psikanaliz biliminin kurucu olarak belirtilen Sigmund Freud'un Psikoseksüel Gelişim Kuramı'nı, kuramın çocukluk dönemlerinden benzerlikler oluşturarak ve psikososyal gelişim aşamalarının yaşam boyu sürmesi ve yetişkinlik dönemine doğru genişlemesini içerecek bir şekilde yeniden boyutlandırarak inşa etmiştir. Erikson yeniden inşa ettiği kuramında yaşamı boyunca biyolojik değişkenliklerden, psikolojik değişkenliklerden ve sosyal değişkenliklerden doğrudan etkilenen insanın, kişilik gelişiminin sekiz farklı aşaması olduğunu belirtmektedir. Erikson'un bu kuramı başta biyo-psikososyal yaklaşım olmak üzere beraberinde kişilik gelişimi alanı, gerontoloji alanını, kimlik oluşumu alanı ve yaşam gelişimi ya da yaşam döngüsü alanı gibi farklı birçok ilgili alanı etkilemiştir (Orenstein ve Lewis, 2022, s. 20).

Netice itibariyle bakıldığında 20. yüzyılın önemli psikanalistlerinden olan Erik Erikson'un, insanın gelişim aşamaları olarak 8 evresini belirlediği ve tanımladığı Psikososyal Gelişim Kuramı/Aşamaları, ilgili alan olan psikoloji bilminde büyük bir yer bulmuştur. Erikson'un belirlemiş olduğu evreler gerek psikolojik gerekse de sosyal odaklanmayla, gelişim aşamalarında psikoseksüel konusunu üzerinde duran Freudyen düşünce sisteminde büyük bir yankı uyandırmıştır. Bu noktada Freud, gelişim aşamalarından olan çocukluk dönemlerinin, kişilik gelişimi üzerinde belirleyici olduğunu ve günümüzde bülüç çağı olarak adlandırılan ergenlik döneminden itibaren yetişkin bir kişiliğin oluştuğunu belirtmekte iken Erikson, insanın gelişim aşamalarında çocukluk dönemlerinin önemini kabul etmiş olup ve bu düşünce ile birlikte kişiliğin gelişim aşamalarının, yaşam süresi boyunca devam etmekte olan bir süreç olduğunu savunmuştur (Erikson, 2018, s. 15).

Erik Erikson'un Psikososyal Gelişim Kuramı/Aşamaları konusu gereği literatürden elde edilen bilgiler neticesinde ilgili kuramın evrelerinin, çalışmanın konusu dikkate alındığında detaylı bir şekilde incelenmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

2.3.3. Psikososyal Gelişim Kuramının/Aşamalarının Evreleri

2.3.3.1. Temel Güvene Karşı Güvensizlik (0-18 ay)

Psikososyal Gelişim Kuramı'nda gelişim sürecini yetişkinlik ve yaşlılık dönemi boyunca genişleten Erik Erikson, yaşam boyu gelişim kavramına ve alanına yönelik ciddi çalışmalarda bulunmuştur (Douvan, 1997, s. 15). Bu doğrultuda Erikson'un gelişimin yaşam süresince devam ettiğini ileri sürdüğü ve psikoloji bilimi alanında oldukça büyük bir yankı uyandıran sekiz aşamalı Psikososyal Gelişim Kuramı'nın ilk aşaması, Temel Güvene Karşı Güvensizlik Evresi olarak karşımıza çıkmaktadır (Kivnick ve Wells, 2014, s. 41).

Erikson'a göre bireyler, psikolojik olarak sağlıklı bir yaşam sürebilmeleri için birçok koşula ihtiyaç duymaktadırlar. Belirlenen bu koşullardan ilki, Temel Güvene Karşı Güvensizlik Evresine göre, temel güven duygusu koşulu olmaktadır. Temel güven duygusu, bebeklik dönemindeki yani belirtilen bu dönem içerisindeki deneyimlerden elde edilerek, bireyin çevresindeki değişkenlere yönelik geliştirilen tutumlarla ve davranışlarla oluşmaktadır. Söz konusu evre gereği ele alınan diğer bir kavram olan kendine güven duygusu ise bireyin kendi özüne ve çevresindeki diğer bireylerle olan ilişki biçimine dair inancını tanımlamaktadır (Erikson, 1968, s. 169).

Temel Güvene Karşı Güvensizlik Evresi yaklaşık olarak 18 ay gibi bir sürede tamamlanmaktadır. Bu sürede bebekler; temel ihtiyaçlarını karşılamakta olan diğer kişilere karşı güven duygusunu öğrenmektedirler. Kendilerine bakım sağlayan ebeveyn ya da ebeveyn rolünde olan kişilerin olduğunu ve gereken tüm ihtiyaçlarının o kişilerce giderildiğini keşfetmektedirler. Bu doğrultuda belirtilen evre içerisinde bir bebeğin güven duygusunu karşılayan en önemli kişiler ilk olarak genellikle ebeveynler ya da ebeveyn rolündeki kişiler olmaktadır. Dolayısıyla Erikson'a göre bu evrede, bebeğe bakım sağlayan ebeveynlerin ya da ebeveyn görevindeki kişilerin, bebeğin ihtiyaçlarını etkin bir şekilde gidermeleri ve bebeğin sağlıklı bir bebeklik süreci geçirmesini sağlamaları oldukça önemli görülmektedir. Bu dönemi sağlıklı bir şekilde geçiren bebeklerin, temel güven duygusunu kazandıkları, kendilerini güvende hissettikleri ve fiziksel ve psikolojik anlamdaki yetilerinin gelişimi için gereken ihtiyaçlarının karşılanmakta olduğu belirtilmelidir (Bayram, 2020, s. 1994).

Bu evreyi sağlıklı bir şekilde geçiremeyen bebeklerin ise temel güven duygusuna karşı güvensizlik duygusu geliştirmekte oldukları belirlenmiştir. Erikson'a göre bu aşamada kazanılması beklenen temel güven duygusu, kişilik ve kimlik oluşumunun temel yapısıdır. Başka bir ifadeyle bu duygu, çevremizdeki diğer bireylere inanabileceğimiz ve güvенеbileceğimiz, onlardan yardım alabileceğimiz ve onlarla sağlıklı bir ilişki kurabileceğimiz temel anlamdaki olumlu olarak görülen duygu ve düşünceleri oluşturmaktadır. Güvensizlik duygusu ise diğer bireylere karşı olan olumlu anlamdaki duygu ve düşünceleri sınırlamakta ya da engellemektedir. Bu durum ise netice itibariyle bireyde, uyumsuz ve anormal olarak kabul edilen davranışların temeli olarak kabul edilmektedir (Arslan ve Arı, 2008, s. 54).

2.3.3.2. Özerkliğe Karşı Utanç ve Şüphe (1,5-3 yaş)

Psikoterapi alanını, kimlik gelişiminin yaşam süresince devam ettiğini ve dolayısıyla yaşam boyu gelişimin sürdüğüne yönelik bir çözüm süreci şeklinde tanımlayan Erik Erikson'un kuramının ikinci evresi ise Özerliğe Karşı Utanç ve Şüphe Evresidir (Knight, 2017, s. 1047).

Erikson'a göre bu evredeki çocukların, kendilerini ve çevresindekileri keşfetmeye başladıkları ve keşfetme sürecinin beraberinde çocukların kendi kişisel kontrollerinin de artmakta olduğu söylenebilmektedir. Başka bir ifadeyle artık yürümeye başlayan çocuklar, yürüme davranışıyla birlikte kendilerini bağımsız hissederek kendileri tarafından gerçekleştirilecek davranışları keşfetmeye ve gene bu davranışın beraberinde çevresindekileri de öncesi aşamaya oranla daha detaylı bir şekilde keşfetmeye başlamaktadırlar (Özer, 2022, s. 1055).

Genel anlamıyla bu evrede çocuğun psiko-motor yetilerinin gelişiminin başlamasıyla birlikte çocuk, ebeveynlerinden bağımsız davranışlar sergilemekte ve bu davranışlar neticesinde çocukta ilgili evrenin ana kavramı olan öz-yeterlilik duygusu gelişmektedir. Bu evreyi sağlıklı bir şekilde geçiren çocuklarda, öz-yeterlilik duygusunun gelişimiyle birlikte kendisine olan güven duygusunun arttığı da belirtilmelidir. Bu dönemde çocuğun hareket alanının kısıtlanması ya da bağımsız hareket etmesinin sınırlandırılması ya da tamamen engellenmesi şeklindeki davranışlar, çocuğun içerisinde bulunduğu gelişim sürecine ters düşecek şekilde olan davranışlar ve tutumlardır. Bu davranış ve tutumlar ise

çocuklarda özerkliğe karşı utanma duygusunu arttırmakta ve çocukların çevresindeki olaylara karşı şüphe duygusuyla yaklaşmalarını neden olmaktadır. Netice olarak bu evreyi sağlıklı bir şekilde geçiremeyen çocuklarda kendine güven duygusu azalmakta ve utanç duyma ve şüphecilik duyguları kendini göstermektedir (Orhan ve Ayan, 2018, s. 530).

2.3.3.3. Girişimciliğe Karşı Suçluluk Duyma (3-6 yaş)

Psikososyal Gelişim Kuramı ile tanınan Erikson, ilgili kuramda bir bireyin sağlıklı bir gelişim süreci geçirebilmesi için bebeklik döneminden yetişkinlik dönemine kadar olan süreçte yaşayabileceği tüm aşamaları ve evreleri belirtmiştir (Tateno vd., 2011, s. 1173). İlgili kuramın üçüncü evresi ise Girişimciliğe Karşı Suçluluk Duyma Evresidir.

Erikson, bu evrede çocukların kendilerine bir birey olarak oldukça ciddi bir şekilde inanma ve güvenme duygularının başladığını ve gene bir birey olarak gerçekleştirebilecekleri davranış örüntülerinin ne gibi davranışlar olduğunu keşfetmeye yöneldiklerini ifade etmektedir. Erikson'a göre bu evrede;

- Çocuk, daha özgür bir şekilde hareket etmeyi öğrenmekte bundan dolayı da davranışlarını daha özgür bir şekilde gerçekleştirebilmek amacıyla kendisi için daha kapsamlı bir alan aramaya başlamaktadır.
- Çocuk bu aşama içerisinde idrak etmekte zorlandığı konuları anlamaya çalışmakta ve bu konularla ilgili sayısız sorular sorabilmektedir.
- Gene bu evrede çocuğun, hayal gücünde ve düşüncelerinde bir artış da gözlemlenmektedir. Çocuğun çevresindeki yetişkin rolleri, bu evrede çocuğa öncesindeki dönemlere göre daha farklı gelmeye başlamakta ve yetişkin kişilerin dünyasına dair her ayrıntı ciddi bir merak duygusu ile çocuk tarafından soruşturulmaya başlanmaktadır. Farklı rolleri tanımlamaya başlayan çocuk hem hayal dünyasında hem de gerçek yaşam içerisinde yetişkin rollerini deneme girişimlerinde bulunabilmektedir.

Belirtilen bu bilgiler neticesinde evre içerisinde gerçekleşen tüm bu aşamalardan çocuğun çıkardığı duygu, ilgili evrenin de temel kavramı olan girişim/girişimcilik duygusu olmaktadır. Bu evreyi sağlıklı olarak atlatabilmek için girişim/girişimcilik duygusu, çocuğa bakım sağlayan ebeveynler tarafından desteklenmelidir. Aksi halde çocukta

evrenin diğerk bir kavramı olan suçluluk duygusu gelişebilmektedir (Arslan ve Arı, 2008, s. 55).

İlgili evrenin ikinci temel kavramı olan suçluluk duygusu ise çocuğun, evre içerisindeki gelişimi neticesi ile ortaya çıkan girişim/girişimcilik duygusundan ve buna bağlı olarak değişkenlik gösteren davranışların dolayı ebeveynleri tarafından eleştirilmesi ve desteklenmemesi ile ortaya çıkmakta ve bu durum nedeniyle çocukta, suçluluk duygusu ya da suçlanma eğilimi gibi olumsuz anlamda bir duygu karmaşası ve beraberinde doğru olmayan bir kişilik özelliği gelişebilmektedir. Sonuç itibariyle bu evreyi sağlıklı bir şekilde geçiren çocuğun, girişimcilik duygusuna karşı suçluluk duygusu geliştirdiğini ve yaşamının ilerleyen zamanlarında da bu duygunun yansımaları olarak gerçekleştirdiği ya da gerçekleştireceği birçok durumda yanlış yaptığını düşünmesi şeklindeki olumsuz duygu ve düşünceler bütününi görmek mümkündür (Gürses ve Kılavuz, 2011, s. 156).

2.3.3.4. Çalışkanlığa Karşı Yetersizlik Duygusu (6-11 yaş)

Erik Erikson'un, yaşam döngüsünü tanımladığı Psikososyal Gelişim Kuramı'nda, her aşamanın kendine özgü gelişim işlevlerinin bulunduğu görülmektedir (Wallerstein, 1998, s. 229). Kuramın bir diğerk aşaması olan dördüncü evre ise Çalışkanlığa Karşı Yetersizlik Duygusu Evresi olarak tanımlanmaktadır.

Erikson'a göre bir önceki evre olan Girişimciliğe Karşı Suçluluk Duyma Evresini sağlıklı bir şekilde tamamlayan çocuklar, içerisinde buldukları bu evreye, erken çocukluk döneminde kendi hayal dünyalarında kurdukları hayallerini ve düşlerini, gerçek anlamda birer olguya ve başarıya yönlendirmeye ve dönüştürmeye hazır olarak girmektedirler. Nitekim bu evre aynı zamanda çocukların ebeveynleri dışında daha farklı ve kapsamlı bir psikososyal çevreye geçiş yaptığı evreyi temsil etmektedir. Çocukların geçiş yaptığı belirtilen bu psikososyal çevre ise okul çevresi ya da farklı akran grupları şeklinde belirtilmektedir (Kılıç, 2021, s. 932).

Okul çağına gelmiş olan çocuklar, sosyal yetilerini ve becerilerini geliştirebilmek için yeni sosyal araçları, kendi düşünce şekillerine göre anlamlandırmaya ve öğrenmeye ve de sosyal anlamda üretmeye isteklidirler. Okul ortamı içerisinde akran gruplarıyla oynamayı ve çalışmayı öğrenen çocuklar, yeni yetiler ve beceriler öğrenmekte problem yaşamıyor ise bu aşamada çocukta ilgili aşamanın temel kavramı olan başarı ve

beraberinde çalışkanlık duygusu gelişmektedir. Fakat yeni yetiler ve beceriler geliştirmekte problem yaşayan ve bu anlamda yeterli sosyal desteğe sahip olmayan çocuklarda ise başarı ve çalışkanlık duygusuna karşı kuramın ikinci kavramı olan yetersizlik hissetme duygusu görülmektedir (Kavalalı Erdoğan ve Koç, 2022, s. 79).

Başka bir ifadeyle ebeveynlerin çocuklar üzerindeki beklentileri ile çocukların isteklerini sınırlandırmaya ya da engellemeye dair olan kapasitelerinin bir arada olması durumunda ortaya çıkan birleşim, bu dönemin içerisinde olabilecek çatışmalara ve kaoslara zemin hazırlamaktadır. Başarı ve çalışkanlığa karşı görülen yetersizlik duygusuna yönelik ortaya çıkan çatışmalar, çocukların faydalı sosyal beceriler kazanmaları ve sorumluluklar almaları konusunda yetkinlik duygusu geliştirmeleri ve bu duygu geliştirmeleri sonucunda yaşadıkları sosyal deneyimlerle olumlu anlamda çözümlenebilmektedir. Netice itibarıyla bu evre içerisinde çocukların, çalışıp kendilerini başarılı olarak anlamlandırdıkları zaman kendilik değerleri ve benlik saygıları gelişmektedir. Bu evre onların, yetkinlik duygusu ve hissiyatı geliştirmelerine ve ilerleyen yaşamlarında toplum içerisinde etkin üreticiler olmalarına olanak sağlamaktadır. Evreyi sağlıklı bir şekilde geçirmekte sıkıntı yaşayan çocuklar ise buldukları yaş ve gelişim döneminde yetersizlik duygusu geliştirerek yaşamlarının ileri dönemlerinde de bu durumun yansımaları olarak yeteneklerini ve becerilerini sorgulamakta ve toplum içerisinde kendilerini değersiz olarak görmektedirler (Kılıç, 2021, s. 932).

2.3.3.5. Kimlik Kazanmaya Karşı Kimlik Karmaşası (12-21 yaş)

Erikson'un gelişim aşamaları hakkındaki kuramına göre, insanlar gelişim süreci içerisinde farklı her bir aşamada bir önceki aşamanın olumlu ya da olumsuz anlamdaki etkilerini yaşamaktadırlar (Perry vd., 2015, s. 253). Kuramın beşinci aşaması Kimlik Kazanmaya Karşı Kimlik Karmaşası Evresinin temel kavramı olan kimlik kavramıyla ilgili olarak Erikson'un kimlik kavramı ile psikanalitik ve psikanaliz alanlarına yönelik önemli çalışmalarda bulunduğu bilinmektedir (Capps, 2011, s. 880).

Kuramın ilgili evresi ise 12-21 yaş aralığının denk geldiği dönem olan ergenlik dönemi olmaktadır. Ergenlik dönemi, önceki dönemlerden olan çocukluk ve yetişkinlik evreleri arasındaki, bilinçli ve belirgin bir evreyi temsil etmektedir. İlkokul yıllarının bitmesiyle birlikte ergenlik dönemindeki bireyler, cinsel olgunlaşma durumuyla ilgili fizyolojik

anlamdaki değişimlerle ve çevrelerindeki yetişkin rollerindeki belirsizlik durumu ile mücadele etmeye başlamaktadırlar. Bu dönemde ergen bireyler, günlük yaşantıları içerisindeki ideal örneklerle, kendisinin daha önceki aşamalarda sahip olduğu yetiler ve roller arasında bir bağlantı kurmaya çalışmaktadırlar. Genç bireyin, bu aşama içerisinde yetişkin bir birey olarak kendini yaşama hazır olarak hissedebilmesi için ilgili evrenin ana kavramı olan kimlik duygusunu sağlıklı bir şekilde kavramış olması gerekmektedir. Bu noktada ergen bireylerin, süreç içerisinde ne olduğuna ya da ne yapmak istediklerine yönelik karar verme aşamalarının kolay bir şekilde atlatılması, onların kimlik kazanımlarının gelişimini sağlayacağı gibi bu süreçte zorluk yaşamaları gibi durumlar ise onların, ilgili evrenin ikinci ana kavramı olan kimlik karmaşası yaşamalarına neden olmaktadır (Arslan ve Arı, 2008, s. 55-56).

Başka bir ifadeyle ergen birey, kendi ilgi alanlarına ve yeteneklerine uygun ve uyumlu bir kimlik kazanımı geliştirmişse, kendine özgü olacak şekilde bir değerler bütünü ve sistemi oluşturmuş, ileriki yaşamına yönelik kararları başarılı bir şekilde almaya başlamış ve kişisel ve mesleki anlamda planlar oluşturabilmiş demektir. Bütün bunları gerçekleştiremeyen ergenlerde görülen kimlik krizi durumunda ise ergen birey, belirtilen bu türden kararları sağlıklı bir şekilde alamamış ve gelecek yaşamına yönelik herhangi bir plan ya da program yapamamıştır. Ek olarak bu dönem içerisinde ergen bireylerin anlaşıldıklarının hissedilmesi için dönemin kendine ait özelliklerinin bilinmesi ve ona uygun bir şekilde davranılması ergen birey için son derece önemli olmaktadır. Ergen bireyin, kendisinin diğer insanlar tarafından anlaşılması durumu bireyin, kimlik gelişimine ve benlik kavramına da olumlu anlamda katkı sağlayacaktır (Orak, 2020).

Sonuç itibariyle sağlıklı bir şekilde sağlanmış kimlik kazanımı ve çözümlenmiş kimlik karmaşası, ergen bireylerin farklı işlevler ve roller üstlenmelerini ve beraberinde bu işlevlerin ve rollerin gerçekleştirilmesine yönelik olan inançlarının güçlenmesine olanak vermekte iken bir yandan da kendilik imajlarını ve gene kendilik algılarını sorunsuz bir şekilde kişisel kimliklerine eklemelerine ya da entegre etmelerini de sağlamaktadır (Kılıç, 2021, s. 932).

2.3.3.6. Yakınlığa Karşı Yalıtılmışlık (Yalnızlık) (21-30 yaş)

Erikson'un ilgili kuramının her bir evresi ya da aşaması, sıralı bir düzen içerisinde ve her bir evre gene kendi içerisinde birbiri ile bir ilişki halindedir (Orenstein ve Lewis, 2022, s. 25).

Kuramın altıncı aşaması olan Yakınlığa Karşı Yalıtılmışlık Evresi ise bir önceki aşamadan kimlik karmaşası durumunu başarılı bir şekilde atlatan ve kendi kimliğine dair net bir fikre ve düşünceye sahip olan genç bireyler ya da yetişkinler evresi olarak tanımlanmaktadır. Bu evrenin sınırları yaş olarak değil üretkenlik ihtiyacının olup olmamasına göre belirlenmektedir. Bu nedenle de evre, bazen kısa sürebildiği gibi bazen de uzun sürebilmektedir. Bu evrenin en temel özelliği ise genç yetişkin bireylerin, başka bireylerle gerçek ilişkiler ya da evrenin ana kavramı olan yakınlıklar kurabilmesidir. Genç birey, yetişkin kimliğini kaybetme korkusu yaşamadan başka bireylerle gerçek anlamda ilişkiler kurabilmişse bu ilişki durumu, yakın görülebilecek bir ilişki olarak ifade edilmekte ve değerlendirilmektedir. Başka bir ifadeyle kimlik duygusunu kavrayabilmiş genç birey bu evrede kendisine farklı cinsten bir eş adayı bulabilmekte ve samimi dostluk bağları kurabilmektedir. Bu noktada evrenin temel karmaşası olan yakınlığa karşı yalıtılmışlık ya da yalnızlık duygusu, genç bireyler tarafından sağlıklı bir şekilde çözümlenirse, genç bireylerde ilgili evrenin temel gücü şeklinde ifade edilen sevgi kavramı gelişmektedir. Aşamamın sağlıklı bir şekilde atlatılamaması durumunda ise temel patoloji durumu olarak kendini gösteren dışlanma duygusu, genç bireylerin yakın ilişki kurmasını sınırlandıracak ya da tamamen engel olacaktır (Taşçı, 2021, s. 33).

Genel anlamda bu evrede genç birey, kimlik karmaşasını atlatmış, bir önceki aşamaya oranla daha başarılı ilişkiler kurabilme düzeyine gelmiş ve etrafındaki diğer kişilerle yakın anlamda ilişkiler kurmaya, sevgi ve dostluk ilişkilerine girmeye ve bu ilişkilerle ilgili sorumluluklar yüklenmeye hazır bir hale gelmiştir. Ek olarak genç bireyde bu evrede kendi becerilerine ve ilgi alanlarına uygun meslek seçme durumu da görülmektedir (Orak, 2020).

Sonuç itibariyle genç bireylerin, ilgili aşama içerisinde evlilik hayatı, dostluk bağları ve iş yaşantısı gibi kriz oluşturabilecek durumları sağlıklı bir şekilde atlatabilmeleri neticesinde sevgi duyguları gelişmekte ve güvenli bir sevgi alışverişinde bulunabilmektedirler. Fakat bu kriz durumlarını sağlıklı bir şekilde atlatamayan ve

beraberinde evreyi başarılı bir şekilde geçiremeyen genç bireyler, evrenin temel kavramı da olan yalıtılmışlık ya da yalnızlık duygusu yaşayabilmektedirler. Söz konusu yalıtılmış duygusu devamında kendini terk edilmiş duygusunu ve toplum içerisinde soyutlanma hissini de getirmektedir. Dolayısıyla genç bireyin yaşayabileceği bu duyguların sağlıklı bir şekilde aşılabilmesi içinse gene bireyin çevresindekilere birtakım sorumluluklar düşmektedir (Bayram, 2020, s. 1996).

2.3.3.7. Üretkenliğe Karşı Verimsizlik (Durgunluk) (30-65 yaş)

Erikson'un Psikososyal Gelişim Kuramı'nın tüm aşamalarının ve evrelerinin aralarında belirli bağlantıların olduğu ve gelişim sürecinin son aşamasına kadar bu döngünün devam ettiği bilinmektedir. Gelişim sürecinin yedinci aşaması olan Üretkenliğe Karşı Verimsizlik Evresi ise kendinden önceki tüm evrelerin bağlantılarının olduğu bir evre olarak karşımıza çıkmaktadır (Roy ve Panda, 2022, s. 2).

Evrenin temel kavramı olan üretkenlik kavramı, ilk olarak Psikososyal Gelişim Kuramı'nın bir parçası şeklinde Erikson tarafından tanımlanmış ve kavramsallaştırılmıştır. Üretkenlik kavramı, aynı zamanda bu aşamadaki yetişkinler için de önemli bir kavram olarak kabul edilmektedir. Erikson'a göre evrenin ikinci temel kavramı olan verimsizlik kavramı ise ilgili evredeki yaş aralığının gelişimsel anlamdaki ana kaygısı olarak belirlenmiştir (Ehlman ve Ligon, 2012, s. 331).

Üretkenlik aşaması bireylerin kendi ilgi alanlarına yönelik oluşan fikirleriyle ve uğraşlarıyla yeni ürünler üretebildiği bir dönem olarak tanımlanmaktadır. Fakat bu aşamadaki amaç yalnızca yeni fikirler ve ürünler üretebilmek değil bununla beraber ortaya çıkan fikirlerin ve ürünlerin geliştirilmesini sağlayarak gelecek nesillerini de etkileyebilmektir (Sülek Şanlı, 2015, s. 14).

Erikson, bu çerçevede ele aldığı üreticilik kavramı ile daha çok yeni nesillerin gelişimi ile ilgilenme durumunu ve onlara eğitmenlik etme şeklindeki olguları ifade etmektedir (Gül ve Han, 2020, s. 161). Başka bir ifadeyle bu dönem içerisindeki bireyden, farklı kuşaktaki bireylere yönelik rehberlik etme durumu, çeşitli bilgi ve birikim kazandıracak yönde eğitim programları sağlama durumu ve farklı kültürel değerler aktarma şeklindeki olgular beklenmektedir. Belirtilen bu olgulara dair sorumluluk hisseden ve olguları gerçekleştirmek amacıyla eylem içerisinde olan bireyler, üretkenliğe dönük bir şekilde bu

evreyi geçirmektedirler. İlgili olguları gerçekleştirme konusunda kaygı yaşayan ya da pasif davranışlar sergileyen ve kendisini bu olgulardan sorumlu hissetmeyen bireylerde ise üretkenliğe karşı verimsizlik duygusu görülmektedir (Akkaya, 2019, s. 12).

Sonuç itibarıyla bu evrede birey, önceki aşamaları sağlıklı bir şekilde atlatabilmiş ya da atlatabilmemiş durumuyla ilişkili olarak üretkenlik ya da üreticilik duygusunun en yükseğine çıkabileceği gibi tam tersi olarak verimsizlik ya da durgunluk duygusunu da yaşayabilmektedir (Bayram, 2020, s. 1996).

2.3.3.8. Benlik Bütünlüğüne Karşı Umutsuzluk (65 yaş ve sonrası)

Erik Erikson'un kuramının her bir aşamasının birbiri ile bağlantılı olduğu ve her bir aşamanın kendi içerisinde belirli görevlerinin olduğu daha önceki aşamalara yönelik bilgilendirmelerin içerisinde belirtilmiştir. İlgili kuramın gelişim aşamalarının, sekizinci ve son aşaması olarak belirtilen Benlik Bütünlüğüne Karşı Umutsuzluk Evresi ise kişinin yaşam döngüsündeki değişiklikleri kabul etme evresi olarak görülmektedir (Vogel-Scibilia vd., 2009, s. 410).

Bireylerin, içerisinde buldukları bu evre ileri yetişkinlik dönemi olarak da adlandırılmaktadır. Bu evrede genellikle yaşlı yetişkin bireyler, ağırlıklı olarak geçmiş yaşantılarına yoğunlaşarak, kendi yaşam tecrübelerini yorumlamakta ve değerlendirmekte ve bu zamanlara yönelik olumlu ya da olumsuz anlamda çıkarımlarda bulunmaktadırlar. Bu noktada yaşlı yetişkin bireyler, geçmiş yaşamlarına dair birçok yönden olumlu ya da olumsuz anlamda bir bakış açısı ya da bir tutum geliştirebilmektedirler. Geçmiş yaşamlarına yönelik olumlu anlamda bir bakış açısı geliştirebilen yaşlı yetişkin bireylerde, genellikle yaşamlarına dair bir doyum duygusu görülmektedir. Belirtilen bu doyum duygusunun, yaşlı yetişkin bireyler tarafından hissedilmesi ne kadar fazla ise evrenin ana kavramı olan benlik bütünlüğü duygusunun sağlanması da aynı şekilde fazla olmaktadır. Fakat geçmiş yaşantılara dair olumsuz anlamda bir bakış açısı geliştiren yaşlı yetişkin bireylerde, olumsuz anlamdaki bu düşünce ve tutumlar, benlik bütünlüğü duygusuna karşı evrenin ikinci ana kavramı olan umutsuzluk duygusunun oluşumuna neden olmaktadır (Gül ve Han, 2020, s. 161).

Genel olarak bu evrede, yaşlı yetişkin bireylerin, kendi iç dünyalarına dönmeleri, kendilerini tam anlamıyla tanımaları, içerisinde buldukları gelişim aşamasını kabul

etmeleri ve gene bu aşamayı sağlıklı bir şekilde geçirerek benlik bütünlüğü duygusuna ulaşmaları beklenmektedir (Akkaya, 2019, s. 12). Netice itibariyle önceki yedi gelişim aşamasını da sağlıklı bir şekilde atlatan yaşlı yetişkin bireyler, bu evrede kendi iç hesaplaşmalarını başarılı olarak gerçekleştirerek benlik bütünlüğü duygusuna ulaşmaktadırlar. Fakat önceki yedi gelişim aşamasını sağlıklı bir şekilde atlatamayan ve kendi iç hesaplaşmasında kendisini başarısız olarak hisseden bireylerde ise gene bu evre içerisinde umutsuzluk duygusunun hâkim olduğu görülmektedir. Bu anlamda ise gelişim aşamasının son evresi olan bu evre, yaşlı yetişkin bireylerin kendi iç dünyaları ile baş başa kaldıkları dönem olarak da görülmektedir (Sülek Şanlı, 2015, s. 15).

Kanser tanısı alan hastalarda tanı alınan yaş aralığının hastalık algısı ve baş etme becerileri üzerine olan etkinin incelenmesine yönelik gerçekleştiren araştırmanın belirtilmiş olan konusu gereği öncelikli olarak yaş aralığı kavramı üzerinde durulmuş olup sonrasında ise Erik Erikson'un Psikososyal Gelişim Kuramı'na ve kuramın evrelerine detaylı bir şekilde değinilmiştir. Bu doğrultuda araştırmanın konusu dikkate alındığında ilgili araştırma kapsamındaki çalışma gruplarının 18-30 yaş ve 30 yaş üstü kanser tanısı alan kadın-erkek hastalardan oluşması durumu Psikososyal Gelişim Kuramı'nın yaş aralığı olarak öncelikle beşinci aşaması olan Kimlik Kazanmaya Karşı Kimlik Karmaşası Evresini (12-21 yaş), altıncı aşaması olan Yakınlığa Karşı Yalıtılmışlık (Yalnızlık) Evresini (21-30 yaş), yedinci aşaması olan Üretkenliğe Karşı Verimsizlik (Durgunluk) Evresini (30-65 yaş) ve son olarak sekizinci aşaması olan Benlik Bütünlüğüne Karşı Umutsuzluk Evresini (65 yaş ve sonrası) son derece önemli kılmaktadır.

2.4. Hastalık Algısı

2.4.1. Hastalık Algısı Kavramı

Hastalık algısı kavramı, tanı almış hastaların sahip oldukları hastalığa dair olumlu ya da olumsuz anlamda geliştirdikleri inançlar olarak tanımlanmaktadır. Bu inançlar, hastaların tutum ve davranışlarını etkileme yönünden oldukça önemli görülmektedir (Subramaniam vd., 2018, s. 516). Başka bir ifadeyle tanı almış hastaların, hastalık algı düzeyleri, hastalığa ve akabindeki tedavi aşamasına yönelik gösterdikleri uyum süreçlerini ve buna bağlı davranışlarını etkilemektedir (Grankvist ve Brink, 2009, s. 234). Bu noktada

hastalık algı düzeyinin, kronik tıbbi rahatsızlık tanısı alan hastaların başa çıkma stratejileri ve psikolojik iyilik halleri üzerinde ciddi bir etkisinin olduğu görülmektedir (Kugbey vd., 2020, s. 1).

Genel olarak bakıldığında ise hastalık algısı, kronik tıbbi bir rahatsızlık tanısı almış olan hastaların, tanı aldıkları hastalığın ve içerisinde buldukları hastalık sürecinin bilişsel görünümü olarak belirtilmektedir. Bu süreç aynı zamanda hastalığa yönelik olarak ortaya çıkan duygu ve düşüncelerdeki değişimlerle görülebilen dinamik bir süreç olarak da tanımlanmaktadır. Bu noktada hastalık tanısı alan kişi, tanı aldığı zaman diliminde genellikle hastalık durumuyla ilgili olarak kendi tutum ve inançlarıyla ilişkili bir hastalık algısı modeli geliştirmektedir. Belirtilen bu hastalık algısı modeli ise hastalık ve beraberindeki hastalık sürecini yönetmede oldukça önemli görülen bir belirleyici olmaktadır. Bununla birlikte hasta tarafından belirlenen bu hastalık algısı modeli, hastanın, hastalık sürecini anlamlandırma, değerlendirme ve baş etme aşamalarını içeren döngüsel ve aktif bir süreç olarak da görülmektedir. Daha açık bir ifadeyle hastalık algısı modeli, hastanın, hastalık sürecine bağlı olarak görülebilen semptomlar ve belirtiler hakkındaki inanışlarını, hastalığın, hastada görülmesine yönelik olası nedenlerini, hastalığın aşamalarını ve beklenen süresini, hastalık sürecinin tahmin edilebilen sonuçlarını ve hastalığın kontrol edilebilirliği ve tedavi aşamasına yönelik kişisel anlamdaki inanışlarını kapsamaktadır. Belirtilen bu inanışlar, hastaların hastalık süreci boyunca psikolojik anlamda bilinçli ve sağlıklı davranışlar sergileyebilmeleri açısından oldukça önemli görülmektedir. Nitekim hastaların, hastalık durumlarına ilişkin algıları, inanışları, yorumlamaları ve değerlendirmeleri; gene hastaların duygusal ve davranışsal anlamdaki tepkilerini, hastalık sürecine yönelik baş etme becerilerini, psikososyal durumlarını ve iyilik hallerine bağlı olarak yaşam kalitelerini ciddi bir anlamda etkilemektedir (Yılmaz Karabulutlu ve Karaman, 2015, s. 272).

2.4.1.1. Kanser Hastalarında Hastalık Algısı

Kanser hastalığı, giderek artış gösteren ve sonuçlarıyla toplumu etki altında bırakan günümüzün en önemli sağlık problemlerinden biri olarak görülmektedir (Küçükaya ve Erçel, 2019, s. 138).

Hastalık algısı kavramı, kronik tıbbi bir hastalık olan kanser hastalığı tanısını alan hastalar içinde son derece önemli bir kavram olmaktadır. Bu noktada hastalık algısı kavramı, kanser türlerinden herhangi birisinin tanısını alan hastaları anlamada ve onların içerisinde buldukları bu süreci her anlamda en sağlıklı şekilde atlattıklarını sağlamak amacıyla onlara, hastalıkla ilgili olan tedavi sürecinin yanında doğru ve etkin psikiyatrik ve psikolojik odaklı tedavinin sağlanması açısından son derece önemli olmaktadır. Kanser hastalığının, diğer fiziksel hastalıklar içerisinde farklı bir konumu bulunmaktadır. Bu durumun nedeni olarak; hastalığın ciddi ve kronik olarak görülen bir fiziksel hastalık olmasının ötesinde birçok olumsuz duygu ve düşünceyi çağrıştırması, işaret ettiği anlamın çok daha ötesinde etkilere sahip olması, içerdiği risk durumlarından daha fazla etkilemesi ve kişinin bütün içindeki konumuna ve bağlantılarına olumsuz anlamda etki bırakması söylenebilmektedir. (Armay vd., 2008, s. 192-193). Bu doğrultuda ise hastalık algısı kavramı, özellikle kanser türlerinden herhangi birisinin tanısı almış olan hastaların içerisinde buldukları süreci anlamlandırabilmeleri, hastalıkla baş edebilmeleri, hastalık ve tedavi süreçlerine yönelik uyumlarını sağlayabilmeleri ve bu süreçte psikolojik iyilik hallerini koruyabilmeleri ve yaşam kalitelerini yükseltebilmeleri adına son derece ciddi ve önemli bir kavram olmaktadır (Karaca, 2018, s. 16).

Sonuç itibarıyla kanser deneyiminin nasıl anlaşıldığı ve tanımlandığı diğer bir ifadeyle kanser hastalığına yönelik hastalık algısı, kanser hastalarında gerek ortaya çıkan psikopatoloji durumunda gerekse de hastanın hastalık ve tedavi sürecine olan uyum aşamasında oldukça ciddi önem arz etmektedir. Bu anlamda tanı alan kanser hastalarının, hastalık algısı modellerini sağlıklı bir şekilde geliştirebilmeleri, onların hastalık sürecinde iç kontrol duygusuna ve hissiyatına sahip olmalarına, hastalığın beraberinde getirmiş olduğu ruhsal ve fiziksel sağlık durumunu etkileyen risk etmenlerini minimize etmelerine, hastalık ve tedavi sürecine etkin katılım sağlamalarına ve aktif bir şekilde baş etme yöntemlerini kullanmalarına ve netice itibarıyla hastalık sürecinin yaşamlarını tehdit etmesi durumuyla daha iyi bir şekilde mücadele etmelerine olanak sağlamaktadır (Armay, 2006, s. 13).

2.5. Baş Etme Becerileri/Stratejileri

2.5.1. Baş Etme Becerileri/Stratejileri Kavramı

Başa çıkma ya da baş etme kavramını, bireyin kaynaklarını zorlayan ya da aşan bir olgunun belirli iç ve dış taleplerini yönetmek amacıyla sürekli değişim gösteren bilişsel ve davranışsal çabaları olarak tanımlamak mümkündür (Krattenmacher vd., 2013, s. 253). Yoğun stres ve kaygı verici olayların olumsuz anlamdaki etkilerini indirmek ya da tamamen ortadan kaldırmak amacıyla başa çıkma stratejilerini kullanmak ve geliştirmek evrensel bir davranış olarak görülmektedir. Bu anlamda bakıldığında başa çıkma durumu, bireylerin stresli ve kaygılı bir durum ile karşılaştığında kendi iç benliğinden ve çevresinden gelen isteklerin ve taleplerin üstesinden gelebilmek adına gösterdiği bilişsel ve davranışsal anlamdaki çabaların tümü olarak açıklanmaktadır (Dicle ve Ersanlı, 2015, s. 112).

Bir başka tanımlamaya göre ise baş etme kavramı, bireyin içerisinde bulunduğu o anki durumun beraberinde getirdiği zorlukların ve problemlerin çözümlenmesi için ve bu duruma yönelik gerçekleşen değişimlere ve değişikliklere uyum sağlayabilmek adına bireyin bilinçli ya da bilinç dışı bir şekilde geliştirdiği bilişsel ve davranışsal olarak kendini gösteren stratejiler olarak tanımlanmaktadır. Genellikle baş etme ya da başa çıkma kavramları hastalık ve rahatsızlıkla ilgili durumlarda daha çok kullanılmaktadır. Bu noktada hastalıkla baş etme ya da başa çıkma süreci, zaman içerisinde sürekli değişen aktif bir süreç olarak belirtilmektedir. Aynı zamanda bireyin bu anlamdaki baş etme biçimi, onun psikososyal anlamdaki tepkilerini ve davranışlarını da önemli bir şekilde etkilemektedir. Psikososyal tepki ve davranışlar ise bireyin iç dünyasına yönelik kaynaklar, aile ve sosyal destek ve kültür yapısı şeklindeki değişkenlerine göre çeşitlilik gösterebilmektedir (Özsoy ve Okyayuz, 2016, s. 47-48).

2.5.1.1. Kanser Hastalarında Baş Etme Becerileri/Stratejileri

Kanser hastalığı, tanı alan bireylerin, yaşamlarında önemli görülecek düzeyde değişimler ve farklılaşmalar meydana getiren çok değişkenli ve boyutlu bir fenomendir. Kanser türlerinden herhangi birisinin tanısı alan bireylerin, hastalık ve sürecinin oluşturduğu

etkilerle mücadele etmede baş etme becerilerinin son derece önemli bir güç olduğu belirtilmelidir (Subaşı, 2010, s. 42).

Son yıllarda genellikle hastalık durumları gibi travmatik ve stresli durumlarla başa çıkma becerileri ya da stratejilerinin değerlendirilmesi artarken özellikle fiziksel hastalıkların içerisinde bulunan kanser hastalığıyla başa etme becerileri ve stratejileri, ilgili hastalığın tanısı alan hastaların ruh sağlığı açısından son derece önemli görülmektedir (Shahid vd., 2021, s. 1373). Kanser hastalığının tanı ve tedavi süreçleri, tanı alan bireyin günlük aktivitelerinde, kişilerarası ilişkilerinde ve bireyin kendilik algısında birtakım aksamalara neden olmaktadır (Hoyt vd., 2016, s. 573). Bu denli ciddi bir fiziksel hastalık olarak tanımlanan kanser hastalığı tanısını alan hastalar için başa çıkma stratejileri de oldukça önemli olmaktadır.

Bu doğrultuda kanser tanısı almış olan bireylerin başa çıkma süreci, hastalığın tanı ve tedavi süreçlerinde oluşabilecek stres ve kaygı düzeyini azaltabilmek adına bilişsel ve davranışsal anlamda seçimler yapılabilen dinamik ve aktif bir süreç olarak görülmektedir. Başka bir ifadeyle başa çıkma stratejileri aynı zamanda stres ve kaygı faktörlerinin fiziksel sağlık durumu üzerindeki etkilerini azaltmakta ve hastanın içerisinde bulunduğu sürece psikolojik uyumunu kolaylaştırmaktadır. Belirtilen başa çıkma sürecinde birtakım değerlendirmeler gerçekleşmektedir. Bu değerlendirmeler birincil ve ikincil olarak iki farklı değerlendirme biçimi şeklinde belirtilmektedir. Birincil değerlendirmeler, duygu ve problem odaklı baş etme stratejilerini etkin bir şekilde kullanarak stres ve kaygı oluşturan durumları en aza indirmek adına geliştirilen stratejileri içermektedir. Bu doğrultuda birincil değerlendirmeler içerisinde belirtilen duygu odaklı baş etme stratejileri, bireyin stresli ve kaygılı bir duruma yönelik düşünme ya da hissetme şeklini değiştirmeyi amaçlamaktadır. Problem odaklı baş etme stratejileri ise oluşan problemleri ve zorlukları çözümlenmeye yönelik geliştirilen stratejileri içermektedir. İkincil değerlendirmeler ise oluşan durumun ya da olgunun değerlendirildiği ve bu durumun ya da olgunun ikincil kontrollü baş etme stratejileri ile olabildiğince kontrol edildiği bilişsel bir değerlendirme sürecidir. İkincil kontrollü baş etme stratejileri olarak belirtilen bu stratejiler ise problemleri ve sıkıntılı süreci yönetmek ve sosyal destek almak şeklindeki değişkenler olarak tanımlanmaktadır (Shin vd., 2020, s. 131).

Sonuç itibariyle bakıldığında kanser tanısı olan hastaların, hastalıkla başa çıkma stratejilerini etkin bir şekilde kullanmaları; içerisinde buldukları durumu sağlıklı bir şekilde algılamalarına, bu durumu kendi içerisindeki gerçekleri ile değerlendirerek anlamlandırmalarına ve içerisinde buldukları bu süreçle dirençlerinin artarak baş etmelerine olanak sağlamakta ve bu anlamda da son derece önemli görülmektedir (Erbay vd., 2017, s. 40).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma, kanser türlerinden herhangi birisinin tanısını almış olan hastaların, tanı aldıkları yaş aralığının, hastalık algısı ve baş etme becerileri düzeyleri üzerindeki etkisini belirlemek ve tanı alınan yaş aralığının, hastalık algısı ve baş etme becerileri düzeyleri ile arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla nicel araştırma yöntemlerinden olan genel tarama modeli ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamında kullanılan genel tarama modeli ise, birden fazla elemandan oluşan evrende, ilgili evren üzerine genel bir yargıya ulaşabilmek adına evrenin tümünden ya da evren içerisinden alınacak belli bir grup örnek veya başka bir ifadeyle örneklem üzerinden tarama gerçekleştirebilmek amacıyla kullanılan bir araştırma yöntemi olarak tanımlanmaktadır (Bahtiyar ve Can, 2016, s. 50).

3.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın temel amacı; kanser grupları içerisindeki herhangi bir tanesinin tanısı almış olan hastaların, tanı aldıkları zaman dilimindeki yaş aralıklarının, hastalık algı düzeyleri ve beraberindeki baş etme becerileri ya da stratejileri üzerine olan etkisinin belirlenmesi, yaş aralığı değişkeninin, hastalık algısı ve baş etme becerileri düzeyleri ile arasındaki ilişkinin incelenmesi ve araştırılmasıdır. Ek olarak çalışmaya konu olan onkoloji hastalarının, tanı aldıkları yaş aralıklarının hastalık algısı ve baş etme becerileri üzerine olan etkisinin incelenmesi ve değerlendirilmesinin ise ilgili literatürde gerçekleştirilen ya da gerçekleştirilecek olan benzer çalışmaların ve araştırmaların çeşitliliği açısından önemli bir yere sahip olacağı düşünülmektedir.

3.3. Araştırmanın Özgün Değeri

Araştırmanın konusu ve amacı gereği onkoloji hastalarının tanı aldıkları süreç içerisindeki yaş aralıklarının, hastalık algı düzeyleri ve baş etme becerileri üzerine olan etkisinin incelenmesi ve değerlendirilmesi durumunun, çalışmayla benzerlik gösteren araştırmaların sayıca az olmasından kaynaklı ilgili literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu anlamda araştırmanın konusu ve amacı gereği ilgili literatüre katkı

sağlayacağı ve alan yazında önemli bir yere sahip olacağı düşüncesi ise çalışmanın özgün değerini oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Sayıtları

Onkoloji hastalarının tanı aldıkları yaş aralığının hastalık algısı ve baş etme becerileri üzerindeki etkisinin araştırılması ve değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya katılım gösteren hastaların, çalışma kapsamında kullanılan “Kişisel Bilgi Formu”, “Hastalık Algısı Ölçeği” ve “Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R)” adlı formları ve ölçekleri objektif ve tarafsız olarak, gerçek duygu ve düşünceleri doğrultusunda içtenlikle yanıtladıkları varsayılmaktadır.

Araştırmaya katılım gösteren ve araştırmanın örneklemini oluşturan 18-30 yaş arası ve 30 yaş üstü yatarak ve ayaktan tedavi gören kadın-erkek onkoloji hastalarının, ilgili araştırmanın evrenini temsil eder nitelikte olduğu varsayılmaktadır.

Araştırma doğrultusunda çalışmaya katılım gösteren 18-30 yaş arası ve 30 yaş üstü yatarak ve ayaktan tedavi gören kadın-erkek onkoloji hastalarından elde edilen verilerin incelenmesinin ve değerlendirilmesinin alan yazında önemli bir yere sahip olacağı düşünülmektedir.

3.5. Hipotezler

Gerçekleştirilen araştırmada sınan hipotezler aşağıdaki gibidir;

H₁: Onkoloji hastalarının, tanı aldıkları yaş aralıkları değişkeninin hastalık algısı düzeyleri ile arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₂: Onkoloji hastalarının, tanı aldıkları yaş aralıkları değişkeninin baş etme becerileri düzeyleri ile arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₃: Çalışmaya katılım sağlayan 30 yaş ve üstü onkoloji hastalarının, hastalık algısı düzeyleri, 18-30 yaş arası onkoloji hastalarına oranla anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

H₄: Çalışmaya katılım sağlayan 30 yaş ve üstü onkoloji hastalarının, baş etme becerileri düzeyleri, 18-30 yaş arası onkoloji hastalarına oranla anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

H5: Çalışmaya katılım sağlayan 30 yaş ve üstü onkoloji hastalarının, hastalık algısı düzeylerinden hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutunu etkileyen faktörlerden; gelir düzeyi, psikiyatrik-psikolojik tedavi süreci, hastalığın evresi, metastaz öyküsü ve kendine ceza değişkenleri, hastalığın nedenleri alt boyutunu etkileyen faktörlerden ise sakinleşme ve kaçınma ve gelir düzeyi değişkenleri diğer değişkenlere oranla daha anlamlıdır.

H6: Çalışmaya katılım sağlayan 18-30 yaş arası onkoloji hastalarının, hastalık algısı düzeylerinden hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutunu etkileyen faktörlerden; yaklaşım ve kendine ceza değişkenleri, hastalığın nedenleri alt boyutunu etkileyen faktörlerden ise eğitim durumu değişkeni diğer değişkenlere oranla daha anlamlıdır.

H7: Çalışmaya katılım sağlayan 30 yaş ve üstü onkoloji hastalarının, başa çıkma tutumlarını etkileyen faktörlerden; kişisel kontrol yetisi, duygusal temsiller ve bağımsızlık değişkenleri diğer değişkenlere oranla daha anlamlıdır.

H8: Çalışmaya katılım sağlayan 18-30 yaş arası onkoloji hastalarının, başa çıkma tutumlarını etkileyen faktörlerden; medeni durum, psikiyatrik-psikolojik tedavi süreci, kişisel kontrol yetisi, süre döngüsellik durumu ve duygusal temsiller değişkenleri diğer değişkenlere oranla daha anlamlıdır.

3.6. Çalışma Grupları

Araştırma, Medicana Konya Hastanesi'nde yatarak ve ayaktan tedavi gören 18-30 yaş arası ve 30 yaş üstü kadın-erkek onkoloji hastaları ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılım gösteren hastaların tanı aldıkları kanser türleri arasında; solunum yolu kanser türleri, lösemi kanser türleri, sindirim sistemi kanser türleri, sarkoma kanser türleri, merkezi sinir sistemi kanser türleri, ürolojik kanser türleri, karsinoma kanser türleri, lenfoma ve miyelom kanser türleri, meme kanseri türleri ve genital kanser türleri olarak 10 farklı kanser türü bulunmaktadır. Katılımcıların birçoğu aktif bir şekilde tedavi süreçlerine devam etmekte iken bir kısmı ise tedavi süreçlerini tamamlamış ancak rutin bir şekilde kontrollerine devam etmekte olan hastalardır. Hastaların sosyo-demografik profilleri ise birçok konu açısından farklı kategorilerden oluşmakta ve çeşitlilik arz etmektedir.

Araştırmanın amacı doğrultusunda çalışmaya katılım gösteren hastaların, tanı aldıkları yaş aralığına bağlı olarak hastalık algısı düzeyleri ve başa çıkma tutumları düzeyleri

ölçülmüş ve belirtilen iki faktör arasında herhangi bir ilişki olup olmadığı değerlendirilmiştir.

Araştırma her bir grup için 54 kişi olmak üzere toplam 108 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Her iki gruba da çalışmaya dair hazırlanan onam formu imzalatılmış ve bir kopyası da kendilerine verilmiştir. Değerlendirme parametreleri olarak; çalışmaya katılan bireyler ile ilgili kapsamlı bilgi sahibi olmak için “Kişisel Bilgi Formu”, hastalık algı düzeylerini ölçümlemek adına “Hastalık Algısı Ölçeği” ve başa çıkma tutumları düzeylerini ölçümlemek amacıyla ise “Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R)” kullanılmıştır.

Araştırmaya katılım sağlayan hastalarda gönüllülük esas alınmıştır. Çalışma kapsamında katılım sağlayan hastalardan elde edilen veriler 2022 yılının Haziran ve Kasım ayları arasında Medicana Konya Hastanesi Onkoloji Kliniği’nde yüz yüze olarak toplanmıştır.

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için KTO Karatay Üniversitesi, İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 26.05.2022 tarih ve E-5-200-34331 sayı numarası ile ve Medicana Konya Hastanesi, Akademik ve Etik Kurulu’ndan 08.06.2022 tarih ve 2022/03 sayı numarası ile izin alınmıştır.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamında veri toplama araçları olarak katılımcıların demografik verileri için “Kişisel Bilgi Formu”, hastalık algısı düzeylerinin belirlenmesi için “Hastalık Algısı Ölçeği” ve başa çıkma tutumları düzeylerinin belirlenmesi “Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R)” kullanılmıştır. Ek olarak çalışmaya katılım gösteren bireylere gerçekleştirilen araştırma hakkında bilgilendirme sağlamak ve onamlarını almak üzere “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” da takdim edilmiştir.

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu, araştırmacı tarafından çalışmaya katılım sağlayan bireyler hakkında ayrıntılı bilgi sahibi olmak amacıyla hazırlanmıştır. Form içerisinde katılımcıların sosyo-demografik bilgileriyle ilgili olmak üzere 7 soru (yaş grubu, cinsiyeti, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleki durumu, aktif olarak çalışma durumu, sosyo-ekonomik düzeyi), klinik bilgileriyle ilgili olmak üzere ise (psikiyatrik-psikolojik tedavi geçmişi ve süresi,

mevcut tanı alınan kanser türü ve klinik evre, daha önce var ise kanser hikayesi ve metastaz öyküsü) 4 soru bulunmaktadır. Formda sosyo-demografik bilgileri ve klinik bilgileri içeren toplamda 11 soru bulunmaktadır.

3.7.2. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)

Weinmann tarafından 1996 yılında geliştirilen Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ), 2002 yılında Rona Moss-Morris ve arkadaşlarının ölçek üzerindeki çalışmaları ile yenilenmiştir. Ölçeğin, Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Kocaman ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek, toplamda 70 sorudan ve üç farklı boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar; “Hastalık Tipi” boyutu, “Hastalık Hakkındaki Görüşleri” boyutu ve son olarak “Hastalık Nedenleri” boyutu olarak sıralanmaktadır. İlk boyut olan Hastalık Tipi boyutu, hastalarda sık görülen 14 farklı hastalık belirtisini içermektedir. 14 farklı belirtinin her bir tanesi için önce ölçeği cevaplayan bireye, ilgili belirtiyi “Hastalığın Başlangıcından Bu Yana Yaşayıp Yaşamadığı” sonrasında ise “Bu Belirtiyi Hastalığıyla İlgili Görüp Görmediği” sorusu sorulmaktadır. Boyut içerisindeki her belirti içinse cevap olarak “Evet” ya da “Hayır” şeklindeki yanıtlar düzenlenmiştir. İkinci soruda cevap olarak belirtilen evet yanıtının genel toplamı ise ilgili boyutun değerlendirilmesi için gereken sonuç değerini oluşturmaktadır. İkinci boyut olan Hastalık Hakkındaki Görüşleri adlı boyut ise 38 farklı maddeden oluşmaktadır. Boyutta 5’li likert tipi olarak adlandırılan ölçüm şekli kullanılmıştır. Boyutun kendi içerisinde yedi farklı alt ölçeği bulunmaktadır. Bu alt ölçekler; “Süre (kronik/akut), Sonuçlar, Kişisel Kontrol, Tedavi Kontrolü, Hastalığı Anlayabilme, Süre (döngüsel) ve Duygusal Temsiller” olarak belirtilmektedir. Süre olarak belirtilen alt ölçekler, bireyin tanı aldığı hastalığının süresine yönelik algılarını incelemekte ve kendi içerisinde akut, kronik ve döngüsel olarak ayrıca gruplanmaktadır. Kişisel kontrol alt ölçeği ise bireyin hastalığının seyri, tahmin edilen süresi ve tedavi planlaması üzerindeki kendi iç kontrol algısını incelemektedir. Bir diğer alt ölçek olan tedavi kontrolü ise bireyin hastalığına yönelik uygulanan tedavi planlaması hakkındaki iç kontrol algısını incelemektedir. Hastalığı anlayabilme alt ölçeğinde de bireyin içerisinde bulunduğu hastalık sürecini ne derecede anlayabildiği ya da anlamlandırabildiği incelenmektedir. Son alt ölçek olan duygusal temsillerde ise bireyin hastalık sürecine yönelik geliştirdiği hisleri ve duyguları incelenmektedir. Ölçeğin üçüncü ve son boyutu

olan Hastalık Nedenleri boyutu ise ilgili hastalıkların oluşum sebepleri arasında olabilecek 18 farklı maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyut içerisinde de ikinci alt boyutta olduğu gibi 5’li likert tipi adlı ölçüm şekli kullanılmıştır. İlgili boyutta bireyin, tanı aldığı hastalığının olası ya da tahmin edilen nedenleri hakkındaki düşünceleri ve fikirleri incelenmektedir. Bu boyutun da kendi içerisinde dört farklı alt ölçeği bulunmaktadır. Bu alt ölçekler; “Psikolojik Atıflar, Risk Etkenleri, Bağışıklık ve Kaza veya Şans” olarak belirtilmektedir. Ölçeğin en sonunda ise niteliksel anlamda değerlendirme yapılabilmesi amacıyla bireyin hastalığının en önemli sebepleri olarak tanımlayabileceği üç farklı etkenin yazılması istenmektedir. Ölçeğin birinci boyutu olan Hastalık Tipi boyutunun iç tutarlılığına bakıldığı zaman boyutun, Kuder-Ricardson ve ilgili korelasyon katsayıları ile incelendiği ve değerlendirildiği belirtilmektedir. Değerlendirmenin sonucundan elden edilen bulgulara göre birinci boyutun iç tutarlılık katsayısı ise 0.89 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Hastalık Hakkındaki Görüşleri adlı ikinci boyutunun ise iç tutarlılık güvenilirliğini denemek amacıyla Cronbach Alpha katsayısı olarak belirtilen katsayının test edildiği belirtilmiştir. İlgili ölçeğin kendi içerisindeki alt ölçeklerinin değerlendirilen alfa katsayılarının 0.69-0.77 oranları arasında değiştiği ve belirtilen katsayı oranlarının yeterli düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Son boyut olan Hastalık Nedenleri boyutunun ise ikinci boyuttaki gibi kendi içerisinde bulunan alt ölçeklerinin belirtilen alfa güvenilirlik katsayı oranlarının 0.25-0.72 arasında değişim gösterdiği belirlenmiştir. Madde-toplam puan adlı korelasyon oranlarının da 0.43-0.85 arasında bir değişim gösterdiği ve maddelerin yeterli düzeyde ölçütü sağladıkları saptanmıştır (Kocaman vd., 2007, s. 272-273-276-277).

3.7.3. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R)

Weintraub, Scheier ve Carver tarafından 1989 yılında geliştirilen Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R), başta 15 alt boyut ve toplamda 60 maddeden oluşan bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Ölçek, 2003 yılında Gagne ve Zuckerman tarafından revizyon edilerek “Kendine Yardım, Yaklaşım, Uyum Sağlama, Sakınma-Kaçınma ve Kendine Ceza” olarak adlandırılan 5 faktör şeklinde ve 40 farklı madde halinde yeniden düzenlenmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Dicle ve Ersanlı tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçekte, ölçüm şekli olarak 4’lü likert tipi olarak adlandırılan ölçüm biçimi kullanılmıştır. Ölçek

maddelerinin puanlandırma aşamasında ise 1 puan “Asla Böyle Yapmam” ifadesine, 2 puan “Çok Az Böyle Yaparım” ifadesine, 3 puan “Böyle Yaparım” ifadesine ve 4 puanda “Çoğunlukla Böyle Yaparım” ifadesine verilmekte ve bu puanlamalarla ölçeğin değerlendirilmesi yapılmaktadır. Ölçek içerisindeki maddelerde olumsuz anlamda herhangi bir madde bulunmamaktadır. Ölçeğe katılım gösteren bireylerin ölçek değerlendirmesinden alabilecekleri en yüksek değer 160 puan ve en düşük değer ise 40 puan olarak belirtilmiştir. Bu doğrultuda ölçek genelinden alınabilecek en yüksek puan değeri, ölçeği gerçekleştiren bireyin başa çıkma tutum oranının ya da düzeyinin yüksek olması anlamını ifade etmekte iken ölçekten alınabilecek en düşük puan değeri ise bireyin başa çıkma tutum oranının ya da düzeyinin düşük olması şeklinde ifade edilmektedir. Ölçeğin güvenilirliğini sınamak amacıyla ise iç tutarlılık yöntemi ve test tekrar test yöntemi kullanılarak ayrı ayrı hesaplamalar gerçekleştirilmiştir. Bu anlamda ilgili ölçeğin iç tutarlılık değerini veren ve Cronbach Alpha olarak belirtilen katsayı değerinin .979 olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin faktörleri ya da alt boyutları olarak belirtilen “Kendine Yardım” alt boyutunun Cronbach Alpha katsayı değeri .969 olarak, “Yaklaşım” alt boyutunun Cronbach Alpha katsayı değeri .989 olarak, “Uyum Sağlama” alt boyutunun ise Cronbach Alpha katsayı değeri .980 olarak ve “Sakinme-Kaçınma” alt boyutunun Cronbach Alpha katsayı değeri .981 olarak, son olaraksa “Kendine Ceza” alt boyutunun Cronbach Alpha katsayısı değeri .983 olarak belirtilmiştir. Belirtilen yöntemler sonucunda elde edilen sonuçlara göre ölçeğin güvenilir olduğu tespit edilmiştir (Dicle ve Ersanlı, 2015, s. 115-117-119).

3.8. Veri Analizi

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için Statistical Analysis Software SAS Version 9.4 programı kullanılmıştır. Araştırmanın ölçümle belirlenen nicel değişkenleri için tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama ve standart sapma, sayımla belirlenen nitel değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde şeklinde gösterilmiştir. Kullanılan verilerin öncelikle normal dağılıma uygunluk testleri Shapiro-Wilk testi ve çarpıklık katsayılarının incelenmesi ile yapılmıştır. Yapılan testler sonucu ve çarpıklık katsayılarının tüm değişkenler için +2 ve -2 arasında olduğundan, verilerin normal dağılım gösterdiği anlaşılmış ve istatistiksel analizde parametrik testler kullanılmıştır (George ve Mallery, 2011). Çalışmaya dahil olan katılımcılar 30 yaş altı

olanlar ve 30 yaş ve üstü olanlar şeklinde yaşa göre iki kategoriye ayrılmışlardır ve çalışmada kullanılan ölçeklerin toplam puan ve alt boyutlarının ortalamalarının bu yaş gruplarında farklılık gösterip göstermediğini test etmek için bağımsız gruplar arası T-Testi Analizleri yapılmıştır. Nitel tipteki değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için Ki-Kare Analizi yapılmıştır. Nicel tipteki değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için ise Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır. Ayrıca çalışma kapsamında kullanılan ölçekleri etkileyen faktörlerin neler olduğunu tespit etmek ve etkisiz değişkenlerin ayıklanarak, bağımlı değişkenler için önemli olan değişkenleri belirlemek amacıyla Çok Değişkenli Regresyon Analizi de yapılmıştır. Ölçek ifadelerinin, alt boyutların ve ölçek genel puanlarının ortalama ve standart sapmaları tanımlayıcı istatistik tablosu şeklinde sunulmuştur. Çalışmanın tamamında anlamlılık düzeyi olarak 0.05 değeri kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmada kanser tanısı almış bireylerin kişisel bilgi formuna verdiği yanıtlar iki alt grupta değerlendirilmiştir. Bunlar sosyo-demografik özellikler ve hastalığa ait özellikler olarak belirtilmektedir. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1’de verilmiştir.

Yapılan analizler sonucunda çalışmaya dahil olan bireylerin sosyo-demografik özelliklerden cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, %50.0'sinin kadın ve %50.0'sinin erkek olduğu bulunmuştur. Katılımcıların %63.9'unun evli ve %36.1'inin bekar olduğu ve üçte birinden fazlasının (%37.0) üniversite mezunu ve geri kalanın okur-yazar olmayan (%4.6), ilk ve ortaokul (%34.3) ve lise mezunu (%24.1) olduğu Tablo 1'den görülmektedir. Katılımcıların çalışma durumuna göre dağılımı incelendiğinde yarıdan çoğunun (%83.3) çalışmadığı, %16.7'sinin ise çalıştığı anlaşılmaktadır. Tablo 1’de çalışmaya katılan hastaların gelir düzeylerine göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların dörtte üçünden fazlasının (%78.7) gelirinin giderine denk olduğu, %14.8'inin gelirinin giderinden fazla ve geri kalanın ise gelirinin giderinden düşük olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılanların yaş ortalamasının ise 41.6±19.63 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 1. Çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri

	Total (N=108)
Cinsiyet, n (%)	
Kadın	54 (50.0%)
Erkek	54 (50.0%)
Medeni Durum, n (%)	
Evli	69 (63.9%)
Bekar	39 (36.1%)
Eğitim Durumu, n (%)	
Okur-Yazar Değil	5 (4.6%)
İlk ve Ortaokul	37 (34.3%)
Lise	26 (24.1%)
Üniversite	40 (37.0%)
Çalışma Durumu, n (%)	
Evet	18 (16.7%)
Hayır	90 (83.3%)
Gelir Düzeyi, n (%)	
Gelir Giderden Düşük	7 (6.5%)
Gelir Gider Eşit	85 (78.7%)
Geliri Giderden Yüksek	16 (14.8%)
Yaş	
Mean (SD)	41.6 (19.63)
Median (Range)	30.0 (18.0, 80.0)

Çalışmaya katılan bireylerin hastalığa ilişkin özellikleri Tablo 2’de sunulmuştur. Hastalara psikolojik-psikiyatrik tedavi alıp almadıkları sorulduğunda çoğunluğunun (%86.1) cevabı “Hayır” olmuştur. Katılımcılar tanı aldıkları kanser tipine göre Solunum Yolu Kanser Türleri, Lösemi Kanser Türleri, Sindirim Sistemi Kanser Türleri, Sarkoma Kanser Türleri, Merkezi Sinir Sistemi Kanser Türleri, Ürolojik Kanser Türleri, Karsinoma Kanser Türleri, Lenfoma ve Miyelom Kanser Türleri, Meme Kanseri Türleri ve Genital Kanser Türleri olarak gruplara ayrılmışlar ve hastaların bu kategorilerdeki dağılımı Tablo 2’de sunulmuştur. Bu tablo incelendiğinde, solunum yolu kanser türlerine sahip olan hastaların en fazla orana (%22.2) sahip olduğu, bunu %17.6 ile meme kanseri türleri, %16.7 ile merkezi sinir sistemi kanser türleri, %12.0 ile sindirim sistemi kanser türleri, %9.3 ile lenfoma ve miyelom kanser türleri, %6.5 ile sarkoma kanser ve karsinoma kanser türleri ve geri kalanını ise genital kanser türleri, ürolojik kanser türleri ve lösemi kanser türlerinin oluşturduğu görülmektedir.

Hastalar, tanı aldıkları kanser evrelerine göre 1, 2 ve 3 ve üzeri olarak üç gruba ayrılmış ve katılımcıların dörtte üçüne yakınının (%72.2) evre 2, %21.3’ünün evre 3 ve üzeri ve geri kalan %6.5’inin evre 1 olduğu Tablo 2’den anlaşılmaktadır. Çalışmaya dahil olan hastaların çoğunluğunun (%92.6) daha önce kanser tanısı almadığı ve %85.2’sinin ise tanı anında metastaz öyküsünün olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 2. Çalışmaya katılan bireylerin hastalığa ilişkin özellikleri

	Total (N=108)
Psiko-Psikiyatrik Tedavi, n (%)	
Evet	15 (13.9%)
Hayır	93 (86.1%)
Kanser Tipi, n (%)	
Solunum Yolu Kanseri	24 (22.2%)
Lösemi Kanseri	1 (0.9%)
Sindirim Sistemi Kanseri	13 (12.0%)
Sarkoma Kanseri	7 (6.5%)
Merkezi Sinir Sistemi Kanseri	18 (16.7%)
Ürolojik Kanser	3 (2.8%)
Karsinoma Kanseri	7 (6.5%)
Lenfoma ve Miyelom Kanseri	10 (9.3%)
Meme Kanseri	19 (17.6%)
Genital Kanseri	6 (5.6%)
Evre, n (%)	
1	7 (6.5%)
2	78 (72.2%)
3 ve Üzeri	23 (21.3%)
Önceki Kanser Tanısı, n (%)	
Evet	8 (7.4%)

	Total (N=108)
Hayır	100 (92.6%)
Metastaz Öyküsü, n (%)	
Evet	16 (14.8%)
Hayır	92 (85.2%)

Çalışmaya dahil olan katılımcılar yaşa göre iki kategoriye ayrılmışlardır: 30 yaş altı olanlar ve 30 yaş ve üstü olanlar. Katılımcıların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımının bu yaş gruplarında farklılık gösterip göstermediğini test etmek için Ki-Kare Analizleri yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 3’de sunulmuştur.

Yapılan analizler sonucunda iki ayrı yaş grubundaki bireylerin sosyo-demografik ve hastalığa ait özelliklerden cinsiyet, gelir düzeyi ve psikolojik-psikiyatrik tedavi alma durumu yönünden dağılımlarının istatistiksel olarak benzer olduğu ($p>0.05$), hastaların yaş gruplarına homojen olarak ayrıldığı saptanmıştır (Tablo 3).

Buna karşılık medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, kanser tipi, kanser evresi, önceden kanser tanısı alma durumu ve metastaz öyküsü bakımlarından çalışmaya katılan bireylerin yaş gruplarına homojen olarak ayrılmadığı, bu gruplardaki oranların istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Farklı yaş gruplarındaki hastaların eğitim durumuna göre dağılımını veren Tablo 3 incelendiğinde, 30 yaş altı hastaların tamamının okur-yazar olduğu, ilk ve ortaokul mezunu olanların oranının 30 yaş ve üstü hastalarda (%63.0) 30 yaş altı hastalardan (%5.6) önemli derecede fazla olduğu, buna karşılık 30 yaş altı hastalarda lise (%35.2) ve üniversite (%59.3) mezun oranlarının 30 yaş ve üstü olanlardan önemli derecede fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Yaş gruplarındaki katılımcıların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı

	Yaş		Test	P-Value
	30 yaş altı (N=54)	30 yaş ve üstü (N=54)		
Cinsiyet, n (%)			0.0000	1.0000 ¹
Kadın	27 (50.0%)	27 (50.0%)		
Erkek	27 (50.0%)	27 (50.0%)		
Medeni Durum, n (%)			29.2575	0.0001¹
Evli	21 (38.9%)	48 (88.9%)		
Bekar	33 (61.1%)	6 (11.1%)		
Eğitim Durumu, n (%)			50.9114	0.0001¹
Okur-Yazar Değil	0 (0.0%)	5 (9.3%)		
İlk ve Ortaokul	3 (5.6%)	34 (63.0%)		
Lise	19 (35.2%)	7 (13.0%)		

	Yaş		Test	P-Value
	30 yaş altı (N=54)	30 yaş ve üstü (N=54)		
Üniversite	32 (59.3%)	8 (14.8%)		
Çalışma Durumu, n (%)			6.6667	0.0098¹
Evet	14 (25.9%)	4 (7.4%)		
Hayır	40 (74.1%)	50 (92.6%)		
Gelir Düzeyi, n (%)			5.5244	0.0632 ¹
Gelir Giderden Düşük	1 (1.9%)	6 (11.1%)		
Gelir Gider Eşit	47 (87.0%)	38 (70.4%)		
Geliri Giderden Yüksek	6 (11.1%)	10 (18.5%)		
Psiko-Psikiyatrik Tedavi, n (%)			3.7935	0.0515 ¹
Evet	4 (7.4%)	11 (20.4%)		
Hayır	50 (92.6%)	43 (79.6%)		
Kanser Tipi, n (%)			42.3177	0.0001¹
Solunum Yolu Kanseri	5 (9.3%)	19 (35.2%)		
Lösemi Kanseri	1 (1.9%)	0 (0.0%)		
Sindirim Sistemi Kanseri	0 (0.0%)	13 (24.1%)		
Sarkoma Kanseri	7 (13.0%)	0 (0.0%)		
Merkezi Sinir Sistemi Kanseri	14 (25.9%)	4 (7.4%)		
Ürolojik Kanser	1 (1.9%)	2 (3.7%)		
Karsinoma Kanser	4 (7.4%)	3 (5.6%)		
Lenfoma ve Miyelom Kanser	9 (16.7%)	1 (1.9%)		
Meme Kanseri	9 (16.7%)	10 (18.5%)		
Genital Kanser	4 (7.4%)	2 (3.7%)		
Evre, n (%)			19.9924	0.0001¹
1	4 (7.4%)	3 (5.6%)		
2	48 (88.9%)	30 (55.6%)		
3 ve Üzeri	2 (3.7%)	21 (38.9%)		
Önceki Kanser Tanısı, n (%)			4.8600	0.0275 ¹
Evet	1 (1.9%)	7 (13.0%)		
Hayır	53 (98.1%)	47 (87.0%)		
Metastaz Öyküsü, n (%)			10.5652	0.0012¹
Evet	2 (3.7%)	14 (25.9%)		
Hayır	52 (96.3%)	40 (74.1%)		

¹Chi-Square P-Value; ²Kruskal-Wallis P-Value;

4.1. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerle İlgili Bulgular

Araştırmada ölçek olarak 32 maddeden oluşan Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPER) ve toplam 56 maddeden oluşan Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) kullanılmıştır. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin Kendine Yardım, Yaklaşım, Uyum Sağlama, Sakınma-Kaçınma ve Kendine Ceza isimli 5 alt boyutu bulunmaktadır. Hastalık Algısı Ölçeği ise 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; Hastalık Tipi, Hastalık Hakkındaki Görüşleri ve Hastalık Nedenleri Boyutlarıdır. Hastalık Tipi Boyutu sık görülen 14 hastalık belirtisini, ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü ve güç kaybını içermektedir. Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu otuz sekiz maddeden oluşmakta ve kendi içerisinde 7 alt

boyutu içermektedir. Bunlar; Süre (akut/kronik), Sonuçlar, Kişisel Kontrol, Tedavi Kontrolü, Hastalığı Anlayabilme, Süre (döngüsel) ve Duygusal Temsillerdir. Hastalık Nedenleri Boyutu ise 18 maddeden oluşmakta ve 4 alt boyut içermektedir. Bunlar; Psikolojik Atıflar (ör., stres ya da endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri), Risk Etkenleri (ör., kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma), Bağışıklık (ör. mikrop ya da virüs, vücut direncimin az olması), Kaza veya Şans (ör., kaza, yaralanma, kötü talih vb.) olarak sıralanmaktadır.

Çalışmada kullanılan bu ölçeklerin toplam puan ve alt boyutlarının ileri istatistiksel yöntemler kullanılarak analizlerini yapmadan önce, her bir alt boyut ve genel puana ilişkin ortalama, standart sapma ve çarpıklık değerleri Tablo 4’de verilmiştir. Normal dağılımına uygunluğunu değerlendirmek açısından bakılan çarpıklık değerleri +2 ve -2 aralığında olması verilerin normal dağılıma uygunluk gösterdiği anlamına gelmektedir. Tablo 4’de görüldüğü gibi, en düşük ve en yüksek çarpıklık değerleri sırasıyla -1.36 ve 1.96 olarak bulunmuştur. Elde edilen bu çarpıklık değerleri +2 ve -2 aralığında olduğundan ve özellikle de sifıra çok yakın olduğundan Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Hastalık Algısı Ölçeği ve alt boyutlarının tamamının normal dağılıma uygunluk gösterdikleri ve ileri istatistiksel yöntemlerin parametrik istatistiksel analiz yöntemleri ile yapılabileceği anlaşılmaktadır.

Tablo 4. Çalışmada kullanılan ölçekler ve alt boyutlarının ortama, standart sapma ve çarpıklık değerleri

Analysis	Ort.	Ss	Medyan	Min.	Max.	Çarpıklık
Kendine Yardım	15.028	6.0534	14.5	6	24	0.13008
Yaklaşım	19.167	6.9235	19.0	7	28	-0.21820
Uyum Sağlama	18.481	7.1086	19.0	7	28	-0.17830
Sakınma Kaçınma	10.509	4.7587	9.0	6	24	0.85140
Kendine Ceza	15.157	6.2400	15.0	6	24	-0.17239
Baş Çık. Tut. Değ. Ölçeği	78.343	13.0378	77.0	54	111	0.20984
Hastalık Tipi	20.491	3.0830	20.0	14	28	0.10366
Süre-Akut	17.685	1.4381	18.0	12	22	-0.50464
Sonuçlar	19.139	4.1994	20.0	10	26	-0.35225
Kişisel Kontrol	18.889	2.1458	19.0	13	22	-0.36203
Tedavi Kontrolü	15.648	1.6137	16.0	11	20	-0.46949
Hastalığı Anlama	15.111	4.5618	16.5	8	21	-0.21048
Süre-Döngüsel	12.250	4.9259	13.0	4	20	-0.41889
Duygusal Temsiller	22.296	5.0368	25.0	9	27	-1.35892
Hastalık Hakkındaki Görüşler	121.019	13.9666	122.5	90	145	-0.30785
Psikolojik Atıflar	15.806	5.0335	15.5	6	30	0.29936
Risk Faktörleri	11.731	2.9972	11.0	7	21	0.54017

Analysis	Ort.	Ss	Medyan	Min.	Max.	Çarpıklık
Bağışıklık	3.889	1.7632	3.0	3	11	1.92291
Kaza Şans	2.713	1.4013	2.0	2	9	1.96041
Hastalık Nedenleri	34.139	6.1984	34.0	21	55	0.54148

Çalışmaya dahil olan katılımcılar 30 yaş altı olanlar ve 30 yaş ve üstü olanlar şeklinde yaşa göre iki kategoriye ayrılmışlardır. Çalışmada kullanılan ölçeklerin toplam puan ve alt boyutlarının ortalamalarının bu yaş gruplarında farklılık gösterip göstermediğini test etmek için bağımsız gruplar arası T-Testi Analizleri yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 5 ve Tablo 6’da sunulmuştur.

Hastaların yaş gruplarına göre Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikleri ve test sonuçları Tablo 5’de sunulmuştur. Bu tablo incelendiğinde, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin genel ve tüm alt boyutları ortalamalarının hastaların yaş gruplarına göre istatistiksel olarak önemli farklılıklar gösterdiği anlaşılmaktadır. Ortalamalar detaylı olarak incelendiğinde, alt boyutlardan kendine yardım, yaklaşım ve uyum sağlama ile ölçek genel puanı Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğine ait ortalamaların 30 yaş ve üstü hastalarda 30 yaş altı hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu, buna karşılık sakınma-kaçınma ve kendine ceza alt boyutlarına ait ortalamaların ise tam tersine 30 yaş altı hastalarda daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 5. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği genel ve alt boyutlarının farklı yaş gruplarına göre tanımlayıcı istatistikleri ve analiz sonuçları

	Yaş			t	P-Value
	30 yaş altı (N=54)	30 yaş ve üstü (N=54)	Total (N=108)		
Kendine Yardım				-7.80	0.0001²
Mean (SD)	11.4 (4.05)	18.7 (5.53)	15.0 (6.05)		
Median (Range)	11.0 (6.0, 20.0)	20.0 (6.0, 24.0)	14.5 (6.0, 24.0)		
Yaklaşım				-11.29	0.0001²
Mean (SD)	14.1 (4.92)	24.3 (4.44)	19.2 (6.92)		
Median (Range)	14.0 (7.0, 28.0)	26.0 (9.0, 28.0)	19.0 (7.0, 28.0)		
Uyum Sağlama				-10.92	0.0001²
Mean (SD)	13.3 (4.90)	23.6 (4.90)	18.5 (7.11)		
Median (Range)	13.0 (7.0, 25.0)	25.0 (8.0, 28.0)	19.0 (7.0, 28.0)		
Sakınma Kaçınma				5.86	0.0001²
Mean (SD)	12.9 (4.70)	8.2 (3.53)	10.5 (4.76)		
Median (Range)	11.0 (6.0, 24.0)	6.0 (6.0, 21.0)	9.0 (6.0, 24.0)		
Kendine Ceza				6.94	0.0001²
Mean (SD)	18.6 (4.82)	11.7 (5.55)	15.2 (6.24)		
Median (Range)	20.5 (6.0, 24.0)	12.0 (6.0, 24.0)	15.0 (6.0, 24.0)		
Başa Çık. Tut. Değ. Ölçeği				-8.17	0.0001²
Mean (SD)	70.3 (8.73)	86.4 (11.60)	78.3 (13.04)		

	Yaş		Total (N=108)	t	P-Value
	30 yaş altı (N=54)	30 yaş ve üstü (N=54)			
Median (Range)	70.0 (54.0, 92.0)	88.0(56.0,111.0)	77.0 (54.0, 111.0)		

Hastalık Algısı Ölçeği genel ve alt boyutlarının farklı yaş gruplarına göre tanımlayıcı istatistikleri ve analiz sonuçları Tablo 6’da sunulmuştur. Bu tablo incelendiğinde, Hastalık tipi, bağışıklık, kaza veya şans alt boyutları ile hastalık nedenleri genel puan ortalamalarının hastaların yaş gruplarına göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır. Buna karşılık, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller, hastalık hakkındaki görüşleri, psikolojik atıflar ve risk etkenleri alt boyutlarının ortalamalarının hastaların yaş gruplarına göre istatistiksel olarak önemli farklılıklar gösterdiği anlaşılmaktadır. Ortalamalar detaylı olarak incelendiğinde, kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve risk etkenleri puan ortalamalarının 30 yaş ve üstü hastalarda 30 yaş altı hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu, süre (akut/kronik), sonuçlar, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller, hastalık hakkındaki görüşleri ve psikolojik atıflar alt boyutlarına ait ortalamaların ise tam tersine 30 yaş altı hastalarda 30 yaş ve üstü hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 6. Hastalık Algısı Ölçeği genel ve alt boyutlarının farklı yaş gruplarına göre tanımlayıcı istatistikleri ve analiz sonuçları

	Yaş		Total (N=108)	t	P-Value
	30 yaş altı (N=54)	30 yaş ve üstü (N=54)			
Hastalık Tipi				-1.60	0.1997 ²
Mean (SD)	20.0 (3.17)	21.0 (2.95)	20.5 (3.08)		
Median (Range)	20.0 (14.0, 27.0)	20.5 (14.0, 28.0)	20.0 (14.0, 28.0)		
Süre-Akut				4.17	0.0001²
Mean (SD)	18.2 (1.08)	17.1 (1.56)	17.7 (1.44)		
Median (Range)	18.0 (16.0, 22.0)	18.0 (12.0, 21.0)	18.0 (12.0, 22.0)		
Sonuçlar				5.06	0.0001²
Mean (SD)	21.0 (3.40)	17.3 (4.14)	19.1 (4.20)		
Median (Range)	21.5 (13.0, 26.0)	18.0 (10.0, 26.0)	20.0 (10.0, 26.0)		
Kişisel Kontrol				-3.92	0.0006²
Mean (SD)	18.1 (1.99)	19.6 (2.04)	18.9 (2.15)		
Median (Range)	18.5 (13.0, 22.0)	20.0 (14.0, 22.0)	19.0 (13.0, 22.0)		
Tedavi Kontrolü				-3.65	0.0001²
Mean (SD)	15.1 (1.46)	16.2 (1.59)	15.6 (1.61)		
Median (Range)	16.0 (11.0, 18.0)	17.0 (12.0, 20.0)	16.0 (11.0, 20.0)		
Hastalığı Anlama				7.09	0.0001²
Mean (SD)	17.7 (3.88)	12.5 (3.66)	15.1 (4.56)		
Median (Range)	19.5 (8.0, 21.0)	12.0 (8.0, 19.0)	16.5 (8.0, 21.0)		
Süre-Döngüsel				4.27	0.0001²
Mean (SD)	14.1 (4.57)	10.4 (4.57)	12.3 (4.93)		

	Yaş			t	P-Value
	30 yaş altı (N=54)	30 yaş ve üstü (N=54)	Total (N=108)		
Median (Range)	15.0 (4.0, 20.0)	12.0 (4.0, 20.0)	13.0 (4.0, 20.0)		
Duygusal Temsiller				4.14	0.0003²
Mean (SD)	24.2 (3.14)	20.4 (5.85)	22.3 (5.04)		
Median (Range)	26.0 (13.0, 27.0)	22.0 (9.0, 27.0)	25.0 (9.0, 27.0)		
Hastalık Hakkındaki Görüşler				6.48	0.0001²
Mean (SD)	128.4 (11.93)	113.6 (11.82)	121.0 (13.97)		
Median (Range)	131.0(100.0,145)	113.5(90.0,136)	122.5 (90.0, 145.0)		
Psikolojik Atıflar				3.34	0.0003²
Mean (SD)	17.4 (4.91)	14.3 (4.71)	15.8 (5.03)		
Median (Range)	18.0 (6.0, 29.0)	14.0 (6.0, 30.0)	15.5 (6.0, 30.0)		
Risk Faktörleri				-3.03	0.0050²
Mean (SD)	10.9 (2.32)	12.6 (3.36)	11.7 (3.00)		
Median (Range)	11.0 (7.0, 17.0)	11.0 (7.0, 21.0)	11.0 (7.0, 21.0)		
Bağıışıklık				-1.54	0.0991 ²
Mean (SD)	3.6 (1.58)	4.1 (1.91)	3.9 (1.76)		
Median (Range)	3.0 (3.0, 11.0)	3.0 (3.0, 10.0)	3.0 (3.0, 11.0)		
Kaza Şans				-0.07	0.5826 ²
Mean (SD)	2.7 (1.21)	2.7 (1.58)	2.7 (1.40)		
Median (Range)	2.0 (2.0, 6.0)	2.0 (2.0, 9.0)	2.0 (2.0, 9.0)		
Hastalık Nedenleri				0.73	0.1755 ²
Mean (SD)	34.6 (5.21)	33.7 (7.08)	34.1 (6.20)		
Median (Range)	35.5 (25.0, 44.0)	33.0 (21.0, 55.0)	34.0 (21.0, 55.0)		

Hastalık algısı ölçeğinin sık görülen 14 hastalık belirtisine (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) hastaların “*Hastalığımın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım*” ve “*Bu belirti hastalığım ile ilgili*” ifadelerine verdiği cevapların dağılımı Tablo 7’de sunulmuştur. Burada yer alan 14 hastalık belirtisinin hastalar tarafından %30.56-90.74 oranında yaşandığı saptanmıştır. Bu da hastalık tipi bölümüne alınan belirtilerin geçerliliğini göstermektedir. En sık yaşanan belirtiler yorgunluk (%90.74), ağrı (%77.78), güç kaybı (%75.93), baş ağrısı (%68.52), uyku güçlükleri (%67.59), sersemlik hissi (%65.74) ve kilo kaybı (%60.19) olarak belirlenmiştir.

“*Bu belirti hastalığım ile ilgili*” ifadesine evet diyenlerin oranının %28.97 ile %85.98 arasında olduğu Tablo 7’den görülmektedir. Bu ifade için en sık belirtiler, yorgunluk (%85.98), ağrı (%77.57), güç kaybı (%73.83), sersemlik hissi (%65.42), uyku güçlükleri (%64.49), baş ağrısı (%60.75) ve kilo kaybı (%60.75) olarak belirlenmiştir.

Tablo 7. Hastalık algısı ölçeğinin sık görülen 14 hastalık belirtisine hastaların “Hastalığımın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım” ve “Bu belirti hastalığımla ilgili” ifadelerine verdiği cevapların dağılımı.

	<i>Hastalığımın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım</i>		<i>Bu belirti hastalığımla ilgili</i>	
	Evet		Evet	
	n	%	n	%
Ağrı	84.00	77.78	83.00	77.57
Boğazda yanma	41.00	37.96	40.00	37.38
Bulantı	59.00	54.63	58.00	54.21
Soluk almada güçlük	38.00	35.19	35.00	32.71
Kilo kaybı	65.00	60.19	65.00	60.75
Yorgunluk	98.00	90.74	92.00	85.98
Eklem sertliği	45.00	41.67	44.00	41.12
Gözlerde yanma	39.00	36.11	37.00	34.58
Hırıltılı soluma	33.00	30.56	31.00	28.97
Baş ağrıları	74.00	68.52	65.00	60.75
Mide yakınmaları	36.00	33.33	34.00	31.78
Uyku güçlükleri	73.00	67.59	69.00	64.49
Sersemlik hissi	71.00	65.74	70.00	65.42
Güç kaybı	82.00	75.93	79.00	73.83

4.2. Çalışmada Kullanılan Ölçekler Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan hastaların Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Hastalık Algısı Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkilere yönelik bulgular ele alınmaktadır. Bu amaçla önce Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının Korelasyon Analizi yapılarak Tablo 8’de sunulmuştur. Bu tablo incelendiğinde, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ile kendine yardım, yaklaşım ve uyum sağlama alt boyutları arasında pozitif yönlü, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı ve sakınma-kaçınma alt boyutu ile ise negatif yönlü orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ile kendine ceza alt boyutu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin alt boyutlarının birbirleriyle olan ilişkileri istatistiksel olarak oldukça anlamlı ve orta ve yüksek düzeydedir.

Tablo 8. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının korelasyon analizi sonuçları

	Kendine Yardım	Yaklaşım	Uyum Sağlama	Sakınma Kaçınma	Kendine Ceza	BÇTDÖ. Toplam Puanı
Kendine Yardım	1.00000					
Yaklaşım	0.72238 0.0001	1.00000				
Uyum Sağlama	0.70836 0.0001	0.84110 0.0001	1.00000			
Sakınma Kaçınma	-0.53874 0.0001	-0.66780 0.0001	-0.74001 0.0001	1.00000		
Kendine Ceza	-0.54889 0.0001	-0.56912 0.0001	-0.63338 0.0001	0.68907 0.0001	1.00000	
Başa Çıkma Tut. Değ. Ölçeği Toplam Puanı	0.77479 0.0001	0.80890 0.0001	0.74754 0.0001	-0.31345 0.0010	-0.17229 0.0746	1.00000

Hastalık Algısı Ölçeğinin hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutuna ait süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller puanları ile hastalık hakkındaki görüşleri genel puanı arasındaki Korelasyon Analizi sonuçları Tablo 9’da sunulmuştur. Hastalık hakkındaki görüşleri genel puanı ile sonuçlar, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller puanları arasında pozitif yönlü, güçlü ve istatistiksel olarak oldukça anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Hastalık hakkındaki görüşleri genel puanı ile süre (akut/kronik) ve tedavi kontrolü puanları arasında düşük düzeylerde istatistiksel olarak anlamlı ilişki varken, kişisel kontrol istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 9. Hastalık hakkındaki görüşler ve alt boyutlarının korelasyon analizi sonuçları

	Süre-Akut	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrolü	Hastalığı Anlama	Süre Döngüsel	Duygusal Temsiller	Has. Hak. Gör.
Süre-Akut	1.00000							
Sonuçlar	0.15896 0.1003	1.00000						
Kişisel Kontrol	- 0.20224 0.0358	-0.30112 0.0015	1.00000					
Tedavi Kontrolü	0.00015 0.9988	-0.32096 0.0007	0.30979 0.0011	1.00000				
Hastalığı Anlama	0.21337 0.0266	0.47680 0.0001	-0.31093 0.0011	-0.28410 0.0029	1.00000			
Süre-Döngüsel	0.07586 0.4352	0.43791 0.0001	-0.14678 0.1296	-0.24397 0.0109	0.73450 0.0001	1.00000		
Duygusal Temsiller	0.04912 0.6136	0.44254 0.0001	-0.25807 0.0070	-0.33086 0.0005	0.45208 0.0001	0.39100 0.0001	1.00000	
Hastalık Hakkındaki Görüşler	0.23387 0.0148	0.70347 0.0001	-0.16833 0.0816	-0.23151 0.0159	0.83344 0.0001	0.82234 0.0001	0.70643 0.0001	1.00000

Hastalık nedenleri alt boyutu puanı ile psikolojik atıflar, risk etkenleri, bağışıklık ve kaza veya şans puanları arasındaki korelasyon analizi sonucu Tablo 10’da sunulmuştur. Hastalık nedenleri alt boyutu puanı ile bu boyut puanları arasında pozitif yönlü, orta ve yüksek düzeylerde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Tablo 10. Hastalık nedenleri ve alt boyutlarının korelasyon analizi sonuçları

	Psikolojik Atıflar	Risk Faktörleri	Bağışıklık	Kaza Şans	Hastalık Nedenleri
Psikolojik Atıflar	1.00000				
Risk Faktörleri	-0.11624 0.2309	1.00000			
Bağışıklık	-0.07722 0.4270	0.17645 0.0677	1.00000		
Kaza Şans	0.05561 0.5675	0.03933 0.6861	0.18744 0.0521	1.00000	
Hastalık Nedenleri	0.74646 0.0001	0.44824 0.0001	0.34946 0.0002	0.34358 0.0003	1.00000

4.3. Farklı Yaş Gruplarında Hastalık Algısı ve Başa Çıkma Tutumlarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde her iki yaş grubu (30 yaş altı ve 30 yaş ve üstü) içinde hastalık algısını ve başa çıkma tutumlarını/düzeylerini etkileyen faktörlerin neler olduğunu tespit etmek amacıyla çok değişkenli regresyon yöntemi kullanılmış ve etkisiz değişkenler

ayıklanarak bu bağımlı değişkenler için önemli olan değişkenler belirlenmiştir. Regresyon analizinde bağımlı değişkenler olarak, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği genel puanı (COPE-R), Hastalık Algısı Ölçeğinin, Hastalık Hakkındaki Görüşler ve Hastalığının Nedenleri alt boyutları puanları (sırasıyla Hastalık Hakkındaki Görüşler ve Hastalık Nedenleri) kullanılmıştır. Bağımsız değişkenler olarak katılımcıların Tablo 1 ve Tablo 2’de verilen sosyo-demografik ve hastalığa ait özellikleri (Cinsiyet, Medeni Durum, Eğitim Durumu, Çalışma Durumu, Gelir Düzeyi, Psikolojik/Psikiyatrik Tedavi Alma, Kanseri Tipi, Evre, Önceki Kanseri Tanısı ve Metastaz Öyküsü) ve bağımlı değişken Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği olduğunda Hastalık Algısı Ölçeğinin tüm boyut ve alt boyutları (Hastalık Tipi, Süre-Akut, Sonuçlar, Kişisel Kontrol, Tedavi Kontrolü, Hastalığı Anlama, Süre-Döngüsel, Duygusal Temsiller, Hastalık Hakkındaki Görüşler, Psikolojik Atıflar, Risk Faktörleri, Bağışıklık, Kaza Şansı, Hastalık Nedenleri) ve bağımlı değişken Hastalık Hakkındaki Görüşler veya Hastalık Nedenleri olduğunda ise Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin tüm boyut ve alt boyut puanları (Kendine Yardım, Yaklaşım, Uyum Sağlama, Sakınma Kaçınma, Kendine Ceza, COPE-R) kullanılmıştır. Her bir bağımlı değişken (COPE-R, Hastalık Hakkındaki Görüşler ve Hastalık Nedenleri) için 30 yaş altı ve 30 yaş üstüne ayrı ayrı regresyon analizleri yapıldığından toplam altı adet regresyon analizi yapılmıştır.

Model 1: 30 yaş altı hastaların Başa Çıkma Tutumlarını etkileyen faktörler: Bu amaçla 30 yaş altı hastaların Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği genel puanı bağımlı değişken ve sosyo-demografik ve hastalığa ait özellikleri ve Hastalık Algısı Ölçeğinin tüm boyut ve alt boyutları bağımsız değişken olarak alınıp Çok Değişkenli Regresyon Analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 11’de verilmiştir. Bu tablodan modeldeki bağımsız değişkenlerin toplam varyasyonu açıklama oranının %40.45 olduğu görülmektedir. Toplam varyasyonu açıklamada en fazla kısmi öneme sahip olan değişken, %24.32 kısmi R² ile kişisel kontrol alt boyutudur. Bağımsız değişkenlerin tamamının Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği puanına istatistiksel olarak oldukça anlamlı etkileri olduğu bulunmuştur. Bağımsız değişkenlerden medeni durum, psikolojik/psikiyatrik tedavi alma ve süre (döngüsel) alt boyutu başa çıkma tutumu üzerine negatif yönde etki yaparken kişisel kontrol ve duygusal temsiller alt boyutları ise pozitif yönde etki yapmaktadır. Model 1, Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. 30 yaş altı hastaların Başa Çıkma Tutumlarını etkileyen faktörlerin regresyon analizi

Parametreler	Tahmin	Std. Hata	F	P	Kısmi R ²	Model R ²
Intercept	48.23115	14.93069	10.44	0.0022		
Medeni Durum	-4.95583	1.91984	6.66	0.0130	0.1055	0.3488
Psiko-Psikiyatrik Tedavi	-7.37604	3.37044	4.79	0.0335	0.0557	0.4045
Kişisel Kontrol	1.91377	0.47256	16.40	0.0002	0.2432	0.2432
Süre-Döngüsel	-0.73719	0.22079	11.15	0.0016	0.0606	0.4651
Duygusal Temsiller	0.82581	0.33445	6.10	0.0172	0.0603	0.5254

Model 2: 30 yaş ve üstü hastaların Başa Çıkma Tutumlarını etkileyen faktörler: Bu amaçla 30 yaş ve üstü hastaların Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği genel puanı bağımlı değişken ve sosyo-demografik ve hastalığa ait özellikleri ve Hastalık Algısı Ölçeğinin tüm boyut ve alt boyutları bağımsız değişken olarak alınıp Çok Değişkenli Regresyon Analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 12’de sunulmuştur. Bu tablodan bağımsız değişkenlerden kişisel kontrol, duygusal temsiller ve bağışıklık alt boyut puanlarının Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği puanına istatistiksel olarak oldukça anlamlı etkileri olduğu görülmektedir. Modeldeki bağımsız değişkenlerin toplam varyasyonu açıklama oranının %30.35 olduğu ve toplam varyasyonu açıklamada en fazla kısmi öneme sahip olan değişken, %15.41 kısmi R² ile bağışıklık alt boyutu olduğu Tablo 12’den görülmektedir. Bağımsız değişkenlerden sadece bağışıklık alt boyutu başa çıkma tutumu üzerine negatif yönde etki yaparken kişisel kontrol, duygusal temsiller ve risk faktörleri alt boyutları ise pozitif yönde etki yapmaktadır. Model 2, Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. 30 yaş ve üstü hastaların Başa Çıkma Tutumlarını etkileyen faktörlerin regresyon analizi

Parametreler	Tahmin	Std. Hata	F	P	Kısmi R ²	Model R ²
Intercept	42.91017	19.73026	4.73	0.0345		
Kişisel Kontrol	1.54747	0.75723	4.18	0.0464	0.0369	0.2683
Duygusal Temsiller	0.64398	0.24185	7.09	0.0105	0.0773	0.2315
Risk Faktörleri	0.75058	0.47705	2.48	0.1221	0.0352	0.3035
Bağışıklık	-2.29001	0.80410	8.11	0.0064	0.1541	0.1541

Model 3: 30 yaş altı hastaların Hastalık Hakkındaki Görüşlerini etkileyen faktörler: Bu amaçla 30 yaş altı hastaların Hastalık Hakkındaki Görüşleri genel puanı bağımlı değişken ve sosyo-demografik ve hastalığa ait özellikleri ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin tüm boyut ve alt boyutları bağımsız değişken olarak alınıp Çok Değişkenli Regresyon Analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 13’de sunulmuştur. Bu tablodan bağımsız değişkenlerden yaklaşım ve kendine ceza alt boyut puanlarının hastalık hakkındaki görüşler puanına istatistiksel olarak oldukça anlamlı etkileri olduğu görülmektedir. Modeldeki bağımsız değişkenlerin toplam varyasyonu açıklama oranının %38.33 olduğu ve toplam varyasyonu açıklamada en fazla kısmi öneme sahip olan değişken, %31.67 kısmi R² ile kendine ceza alt boyutu olduğu Tablo 13’den görülmektedir. Bağımsız değişkenlerden sadece kendine ceza alt boyutu hastalık hakkındaki görüşler üzerine pozitif yönde etki yaparken medeni durum ve yaklaşım alt boyutu negatif yönde etki yapmaktadır. Model 3, Tablo 13’de gösterilmiştir.

Tablo 13. 30 yaş altı hastaların Hastalık Hakkındaki Görüşlerini etkileyen faktörlerin regresyon analizi

Parametreler	Tahmin	Std. Hata	F	P	Kısmi R ²	Model R ²
Intercept	127.89037	12.15621	110.68	<.0001		
Medeni Durum	-5.14251	2.90178	3.14	0.0825	0.0387	0.3833
Yaklaşım	-0.68599	0.33569	4.18	0.0463	0.0278	0.3446
Kendine Ceza	0.99172	0.33123	8.96	0.0043	0.3167	0.3167

Model 4: 30 yaş ve üstü hastaların Hastalık Hakkındaki Görüşlerini etkileyen faktörler: Bu amaçla 30 yaş ve üstü hastaların Hastalık Hakkındaki Görüşleri genel puanı bağımlı değişken ve sosyo-demografik ve hastalığa ait özellikleri ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin tüm boyut ve alt boyutları bağımsız değişken olarak alınıp Çok Değişkenli Regresyon Analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 14’de sunulmuştur. Modeldeki bağımsız değişkenlerin toplam varyasyonu açıklama oranının %46.94 olduğu ve toplam varyasyonu açıklamada en fazla kısmi öneme sahip olan değişken, %17.43 kısmi R² ile psikolojik/psikiyatrik tedavi olduğu Tablo 14’den görülmektedir. Bağımsız değişkenlerden gelir düzeyi, psikolojik/psikiyatrik tedavi, evre, metastaz öyküsü ve kendine ceza alt boyut puanlarının hastalık hakkındaki görüşler puanına istatistiksel

olarak oldukça anlamlı etkileri olduğu bulunmuştur. Bağımsız değişkenlerden sadece kendine ceza alt boyutu hastalık hakkındaki görüşler üzerine pozitif yönde etki yaparken gelir düzeyi, psikolojik/psikiyatrik tedavi, evre ve metastaz öyküsü negatif yönde etki yapmaktadır. Model 4, Tablo 14’de gösterilmiştir.

Tablo 14. 30 yaş ve üstü hastaların Hastalık Hakkındaki Görüşlerini etkileyen faktörlerin regresyon analizi

Parametreler	Tahmin	Std. Hata	F	P	Kısmi R²	Model R²
Intercept	184.25243	15.96015	133.28	<.0001		
Eğitim Durumu	-2.56595	1.52934	2.82	0.1000	0.0318	0.4694
Gelir Düzeyi	-7.54600	2.45270	9.47	0.0035	0.0529	0.3287
Psiko-Psikiyatrik Tedavi	-13.07257	3.20498	16.64	0.0002	0.1743	0.1743
Evre	-6.27153	2.27274	7.61	0.0082	0.0506	0.3792
Metastaz Öyküsü	-8.28734	3.20814	6.67	0.0130	0.0583	0.4376
Kendine Ceza	0.52243	0.23134	5.10	0.0286	0.1015	0.2758

Model 5: 30 yaş altı hastaların Hastalığının Nedenlerini etkileyen faktörler: Bu amaçla 30 yaş altı hastaların Hastalığının Nedenlerini genel puanı bağımlı değişken ve sosyo-demografik ve hastalığa ait özellikleri ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin tüm boyut ve alt boyutları bağımsız değişken olarak alınıp Çok Değişkenli Regresyon Analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 15’de sunulmuştur. Bu tablodan bağımsız değişkenlerden sadece eğitim durumunun hastalığının nedenleri puanına istatistiksel olarak oldukça anlamlı etkisi olduğu görülmektedir. Modeldeki bağımsız değişkenlerin toplam varyasyonu açıklama oranının %25.63 olduğu ve toplam varyasyonu açıklamada en fazla kısmi öneme sahip olan değişken, %21.43 kısmi R² ile eğitim durumu olduğu Tablo 15’den görülmektedir. Bağımsız değişkenlerin her ikisinin de hastalığının nedenleri üzerine pozitif yönde etki yaptığı saptanmıştır. Model 5, Tablo 15’de gösterilmiştir.

Tablo 15. 30 yaş altı hastaların Hastalığının Nedenlerini etkileyen faktörlerin regresyon analizi

Parametreler	Tahmin	Std. Hata	F	P	Kısmi R²	Model R²
Intercept	14.07136	4.96581	8.03	0.0066		
Eğitim Durumu	3.58815	1.06430	11.37	0.0014	0.2143	0.2143
Kendine Ceza	0.22669	0.13361	2.88	0.0959	0.0420	0.2563

Model 6: 30 yaş ve üstü hastaların Hastalığının Nedenlerini etkileyen faktörler: Bu amaçla 30 yaş ve üstü hastaların Hastalığının Nedenlerini genel puanı bağımlı değişken ve sosyo-demografik ve hastalığa ait özellikleri ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin tüm boyut ve alt boyutları bağımsız değişken olarak alınıp Çok Değişkenli Regresyon Analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 16’de sunulmuştur. Bu tablodan bağımsız değişkenlerden gelir düzeyi ve sakınma kaçınma alt boyutunun hastalığının nedenleri puanına istatistiksel olarak oldukça anlamlı etkileri olduğu görülmektedir. Modeldeki bağımsız değişkenlerin toplam varyasyonu açıklama oranının %38.83 olduğu ve toplam varyasyonu açıklamada en fazla kısmi öneme sahip olan değişken, %20.62 kısmi R² ile sakınma kaçınma alt boyutu olduğu Tablo 16’den görülmektedir. Bağımsız değişkenlerden psikolojik/psikiyatrik tedavi ve evre hastalığının nedenleri üzerine negatif yönde etki yaparken gelir düzeyi ve sakınma kaçınma alt boyutu pozitif yönde etki yapmaktadır. Model 6, Tablo 16’da görülmektedir.

Tablo 16. 30 yaş ve üstü hastaların Hastalığının Nedenlerini etkileyen faktörlerin regresyon analizi

Parametreler	Tahmin	Std. Hata	F	P	Kısmi R²	Model R²
Intercept	30.79078	5.83299	27.86	<.0001		
Gelir Düzeyi	3.27574	1.46890	4.97	0.0304	0.0785	0.2847
Psiko-Psikiyatrik Tedavi	-3.86767	1.97341	3.84	0.0557	0.0586	0.3433
Evre	-2.72983	1.43690	3.61	0.0634	0.0451	0.3883
Sakınma Kaçınma	1.15541	0.23734	23.70	<.0001	0.2062	0.2062

5. TARTIŞMA

Araştırma kapsamında elde edilen bulgulara göre 30 yaş altı ve 30 yaş üstü kanser hastalarının, başa çıkma tutumları düzeylerinin değerlendirilmesi sonucunda 30 yaş üstünde olan kanser hastalarının kendine yardım, yaklaşım ve uyum sağlama alt boyutlarının, 18-30 yaş arası kanser hastalarının değerlendirilmesi sonuçlarına oranla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. 18-30 yaş arası kanser hastalarınınsa sakinleşme ve kendine ceza alt boyutları, 30 yaş ve üzeri kanser hastalarına oranla anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Genel anlamda ise Başa Çıkma Tutumlarının Değerlendirilmesi Ölçeğinin toplam değerine ve belirtilen alt boyutlarına göre 30 yaş üstü kanser hastalarının, başa çıkma tutumlarının puan değerleri 30 yaş altı kanser hastalarına göre anlamlı olarak yüksektir.

Araştırmamızda 30 yaş üstü kanser hastalarının, 18-30 yaş arası kanser hastalarına göre başa çıkabilme tutumlarının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Macía ve ark. (2020), kanser tanısı alan hastaların başa çıkma stratejilerine yönelik gerçekleştirdikleri çalışmada, kanser hastalığının, tanı alan hastanın üzerinde oluşturduğu yoğun stres ve kaygı durumunda baş etme stratejilerinin oldukça önemli olduğu belirtilmiştir (Macía vd., 2020, s. 1-2). Konuyla ilgili David ve ark. (2006), ileri yaş kanser hastalarına yönelik gerçekleştirdikleri araştırmalarında ise çalışmamızla paralel olarak başa çıkma tutumlarının genel toplam puanlarının anlamlı bir şekilde yüksek bulunduğu saptanmıştır (David vd., 2006, s. 203). Erbay ve ark. (2017), yapmış olduğu çalışmada da başa çıkma tutumlarının değerlendirilmesi ölçeği içerisindeki uyum sağlama alt boyutunun yaş faktörüne göre farklılık gösterdiği ve 30 yaş üstü kanser hastalarında uyum sağlama alt boyutunun anlamlı olarak yüksek bulunduğu belirtilmiştir (Erbay vd., 2017, s. 51). Bununla birlikte Pennant ve ark. (2019), ergenlerle ve genç yetişkin kanser hastalarıyla gerçekleştirdiği çalışmada, bizim araştırmamızın aksine 18-30 yaş arası onkoloji hastalarının başa çıkma tutumları düzeyinin anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Pennant vd., 2019, s. 15). Dempster ve ark. (2012), ileri yaş kanser hastalarına ilişkin yapmış oldukları çalışmalarında da başa çıkma tutumlarında anlamlı olarak bir farklılaşma hali saptanmamıştır (Dempster vd., 2012, s. 224).

Araştırmamızda ise 30 yaş üstü kanser hastalarının baş etme tutumları açısından, 18-30 yaş arası kanser hastalarına göre anlamlı olarak daha başarılı oldukları saptanmıştır. Bu

durumun nedeni olaraksa 30 yaş üstü kanser hastalarının buldukları yaş aralığı evresinin de gereği yaşam süreçlerinde belli bir aşamaya gelmiş olmaları ve yaşam süreçleri içerisinde belli olguları tamamlamış olmaları, onların hastalıkla baş edebilme becerilerini daha güçlü kılmaktadır. Bu anlamda bakıldığında nitekim 18-30 yaş arası kanser hastalarının, hastalıkla baş edebilme becerilerinin 30 yaş üstü kanser hastalarına oranla daha düşük olmasının nedeni olaraksa 18-30 yaş arası kanser hastalarının buldukları yaş aralığı evresinin özelliklerinden kaynaklı olarak her anlamda yaşam süreçlerinin daha başında olmaları ve eğitim durumu, iş durumu ve aile birliği kurma durumu gibi belli önemli olgular başta olmak üzere hayatlarındaki birçok önemli olguyu tamamlama aşamasında olmaları, kanser tanısı almalarıyla birlikte belirtilen tüm bu olguların ise gerek hastalık süreci gerekse de tedavi sürecinden kaynaklı olarak yarım kalması durumu ve belirtilen bu sebeplerden kaynaklı psikolojik anlamda ciddi bir yıkım yaşamaları, onların hastalıkla başa çıkma becerilerini ve tutumlarını zayıf kılan sebepler arasında görülmektedir.

Araştırmada 18-30 yaş arası ve 30 yaş üstü kanser hastalarının hastalık algısı düzeylerinin değerlendirilmesi sonucunda, süre (akut), sonuçlar, hastalığı anlama, süre (döngüsel), duygusal temsiller, hastalık hakkında görüşler ve psikolojik atıflar alt boyutlarının 18-30 yaş arası kanser hastalarında, 30 yaş üstü kanser hastalarına göre anlamlı olarak yüksek bulunurken, kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve risk faktörleri alt boyutları ise 30 yaş üstü kanser hastalarında 18-30 yaş arası kanser hastalarına göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Hastalık tipi, bağışıklık, kaza-şans ve hastalık nedenleri alt boyutlarında ise her iki yaş grubu içinde herhangi bir farklılaşma bulunamamıştır.

18-30 yaş arası kanser hastalarının süre (akut) alt boyutu, 30 yaş üstü kanser hastalarına göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Belirtilen ölçeğin süre (akut/kronik/döngüsel) alt boyutu bireyin, hastalığının süresiyle ilişkili algılarını ifade etmektedir. Başka bir ifadeyle süre (akut/kronik) alt boyutundan elde edilen yüksek puanlar, hastaların tanı aldıkları kanser hastalığının kronik ve süreğen bir hastalık olarak düşündüklerini göstermektedir. Güloğlu'nun (2021), araştırmasından elde edilen bulgular, çalışmamızla paralel olarak süre alt boyutunun, erken yaşta tanı alan kanser hastalarında, ileri yaşta tanı alan hastalarına oranla anlamlı bir şekilde farklılaştığını ve belirtilen alt boyutun erken yaş kanser hastalarında anlamlı olarak yüksek bulunduğunu göstermektedir (Güloğlu, 2021, s. 54). Bu noktada Kayış'ın (2009) gerçekleştirdiği

araştırmada ise ileri yaştaki kanser hastalarının, süre (akut) değerlerinin anlamlı olarak yüksek bulunduğu belirtilmiştir (Kayış, 2009, s. 51).

Araştırmamızda ise 18-30 yaş arası onkoloji hastalarının süre (akut) değerinin, 30 yaş üstü onkoloji hastalarına göre anlamlı bir şekilde yüksek olmasının nedeni 18-30 yaş arası kanser hastalarının içerisinde buldukları yaş aralığının özelliklerinden kaynaklı olarak yaşadıkları yoğun psikolojik yıkımın etkisiyle tanı aldıkları kanser hastalığında kullanılan tedavi yöntemlerinden etkin bir şekilde cevap alınamayacağına, hastalığın nüks etme ihtimalinin oldukça yüksek olduğuna ve dolayısıyla hastalığın süreğen olarak devam edeceğine yönelik olan inançları ve algılarının olabileceği düşünölmektedir. 30 yaş ve üstü kanser hastalarının ise süre (akut) değerinin, 18-30 yaş arası kanser hastalarına oranla anlamsız çıkması, 30 yaş ve üstü kanser hastalarının, 18-30 yaş arası kanser hastalarına oranla buldukları yaş aralığına bağlı olarak çoğunlukla aile birliğini kurmaları sebebiyle sosyal destek anlamında daha fazla destek mekanizmalarına sahip olmaları ve bu anlamda yaşamlarına daha bağlı olmaları şeklinde nedenler sıralanabilmektedir.

18-30 yaş arası onkoloji hastalarının, sonuçlar alt boyutu, 30 yaş üstü onkoloji hastalarına oranla anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. İlgili ölçeğin sonuçlar alt boyutu, tanı alan hastanın, hastalığının şiddetine, psikolojik, fiziksel ve sosyal işlevselliğine yönelik olası etkilerine ilişkin inançlarını ve algılarını ifade etmektedir. Bu doğrultuda araştırmamızın konusuyla ilişkili bir araştırma gerçekleştiren ırpan Kantarcıoğlu ve ark. (2019), genç yaşta kanser tanısı alan bireylerin, hastalık algısı ölçeğinin sonuçlar alt boyutundan anlamlı bir şekilde yüksek puan aldıklarını belirtmişlerdir (ırpan Kantarcıoğlu vd., 2019, s. 84). Segal ve ark. (2021), ileri yaş evresindeki kanser hastalarına ilişkin gerçekleştirmiş olduğu çalışmada ise sonuçlar alt boyutunun bu yaş aralığı hastalarda yüksek bulunmadığını ve bir farklılaşma olmadığı saptanmıştır (Segal vd., 2021, s. 29). Dönmez 'in (2016), 40 yaş ve üzeri kanser hastalarına yoğunlaştığı araştırmasında ise bizim araştırmamızın aksine sonuçlar alt boyutunun anlamlı derecede yüksek bulunduğu belirtilmiştir (Dönmez, 2016, s. 89-90).

Araştırmamızda ise 18-30 yaş arası onkoloji hastalarının sonuçlar alt boyutunun, 30 yaş ve üzeri onkoloji hastalarının sonuçlar alt boyutuna göre anlamlı olarak yüksek bulunması, 18-30 yaş arası kanser hastalarının, 30 yaş ve üzeri kanser hastalarına göre içerisinde buldukları yaş aralığının getirmiş olduğu daha yoğun sorumlulukları,

hastalık ve tedavi sürecinin oluşturduğu fiziksel anlamdaki problemlerden kaynaklı olarak yerine getirememesi durumuyla, bulunduğu yaş aralığı sebebiyle ekonomik özgürlüğe henüz kavuşamayan hastaların, hastalık sürecinden dolayı ailesi ve yakın çevresine maddi anlamda zorluk oluşturduğu düşüncesi ve bu durumun psikolojik anlamda hastaya oluşturduğu etkilerle ve gene bu yaş aralığındaki kanser hastalarının kendi akran çevresinin yanlış bir inanışla hasta bireye yönelik olan davranış biçimlerinin olumsuz anlamda değişmesiyle ve bu durumun sonucunda sosyal anlamda hasta bireyin yaşadığı problemlerle açıklanabilmektedir.

30 yaş ve üstü kanser tanısı alan onkoloji hastalarının kişisel kontrol alt boyutu, 18-30 yaş arası onkoloji hastalarına göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Ölçeğin kişisel kontrol alt boyutu, hastanın, kanser hastalığının seyri, süresi ve tedavi aşamasına ilişkin iç kontrol algısını ve inançlarını açıklamaktadır. Araştırmamızla eş olarak Kahraman'ın (2020), ileri yaş kanser hastalarına yönelik gerçekleştirdiği araştırmada, ölçeğin kişisel kontrol alt boyutunda anlamlı bir farklılaşma saptanmıştır (Kahraman, 2020, s. 34). Buna karşılık olarak Yılmaz Karabulutlu ve Karaman'ın (2015), erken yaşta kanser tanısı alan bireyleri konu aldığı araştırmasında ise araştırmamızdan elde edilen bulguların tersine erken yaşta tanı alan kanser hastalarının kişisel kontrol alt boyutunun anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (Yılmaz Karabulutlu ve Karaman, 2015, s. 275). Miceli ve ark. (2019), konuyla ilgili gerçekleştirdiği çalışmada da aynı şekilde kişisel kontrol alt boyutunun, ileri yaştaki kanser hastalarında herhangi bir farklılaşma göstermediği tespit edilmiştir (Miceli vd., 2019, s. 1518).

Çalışmamızda ise kişisel kontrol alt boyutunun 30 yaş ve üstü kanser hastalarında anlamlı olarak yüksek çıkması durumu yani daha açıklayıcı bir ifadeyle 30 yaş ve üstü kanser hastalarının hastalık sürecindeki kişisel kontrol edebilme becerisinde 18-30 yaş arası kanser hastalarına göre daha başarılı olmaları çalışmamız kapsamında beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmektedir. Nitekim 30 yaş üstü kanser hastalarının, buldukları yaş aralığı sebebiyle almış oldukları eğitim seviyesinden ve tamamlamış oldukları eğitim düzeyinden kaynaklı olarak hastalığın seyri, süresi ve tedavisi konusunda daha fazla bilgi sahibi olmaları onları bu anlamdaki iç kaygılarını ve inançlarını daha başarılı bir şekilde yönetmelerine olanak sağlamaktadır. Bu doğrultuda Kayış'ın (2009), çalışmada ileri yaş kanser hastalarının, kişisel kontrol alt boyutundan elde ettikleri puanlar ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmalar tespit edilmiş olması ve

hastaların, eğitim-öğretim seviyelerindeki artışla hastalık sürecinin seyri ve tedavisine yönelik iç kontrol algısının da aynı oranda arttığına yönelik bulguları belirtilen ifadeyi doğrulamaktadır (Kayış, 2009, s. 47). Bu duruma ek olarak 30 yaş üstü kanser hastalarının içerisinde buldukları hastalık sürecinde kişisel kontrol edebilme anlamında daha başarılı olmaları, yaş aralığı anlamında belirli bir evreye gelmiş olmaları ve bu durumdan dolayı da 18-30 yaş arası kanser hastalarına göre hastalık ve tedavi sürecini tam anlamıyla anlamış, anlamlandırmış ve kabul etmiş olmalarından kaynaklanabilmektedir.

30 yaş üstü kanser hastalarının tedavi kontrol alt boyutu, 18-30 yaş arası kanser hastalarına göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. İlgili ölçeğin tedavi kontrol alt boyutu, tanı alan hastanın tedavi sürecinin etkinliği hakkındaki algılarını ve inançlarını tanımlamaktadır. Araştırmamızla paralel olarak Scharloo ve ark. (2010), ileri yaş kanser hastalarına yönelik gerçekleştirdikleri çalışmada tedavi kontrol alt boyutunun anlamlı bir şekilde yüksek bulunduğu belirtilmelidir (Scharloo vd., 2010, s. 1141). Küçükkaya ve Erçel'in (2019), araştırmasında ise 30 yaş üstü kanser hastalarının, tedavi kontrol alt boyutunda orta derecede bir farklılaşma olduğunu tespit etmiştir (Küçükkaya ve Erçel, 2019, s. 142). Bunun yanı sıra 30 yaş ve üstü kanser hastalarıyla ilgili bir araştırma gerçekleştiren Tanrikulu (2020), tedavi kontrol alt boyutunda herhangi bir farklılaşma olmadığını belirtmiştir (Tanrikulu, 2020, s. 34-35).

Araştırmamızda ise tedavi kontrol alt boyutunun, 30 yaş ve üstü kanser hastalarında, 18-30 yaş arası kanser hastalarına göre anlamlı olarak yüksek bulunması, 30 yaş ve üstü kanser hastalarının, içerisinde buldukları hastalık sürecine yönelik oluşturulan tedavi planlamalarının, hastalığın seyrini kontrol edebileceğine ilişkin inançlarının olumlu yönde olduğunun göstergesidir. Daha açıklayıcı olarak 30 yaş ve üstü kanser tanısı alan hastalarda, içerisinde buldukları yaş aralığından kaynaklı olarak yaşamlarının belli bir evresine gelmeleri, kişilik oluşumlarını tamamlarına ve de bilişsel farkındalık kazanmalarını olanak sağlamaktadır. Kişilik oluşumlarını tamamlayan ve bilişsel farkındalık kazanan 30 yaş üstü kanser hastalarının ise hastalık ve tedavi sürecine yönelik algı ve inançları, 18-30 yaş arası kanser hastalarına göre daha olumlu olmaktadır.

18-30 yaş arası tanı alan kanser hastalarının hastalığı anlama alt boyutu, 30 yaş ve üstü tanı alan kanser hastalarına göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Belirtilen ölçeğin hastalığı anlama alt boyutu, hastanın içerisinde bulunduğu hastalık sürecini

anlamlandırabilmesi ile açıklanmaktadır. Menekli, Doğan ve Elkıran'ın (2020), ileri yaştaki kanser hastalarının hastalık algısını değerlendiren araştırmasında hastalığı anlama alt boyutunun en düşük değeri aldığı ve herhangi bir farklılaşma olmadığı tespit edilmiştir (Menekli vd., 2020, s. 470). Özdemir'in (2016), ileri yaşta kanser tanısı alan bireylerle gerçekleştirdiği araştırmasında ise gene araştırmamıza paralel olarak hastalığı anlama alt boyutunda herhangi bir farklılaşma hali saptanmamıştır (Özdemir, 2016, s. 18). İlgili alana yönelik gerçekleştirilen literatür araştırması kapsamında elde edilen bu bulgulara ve araştırmamız çerçevesinde değerlendirilen hastalığı anlama alt boyutunun sonuçlarına karşılık olarak ise Yılmaz Karabulutlu ve Karaman'ın (2015), gerçekleştirdiği çalışmada erken yaşta kanser tanısı alan bireylerin hastalığı anlama alt boyutunda herhangi bir farklılaşma bulunmamıştır (Yılmaz Karabulutlu ve Karaman, 2015, s. 275). Dempster ve ark. (2012), kanserli hastalara yönelik gerçekleştirmiş olduğu çalışmanın sonuçlarında da gerçekleştirmiş olduğumuz araştırmamızın hastalık algısı alt boyutu değerlerinin tersine, ileri yaşta kanser hastalarının, hastalığı anlama alt boyutunun puan ortalamasında anlamlı bir yükseklik olduğu belirlenmiştir (Dempster vd., 2012, s. 224).

Araştırmamız da ise hastalığı anlama alt boyutunun, 18-30 yaş arası kanser hastalarında, 30 yaş ve üzeri kanser hastalarına göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunması, 18-30 yaş arası kanser hastalarının, hastalığı anlamlandırma açısından herhangi bir problem yaşamadıklarını göstermektedir. 30 yaş ve üstü kanser hastalarının, hastalığı anlama alt boyutunun anlamsız bulunması ise 18-30 yaş arası kanser hastalarının tersine bu yaş aralığının hastalık sürecini anlamlandırma konusunda problem yaşadığını göstermektedir. Bu durumun temel nedeni 30 yaş ve üstü kanser hastalarının, tanı aldıkları hastalığın oluşum nedenlerini geçmiş yaşantılarından kaynaklandığına yönelik inançlarıdır. Daha açıklayıcı bir ifadeyle 30 yaş ve üstü kanser hastalarının, belli bir yaşam döngüsüne gelmiş olmaları ve bu yaşam döngüsü süresince zararlı alışkanlıklar içerisinde olan alkol ve sigara kullanımları, bozuk yeme alışkanlıkları ve yoğun iş yaşantısından kaynaklı kaygı ve stres bozuklukları yaşamaları, onların, hastalığın oluşum sebeplerini belirtilen bu faktörlere bağlamalarına ve dolayısıyla hastalığı net olarak anlamakta ve kavramakta problem yaşamalarına neden olmaktadır.

18-30 yaş kanser hastalarının süre (döngüsel) alt boyutu, 30 yaş ve üzeri kanser hastalarına göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Süre alt boyutu ve alt ölçekleri(akut/kronik/döngüsel), süre (akut/kronik) alt boyutunun değerlendirilmesinde

de belirtildiği üzere bireyin, hastalığının süresine yönelik inançlarını temsil etmektedir. Bu anlamda süre (döngüsel) alt boyutu ise hastaların, hastalık sürecinin geneliyle ilgili olarak hastalıklarının semptomlarının günden güne değişiklik gösterdiği, bu belirtilerin bazen yoğun olarak kendini gösterdiği bazense hiçbir belirtinin olmadığı, hastalık sürecinin daha iyi ya da daha kötü evrelerinin olduğu ve hastalığın öncesinden bilinemeyeceğine yani başka bir ifadeyle döngüsel olduğunu düşünmeleri olarak tanımlanmaktadır (Dönmez, 2016, s. 97). Araştırmamız kapsamında ilgili alt boyuttan elde edilen bulgunun önceki çalışmalarla tutarlı olduğu gerçekleştirilen literatür taramasında görülmektedir. Nitekim Kahraman'ın (2020), ileri yaş kanser hastaları hakkında gerçekleştirdiği araştırmasında çalışmamızla paralel olarak süre (döngüsel) alt boyutunda bir farklılaşma olmadığı saptanmıştır (Kahraman, 2020, s. 34). Scharloo ve ark. (2010), çalışmasında ise ileri yaş onkoloji hastalarının, süre (döngüsel) alt boyutunda herhangi bir farklılaşma bulunamamıştır (Scharloo vd., 2010, s. 1140). Karaca'nın (2018), gerçekleştirdiği çalışmada ise çalışmamızın tersine erken yaş kanser hastalarının, süre (döngüsel) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Karaca, 2018, s. 45).

Çalışmamızda 18-30 yaş arası tanı alan kanser hastalarının, süre (döngüsel) alt boyutundan 30 yaş ve üzeri tanı alan kanser hastalarına göre anlamlı bir şekilde yüksek almaları, 18-30 yaş arası kanser hastalarının, hastalığın genel seyrini ve semptomlarını tam olarak kavrayamadıklarını göstermektedir. 18-30 yaş arası kanser hastalarının, hastalığın öncesinde bilinemeyeceğine yönelik düşünceleri, semptomların her gün farklılık göstermesi durumu ve bazen bu semptomların yoğun olarak yaşandığını bazense hiç yaşanmadığını belirtmeleri, gene olaraksa hastalık sürecinin bazı zamanlarda daha iyi bazı zamanlarda ise daha kötü olmasına yönelik ifadeleri, hastaların yaş aralıklarının özellikleri de gözetildiğinde hastalık sürecinden kaynaklı olarak birtakım bozuklukların olduğu psikolojik durumları ile açıklanabilmektedir. Nitekim hastaların bu süreçten dolayı psikolojik anlamda yaşadığı problemler onların ruh sağlıklarında da değişimlere ve farklılaşmalara neden olmaktadır. Bu durum sonucunda ise ruh sağlıklarında değişimler ve farklılaşmalar yaşayan genç kanser hastaları, hastalığın genel seyrinde ve semptomlarında da aynı şekilde farklılaşmalar ve değişimler yaşamakta ve bazı zamanlar hastalık semptomlarını hiç yaşamayıp genel durumları daha iyi olurken bazı zamanlarda

ise oldukça yoğun bir şekilde bu semptomları yaşamakta ve genel durumları da daha kötü olmaktadır.

18-30 yaş arası kanser hastalarının duygusal temsiller alt boyutu, 30 yaş ve üzeri kanser hastalarına oranla anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Duygusal temsiller alt boyutu, tanı alan hastaların, hastalık sürecine yönelik duygusal anlamda hissettiklerini açıklamaktadır. Bu anlamda duygusal temsiller alt boyutundan 18-30 yaş arası kanser hastalarının anlamlı olarak yüksek olması araştırmamız kapsamında beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmektedir. Araştırmamızla paralel olarak Çırpan Kantarcıoğlu ve ark. (2019) araştırmasında da erken yaştaki kanser hastalarının duygusal temsiller alt boyutunun istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu ve yüksek puan aldığı belirtilmiştir (Çırpan Kantarcıoğlu vd., 2019, s. 84). Çalışmamızla eş olarak yakın değerleri bulan Miceli ve ark. (2019) çalışmasında ise ileri yaşta kanser tanısı olan hastaların, duygusal temsiller alt boyutunda anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır (Miceli vd., 2019, s. 1518). Crumpei-Tanasă ve Crumpei'nin (2021), araştırmasında ise araştırmamızın tersine ileri yaş kanser hastalarının, duygusal temsiller alt boyutu anlamlı bir şekilde yüksek olarak saptanmıştır (Crumpei-Tanasă ve Crumpei, 2021, s. 3161).

Araştırmamız çerçevesinde elde edilen bulgular içerisinde 18-30 yaş arası kanser hastalarının duygusal temsiller alt boyutunda, 30 yaş ve üstü kanser hastalarına göre daha fazla reaksiyon göstermesi, 18-30 yaş arası hastaların, hastalık sürecini 30 yaş ve üzeri kanser hastalarına göre psikolojik anlamda ve dolayısıyla duygusal anlamda oldukça ciddi bir şekilde geçirdiklerini göstermektedir. Bu durumun nedeni olaraksa erken yaşta tanı alan kanser hastalarının, sahip oldukları yaş aralığının henüz yaşam sürecinin başı olmasından ve daha pek çok olguyu tamamlayamamış olmalarından kaynaklı olarak hastalık ve devamındaki süreçte psikolojik ve duygusal anlamda ciddi zorluklar yaşamaları durumu olarak belirtilmelidir. Hastalık süreci boyunca psikolojik ve beraberinde duygusal anlamda belli zorluklar ve güçlükler yaşayan erken yaş kanser hastalarının ise bu sürece yönelik duygu ve hissiyatlarının olumsuz (üzgün, çökkün, endişeli, kaygılı ve öfkeli) olması beklenen bir sonuç olmaktadır.

18-30 yaş arası tanı alan onkoloji hastalarının, hastalık algısı ölçeğinin genel alt boyutları içerisinde olan hastalık hakkındaki görüşler alt boyutu, 30 yaş ve üstü tanı alan onkoloji hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Hastalık

hakkındaki görüşler alt boyutu, ilgili ölçeğin genel alt boyutları içerisindeki ikinci alt boyut olarak tanımlanmaktadır. Kayış'ın (2009), gerçekleştirdiği çalışmada ise ileri yaştaki onkoloji hastalarının, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir (Kayış, 2009, s. 35). Güloğlu'nun (2021) çalışmasında ise çalışmamızdan elde edilen bulguların tersine erken yaş kanser hastalarının, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutu toplam puanının, istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı saptanmıştır (Güloğlu, 2021, s. 27). Alamiş'in (2017) çalışmasında da ileri yaş kanser hastalarının, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun toplam puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Alamiş, 2017, s. 20).

Araştırmamızda 18-30 yaş arası kanser hastalarının, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutundan, 30 yaş ve üzeri kanser hastalarına oranla anlamlı bir şekilde yüksek almaları, 18-30 yaş arası kanser hastalarının, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun kendi içerisindeki süre (akut/kronik), sonuçlar, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller alt boyutlarından da 30 yaş ve üzeri kanser hastalarına oranla anlamlı olarak yüksek puan almalarından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Daha açıklayıcı bir ifadeyle hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun kendi içerisindeki alt boyutlarının puan ortalamalarına göre değerlendirilmesi, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun kendi içerisindeki alt boyutlarının genelinden anlamlı olarak yüksek puan alan 18-30 yaş arası kanser hastalarının, bu alt boyuttan da yüksek puan almalarına olanak sağlamıştır.

18-30 yaş arası tanımlı kanser hastalarının psikolojik atıflar alt boyutu, 30 yaş ve üstü tanı alan kanser hastalarına göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Ölçeği ana alt boyutlarından olan hastalığın nedenleri alt boyutu içerisinde bulunan bu alt boyut, hastaların, hastalık sürecinin olası nedenlerini; stres ve endişeli ruh hali, kişisel tutum, kişilik ve karakteristik özellikler, duygusal durum, aşırı çalışma ve aile içi problemler gibi farklı faktörlere bağlama düzeyini ifade etmektedir (Yorulmaz vd., 2013, s. 372). Bu anlamda psikolojik atıflar alt boyutundan 18-30 yaş arası kanser hastalarının anlamlı olarak yüksek olması, insan ruh sağlığıyla ilişkili olan araştırmamız çerçevesinde beklenen bir sonuç olarak görülmektedir. Araştırmamızın konusuyla benzer bir araştırma gerçekleştiren Scharloo ve ark. (2010) ise çalışmalarında ileri yaş kanser hastalarının, psikolojik atıflar alt boyutunda araştırmamızla paralel olarak herhangi bir farklılaşma saptamamışlardır (Scharloo vd., 2010, s. 1140). Liman'ın (2011), erken yaşta tanı alan kanser hastalarıyla gerçekleştirdiği çalışmasında ise psikolojik atıflar alt boyutu anlamlı

bir şekilde yüksek bulunmuştur (Liman, 2011, s. 25). Dönmez'in (2016), kanser hastalarına yönelik gerçekleştirdiği çalışmasında da yaş azaldıkça, hastaların, rahatsızlıklarının olası nedenlerini, psikolojik atıflar içerisinde olan stres ve endişeli ruh hali, kişinin kendi davranış ve tutumları, duygusal durumu, kişilik özellikleri, vücut direncinin azalması ve aile içi problemler gibi etkenlere bağladığı belirlenmiştir (Dönmez, 2016, s. 101). Araştırmamız bulguları tersine Özdemir'in (2016), ileri yaşta kanser tanısı olan hastalarla yaptığı çalışmasında ise psikolojik atıflar alt boyutu istatistiksel anlamda yüksek bulunmuştur (Özdemir, 2016, s. 18). Zhang ve ark. (2016), araştırmalarında da ileri yaş kanser hastalarının psikolojik atıflar alt boyutundan anlamlı olarak yüksek puan değeri aldıkları belirlenmiştir (Zhang vd., 2016, s. 1295).

Araştırmamızda 18-30 yaş arası tanıli kanser hastalarının psikolojik atıflar alt boyutundan, 30 yaş ve üstü tanıli kanser hastalarına oranla anlamlı bir şekilde yüksek değer almaları, 18-30 yaş arası kanser hastalarının hastalık sürecine psikolojik olarak daha yoğun atıf yapmakta olduğunu göstermektedir. Bu durum 18-30 yaş arası hastaların, hastalıklarının olası nedenleri olarak psikolojik anlamdaki faktörlerin etkin olduğunu düşündüklerini göstermektedir. İlgili yaş aralığı hastalarının bu şekilde düşünme sebepleri ise daha öncede çalışma içerisinde belirtildiği üzere hastalık ve tedavi sürecini, buldukları yaş aralığı sebebiyle psikolojik anlamda oldukça ciddi bir süreç olarak geçirmeleri ve bu durumdan dolayı da bir suçluluk psikolojisine ve suçluluk duygusuna kapılarak hastalığın nedenleri olarak en çok kendi kişiliklerini suçlamaları durumu olarak belirtilebilmektedir. Daha açıklayıcı bir ifadeyle 18-30 yaş arası hastaların psikolojik atıflarından yüksek puan alması durumu, onların, hastalığın olası nedenleri olarak kendi davranış ve tutumları, kişilik özellikleri, duygusal durumları ve aile problemleri gibi değişkenleri odak noktası olarak gördüklerini ve dolayısıyla yoğun bir suçluluk duygusu ve psikolojisi içerisinde olduklarını ifade etmektedir.

30 yaş ve üstü onkoloji hastalarının risk faktörleri alt boyutu, 18-30 yaş arası onkoloji hastalarına göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Ölçeğin temel alt boyutları içerisinde olan hastalığın nedenleri alt boyutu kapsamında bulunan risk faktörleri alt boyutu, tanı alan hastaların, hastalık sürecinin olası sebeplerini; kalıtsal ihtimali, yanlış beslenme düzeni, geçmiş yaşantıdaki kötü tıbbi bakım durumu, kendi davranış biçimleri ve kötü alışkanlıklar (sigara-alkol) kullanımı gibi farklı faktörlere bağlama düzeyini ifade etmektedir (Yorulmaz vd., 2013, s. 372). 30 yaş ve üzeri onkoloji hastalarının, 18-30 yaş

arası onkoloji hastalarına göre risk faktörleri alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek puan almaları çalışmamız kapsamında beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmektedir. Bu anlamda araştırmamızla paralel olarak Menekli, Doğan ve Elkıran'ın (2020), çalışmasında ileri yaş kanser hastalarının, risk faktörleri alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir yükseklik tespit edilmiştir (Menekli vd., 2020, s. 470). Tanırkulu'nun (2020) araştırmasında da ileri yaş kanser hastaları, hastalığın olası nedenleri olarak risk faktörleri alt boyutu içerisindeki maddelerden; yanlış beslenme düzeni ve kalıtsal/genetik faktörlerden anlamlı bir şekilde yüksek puan almışlardır (Tanırkulu, 2020, s. 35). Zhang ve ark. (2016), araştırmasında ise araştırmamızın tersine ileri yaş kanser hastalarının risk faktörleri alt boyutunda herhangi bir farklılaşma saptanmamıştır (Zhang vd., 2016, s. 1295). Yılmaz Karabulutlu ve Karaman'ın (2015), yaptıkları çalışmada da erken yaş tanılı hastaların risk faktörleri alt boyutundan anlamlı bir şekilde yüksek aldıkları belirlenmiştir (Yılmaz Karabulutlu ve Karaman, 2015, s. 284).

Araştırmamızda 30 yaş ve üstü tanılı kanser hastalarının risk faktörleri alt boyutundan, 18-30 yaş arası tanılı kanser hastalarına oranla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek değer almaları, 30 yaş üstü kanser hastalarının, hastalıklarının olası nedenleri olarak risk faktörlerinin diğer faktörlere göre daha etkin olduğunu düşündüklerini ifade etmektedir. Bu durum ise 30 yaş ve üstü kanser hastalarının, yaş aralıkları sebebiyle yaşam süreçlerinin belli bir aşamaya gelmiş olması ve önceki yaşantılarında gerçekleştirdikleri birtakım yanlış davranış şekillerinden, örneğin risk faktörleri içerisinde bulunan maddelerden olan yanlış beslenme düzeni, alkol ve sigara kullanımı, önceden geçirilen kötü tıbbi bakım öyküsü gibi faktörlerden dolayı pişmanlık duygusuna kapılmaları ve pişmanlık duygusunun beraberinde oluşan pişmanlık psikolojisi ile içerisinde buldukları hastalık sürecinin nedenleri olarak bu faktörlerin etkin olduğunu düşündüklerini göstermektedir.

Araştırma kapsamında her iki yaş grubu içinde, çalışma kapsamında kullanılan Hastalık Algısı Ölçeği çerçevesinde hastalık algı düzeyini ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği çerçevesinde ise başa çıkma tutumları düzeyini etkileyen faktörlerin belirlenebilmesi adına regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir.

Belirtilen regresyon analizlerinin değerlendirilmesi sonucunda 18-30 yaş arası kanser hastalarının başa çıkma tutumlarını etkileyen faktörler; medeni durum, psikolojik-psikiyatrik tedavi, kişisel kontrol becerisi, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller değişkenleri olarak belirlenmiştir. Belirtilen bu değişkenlerin ise toplam varyasyonun açıklama oranı %40.45 olarak saptanmıştır. Analizin toplam varyasyonu açıklamada en fazla öneme sahip değişkeni ise %24.32 oranıyla kişisel kontrol alt boyutu olarak tespit edilmiştir.

Araştırmamız çerçevesinde elde edilen bulgulara göre 18-30 yaş arası kanser hastalarının, başa çıkma tutumlarını etkileyen en önemli faktör kişisel kontrol edebilme becerisi alt boyutudur. Araştırmamız çerçevesinde belirtilen bu bulguya yönelik gerçekleştirilen literatür taramasında, çalışmamızdan elde edilen bulguyla paralel olan herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu durumun nedeni olarak genç ve yetişkin kanser hastalarının hastalık algısı ve başa çıkma tutumlarını değerlendirme konusuna ilişkin gerçekleştirilen araştırmaların sayıca yetersiz olması durumu olduğu düşünülmektedir. Araştırmamızla paralel olan çalışmalar bulunamamış olsa dahi gerçekleştirilen alan yazın taramasında bazı benzer çalışmalar tespit edilmiştir. Araştırmamızla benzer olarak bulunan çalışmalar içerisinde ise Tuncay'ın (2014), çalışmasında genç kanser hastalarının ruhsal iyi oluş ve psikolojik puan değerlerinin düşük bulunduğu ve psikolojik ve ruhsal durumlarının hastalık süreci nedeniyle olumsuz anlamda etkilenmiş olduğu tespit edilmiştir. Bu anlamda genç hastaların hastalıkla başa çıkma stratejilerini etkileyen en önemli olan ve başa çıkma stratejileri içerisinde olarak en yüksek değeri alan değişkenin hastaların ruhsal iyi oluşlarıyla ve psikolojik durumlarıyla ilgili duygusal destek değişkeni olduğu saptanmıştır (Tuncay, 2014, s. 4005). Hernandez ve ark. (2019) bizim çalışmamızla paralel olarak genç yaşta tanı almış kanser hastalarının ve ileri yaşta tanı almış kanser hastalarının başa çıkma stratejilerinin karşılaştırıldığı bir araştırma gerçekleştirmişlerdir. Araştırmaya göre genç yaş hastaların başa çıkma stratejilerini etkileyen en önemli değişken sosyal destek faktörü olarak belirlenmiştir. Ek olarak araştırma kapsamında erken yaş hastaların, hastalık süreci boyunca ileri yaş hastalara göre psikolojik anlamda oldukça sıkıntılı bir süreç geçirdikleri belirtilmiştir (Hernández vd., 2019, s. 426). Pennant ve ark. (2019), çalışmasında da genç yaş kanser hastalarının, hastalıkla başa çıkma tutumlarını etkileyen en önemli faktörün sosyal destek faktörü olduğu saptanmıştır (Pennant vd., 2019, s. 7). Thom ve Benedict'in (2019), erken yaş

kanser hastalarına yönelik gerçekleştirdiği araştırmalarında ise hastalık süreciyle başa çıkabilme tutumlarını etkileyen en önemli değişkeni maddi-finansal durum faktörü olarak tespit etmişlerdir (Thom ve Benedict, 2019, s. 240).

Araştırmamızda ise 18-30 yaş arası kanser hastalarının, hastalıkla başa çıkma tutumlarını etkileyen en önemli faktörün kişisel kontrol etme yetisi olması durumu, çalışmamız kapsamında 18-30 yaş arası kanser hastalarının, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin genel toplam puan değerlendirmesinden düşük puan aralığına sahip olması ve Hastalık Algısı Ölçeğinin alt boyutlarından olan kişisel kontrol alt boyutundan da aynı şekilde düşük puan aralığına sahip olmasından dolayı beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmektedir. Araştırma bulguları doğrultusunda 18-30 yaş arası kanser hastalarının hastalıkla baş edebilme tutumlarını etkileyen kişisel kontrol alt boyutu, hastaların, hastalık ve tedavi sürecine yönelik iç kontrol algılarını ve inançlarını temsil etmesinden dolayı hastaların psikolojik durumlarıyla yakından ilgili olmaktadır. Bu anlamda erken yaş tanı alan kanser hastalarının psikolojik durumlarındaki olumsuz değişimler, elde edilen bu bulguyla ilişkili olarak ayrıca önem taşımaktadır. Bu doğrultuda erken yaş hastalarının, buldukları yaş aralığının da etkisiyle hastalık ve tedavi süreci boyunca psikolojik ve ruhsal durumlarındaki ciddi değişimler, onların hastalıkla ve beraberindeki süreçle ilişkili kişisel kontrol becerilerini de olumsuz anlamda etkilemektedir. Hastalık ve tedavi sürecine yönelik kişisel kontrol becerisinde zayıf kalan genç hastaların, hastalıkla baş edebilme tutumlarında da aynı şekilde zayıf kalmaktadır. Bu durum ise psikolojik ve ruhsal olarak problemlili bir süreç içerisinde olan erken yaş kanser hastalarının, psikolojik durumlarından dolayı kişisel kontrollerine yönelik becerilerinin ve yetilerinin zayıf olması durumu, onların bu anlamdaki iç kaygılarını yönetememelerine ve dolayısıyla hastalık süreciyle başa edebilme anlamında da problemler yaşamalarına neden olmasıyla açıklanabilmektedir.

Regresyon analizlerinin değerlendirilmesi sonucunda 30 yaş ve üzeri kanser hastalarının başa çıkma tutumlarını etkileyen faktörler; kişisel kontrol becerisi, duygusal temsiller ve bağışıklık değişkenleri olarak belirlenmiştir. Belirtilen bu değişkenlerin ise toplam varyasyonun açıklama oranı %30.35 olarak saptanmıştır. Analizin toplam varyasyonu açıklamada en fazla öneme sahip değişkeni ise % 15.41 oranıyla bağışıklık alt boyutu olarak tespit edilmiştir. Elde edilen bu bulgu sonucunda araştırmamızla paralel bulunan çalışmalara bakıldığında Macia ve arkadaşlarının 2020 yılında kanser hastalarına yönelik

gerçekleştirdikleri çalışma başta gelmektedir. Bu durumun nedeni Macia ve ark. (2020), ileri yaş kanser hastalarının, başa çıkma tutumlarını etkileyen en önemli değişkenin fiziksel dayanıklılık faktörü olarak tespit etmiş olmalarıdır (Macía vd., 2020, s. 11). Nitekim Hastalık Algısı Ölçeğinin alt boyutlarından hastalığın olası nedenleri alt boyutu içerisinde bulunan bağışıklık alt boyutunu tanımlayan maddelerde, vücut direncinin azalması yani başka bir ifadeyle vücut dayanıklılığının azalması maddesi bulunmaktadır. Bu noktada çalışmamız bulguları sonucunda 30 yaş üstü kanser hastalarının hastalıkla başa çıkma tutumlarını etkileyen bağışıklık alt boyutunu açıklayan maddelerden vücut direnci maddesi, Macia ve arkadaşlarının gerçekleştirdikleri çalışmada elde ettikleri bulgulardan olan ileri yaş kanser hastalarının başa çıkma stratejilerini etkileyen en önemli faktörün fiziksel dayanıklılık faktörü olarak tespit etmeleriyle örtüşmektedir. Belirtilen bu sonuç ise Macia ve arkadaşlarının araştırmalarından elde edilen sonuçla bizim araştırmamızdan elde edilen sonucun bu anlamda paralel olduğu göstermektedir. Araştırmamız bulgusuyla benzer olan diğer çalışmalarda ise Mehrabi ve arkadaşlarının araştırması karşımıza çıkmaktadır. Mehrabi ve ark. (2015), ileri yaş kanser hastalarına yönelik gerçekleştirdikleri çalışmalarında başa çıkma tutumları ile tanı alan hastaların, psikolojik uyum durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Bu noktada hastaların tanı aldıkları ilk evrede en temel başa çıkma tutumlarını sosyal destek faktörü olarak tespit edilmiştir (Mehrabi vd., 2015, s. 1580). Bu anlamda ileri yaş tanı kanser hastalarla çalışma gerçekleştiren David ve ark. (2006), çalışmasında da hastaların, hastalıkla başa çıkma tutumlarını etkileyen faktörlerin başında psikolojik durum değişkeninin geldiği belirlenmiştir (David vd., 2006, s. 207). Khalili ve ark. (2013), ileri yaş kanser hastalarına yönelik çalışmasında ise problem odaklı başa çıkma stratejileri din, kabullenme ve planlama faktörleri olarak belirlenirken duygu odaklı başa çıkma stratejileri ise kendini oyalama, dikkat dağıtma, dışa vurma, inkâr ve kaçınma faktörleri olduğu belirlenmiştir (Khalili vd., 2013, s. 108). Son olarak Hernandez ve ark. (2019) çalışmasında ileri yaş hastalarının ise başa çıkma stratejilerini etkileyen en önemli değişken umut ve teslimiyet duygusu olarak saptanmıştır (Hernández vd., 2019, s. 426). Araştırmamızda ise 30 yaş ve üzeri kanser hastalarının, hastalık süreciyle başa çıkma tutumlarını etkileyen en önemli faktör Hastalık Algısı Ölçeğinin temel alt boyutlarından olan hastalığın olası nedenleri alt boyutunun kendi içerisindeki bağışıklık alt boyutu yani bağışıklık faktörü olarak tespit edilmiştir. 30 yaş ve üzeri kanser hastalarının, hastalıkla

başa edebilme tutumlarını etkileyen en önemli faktör olan bağışıklık alt boyutu, hastaların, hastalıklarının olası nedenleri olarak çevre kirliliği, bir mikrop ya da virüs ve vücut direncinin azalması şeklindeki değişkenlerin etkin olduğunu düşünmelerini ifade etmektedir. Bu anlamda bakıldığında 30 yaş ve üstü kanser hastalarının, hastalık süreçlerinin olası nedenlerini belirtilen değişkenlere bağlamaları onların baş edebilme tutumlarını da ciddi derecede etkilemektedir. Daha açıklayıcı bir ifadeyle ilgili yaş aralığındaki hastaların, hastalık sürecinin nedenleri olarak çevreden ya da dışarıdan gelen sebepleri diğer sebeplere göre daha etkin bulmaları, onların psikolojik olarak çevrelerindeki çoğu duruma karşı aşırı endişeli ve kaygılı olmalarına, bir mikrop ya da virüs kapma endişesi kendilerini izole etmelerine ve sosyal desteklerinden mahrum kalma gibi durumlar yaşamalarına ve dolayısıyla psikolojik olarak yıpranmalarına ve devamında hastalıkla baş edebilme becerilerinin de olumsuz anlamda etkilenmesine neden olmaktadır.

Bir diğer regresyon analizlerinin değerlendirilmesi sonucunda 18-30 yaş arası tanı alan kanser hastalarının hastalık hakkındaki görüşlerini etkileyen faktörler; yaklaşım ve kendine ceza değişkenleri olarak belirlenmiştir. Belirtilen bu değişkenlerin ise toplam varyasyonun açıklama oranı %38.33 olarak saptanmıştır. Analizin toplam varyasyonu açıklamada en fazla öneme sahip değişkeni ise %31.67 oranıyla kendine ceza alt boyutu olarak tespit edilmiştir. Belirtilen bu araştırma bulgusuna paralel bulgulara rastlayan araştırmalara baktığımızda Liman'ın 2011 yılında erken yaş tanılı kanser hastaları hakkında gerçekleştirdiği çalışma karşımıza çıkmaktadır. Liman (2011), araştırmasında erken yaş kanser hastalarının, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun bir duygu durum bozukluğu olan depresyon hali ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olduğunu ve hastaların, hastalık hakkındaki görüşlerini etkileyen faktörler içerisinde depresyon faktörünün etkili olduğunu saptamıştır (Liman, 2011, s. 31). Çalışmamız kapsamında hastaların, hastalık hakkındaki görüşlerini etkileyen en önemli faktör olarak değerlendirilen kendine ceza faktörünün temel olarak hastaların kendilerini suçlamalarını ve kendilerine yönelik olumsuz düşüncelerde bulunmalarını ifade etmesi hastaların psikolojik durumlarıyla yakından ilişkidir. Liman'ın çalışmasında ise hastaların hastalık hakkındaki görüşlerini etkileyen faktörlerden depresyon faktörünün etkin olarak bulunması, depresyon halinin bir psikolojik bozukluk olmasından dolayı çalışmamız verileriyle bu anlamda örtüşüğünü göstermektedir. Çalışmamızla paralel olan bir diğer

araştırma ise Karaca'nın 2018 yılında farklı yaş aralığındaki kanser hastalarına yönelik gerçekleştirdiği çalışmasıdır. Karaca (2018), çalışması kapsamında erken yaş tanıli hastaların, hastalık algısını ve devamında hastalık hakkındaki görüşlerini etkileyen en önemli değişkeni yaş değişkeni olarak tespit etmiştir. Bu anlamda Karaca'nın (2018) çalışmasında yaş değişkeni ile hastalık hakkındaki görüşler alt boyutu arasında anlamlı farklılaşmalar saptanmıştır (Karaca, 2018, s. 67). Güloğlu'nun (2021), araştırmasında ise erken yaş kanser hastalarının, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunu etkileyen en önemli değişkenler tanı anında ağrı varlığı ve metastaz öyküsü faktörleri olarak belirlenmiştir (Güloğlu, 2021, s. 25-29). Zhang ve ark. (2016), araştırmasında ise araştırma bulgularımızın tersine ileri yaş kanser hastalarının fiziksel semptomlarına yönelik problemleri, hastalık hakkındaki görüşlerini etkileyen temel faktörlerden olarak belirlenmiştir (Zhang vd., 2016, s. 1295).

Araştırmamızda ise 18-30 yaş arası kanser hastalarının, hastalık hakkındaki görüşlerini etkileyen en önemli faktör Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin alt boyutlarından olan kendine ceza faktörü olarak tespit edilmiştir. 18-30 yaş arası kanser hastalarının, hastalık hakkındaki görüşlerini etkileyen en önemli faktör olarak belirlenen kendine ceza ya da kendini cezalandırma alt boyutu, hastanın kendi öznel iyi oluşuna gene kendisinin zarar vermesi durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu alt boyutta temel olarak bireyin kendini suçlama hali ve kendine yönelik olumsuz düşüncelerinin baskın olması görülmektedir (Zümbül ve Kağnıcı, 2022). Bu doğrultuda 18-30 yaş arası kanser hastalarının, tanı aldıkları hastalıkları hakkındaki görüşlerini etkileyen en önemli faktörün kendine ceza alt boyutu olarak belirlenmesi hastaların, hastalık ve sürecine yönelik yoğun bir şekilde kendilerini suçladıklarını, kendi öznel iyi oluşlarını olumsuz anlamda etkilediklerini ve kendilerine yönelik olumsuz düşüncelerin diğer duygulara göre daha baskın olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda hastaların bu şekildeki düşüncelerinin baskın olması onların psikolojik durumlarını da olumsuz anlamda etkileyerek hastalık hakkındaki görüşlerinin de olumsuz anlamda etkilenmesine neden olmaktadır.

Belirlenen regresyon analizlerinin değerlendirilmesi sonucunda 30 yaş ve üstü kanser hastalarının hastalık hakkındaki görüşlerini etkileyen faktörler; gelir düzeyi, psikolojik-psikiyatrik tedavi, hastalığın evresi, metastaz öyküsü ve kendine ceza değişkenleri olarak belirlenmiştir. Belirtilen bu değişkenlerin ise toplam varyasyonun açıklama oranı %46.94 olarak saptanmıştır. Analizin toplam varyasyonu açıklamada en fazla öneme sahip

değişkeni ise %17.43 oranıyla psikolojik-psikiyatrik tedavi değişkeni olarak tespit edilmiştir. Araştırmamız bulgularıyla doğrudan paralel olarak Küçükkaya ve Erçel'in araştırma verileri karşımıza çıkmaktadır. Küçükkaya ve Erçel'in (2019), ileri yaş kanser hastalarına yönelik gerçekleştirdikleri araştırmalarında hastaların, hastalık hakkındaki görüşleri ile onların psikolojik durumları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu ve iki değişkenin birbirlerini etkiledikleri tespit edilmiştir. Başka bir ifadeyle Küçükkaya ve Erçel'in (2019), araştırmasında, hastalarda, hastalık ve tedavi sürecinin sonucunun olumsuz olacağına, tedavi yöntemlerinin başarısız kalacağına, hastalığın semptomlarının giderek daha da artacağına yönelik hastalık hakkındaki olumsuz düşüncelerinin yoğun olarak görüldüğü ve bu düşüncelerin hastaların emosyonel ve psikolojik durumlarını olumsuz yönde etkilediği ve bununla birlikte hastaların öz bakım gücünün de negatif anlamda etkilendiği belirtilmiştir (Küçükkaya ve Erçel, 2019, s. 143). Bu anlamda bakıldığında Küçükkaya ve Erçel'in çalışmasına göre hastaların, hastalık hakkındaki görüşlerinin olumsuz olması durumu aynı zamanda onların psikolojik sağlıklarını da negatif anlamda etkilemektedir. Bizim araştırmamızda ise ileri yaş kanser hastalarının, hastalık hakkındaki görüşlerini etkileyen faktörün psikolojik-psikiyatrik tedavi olarak belirlenmesi hastaların, hastalık ve süreci hakkındaki görüşleri konusunda psikolojik-psikiyatrik tedavinin etkin bir faktör olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda da Küçükkaya ve Erçel'in çalışması ile araştırma verilerimiz paralel olmaktadır. Çalışmamızla benzer olan bir diğer araştırma ise Alamiş'in araştırmasıdır. Alamiş'in (2017), ileri yaş kanser hastalarına yönelik yaptığı çalışmasında hastaların, hastalık sürecine dair düşünceleri olumsuz olması hastaların depresyon ve anksiyete düzeyini arttırdığını göstermektedir. Bu anlamda Alamiş'in gerçekleştirdiği araştırmanın verilerine göre hastaların, hastalık hakkındaki görüşleri ile hastaların depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir (Alamiş, 2017, s. 29). Bizim çalışmamızda ise ileri yaş kanser hastalarının, hastalık hakkındaki görüşlerini etkileyen en önemli faktörün psikolojik-psikiyatrik tedavi faktörü olduğu belirlenmiştir. Alamiş'in araştırmasında hastaların, hastalık hakkındaki görüşlerini etkileyen depresyon ve anksiyete gibi duygu durum bozukluklarının psikolojik birer bozukluk olmasından dolayı bizim çalışmamızdan elde edilen ve hastaların hastalık hakkındaki görüşlerini etkileyen temel faktör olan psikolojik-psikiyatrik tedavi faktörü ile Alamiş'in çalışmasından elde edilen faktörlerin örtüştüğü

söylenmektedir. Başka bir ifadeyle bizim çalışmamızda hastaların, hastalık hakkındaki görüşlerini etkileyen temel faktörün psikolojik-psikiyatrik tedavi faktörü olması, onların psikolojik-psikiyatrik tedaviyle hastalık hakkındaki görüşlerinin olumlu anlamda değişebileceği ve bu noktada psikolojik-psikiyatrik tedaviye ihtiyaçlarının olduğu anlamına gelmektedir. Çalışma kapsamında ileri yaş kanser hastalarının hastalık hakkındaki görüşler alt boyutundan ve araştırmanın bir değişkeni olan psikolojik-psikiyatrik tedavi faktöründen düşük puan aralığına sahip olması durumu ise bu ifadeyi doğrulamaktadır. Nacar Baş'ın (2021), ileri yaş kanser hastalarına yönelik gerçekleştirdiği çalışmasında ise hastaların, hastalık algısını ve devamında hastalık hakkındaki görüşlerini etkileyen en önemli faktörü özgüven duygusu olarak belirtilmiştir (Nacar Baş, 2021, s. 51). Kahraman'ın (2020), çalışmasında da ileri yaş kanser tanı hastaların, genel olarak hastalık hakkındaki görüşlerini etkileyen değişken hastalığın tedavi sürecine ilişkin ilaç tedavisine uyum değişkeni olarak saptanmıştır (Kahraman, 2020, s. 35).

Araştırmamızda ise 30 yaş ve üstü kanser hastalarının, hastalık hakkındaki görüşlerini etkileyen temel faktör psikolojik-psikiyatrik tedavi faktörü olarak belirlenmiştir. 30 yaş üstü kanser hastalarının Hastalık Algısı Ölçeğinin temel alt boyutlarından olan hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutundan ve çalışma kapsamında ele alınan bir değişken olan psikolojik-psikiyatrik tedavi değişkeninden düşük puan aralığına sahip olmaları, elde edilen bu veri sonucunun çalışma kapsamında beklenen bir sonuç olduğunu göstermektedir. Nitekim psikolojik-psikiyatrik tedavi değişkeni çerçevesinde 30 yaş ve üstü hastaların büyük bir çoğunluğunun psikolojik-psikiyatrik tedavi almamaları durumu, onların hastalık hakkındaki görüşlerinin de olumsuz yönde olduğunu göstermektedir. Başka bir ifadeyle 30 yaş üstü hastaların, psikolojik anlamda bir destek almamaları onların hastalık ve beraberindeki sürece yönelik genel anlamdaki birçok durumu anlamlandıramamalarına ve kavrayamamalarına ve bu durumdan dolayı da hastalık hakkındaki düşüncelerinin ve görüşlerinin de olumsuz olmasına neden olmaktadır. Bu doğrultuda bakıldığında ise 30 yaş ve üzeri hastaların, hastalık hakkındaki görüşlerini psikolojik-psikiyatrik tedavinin ciddi anlamda etkilediği görülmektedir.

Regresyon analizlerinin değerlendirilmesi sonucunda 18-30 yaş arası onkoloji hastalarının, hastalığın olası nedenlerini etkileyen faktör yalnızca eğitim durumu olarak belirlenmiştir. Belirtilen bu değişkenin ise toplam varyasyonun açıklama oranı %25.63

olarak saptanmıştır. Analizin toplam varyasyonu açıklamada en fazla öneme sahip değişkeni ise %21.43 oranıyla belirtildiği üzere eğitim durumu değişkeni olarak tespit edilmiştir. Araştırmamız bulgularıyla doğrudan paralel olarak Karaca'nın genç kanser hastalarına yönelik gerçekleştirdiği çalışma ilk sırada karşımıza çıkmaktadır. Karaca'nın (2018), araştırmasında, hastalığın olası nedenleri ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmalar saptanmıştır. Aynı zamanda hastalığın olası nedenleri alt boyutunu, eğitim durumu faktörünün anlamlı derecede etkilediği tespit edilmiştir (Karaca, 2018, s. 67-68). Bu anlamda Karaca'nın çalışmasından elde edilen verilerle bizim çalışmamızda elde edilen verilerle doğrudan paralel olmaktadır. Liman (2011), erken yaş kanser hastaları hakkında yapmış olduğu araştırmasında ise hastalığın olası nedenleri alt boyutunu anlamlı şekilde etkileyen temel faktörün hastaların depresyon düzeyleri olduğu belirlenmiştir (Liman, 2011, s. 29). Çalışmamız bulguları tersine ise Özdemir'in (2016), araştırmasında ileri yaş kanser hastalarının, hastalık nedenleri alt boyutunu etkileyen faktörler; eğitim durumu, cinsiyet ve gelir düzeyi değişkenleri olarak tespit edilmiştir (Özdemir, 2016, s. 29-30-31). Crumpei-Tanasa ve Crumpei'nin (2021), ileri yaş kanser hastalarına ilişkin araştırmasında da hastaların, hastalık algıları ve hastalık algıları içerisinde bulunan hastalık nedenleri alt boyutu ile düşük yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Crumpei-Tanasă ve Crumpei, 2021, s. 3161).

Araştırmamızda ise 18-30 yaş arası kanser hastalarının, hastalık nedenleri alt boyutunu etkileyen temel faktör eğitim durumu olarak belirlenmiştir. 18-30 yaş arası kanser hastalarının, Hastalık Algısı Ölçeğinin temel alt boyutlarından olan hastalığın olası nedenleri alt boyutunu etkileyen en önemli faktörün çalışma kapsamında ele alınan bir değişken olan eğitim düzeyi değişkeni olması çalışma kapsamında beklenen bir sonuç olarak görülmektedir. Bu durumun nedeni ise belirtilen yaş aralığındaki erken yaş kanser hastalarının, içerisinde buldukları yaş aralığı gereği almakta oldukları eğitimleri daha tamamlayamamış olmalarından ve hastalık süreci nedeniyle eğitim süreçlerinin yarıda kalmış olmasından dolayı eğitim düzeylerinin 30 yaş ve üstü kanser hastalarına göre daha düşük olması durumu ile açıklanabilmektedir. Nitekim Gunjal ve ark. (2020), üniversite öğrencileriyle ağız kanseri farkındalığına yönelik gerçekleştirdikleri çalışmada eğitim-öğretim yoluyla öğrencilerin kanser hastalığına yönelik farkındalıklarının artacağı ve hastalık sürecinin daha iyi kavranabileceği belirtilmiştir (Gunjal vd., 2020, s. 62). Bu anlamda eğitimin-öğretimin ve genel anlamda eğitim düzeyinin, hastalık sürecinin bir

parçası olan hastalık ve beraberindeki sürecin olası nedenlerini ve sebeplerini anlamada ve kavramada ciddi öneme sahip olduğu görülmektedir. Dolayısıyla 18-30 yaş arası kanser hastalarının, 30 yaş ve üzeri kanser hastalarına göre buldukları yaş aralığının etkisiyle eğitim seviyelerini daha tamamlamamış olmaları ve hastalık sürecinin etkisiyle de eğitim düzeylerinin yarıda kalması durumundan dolayı daha düşük eğitim seviyesine sahip olmaları onların içerisinde buldukları hastalık sürecine yönelik farkındalık düzeylerinin düşük olmasına sebep olurken aynı zamanda hastalığın ve hastalık sürecinin olası nedenlerini de kavramakta ve anlamakta problem yaşadıklarını göstermektedir. Bu anlamda ise eğitim düzeyinin, hastaların, hastalığın olası nedenlerine yönelik düşüncelerini önemli bir şekilde etkilemekte olduğu görülmektedir.

Çalışmamız çerçevesinde gerçekleştirilen regresyon analizlerinin değerlendirilmesi sonucunda 30 yaş ve üstü onkoloji hastaların, hastalığın olası nedenlerini etkileyen faktörler; gelir düzeyi ve sakınma-kaçınma değişkenleri olarak belirlenmiştir. Belirtilen bu değişkenin ise toplam varyasyonun açıklama oranı %38.83 olarak saptanmıştır. Analizin toplam varyasyonu açıklamada en fazla öneme sahip değişkeni ise %20.62 oranıyla sakınma-kaçınma değişkeni olarak tespit edilmiştir. Araştırmamız bulgularıyla doğrudan paralel olarak Dempster ve arkadaşlarının ileri yaş kanser hastalarına yönelik 2012 yılında yaptıkları çalışma karşımıza çıkmaktadır. Dempster ve ark. (2012), ileri yaş kanser hastalarının, hastalık algılarını ve dolayısıyla hastalık nedenlerini etkileyen en temel faktörü psikolojik sıkıntı değişkeni olarak tespit etmişlerdir (Dempster vd., 2012, s. 224). Bu anlamda Dempster ve arkadaşlarının çalışması ile bizim araştırmamızdan elde edilen bulguların birbirleri ile örtüştüğü düşünülmektedir. Nitekim bizim çalışmamız kapsamında 30 yaş ve üstü kanser hastalarının, hastalıklarının nedenlerini etkileyen en önemli faktör olarak bulunan sakınma-kaçınma faktörünün hastalığı kabul etmeme, hastalığın nedenlerini başkalarına yükleme, hastalığı zihinsel olarak yok sayma ve hastalıktan zihinsel olarak uzaklaşma gibi etmenleri ifade etmesi (Turan Kavradim vd., 2022, s. 71) durumu ve bu anlamda da ilgili alt boyutun hastanın, hastalık sürecinden dolayı olumsuz anlamda etkilenen ruh sağlığı ve psikolojik durumuyla yakından ilişkili olması Dempster ve arkadaşlarının çalışma bulguları ile bizim araştırmamızın bulguları arasında paralellik olduğunu göstermektedir. Araştırmamızla bir diğer paralellik gösteren Miceli ve ark. (2019) çalışmasında ise ileri yaş kanser hastalarının hastaların, hastalık algılarını ve hastalık nedenlerini etkileyen faktörün hastaların stres düzeyi olduğu

saptanmıştır (Miceli vd., 2019, s. 1518). Menekli ve ark. ise (2020), çalışmalarında ileri yaş onkoloji hastalarının, hastalığın nedenlerine yönelik bireysel algılarının beraberinde sosyal çevrenin ve kültürel yansımalarında etkisiyle hastalığın olası nedenleri ile stres ve anksiyete gibi duygu durum bozukluklarını ilişkilendirmişler (Menekli vd., 2020, s. 471). Alamiş'in (2017), çalışmasında ise çalışmamızın tersine ileri yaş kanser hastalarının, hastalık algılarını ve nedenlerini etkileyen faktör, çift uyumu faktörü olarak tespit edilmiştir. Bu doğrultuda Alamiş'a göre çiftler arasındaki çift uyumunun oluşması tanı alan hastanın, hastalığı ve beraberindeki hastalık nedenlerini algılamasını olumsuz yönde etkilemektedir (Alamiş, 2017, s. 29).

Araştırmamızda ise 30 yaş ve üzeri kanser hastalarının, hastalıklarının olası nedenlerini etkileyen temel faktör Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin alt boyutlarından olan sakınma-kaçınma alt boyutu olarak belirlenmiştir. 30 yaş ve üzeri kanser hastalarının, hastalığın olası nedenleri alt boyutunu etkileyen en önemli faktörün sakınma-kaçınma faktörü olarak belirlenmesi, sakınma-kaçınma faktörünün hastalığın nedenlerini çevreye ya da başkalarına bağlama maddesi ile açıklanması ve 30 yaş üstü hastaların Hastalık Algısı Ölçeği kapsamında hastalık nedenleri alt boyutunun kendi içerisindeki risk faktörlerinden anlamlı derecede yüksek puan almaları ve risk faktörleri alt boyutunun hastalığın nedenlerini genetik/kalıtsal, sigara ve alkol kullanımı, geçmişindeki kötü tıbbi bakım gibi maddelerden oluşması anlamında çalışma içerisinde beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmektedir. 30 yaş üstü kanser hastalarının, hastalıklarının nedenlerini etkileyen temel faktörün sakınma-kaçınma faktörü olması aynı zamanda onların ruh sağlıkları ve psikolojik durumlarıyla da doğrudan ilişkili olmaktadır. Nitekim sakınma-kaçınma alt boyutunda hastalık sürecini kabul etmeme ve yok sayma, hastalık nedenleri olarak çevreyi ve başkalarını sorumlu tutma gibi davranış biçimlerinin etkin olarak görülmesi bu noktada hastanın, ruh sağlığında ve psikolojik durumunda birtakım problemlerin olduğunu göstermektedir. Bu anlamda sakınma-kaçınma davranışı içerisinde olan hastaların, hastalığın olası nedenleri konusunda da sağlıklı düşünemedikleri görülmektedir. Dolayısıyla bu yaş grubu hastalarında, hastalıklarının nedenlerini etkileyen faktörün sakınma-kaçınma faktörü olarak bulunması, hem hastaların psikolojik durumlarının problemliliğini göstermekte hem de hastaların sakınma-kaçınma davranışı içerisinde bulunmalarının, hastalığının nedenleri hakkında da sağlıklı düşünemediklerini göstermektedir.

6. SONUÇ

Araştırmada, kanser tanısı olan hastaların, tanı aldıkları zaman içerisinde buldukları yaş aralıklarının, hastalık algısı ve baş etme becerileri düzeylerine ilişkin etkisinin belirlenmesi ve yaş aralığı değişkeninin, hastalık algısı ve baş etme becerileri düzeyleri ile arasındaki ilişkinin incelenmesi ve araştırması amaçlanmaktadır.

Belirtilen amaçla gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen veriler incelenmiş ve değerlendirilmiştir. Değerlendirilen verilerin sonuçları aşağıdaki gibidir;

1. Araştırmaya her iki yaş grubu içinde 54 kişi olmak üzere toplamda 108 birey katılım sağlamıştır.
2. Araştırmada 18-30 yaş arası grubunu; 27 kadın birey ve 27 erkek birey temsil etmektedir. Bu yaş grubu için cinsiyet durumu dağılımı %50 kadın ve %50 erkek olarak belirlenmiştir.
3. Araştırmada 30 yaş ve üzeri grubunu; 27 kadın birey ve 27 erkek birey temsil etmektedir. Bu yaş grubu için cinsiyet durumu dağılımı %50 kadın ve %50 erkek olarak belirlenmiştir.
4. 18-30 yaş arası kanser hastalarının, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarından sakınma-kaçınma ve kendine ceza alt boyutları, 30 yaş ve üzeri kanser hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.
5. 30 yaş ve üzeri kanser hastalarının, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarından kendine yardım, yaklaşım ve uyum sağlama alt boyutları, 18-30 yaş arası kanser hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.
6. 30 yaş ve üzeri kanser hastalarının, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği genel puan ortalaması, 18-30 yaş arası kanser hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.
7. 18-30 yaş arası kanser hastalarının, Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutlarından süre (akut) alt boyutu, 30 yaş ve üzeri kanser hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.

8. 18-30 yaş arası kanser hastalarının, Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutlarından sonuçlar alt boyutu, 30 yaş ve üzeri kanser hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.
9. 18-30 yaş arası kanser hastalarının, Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutlarından hastalığı anlama alt boyutu, 30 yaş ve üzeri kanser hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.
10. 18-30 yaş arası kanser hastalarının, Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutlarından süre (döngüsel) alt boyutu, 30 yaş ve üzeri kanser hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.
11. 18-30 yaş arası kanser hastalarının, Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutlarından duygusal temsiller alt boyutu, 30 yaş ve üzeri kanser hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.
12. 18-30 yaş arası kanser hastalarının, Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutlarından hastalık hakkındaki görüşler alt boyutu, 30 yaş ve üzeri kanser hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.
13. 18-30 yaş arası kanser hastalarının, Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutlarından psikolojik atıflar alt boyutu, 30 yaş ve üzeri kanser hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.
14. 30 yaş ve üzeri kanser hastalarının, Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutlarından kişisel kontrol alt boyutu, 18-30 yaş arası kanser hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.
15. 30 yaş ve üzeri kanser hastalarının, Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutlarından tedavi kontrolü alt boyutu, 18-30 yaş arası kanser hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.
16. 30 yaş ve üzeri kanser hastalarının, Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutlarından risk faktörleri alt boyutu, 18-30 yaş arası kanser hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.
17. Her iki yaş grubu içinde Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutlarından hastalık tipi, bağışıklık, kaza-şans ve hastalık nedenleri alt boyutlarında istatistiksel olarak herhangi bir farklılaşma tespit edilmemiştir.
18. 18-30 yaş arası kanser hastalarının, başa çıkma tutumlarını etkileyen faktörler; medeni durum, psikolojik/psikiyatrik tedavi, kişisel kontrol, süre (döngüsel) ve

duygusal temsiller alt boyutları olarak tespit edilmiştir. Belirtilen alt boyutlar içerisinde en fazla öneme sahip değişken ise kişisel kontrol alt boyutu olarak saptanmıştır.

19. 30 yaş ve üzeri kanser hastalarının, başa çıkma tutumlarını etkileyen faktörler; kişisel kontrol, duygusal temsiller ve bağışıklık alt boyutları olarak tespit edilmiştir. Belirtilen alt boyutlar içerisinde en fazla öneme sahip değişken ise bağışıklık alt boyutu olarak saptanmıştır.
20. 18-30 yaş arası kanser hastalarının, hastalık hakkındaki görüşlerini etkileyen faktörler; yaklaşım ve kendine ceza alt boyutları olarak tespit edilmiştir. Belirtilen alt boyutlar içerisinde en fazla öneme sahip değişken ise kendine ceza alt boyutu olarak saptanmıştır.
21. 30 yaş ve üzeri kanser hastalarının, hastalık hakkındaki görüşlerini etkileyen faktörler; gelir düzeyi, psikolojik/psikiyatrik tedavi, hastalığın evresi, metastaz öyküsü ve kendine ceza alt boyutları olarak tespit edilmiştir. Belirtilen alt boyutlar içerisinde en fazla öneme sahip değişken ise psikolojik/psikiyatrik tedavi alt boyutu olarak saptanmıştır.
22. 18-30 yaş arası kanser hastalarının, hastalığın nedenlerini etkileyen faktörler; yalnızca eğitim durumu alt boyutu olarak tespit edilmiştir. Belirtilen alt boyut aynı zamanda en fazla öneme sahip değişken olarak da saptanmıştır.
23. 30 yaş ve üzeri kanser hastalarının, hastalığın nedenleri etkileyen faktörler; gelir düzeyi ve sakınma-kaçınma alt boyutları olarak tespit edilmiştir. Belirtilen alt boyutlar içerisinde en fazla öneme sahip değişken ise sakınma-kaçınma alt boyutu olarak saptanmıştır.

7. ÖNERİLER

Kanser hastalığı, genel anlamıyla tanı, tedavi ve terminal aşamaları başta olmak üzere diğer tüm aşamaları da son derece karmaşık olan ve içerisinde belli birtakım zorlukları ve güçlükleri barındıran çok boyutlu ve uzun soluklu bir hastalık süreci olarak tanımlanmaktadır. Kanser türlerinden herhangi birisinin tanısı alan hastaların ise içerisinde buldukları hastalık ve beraberindeki süreçten dolayı pek çok psikolojik-psikiyatrik problemle ve sorunla karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir. Belirtilen bu sorun ve problemlerden dolayı ise tanı alan bireylerin, psikolojik durumlarının ve ruh sağlıklarının oldukça ciddi bir şekilde etkilendiği belirlenmiştir. Hastalık sürecinin belirlenen psikolojik ve psikiyatrik problemlerin etkisinin ise hastaların tanı aldıkları yaş aralığına göre şekillendiği ve değiştiği görülmektedir. Bu anlamda hastaların tanı aldıkları yaş aralıklarının, hastalık algısı ve baş edebilme becerileri üzerine olan etkisini oldukça önemli olmaktadır. Araştırma çerçevesinde ise hastaların tanı aldıkları süreçte içerisinde buldukları yaş aralığı evresine göre hastalığı anlama ve kavrama noktasında hastalık algısı ve hastalıkla başa çıkabilme noktasında baş edebilme stratejilerinin değişkenlik gösterdiği ve dolayısıyla hastaların tanı aldıkları yaş aralıklarının, hastalık algısı ve baş etme tutumları düzeyi üzerine ciddi bir etkisinin olduğu ve belirlenen değişkenler arasında da anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Bu noktada gerçekleştirilen araştırma ışığında araştırmaya katılım sağlayan her iki yaş grubu içinde belirli öneriler geliştirilmiştir. Belirlenen önerilerin ise aşağıdaki gibi sunulması uygun görülmüştür.

18-30 yaş arası ve 30 yaş üstü kanser hastalarına yönelik geliştirilen öneriler aşağıdaki gibidir;

1. Her iki yaş grubu aralığında bulunan ve tanı alan kanser hastalarının, tanı aldıkları süreçten itibaren başta hastalık ve beraberindeki tedavi süreci olmak üzere hastalık sonrası sürecinin de ruh sağlığı alanında ilgili bir uzman tarafından takip ve kontrol edilmesi ve hastalara gerekli görülen psikolojik ve psikiyatrik anlamdaki her türlü desteğin sağlanması önerilmektedir.
2. 18-30 yaş arası tanı alan kanser hastaları başta olmak üzere her iki yaş grubu aralığında bulunan kanser hastalarının, hastalık ve beraberindeki sürece yönelik psikolojik farkındalık kazanmaları adına bu alana ilişkin ruh sağlığı uzmanları

tarafından ilgili sürece yönelik bilgilendirici ve eğitici eğitimlerin planlanması ve uygulanması önerilmektedir.

3. 18-30 yaş arası tanı alan kanser hastaları başta olmak üzere her iki yaş grubu aralığında bulunan kanser hastalarının, hastalığın ve beraberindeki sürecin getirmiş olduğu bilinmezliklerden dolayı psikolojik ve psikiyatrik anlamda herhangi bir problemle karşı karşıya kalmamaları adına hastalık ve tedavi sürecine ilişkin gerekli tıbbi bilgilendirmelerin detaylı bir şekilde sağlanması amacıyla alanda uzman onkoloji hekimlerinin ve ruh sağlığı uzmanları tarafından koordineli bir şekilde gerekli eğitimlerin planlanması ve uygulanması önerilmektedir.
4. 18-30 yaş arası tanı alan kanser hastaları başta olmak üzere her iki yaş grubu aralığında bulunan kanser hastalarının, yalnızca hastalık ve tedavi sürecine yönelik değil aynı zamanda hastalık sonrası döneme yönelik belirsizlikleri de açığa kavuşturmak adına hastalık sonrası döneme ilişkin gerekli tıbbi ve psikolojik bilgilendirmelerin sağlanması noktasında gene uzman onkoloji hekimleri ile ruh sağlığı alanındaki uzmanlar eşliğinde konuya ilişkin bilgilendirici eğitimlerin planlanması ve uygulanması önerilmektedir.
5. 18-30 yaş arası tanı alan kanser hastaları başta olmak üzere her iki yaş grubu aralığında bulunan kanser hastalarının, hastalık ve beraberindeki tedavi süreciyle daha sağlıklı bir şekilde baş edebilmeleri adına sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi ve artırılması önerilmektedir.
6. 18-30 yaş arası tanı alan kanser hastalarının, hastalık ve beraberindeki tedavi sürecine yönelik oluşan olumsuz algılarının ve inançlarının giderilmesi ve 30 yaş ve üstü tanı alan kanser hastalarının ise hastalık ve tedavi sürecine yönelik algılarının ve inançlarının daha iyi yönde olması ve iyileştirilmesi amacıyla ruh sağlığı alanında uzman kişilerin uygun müdahale yöntemlerini planlaması ve uygulaması önerilmektedir.
7. 18-30 yaş arası tanı alan kanser hastalarının, hastalık ve beraberindeki süreçle baş edebilme becerilerini ve stratejilerini geliştirebilmeleri ve bu süreç içerisinde baş edebilme tutumlarını ve stratejilerini etkin bir şekilde kullanabilmeleri amacıyla ve 30 yaş ve üstü tanı alan kanser hastalarının ise hastalık süreciyle baş edebilme

tutumlarının ve stratejilerinin geliştirilebilmesi ve arttırılabilmesi kapsamında ruh sağlığı alanında uzman kişiler tarafından hastalara destek planlamalarının ve uygun müdahale yöntemlerinin sağlanması ve uygulanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Ahomäki, R., Kero, A., Koivisto, M., Madanat-Harjuoja, L., Malila, N., & Lähteenmäki, P. M. (2019). Purchases of Antidepressants After Cancer at a Young Age in Finland. *International Journal of Cancer*, 144(6), 1227-1233.
- Akkaya, A. (2019). *Psikososyal Gelişim Alanı Olarak Bilgelik Gelişiminin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli.
- Alagöz, H. (2019). *Kadın Genital Kanserinde Belirtiler*. Erişim adresi: <https://www.ordusevgi.com/haberler/kadin-genital-kanserinde-belirtiler>. Erişim tarihi: 07 Kasım 2022
- Alamış, B. (2017). *Meme Kanseri Tanılı Hastalarda Hastalık Algısı, Anksiyete, Depresyon ve Eş Uyumu İlişkisi: Kontrollü Bir Çalışma*. Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Altınova, H. H., & Duyan, V. (2013). Onkolojik Sosyal Hizmet. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC)*, 7(3), 40-45.
- Anderson, C., Park, E. M., Rosenstein, D. L., & Nichols, H. B. (2018). Suicide Rates Among Patients with Cancers of the Digestive System. *HHS Public Access*, 27(9), 2274-2280.
- Ardıç, S. (2020). *Palyatif Dönemdeki Onkoloji Hastalarının Yakınlarının Öz-Anlayış Düzeylerinin Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Armay, Z. (2006). *Hastalık Algısı Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Armay, Z., Özkan, M., Kocaman, N., & Özkan, S. (2008). Hastalık Algısı Ölçeği'nin Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10(4), 192-200.
- Arslan, E., & Arı, R. (2008). Erikson'un Psikososyal Gelişim Dönemleri Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlama, Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19(19), 53-60.

- Ayar, T. (2018). *Onkoloji Hastalarının Algıladıkları Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeyinin Yaşam Kalitesi ve Semptom Kontrolü Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.
- Bahtiyar, A., & Can, B. (2016). Fen Öğretmen Adaylarının Bilimsel Süreç Becerileri ile Bilimsel Araştırmaya Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 42(42), 47-58.
- Baran Deniz, E. (2022). Kanser Epidemiyolojisi. *Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 3(2), 102-111.
- Başak, Ş. C. (2015). *Üniversite Öğrencilerinde Meme Kanseri Bilgi Seviyesi: Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Baykara, O. (2016). Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 154-165.
- Bayram, H. (2020). Psikososyal Gelişim Kuramının Sosyal Bilgiler Dersi Kapsamında İncelenmesi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(6), 1993-2001.
- Beki, F. (2021). *Onkoloji Hastaları Örneğinde Manevi Sosyal Hizmetler*. Doktora Tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Boyle, P., & Levin, B. (2008). *World Cancer Report 2008*. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC).
- Brinkman, T. M., Recklitis, C. J., Michel, G., Grootenhuis, M. A., & Klosky, J. L. (2018). Psychological Symptoms, Social Outcomes, Socioeconomic Attainment, and Health Behaviors Among Survivors of Childhood Cancer: Current State of the Literature. *J Clin Oncol*, 36(21), 2190-2197.
- Capps, D. (2011). The Verbal Portrait: Erik H. Erikson's Contribution to Psychoanalytic Discourse. *Journal of Religion and Health*, 50(4), 880-898.
- Carroll, R., Lawson, A. B., Kirby, R. S., Faes, C., Aregay, M., & Watjou, K. (2017). Space-time Variation of Respiratory Cancers in South Carolina: A Flexible

- Multivariate Mixture Modeling Approach to Risk Estimation. *HHS Public Access*, 27(1), 42-51.
- Choubey, J., Choudhari, J. K., Patel, K., & Verma, M. K. (2017). Respiratory Cancer Database: An Open Access Database of Respiratory Cancer Gene and miRNA. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 13(3), 487-490.
- Crumpei-Tanasă, I., & Crumpei, I. (2021). A Machine Learning Approach to Predict Stress Hormones and Inflammatory Markers Using Illness Perception and Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Current Oncology*, 28(4), 3150-3171.
- Çırpan Kantarcıoğlu, A., Demirkaya, M., & Sevinir, B. B. (2019). Kanser Tanısı Alan Ergenlerde Hastalık Algısı ve Duygu Durumun İncelenmesi. *Turk J Child Adolesc Ment Health*, 26(2), 81-88.
- David, D., Montgomery, G. H., & Bovbjerg, D. H. (2006). Relations Between Coping Responses and Optimism-Pessimism in Predicting Anticipatory Psychological Distress in Surgical Breast Cancer Patients. *Personality and Individual Differences*, 40(2), 203-213.
- Dempster, M., McCorry, N. K., Brennan, E., Donnelly, M., Murray, L., & Johnston, B. T. (2012). Psychological Distress Among Survivors of Esophageal Cancer: the Role of Illness Cognitions and Coping. *Diseases of the Esophagus*, 25(3), 222-227.
- Dicle, A. N., & Ersanlı, K. (2015). Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlama Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(16), 111-126.
- Douvan, E. (1997). Erik Erikson: Critical Times, Critical Theory. *Child Psychiatry and Human Development*, 28(1), 15-21.
- Dönmez, G. (2016). *Kanser Hastalarında Hastalık Algısı ile Üstbiliş, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Olumsuz Otomatik Düşünceler Arasındaki İlişkiler*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Duquenne, J., Paulus, A., Sibille, A., Corhay, J., Louis, R., & Duysinx, B. (2021). Pre-cancerous Lung Lesions and Lung Cancer Screening. *Rev Med Liege*, 76(5-6), 440-445.

- Ehlman, K., & Ligon, M. (2012). The Application of a Generativity Model for Older Adults. *The International Journal of Aging and Human Development*, 74(4), 331-344.
- Eker, A., & Aslan, E. (2017). Jinekolojik Kanser Hastalarında Psiko-sosyal Yaklaşım. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(4), 298-303.
- Erbay, E., Albayrak, H., Erim, F., & Bek, F. (2017). Meme Kanseri Hastalarının Baş Etme Stratejilerinin Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 0(10), 37-56.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: WW Norton & Company.
- Erikson, E. H. (2018). *İnsanın 8 Evresi*. (G. Akkaya, Çev.) İstanbul: Okuyan Us Yayınları.
- Ertuğrul Kırık, E. (2020). *Onkoloji Servisinde Yatan Hastaların Psikososyal Gereksinimlerini Belirleme*. Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.
- Erzurum Alim, N. (2018). *Türkiye'de ve Dünya'da Kanser Epidemiyolojisi*. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/yayinlar/sunular/ulusal_kanser_haftasi_2018/Dr._Dyt._NURAL_ERZURUM_ALiM. Erişim tarihi: 08 Kasım 2022
- Evcili, F., & Bekar, M. (2013). Jinekolojik Kanser Tanısı Almanın Psikososyal Boyutu ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 16(1), 21-28.
- Ferlay, J., Shin, H.-R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., & Parkin, D. M. (2010). Estimates of Worldwide Burden of Cancer in 2008: Globocan 2008. *International Journal of Cancer*, 127(12), 2893-2917.
- Fırat, S., & Erk, M. A. (2021). *Kanser Tanısı Almış Ergenlerin Yaşadıkları Ruhsal Sorunlar ve Psikososyal Sorunlar*. A. Kapukaya içinde, Kanserli Hastalarda Psikososyal ve Fiziksel Rehabilitasyon (s. 8-11). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- George, D., & Mallery, P. (2011). *IBM SPSS Statistics 19 Step by Step: A Simple Guide and Reference (12th Edition)*. Boston: Pearson Higher Education.

- Grankvist, G., & Brink, E. (2009). Illness Perception of Nursing Students Regarding Myocardial Infarction. *Nursing Education Perspective*, 30(4), 234-238.
- Gunjal, S., Pateel, D. G., Lim, R. Z., Yong, L. L., & Wong, H. Z. (2020). Assessing Oral Cancer Awareness Among Dental and Medical Students of a Malaysian Private University. *International Dental Journal*, 70(1), 62-69.
- Gül, M. E., & Han, T. Ş. (2020). Ben Daniel Blake Filminin Bireyin Yaşlılık Dönemi Çatışmaları Bağlamında İncelenmesi. *İmgelem Dergisi*, 4(6), 157-176.
- Güloğlu, E. (2021). *Kanser Tanısı Alan Yetişkinlerde Hastalık Algısı ve Duygu Durumun İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Kent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Gürses, İ., & Kılavuz, A. M. (2011). Erikson'un Psiko-Sosyal Gelişim Dönemleri Teorisi Açısından Kuşaklararası Din Eğitimi ve İletişiminin Önemi. *T.C. Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 20(2), 153-166.
- Hernández, R., Calderon, C., Carmona-Bayonas, A., Capote, A. R., Jara, C., Álvarez, A. P., Jimenez-Fonseca, P. (2019). Differences in Coping Strategies Among Young Adults and the Elderly with Cancer. *Psychogeriatrics*, 19(5), 426-434.
- Hocaoğlu, Ç., Suroğlu, M., Özyazıcı, E., Eminağaoğlu, S., & Gökdemir, Ö. (2003). Bir Eğitim Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Akciğer Kanseri ve Lösemi Tanısı Almış Olan Bir Grup Hastanın Ruhsal Durumları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Anadolu Tıp Dergisi*, 5(1), 31-34.
- Hoyt, M. A., Gamarel, K. E., Saigal, C. S., & Stanton, A. L. (2016). Goal Navigation, Approach-Oriented Coping, and Adjustment in Young Men with Testicular Cancer. *HHS Public Access*, 50(4), 572-581.
- Husson, O., Zebrack, B., Block, R., Embry, L., Aguilar, C., Hayes-Latin, B., & Cole, S. (2017). Health-Related Quality of Life in Adolescent and Young Adult Patients With Cancer: A Longitudinal Study. *Journal of Clinical Oncology*, 35(6), 652-659.
- Ihlamur, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and Depression After Cancer Diagnosis: Prevalence Rates by Cancer Type, Gender and Age. *Journal of Affective Disorders*, 141(2-3), 343-351.

- Işıkkhan, V. (2007). Kanser ve Sosyal Destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 18(1), 15-29.
- Kahraman, B. N. (2020). *Akciğer Kanseri Hastalarında Spiritüel İyilik Halinin Hastalık Algısına Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa.
- Karaca, E. (2018). *Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Hemşirelik Bakımı Memnuniyetinin Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Karakartal, D. (2017). Kanser Tanısı Almış Hastaların Ruh Sağlıkları ile Kişisel Yardım ve Destekleri. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 30(2), 583-599.
- Kavalalı Erdoğan, T., & Koç, Z. (2022). Gelişim Kuramlarının Hemşirelik Bakımındaki Yeri. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 32(2), 75-86.
- Kayış, A. (2009). *Kanser Hastalarının Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Khalili, N., Farajzadegan, Z., Mokarian, F., & Bahrami, F. (2013). Coping Strategies, Quality of Life and Pain in Women with Breast Cancer. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(2), 105-111.
- Kılıç, Ş. (2021). Orta Doğu ve Orta Asya Topraklarından Çocuk ve Ergen Temalı Filmler: Cengiz'in Çocukları ve Kefernahum'un Erikson'un Psikososyal Kuramına Göre İncelenmesi. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 11(2), 930-943.
- Kınık, M. Z. (2022). *Erik Erikson'un Kuram ve Görüşleri Üzerine*. Erişim Adresi: <https://www.insancaakademi.com/erik-erikson-un-kuram-ve-gorusleri-uzerine/>. Erişim Tarihi: 10 Kasım 2022
- Kivnick, H. Q., & Wells, C. K. (2014). Untapped Richness in Erik H. Erikson's Rootstock. *Gerontologist*, 54(1), 40-50.
- Knight, Z. G. (2017). A Proposed Model of Psychodynamic Psychotherapy Linked to Erik Erikson's Eight Stages of Psychosocial Development. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 24(5), 1047-1058.

- Kocaman, N., Özkan, M., Armay, Z., & Özkan, S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 271-280.
- Kolak, A., Kaminska, M., Sygit, K., Budny, A., Surdyka, D., Kukielka-Budny, B., & Burdan, F. (2017). Primary and Secondary Prevention of Breast Cancer. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 24(4), 549-553.
- Kooshkaki, O., Derakhşani, A., Safarpour, H., Necefi, S., Vahedi, P., Esmer, O., Baradaran, B. (2020). The Latest Findings of PD-1/PD-L1 Inhibitor Application in Gynecologic Cancers. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(14), 5034.
- Krattenmacher, T., Kühne, F., Führer, D., Beierlein, V., Brähler, E., Resch, F., Möller, B. (2013). Coping Skills and Mental Health Status in Adolescents when a Parent has Cancer: a Multicenter and Multi-perspective Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(3), 252-259.
- Kugbey, N., Asante, K. O., & Meyer-Weitz, A. (2020). Illness Perception and Coping Among Women Living with Breast Cancer in Ghana: an Exploratory Qualitative Study. *BMJ Open*, 10(7), 1-7.
- Küçükkaya, B., & Erçel, Ö. (2019). Jinekolojik Kanserli Hastalarda Hastalık Algısının Öz-Bakım Gücüne Etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 35(3), 137-145.
- Lewandowska, A., Rudzki, G., Lewandowski, T., Prochnicki, M., Rudzki, S., Laskowska, B., & Brudniak, J. (2020). Quality of Life of Cancer Patients Treated with Chemotherapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 6938-6940.
- Liang, Y., Zhang, H., Song, X., & Yang, Q. (2020). Metastatic Heterogeneity of Breast Cancer: Molecular Mechanism and Potential Therapeutic Targets. *Seminars in Cancer Biology*, 60(-), 14-27.
- Liman, T. (2011). *Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Hastalığı Algulamaları ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

- Liu, H., & Dong, Z. (2021). Cancer Etiology and Prevention Principle: "1 + X". *Cancer Research*, 81(21), 5377-5395.
- Macía, P., Barranco, M., Gorbeña, S., & Iraurgi, L. (2020). Expression of Resilience, Coping and Quality of Life in People with Cancer. *PLoS One*, 15(7), 1-15.
- Mehrabi, E., Hajian, S., Simbar, M., Hoshyari, M., & Zayeri, F. (2015). Coping Response Following a Diagnosis of Breast Cancer: A Systematic Review. *Electronic Physician*, 7(8), 1575-1583.
- Menekli, T., Doğan, F., & Elkıran, E. T. (2020). Kanserli Hastalarda Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(3), 467-474.
- Miceli, J., Geller, D., Tsung, A., Hecht, C. L., Wang, Y., Pathak, R., Steel, J. (2019). Illness Perceptions and Perceived Stress in Patients with Advanced Gastrointestinal Cancer. *HHS Public Access*, 28(7), 1513-1519.
- Mount, B. M. (1980). Psychological Impact of Urologic Cancer. *American Cancer Society*, 45(27), 1985-1992.
- Nacar Baş, H. (2021). *Alopesili Meme Kanseri Hastalarında, Özgüvenin Hastanın Beden İmajı ve Hastalık Algısı ile İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Lefkoşa.
- Noyan, A. M. (2016). *Akciğer Kanserlerinde Depresyon, Anksiyete, Post-travmatik Stres Bozukluğu*. M. Gülhan, & Ü. Yılmaz içinde, Akciğer Kanserinde Destek Tedavisi. İstanbul: Probiz Ltd. Şti.
- Orak, O. S. (2020). *Psiko-Sosyal Kişilik Kuramı (Erikson)*. Erişim Adresi: <https://www.google.com/url?client=internal-element-cse&cx=007203636328129565448:zzdkihlafpi&q=https://avys.omu.edu.tr/storage/app/public/oyasevcan.orak/74808/Erikson%2520Psikososyal%2520Geli%25C5%259Fim%2520Kuram%25C4%25B1.pdf&sa=U&ved=2ahUKEwjO-qy5oqn7Ah>. Erişim Tarihi: 12 Kasım 2022
- Orenstein, G. A., & Lewis, L. (2022). *Eriksons Stages of Psychosocial Development*. StatPearls Publishing: Treasure Island.

- Orhan, R., & Ayan, S. (2018). Psiko-motor ve Gelişim Kuramları Açısından Spor Pedagojisi. *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi (KÜSBD)*, 8(2), 523-540.
- Özbaş, S., & Özkan, S. (2010). Kadın Sağlığını Geliştirmede Medyanın Kullanımı ve Etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5), 541-546.
- Özdemir, A. (2016). *Kanserli Hastalarda Hastalık Algısı ve Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Özer, E. (2022). Türk Atasözlerinde Erikson'un Psikososyal Gelişim Dönemleri. *Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi*, 57(2), 1054-1076.
- Özmen, V. (2014). Breast Cancer in Turkey: Clinical and Histopathological Characteristics (Analysis of 13.240 Patients). *The Journal of Breast Health*, 10(2), 98-105.
- Özsoy, İ., & Okyayuz, Ü. H. (2016). Amputasyon Geçirmiş Kişilerin Baş Etme Becerileri: Olgu Sunumu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 19(-), 45-51.
- Öztan Ulusoy, Y. (2020). Orta Yaş Dönemi Bireylerin İçinde Buldukları Yaş Dönemine İlişkin Algılarının İncelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(74), 587-601.
- Pennant, S., Lee, S. C., Holm, S., Triplett, K. N., Howe-Martin, L., Campbell, R., & Germann, J. (2019). The Role of Social Support in Adolescent/Young Adults Coping with Cancer Treatment. *Children (Basel)*, 7(1), 1-25.
- Perry, T. E., Ruggiano, N., Shtompel, N., & Hassevoort, L. (2015). Applying Erikson's Wisdom to Self-management Practices of Older Adults: Findings From Two Field Studies. *HHS Public Access*, 37(3), 253-274.
- Pham, H., Torres, H., & Sharma, P. (2019). Mental Health Implications in Bladder Cancer Patients: A Review. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*, 37(2), 97-107.
- Ross, E. K. (2010). *Ölüm ve Ölmek Üzerine*. Ankara: April Yayıncılık.

- Roy, M. D., & Panda, M. (2022). Is Generativity Erikson's Answer to Human Ageing in the Neoliberal World? *Journal of Aging Studies*, 62(101057), 1-30.
- Roy, P., & Saikia, B. (2016). Cancer and Cure: A Critical Analysis. *Indian Journal of Cancer*, 53(3), 441-442.
- Sargın, N. (2012). *Çocuklarda Ruh Sağlığı*. Konya: Eğitim Yayınevi.
- Scharloo, M., Baatenburg de Jong, R. J., Langeveld, T. P., Velzen-Verkaik, E. V., Doornop den Akker, M. M., & Kaptein, A. A. (2010). Illness Cognitions in Head and Neck Squamous Cell Carcinoma: Predicting Quality of Life Outcome. *Supportive Care in Cancer*, 18(9), 1137-1145.
- Segal, O., Trumper, N., Pavlotsky, F., Goldzweig, G., & Barzilai, A. (2021). Illness Perception, Coping, and Quality of Life in Early-Stage Mycosis Fungoides. *ABD Anais Brasileiros De Dermatologia*, 96(1), 27-33.
- Shahid, N., Malik, T. A., Hussain, A., & Ahmed, S. (2021). Unmet Psycho-social Needs, Coping Strategies and Psychological Distress Among People with Cancer: Evidence from Pakistan. *JPM The Journal of the Pakistan Medical Association*, 71(5), 1373-1378.
- Shin, H., Bartlett, R., & Gagne, J. C. (2020). Integrative Literature Review on Psychological Distress and Coping Strategies Among Survivors of Adolescent Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 47(5), 131-148.
- Smith, S. G., Turner, B., Pati, J., Petrides, K. V., Sevdalis, N., & Green, J. S. (2012). Psychological Impairment in Patients Urgently Referred for Prostate and Bladder Cancer Investigations: the Role of Trait Emotional Intelligence and Perceived Social Support. *Supportive Care in Cancer*, 20(4), 699-704.
- Sousa, A. D., Sonavane, S., & Mehta, J. (2012). Psychological Aspects of Prostate Cancer: A Clinical Review. *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*, 15(2), 120-127.
- Subaşı, D. (2010). *Kanser Ağrısı Deneyimleyen Hastaların Yaşam Kalitesi ve Baş Etme Tutumlarının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.

- Subramaniam, M., Abdin, E., Jeyagurunathan, A., Chang, S., Samari, E., Shafie, S., Chong, S. A. (2018). Exploration of İllness Perception Among Patients with Mental İllness in a Multi-ethnic Asian Sample. *Psychiatry Research*, 267(-), 516-527.
- Sülek Şanlı, G. (2015). *Üniversite Öğrencilerinin Psikososyal Gelişim Düzeyinin Üniversiteye Uyumla İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Antalya.
- Tanrikulu, Ü. E. (2020). *Kolorektal Kanserli Bireylerde Hastalık Algısı ve Tanı Gecikmesine Yol Açan Bireysel Faktörlerin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Taşçı, F. (2021). *DSM-5'te Yer Alan Kişilik Bozukluklarının Psikososyal Gelişim Dönemleri ve Varoluşsal Otantiklik Açısından İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Tateno, M., Ikeda, H., & Saito, T. (2011). Gender Dysphoria in Pervasive Developmental Disorders. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 113(12), 1173-1183.
- Thom, B., & Benedict, C. (2019). The Impact of Financial Toxicity on Psychological Well-Being, Coping Self-Efficacy, and Cost-Coping Behaviors in Young Adults with Cancer. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 8(3), 236-242.
- Tuncay, T. (2014). Coping and Quality of Life in Turkish Women Living with Ovarian Cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 15(9), 4005-4012.
- Turan Kavradım, S., & Canlı Özer, Z. (2014). Kanser Tanısı Alan Hastalarda Umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 154-164.
- Turan Kavradım, S., Sert, M., & Özer, Z. (2022). Miyokard İnfarktüsü Geçiren Bireylerin Ölüm Kaygısı ve Başa Çıkma Tutumlarının Belirlenmesi. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(31), 65-73.
- Tünel, M., Vural, A., Evlice, Y. E., & Tamam, L. (2012). Meme Kanserli Hastalarda Psikiyatrik Sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi (Archives Medical Review Journal)*, 21(3), 189-219.

- Türkyılmaz, M., Öztürk, M., DüNDAR, S., Kavak Ergün, A., Sevinç, A., Tütüncü, S., & Seymen, E. (2021). *2017 Yılı Türkiye Kanser İstatistikleri*. Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/2017-turkiye-kanser-i-istatistikleri.html>. Erişim Tarihi: 08 Kasım 2022
- Uygur, M. C. (2021). *Üroonkoloji Nedir?* Erişim Adresi: <https://www.medicana.com.tr/saglik-rehberi-detay/15370/uroonkoloji-nedir>. Erişim Tarihi: 07 Kasım 2022
- Uzun, N. B., & Hocaoğlu, A. (2021). Meme Kanserin Kadınlarda Psikolojik Sağlığına Etkileri: Beden İmgesinde Öz-şefkate Dayalı Müdahalelerin Gözden Geçirilmesi. *Nesne Psikoloji Dergisi*, 9(22), 958-967.
- Uzun, P. (2016). *Çocuk Hematoloji-Onkoloji Hastalarının Ebeveynlerinin Tükenmişlik Düzeyleri ve Baş Etme Biçimlerinin; Çocukların Psikolojik Belirtileri Üzerine Etkisi Açısından İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Ülger, E., Alacacioğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L., & Tarhan, M. O. (2014). Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2), 85-92.
- Ünal, E., Atik, D., & Gözüyeşil, E. (2021). Meme Kanseri ve Aromaterapi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Halk Hekimliği Dergisi*, 11(1), 1-9.
- Vogel-Scibilia, S. E., McNulty, K. C., Baxter, B., Miller, S., Dine, M., & Frese 3rd, F. J. (2009). The Recovery Process Utilizing Erikson's Stages of Human Development. *Community Ment Health Journal*, 45(6), 405-414.
- Wallerstein, R. S. (1998). Erikson's Concept of Ego Identity Reconsidered. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 46(1), 229-247.
- Yang, S., Liu, T., Cheng, Y., Bai, Y., & Liang, G. (2019). Immune Cell İnfiltration as a Biomarker For The Diagnosis and Prognosis of Digestive System Cancer. *Cancer Science*, 110(12), 3639-3649.

- Yanmış, S., & Mollaoğlu, M. (2018). *Akciğer Kanseri Olan Bireylerde Dispne ve Yeti Yitiminin Belirlenmesi*. H. Kahya içinde, 1. Uluslararası Eğitim ve Sosyal Bilimlerde Yeni Ufuklar Kongresi Bildirileri Kitabı. Elazığ: ASOS Yayınları.
- Yıldırım Öztürk, E. N., & Uyar, M. (2021). GLOBOCAN 2012 ve 2018 Verileri Üzerinden Dünya'da, Avrupa'da ve Türkiye'de En Sık Görülen Beş Kanser Türünün Değerlendirilmesi. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 4(1), 17-27.
- Yıldırım, S., & Gürkan, A. (2010). Psikososyal Açıdan Kanser ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 26(1), 87-97.
- Yılmaz Karabulutlu, E., & Karaman, S. (2015). Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(3), 271-284.
- Yorulmaz, H., Tatar, A., Saltukoğlu, G., & Soylu, G. (2013). Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*, -(2), 367-387.
- Zhang, H., Feng, Q., Chen, W.-D., & Wang, Y.-D. (2018). HGF/c-MET: A Promising Therapeutic Target in the Digestive System Cancers. *International Journal of Molecular Sciences*, 19(11), 3295.
- Zhang, N., Fielding, R., Soong, I., Chan, K. K., Tsang, J., Lee, V., Lam, W. W. (2016). Illness Perceptions Among Cancer Survivors. *Supportive Care in Cancer*, 24(3), 1295-1304.
- Zhao, G., Chaoyang, L., Jun, L., & Balluz, L. S. (2013). Physical Activity, Psychological Distress, and Receipt of Mental Healthcare Services Among Cancer Survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 7(1), 131-139.
- Zhou, F.-L., Zhang, W.-G., Wei, Y.-C., Xu, K.-L., Hui, L.-Y., Wang, X.-S., & Li, M.-Z. (2005). Impact of Comorbid Anxiety and Depression on Quality of Life and Cellular Immunity Changes in Patients with Digestive Tract Cancers. *World Journal of Gastroenterology*, 11(15), 2313-2318.
- Zümbül, S., & Kağnıcı, D. Y. (2022). The Mediating Role of Mindfulness in the Relationship Between Emotional Distress Tolerance and Coping Styles in Turkish

University Students. *International Journal for the Advancement of Counselling*,
44(12), 469-489.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Fatma Merve AKKANAT KARAGİL

EĞİTİM DURUMU

Lisans Öğrenimi : 2020, KTO Karatay Üniversitesi, Sosyal ve Beşerî Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Yüksek Lisans Öğrenimi : 2023, KTO Karatay Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Disiplinler Arası Aile Danışmanlığı Anabilim Dalı

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

Bilimsel Faaliyetleri : Akkanat Karagil, F. M. & Harmancı, H. (2022). Kanser tanısı alan birey ve ailesinde ruh sağlığı. Karatay Sosyal Araştırmalar Dergisi, (9), 63-90.

İŞ DENEYİMİ

Stajlar : 2020, Stajyer Sosyal Hizmet Uzmanı, Medicana Konya Hastanesi-2019, Stajyer Sosyal Hizmet Uzmanı, Karatay Sosyal Hizmet Merkezi Müdürlüğü

Projeler : -

Çalıştığı Kurumlar : -

Tarih: 18 Ocak 2023

EKLER

EK 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

T.C.
KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

CALISMANIN ADI:

Kanser Hastalarında Tanı Alınan Yaş Aralığının Hastalık Algısı ve Baş Etme Becerileri Üzerindeki Etkisi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz.

CALISMANIN KONUSU VE AMAÇI:

Çalışmanın ana konusu tanı alan kanser hastalarının, tanı aldıkları yaş aralığının hastalık algıları ve devamında hastalıkla baş etme becerileri üzerine olan etkisinin incelenmesidir.

Çalışmanın amacı ise kanser tanısı alan bireylerin, tanı aldıkları yaş aralıklarına bağlı olarak hastalık algısı ve baş etme becerilerinin ne oranda değişim gösterdiğini araştırmak ve dolayısıyla tanı alınan dönemki yaş aralığının hastalık algısı ve baş etme becerilerine olan etkisini incelemek ve değerlendirmektir.

CALISMA İSLEMLERİ:

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde; sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Hekim ile aranızda kalması gereken size ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı gösterilecektir. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgileriniz çok büyük bir hassasiyetle korunacaktır. Çalışma sırasında meydana gelebilecek fiziki veya ruh sağlığınız ile ilgili ve diğer olumsuzlukların sorumluluğu araştırmacılara aittir. Gönüllü olarak katıldığınız çalışmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılabilirsiniz. Ancak ayrılmadan önce araştırmacılara bu durumu bildirmeniz önemlidir.

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni kanser tanısı almış 18-30 ve 30 yaş üstü kadın-erkek hasta olmanızdır. Bu araştırma KTO Karatay Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Disiplinler Arası Aile Danışmanlığı Tezli Yüksek Lisans Programı tarafından yürütülecektir. Bu araştırma kapsamında gerekli veriler görüşme sırasında elde edilen bilgilerden sağlanacaktır.

Bu araştırma ile ilgili olarak araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermek sizin sorumluluklarıdır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak, ayrıca araştırma kapsamındaki muayene ve testler için sizden veya bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0 505 no.lu telefondan Dr. Hatice HARMANCI'ya veya 0 553... no.lu telefondan Fatma Merve AKKANAT KARAGİL'e başvurabilirsiniz.

(Form No: FR-0330; Revizyon Tarihi: 20.02.2020; Revizyon No: 01)

T.C.
KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel bir duruma yol aēmayacaktır. Araştırıcı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili t veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Size ait tüm veri ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde olek ve muayene bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya katılmanızın faydası olarak kanser hastalarında tanı alınan yaş aralığının hastalık algısı ve baş etme becerileri üzerine etkisi konulu gerçekleştirilecek olan araştırmaya bilgisel destek vermektесiniz.

Çalışmaya katılmanızla gelişebileceğ herhangi bir risk bulunmamaktadır.

KİŐSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Bu formu imzalayarak araştırmaya katılım için onay vermiş olacaksınız. Bununla birlikte kimlik bilgileriniz çalışmanın herhangi bir aşamasında açıkça kullanılmayacaktır. Doldurduğunuz anketlere verdiğiniz cevaplar ve araştırma süresince görsel/işitsel cihaz kullanılarak edinilen her türlü bilgi yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bilgileriniz hiçbir kimse ile ya da ticari bir amaç için paylaşılmayacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı

Yapılacak araştırma için gerekli bilgiler tarafıma aktarıldı, doldurmam gereken anketler konusunda bilgilendirildim. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam, çalışmacı ile aramda kalması gereken, bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük zen ve saygı gösterileceği, araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı kesin ve net bir şekilde belirtilmiştir.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Benden herhangi bir ücret talep edilmeyeceği ve bana da herhangi bir ödeme yapılmayacağı net ve kesin bir şekilde ifade edilmiştir.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğum bildirilmiştir. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının da bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun, araştırma sürecinde araştırma ile ilgili ortaya çıkabilecek sağlık durumuyla ilgili olumsuzluklarda sorumluluk araştırmacılara ait olup parasal bir yük altına girmeyeceğim. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda; günün herhangi bir saatinde çalışmayı yürütenlere ulaşarak danışabileceğimi biliyorum.

T.C.
KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı herhangi bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" (gönüllü) olarak yer alma kararını tamamen hür iradem ile almış bulunuyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllük içerisinde kabul ediyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı herhangi bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" (gönüllü) olarak yer alma kararını tamamen hür iradem ile almış bulunuyorum. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllük içerisinde kabul ediyorum.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tank¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllüde bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek taraflık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırmaya hakkında bilgilendiren kişi

(Form No: FR-0330; Revizyon Tarihi: 20.02.2020; Revizyon No: 01)

EK 2. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R)

BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (COPE-R)

Sevgili Katılımcı

Aşağıdaki ölçek ile insanların kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerini araştırmayı amaçlamaktayız. Sizden ölçekteki maddeleri dikkatli bir şekilde okuyarak maddelerden görüşlerinize en uygun seçeneği ("Asla Böyle Yapmam" için 1'i, "Çok Az Böyle Yaparım" için 2'yi, "Böyle Yaparım" için 3'ü, "Çoğunlukla Böyle Yaparım" için 4'ü) işaretlemeniz ve tüm maddeleri eksiksiz doldurmanız istenmektedir. İşaretlediğiniz seçeneğin doğruluğu ya da yanlışlığı söz konusu değildir. Toplanan veriler araştırmacılar tarafından araştırmanın amacı dışında kullanılmayacaktır. Aşağıda verilen maddeleri içtenlikle yanıtlayacağınızı umar, yardımlarınız için teşekkür ederim. Saygılarımla.

		Asla Böyle Yapmam	Çok Az Böyle Yaparım	Böyle Yaparım	Çoğunlukla Böyle Yaparım
1	Duygularımı ifade etmek için zaman ayırım.	1	2	3	4
2	Duygularımı - hislerimi açığa vurmaya çalışırım.	1	2	3	4
3	Duygularımı başkalarıyla tartışırım.	1	2	3	4
4	Arkadaşlarımdan veya akrabalarımdan duygusal destek almaya çalışırım.	1	2	3	4
5	Ne hissettiğimi birileriyle paylaşıyorum.	1	2	3	4
6	Bir durumla ilgili daha fazla bilgi almak için birileriyle konuşurum.	1	2	3	4
7	Bütün gücümle yaptığım işe yoğunlaşıyorum.	1	2	3	4
8	Problemi çözmek için farklı yolları denerim.	1	2	3	4
9	Problemin üstesinden gelebilmek için hemen harekete geçerim.	1	2	3	4
10	Bir şeyler yapacağım zaman adım adım ilerlerim.	1	2	3	4
11	Yapacağım işle ilgili bir strateji belirlemeye çalışırım.	1	2	3	4
12	Adımlarımı düşünerek atarım.	1	2	3	4
13	Yaptığım işe başka şeylerin engel olmasını önlemek için yoğun çaba harcarım.	1	2	3	4
14	Her durumda iyimser olmaya çalışırım.	1	2	3	4
15	Her ne üzerinde çalışırsam çalışayım olumlu duygularla yola çıkarım.	1	2	3	4
16	Bir şeyler kötü gözükse bile yaptığım işe olumlu bakmaya devam ederim.	1	2	3	4
17	Yeni fikirlere çabuk uyum sağlarım.	1	2	3	4

		Asla Böyle Yapmam	Çok Az Böyle Yapırım	Böyle Yapırım	Çoğunlukla Böyle Yapırım
18	Ortaya çıkan durumun gerçekliğini kabullenirim.	1	2	3	4
19	Bir şeyi daha olumlu göstermek için onu başka bir açıdan görmeye çalışırım.	1	2	3	4
20	Önemsediğim başka bir şeyler bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
21	Kendime "bu durumun gerçek olmadığını" söylerim.	1	2	3	4
22	Ortaya çıkan durum gerçekten olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
23	Ortaya çıkan durumla baş edemeyeceğimi kabul eder ve denemeyi bırakırım.	1	2	3	4
24	İstediğim şeyi almak için girişimde bulunmam.	1	2	3	4
25	Başıma gelen bir işle ilgili başkalarını veya başka bir şeyi suçlarım.	1	2	3	4
26	Her şeyi unutmaya çalışırım.	1	2	3	4
27	Kendimi suçlarım.	1	2	3	4
28	Problemin kaynağı olarak kendimi görürüm.	1	2	3	4
29	Kendimi eleştirir veya azarlarım.	1	2	3	4
30	Bana sorun yaşatan şey zihnimi sürekli meşgul eder.	1	2	3	4
31	Bir problemi takıntı yapıp tekrar tekrar onu yaşarım.	1	2	3	4
32	Problemimi sürekli kara kara düşünürüm.	1	2	3	4

EK 3. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

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

	<i>Hastalığınızın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım</i>		<i>Bu belirti hastalığınızla ilgili</i>			
Ağrı	Evet	Hayır	-----	-----	Evet	Hayır
Boğazda yanma	Evet	Hayır	-----	-----	Evet	Hayır
Bulantı	Evet	Hayır	-----	-----	Evet	Hayır
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	-----	-----	Evet	Hayır
Kilo kaybı	Evet	Hayır	-----	-----	Evet	Hayır
Yorgunluk	Evet	Hayır	-----	-----	Evet	Hayır
Eklem sertliği	Evet	Hayır	-----	-----	Evet	Hayır
Gözlerde yanma	Evet	Hayır	-----	-----	Evet	Hayır
Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	-----	-----	Evet	Hayır
Baş ağrıları	Evet	Hayır	-----	-----	Evet	Hayır
Mide yakınmaları	Evet	Hayır	-----	-----	Evet	Hayır
Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	-----	-----	Evet	Hayır
Sersemlik hissi	Evet	Hayır	-----	-----	Evet	Hayır
Güç kaybı	Evet	Hayır	-----	-----	Evet	Hayır

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

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

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

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

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

Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

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

Bana göre en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

ETİK KURUL/KOMİSYON İZNI

Evrak Tarih ve Sayısı: 26.05.2022-E.34331



T.C.
KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul
Başkanlığı



Sayı : E- [REDACTED]-200-34331
Konu : Etik Kurul Kararı Hk.

26.05.2022

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice HARMANCI
Öğretim Üyesi

23.05.2022 tarihli İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu toplantısında başvurunuz değerlendirilmiş olup ilgili karar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Taner ZİYLAN
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik
Kurul Başkanı

Ek:Dr. Öğr. Üyesi Hatice HARMANCI (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSM33DCAP9

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/keio-karatay-universitesi-ebys>

Adres: Akabe Mahallesi Alaaddin Kapı Caddesi No:130 Karatay / Konya

Telefon:444 1251 Faks: [REDACTED] - 00 44

e-Posta: [REDACTED]@kariatay.edu.tr Web:www.kariatay.edu.tr

Keşif Adresi: [REDACTED]@kariatayuniversity.edu.tr

Bilgi için: Sibel ÖZSAN

Ünvanı: Sekreter

Tel No: 444 1251 - 7737



Bu belge, Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

T.C.
KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı: 05

Toplantı Tarihi: 23.05.2022

Karar Sayısı: 2022/018: Dr. Öğr. Üyesi Hatice HARMANCI' nın "Kanser Hastalarında Tanı Alınan Yaş Aralığının Hastalık Algısı ve Baş Etme Becerileri Üzerinde Etkisi" başlıklı araştırma projesi çalışması ile ilgili 16.05.2022 tarihli dilekçesi ve ekleri görüőüldü.

Görüşme sonucunda araştırma projesi çalışmasının Dr. Öğr. Üyesi Hatice HARMANCI sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Hatice HARMANCI
Yrd. Araştırmacı: Uzm. Dr. Ayşen AYDIN

08.06.2022 tarihli 2022/03 nolu Akademik ve Etik Kurul kararına göre;

KTO Karatay Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Disiplinler Arası Aile Danışmanlığı Tezli Yüksek Lisans Programında 201300111 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi Fatma Merve AKKANAT KARAGİL'in Dr. Öğretim Üyesi Hatice HARMANCI Danışmanlığında "**Kanser Hastalarında Tanı Alınan Yaş Aralığının Hastalık Algısı ve Baş Etme Becerileri Üzerindeki Etkisi**" başlıklı Yüksek Lisans tezi için Radyasyon Onkolojisi Polikliniğinde çalışma yapması uygun görülmüştür.

Dr. Öğr. Üyesi Bülent KOÇER

Tıbbi Direktör
Akademik ve Etik Kurul
Başkanı