



SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

GAZİANTEP

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**KANSER HASTALARINDA ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU DEPRESYON
ANKSİYETE VE STRES İLE İLİŞKİSİ**

HANDAN ERDOĞAN

Yüksek Lisans Tezi

İstanbul, 2015

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

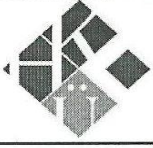
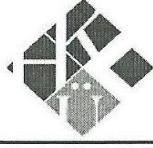


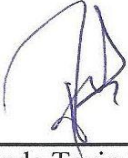
**KANSER HASTALARINDA ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU DEPRESYON
ANKSİYETE VE STRES İLE İLİŞKİSİ**

HANDAN ERDOĞAN

Danışman: Yrd. Doç. Dr. İtir Tarı CÖMERT

Yüksek Lisans Tez

İstanbul, 2015

 T.C. HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ YÜKSEKLİSANS TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI 				
Öğrencinin				
Adı-soyadı	Handan ERDOĞAN			
Numarası	122204010			
Anabilim/ Bilim Dalı	Psikoloji ABD / Klinik Psikoloji			
Tez Savunma Bilgileri				
İlgi : Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı oturumunda karar verilen,				
Sınav Tarihi	26.01.2015			
Sınav Saati	13.00			
Sınav Yeri	HKÜ-Sürekli Eğitim Merkezi			
Karar				
Sınav Süresi	60 (altmış) dakika			
<u>Oybirliği</u>	<u>Oyçokluğu</u>	<u>Kabul</u>	<u>Düzeltilme</u>	<u>Red</u>
<p>Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği hükümleri uyarınca "Yapılan Tez Savunma Sınavı Jürimiz tarafından gerçekleştirilmiş ve adayın durumu bu tutanakla tespit edilmiştir."</p>				
 Prof. Dr. Can TUNCER Jüri Başkanı Öğretim Üyesi			26/01/2015	
 Yrd. Doç. Dr. İtir TARI CÖMERT Üye Öğretim Üyesi		 Yrd. Doç. Dr. Neslihan ARICI Üye Öğretim Üyesi		
<p><u>Not: Bu Form, 2 Adet ciltlenmiş Tez, 2 Adet PDF formatında Tezin kaydedildiği CD, 1 Adet Ulusal Tez Merkezi Veri Giriş Formuyla Sosyal Bilimler Enstitüsüne teslim edilmelidir.</u></p>				

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Kanser Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Depresyon Anksiyete ve Stres İle Olan İlişkisi” başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

31.01.2015

Handan ERDOĞAN



ÖZ

Bu çalışmada, kanser hastalarında sosyal desteğin varlığının, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), depresyon anksiyete ve stres gelişiminde bir etkisi olup olmadığının incelenmesi amaçlanmaktadır.

Çalışmaya, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Servisinde kanser tedavisi gören ve gönüllü katılımı kabul eden 50 yetişkin hasta katılmıştır.

Araştırmada, Zimet, Dahlem, Zimet ve Farley tarafından geliştirilen, Türkçe formunun faktör yapısı, güvenilirliği ve geçerliliği Eker ve arkadaşları tarafından yapılan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, (Multi dimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS), First, Spter, Gibbon ve Williams tarafından 1997 geliştirilen, Türkçeye uyarlama, geçerlilik, güvenilirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmış, yarı yapılandırılmış bir klinik ölçeği olan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Soru Formu (SCID I), 1995 yılında Lovibond ve Lovibond (Lovibond ve Lovibond, 1995) tarafından geliştirilen, Türkçeye standardizasyonu Çetin, Abacı ve Akın (2006) tarafından yapılan depresyon, anksiyete ve stres ölçeği (DASO) kullanılmıştır. Çalışmadaki bulgular SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17,0 programı kullanılarak elde edilmiştir.

Algılanan sosyal destek puanı yüksek olan kişilerde, depresyon, anksiyete ve stres (DASO) puanı anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($r=-0,592$; $r=-0,419$). TSSB yaşayan kişilerde algılanan sosyal destek puanı, TSSB yaşamayan kişilere göre daha anlamlı derecede düşük bulunurken, depresyon”, “anksiyete” ve “stres” (DASO) puan ortalamaları ise anlamlı derecede yüksek olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır ($p<0,05$). Çalışmanın sonuçları, sınırlılıkları ve gelecek araştırmalar için öneriler literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: kanser, travma, algılanan sosyal destek, depresyon, stres, anksiyete.

ABSTRACT

The main purpose of this study was to evaluate the association between perceived social support and post traumatic stress disorder, depression, anxiety and stress with cancer patients.

Fifty volunteer patients who were treated with cancer in Haydarpasa Numune Education and Research Hospital were included in the study.

In this study, Multidimensional Scale of Perceived Social Support Scale which was developed by Zimet, Dahlem, Zimet and Farley and done validity and reliability by Eker and friends; Post Traumatic Stress Disorder Question Form (SCID I) which was structural clinical interview developed First, Spter, Gibbon and Williams in 1997, and standardized by Çorapçioğlu; Depression Anxiety Stress Scale (DASS) was developed by Lovibond and Lovibond in 1995, and was done Turkish standardization by Abacı and Akın (2006) were used. The findings were analyzed with Statistical Package for Social Sciences for Windows 17,0.

According to research results, participants who got higher score from perceived social support scale were significantly found lower score in DASS ($r=-0,592$; $r=-0,419$). Perceived social support score was found lower participants who were diagnosed PTSD compared to the weren't diagnosed with PTSD. In addition, the scores of DASS were higher in the PTSD diagnosed group ($p<0,05$). Results and limitations of the study, suggestion for future studies were discussed in the light of the literature.

Key Words: cancer, trauma, perceived social support, depression, stress, anxiety

ÖNSÖZ

Son yıllarda kanser hastalığının artmasıyla çevremde bu hastalıktan muzdarip olan kişiler oldu ve onlarla kanser sürecini kısmen yaşadım ve yakından takip ettim. Sosyal çevresi tarafından desteklenen kişilerin motivasyonunun yüksek olduğunu, böylece kişilerin tedaviye daha olumlu tepki verdiklerini ve daha az psikopatoloji geliştirdiklerini gözlemledim. Kanser hastalığının birçok psikopatolojiyi de beraberinde getirdiği ve sosyal desteğin psikopatolojiler üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu araştırmalarca bilinmektedir. Bu çalışmada kanser hastalarında algılanan sosyal desteğin travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete ve stres ile olan ilişkisi incelenmiştir.

Tez çalışma sürecimin her aşamasında yanımda olup desteğini esirgemeyen, beni her daim motive eden ve bilgi birikimiyle araştırmama katkıda bulunan sevgili hocam Yrd. Doç. Dr. İtir Tarı Cömert'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hayat yolculuğumda olduğu gibi bu süreçte de bana eşlik eden ve beni destekleyen sevgili meslektaşlarım Huriye Tak'a, Mehlika Kartöz'e, İclal Aydın'a ve araştırmamın veri toplama aşamasına katkıda bulunan bütün katılımcılara teşekkür ederim.

Son olarak yaşamımın önemli dönemlerinde olduğu gibi bu süreçte de desteğini ve anlayışını esirgemeyen sevgili kardeşlerim Reyhan Erdoğan ve Büşra Erdoğan'a, bana güvenip inandıkları için kıymetli aileme teşekkür ederim.

Handan Erdoğan

İÇİNDEKİLER

1. Giriş ve Amaç.....	1
1.1. Kanser Genel Bilgi.....	2
1.1.1. Kanserın Epidemiyolojisi.....	2
1.1.2. Kanserın Etiyolojisi.....	3
1.1.3. En Yaygın Kanser Türleri ve Kanserın Cinsiyetlere Göre Dağılımları.....	3
1.1.4. Kanser Tedavisi.....	3
1.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	4
1.2.1. Travmanın Tanımı.....	4
1.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tanımı.....	5
1.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun Klinik Açıklaması.....	5
1.2.4. DSM-IV ve DSM-5 Arasındaki Farklılıklar.....	7
1.2.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Belirtileri.....	7
1.2.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Epidemiyolojisi.....	8
1.2.7. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Etiyolojisi.....	8
1.2.8. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tedavisi.....	9
1.2.8.1. İlaç Tedavileri.....	9
1.2.8.2. Psikoterapi.....	9
1.2.9. Kanser ve Travma İlişkisi.....	9
1.3. Sosyal destek.....	10
1.3.1. Sosyal Destek Tanımı ve İşlevleri.....	10
1.3.2. Bireylerin Kanserle Baş Etme Stratejileri ve Sosyal Desteğin Stresle Başa Çıkmadaki Etkisi.....	11
1.3.2.1. Tampon Etkisi Modeli (Buffering Effect Model).....	12
1.3.2.2. Ana Etki Modeli (Main Effect Model).....	12
1.4. Depresyon.....	12
1.4.1. Depresyonun Tanımı.....	12
1.4.2. Depresyon Belirtileri.....	13
1.4.3. Depresyonun Klinik Açıklaması (DSM 5).....	13
1.4.4. Depresyonun Epidemiyoloji.....	14
1.4.5. Depresyonun Etiyolojisi.....	14
1.4.6. Depresyon Tedavisi.....	14
1.5. Anksiyete.....	15
1.5.1. Anksiyetenin Tanımı ve Belirtileri.....	15
1.5.2. Anksiyetenin Epidemiyolojisi.....	15
1.5.3. Anksiyetenin Etiyolojisi.....	15

1.5.4. Anksiyetenin Tedavisi.....	15
1.5.4.1. Farmakoloji tedavisi.....	15
1.5.4.2. Psikoterapi.....	16
1.6. Stres.....	16
1.7. Depresyon, Anksiyete, Stres ve Kanser İlişkisi.....	16
2. Materyal ve Metot.....	18
2.1. Çalışmanın Amacı ve Hipotezler.....	18
2.2. Örneklem Seçimi.....	19
2.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	19
2.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	19
2.3.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	20
2.3.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Soru Formu (SCID I).....	20
2.3.4. Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASO).....	21
2.4. Verilerin Analizi.....	21
3. Bulgular.....	22
3.1. Demografik Bilgiler.....	22
3.2. Demografik Bilgilerin Kullanılan Ölçekler İle İlişkisi.....	26
3.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Sosyal Destek ve DASO Üzerindeki Etkisi....	42
3.4. Sosyal Desteğin DASO Üzerindeki Etkisi.....	43
4. Tartışma.....	44
4.1. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler.....	46
5. Kaynaklar.....	48
6. Ekler.....	55

TABLOLAR

1.	Tablo 1: Örneklemin sosyo-demografik özellikleri.....	22
2.	Tablo 2:Örneklemin tanı ve tedavi özellikleri.....	23
3.	Tablo 3:Örneklemin tanı ve tedavi sürecindeki psikolojik özellikleri.....	24
4.	Tablo 4: Örneklemin Sosyal Destek Ölçeğinden(SDÖ) aldıkları puan dağılımları.....	24
5.	Tablo 5: Örneklemin Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeğinden (DASO) aldıkları puan dağılımları.....	25
6.	Tablo 6:SDÖ ile katılımcıların yaşları arasındaki ilişki düzeyinin Spearman Korelasyona göre yorumlanması.....	26
7.	Tablo 7: DASO ile yaş arasındaki ilişki düzeyinin Spearman Korelasyona göre yorumlanması.....	26
8.	Tablo 8:Travma Sonrası Stres Bozukluğu varlığına göre örneklemin yaş ortalama dağılımının Mann-Whitney U testine göre yorumlanması.....	26
9.	Tablo 9: Cinsiyet durumlarına göre SDÖ'den alınan puan ortalamalarının dağılımının Mann-Whitney U testine göre yorumlanması.....	27
10.	Tablo 10: Cinsiyet farklılığına göre DASO'dan alınan puan ortalamalarının dağılımının Mann-Whitney U testine göre yorumlanması.....	27
11.	Tablo 11: Örneklemin cinsiyet durumlarına göre travma sonrası stres bozukluğu yaşama durumlarının Ki-Kare testi(ContinuityCorrection)'ne göre değerlendirmesi.....	28
12.	Tablo 12: Medeni durum ve SDÖ'den alınan puan ortalamalarının Kruskal-Wallis testine göre yorumlanması.....	29
13.	Tablo 13: Medeni durum ve DASO'dan alınan puan ortalamalarının Kruskal-Wallis testine göre yorumlanması.....	30
14.	Tablo 14: Örneklemin medeni durumlarına göre travma sonrası stres bozukluğu yaşama durumlarının Ki-Kare testi(PearsonChi-Square)'ne göre değerlendirilmesi.....	30
15.	Tablo 15: Örneklemin çocuk sahibi olma durumuna göre travma sonrası stres bozukluğu yaşama durumlarının Ki-Kare testi(Fisher'sExact Test)'ne göre yorumlanması.....	31
16.	Tablo 16: Katılımcıların yaşam şekillerine göre SDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının Kruskal-Wallis testine göre değerlendirilmesi.....	31
17.	Tablo 17: Katılımcıların yaşam şekillerine göre DASO'dan aldıkları puan ortalamalarının Kruskal-Wallis testine göre değerlendirilmesi.....	32
18.	Tablo 18: Katılımcıların yaşam şekline göre travma sonrası stres bozukluğu yaşama durumlarının Ki-Kare testi(PearsonChi-Square)'ne göre değerlendirilmesi.....	32
19.	Tablo 19: Örneklemin eğitim düzeylerine göre SDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının Mann-WhitneyUtestine göre değerlendirilmesi.....	33

20. Tablo 20: Katılımcıların eğitim düzeylerine göre DASO'dan aldıkları puan ortalamalarının Mann-Whitney U testine göre yorumlanması.....	33
21. Tablo 21: Örneklem grubunun eğitim düzeyi ile travma sonrası stres bozukluğu yaşama durumu arasındaki ilişkinin Ki-Kare testine (Fisher's Exact Test) göre değerlendirilmesi.....	34
22. Tablo 22: Çalışma durumuna göre SDÖ'den alınan puan ortalamalarının Kruskal-Wallis testine göre yorumlanması.....	34
23. Tablo 23: Çalışma durumuna göre DASO'dan alınan puan ortalamalarının Kruskal-Wallis testine göre yorumlanması	35
24. Tablo 24: Çalışma durumu ile travma sonrası stres bozukluğu gelişimi arasındaki ilişkinin Ki-Kare testine (Pearson Chi-Square) göre değerlendirilmesi.....	35
25. Tablo 25: Tanı tipi ve SDÖ'den alınan puan arasındaki ilişkinin Mann-Whitney U testine göre yorumlanması.....	36
26. Tablo 26: Tanı tipi ve DASO'dan alınan puan arasındaki ilişkinin Mann-Whitney U testine göre yorumlanması.....	36
27. Tablo 27: Tanı tipine göre travma sonrası stres bozukluğu gelişiminin Ki-Kare testine (Continuity Correction) göre değerlendirilmesi.....	37
28. Tablo 28: Tanı süresi ile algılanan sosyal destek düzeyi arasındaki ilişkinin Mann-Whitney U testine göre yorumlanması.....	37
29. Tablo 29: Tanı süresi ile depresyon anksiyete ve stres düzeyi arasındaki ilişkinin Mann-Whitney U testine göre değerlendirilmesi.....	38
30. Tablo 30: Örneklem grubunun tanı süresi ile travma sonrası stres bozukluğu gelişimi arasındaki ilişkinin Ki-Kare testine (Fisher's Exact Test) göre değerlendirilmesi.....	38
31. Tablo 31: Tedavi şekli ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin Mann-Whitney U testine göre değerlendirilmesi.....	39
32. Tablo 32: Tedavi şekli ile DASO'dan alınan puan ortalamalarının Mann-Whitney U testine göre yorumlanması.....	39
33. Tablo 33: Alınan tedavi süresi ile travma sonrası stres bozukluğu gelişimi arasındaki ilişkinin Ki-Kare testine (Continuity Correction) göre değerlendirilmesi.....	40
34. Tablo 34: Katılımcıların psikiyatrik ilaç kullanma durumlarına göre SDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının Mann-Whitney U testine göre değerlendirilmesi.....	40
35. Tablo 35: Örneklem grubunun psikiyatrik ilaç kullanıp kullanmama durumuna göre DASO'dan aldıkları puan ortalamalarının Mann-Whitney U testine göre dağılımı.....	41
36. Tablo 36: Katılımcıların psikiyatrik ilaç kullanma durumuna göre travma sonrası stres bozukluğu gelişiminin Ki-Kare testine (Fisher's Exact Test) göre değerlendirilmesi.....	41
37. Tablo 37: Travma sonrası stres bozukluğu gelişimi ile algılanan sosyal destek, depresyon, anksiyete ve stres ilişkisinin Mann-Whitney U testine göre değerlendirilmesi.....	42

38. Tablo 38: Katılımcıların SDÖ ve DASO'dan aldıkları puan arasındaki ilişki düzeyinin Spearman Korelasyona göre analizi.....	43
--	----

ŞEKİLLER

1. Şekil 1: Örneklemin travma sonrası stres bozukluğu dağılım tablosu.....25

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, geç tanı konulduğunda ve tedavi edilmediğinde büyük oranda ölüme yol açan önemli bir sağlık problemidir. Gelişmiş ülkelerde %25, Dünyada ise yaklaşık %10 civarında kanser ölümlerine sonuculanmaktadır ve yaşamı tehdit eden kronik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Aydoğan ve ark., 2012).

Kronik hastalıklar DSM-5'te travmatik yaşantılar olarak değerlendirilmektedir. Travmanın kişinin yaşam bütünlüğünü tehdit eden olaylar olarak tanımlandığı düşünüldüğünde kanser, kronik, yaşamı tehdit eden ve bireyin kendisini çaresiz ve korku içinde hissettiği bir durum olarak görülebilir (Amir ve Ramati, 2002).

Kanser tanısı nedeniyle geçirilen operasyonların, tedavide uygulanan kemoterapi ilaçlarının ve radyoterapinin yan etkilerine, çoğunlukla psikolojik rahatsızlıklar da eşlik etmektedir.

Avcı ve Doğan kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada, TSSB görülme oranını %52 olarak saptamışlardır (Avcı ve Doğan, 2014).

Depresyonun kanser hastalarında görülme oranı % 4,5-58,0 arasında bulunurken (Seven, 2013) anksiyetenin kanser hastalarındaki insidansı %50'nin üzerindedir ve yaklaşık %30 kanser hastası kronik anksiyete yaşamaktadır (Alacacıoğlu, 2007). Yapılan araştırmalar kanser hastalarında, uygulanan tedavilerin, tedavinin yan etkilerinin, ölümün çok yakında olacağını düşünmenin, yaşama ve tedaviye dair belirsizliklerin başlıca stres kaynakları olduğunu göstermektedir (Aker ve ark., 2008).

Hastalığa psikolojik faktörlerin de eşlik etmesi, kişinin tedaviye uyum sürecini ve hayat kalitesini negatif yönde etkilemektedir (Seven ve ark. 2013). Bu sebeple tıbbi tedavinin yanı sıra, hastanın psiko-sosyal destek de alması, tedavi açısından önemli görülmektedir (Berard 2001).

Algılanan sosyal destek ile psikopatolojiler arasındaki ilişki ile ilgili yapılan araştırmalara dayanarak (Aksüllü ve Doğan, 2004; Allen, Ciambone ve Welch, 2000; Baltaş, 2001; Sorias 1988) sosyal destek sistemleri iyi olan bireylerde daha az psikopatoloji geliştiği görülmektedir. Cobb, sosyal desteğin hastayı tedavide tuttuğunu ve hastanın tedaviye uyumunu güçlendirdiğini savunmuştur (Cobb, 1976).

Bu çalışmada, kanser tanısı alan kişilerde meydana gelen ruhsal durumun boyutlarını tespit etmek, sosyal desteğin psikopatolojiler üzerinde oluşturduğu etkiyi incelemek ve bu konuda yapılacak olan diğer araştırmalara yönelik bilimsel çalışmalara katkı sağlamak amaçlanmaktadır.

Çalışma kanser tanısı almış, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi onkoloji servisinde tedaviye devam etmekte olan, 50 yetişkin kişiyle birebir görüşmeler yapılarak yürütülmüştür. Araştırmada, TSSB varlığını tespit etmek amacıyla ‘Travma Sonrası Stres Bozukluğu Soru Formu (SCID I)’ araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Katılımcıların algılanan sosyal destek düzeyini belirlemek amacıyla ‘Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (SDÖ)’, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini belirlemek için ise ‘Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASO)’ kullanılmıştır.

1.1. Kanser Genel Bilgi

Kanser uzun yıllar önce de var olan ancak yaşam süresinin uzamasıyla daha çok karşımıza çıkan bir hastalıktır. Bunun yanında, artan nüfusla beraber kansere yakalanan kişi sayısında da bir artış görülmektedir. Bu demografik değişimler göz önünde bulundurulduğunda 2030 yılında, yılda 26,4 milyon yeni kanser vakası ve 17,0 milyon kanser ölümü olabileceği tahmin edilmektedir (WHO, 2008).

Kanser ile ilgili farklı tanımlamalar yapılmıştır. Platin göre kanser, hücrelerin kontrol dışı büyümesi ve anormal şekilde vücuda yayılması ile gerçekleşen bir hastalıktır (Platin’den aktaran Aslan, 2006). Hersh kanseri ‘bedenin kendi kendisini yok etmesi’ şeklinde tanımlamıştır. Bilge ve Çam ise kanseri, hayat üzerindeki kontrolün olmadığı kronik bir hastalık olarak ifade etmişlerdir (Bilge ve Çam, 2008).

Kanser hastaları, tedavinin ve hastalığın zorluğu kadar maddi ve manevi zorluklarla da karşılaşmaktadır. Hastalıktan dolayı sağlığın kaybı ve fiziksel bütünlüğün bozulması en çok karşılaşılan kayıplardır. Kişi günlük aktivitelerini yerine getirmede de kayıplar yaşayabilir (öz bakım eksikliği, iş kaybı vb.). Tedavi masrafları veya işten ayrılma gibi maddi kayıplar ortaya çıkabilir. Bu kayıpların ardından kişide görülen tepkiler; öfke, anksiyete, suçluluk, su istimal, depresyon, içe çekilme, bağımlılık ve psikozdur (Ulutin, 2006).

Kanser tanısı alan bir kişide en çok görülen tepki ise ‘öfke’dir. Aslında gerçekte hastalığa karşı oluşan tepkinin doktorlara, sağlık personeline ve yakın çevreye yansıtılması söz konusudur. Suçluluk duygusu da yine sık görülen tepkiler arasındadır. Kişi bu hastalığa yakalandığı için kendisinin bir hata yapmış olabileceğini düşünüp suçlu hissetmeye başlayabilir ve hastalığını bir cezalandırma olarak algılayabilir (Ulutin, 2006).

1.1.1. Kanser Epidemiyolojisi

Gelişmiş ülkelerdeki istatistiklere göre kanser, kalp hastalıklarından sonra ölümle sonuçlanan hastalıklar arasında ikinci sırada yer almaktadır ve bütün ölümlerin % 22,3’ü kanserden kaynaklanmaktadır (Onur’dan aktaran Aslan, 2006).

Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu, 2008 yılında Dünya genelindeki kanser oranını 12,4 milyon yeni kanser vakası, 7,6 kanser kaynaklı ölüm ve 28 milyon kişinin kanser hastası olduğunu rapor etmiştir. Yeni vakaların yarıdan fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün raporuna göre akciğer kanseri en çok görülen kanser türü ve en çok ölüme neden olan kanser türü iken; kadınlarda en yaygın kanser türü ve en çok ölümlle sonuçlanan kanser türü ise meme kanseri olarak bildirilmiştir (WHO, 2008).

1.1.2.Kanserin Etiyolojisi

Kanserin nedenleri arasında hücre çoğalmasını kontrol eden genlerde çevresel veya kişiye ait (ailevi kanserler) sebeplerden dolayı oluşan mutasyonlar, çevresel etkenler (sigara içmek, alkol kullanımı, obezite, hareketsizlik, hava kirliliği, geç ya da az sayıda çocuk sahibi olmak, yeterince emzirmemek), bazı virüsler ve X ışınları gösterilebilir (WHO, 2014).

1.1.3. En Yaygın Kanser Türleri ve Kanserin Cinsiyetlere Göre Dağılımları

Türkiye'de Halk Sağlığı Kurumunun Kanser kayıtlarına göre 2008 sonu itibariyle Türkiye'de erkeklerde yüz binde yaklaşık 280, kadınlarda yaklaşık 172 olarak hesaplanmıştır. Bu veriler ülkemizde her yıl yeni 170 bin kanser teşhisi konulduğunu göstermektedir. Bu kanserlerin 2/3'ünü erkekler, 1/3'ünü kadınlar oluşturmaktadır. Bu oran Dünya oranları ile de paralellik göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'nın (IARC) raporlarına bakıldığında Dünya kanser insidansı erkeklerde yüz binde 202, kadınlarda ise 164'tür.

Türkiye'de 1965-1996 yılları arasında erkeklerde akciğer ve prostat; her iki cinsiyette bağırsak, rektum, lenfatik ve hematopietik doku kanserleri seneler içinde artış göstermiştir (Şengelen, 2002). Sağlık Bakanlığı'nın 2008 yılında cinsiyetlere göre kanser insidans dağılım verilerine göre erkeklerde en sık görülen kanser türleri arasında akciğer (yüz binde 69. 2), prostat (yüz binde 37.6), mesane (yüz binde 21.7), kolorektal (yüz binde 20.8); kadınlarda en sık görülen kanser türleri ise, meme (yüz binde 40.7), tiroid (yüz binde 16.2), kolorektal (yüz binde 13,2) ve uterin korpus (yüz binde 8,6) olarak bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2008).

1.1.4. Kanser Tedavisi

Kanser tedavisi cerrahi müdahale, kemoterapi ve radyoterapiden oluşmaktadır. Kemoterapinin bireylerde görülen yan etkileri alınan ilaçlara göre değişkenlik göstermekle beraber bunlar; bulantı, kusma, iştahta azalma, saç dökülmesi, mukozit, cilt rahatsızlıkları, uyku problemleri, nörolojik problemler, ağrı, halsizlik, yorgunluk ve cinsel problemlerdir. Kanser hastaları kanser tedavisinin yan etkilerinden dolayı birçok sorun yaşamaktadır (Aslan, 2006). Bununla beraber fiziksel semptomlara psikolojik belirtiler de eşlik edebilmektedir. Bu durum kişinin tedaviye uyum sürecini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Seven ve ark. 2013).

Özkan'a göre kanser hastalarının tedaviye uyumunda rol alan tıbbi, psikolojik ve psikososyal faktörler vardır. Bunlar:

- Hastalığın tuttuğu organ, kanserin türü, belirtileri ve bulguları, hastalığın seyri, kişinin medikal hastalıklara karşı algı, deneyim ve düşünceleri
- Kansere yakalanma yaşı,
- Hastanın sosyal destek sistemleri
- Hastalığa ilişkin kültürel ve sosyal tutumlar
- Hastanın fiziksel ve psikolojik özellikleri, mizaç yapısı ve başa çıkma becerileridir.

Hastalığın fiziksel şiddetinin ve ruhsal durumun tedaviye olan etkisinin bilinmesi, kişinin tedaviye uyum sürecini ve yaşam kalitesini artırmaktadır. Bu nedenle tıbbi tedavinin yanı sıra hastanın psiko-sosyal destek de alması tedavi açısından önemlidir (Berard'dan aktaran Aydoğan, 2012). Ayrıca hastanede çalışan hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler bakım verdikleri hastaların anksiyete ve depresyon belirtilerinin farkında olmalı ve hastalık daha çok ilerlemeden bu sorunların ele alınmasını sağlamalıdır (Kelleci ve ark., 2009).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre kanser tedavisi gören kişilere palyatif bakımın sağlanması önemlidir. Palyatif bakımın amacı, yaşamı tehlikeye sokan bir rahatsızlıkla karşılaşan kişiye ve ailesine fiziksel, psikososyal ve manevi konularda destek sağlayarak yaşam kalitelerini artırmaktır. Kanser tanı ve tedavi aşamasında karşılaşılan problemler tam olarak ortadan kaldırılamadığı için, kişileri semptomlarla baş edebilir hale getirmek önerilmektedir (Tuncer, 2009).

1.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

1.2.1. Travmanın Tanımı

Travma, kişinin ruhsal ve bedensel sağlığını önemli ölçüde tehdit eden, sarsan ve yaralayan olayların tümü şeklinde ifade edilebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Ruhsal travma olarak tanımlanabilecek engellenme ve çatışmaların büyük çoğunluğu yaşam içerisinde kaçınılmazdır ve benliğin gelişiminde, olgunlaşmasında bunların zorunlu yeri vardır. Benlik gücü engellemelerle karşılaşarak dayanma gücü geliştirir. Ancak her engelleme ve çatışma benlik gelişiminde olumlu izler bırakmaz. Bunlardan bazıları örseleyici nitelikte olabilmektedir. Bu durum, benliğin gelişmesini bozan, saptıran, yavaşlatan, durduran ya da geriletken süreçlerdir. Burada benlik, üstesinden gelemeyeceği ve kaldıramayacağı uyarılarla karşı karşıyadır (Aker ve ark.,2002).

Travmalara psikolojik yanıtlarla ilgili ilk çalışma Kanada'da 1957 yılında Tyhurst tarafından yapılmıştır. Yaşanan iki büyük yangın afetini değerlendirerek mağdurların davranışlarını dört grupta değerlendirmiştir. Mağdurların %5-12'si bilinç durumunu koruyarak

durumu gereğince değerlendirebilmiş, plan yapabilmiş ve uygulayabilmişlerdir. % 75'i normal reaksiyon olarak tanımlanabilecek, dikkat problemi, otonom refleks ve davranış göstermiştir. %10-25'i konfüzyon, paraliz, hareket edememe, ağlama ya da bağırma gibi uygun olmayan yanıtlar vermiştir. % 1-2'si ise psikotik reaksiyon göstermiştir (McFarlande'den aktaran Aker ve ark., 2002).

1.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tanımı

Travma sonrası stres bozukluğu psikolojik travmalardan sonra en sık karşılaşılan bir hastalıktır (Aker ve ark. , 2002). TSSB, bireyin yaşamını tehlikeye sokan bir olay (şiddet, tecavüz, kaza, doğal afet) sırasında yoğun bir korku ve çaresizlik yaşaması ve olayın sonlanmasının ardından, yaşanan yoğun kaygı ve stres belirtilerinin devam etmesi ile süre giden ruhsal bir bozukluktur (Yıldırım ve Tosun, 2012).

1.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun Klinik Açıklaması

DSM-5'e göre TSSB tanısını koyabilmek için şu kriterler değerlendirilir (Diagnostic and Statistial Manuel of Mental Disorder; American Psychological Association, 2013):

- A. Aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümlerle, ağır yaralanmayla karşılaşmış olma ya da cinsel saldırıya uğramış olma:
- 1) Doğrudan travmatik olay yaşama.
 - 2) Başkalarının başına gelen olayı, doğrudan doğruya görme (tanıklık etme).
 - 3) Bir aile yakınımın ya da yakın bir arkadaşımın başına travmatik olay geldiğini öğrenme. Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır.
 - 4) Travmatik olayın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı düzeyde karşı karşıya kalma.
- B. Travmatik olaydan sonra başlayan, örseleyici olaya ilişkin istenç dışı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin ya da daha çoğunun varlığı;
- 1) Travmatik olayların yineleyici, istemsiz ve istençdışı gelen sıkıntı veren anıları.
 - 2) İçeriği veya duygulanımı örseleyici olaylarla ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler.
 - 3) Kişinin travmatik olay yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözümlenme (dissosiyasyon) tepkileri.
 - 4) Travmatik olayı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama.
 - 5) Travmatik olayı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme.

- C. Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla belirli, travmatik olaydan sonra ortaya çıkan, travmatik olaya ilişkin uyarılardan sürekli bir biçimde kaçınma:
- 1) Travmatik olayla ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.
 - 2) Travmatik olayla ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesnelere, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.
- D. Aşağıdakilerden ikisinin ya da daha çoğunun olmasıyla belirli, travmatik olayın ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olaya ilişkin bilişlerde ve duygu durumunda olumsuz değişiklikler olması:
- 1) Travmatik olayın önemli bir bölümünü anımsayamama (özellikle dissosiyatif amneziye bağlıdır).
 - 2) Kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler.
 - 3) Travmatik olayın nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren, çarpık bilişler.
 - 4) Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum.
 - 5) Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımında belirgin azalma.
 - 6) Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları.
 - 7) Sürekli bir biçimde, olumlu duygular yaşayamama
- E. Aşağıdakilerden ikisi ya da daha fazlası ile belirli, travmatik olayın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, travmatik olayla ilintili uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklik olması:
- 1) İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları.
 - 2) Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar veren davranışlarda bulunma.
 - 3) Her an tetikte olma.
 - 4) Abartılı irkilme tepkisi gösterme.
 - 5) Odaklanma güçlükleri
 - 6) Uyku bozukluğu
- F. Bu bozukluğun süresi (B, C, D, ve E tanı ölçütleri) bir aydan daha uzundur.
- G. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- H. Bu bozukluk bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

1.2.4. DSM-IV ve DSM-5 Arasındaki Farklılıklar

Travma sonrası stres bozukluğu, DSM-IV'te Anksiyete Bozuklukları başlığı altında değerlendirilirken, DSM-5'te Travma ve Stresle İlişkili Bozukluklar içerisinde değerlendirilmektedir. DSM-IV'te travmanın tanımı, ölüm, ciddi yaralanma, kişinin kendisinin veya başkalarının fiziksel bütünlüğüne karşı bir tehdit algılaması olarak tanımlanmıştır. DSM-5'te ise travma, kişinin, olayı kendisinin yaşaması ya da tanık olması şeklinde ifade edilmiştir. DSM-IV, kişinin travmatik olaya tepkisini yoğun bir çaresizlik, korku ya da dehşet içermesi olarak ifade ederken DSM-5, kişinin tepkisini dikkate almamaktadır.

A kriterinin tanımlanması, travmatik bir olay ile travma niteliği taşımayan ancak kişide strese neden olan olayların birbirinden ayrılması için yapılmıştır. Ayrıca korku, çaresizlik ya da dehşete düşme duyguları yaşamayan bir kişi de bu kapsamda değerlendirilmekte ve DSM-IV'e göre daha detaylandırılmaktadır. DSM-5'te 'kendinin ve başkalarının fiziksel bütünlüğü' maddesindeki belirsizlik kaldırılmış ve A kriterinde cinsel şiddet ifadesine yer verilmiştir (Şar, 2010).

B kriteri 'travmatik olayı yeniden yaşantılama'yı konu almaktadır. Bu belirtiler DSM-5'te travmatik olayın inatçı bir biçimde yeniden yaşantılanması olarak belirtilmiştir. Bu istemsiz sıkıntı veren anılar, depresif yinelemelerden (ruminasyonlar) ayırt edilmiştir (B1), ve flaşbeklerin disosiyatif yaşantılar olduğu (B3) vurgulanmıştır (Şar, 2010).

C kriteri 'uyaranlardan kaçınmayı' ifade etmektedir. Önemli etkinliklere katılma ya da ilgi duymada azalma, başkalarından uzaklaşma ya da yabancılaşma, duygu yelpazesinde kısıtlılık, geleceğin olmadığı hissi DSM-IV'te C kriterinde yer alırken DSM-5'te ise D kriterinde yer almaktadır. (Şar, 2010).

DSM-5'in D kriterinde, disosiyatif amnezinin daha özgül bir tanımı yapılmıştır (D1). Travmatik olayla ilgili kendini suçlamayı konu alan (D3) maddesi ve korku, çaresizlik, dehşet ötesinde daha geniş duygu yelpazesini tanımlayan (D4) maddesi eklenmiştir (Şar, 2010).

Öfkeli duygular DSM-IV'te D kriterinde ifade edilirken DSM-5'te E kriterinde tanımlanmıştır. Agresif duygulara ve kendine zarar verici davranışlara ilk defa yer verilmiştir (Şar, 2010).

1.2.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Belirtileri

Travmatik bir olaydan sonra TSSB belirtileri üç başlıkta değerlendirilir. Bunlar; (a) travmatik olayın yeniden yaşantılanması, (b) travmayı hatırlatan bütün uyaranlardan kaçınma ve sosyal içe çekilme, (c) aşırı uyarılmışlık hali ve sakinleşememedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Travmayı yeniden yaşantılama duygu, düşünce ve fizyolojik yanıtlar ile kendisini gösterir. Bilişsel yeniden yaşantılama, travma ile ilgili tekrarlayan imajları, düşünceleri,

kabusları ve yeniden yaşantılamayı (flashback) içerir. Duygusal yeniden yaşantılama ise kaygı, öfke ve davranışsal huzursuzluk olarak ifade edilir. Davranışsal yeniden yaşantılamada travma anında yaşanan agresif dürtülerin yeniden yaşantılanması sonucunda çevreye gösterilen öfke söz konusudur. Fizyolojik duyarlılık şeklindeki yeniden yaşantılamada ise kişide fizyolojik semptomlar kendisini gösterir. Bunlar: uykusuzluk, konsantrasyon güçlüğü, baş ağrısı, gastrointestinal yakınmaları ve taşikardi olarak sıralanabilir. Kaçınma, travmatik olaya ilişkin, düşüncelerden, duygulardan, konuşmalardan, yerlerden, insanlardan, etkinliklerden ve anılardan kaçınmayı içerir. Kaçınma kişiyi travmatik olayların etkisinden korur (Aker ve ark., 2002).

1.2.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Toplumda travmaya uğrayan kişilerin sayısı bilinmemekle beraber TSSB'nin yaşam boyu yaygınlık oranı %1-14 arasında değişmektedir. TSSB'nin görülme sıklığı yaşanan olaya ve etkilenme düzeyine göre farklılık göstermektedir (Oflaz ve ark., 2010).

Cinsiyete göre yaşanan travmatik olayın tipinin farklılıklar gösterdiğine dair bazı çalışmalar yapılmıştır. Örneğin, Kessler ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erkeklerde TSSB'nin en sık sebebi savaş, beklenmedik ölüm veya ciddi yaralanmalar iken, kadınlarda TSSB'nin en sık sebebinin tecavüz ve cinsel saldırılar olduğu saptanmıştır. Kadınlarda tecavüz sonrası TSSB gelişimi %48,4 iken, erkeklerde beklenmedik ölüm veya ciddi yaralanma sonrası TSSB gelişimi %10,4'tür (Kessler ve ark., 1995).

1.2.7. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Etiyolojisi

Travmatik bir olayın var olması TSSB'nin ortaya çıkmasında tek başına etken değildir. Hastalığın ortaya çıkışını birden fazla etmenin belirlediği düşünülmektedir. Travmaya maruz kalan kişilerin hepsinde TSSB ortaya çıkmamaktadır. Stres, TSSB'nin ortaya çıkmasında rol oynayan etkenlerden biridir. Yaşanan olayın kişi için öznel bir anlamı olması da önemli faktörlerdendir (Güven, 2010). TSSB'nin ortaya çıkışını travmatik olay öncesi yatkınlık ve travma sürecindeki çevresel faktörler de belirlemektedir. Davidson' a göre (1993) ağır travmatik olaylarda travmaya ilişkin faktörler TSSB'ye neden olurken, daha hafif travmatik yaşantılarda ise bireysel faktörler TSSB belirtilerinin ortaya çıkışını belirler (Kılıç ve ark., 1999). Öztürk ve Uluşahin'e göre TSSB gelişimindeki risk etkenleri: travma öncesi etkenler, kadın cinsiyet, geçmiş travma ve ruhsal hastalık öyküsü, travmanın algılanan şiddeti, travma nedeni ile olan kayıplar, hatalı baş etme yöntemleri ve sosyal destek azlığıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

1.2.8. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tedavisi

TSSB'de tedavi yöntemi, hastanın ihtiyaçlarının, sosyal destek sistemlerinin varlığının ve kültürel faktörlerin değerlendirilmesi ile belirlenmelidir (Aker, 2000).

Kriz durumlarında, bireylerin psikolojik olarak korunması için ilk yapılması gereken şey fiziksel ortamın düzenlenmesidir. Tedavide esas amaç kişinin anksiyetesini kontrol edebilmesi ve normal işlevselliğine dönmesini sağlamaktır (Erol ve Öner, 1999).

TSSB tedavisinde farmakolojik tedaviler ve çeşitli psikoterapi yaklaşımları kullanılmaktadır. Belirtilerin şiddetli olmadığı durumlarda öncelikle psikoterapi, daha şiddetli olduğu durumlarda ilaç ve psikoterapinin birlikte uygulanması gerekmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

1.2.8.1. İlaç Tedavileri

İlaç tedavisinin amacı uykuyu düzenlemek, zorlayıcı düşünceleri ve kabusları azaltmak, aşırı uyarılmayı azaltmak, depresyonu düzeltmek, kendine zarar verme davranışını azaltmak, disosiyatif ve psikotik belirtileri yatıştırmaktır (Öztürk ve Uluşahin, 2011). İlaç tedavilerinde genellikle antidepresanlardan iyi sonuçlar alınmaktadır. Tedavi akut TSSB için 6-12 ay, kronik TSSB için ise 12-24 ay sürmelidir (Aker, 2000).

1.2.8.2. Psikoterapi

Bilişsel davranışçı terapide kullanılan gevşeme ve nefes egzersizleri, anksiyete ile baş etme yöntemleri ve maruz bırakma tekniği en yaygın kullanılan psikoterapötik yöntemleridir.

Bu tekniklerin kullanılmasının esas amacı, travmaya maruz kalan kişiyi, sistematik bir şekilde yüz yüze getirerek anksiyete ile başa çıkma yöntemlerini öğretmek, kaçınma davranışlarını ortadan kaldırmak ve kontrol duygusunu yeniden kazandırmaktır (Güven, 2010).

1.2.9. Kanser ve Travma İlişkisi

Travmatik olaylar, kişinin yaşan bütünlüğünü tehlikeye sokan olaylar olarak tanımlanmaktadır. DSM-5 tanı ölçütlerinde, yaşamı tehdit eden hastalıklar da TSSB başlığı altında değerlendirilmektedir. Bu açıdan bakıldığında kanser, TSSB'ye yol açabilme potansiyeli olan travmatik bir olay olarak tanımlanabilir (Güleç, 2011).

Amir ve Ramati (2002) kanseri kronik, yaşamı tehdit eden ve bireyin kendisini çaresiz ve korku içinde hissettiği bir durum olarak tanımlamışlardır. Bu nedenle de kanser hastalığını travmatik bir olay olarak yorumlamışlardır.

Tokgöz ve arkadaşları yaptıkları çalışmada kanser hastalarında TSSB yaygınlığını %19 olarak saptamışlardır. Ayrıca kemoterapi alan hastalarda, almayanlara göre daha yüksek oranda TSSB gözlenmiştir. (Tokgöz, 2008).

1.3. Sosyal destek

1.3.1. Sosyal Destek Tanımı ve İşlevleri

Sosyal desteğin ruhsal ve fiziksel sağlık üzerinde koruyucu ve olumlu bir etkiye sahip olduğunu gösteren birçok araştırma yapılmıştır (Eker, 2010). Bu araştırmaların amacı, sosyal desteğin kişiyi psikolojik ve fiziksel semptomlara karşı koruduğunu göstermektir (Cohen ve Wills, 1985).

Kaplan ve Kullilea sosyal desteği, kişilerin kısa süreli krizlerin, yaşam dönemlerinin ve stresin üstesinden gelmek için çevresiyle kurduğu bağ olarak ifade etmiştir (Kaner, 2004).

Sosyal destek; zor bir durumda olan kişinin aile, arkadaş, komşular ve kurumlar tarafından fiziksel ve ruhsal olarak desteklenmesi olarak tanımlanabilir. Sosyal destek, kişilerin sevgi, bağlılık, öz saygı ve bir gruba ait olma gibi temel ihtiyaçlarını karşılayarak bireylerin psikolojik ve fiziksel sağlığını pozitif yönde etkilemektedir (Aksüllü ve Doğan, 2004).

Sosyal açıdan destekleyici çevreler, kişinin duygularını paylaşmasını önemserler. Kişilerin ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla sosyal rolleri yerine getirirler ve hayattaki değişikliklere adapte olabilmelerine yardımcı olurlar (Pearson'dan aktaran Kaner, 2004).

Allen ve arkadaşlarına göre, sosyal destek ağları, kişinin kronik hastalığa uyum sağlama sürecini kolaylaştırmakta, sağlığı üzerine olumlu etki oluşturmakta ve hastanın morali ve başa çıkma metotları üzerinde pozitif etki oluşturmaktadır (Allen, Ciambrone ve Welch, 2000).

Baltaş'a göre (2000) sosyal destekler, stresi tamamen ortadan kaldırmasa bile bireylerin kaygı seviyelerinin azalmasına, daha pozitif olmasına, zor durumlarla başa çıkmada yeni çözümler üretebilmesine ve çaresizlik duygusunun azalmasına sebep olur (Baltaş'dan aktaran Kaner, 2004).

Thoits sosyal desteği, kişinin stresle başa çıkma çabasına değer verdiği kişilerin de bu çabaya eşlik etmesi olarak tanımlamıştır. Sosyal destek, kişinin emosyonel tepkisinin değişmesine katkıda bulunarak etkili bir başa çıkma yöntemi olarak söylenebilir (Sorias 1988).

Ancak araştırmalar sosyal desteğin her zaman olumlu bir etkiye sahip olmadığını, bazen güçlü bir sosyal desteğin ters etki oluşturarak diğer sosyal destekleri engelleyebildiğini göstermektedir. Bu nedenle kişinin hissettiği ve algıladığı desteğin, kişi için faydalı olup olmadığı önem taşımaktadır (Aksüllü ve Doğan, 2004).

Son yıllarda sosyal destek ile ilgili yapılan çalışmalarda, sosyal destek sistemlerinin yeterli olup olmadığı, kişinin algıladığı sosyal destek ile ilgili olduğu belirtilmiştir (Eker, 2010).

Literatürde sosyal destek kavramı algılanan ve alınan sosyal destek olarak ikiye ayrılmaktadır. Algılanan sosyal destek, kişinin ihtiyacı olduğu zaman sosyal kaynaklarının var olması demektir ve bu durum kişisel bakış açısı ile belirlenir. Ruhsal sağlık açısından algılanan

sosyal destek, alınan sosyal destekten daha iyileştiricidir. Stoke'ye göre kişilerarası farklılığa neden olan şey, kişilerin bir durumu algılama biçimidir. İnsanların kendilerini ne derecede desteklenmemiş, önemsenmemiş ve yalnız hissetmeleri bu farklılığı belirleyici unsurlardır (Stoke, 1985). Sorias'a algılanan sosyal desteği, sosyal ağlarının yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin genel izlenimi olarak ifade etmiştir (Sorias, 1988b).

Coşkun ve Akkaş'a göre sosyal desteğin işlevleri: 1) Kişiye ihtiyacını karşılayarak duygusal rahatlık verir. 2) Kişiye, sorunlarıyla ilgili rehberlik ederler ve başa çıkma stratejileri sunar. 3) Kişiye, kendisini geliştirecek geribildirimler sunarak gelişimini destekler. 4) Günlük hayatta ve kriz anlarında iletişim halinde bulunarak onları, stresin negatif etkilerine karşı korur (Coşkun ve Akkaş, 2009).

1.3.2. Bireylerin Kansere Baş Etme Stratejileri ve Sosyal Desteğin Stresle Başa Çıkmadaki Etkisi

Kişiler, kanserin türüne ve aşamalarına göre farklı tür baş etme stratejileri kullanırlar. Örneğin; kişinin tanı sürecinde, hastalığını kabullenmek istememesi ve hastalığın ileriki aşamalarında stresli olaylar karşısında kaçınma stratejileri kullanmamaları bu süreçte onları iyileştirir (Tokai, 1995).

Literatürdeki araştırmalar baş etme stratejileri ile kaygı ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Etkili olmayan baş etme stratejilerini kullanan kişilerde, depresyon ve anksiyete seviyesi artarken, sosyal destekten yarar sağlayan kişilerde, depresyon ve kaygı seviyesi daha düşük görülmüştür (Costanzo ve ark., 2006).

Sosyal desteğin kişiyi, stresin olumsuz etkilerine ve hastalığa karşı nasıl koruduğunu açıklayan Cohen ve Wills'in öne sürdüğü iki teori vardır (Cohen ve Wills, 1985) :

1.3.2.1. Tampon Etkisi Modeli (Buffering Effect Model)

Kişinin kendisini zorlayan olaylar karşısında gösterecek uygun bir tepkisi yoksa stres ortaya çıkar. Bu esnada kişinin, problem çözme becerisi zorlanır. Araştırmalar stres ile hastalık arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Stres, kişinin bağışıklık sistemini olumsuz etkileyip sağlık problemlerine neden olabilmektedir. Stres ve hastalık arasında sosyal desteğin iki rolü vardır. Birincisinde birey, stresli bir durumda iken gerekli sosyal destek kaynaklarına ulaşabileceğini algılar ve stresin, kişide yaratacağı olası zararlar azalmış olur. Böylece kişi, kendi başa çıkma becerilerini yeniden değerlendirerek stresi önleyebilir veya azaltabilir. İkincisinde ise sosyal destek sistemleri probleme çözüm getirerek, problemin algılanan önemini azaltırlar. Böylece kişilerin, stresörleri yeniden değerlendirmesini sağlayarak, onların strese karşı duyarlılıklarını azaltırlar ve sağlıklı davranışın gelişmesine katkıda bulunurlar. Kısaca sosyal destek, stresli durumlarda kişinin, uyum sağlamasını ve stresle baş edebilmesini

kolaylaştırarak, stresin olumsuz etkilerini azaltarak bir tampon görevi görmektedir (Cohen ve Wills, 1985).

1.3.2.2. Ana Etki Modeli (Main Effect Model)

Ana etki modeli, sosyal desteğin kişiyi, stres altında iken ya da değilken koruduğunu savunmaktadır. Her koşulda sosyal desteğin olmasının, birey üzerinde pozitif etki yaratacağını ifade eder. Bu modele göre, sosyal destek ile sağlık arasında anlamlı bir ilişki vardır. Sosyal destek, kişinin fiziksel sağlığı üzerinde olumlu etki oluşturarak kendisini daha iyi hissetmesini sağlar (Cohen ve Wills, 1985).

1.4. Depresyon

1.4.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon diğer bir adıyla çökkünlük, üzüntü duygusuyla birlikte düşünce, davranış ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama ile seyreden bir sendromdur. Bu sendroma değersizlik, karamsarlık, küçüklük, güçsüzlük ve isteksizlik duyguları ve düşünceleri yoğun bir şekilde eşlik etmektedir (Öztürk, 2011). Depresyon, kişinin yaşama isteğinin ve zevkinin kaybolmasına, gelecek hakkında kötümser ve karamsar düşünmesine, intihar düşüncesi ya da girişiminde bulunmasına ve bazen ölümlerle sonuçlanmasına, uyku, yemek yeme, cinsel istek vb. gibi temel ihtiyaçlarını karşılamada problem yaşamasına neden olan bir hastalıktır (Alper, 2001).

Hamilton ise depresyonu, yaşamsal aktivitede azalma olarak yorumlamıştır. Hamilton'a göre, depresyonda en sık rastlanan üç belirti; depresif duygudurum, ilgi azalması ve anksiyetedir (Hamilton, 1982).

Depresyon, fiziksel ya da ruhsal bir hastalığa bağlı olmaksızın ortaya çıkabilirken, ruhsal ya da fiziksel hastalıklara eşlik de edebilmektedir. Örneğin, mide kanseri, şizofreni, kalp-damar hastalıkları gibi durumlarda, hastalığın yarattığı psikososyal stres etkenleri, endişeler, çaresizlik duyguları sonucu depresyon gelişebilir ve hastalığa ek tanı olarak ortaya çıkabilir (Öztürk, 2011).

1.4.2. Depresyon Belirtileri

Depresyondaki bir kişide, öz bakımda azalma, fiziksel aktivitelerde yavaşlama, alçak sesle ve yavaş konuşma, çevredeki uyaranlara karşı tepkisizlik ve huzursuzluk görülmektedir. Depresyonu olan kişilere göre zaman yavaşlar, gelecek anlamsızlaşır, yalnızlık, çaresizlik, umutsuzluk, pişmanlık ve kendini suçlama gibi düşünceleri yoğundur. Duygusal alanda hüznün, karamsarlık ve acı haricinde hiçbir his kalmaması görülür (Türkçapar, 2013).

1.4.3. Depresyonun Klinik Açıklaması (DSM 5)

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu

belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

- 1) Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. Üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. Ağlamaklı görünür). (**Not:** Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir).
 - 2) Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk alamama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (özel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).
 - 3) Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. Bir ay içinde ağırlığının %5 'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (**Not:** Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)
 - 4) Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
 - 5) Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama, ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
 - 6) Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).
 - 7) Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğundan dolayı kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
 - 8) Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (özel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).
 - 9) Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.
- B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D. Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoafektif bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.
- E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da hipomani dönemi geçirmemiştir.

1.4.4. Depresyonun Epidemiyoloji

ABD’de ruhsal rahatsızlıkların toplumdaki sıklığını tespit etmek amacıyla yürütülen bir çalışmada, 18 yaşından büyük yetişkin nüfusta depresyon için bir aylık sıklık %2.2 iken yaşam boyu sıklık % 5.8 olarak bulunmuştur. Epidemiyolojik çalışmalara topluca bakıldığında Majör Depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı kadınlarda ortalama %10-25 bulunurken, erkeklerde ortalama %5-12 olarak bulunmuştur (Türkçapar, 2013).

Aralarında Türkiye’nin de bulunduğu 14 ülkeyi kapsayan Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre ise depresyon yaşama sıklığı ortalama % 10.4 olarak bulunmuştur. Depresyon kadınlarda en çok 35-45, erkeklerde ise 55 yaş sonrasında görülmektedir. Genellikle depresyon, kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görülmekte ancak son 30-40 yıl içerisinde yapılan araştırmalara göre cinsiyet farklılığının giderek azaldığı tespit edilmiştir (Öztürk, 2011).

1.4.5. Depresyonun Etiyolojisi

Depresyon, tek bir nedene bağlı değildir. Yaşam olayları, kişilik yapısı ve beyindeki kimyasal değişiklikler, depresyona neden olan üç ana etkindir. Depresyonu tetikleyecek yaşam olayları; ev değiştirme, iş değiştirme, sevilen birinin kaybı, önem taşıyan bir ilişkinin bitirilmesi, aile veya diğer insanlarla olan çatışmalar, fiziksel veya ruhsal anlamda tükenme, yalnızlık, çocuk doğumu, çocukların evden ayrılması ve yaşın ilerlemesi olarak sayılabilir. Bütün bu tetikleyicilerin ortak özellikleri kişide, kayıp duygusunu yaratmasıdır. Depresyonun biyolojik tetikleyicileri arasında ise, alkol ve ilaç kullanımı, bedensel hastalıklar, mevsim değişikliği ve yaşın ilerlemesi yer alır (Türkçapar, 2013).

1.4.6. Depresyon Tedavisi

Depresyon varlığını değerlendirmek amacıyla Genel Sağlık Anketi-28, Hamilton Depresyon Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Zung Depresyon Ölçeği, Geriyatrik Depresyon Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve DSM 5 tanı kitabından faydalanılmaktadır (Sertöz ve Mete, 2004). Günümüzde depresyon tedavisinde psikoterapi yaklaşımları, elektrokonvulzif terapi (EKT) ve psikofarmakolojik tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Psikoterapinin amaçları; düşük benlik saygısını artırmak, hastalıkla ilgili yanlış inanışları düzeltmek, hastalıktan kaynaklanan kısıtlamaları kişinin kabul etmesine yardımcı olmak, hastanın sosyal izolasyonunu azaltmak, hastanın kayıp duygusuna eşlik etmek, kaygı ve korkuların ifade edilmesini sağlamaktır. Elektrokonvulzif terapi, ilaç tedavisine yanıtız ve tedaviye dirençli hastalara uygulanmaktadır (Sertöz ve Önen, 2004).

Depresyon tedavisinde biyolojik değişikliklere yönelik birincil uygulanan tedavi yöntemi ilaç ve EKT’dir. Depresyon psikoterapisinde ise birçok tedavi yaklaşımı kullanılmış olup etkinliği gösterilmiş üç psikoterapi türü vardır: Beck’in geliştirdiği bilişsel terapi kuramı, Klerman ve Weisman’ın (Weisman ve Klerman, 1989) kuramı olan kişilerarası terapi yöntemi

ve Lewinshon ve Bellack tarafından geliştirilen davranışçı depresyon tedavisidir (Türkçapar, 2013).

1.5. Anksiyete

1.5.1. Anksiyetenin Tanımı ve Belirtileri

Kaygı ya da anksiyete, dış dünyadan kaynaklanan bir tehlike durumu ya da kişi tarafından tehlikeli algılanan bir durum karşısında yaşanan bir duygudur. Kişi, bir alarm durumundadır ve sanki her an bir şey olacakmış gibi hisseder (Coşkun, 2009). Kişi anksiyete halinde iken çarpıntı, terleme, titreme, soluğun daralması ya da boğulma hissi, göğüs ağrısı, göğüste sıkışma, bulantı ya da karın ağrısı, baş dönmesi, bayılacak gibi olma, üşüme, ateş basması, uyuşmalar, gerçekdışılık, kendine yabancılaşma, çıldırma korkusu ve ölüm korkusu belirtilerini yaşar (DSM-5, 2013). Anksiyete, ajitasyon, konsantrasyonda düşüş, uyku problemleri ve kompulsif davranışlar olarak da kendini gösterir. Bu durum hastadaki var olan ağrı semptomunu daha da artırır (Ulutin, 2006).

1.5.2. Anksiyetenin Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü'nün 25000 yetişkin üzerinde 14 ülkede anksiyete bozuklukları ile ilgili yaptığı çalışmada anksiyete bozukluk prevalansı %10,5 bulunmuştur (WHO, 1996). Yapılan başka bir araştırmaya göre, anksiyete bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı %13.6 ile %28.8 arasındadır. Türkiye Ruh Sağlığı Profiline, kaygı bozukluklarının 12 aylık ortalaması ise %6.7 olarak bildirilmiştir. Kaygı bozuklukları genellikle, erken yaşlarda başlamakta ve 10-25 yaşları arasında daha çok ortaya çıkmaktadır (Öztürk, 2011).

1.5.3. Anksiyetenin Etiyolojisi

Anksiyete bozukluklarının ortaya çıkmasında birden fazla etken rol oynamaktadır. Genetik faktörler, yetiştirme biçimi, koşullanma, inanç ve tutumlar, son dönem stresleri anksiyete bozukluklarının ortaya çıkmasında risk faktörleri olarak söylenebilir (Berksun, 2003).

Sheehann'a göre genetik yatkınlıklar, bilinçaltındaki çatışmalar, şartlanma sonucu öğrenilmiş korkular ve fiziksel hastalıklar kaygıya neden olmaktadır (Sheehann, 1999).

1.5.4. Anksiyetenin Tedavisi

1.5.4.1. Farmakoloji tedavisi

Kaygı giderici ilaçlar (benzodiazepin türevleri), adrenerjik etkiyi kesen ilaçlar ve betablokörler, antidepresanlar, seçici serotonin geri alım önleyicileri, serotonin-noradrenalin geri alım önleyicileri, trisiklik antidepresanlar ve antiepileptik ilaçlar anksiyete tedavisinde günümüzde kullanılan ilaçlardır.

1.5.4.2. Psikoterapi

Gevşeme teknikleri, bilişsel-davranışçı psikoterapiler, destekleyici psikoterapiler, analitik ve psikodinamik psikoterapiler anksiyete tedavisinde kullanılan psikoterapi yaklaşımlarıdır.

1.6. Stres

Kişinin çevreye uyum sağlama dengesi, iç ya da dış etkenler tarafından zorlaştırılırsa, kişi, fiziksel veya psikolojik sınırlarının üzerinde çaba harcamaya başlar. Atkinson'a göre bireylerin fiziksel ve psikolojik olarak olumsuz etkilenmesine neden olan bu duruma stres denir (Atkinson, 1996).

Holmes ve Rahe stresi, kişinin yaşamında değişiklik meydana getiren herhangi bir durum olarak tanımlamışlardır. Hill'e göre stres, kişinin hazır olmadığı kriz yaratan bir durumdur (Kaner, 2004).

1.7. Depresyon, Anksiyete, Stres ve Kanser İlişkisi

Sağlıklı olan bir birey, sağlığın kaybıyla birlikte hasta rolüne girer ve bu rol, kişinin hastalığına özgü anlamlar yüklemesine neden olur. Bunun sonucunda kişinin homeostatik dengesi bozularak duygusal tepkiler ortaya çıkmaya başlar (Blumenfeld ve Tiamson, 2003). Bununla birlikte fiziksel hastalık kişinin özgüvenini, beden imajını, yaşam amaçlarını, kimliğini, ego bütünlüğünü, sosyal, aile ve çevre ilişkilerini olumsuz etkileyerek kişide, depresyon, anksiyete ve stres gibi rahatsızlıkların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Kelleci ve ark., 2009).

Kanser, kişide korku, kaygı, umutsuzluk, çaresizlik, belirsizlik ve ölüm temalı duygu ve düşünceler oluşmasına neden olur. Ayrıca kişinin varlığına ve varoluşuna ilişkin soruları da gündeme getirir. Bu nedenlerden dolayı kanser sadece fiziksel bir rahatsızlık değil, bu hastalığa psikolojik faktörlerin de eşlik ettiği bir hastalıktır (Aydın ve ark., 2012).

Kanser, hastalarının ve ailelerinin hayatını, günlük aktivitelerini, işini, ilişkilerini ve aile rollerini etkileyen çok yönlü bir sağlık problemidir. Bütün bunlar hastanın psikolojik strese girmesine sebep olmakta ve bu stres de depresyon ve kaygı olarak kendisini göstermektedir (Zabalegui ve ark., 2005). Kanser hastalarında en sık görülen ruhsal bozukluk depresyon, ardından da anksiyete bozuklukları gelmektedir. Kanser hastalarında depresyonun görülme oranı % 4,5-58,0 arasında, (Seven ve ark. 2013) anksiyetenin insidansı ise %50'nin üzerinde, yaklaşık %30'unda ise kronik anksiyete olduğu bulunmuştur (Alacacioğlu ve ark., 2007). Grassi ve arkadaşlarının 277 kanser hastasıyla yaptığı araştırmada, %34 hasta kaygı, %24.9 hasta ise depresyon tanı ölçütünü karşıladığı görülmüştür (Grassi, 2004).

Silverstone ve arkadaşlarının yürüttüğü bir araştırmada ise major depresif bozukluğun genel popülasyondaki yaygınlığı %3.7 ile %6.7 arasında değişirken, kanser hastalarında bu oran %1.5 ile %50 arasında bulunmuştur (Silverstone ve ark., 1996).

Bedensel hastalığı olan bireylerin, olmayanlara göre % 41'inde ruhsal hastalıklardan herhangi birini geçirme riski vardır. Bunlar daha çok duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarıdır (Katon ve Cichanowski, 2002).

Kanser hastalarında depresyonu belirleyen bazı risk faktörleri mevcuttur. Bunlar; tanı sırasında duygusal stres, sosyal destek yetersizliği, psikiyatrik hastalık öyküsü, benlik saygısının düşüklüğü, fiziksel şartların zorluğu ve eş ya da akraba kaybıdır (Breitbard, 2000). Diğer risk faktörleri ise, alkol bağımlılığı, ilerlemiş kanser, ağrı kontrolsüzlüğü, eşlik eden başka fiziksel hastalıklar ve depresyona neden olan kemoterapi ilaçlarının kullanılmasıdır (Tokgöz ve ark., 2008). McDaniel ve arkadaşlarına göre ise sosyal izolasyon, eski kayıplar, karamsarlık, sosyoekonomik durum ve geçmiş intihar öyküsü risk oluşturmaktadır (McDaniel ve ark., 1997).

Kanser hastalarında kaygının nedeni, tanı ile ilgili belirsizlik, kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri, kişisel ve sosyal kontrolsüzlük, artan fiziksel kötüleşme, ölümle ilgili düşüncelerdir (Zabalegui ve ark., 2005).

Bedensel hastalığı olan kişilerde, depresyon çok sık gözden kaçabilmektedir Bunun nedeni, hastalıkla beraber ortaya çıkan semptomların depresyon kriterleri ile benzerlik göstermesidir. Özellikle somatik yakınmaların fazla olması depresyonun atlanmasına neden olabilmektedir (Sertöz ve Mete, 2004).

Kanser hastalarında anksiyete, sıklıkla depresif bozuklukla bir arada görülmektedir (Mystakidou ve ark., 2005; Constantin, 1999; Montazeri ve ark., 1998; Lloyd, 1995). Depresyon ve anksiyetenin bir arada görüldüğü hastaların, daha şiddetli semptomlar göstermeye eğilimli oldukları, iyileşme sürelerinin uzadığı ve tedaviye daha az yanıt verdikleri tespit edilmiştir (Hirschfeld, 2001).

Kanser, strese neden olabileceği gibi, stres de kansere neden olabilmektedir. Özellikle psikolojik streslerin T lenfositleri azaltarak bağışıklık sistemini baskıladığı ve bağışıklık sistemindeki bu azalma enfeksiyon ve kanser sıklığını artırabilmektedir. Stres, bedenin bağışıklık sistemini bozarak kanser hücrelerinin vücuda yayılmasına neden olabilmektedir. Yapılan araştırmalar stres ile kanser gelişimi arasında doğrudan bir ilişki olduğunu göstermektedir. Kanser tanısı alan kişilerin, tanı almadan bir yıl öncesinde çok fazla stresli durumlarla karşılaştıkları saptanmıştır (Bilge ve Çam, 2008).

Arıkan'a göre stres, hastalığın ortaya çıkışında ikincil bir etken olarak rol oynamaktadır. Hastalık genetik bir zemine sahiptir ancak stres genetik süreci tetikleyebilmektedir. Hastalığın

ortaya çıkışından sonra ortalama yaşam süresi stresli olanlarda olmayanlara göre daha kısa bulunmuştur (Arıkan, 2005)

Depresyon, anksiyete ve stres, kalp hastalıkları, diabetes, mellitus ve kanser gibi hastalıklara sahip kişiler üzerinde negatif etkileri olan duygusal bozukluklardır (Kelleci ve ark., 2009). Psikolojik sorunların varlığı, hastanın yaşam kalitesini etkileyebilmekte, hastanede kalış süresini uzatabilmekte, tedavi etkinliğini ve tedaviye uyumunu bozabilmektedir (Alacacıoğlu, 2007).

2. Materyal ve Metot

Bu bölümde araştırmanın amacından, hipotezlerinden, örneklemeden ve veri toplama araçlarından bahsedilecektir.

2.1. Çalışmanın Amacı ve Hipotezler

Bu çalışmada, kanser tanısı almış kişilerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete ve stres ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Hipotezler:

H 1: Sosyal destek düzeyi azaldıkça travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişmekte ve depresyon, kaygı ve stres düzeylerinde artış görülmektedir.

H 2: Kadınlarda depresyon, anksiyete ve stres puanı erkeklere göre daha yüksek görülmektedir.

H 3: Evli olanların, bekâr veya boşanmış olanlara göre algılanan sosyal destek puanı daha yüksektir.

H 4: Eğitim düzeyi ile algılanan sosyal destek arasında pozitif, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete ve stres arasında ise negatif bir korelasyon vardır.

H 5: İkincil aile ile beraber yaşayanlarda ve yalnız yaşayanlarda algılanan sosyal destek puanı düşük görülürken travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişimi artmakta ve depresyon, anksiyete ve stres (DASO) puanları yüksek görülmektedir.

H 6: Kanser tanısını yeni alan kişilerde algılanan sosyal destek puanı yüksek görülürken, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişimi azalmakta ve depresyon, anksiyete ve stres (DASO) puanları düşük görülmektedir.

H 7: Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) yaşayan kişilerin anksiyete, stres ve depresyon puanları yüksek iken algılanan sosyal destek puanı düşüktür.

Araştırma Sorusu: Tanı tipi ve tedavi şekli ile sosyal destek, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), depresyon, anksiyete ve stres (DASO) puanları arasında herhangi bir ilişki bulunmamaktadır.

2.2. Örneklem Seçimi

Araştırmanın örneklemini İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kanser tedavisi görmekte olan 50 yetişkin hasta oluşturmaktadır. Örneklem grubununun 36'sı kadın, 14'ü erkek, yaş ortalamaları ise $50,42 \pm 12,65$ 'tir (Aralık: 25-73).

Katılımcıların 42'si ilköğretim ve altı, 8'i ortaöğretim ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Katılımcılardan 3'ü bekar, 38'i evli 9'u ise boşanmıştır.

Araştırmayı uygulamak için Anadolu Kuzey Kamu Hastaneler Birliği'nden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan katılımcılara kabul edilmiş onam formu imzalatılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Bu çalışma, yerel etik kurul tarafından onaylanmıştır ve Helsinki Deklarasyon prensiplerine göre düzenlenmiştir. Ayrıca katılımcıların isimlerinin gizli kalması sözü verilmiştir.

2.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla, Kişisel Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Soru Formu (SCID I) ve Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASO) kullanılmıştır.

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu, katılımcıların sosyodemografik bilgilerini ve hastalığıyla ilgili bilgileri içeren toplam 16 adet sorudan oluşmaktadır. Formda yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, yaşam durumu, çalışma durumu, hastalığın teşhis zamanı, tanı tipi tedavi şekli, hastalığı paylaşp paylaşmadığı, psikiyatrik bir tedavi alıp almadığı ile ilgili sorular yer almaktadır.

2.3.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multi dimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS) Zimet, Dahlem, Zimet ve Farley tarafından geliştirilen ve üç farklı kaynaktan (aile, arkadaş, özel bir insan) elde edilen sosyal desteğin yeterliliğini değerlendiren bir ölçektir. 12 sorudan oluşan ölçek, aile (3,4,8,11. maddeler), arkadaş (6,7,9,12. maddeler) ve özel bir insan (1,2,5 ve 10. maddeler) olmak üzere üç kaynaktan alınan desteği kapsamaktadır. Ölçeğin alt boyutlarının puanı 4 ile 28 arasında, ölçeğin toplam puanı ise 12 ile 84 arasında değişmektedir. Sosyal destek puanının yüksek olması sosyal desteğin yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

Zimet ve arkadaşlarının 275 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmada, tüm ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alpha katsayısı .88, özel bir insan için .91, aile için .87, ve arkadaş için ise .85 olarak hesaplanmıştır (Çakır ve Palabıykoğlu, 1993). Türkçe formunun faktör yapısı, güvenilirliği ve geçerliliği Eker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin faktör yapısının geçerliliği doğrulanmış ve MPSS ve alt ölçeklerinin iç tutarlılığı kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Araştırmada 150 kişiyle yapılan güvenilirlik çalışmasında, iç tutarlılık analizi tüm ölçek için Cronbach alpha katsayısı .89, aile alt ölçeği için .85, arkadaş alt ölçeği için .88 ve özel bir insan alt ölçeği için ise .92 olarak saptanmıştır. Geçerlilik açısından MSPSS başka bir sosyal destek ölçeği ve bir benlik kavramı ölçeği ile olumlu, depresyon ve anksiyete ölçekleriyle olumsuz yönde korelasyon göstermiştir. (Eker ve Arkar, 1995; Kazarian ve McCobe, 1991; Zimet vd, 1988).

2.3.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Soru Formu (SCID I)

Bu çalışmada, katılımcıların kanser tanısı aldıktan sonraki travmatik yaşantılarını ve bu durumdan etkilenme düzeylerini belirlemek amacıyla Travma Sonrası Stres Bozukluğu Soru Formu (SCID I) kullanılmıştır.

SCID-I DSM-IV Eksen I tanılarının konması için First, Spitzer, Gibbon ve Williams (1997) tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. SCID I'in Türkçeye uyarlama ve geçerlilik, güvenilirlik çalışmalarını Çorapçıoğlu ve arkadaşları yapmıştır (Çorapçıoğlu ve ark., 1999).

Travma sonrası stres bozukluğu tanısı, DSM-IV kriterlerinden en az üçünün karşılanması durumunda konmuştur.

2.3.4. Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASO)

Depresyon, anksiyete ve stres ölçeği (DASO) Lovibond ve Lovibond tarafından geliştirilmiş toplamda 42 sorudan oluşan üç faktörlü bir ölçektir (Lovibond ve Lovibond, 1995). Ölçekte depresyon, anksiyete ve stres ile ilgili 14'er madde bulunmaktadır. Maddeler 0 "bana hiç uygun değil", 1 "bana biraz uygun" 2 "bana genellikle uygun" ve 3 "bana tamamen uygun" şeklinde derecelendirilmiştir. DASO'nun Türkçeye standardizasyonu Çetin, Abacı ve Akın (2006) tarafından yapılmıştır.

Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları ölçeğin bütünü için .89, depresyon, anksiyete ve stres alt boyutları için sırasıyla .90, .92 ve .92 olarak bulunmuştur. 157 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada, ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik puanı elde edilmiştir. Bulgular iki uygulama arasındaki korelasyon katsayısının her üç alt boyut için .98 ($p < .001$) ve ölçeğin bütünü için .99 ($p < .001$) olduğunu göstermektedir. Ölçeğin İngilizce ve Türkçe formları arasındaki korelasyon katsayıları ise depresyon için .97 ($p < .001$), anksiyete için .98 ($p < .001$), stres için .97 ($p < .001$) ve ölçeğin bütünü için .99 ($p < .001$) olarak bulunmuştur.

Elde edilen puanın yüksek olması depresyonun, anksiyetenin ve stresin yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

2.4. Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17,0 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, ortanca, sayı, yüzde) kullanılmıştır. Sosyodemografik özellikler ile SDÖ, DASO ve TSSB ölçekleri arasındaki ilişki düzeyine non-parametrik analiz yöntemi kullanılırken, niceliksel verilerde Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır. Gruplar arasındaki niteliksel karşılaştırmalarda ise Kİ-Kare (Pearson Chi-Square, Continuity Correction, Fisher's Exact Test) testlerinden yararlanılmıştır. Ayrıca yaş ile SDÖ, DASO ve DASO ile SDÖ arasındaki ilişki düzeyine bakılırken Spearman Korelasyon yöntemi kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık ise $p < 0,05$ altında değerlendirilmiştir.

3. BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel sonuçlarına yer verilmektedir. Bulgular katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin, TSSB düzeyinin, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin ve sosyal destek ölçeklerinin SPSS 17,0 programı kullanılarak elde edilmiştir.

3.1. Demografik Bilgiler

Tablo 1:Örneklemin sosyo-demografik özellikleri

Özellikler	N	%	Ort	Ss
Yaş	50	100,0	50,42	12,65
≤50	24	48,0		
>50	26	52,0		
Cinsiyet				
Kadın	36	72,0		
Erkek	14	28,0		
Medeni durum				
Bekar	3	6,0		
Evli	38	76,0		
Boşanmış/dul	9	18,0		
Çocuk varlığı				
Var	46	92,0		
Yok	4	8,0		
Eğitim				
Okuma-yazma yok	2	4,0		
Okur-yazar	1	2,0		
İlköğretim	39	78,0		
Ortaöğretim	6	12,0		
Lisans	1	2,0		
Lisansüstü	1	2,0		
Yaşam durumu				
Yalnız	4	8,0		

Eş veya çocukları ile	42	84,0
İkincil aile ile*	4	8,0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	3	6,0
Şimdi çalışmıyor	28	56,0
Hiç çalışmamış	19	38,0

*=anne; anne,baba,kardeş; eşin ailesi

Çalışmaya dahil edilen 50 katılımcının ortalama yaşı 50,42±12,65 (Aralık:25-73); %72'sinin cinsiyeti kadın (n=36); %76'sının (n=38) medeni durumu evli, %6'sının (n=3) bekar ve %18'inin (n=9) ise dul/boşanmış olduğu; %92'sinin (n=46) çocuk sahibi olduğu; %84'ünün (n=42) eğitim düzeyinin ilköğretim ve altı olduğu mevcut verilerden saptanmıştır. Yaşam durumlarına göre dağılım incelendiğinde örneklemin %84'ü (n=42) eş veya çocukları ile birlikte, %8'i (n=4) yalnız ve %8'i (n=4) ikincil aile ile birlikte yaşadığı görülmüştür. Katılımcıların %6'sı (n=3) aktif olarak çalışmaktadır (Tablo 1).

Tablo 2:Örneklemin tanı ve tedavi özellikleri

Özellikler	Kişi Sayısı	Yüzdeler
Tanı Tipi		
Meme+OverKarsinomu	27	54,0
Gastrointestinal Sistem(GİS)Karsinomu*	23	46,0
Tanı Süresi		
<1 Yıl	35	70,0
≥1 Yıl	15	30,0
Sistemik Tedavi		
Kemoterapi	26	52,0
Kemoterapi+Radyoterapi	24	48,0

*Kolarektal ve mide kanseri

Katılımcıların %54'ünün (n=27) tanı grubunun meme/over kanseri, %46'sının (n=23) kolarektal ve mide (GİS) kanseri tanısı aldığı; %70'inin (n=35) tanı süresi 1(bir) yıl içerisinde,

%30'unun ise (n=15) 1(bir) yılı aşkın bulunmaktadır. Örneklem %52'si (n=26) kemoterapi, %48'i (n=24) ise kemoterapi ve radyoterapi tedavisi almaktadır (Tablo 2).

Tablo 3:Örneklem tanı ve tedavi sürecindeki psikolojik özellikleri

Özellikler	n	%
Hastalığını Aile Veya Yakın Çevre ile Paylaşımı		
Evet	48	96,0
Hayır	2	4,0
Psikolojik Yardım Alma Durumu		
Evet	3	6,0
Hayır	47	94,0
Psikiyatrik İlaç Kullanımı		
Evet	9	18,0
Hayır	41	82,0

Katılımcıların %96'sı (n=48) kanser tanısı aldığını aile veya yakınları ile paylaşmıştır. %3'ünün (n=3) tanı sonrası psikolojik yardım aldığı ve %18'inin (n=9) ise psikiyatrik ilaç kullandığı saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 4: Örneklem Sosyal Destek Ölçeğinden(SDÖ) aldıkları puan dağılımları

	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum
SDÖ					
Aile	21,06	6,31	22,00	6	28
Arkadaş	17,74	7,81	20,00	4	28
Özel Bir İnsan	19,68	7,47	20,00	4	28
SDÖ-Toplam	58,48	17,84	58,00	16	84

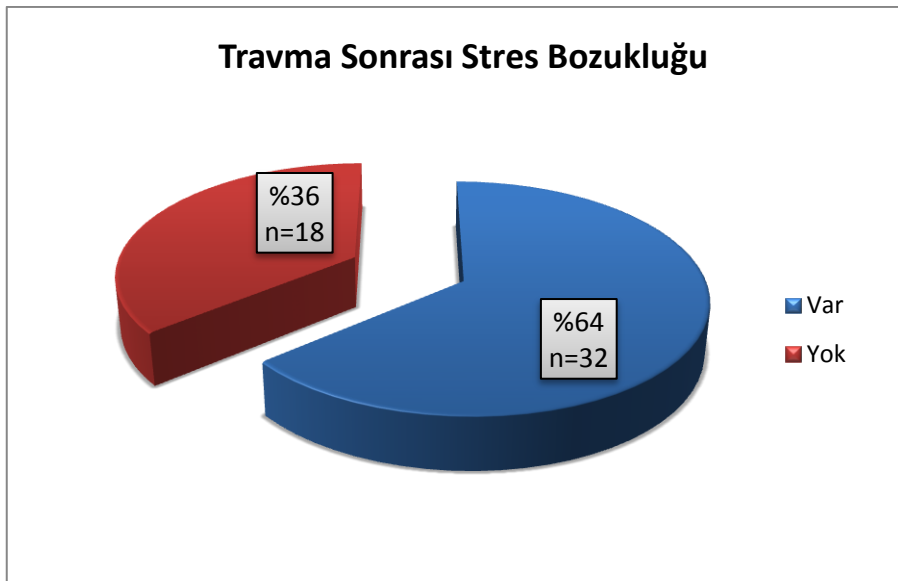
Katılımcıların sosyal destek ölçeğinin (SDÖ) "aile" alt ölçeğinden aldığı ortalama puan 21,06±6,31, "arkadaş" alt ölçeğinden aldığı puan 17,74±7,81, "özel bir insan" alt ölçeğinden aldığı puan 19,68±7,47 ve SDÖ'den aldığı toplam ortalama puan ise 58,48±17,84'tür (Tablo 4).

Tablo 5: Örneklemin Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeğinden (DASO) aldıkları puan dağılımları

	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum
DASO					
Depresyon	11,12	10,11	8,00	0,00	40,00
Anksiyete	12,63	8,53	10,00	0,00	35,00
Stres	18,41	9,71	18,00	0,00	39,00

Örneklemin Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeğinin (DASO) “depresyon” alt ölçeğinden aldığı ortalama puan $11,12 \pm 10,11$, “anksiyete” alt ölçeğinden aldığı puan $12,63 \pm 8,53$ ve “stres” alt ölçeğinden aldığı ortalama puan $18,41 \pm 9,71$ ’dir (Tablo 5).

Şekil 1: Örneklemin travma sonrası stres bozukluğu dağılım tablosu



Grafik 1’de görüldüğü gibi katılımcıların %64’ünde (n=32) travma sonrası stres bozukluğu yaşadıkları saptanmıştır.

3.2. Demografik Bilgilerin Kullanılan Ölçekler İle İlişkisi

Tablo 6:SDÖ ile katılımcıların yaşları arasındaki ilişki düzeyinin Spearman Korelasyona göre yorumlanması

SDÖ	n	Yaş	
		R	p
Aile	50	0,025	0,863
Arkadaş	50	-0,035	0,807
Özel Bir İnsan	50	0,070	0,628
SDÖ-Toplam	50	0,031	0,832

Katılımcıların yaşları ile SDÖ alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 6) .

Tablo 7: DASO ile yaş arasındaki ilişki düzeyinin Spearman Korelasyona göre yorumlanması

DASO	N	Yaş	
		R	P
Depresyon	50	-0,035	0,811
Anksiyete	50	-0,079	0,591
Stres	50	-0,120	0,412

Örneklemin yaşları ile DASO puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki düzeyi saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 8: Travma Sonrası Stres Bozukluğu varlığına göre örneklemin yaş ortalaması dağılımının Mann-Whitney U testine göre yorumlanması

TSSB	n	Ort	SS	Fark	Sd	P
Var	32	48,25	13,13	-1,547	1	0,122
Yok	18	54,28	11,04			

Travma sonrası stres bozukluğu yaşama durumu ile örneklemin yaş ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 9: Cinsiyet durumlarına göre SDÖ'den alınan puan ortalamalarının dağılımının Mann-Whitney U testine göre yorumlanması

SDÖ	Cinsiyet	n	Ort	Ss	Fark	Sd	p
Aile	Kadın	36	20,25	6,27	-1,526	1	0,127
	Erkek	14	23,14	6,15			
Arkadaş	Kadın	36	17,33	7,77	-0,747	1	0,455
	Erkek	14	18,79	8,13			
Özel Bir İnsan	Kadın	36	18,83	7,90	-1,031	1	0,303
	Erkek	14	21,86	5,96			
SDÖ-Toplam	Kadın	36	56,42	18,41	-1,167	1	0,243
	Erkek	14	63,79	15,64			

Cinsiyet farklılığı ile SDÖ'den alınan puan ortalamaları arasında herhangi bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 10: Cinsiyet farklılığına göre DASO'dan alınan puan ortalamalarının dağılımının Mann-Whitney U testine göre yorumlanması

DASO	Cinsiyet	N	Ort	Ss	Fark	Sd	P
Depresyon	Kadın	36	11,17	9,27	-0,590	1	0,555
	Erkek	14	11,00	12,58			
Anksiyete	Kadın	36	12,58	8,44	-0,091	1	0,928
	Erkek	14	12,77	9,13			
Stres	Kadın	36	18,03	8,87	-0,136	1	0,892
	Erkek	14	19,46	12,09			

Cinsiyet farklılığı ile DASO'dan alınan puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11: Örneklemin cinsiyet durumlarına göre travma sonrası stres bozukluğu yaşama durumlarının Ki-Kare testi(Continuity Correction) 'ne göre değerlendirmesi

	TSSB var		TSSB yok		Anlamlılık	
	n	%	N	%	X ²	P
Cinsiyet					0,091	0,529
Kadın	24	66,7	12	33,30		
Erkek	8	57,1	6	42,90		

Kadınların %66,7'sinin (n=24), erkeklerin %57,1'inin (n=8) travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) yaşadığı ve cinsiyet farklılığı ile TSSB yaşama arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12: Medeni durum ve SDÖ'den alınan puan ortalamalarının Kruskal-Wallis testine göre yorumlanması

SDÖ	Medeni durum	N	Ort	Ss	K-W	Sd	p
Aile	Bekar	3	21,00	6,08	0,762	2	0,683
	Evli	38	21,47	6,37			
	Boşanmış/dul	9	19,33	6,54			
Arkadaş	Bekar	3	14,00	7,55	1,108	2	0,575
	Evli	38	18,21	8,09			
	Boşanmış/dul	9	17,00	7,05			
Özel İnsan	Bekar	3	17,00	4,00	0,853	2	0,653
	Evli	38	19,95	7,63			
	Boşanmış/dul	9	19,44	8,13			
SDÖ-Toplam	Bekar	3	52,00	9,17	1,176	2	0,556
	Evli	38	59,63	18,57			
	Boşanmış/dul	9	55,78	17,37			

Katılımcıların medeni durumlarına göre SDÖ'den aldıkları puan arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 12).

Tablo 13: Medeni durum ve DASO'dan alınan puan ortalamalarının Kruskal-Wallis testine göre yorumlanması

DASO	Medeni durum	N	Ort	Ss	K-W	Sd	P
Depresyon	Bekar	3	14,67	16,50	0,206	2	0,902
	Evli	38	10,35	9,30			
	Boşanmış/dul	9	13,11	11,98			
Anksiyete	Bekar	3	15,33	13,05	0,765	2	0,682
	Evli	38	12,92	8,19			
	Boşanmış/dul	9	10,56	9,18			
Stres	Bekar	3	24,33	12,86	1,156	2	0,561
	Evli	38	18,54	9,45			
	Boşanmış/dul	9	15,89	10,12			

Medeni durum ile depresyon anksiyete ve stres (DASO) arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 14: Örneklemin medeni durumlarına göre travma sonrası stres bozukluğu yaşama durumlarının Ki-Kare testi(Pearson Chi-Square)'ne göre değerlendirilmesi

	TSSB var		TSSB yok		Anlamlılık	
	n	%	n	%	X ²	P
Medeni durum					3,234	0,198
Bekar	3	100,0	0	0,0		
Evli	25	65,8	13	34,2		
Boşanmış/dul	4	44,4	5	55,6		

Bekar olan katılımcıların %100'ü (n=3), evli olanların %65,8'i (n=25) ve boşanmış/dul olanların %44,4'ü (n=4) travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) yaşamıştır. Örneklemin medeni durumlarına göre TSSB yaşama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 15: Örneklemin çocuk sahibi olma durumuna göre travma sonrası stres bozukluğu yaşama durumlarının Ki-Kare testi(Fisher's Exact Test) 'ne göre yorumlanması

	TSSB var		TSSB yok		Anlamlılık	
	n	%	N	%	X ²	P
Çocuk varlığı					-	1,000
Var	29	63,0	17	37,0		
Yok	3	75,0	1	25,0		

Çocuk sahibi olma ile TSSB yaşama arasında herhangi bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 16: Katılımcıların yaşam şekillerine göre SDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının Kruskal-Wallis testine göre değerlendirilmesi

SDÖ	Yaşam şekli	N	Ort	Ss	K-W	Sd	P
Aile	Yalnız	4	24,00	5,66	1,376	2	0,502
	Eş veya çocukları ile	42	20,76	6,52			
	İkincil aile ile	4	21,25	4,99			
Arkadaş	Yalnız	4	22,75	3,20	2,959	2	0,228
	Eş veya çocukları ile	42	17,76	7,98			
	İkincil aile ile	4	12,50	6,86			
Özel Bir İnsan	Yalnız	4	23,50	8,35	1,914	2	0,384
	Eş veya çocukları ile	42	19,31	7,56			
	İkincil aile ile	4	19,75	6,40			
SDÖ-Toplam	Yalnız	4	70,25	16,28	2,034	2	0,362
	Eş veya çocukları ile	42	57,83	18,43			
	İkincil aile ile	4	53,50	8,06			

Örneklem grubunun yaşam şekline ile SDÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Ancak yalnız yaşayan kişilerin aile, arkadaş ve özel bir insandan sağladığı sosyal desteğin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 16) ($p>0,05$).

Tablo 17: Katılımcıların yaşam şekillerine göre DASO'dan aldıkları puan ortalamalarının Kruskal-Wallis testine göre değerlendirilmesi

DASO	Yaşam şekli	n	Ort	Ss	K-W	Sd	P
Depresyon	Yalnız	4	4,75	6,29	2,541	2	0,281
	Eş veya çocukları ile	42	11,61	10,00			
	İkincil aile ile	4	12,50	14,15			
Anksiyete	Yalnız	4	4,50	5,26	4,945	2	0,084
	Eş veya çocukları ile	42	13,37	8,26			
	İkincil aile ile	4	13,25	11,44			
Stres	Yalnız	4	8,25	7,50	4,535	2	0,104
	Eş veya çocukları ile	42	19,10	9,30			
	İkincil aile ile	4	21,50	11,93			

Örneklem grubunun yaşam şekli ile DASO'dan aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 16) ($p>0,05$).

Tablo 18: Katılımcıların yaşam şekline göre travma sonrası stres bozukluğu yaşama durumlarının Ki-Kare testi(Pearson Chi-Square)'ne göre değerlendirilmesi

	TSSB var		TSSB yok		Anlamlılık	
	n	%	N	%	X ²	P
Yaşam şekli					9,491	0,009*
Yalnız	0	0,0	4	100,0		
Eş veya çocukları ile	28	66,7	14	33,3		
İkincil aile	4	100,0	0	0,0		

Eş veya çocukları ile birlikte yaşayan katılımcıların %66,7'sinin (n=28), ikincil aile ile birlikte yaşayanların %100'ünün (n=4) travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) yaşadığı; yalnız yaşayanların ise tamamının (n=4) TSSB yaşamadığı saptanmıştır. Katılımcıların yaşam şekline

göre TSSB yaşama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,009$; $p<0,05$) (Tablo 18).

Tablo 19: Örneklemın eğitim düzeylerine göre SDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının Mann-Whitney U testine göre değerlendirilmesi

SDÖ	Eğitim düzeyi	N	Ort	Ss	Fark	Sd	p
Aile	İlköğretim ve altı	42	20,76	6,09	-1,108	1	0,268
	Ortaöğretim ve üzeri	8	22,63	7,63			
Arkadaş	İlköğretim ve altı	42	16,17	7,44	-3,449	1	0,001*
	Ortaöğretim ve üzeri	8	26,00	3,21			
Özel Bir İnsan	İlköğretim ve altı	42	18,83	7,67	-1,781	1	0,075
	Ortaöğretim ve üzeri	8	24,13	4,42			
SDÖ-Toplam	İlköğretim ve altı	42	55,76	17,52	-2,648	1	0,008*
	Ortaöğretim ve üzeri	8	72,75	12,28			

Eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olan katılımcıların SDÖ'nün "arkadaş" alt ölçeği ve SDÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması ($16,17\pm 7,44$ ve $55,76\pm 17,52$), eğitim düzeyi ortaöğretim ve üzeri olan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ($26,0017\pm 3,21$ ve $72,75\pm 12,28$) anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 19).

Tablo 20: Katılımcıların eğitim düzeylerine göre DASO'dan aldıkları puan ortalamalarının Mann-Whitney U testine göre yorumlanması

DASO	Eğitim düzeyi	N	Ort	Ss	t	Sd	P
Depresyon	İlköğretim ve altı	42	12,29	10,50	-1,803	1	0,071
	Ortaöğretim ve üzeri	8	5,13	4,61			
Anksiyete	İlköğretim ve altı	42	12,88	9,21	-0,447	1	0,655
	Ortaöğretim ve üzeri	8	11,38	3,54			
Stres	İlköğretim ve altı	42	19,22	10,21	-1,408	1	0,159
	Ortaöğretim ve üzeri	8	14,25	5,28			

Eğitim düzeyi ile DASO'dan alınan puan arasında herhangi bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 20).

Tablo 21: Örneklem grubunun eğitim düzeyi ile travma sonrası stres bozukluğu yaşama durumu arasındaki ilişkinin Ki-Kare testine (Fisher's Exact Test) göre değerlendirilmesi

	TSSB var		TSSB yok		Anlamlılık	
	N	%	N	%	X ²	P
Eğitim Durumu					-	0,118
İlköğretim ve altı	29	69,0	13	31,0		
Ortaöğretim ve üzeri	3	37,5	5	62,5		

Eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olan kişilerin %69'u (n=29), eğitim düzeyi ortaöğretim ve üzeri olanların ise %37,5'i (n=3) travma sonrası stres bozukluğu(TSSB) yaşamıştır. Eğitim durumuna göre TSSB yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 21) ($p>0,05$).

Tablo 22: Çalışma durumuna göre SDÖ'den alınan puan ortalamalarının Kruskal-Wallis testine göre yorumlanması

SDÖ	Çalışma durumu	n	Ort	Ss	K-W	Sd	p
Aile	Çalışıyor	3	18,33	8,08	1,479	2	0,477
	Şimdi çalışmıyor	28	21,96	6,11			
	Daha önce hiç çalışmadı	19	20,16	6,47			
Arkadaş	Çalışıyor	3	22,00	6,00	0,981	2	0,612
	Şimdi çalışmıyor	28	17,61	8,17			
	Daha önce hiç çalışmadı	19	17,26	7,67			
Özel İnsan	Bir Çalışıyor	3	22,67	3,79	1,951	2	0,377
	Şimdi çalışmıyor	28	20,64	7,38			
	Daha önce hiç çalışmadı	19	17,79	7,88			
SDÖ-Toplam	Çalışıyor	3	63,00	17,69	1,034	2	0,596
	Şimdi çalışmıyor	28	60,21	17,70			
	Daha önce hiç çalışmadı	19	55,21	18,49			

Çalışma durumu ile SDÖ'den alınan puan ortalamaları arasında herhangi bir ilişki görülmemektedir ($p>0,05$) (Tablo 22).

Tablo 23: Çalışma durumuna göre DASO'dan alınan puan ortalamalarının Kruskal-Wallis testine göre yorumlanması

DASO	Çalışma durumu	n	Ort	Ss	K-W	Sd	P
Depresyon	Çalışıyor*	3	17,33	20,03	0,237	2	0,888
	Şimdi çalışmıyor	27	10,63	10,13			
	Daha önce hiç çalışmadı	19	10,84	8,53			
Anksiyete	Çalışıyor*	3	15,00	13,45	0,036	2	0,982
	Şimdi çalışmıyor	27	12,37	8,45			
	Daha önce hiç çalışmadı	19	12,63	8,37			
Stres	Çalışıyor*	3	19,33	10,50	1,037	2	0,596
	Şimdi çalışmıyor	27	17,44	10,29			
	Daha önce hiç çalışmadı	19	19,63	9,12			

Çalışma durumları ile depresyon, anksiyete ve stres gelişimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 23).

Tablo 24: Çalışma durumu ile travma sonrası stres bozukluğu gelişimi arasındaki ilişkinin Ki-Kare testine (Pearson Chi-Square) göre değerlendirilmesi

	TSSB var		TSSB yok		Anlamlılık	
	n	%	n	%	X ²	p
Çalışma Durumu					1,354	0,508
Çalışıyor	2	66,7	1	33,3		
Şimdi çalışmıyor	16	57,1	12	42,9		
Daha önce hiç çalışmadı	14	73,7	5	26,3		

Katılımcıların çalışma durumları ile travma sonrası stres bozukluğu yaşama durumları arasında herhangi bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 24).

Tablo 25: Tanı tipi ve SDÖ'den alınan puan arasındaki ilişkinin Mann-Whitney U testine göre yorumlanması

SDÖ	Tanı tipi(kanser)	N	Ort	Ss	Fark	Sd	p
Aile	Meme/over	27	21,11	6,28	-0,128	1	0,898
	GİS*	23	21,00	6,49			
Arkadaş	Meme/over	27	18,41	7,58	-0,595	1	0,552
	GİS*	23	16,96	8,18			
Özel Bir İnsan	Meme/over	27	19,74	7,97	-0,303	1	0,762
	GİS*	23	19,61	7,02			
SDÖ-Toplam	Meme/over	27	59,26	18,54	-0,506	1	0,613
	GİS	23	57,57	17,33			

*=Kolarektal ve mide kanseri

Kanser tanı tipi ile algılanan sosyal destek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 25).

Tablo 26: Tanı tipi ve DASO'dan alınan puan arasındaki ilişkinin Mann-Whitney U testine göre yorumlanması

DASO	Tanı tipi(kanser)	n	Ort	Ss	Fark	Sd	p
Depresyon	Meme/over	27	10,07	9,89	-0,765	1	0,444
	GİS*	22	12,41	10,45			
Anksiyete	Meme/over	27	12,78	8,95	-0,040	1	0,968
	GİS*	22	12,45	8,20			
Stres	Meme/over	27	18,00	9,13	-0,181	1	0,856
	GİS*	22	18,91	10,58			

*=Kolarektal ve mide kanseri

Alınan kanser tipinin depresyon, anksiyete ve stres ile ilişkili olmadığı görülmektedir ($p>0,05$) (Tablo 26).

Tablo 27: Tanı tipine göre travma sonrası stres bozukluğu gelişiminin Ki-Kare testine (Continuity Correction) göre değerlendirilmesi

	TSSB var		TSSB yok		Anlamlılık	
	N	%	n	%	X ²	P
Tanı tipi(kanser)					0,017	0,897
Meme/over	18	66,7	9	33,3		
GİS*	14	60,9	9	39,1		

*=Kolarektal ve mide kanseri

Meme/over kanseri tanısı alan katılımcıların %66,7'sinde (n=18), kolarektal ve mide (GİS) kanseri tanısı alanların ise %60,9'unda (n=14) travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) görülmektedir. Tanı tipi ile TSSB gelişimi arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0,05) (Tablo 27).

Tablo 28: Tanı süresi ile algılanan sosyal destek düzeyi arasındaki ilişkinin Mann-Whitney U testine göre yorumlanması

SDÖ	Tanı süresi(yıl)	n	Ort	Ss	Fark	Sd	p
Aile	<1 yıl	35	21,91	6,31	-1,612	1	0,107
	≥1 yıl	15	19,07	6,05			
Arkadaş	<1 yıl	35	17,43	8,51	-0,106	1	0,915
	≥1 yıl	15	18,47	6,09			
Özel İnsan	Bir <1 yıl	35	21,46	6,40	-2,084	1	0,037*
	≥1 yıl	15	15,53	8,36			
SDÖ-Toplam	<1 yıl	35	60,80	18,44	-1,589	1	0,112
	≥1 yıl	15	53,07	15,59			

1 yıl içinde kanser tanısı alan katılımcıların SDÖ'nün "özel bir insan" alt ölçeğinden aldığı puan ortalaması (21,46±6,40); 1 yıl ve üzeri bir sürede tanı alan katılımcıların aldığı puan ortalamasından (15,53±8,36) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tanı süresi ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (p=0,037;p<0,05) (Tablo 28).

Tablo 29: Tanı süresi ile depresyon anksiyete ve stres düzeyi arasındaki ilişkinin Mann-Whitney U testine göre değerlendirilmesi

DASO	Tanı süresi(yıl)	n	Ort	Ss	Fark	Sd	p
Depresyon	<1 yıl	34	9,94	9,51	-1,315	1	0,188
	≥1 yıl	15	13,80	11,22			
Anksiyete	<1 yıl	34	12,29	8,15	-0,141	1	0,888
	≥1 yıl	15	13,40	9,60			
Stres	<1 yıl	34	17,32	10,31	-1,520	1	0,128
	≥1 yıl	15	20,87	7,96			

Tanı süresi ile depresyon, anksiyete ve stres arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. (Tablo 29) ($p>0,05$).

Tablo 30: Örneklem grubunun tanı süresi ile travma sonrası stres bozukluğu gelişimi arasındaki ilişkinin Ki-Kare testine (Fisher's Exact Test) göre değerlendirilmesi

	TSSB var		TSSB yok		Anlamlılık	
	N	%	n	%	X ²	P
Tanı süresi					-	0,523
<1 yıl	21	60,0	14	40,0		
≥1 yıl	11	73,3	4	26,7		

1 yıl içerisinde kanser tanısı alan katılımcıların %60'ında (n=21), kanser tanısını bir yıldan daha uzun sürede alan katılımcıların ise %73,3'ünde (n=11) travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) görülmektedir. Tanı tipi ile TSSB gelişimi arasında ise herhangi bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 30).

Tablo 31: Tedavi şekli ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin Mann-Whitney U testine göre değerlendirilmesi

SDÖ	Tedavi	n	Ort	Ss	Fark	Sd	p
Aile	Kemoterapi	26	20,12	6,51	-0,999	1	0,318
	Kemoterapi+Radyoterapi	24	22,08	6,05			
Arkadaş	Kemoterapi	26	16,46	8,37	-1,090	1	0,276
	Kemoterapi+Radyoterapi	24	19,13	7,08			
Özel Bir İnsan	Kemoterapi	26	20,31	6,96	-0,361	1	0,718
	Kemoterapi+Radyoterapi	24	19,00	8,09			
SDÖ-Toplam	Kemoterapi	26	56,88	18,12	-0,622	1	0,534
	Kemoterapi+Radyoterapi	24	60,21	17,75			

Alınan tedavi şekli ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir ($p>0,05$) (Tablo 31).

Tablo 32: Tedavi şekli ile DASO'dan alınan puan ortalamalarının Mann-Whitney U testine göre yorumlanması

DASO	Tedavi	n	Ort	Ss	Fark	Sd	p
Depresyon	Kemoterapi	26	11,92	11,26	-0,281	1	0,779
	Kemoterapi+Radyoterapi	24	10,29	8,91			
Anksiyete	Kemoterapi	26	13,44	8,72	-0,661	1	0,509
	Kemoterapi+Radyoterapi	24	11,79	8,44			
Stres	Kemoterapi	26	18,52	9,75	-0,020	1	0,984
	Kemoterapi+Radyoterapi	24	18,29	9,88			

Alınan tedavi şekli ile depresyon, anksiyete ve stres arasında herhangi bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 32).

Tablo 33: Alınan tedavi süresi ile travma sonrası stres bozukluğu gelişimi arasındaki ilişkinin Ki-Kare testine (Continuity Correction) göre değerlendirilmesi

	TSSB var		TSSB yok		Anlamlılık	
	n	%	n	%	X ²	p
Tedavi tipi					0,007	0,934
Kemoterapi	16	61,5	10	38,5		
Kemoterapi+Radyoterapi	16	66,7	8	33,3		

Kemoterapi tedavisi alan kişilerin %61,5'inde (16), kemoterapi ve radyoterapi tedavileri alanların ise %66,7'sinde (16) travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) görülmektedir. Tanı tipi ile TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 33).

Tablo 34: Katılımcıların psikiyatrik ilaç kullanma durumlarına göre SDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının Mann-Whitney U testine göre değerlendirilmesi

SDÖ	Psikiyatrik ilaç kullanma	n	Ort	Ss	Fark	Sd	p
Aile	Evet	9	21,78	5,26	-0,166	1	0,868
	Hayır	41	20,90	6,56			
Arkadaş	Evet	9	17,89	8,10	-0,013	1	0,990
	Hayır	41	17,71	7,85			
Özel Bir İnsan	Evet	9	21,11	6,29	-0,520	1	0,603
	Hayır	41	19,37	7,74			
SDÖ-Toplam	Evet	9	60,78	16,34	-0,354	1	0,724
	Hayır	41	57,98	18,30			

Psikiyatrik ilaç kullanımını algılanan sosyal destek puanlamasında anlamlı bir etkiye sahip değildir ($p>0,05$) (Tablo 33).

Tablo 35:Örneklemin psikiyatrik ilaç kullanıp kullanmama durumuna göre DASO'dan aldıkları puan ortalamalarının Mann-Whitney U testine göre dağılımı

DASO	Psikiyatrik ilaç kullanma		n	Ort	Ss	Fark	Sd	p
Depresyon	Evet		9	13,89	12,61	-0,621	1	0,535
	Hayır		41	10,50	9,54			
Anksiyete	Evet		9	16,11	9,89	-1,306	1	0,192
	Hayır		41	11,85	8,13			
Stres	Evet		9	20,33	8,06	-0,814	1	0,415
	Hayır		41	17,98	10,09			

Katılımcıların psikiyatrik ilaç kullanma durumlarına göre DASO'dan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 35).

Tablo 36: Katılımcıların psikiyatrik ilaç kullanma durumuna göre travma sonrası stres bozukluğu gelişiminin Ki-Kare testine (Fisher's Exact Test) göre değerlendirilmesi

	TSSB var		TSSB yok		Anlamlılık	
	N	%	n	%	X ²	P
Psikiyatrik ilaç					-	1,000
Evet	6	66,7	3	33,3		
Hayır	26	63,4	15	36,6		

Tanı sonrası psikiyatrik ilaç kullanan kişilerin %66,7'sinde (n=6), ilaç kullanmayan kişilerin ise %63,4'ünde (n=26) travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) geliştiği görülmektedir. Psikiyatrik ilaç kullanma ile TSSB gelişimi arasında ise herhangi bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 36).

3.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Sosyal Destek ve DASO Üzerindeki Etkisi

Tablo 37: Travma sonrası stres bozukluğu gelişimi ile algılanan sosyal destek, depresyon, anksiyete ve stres ilişkisinin Mann-Whitney U testine göre değerlendirilmesi

SDÖ	TSSB	n	Ort	Ss	Fark	Sd	P
Aile	Evet	32	18,88	6,37	-3,599	1	0,001*
	Hayır	18	24,94	3,96			
Arkadaş	Evet	32	15,31	7,57	-3,080	1	0,002*
	Hayır	18	22,06	6,38			
Özel Bir İnsan	Evet	32	17,22	7,10	-3,552	1	0,001*
	Hayır	18	24,06	6,11			
SDÖ-Toplam	Evet	32	51,41	16,13	-3,552	1	0,001*
	Hayır	18	71,06	13,44			
DASO	TSSB	n	Ort	Ss	Fark	Sd	P
Depresyon	Evet	32	15,42	10,03	-4,478	1	0,001*
	Hayır	18	3,72	4,40			
Anksiyete	Evet	32	15,68	9,08	-3,292	1	0,001*
	Hayır	18	7,39	3,74			
Stres	Evet	32	22,55	8,64	-3,810	1	0,001*
	Hayır	18	11,28	7,04			

TSSB gelişen kişilerde SDÖ toplam puanı ve alt ölçeklerden alınan puan ortalaması; TSSB gelişmeyen kişilerin aldığı puan ortalamasından anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır. Mevcut bu bulgudan hareketle TSSB yaşayan kişilerin algıladıkları sosyal destek düzeyi, TSSB yaşamayan kişilere göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 37).

TSSB gelişen katılımcıların “depresyon”, “anksiyete” ve “stres” (DASO) ölçeğinden aldıkları puan ortalaması; TSSB gelişmeyen kişilerin aldığı puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 37).

3.4. Sosyal Desteğin DASO Üzerindeki Etkisi

Tablo 38: Katılımcıların SDÖ ve DASO'dan aldıkları puan arasındaki ilişki düzeyinin Spearman Korelasyona göre analizi

DASO	SDÖ-Toplam Puan		
	n	r	P
Depresyon	50	-0,592	0,001*
Anksiyete	50	-0,282	0,050
Stres	50	-0,419	0,003*

Algılanan sosyal destek (SDÖ) düzeyi ile depresyon, anksiyete ve stres (DASO) düzeyleri arasında negatif yönlü ($r=-0,592$; $r=-0,419$) anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyleri azaldıkça, depresyon, anksiyete ve stres gelişiminde artış meydana gelmektedir ($p<0,05$) (Tablo 38).

4. TARTIŞMA

Bu bölümde yapılan analizler doğrultusunda elde edilen sonuçlar, diğer araştırmalardan elde edilen bulgular ve karşılaştırmalar, araştırmanın sınırlılıkları ve önerilere yer verilmektedir.

Bu araştırmada kanser tanısı almış kişilerde algılanan sosyal destek ile travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete ve stres ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kanser tedavisi görmekte olan 50 hastaya uygulanmıştır.

Araştırma sonucunda, algılanan sosyal destek alt ölçek (aile, arkadaş, özel bir insan) ortalama puanları düşük olan kişilerde travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) geliştiği görülmüştür. Aynı zamanda bu kişilerin depresyon, anksiyete ve stres puanları (DASO) yüksek bulunmuş ve böylece hipotez doğrulanmıştır. Aksüllü ve Doğan'ın huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek düzeyi ile depresyon arasındaki ilişkiyi araştıran çalışması bulgularımızı destekler niteliktedir. Bu çalışmada, algılanan sosyal destek puanı ile depresyon arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır (Aksüllü, 2004). Engelli annelerde sosyal destek düzeyi ile kaygı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada ise, algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça, sürekli kaygı düzeyinin düşüş görülmüş ve araştırmamızın bulguları literatürle örtüşmüştür (Coşkun 2009).

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişimi ile yaşam şekli arasındaki ilişkiye bakıldığında 'yalnız' yaşayan kişilerde travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) görülmezken, 'eş veya çocukları' ya da 'ikincil aile' ile beraber yaşayan kişilerin travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) yaşadığı görülmüş ve hipotezlerimizin bir kısmı böylece doğrulanmıştır. Yaşam şekli ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir ilişki bulunmazken, 'yalnız' yaşayan kişilerin 'aile', 'arkadaş' ve 'özel bir insandan' sağladığı sosyal destek puanı, 'eş veya çocukları' ya da 'ikincil aile' ile birlikte yaşayan kişilere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu fark araştırmacı tarafından, yalnız yaşayan kişiler çevresindekiler tarafından, 'yalnız' oldukları ve daha çok sosyal desteğe ihtiyaç duyabilecekleri algısı oluşturabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Yine yalnız yaşayan kişilerde travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişmemesi sosyal destek puanının yüksek olmasıyla ilişkilendirilmiştir.

Tanı tipi ve tedavi şekli ile algılanan sosyal destek (SDÖ), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve depresyon, anksiyete ve stres (DASO) puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ve hipotez doğrulanmıştır. Aynı zamanda bulgular Tokgöz ve arkadaşlarının (2008) çalışmasıyla örtüşmektedir. Araştırmada, kanser hastalarında tanı tipi ile depresyon belirtileri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (Tokgöz, 2008). Frayer ve arkadaşlarının kanser türü ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırma ise bu çalışma ile örtüşmemektedir. Tümör çeşidine bağlı (meme, over kanseri vb.) sağ kalım şansı ile depresyon

arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (Frayer'den aktaran Aydoğan, 2012).

Araştırmamızda medeni durum ve cinsiyet farklılığının algılanan sosyal destek, depresyon, anksiyete ve stres (DASO) puanlarıyla herhangi bir ilişkisi bulunmamıştır ve hipotez doğrulanmamıştır. Pandey ve arkadaşları bizim çalışmamızdan farklı bulgular elde etmişlerdir. Kemoterapi sürecinde kanser hastalarının depresyon, aksiyete ve üzüntü yaşama durumu ile ilgili yaptıkları çalışmada erkeklerde depresyon ve kaygı puanı kadınlara oranla daha yüksek; depresyon ve kaygı puanı evli olan kişilerde bekar olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Pandey, 2006). Araştırmamızla benzerlik gösteren bir araştırmada ise cinsiyet farklılığı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir (Tokgöz, 2008).

Eğitim düzeyi ortaöğretim ve üstü olan kişilerin algılanan sosyal destek 'arkadaş' alt ölçeği ve sosyal destek ölçeği (SDÖ) toplam puanı anlamlı bulunurken 'aile' ve 'özel bir insan' alt ölçek puanları arasındaki ilişki anlamlı bulunmamış ve böylece hipotezimizin bir kısmı doğrulanmıştır. Benzer bir bulgu Aras ve Tel'in çalışmasında da bulunmuştur. Eğitim durumu ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiye baktıklarında, sosyal desteğin aile alt ölçeği ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel bir anlamlılık görülmezken, eğitim durumu ile arkadaş alt ölçeği ilişkili bulunmuştur. Ortaokul-lise eğitim düzeyine sahip kişilerde, arkadaş desteği anlamlı derecede yüksek görülmüştür (Aras ve Tel, 2009). Arkadaş alt ölçeğinin anlamlı bulunması, araştırmacı tarafından çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (SDÖ) uygulanırken, eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların, çoğunlukla arkadaş alt ölçek sorularına 'problemlerimi paylaşabileceğim yakınlıkta bir arkadaşım yok' şeklinde yanıt vermesi üzerine, eğitim düzeyinin artmasıyla beraber arkadaş çevresinin daha fazla gelişebileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Bir yıl içerisinde kanser tanısı alan kişilerin sosyal destek 'özel bir insan' alt ölçek puanı anlamlı bulunmuştur. Bulgular değerlendirildiğinde 'aile' alt ölçeğinin anlamlı bulunmaması, katılımcıların yaş ortalamalarının yüksek olması (50,42) nedeni ile ebeveyn kaybının olabileceği ve bu nedenle aileden sosyal destek alamadıkları şeklinde yorumlanmıştır. Arkadaş çevresinin yetersiz olması ise 'arkadaş' alt ölçeğinin anlamlı bulunmamasının bir sebebi olarak araştırmacı tarafından yorumlanmıştır. Tanı süresi ile aile' ve 'arkadaş' alt ölçek puanları arasında ise herhangi bir ilişki görülmemiştir ve hipotezimizin bir kısmı doğrulanmıştır. Tanı süresi ile depresyon, anksiyete, stres puanı ve travma sonrası stres bozukluğu yaşama durumu ise anlamlı bulunmamıştır. Kronik akciğer hastalığı olan kişilerle yapılan bir çalışmada, katılımcıların hastalık süresine ve on bir yılda hastaneye yatma sıklığına göre algılanan aile ve arkadaş sosyal desteği arasında anlamlı bir fark bulunmamış ve çalışmamızla örtüşmüştür. Hastaların tanı aldıktan sonraki 5. yılda ve 10. yılından sonra algıladıkları sosyal destek puanlarına bakıldığında ise azalma görülmüştür (Aras ve Tel, 2009).

Medeni durum, eğitim düzeyi ve cinsiyet farklılığı ile TSSB yaşama, depresyon anksiyete ve stres (DASO) puanları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiş ve hipotez doğrulanmamıştır. Çalışmamızla benzer bulgulara sahip bir araştırma da Aydoğan ve arkadaşlarının kanser hastalarında anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilgili yaptığı çalışmadır. Araştırmada anksiyete ve depresyon puanları ile cinsiyet, eğitim düzeyi ve medeni durum arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. Ancak Kaplan ve arkadaşları ile Pillay ve arkadaşlarının araştırmasında, düşük eğitim düzeyine sahip kişilerde depresyon ve anksiyete puanları yüksek bulunmuş olup çalışmamızla benzerlik göstermemektedir (Aydoğan., 2012).

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısı alan kişilerde algılanan sosyal destek puanı anlamlı derecede düşük iken depresyon, anksiyete ve stres puanları yüksek bulunmuş ve hipotez doğrulanmıştır. Anderw!in 2003 yılında, şiddet mağdurlarında cinsiyet, sosyal destek ve TSSB ilişkisi ile ilgili yaptığı çalışma, bizim çalışmamızla örtüşmektedir. Araştırmada, sosyal destek memnuniyetine olumsuz yanıt veren mağdurlar, travma sonrası stres bozukluğu tanısı ile ilişkilendirilmiştir (Andrew, 2003). Araştırmamızla paralellik gösteren bir diğer çalışma ise Ayaksız'ın Gölcük depremini yaşayan çocuklarla yaptığı çalışmadır. Bu araştırmada travma sonrası stres bozukluğunun üç kriteri (travmatik olayı yeniden yaşama, kaçınma ve artmış uyarılmışlık) ile depresyon ve kaygı düzeyleri ilişkili bulunmuştur (Ayaksız, 2004).

Bu araştırma biyolojik bir hastalık olan kansere, psikopatolojik hastalıkların da eşlik edebileceğini ve algılanan sosyal desteğin psikopatolojiler üzerinde etkisi olabileceğini kanıtlamıştır.

4.1. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler

Örneklemin demografik özellikleri araştırmanın sınırlılıklarından birisidir. Eğitim düzeyi farklılık gösteren katılımcıların seçilmesi, cinsiyet ve yaş dağılımlarının homojen olması ve daha büyük örneklem alınması diğer araştırmalara genellenebilirlik ve güvenilirlik açısından önerilmektedir.

Depresyon, anksiyete ve stres tetikleyicilerinin kişiden kişiye farklılık gösteriyor olması çalışmamızda araştırmadığımız konulardan birisidir. Araştırmacılara bu konuya değinmeleri tavsiye edilmektedir.

Doktorlara, hemşirelere ve kanser hasta yakınlarına kanser süreci, kayıplar, hastalığın nasıl söylenmesi gerektiği, sosyal desteğin önemi, depresyon, stres ve kaygı konularında psikoeğitim verilmesi önerilmektedir. Ayrıca kanser hastalarının sosyal destek sistemlerinin harekete geçirilmesi, hastalara psikolojik destek verilmesi amacıyla hastanelerin onkoloji servislerinde uzman psikolog ve psikiyatrların görevlendirilmesi ve onkoloji servisinde çalışan hekimlerin ve hemşirelerin hastaların içinde bulunduğu duruma uygun davranması hastalık sürecinin daha sağlıklı atlatılabilmesi adına büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

- Aker, T. (2000). 1999 Marmara Depremleri: Epidemiyolojik Bulgular ve Toplum Ruh Sağlığı Uygulamaları Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(3): 204-212. Lak Tesisleri.
- Akın, A. ve Çetin, B. (2007). Depression, anxiety and stres scale (DASS): The study of validity and reliability. *Educational Science. Theory and Practice*, 7(1):241-268.
- Aksüllü, N. ve Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri ile Depresyon Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5:76-84.
- Alacacıoğlu, A., Yavuzşen, T., Diriöz, M., Yeşil, L., Bayrı, D. ve Yılmaz, U. (2007). Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 17: 87-93.
- Allen, S., Ciambone, D. ve Welch, L.C. (2000). Stage of Life Course and Social Support as a Mediator of Mood State Among Persons With Disability. *Journal of Aging and Health*, 12(3): 318-341.
- American Psychological Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Baskı, Washington DC, American Psychologu Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM 5*. American Psychiatric Association.
- Amir, M. ve Ramati, A. (2002). Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer: A preliminary research. *Anxiety Disorders*, 16: 191-206.
- Andreasen, N.C. (1985). Posttraumatic Stress Disorder. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 4: 918-24.
- Andrews, B., Brewin, C.R. ve Rese, S. (2003). Gender, Social Support and PTSD in Victims on Violent Crime. *Journal of Traumatic Stress*, 16: 421-427.
- Aras, A. ve Tel, H. (2009). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Tur Toraks Dergisi*, 10: 63-8.
- Arıkan, M.M. (2005). Stres ve Kanser. <http://ctf.edu.tr/stek/pdfs/47/4720.pdf>. (11Temmuz 2014).
- Aslan, Ö., Vural, H., Kömürcü, Ş. ve Özet, A. (2006). Kemoterapi Alan Kanser Hastalarına Verilen Eğitimin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 10(1): 15-28.

- Avcı, D. ve Doğan, S. (2014). Kanser Hastalarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Arasındaki İlişki. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18-20.
- Ayaksız, D.Ö. (2004). 1999 Gölçük Depremi Sonrasında Çocuk ve Ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Sürekli Kaygı ve Depresyon Düzeylerini Yordayan Değişkenler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul
- Aydın, O., Deveci, A. ve Danacı, A.E. (2012). Kanser Tanısı İntihara Yol Açır mı? Risk Algılama ve Azaltımı Nasıl Yapılabilir? *Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı*, 11.
- Aydoğan, Ü., Doğaner, Y.Ç., Borazan, E., Kömürcü, Ş., Koçak, N., Öztürk, B.,... Sağlam, K. (2012). Kanser Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ve Hastalıkla Başa Çıkma Tutumlarının İlişkisi. *Türk Aile Halk Dergisi*, 16(2): 55-60.
- Blumenfield, M. ve Tiamson, M. (2003). *Consultation Liaison Psychiatry. Practical Guide*. New York: Lippincott.
- Berard, R.M. (2001). Depression and Anxiety In Oncology.:The psychiatrist's perspective. *Clin Psychiatry*, 62: 58-61.
- Berksun, O.E. (2003). *Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları*. İstanbul :Turgut Yayıncılık
- Bilge, A. & Çam, O. (2003). Kanseri önlemede önemli bir faktör olarak kadınların stres ile başa çıkma tarzları ve sağlık inanışlarının incelenmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 9: 16-21.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti, J., Galiotta, M ve Brescia, R. (2000). Depression, hopelessness and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*, 284: 2907-11.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C. ve Andreski, P. (1998). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder In The Community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*, 55: 626-632.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P. ve Peterson, E. (1991). Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder In An Urban Population of Young Adults. *Arch Gen Psychiatry*, 48: 216-22.
- Brewin, C.R. (2011). Walking In The Line In Defining PTSD: Comprehensiveness Versus Care Features. *Clinical Education and Health Psychology*, 35-37.
- Boyle, P. & Levin, B. (2008). Dünya Kanser Raporu. *Uluslar arası Kanser Araştırmaları Kurumu*, 26-34.

- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38: 1-7.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, Social Support and The Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2): 310-357.
- Contantin, M., Mussu, M. ve Viterboli, P. (1999). Detecting Psychological Distress in Cancer Patients: Validity of the Italian Version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Support Care Cancer*, 7:121-127.
- Çorapçıoğlu, A., Aydemir, Ö., Yıldız, M., Esen, A. Ve Köroğlu, E. (1999). DSM IV Eksen I Bozuklukları (SCID I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinik Versiyon. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.-
- Coşkun, Y. ve Akkaş, G. (2009). Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1:213-227.
- Creamer, M., Burgess, P. ve McFarlane, A.C. (2001). Posttraumatic Stress Disorder: Findings From The Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychol Med*, 31: 1237-47.
- Costanzo, S.E., Lutgendor, K.S., Rathrock, E.N. ve Anderson, B. (2006). Coping And Quality Among Women Extensively Treated For Gynecologic Cancer. *Psycho-Oncology*, 14: 132-142.
- Cüceloğlu, D. (1997). *İnsan ve Davranışı*. İstanbul: Remzi Kitapevi
- Davidson, J. (1993). Issues In The Diagnosis of Post Traumatic Stress Disorder. *American Psychiatric Press, Review of Psychiatry*, 12: 141-155.
- Davidson, J.R., Hughes, D. ve Blazer, D.G. (1991) George LK: Posttraumatic Stress Disorder In The Community: An Epidemiological Study. *Psychological Medicine*, 21: 713-721.
- Deimling, T.G., Wagner, J.L. ve Bowman, F.K. (2006). Coping Among Older-Adult, Long-Term Cancer Survivors. *Psycho-Oncology*, 15: 143-159.
- Eker, D., Arkar, H. ve Yaldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1): 17-25.
- Eker, D. ve Arkar, H. (1995). Perceived social support: psychometric properties of the MSPSS in normal and pathological groups in a developing country. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol*, 30: 121-126.

- Erol, N. ve Oner, O. (1999). Travmaya Psikolojik Tepkiler ve Bunlara Yaklaşım. *Türk Psikoloji Bulteni*, 5(4).
- Fraye, G., Geay, J.F., Touzet, S., Provencal, J., Weber, B., Jacquin, P.,...Laurine, P. (2005). Comprehensive geriatric assessment predicts tolerance to chemotherapy and survival in elderly patients with advanced ovarian carcinoma, A GINECCO study. *Annals of Oncology*, 16: 1795-800.
- Grassi, L., Travado, L., Moncayo, F.L., Sabato, S. Rossi, E. ve SEPOS Group(2004). Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: Findings from the Southern European Psycho-Oncology Study. *J Affect Disord*, 83(2-3): 243-8.
- Gülaçtı, F. (2010). The Effect of Perceived Social Support on Subjective Well-Being. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2: 3844-3849.
- Güleç, G. ve Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Genel Yaklaşımlar*, 3(2): 343-367.
- Güven, K. (2010). Marmara Depremine Yaşayan Yetişkinlerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ile Travma Sonrası Gelişim ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Hacıoğlu, M., Aker, T., Kutlar, T. ve Yaman, M. (2002). Deprem Tipi Travma Sonrasında Gelişen Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Alt Tipleri. *Düşünen Adam*, 15(1): 4-15.
- Hamilton, M. O. (1982). Symptoms and Assessment of Depression. *Hand Book of Affective Disorders*. New York.
- Herman, J.(2007). *Travma ve İyileşme*. (T. Tosun, Çev.). 2. Basım. İstanbul: Literatür.
- Hirshfeld, R.M.A. (2001). Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry*, 3: 244-254.
- Jadoon, N.A., Munir, W., Shahzad, M.A. ve Choudhry, Z. (2010). Assessment of Depression and Anxiety in Adult Cancer Outpatients: A Cross-Sectional Study. *BMC Cancer*, 10: 594.
- Jakovlijevic, M. (1998). Neurobiology of Psychotraumatic Experience : Is PTSD Really a Unique Psychopathological and Diagnostic Entity?.*Psychiatr Danub*, 10: 75-78.
- Jakovlijevic M. (2012). Post-traumatic Stress Disorder: A Tailor-made Diagnosis For a Nage of Disenchantment and Disillusionment. *Psychiatr Donub*, 24: 238-240.

- Johnson, H. & Thampson, A. (2008). The Development and Maintenance of Posttraumatic Stress Disorder In Civilian Adult Survivors of War Trauma and Torture. *A Review ClinPsychol Rev*, 28: 36-47.
- Kaner, S. (2004). Engelli Çocukları Olan Anababaların Algıladıkları Stres, Sosyal Destek, ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi. *Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri*. Ankara.
- Kaplan, H.I.ve Sadock, B.J. (1991). Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry. Baltimore.*Williams and Wilkins*.
- Karabulutlu, E.Y., Bilici, M., Çayır, K., Tekin, S.B. ve Kantarcı, R. (2010). Coping, Anxiety and Depression in TURKISH Patients with Cancer. *European Journal of General Medicine*, 7(3): 296-302.
- Katon, W. ve Ciechanowski, P. (2002). Impact of Major Depression on Chronic Medical Illness. *J Psychosom Res*, 53: 859-863.
- Kazarian, S.S. ve McCabe, S.B. (1991). Dimensions of social support in the MSPSS: Factorial structure, reliability, and theoretical implications. *Journal of Community Psychology*, 19: 150-160. <http://onlinelibrary.wiley.com> (12 Eylül 2014).
- Kelleci, M., Aydın, D., Sabancıoğulları, S. ve Doğan, S. (2009). Hastanede Yatan Hastaların Bazı Tanı Gruplarına Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*, 12: 90-98.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. ve Nelson, C.B. Posttraumatic Stress Disorder In The National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52: 1048-60.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R. ve Walters, E.E. (2005). Prevalence, Severity, And Comorbidity of 12-month DSM-IV Disorders In The National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62: 617-27.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E. J.& Hughes, M. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry*.
- Kılıç, E.Z., Uslu, R.İ., Erden, G. ve Kerimoğlu, E. (1999). Çocuklarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerini Sürdüren Ailesel Etmenler. *Kriz Dergisi*, 7(2): 1-8.
- Kolb, L.C. (1987). A Neuropsychological Hypothesis Explaining Post-Traumatic Stress Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 14: 989-95.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosom Med*, 55: 234-247.

- Lepore, S.J. ve Coyne, J.C. (2006). Psychological Interventions for Distress In Cancer Patients; A Review of Reviews. *The Society of Behavioral Medicine*, 32(2): 85-92.
- Lloyd, D.A. ve Turner, R.J. (2003). Cumulative Adversity and Posttraumatic Stress Disorder: Evidence From Diverse Community Sample of Young Adults. *Am J Orthopsychiatry*, 73: 381-91.
- Lloyd, W.M. (2000). Difficulties in Diagnosis And Treating Depression in the Terminally Ill Cancer Patient. *Postgrad Med J*, 76: 555-8.
- Lynch, M.E. (1995). The Assessment and Prevalence of Affective Disorders in Advanced Cancer. *J Palliat Care*, 11: 10-8.
- McDaniel, J.S., Musselman, D.L. ve Nemeroff, C.B. (1997). Cancer and Depression: Theory and Treatment. *Psychiatric Annals*, 27: 360-64.
- Mete, M. H. ve Sertöz, Ö. Ö. (2004). Bedensel Hastalıklarda Depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2: 63-69.
- Mete, M. H. ve Sertöz, Ö. Ö. (2001). Kanserli Hastalarda Depresyon. *Duygudurum Dizisi*, 4, 184-191.
- Montazeri, A., Milroy, R., Hole, D., McEwean, J. ve Gills, C.R. (1998). Anxiety and Depression in Patients with Lung Cancer Before and After Diagnosis: Findings From a Population in Glasgow, Scotland. *J Epidemiol Community Health*, 52: 203-204.
- Mystakidou, K., Tsillika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A. ve Vlahos, L. (2005). Assessment of Anxiety and Depression in Advanced Cancer and Their Relationship With Quality of Life. *Qual Life Res*, 14: 1825-33.
- Oflaz, F., Özcan, C.T., Taştan, S., Çiçek, H., Aslan, Ö. ve Vural, H. (2010). Hemşirelerin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerini Tanıma Durumları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(1): 1-6.
- O'Mahony, S., Goulet, J., Kornblith, A., Abbetiello, G., Clarke, B., Klless-Siegel, S., Breitbart, W. ve Payne, R. (2005). Desires for Hastened Death, Cancer Pain and Depression: Report of a Longitudinal Observaational Study. *J Pain Symptom Manage*, 29: 446-57.
- Öztürk, O. & Uluşahin, A.(2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (11. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Pandey, M., Sarita, G.P., Devi, N., Thomas, B.C., Hussain, B.M. ve Krishnan, R. (2006). Distress, Anxiety, and Depression in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *World Journal of Surgical Oncology*, 4: 1-5.

- Pinquart, M. ve Duberstein, P.R. (2010). Depression and Cancer Mortality. *Psychol Med*, 40 (11): 797-810.
- Scheier, A.M. ve Williams, S.A.(2004). Anxiety and Quality of Life of Women Who Receive Radiation or Chemotherapy for Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(1): 127-130.
- Senen, M., Akyüz, A., Sever, N. ve Dinçer, Ş.(2013). Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull*, 12(3): 219-224.
- Sheehann, E. (1999).*Kayı Bozuklukları* (M. Sağlam, Çev.). İstanbul: Alfa Yayınları, 1.Basım.
- Silverstone, P.H. (1990). Depression Increases Mortality and Morbidity in Acute Life Threatening Medical Illness. *J Psychosom Res*, 34: 551-657.
- Sorias, O. (1992). Hasta ve Sağlıklı Öğrencilerde, Yaşam Stresi, Sosyal Destek ve Ruhsal Hastalık İlişkinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Semineri.
- Sorias, O. (1988a). Sosyal Desteklerin Ruhsal Sağlığı Koruyucu Etkisinin Depresyonlu ve Sağlıklı Kontrollerde Araştırılması. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(3): 1033-1039.
- Sorias, O. (1988b). Yaşam Stresine Karşı Koruyucu Olarak Sosyal Destekler. *Edebiyat Fakültesi Yayınları, Seminer Psikoloji (Özel sayı)*, 805-811.
- Stokes, J.P., (1985). The Relation of Social Network and Individual Difference Variables to Loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48: 981-990.
- Şar, V. (2010). DSM-5 Taslak Tanı Ölçütlerine Genel bir Bakış: “Batı Cephesinde Yeni bir Şey Yok mu?”. *Klinik Psikiyatri*, 13: 196-208.
- Şengelen, M. (2002). Türkiye'de Kanser İstatistikleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kanser Epidemiyolojisi Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Tokai, J. (1995). Coping Styles Among Japanese Women With Breast Cancer. *J Exp Clin. Med*, 20: 137-141.
- Tokgöz, G., Yaluğ, İ., Özdemir, S., Yazıcı, A., Uygun, K. ve Aker, T. (2008). Kanser Hastalarında Majör Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9: 59-66.
- Türkçapar, H. (2013). *Depresyon*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

EKLER

EK 1: Onam Formu

Bu çalışma Yard. Doç. Dr. İtir Tarı Cömert danışmanlığında Hasan Kalyoncu Üniversitesi Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi Handan Erdoğan tarafından yürütülen bir tez çalışmasıdır. Çalışmanın amacı kanser tanısı almış kişilerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve anksiyete gelişimi hakkında bilgi toplamaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük temelinde olmaktadır. Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacaktır ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir. Elde edilecek bilgiler bilimsel yayınlarda kullanılacaktır.

Çalışmada kullanılmak üzere size birtakım soruları içeren anket verilecektir. Anket genel olarak kişisel rahatsızlık içerecek sorular içermemektedir. Ancak sorulardan ya da herhangi bir şeyden dolayı kendinizi rahatsız hissederseniz uygulamayı yarıda bırakabilirsiniz. Anket sonunda bu çalışma ile ilgili sorularınız cevaplanacaktır. Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman çalışmayı yarıda bırakabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum. (formu doldurup imzaladıktan sonra uygulayıcıya veriniz.)

Ad-Soyad

Tarih

İmza

EK 2: Kişisel Bilgi Formu

- 1- Yaşınız : _____
- 2- Cinsiyetiniz:
 - a- Kadın
 - b- Erkek
- 3- Medeni haliniz:
 - a- Bekar
 - b- Evli
 - c- Boşanmış
 - d- Eşi vefat etmiş
 - e- İlişkisi var
- 4- Ne kadar süredir ilişkiniz var?/ Ne kadar süredir ayrısınız? _____
- 5- Çocuğunuz var mı?
 - a- Evet
 - b- Hayır
- 6- Evinizde sizinle birlikte kimler yaşıyordu? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)
 - a- Tek başıma yaşıyorum b- Eşim c- Çocuğum/Çocuklarım d- Annem e- Babam
 - f- Eşimin ailesi g- kardeşim/Kardeşlerim h- Eşimin kardeşleri i- Akrabalarım
 - j-Eşimim akrabaları
- 7- Eğitiminiz
 - a- Okuma-yazma yok
 - b- Okuma-yazma
 - c- İlköğretim
 - d- Lise
 - e- Üniversite
 - f- Üniversite üstü
- 8- Mesleğiniz: _____
- 9- Aylık gelir düzeyiniz? _____
- 10- Çalışıyor musunuz?
 - a- Evet
 1. Ne kadar süredir çalışıyorsunuz?
 - b- Hayır
 - 1- Daha önce çalıştıysanız ne kadar süredir çalışmıyorsunuz?.....
 - c- Hiç çalışmadım
- 11- Kanser tanısını ne zaman aldınız? _____
- 12- Hangi kanser türü teşhisi kondu? _____

13- Aileniz ve yakın çevrenizle hastalığınızı paylaştınız mı?

a- Evet

b- Hayır

14- Psikolojik yardım aldınız mı?

a- Evet

b- Hayır

15- Psikiyatrik bir ilaç kullandınız mı?

a- Evet

b- Hayır

16- Tedavi aşamasında ne uygulandı?

a- Kemoterapi

b- Radyoterapi

c- Kemoterapi ve Radyoterapi

EK 3: Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1 den 7ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söyleneni sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Her bir sorunun cevabına yalnızca bir işaret koyarak cevaplayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz. Lütfen hiçbir cümleyi yanıtızsız bırakmayınız.

1- Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin,flört,nişanlı,sözlü,akraba, komşu,doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
	Kesinlikle HAYIR			Kesinlikle EVET			
2- Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin,flört,nişanlı,sözlü,akraba, komşu,doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
	Kesinlikle HAYIR			Kesinlikle EVET			
3- Ailem(örneğin,annem,babam,eşim,çocuklarım,kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	1	2	3	4	5	6	7
	Kesinlikle HAYIR			Kesinlikle EVET			
4- İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden(örneğin;annemden ,babamdan,eşimden,çocuklarımdan,kardeşlerimden) alırım.	1	2	3	4	5	6	7
	Kesinlikle HAYIR			Kesinlikle EVET			
5- Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin,flört,nişanlı,sözlü,akraba, komşu,doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
	Kesinlikle HAYIR			Kesinlikle EVET			
6- Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle HAYIR			Kesinlikle EVET			
7- İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.						
1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle HAYIR			Kesinlikle EVET			
8- Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.						
1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle HAYIR			Kesinlikle EVET			
9- Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin,flört,nişanlı,sözlü,akraba, komşu,doktor) var.						
1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle HAYIR			Kesinlikle EVET			
10- Kararlarımı vermede ailem (örneğin annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.						
1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle HAYIR			Kesinlikle EVET			
11- Sorunlarımı ailemle (örneğin; annemle,, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.						
1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle HAYIR			Kesinlikle EVET			
12- Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim						
1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle HAYIR			Kesinlikle EVET			

EK 4: DASO

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

Lütfen **her ifadeye** mutlaka **TEK yanıt** veriniz ve kesinlikle **BOŞ bırakmayınız**.

(0) Bana hiç uygun değil (1) Bana biraz uygun (2) Çoğunlukla uygun (3) Bana tamamen uygun

1	Oldukça önemsiz şeylerden dolayı gerginleşiyorum	0	1	2	3
2	Dudaklarımın kuruduğunu hissediyorum	0	1	2	3
3	Olumlu herhangi bir şey düşünemiyorum	0	1	2	3
4	Nefes alıp vermede güçlük yaşıyorum (örneğin; çok hızlı nefes alma veya nefes alamama)	0	1	2	3
5	Bulduğum ortama uyum sağlayamıyorum	0	1	2	3
6	Olaylara gereğinden fazla tepki gösteriyorum	0	1	2	3
7	Kendimi bitkin hissediyorum (örneğin; bacaklarım tutmuyor)	0	1	2	3
8	Rahatlamakta güçlük yaşıyorum	0	1	2	3
9	Beni sıkıntıya sokan öyle zamanlar oluyor ki, onlar bitince kendimi rahat hissediyorum	0	1	2	3
10	Beklediğim veya umduğum hiçbir şey olmadığını hissediyorum	0	1	2	3
11	Aniden keyfimin kaçtığını hissediyorum	0	1	2	3
12	Çevremdeki olaylar gerginleşmeme neden oluyor	0	1	2	3
13	Kendimi üzgün ve karamsar hissediyorum	0	1	2	3
14	Herhangi bir nedenden dolayı geciktiğimde sabırsızlanıyorum (örneğin; asansör veya trafik ışığı)	0	1	2	3
15	Kendimi yorgun ve zayıf hissediyorum	0	1	2	3
16	Her şeye olan ilgimin kaybolduğunu hissediyorum	0	1	2	3
17	Bir insan olarak değerli olmadığımı hissediyorum	0	1	2	3
18	Oldukça hassas ve alıngan olduğumu hissediyorum	0	1	2	3
19	Herhangi bir fiziksel çaba harcamama veya fazla sıcak olmamasına rağmen	0	1	2	3

	yoğun biçimde terlediğimi hissediyorum (örneğin; ellerin terlemesi)				
20	Herhangi bir neden olmamasına rağmen korktuğumu hissediyorum	0	1	2	3
21	Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyorum	0	1	2	3
22	Gevşemekte zorlanıyorum	0	1	2	3
23	Yutkunmakta sıkıntı yaşıyorum	0	1	2	3
24	Yaptığım şeylerin dışında hiçbir şeyden zevk alamıyorum	0	1	2	3
25	Herhangi bir fiziksel çaba harcamadığım halde kalbimin çarpıntısını hissedebiliyorum (örneğin; kalp çarpıntısının artması veya azalması)	0	1	2	3
26	Kendimi keyifsiz ve kederli hissediyorum	0	1	2	3
27	Çabuk sinirlendiğimi düşünüyorum	0	1	2	3
28	Hemen paniğe kapıldığımı düşünüyorum	0	1	2	3
29	Beni gerginleştiren herhangi bir şeyden sonra sakinleşmekte güçlük yaşıyorum	0	1	2	3
30	Basit fakat alışılmadık bir şeyden dolayı "mahvolacağım" diye kaygılanıyorum	0	1	2	3
31	Herhangi bir şey için istekli ve ilgili olamıyorum	0	1	2	3
32	Yaptığım işin bölünmesine tahammül etmekte sıkıntı yaşıyorum.	0	1	2	3
33	Gergin bir durumdayım	0	1	2	3
34	Oldukça değersiz olduğumu hissediyorum	0	1	2	3
35	Yaptığım işe engel olan hiçbir şeye tolerans gösteremiyorum	0	1	2	3
36	Çok korktuğumu hissediyorum	0	1	2	3
37	Gelecekte hiçbir beklentim yok	0	1	2	3
38	Yaşamın anlamsız olduğunu hissediyorum	0	1	2	3
39	Kendimi tedirgin ve heyecanlı hissediyorum	0	1	2	3
40	Gülünç duruma düşme ve paniğe kapılma riski olan durumlardan dolayı endişeleniyorum	0	1	2	3
41	Titrediğimi hissediyorum (örneğin; ellerde)	0	1	2	3
42	Yapacağım şeylere başlamakta güçlük yaşıyorum	0	1	2	3

EK 5: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Soru Formu (SCID I)

Yaşamınızın tehdit edilmesi, birisini ölmüş olarak veya ciddi biçimde yaralanmış olarak görme veya evinizin yanması gibi gerçekten travmatik veya dehşet veren bir yaşantınız oldu mu?	A) Olağan insan yaşantısının dışında, psikolojik olarak travmatik olan bir olay söz konusudur. Örneğin, kişinin yaşamını veya fiziksel bütünlüğünü tehdit eden ciddi bir durum, evinin veya topluluğunun yıkımı veya yaralanmış ölmekte olan veya ölmüş veya fiziksel bir şiddetin kurbanı olmuş başka bir kişiyi görme.	?, 1, 2, 3
(A modülündeki yaşantı) Bazı biçimlerde tekrarlandı mı?	B) Hastalığın bazı safhalarında travmatik olay aşağıdakilerden en az birisi yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır.	
Örneğin onu size hatırlatacak hiçbir şey yokken bile, istemediğiniz zamanlarda hakkında düşündünüz mü?	1) Tepkiyi başlatan herhangi bir çevresel uyarıcı olmaksızın olayın sıkıntı veren bir biçimde tekrar tekrar hatırlanması	?, 1, 2, 3
Onunla ilgili rüyalarınız oldu mu?	2) Olayı sık sık sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme	?, 1, 2, 3
... böyle anlarda kendinizi sanki geçmişteymişçesine davranıyor veya hissediyorken buldunuz mu?	3) Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi birdenbire tepki gösterme ya da hissetme (uyanırken ya da sarhoşken ortaya çıksalar bile o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, varsanıları ve dissosiyatif flashback episodlarını kapsar). TANIMLAYIN.	?, 1, 2, 3
... size olayı yeniden hatırlatan bir durumda iken çok daha kötü hissettiniz mi?	4) Travmatik olayın bir yüzünü sembolize eden veya ona benzeyen olaylarla karşılaştığında yoğun psikolojik sıkıntı duyma veya fizyolojik tepkisellik (örneğin asansörde tecavüze uğramış bir kadının herhangi bir asansöre her girişinde ter	?, 1, 2, 3

	basması). TANIMLAYIN.	
	B Kriterlerinden en az birisi 3 olarak kodlanmıştır.	?, 1, 2, 3
? Bilgi Yetersiz	1)Yok ya da yanlış	2)Eşik altı
		3)Eşik ya da doğru

SONRAKİ MODÜLE GEÇİNİZ		
	C) Hastalığın bazı safhalarında aşağıdakilerden en az üçünün varlığıyla belirli travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ya da genel tepki verme düzeyinde azalma (bu travmadan önce olmayan bir şeydir).	
O zamandan (travmadan) beri...		
...olanlar hakkında düşünmekten veya üzülmekten kaçınmak için özel bir çaba harcadınız mı?	1)Travmaya eşlik etmiş olan düşünce ya da duygulardan kaçınma çabaları	?, 1, 2, 3
...size onu hatırlatan şeylerden uzak kaldınız mı?	2)travma ile ilgili anıları canlandıran etkinliklerden ya da durumlardan kaçınma çabaları	?, 1, 2, 3
... olayın önemli bazı yönlerini hatırlamakta zorlandığınız oldu mu?	3) Travmanın önemli bir yönünü hatırlayamama (psikojenik amnezi)	?, 1, 2, 3
... spor, hobiler, sosyal etkinlikler gibi sizin için önemli olan şeylere ilginiz azaldı mı?	4)Önemli etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma	?, 1, 2, 3

...insanlardan uzaklaşma veya kopma duygusu yaşadınız mı?	5)İnsanlardan uzaklaşma veya insanlara yabancılaşma duygusu	?, 1, 2, 3
...güçlü bir biçimde duygulanamama, duygusuzluk veya size yakın olan insanları sevmeme şeklinde bir değişiklik oldu mu?	6) Duygularında kısıtlılık; örneğin hissizleşme, sevme duygularını yaşayamama	?, 1, 2, 3
...gelecekle ilgili beklentilerinizde bir kısıtlılık, azalma oldu mu?	7) Kısıtlanmış gelecek duygusu (örneğin, kariyer, evlilik, çocuk, uzun hayat gibi beklentilerin olmaması)	?, 1, 2, 3
	C Belirtilerinden en az 3'ü 3 olarak kodlanmıştır.	?, 1, 2, 3

SONRAKİ MODÜLE GEÇİNİZ		
	C) Hastalığın bazı safhalarında aşağıdakilerden en az ikisinin varlığı ile belirli, artmış uyarılmışlık (travmadan önce olmayan) durumu belirtilerinin sürekli olması	
O zamandan (travmadan) beri...		
...uyku sorununuz ne oldu? (ne türdendi)	1)Uykuya dalmada veya uykuyu sürdürmede güçlük	?, 1, 2, 3
...alışılmadık biçimde sinirli miydiniz? Öfke patlamaları oluyor muydu?	2)İrritabilite ya da öfke patlamaları	?, 1, 2, 3
... yoğunlaşmada (konsantre olmada) güçlük çektiğiniz oluyor muydu?	3) Yoğunlaşmada güçlük	?, 1, 2, 3
... ortada hiçbir neden yokken bile tetikte veya savunmada oluyor muydunuz?	4)Hipervijilans	?, 1, 2, 3
...ani gürültü ve benzeri şeylerle kolaylıkla irkilir ve sıçrar mıydınız?	5)Artmış irkilme tepkileri	?, 1, 2, 3
...travmatik olayın bir yönünü sembolize eden ya da hatırlatan bir olayla ya da durumla karşılaştığınızda terleme, çarpıntı, sıkıntı, göz karaması vb. şeylerle karşılaşıyor musunuz?	6) Travmayı hatırlatan ya da sembolize eden durumlarda fizyolojik tepki gösterme	?, 1, 2, 3
	D Belirtilerinden en az 2'si 3 olarak kodlanmıştır.	?, 1, 2, 3
SONRAKİ MODÜLE GEÇİNİZ		
B, C, D belirtilerinin hepsi aynı zamanda mı ortaya çıktılar?	E) B, C, D belirtilerinin hepsi aynı 6 aylık dönemde ortaya çıkar.	?, 1, 2, 3

EĞER HAYIRSA BELİRTİLERİN AYNI 6 AYLIK SÜREDE ÇIKIP ÇIKMADIKLARINI BELİRLEYİN:			
Bu farklı şeyler ne zaman oluyordu?		?, 1, 2, 3	
? Bilgi Yetersiz	1)Yok ya da yanlış	2)Eşik altı	3)Eşik ya da doğru