

**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KANSERLİ HASTALARDA HASTALIĞA
BAĞLI ATIFLAR VE ALTERNATİF TEDAVİLER**

**Psikiyatri Anabilim Dalı
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
Sağlık Danışmanlığı Programı**

Yüksek Lisans Tezi

Deniz TANKIŞI

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Aşın NOYAN**

**İZMİR
(2007)**

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan : Yard. Doç. Dr. Ayşın Noyan

.....

(Danışman)

Üye : Prof.Dr. Hayriye Elbi Mete

.....

Üye : Prof.Dr. Cahide Aydın

.....

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih:

ÖNSÖZ

Yaşamın kesintiye uğradığı her dönemde neden, niçin, ne oldu da bu durum başıma geldi? soruları ile karşı karşıya kalınır. Hastalık dönemleri de bu soruların en çok sorgulandığı dönemlerin başında gelir. Uzun süren, nedenleri ve nasılları hala çok da net olmayan kanser hastalığında, hastanın, tanı, tanı sonrası ve tedaviler sırasında kendisiyle, çevresiyle hesaplaştığı ve yanıtlar aradığı bilinmektedir.

Bu tezdeki amaç, kanser hastalarının hastalıklarına yaptıkları nedensel atıfları ve bu atıfların bilinen ve uygulanan tedavilerin dışında, hastaların uyguladığı alternatif tedavi arayışlarını etkileyip etkilemediğini ortaya koymaktır.

Radyoterapi için Radyasyon Onkolojisi kliniğine gelen hastalara, kanser tanısının yaşandığı bu karmaşık dönemde araştırmaya katıldıkları için çok teşekkür ederim. Çalışmada katkılarından dolayı tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Ayşın Noyan'a teşekkür ederim. KLP Bilim Dalı'nda yüksek lisans programını açarak yeniden öğrencilik tadını yaşatan, tez konumun seçiminde bana yol gösteren Sayın Prof. Dr. Hayriye Elbi Mete'ye teşekkür ederim. Tezimin ve çalışma yaşamımın her aşamasında yakın desteğini gördüğüm çalışma arkadaşım Yük. Hem. Gül Şav Özaydemir'e ve eğitim süresince yardımlaşma ve dayanışmanın sıcaklığını yaşatan sevgili dönem arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Araştırmanın analizlerinin yapılmasında yardımcı olan, Sayın Doç. Dr. Mehmet Orman'a ve Uzman Psikolog Umut Seyfioğlu'na katkılarından dolayı çok teşekkür ederim.

Klinik uygulamalarında her zaman desteğini gördüğüm Sayın Prof. Dr. Ayfer Haydaroğlu'na teşekkür ederim.

Eğitim ve tez aşamasında yakın ilgi ve anlayışlarından dolayı sevgili eşim, oğlum ve aileme çok teşekkür ederim.

Deniz TANKİŞİ

İzmir, Ağustos/ 2007

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖNSÖZ	III
İÇİNDEKİLER.....	V
TABLolar DİZİNİ	X
BÖLÜM 1. GİRİŞ	1
BÖLÜM 1	1
GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu (Problem)	2
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Hipotezler (Denenceler)	3
1.4. Araştırmanın Önemi	5
1.5. Sınırlılıklar	5
1.6. Genel Bilgiler.....	5
1.6.1. Kanser Hastalığı	5
1.6.1.1. Kanser Tanısından Sonra Yaşanan Sorunlar	6
1.6.1.2. Uygulanan Tıbbi Tedaviler	7
1.6.1.2.1. Cerrahi Tedavi	7
1.6.1.2.2. Kemoterapi	8
1.6.1.2.3. Radyoterapi.....	8
1.6.1.3. Tedavilerin Yan Etkileri	9
1.6.1.3.1. Kemoterapinin yan etkileri	9
1.6.1.3.2. Radyoterapinin yan etkileri	9
1.6.2. Alternatif/ Tamamlayıcı Tedaviler.....	10
1.6.2.1. Alternatif/ Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri, Etkileri ve Yan Etkileri	11
1.6.2.1.1. Alternatif Kanser Diyetleri	11
1.6.2.1.2. Bitkisel Yöntemler	11
1.6.2.1.3. Alternatif Tıp Sistemleri.....	12
1.6.2.1.4. Manuel iyileşme.....	13
1.6.2.1.5. Biyolojik ve Farmakolojik Tedaviler	13
1.6.2.2. Kanserli Hastaların Başvurma Nedenleri.....	14
1.6.2.3. Toplumda Kullanım Sıklığı.....	15

1.6.3. Atıf Kavramı ve Atıf Kuramı.....	15
1.6.3.1. Heider'in Kuramı.....	17
1.6.3.2. Kelley'in Kuramı	18
1.6.3.3. Jones ve Davis'in Kuramı	19
1.6.3.4. Weiner'in Kuramı	20
1.6.3.5. Öğrenilmiş Çaresizlik Kuramı	22
1.6.3.5.1. Öğrenilmiş Çaresizlik Kuramının Atıfsal Formülasyonu	24
1.6.3.5.2. Öğrenilmiş Çaresizlik ve Hastalık	26
1.6.3.6. Atıflarla İlgili Görüşler	27
1.6.3.6.1. Atıflarda Etkili Olan Süreçler	27
1.6.3.6.2. Sağlık ve Hastalıkta Atıflar	28
1.6.3.6.3. Sağlık İnanç Modeli	28
1.6.3.6.4. Hastalığa Uyum ve Atıflar.....	29
1.6.3.6.5. Hastalık ile Başa Çıkma Atıfların Rolü ve Yapılan Çalışmalar.....	30

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
2.1. Araştırmanın Tipi.....	32
2.2. Kullanılan Gereçler	32
2.2.1. Bilgilendirilmiş Onay Formu	33
2.2.2. Sosyodemografik Veri ve Bilgi Formu	33
2.2.3. Beck Depresyon Envanteri	33
2.2.4. Beck Umutsuzluk Ölçeği.....	34
2.2.5. Nedensel Atıflar Ölçeği.....	35
2.3. Kullanılan Yöntem.....	37
2.3.1. İşleme Ölçütleri.....	37
2.3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	37
2.3.3. Araştırmanın Evreni	38
2.3.4. Araştırmada Örneklem	38
2.3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	38
2.3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri	39
2.3.7. Süre ve Olanaklar	39

BÖLÜM III

BULGULAR	40
3.1. Sosyodemografik Veri ve Bilgi Toplama Formu Bulgularının Tüm Örnekleme için Değerlendirilmesi.....	40
3.2. Beck Depresyon Envanteri ve Beck Umutsuzluk Ölçeğine Ait Bulgular	43
3.2.1. Beck Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Hastaların Kansere Yerleşim Bölgelerine Göre Değerlendirilmesi	44
3.2.2. Beck Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının, Alternatif Tedavi Uygulayan ve Uygulamayan Hastalarla Karşılaştırılması	45
3.2.3. Beck Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Tanılarını Bilen ve Bilmeyen Hasta Grubu Verilerinin Karşılaştırılması.....	46
3.2.4. Beck Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Faktör Analizlerini Kategorize Ederek Oluşturulan Atıf Biçimleri ile değerlendirilmesi	47
3.3. Alternatif Tedavi Uygulayan ve Uygulamayan Hastaların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırıldığı Analizler	48
3.3.1. Alternatif Tedavi yöntemleri, kullanılan yöntemlerden hastaların beklentisi, ve Sonuçları.....	50
3.3.2. Alternatif Tedavi Uygulayan ve Uygulamayan Hastaların Bilgi Toplama Formundan Elde Edilen Bulgular.....	51
3.4. Tanılarını Bilen Hasta Grubuyla, Bilmeyen Hasta Grubunun Verilerinin Karşılaştırılması	52
3.4.1. Tanılarını Bilen Hasta Grubuyla Bilmeyen Hasta Grubunun Bilgi Toplama Formundan Elde Edilen Bulgular.....	54
3.5. Nedensel Atıflar Ölçeğinin Faktör Analizi	54
3.5.1. Nedensel Atıflar Ölçeğinin Faktör Analizi.....	54
3.5.1.1. Faktör Analizlerini Kategorize Ederek Oluşturulan Atıf Biçimleri	58
3.5.2. Nedensel Atıflar Ölçeği Sonuçlarının Tüm Örnekleme için Değerlendirilmesi	59

3.5.2.1. Atıflar ve Cinsiyet Değişkeninin Değerlendirilmesi	59
3.5.2.2. Atıflar ve Gelir Düzeyleri Değişkeninin Değerlendirilmesi.....	59
3.5.2.3. Atıf Faktörleri ve Kanser Yerleşim Bölgelerinin Karşılaştırılması	60
3.5.2.4. Atıf Faktörleri Açısından Tıbbi Tanı Biliyor mu? Değişkeninin Değerlendirilmesi	61
3.5.2.5. Atıf Faktörleri Açısından Alternatif Tedavi Kullanma Durumunun Değerlendirilmesi	62
3.5.2.6. Faktör Analizlerini Kategorize Ederek Oluşturulan Atıf Biçimleri İle Atıf Tiplerinin İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	63

BÖLÜM IV

TARTIŞMA	64
4.1. Sosyodemografik Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	64
4.2. Depresyon ve Umutsuzluk Puanlarının Tartışılması	65
4.2.1. Depresyon ve Umutsuzluk Puanlarının Sosyodemografik Verilerinin Tartışılması	65
4.2.2. Beck Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçek puanlarının Kanserin Yerleşim Yeriyle ilişkisinin Tartışılması	66
4.2.3. Beck Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçek puanlarının Alternatif Tedaviler Üzerine Etkilerinin Tartışılması	67
4.2.4. Beck Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçek puanlarının Tıbbi Tanı Bilme İle ilişkisinin Tartışılması.....	67
4.3. Alternatif Tedavilerle İlgili Bulguların Tartışılması	68
4.3.1. Alternatif Tedavilerle Sosyodemografik Verilerin Tartışılması.	68
4.3.2. Alternatif Tedavi Uygulayan Hastaların Kullandıkları Yöntemlerin Tartışılması	69
4.3.3. Alternatif Tedavi Uygulayan ve Uygulamayan Hastaların Bilgi Toplama Formundan Elde Edilen Bulguların Tartışılması	71

4.4. Tanılarını Bilen Hasta Grubuyla, Bilmeyen Hasta Grubunun	
Sosyodemografik Verilerinin Tartışılması	73
4.5. Nedensel Atıflar Ölçeği Sonuçlarının Tartışılması.....	74
4.5.1. Nedensel Atıflar Ölçeğine Uygulanan Faktör Analizi Sonuçlarının	
Tartışılması.....	74
4.5.2. Faktör analizi sonuçları ve Sosyodemografik Verilerin Analiz	
Bulgularının Tartışılması	76
4.5.2.1. Cinsiyet değişkeni ile faktör analizi sonuçlarının	
tartışılması	76
4.5.2.2. Gelir durumu ve faktör analizi sonuçlarının tartışılması ...	77
4.5.2.3. Atıf Faktörleri ve Kansere Yerleşim Bölgelerinin	
Karşılaştırılması	78
4.5.2.4. Alternatif tedavi kullanma durumuyla faktör analizi	
sonuçlarının Tartışılması	78
4.5.2.5. Tıbbi tanısını bilen hasta grubu ile bilmeyen hasta	
grubunun faktör Analizi Sonuçlarının tartışılması.....	79
4.5.2.6. Faktör Analizlerini Kategorize Ederek Oluşturulan	
Atıf Biçimleri İle Atıf Tiplerinin İlişkisinin Tartışılması...80	

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER	82
5.1. Sonuç.....	82
5.2. Öneriler.....	83
ÖZET	85
ABSTRACT	86
YARARLANILAN KAYNAKLAR	87
EKLER	
Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onay Formu.....	92
Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu	93
Ek 3. Beck Depresyon Envanteri.....	95
Ek 4. Beck Umutsuzluk Ölçeği	97
Ek 5. Nedensel Atıf Ölçeği	99
ÖZGEÇMİŞ	102

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 1: Sosyodemografik Bilgiler Tablosu	42
Tablo 2: Beck Depresyon Envanteri ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Bulguları	43
Tablo 3: Beck Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Kanseri Yerleşim Bölgelerine Göre Değerlendirilmesi	45
Tablo 4: Beck Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının, Alternatif Tedavi Uygulayan ve Uygulamayan Hastalarla Karşılaştırılması	46
Tablo 5: Beck Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Tanılarını Bilen ve Bilmeyen Hasta Grubu Verilerinin Karşılaştırılması	47
Tablo 6: Beck Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Faktör Analizlerini Kategorize Ederek Oluşturulan Atıf Biçimleri ile İlişkisi..	48
Tablo 7: Alternatif Tedavi Kullanan ve Kullanmayan Hastaların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması	49
Tablo 8: Alternatif Tedavi yöntemleri, kullanılan yöntemlerden hastaların beklentisi, ve Sonuçları.....	51
Tablo 9: İki Grup Arası Tıbbi Tanılarını Bilme ve Atıf Tiplerinin Karşılaştırılması	52
Tablo 10: Tanılarını Bilme Durumu ile Sosyodemografik Verilerin Değerlendirilmesi	53
Tablo 11: Hastalığın Nedensel Atıf Faktörleri, Maddeler ve Faktör Ağırlıkları..	56
Tablo 12: Faktör Analizlerini Kategorize ederek Oluşturulan Atıf Biçimleri	58
Tablo 13: Atıflar ve Cinsiyet Değişkeninin Değerlendirilmesi.....	59
Tablo 14: Atıflar ve Gelir Düzeyleri Değişkeninin Değerlendirilmesi	60
Tablo 15: Atıf Faktörleri ve Kanseri Yerleşim Bölgelerinin Karşılaştırılması	61
Tablo 16: Tıbbi Tanı Biliyor mu? Değişkeninin Atıf Faktörleri Açısından Değerlendirilmesi	62
Tablo 17: Alternatif Tedavi Kullanma Durumu ile Atıf Faktörlerinin Değerlendirilmesi	62
Tablo 18: Faktör Analizlerini Kategorize Ederek Oluşturulan Atıf Biçimleri İle Atıf Tiplerinin İlişkisinin Değerlendirilmesi	63

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Kanser, üzerinde en çok araştırma yapılan hastalıkların başında gelmektedir. Bunun nedenleri arasında, kanserin yaygınlığı ve son yıllarda gelişen tedavi yöntemlerinden dolayı uzayan yaşam süresi, buna bağlı olarak hasta sayısının artması ve hastalığın yaşam kalitesi üzerine olan etkileri ve hastalıkla ilgili süren belirsizlikler sayılabilir.

Kanser tanısı, stres verici bir olaydır. Tanıya ilişkin stres; hastanın, hastalığı ve ortaya çıkışını algılaması ve kansere atfedilen anlam ile oluşur (1). Kanser tanısı alan kişi hastalığı ile olduğu kadar toplumun bu sözcüğe yüklediği anlamlar ile de karşı karşıya kalır. Kanser derneklerinin, bilimsel kurumların tüm çabalarına karşın, bu tanı kişiyi ailesi, dostları, işi, çevresi içinde damgalamaya devam etmektedir. Damgalama yakın dostların uzaklaşması, bazı az tanıyanların meraklı yakınlıkları, ilişkilerde güçlükler, yalnızlık ve farklılık duyguları şeklinde ortaya çıkabilmekte ve kanser daha iyi tanındıkça ve tedavi edilebilir izlenimi yerleştikçe azalmaktadır (2).

Tanıdan sonra yaşanan tedavi süreci, pek çok hastalığın tedavi süresinden daha uzun ve yorucudur. Tedaviler bittikten sonra bile belirsizlik hastalar için kontroller sırasında da devam etmektedir. Tüm bunlar yaşanırken, uygulanan tedavilerin yanı sıra hastalar da hastalıkları için yapabileceklerini araştırmaya başlarlar.

Alternatif/Tamamlayıcı tedaviler bu karmaşık süreçte ortaya çıkar. Hasta çevresinden, gazete ve televizyondan, internetten farklı tedavileri bulmaya çalışır. Bu arayışları etkileyen değişkenler olarak tedaviye uyum ve depresyon oldukça sık karşımıza çıkar.

Kişinin, bir olay, durum ya da davranışı açıklarken, “niçin-neden” sorusunu nasıl yanıtladığı, nedensel açıklamalarını nasıl yaptığı atıf kuramlarının konusunu oluşturmaktadır. Bir başka deyişle bu kuramlar, insanın, kendisinin ve diğerinin davranışlarını algılarken ve yargılarken geçirdiği süreçleri tanımlamaya çalışmaktadır.

Bu bilgiler ışığında kanser hastalarının, hastalıklarına dair yaptıkları nedensel atıfların alternatif tedavi arayışlarını etkileyip etkilemediği, araştırmanın konusunu oluşturmaktadır.

1. 1. Araştırmanın Konusu (Problem)

Kanser tanısı almış bir hastanın konvansiyonel tedaviler sürerken kendisinin de tedavisi ile ilgili çeşitli arayışlarda bulunduğu bilinmektedir. Bu araştırmada; hastaların alternatif/tamamlayıcı tedavilere hangi değişkenlerin etkisi ile başvurdukları, sosyodemografik özellikleri, depresyon ve umutsuzlukları hastaların tedavi arayışlarını etkiliyor mu, hastalıklarına dair yaptıkları nedensel atıflar, bu tedaviler ile ilgili kararları konusunda hastaları nasıl etkiliyor, depresyon ve umutsuzluk ile nedensel atıfları arasında bir ilişki var mı, sorularına yanıt aranacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı; kanser hastalarının, uygulanan tedavilere rağmen alternatif tedavi arayışlarında sosyodemografik faktörlerin, umutsuzluk, eşlik eden depresyon ve hastalığa yapılan atıfların etkili olup olmadığını değerlendirmektir.

1.3. Hipotezler (Denenceler)

Sosyodemografik özelliklerin; hastalarda, depresyon ve umutsuzluk düzeylerini, hastalığa dair yaptıkları atfları, alternatif tedavi arayışlarını artırıp artırmadığının sınanması için kurulan hipotezler:

Hastaların cins, yaş, eğitim, yaşadığı yer, aile tipi, sosyal güvence ve gelir düzeyi gibi sosyodemografik özellikleri, depresyon ve umutsuzluk puanlarını belirlemede önemlidir.

1. Hipotez

Sosyal güvencesi olan, gelir düzeyi ve eğitimi yüksek, kent yaşamı sürdüren hastaların depresyon ve umutsuzluk ölçek puanları daha düşüktür.

Kanser hastalarında yaş, eğitim, aile desteği ve gelir düzeyi gibi sosyodemografik özellikler, tedavi arayışlarını etkileyen faktörlerdir.

2. Hipotez

Yaşı genç hastalar alternatif tedavi arayışlarına daha çok başvururlar.

Kanser hastalığı doğası gereği hastaları belirsizliğe ve bunun sonucunda da çaresizliğe ve ümitsizliğe düşürür. Kanser hastalarının tanıları bilmeleri, alternatif tedavi arayışını artırır. Tanılarını bilen hastalarda en sık görülen ruhsal hastalık depresyondur.

3. Hipotez

Tıbbi tanısını bilen hastaların, Depresyon ve Umutsuzluk ölçek puanları daha yüksektir ve alternatif tedavilere daha çok başvururlar.

Dışsal atıfta bulunan hastalar, hastalıklarıyla başa çıkmada ve hastalığa uyum sağlamada atıf yaptıkları nedenin, değişmez olduğunu düşündüklerinden umutsuzlukları diğer hastalara göre daha yüksektir.

4. Hipotez

Hastalığa, dışsal nedenlere atıfta bulunan hastaların depresyon ve umutsuzluk ölçek puanları daha yüksektir ve bu hastalar alternatif/tamamlayıcı tedavi arayışlarına daha çok başvurmaktadırlar.

Kanser hastalığında, hastalığın yerleşim bölgesi, yaşam süresini, yaşam kalitesini belirleyen en önemli özelliklerden biridir. Uzuv kaybı, yaygın metastaz, tedavileri uzatmakla kalmaz, yaşam kalitesini etkiler.

Kanserin tipi, tedavi seçeneklerini de belirler. Konvansiyonel tedavilerin seyri, hastaları farklı tedavi arayışlarına yönlendirir. Hastaların, Alternatif tedavi arayışlarında ve hastalıklarına yaptıkları nedensel atıflarında kanserin yerleşim yeri önemlidir.

5. Hipotez

Kanserin yerleşim yeri, hastaların umut ve depresyon ölçek puanlarında, alternatif tedavi arayışlarında ve hastalıklarına yaptıkları nedensel atıflarında belirleyicidir.

1.4. Araştırmanın Önemi

Kanser hastalarının, alternatif/tamamlayıcı tedavi uygulamaları ve bunları etkileyen değişkenler üzerine yapılan çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Alternatif tedavilerde kullanılan yöntemler, bu yöntemlere hangi yollardan ulaşıldığı, hastaların bu tedavilerden beklentileri ve sonuçları ile ilgili bilgilere literatürden ulaşmak mümkündür. Depresyon ve umutsuzluk da kanser hastalarında en çok çalışılan alanlardır. Kanser hastalarının nedensel atıfları da çok araştırılmış bir konudur. Fakat alternatif/tamamlayıcı tedavi arayışlarını etkileyen faktör olarak nedensel atıflar ile ilgili bir çalışma henüz yoktur. Bu çalışma, alternatif/tamamlayıcı tedavi konusunda hastaların yönlendirilmesini etkileyen faktörlerden biri olarak, atıflara dikkat çekmek için yapılmıştır.

1.5. Sınırlılıklar

Bu çalışmada işleme kriterleri daha çok hastaya ulaşılmasında sınırlılık yaratmıştır. Çocuk hasta, terminal hasta, okur-yazar olmayan hasta çalışma dışı kalmıştır.

1.6. GENEL BİLGİLER

1.6.1. Kanser Hastalığı

Kanser, Latince de yengeç anlamına gelen “crab” sözcüğünden türetilmiştir. Yunanlı hekim Hipokrat, hastalığın başladığı bölgeden diğer organlara yayılmasını gözlemleyerek bu tanımlamayı yapmıştır. Kanser vücuttaki bir hücre grubunun farklılaşarak, aşırı ve kontrolsüz şekilde çoğalması sonucu meydana gelmektedir.

Normalde hücrelerin büyümesi ve çoğalması bir düzen içerisinde olmaktadır. Buna paralel olarak doku ve organlar da görevlerini normal olarak yapabilmektedirler. Ancak bu hücreler anormal şekil ve hızda büyümeye ve çoğalmaya başlarsa, tümör adı verilen kitle oluşumuna yol açarlar. Genelde tümör tespit edilmeden önce milyonlarca anormal hücre sayısına ulaşması gerekir. Bir cm. büyüklüğündeki bir tümör kitlesi, yaklaşık 10^{12} (1 trilyon) hücreden meydana gelmektedir (3).

Kanser;

- Herhangi bir doku ve organdan kaynaklanabilir ve köken aldığı doku ve organın adını alır.
- Her tür kanserde büyüme ve yayılma olabilir.
- Birbirinden farklı gelişim evreleri izleyebilir.
- Uygulanan tedavi yöntemlerine yanıt, bireyden bireye değişiklik gösterebilir.
- Eğer kanser hücresi kontrol edilmezse, ölüme sonuçlanabilir.

Kanser tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur. Bireyleri ve aileleri fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etkilerken toplumu da ağır maliyet nedeniyle olumsuz olarak etkilemektedir. Kanser, kalp hastalıklarından sonra %23.4 oranıyla ölüme neden olan ikinci hastalık grubundadır. Yakın gelecekte artan olgularla birlikte birinci ölüm nedeni olacağı bildirilmektedir (3).

1.6.1.1. Kanser Tanısından Sonra Yaşanan Sorunlar

Kanser, son zamanlarda gelişen tedavi yöntemlerine bağlı olarak tanı konulduktan sonra uzun yıllar yaşayan hasta sayısının artması, yaygınlığı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi nedeniyle, kronik hastalıklar içinde ayrı bir yer tutmaktadır.

Kronik hastalık, özellikle de yaşamı tehdit edici ise baş etmesi oldukça zor bir durumdur

Doktor için de hasta için de yakıcı ve kaçınılan bir sözcük olan kanser, açık bir tanı olarak ya da ipuçlarıyla hastanın karşısına çıktığında ilk sarsıntıyı yaratır. Kanser tanısı ile yüzyüze geldikten sonra hasta inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve uyum dönemlerinden geçer (4). Kişiden kişiye bu dönemler farklılıklar gösterir çoğu kez iç içe geçmiş durumdadır. Kanser tanısına doğal yanıt denilebilecek bu dönemin özelliklerinin iyi bilinmesi hasta, hasta yakını ve tedavi ekibinin işini kolaylaştıracaktır.

Kansere doğal tepkinin nedeninin, bir anlamda beklenen ölümün yası olduğu söylenebilir. Tanının konulmasıyla başlayan süreçte, beklenen ölüm kadar, kanserin yol açtığı fiziksel kayıpların da yası tutulur. Yaşamda daha önceki kayıplarının yasını başarıyla tutabilen, kayıp dışındaki zorluklar nedeniyle ruhsal katlanma gücünü sürdürebilen hasta ve yakınlarının bu dönemi daha rahat geçirebildiği söylenebilir.

Tanıdan sonra hastanın, uyum dönemine geçişinde sorunlar yaşanabilir. Tedavi ekibi hastanın ruhsal yanını görmezden gelmemelidir. Eğer hasta ve yakınlarının içinde bulunduğu durum doğru saptanabilirse, ruhsal açıdan uzman desteği alınmasının hasta için yararı tartışılmazdır.

1.6.1.2. Uygulanan Tıbbi Tedaviler

1.6.1.2.1. Cerrahi Tedavi: Kanser tedavisinde sık kullanılan bir yöntemdir. Özellikle kanserin erken evresinde bazı cerrahi yöntemlerden yararlanılmaktadır. Amacı;

- Primer tümörü çıkarmak,

- Kanser gelişimini önlemek,
- Hastalığı belirlemek,
- Hastalık semptomlarını hafifletmektir.

1.6.1.2.2. Kemoterapi (KT): Kimyasal ilaçların uygulanması yolu ile kanserin sistematik tedavisidir. Neoplastik hücrelerin büyüme ve çoğalmalarını durdurmayı ya da tamamen yok etmeyi amaçlayan, doğal ve sentetik kimyasal maddeler, biyolojik ajanlar ve hormonlarla yapılan tedavilerin tümünü içine alan bir tedavi yöntemidir. Çeşitleri ve amaçları;

Palyatif Kemoterapi: Tümör hücresinin kitlesini azaltıcı bir amacı vardır.

Küratif Kemoterapi: Amacı hastalığı tamamen ortadan kaldırmaktır.

Adjuvan (yardımcı) Kemoterapi: Tümörün lokalize evrelerinde cerrahi ve radyoterapiye ek olarak uygulanan kemoterapidir.

Kemoterapik ajanlar çeşitli şekillerde uygulanabilir. Oral veya İntravenöz kullanılan tipleri en yaygın olanıdır. Kas içine, cilt altına veya doğrudan ciltteki kanserli alanın içine enjekte edilerek de uygulanabilir.

KT kürlerinin sıklığı ve süresi kanserin tipine, tedavinin amacına, kullanılan ilaçlara ve hastanın verdiği yanıtı göre değişebilir. Vücudun kendini yenilemesi ve kuvvet kazanması için belli aralıklarla uygulanır.

1.6.1.2.3. Radyoterapi: Yüksek enerjili radyasyonun kullanılması ilkesine dayanan bir tedavi biçimidir. Çeşitli tipteki kanserlerin tedavisinin uygun olan evresinde %50-60 oranında radyoterapiden yararlanır.

Tedavi yöntemleri: Radyasyon iki yöntem yolu ile uygulanır.

- İç radyasyon

- Dış radyasyon

Tedavinin amaçları:

- Hastalığı iyileştirmek. Hastalığı lokal olarak kontrol altına almak veya gelişimini engellemek,
- Acı ve ıstıraba neden olan semptomları azaltmak,
- Hastalığa yol açan faktörleri engellemek ve olası hastalığı tedavi etmektir.

1.6.1.3. Tedavilerin Yan Etkileri

1.6.1.3.1. Kemoterapinin yan etkileri: Kemoterapi istenen etkilerinin yanında, istenmeyen çok fazla toksik etkiye sahiptir. KT ilaçlarının amacı ve yeteneği hızlı büyüyen ve çoğalan hücreleri yok etmektir. Kanser hücreleri bu özelliklere sahip olduğu için, hasta KT'den yarar görür. Ancak insan vücudunda bazı normal ve sağlıklı hücreler de hızlı çoğaldıkları için ilaçlar bunlara da etki ederek yan etki çıkmasına neden olur. Yan etkiler KT bitiminde normal hücrelerin kısa sürede iyileşmesine bağlı olarak kaybolur. Hastaların eski enerjisine kavuşması ve yan etkilerin geçmesi kişiden kişiye değişiklik gösterir.

Kemoterapinin en sık görülen yan etkileri bulantı-kusma, saç dökülmesi ve halsizliktir. Diğer yan etkiler kan hücrelerindeki değişiklikler sonucu ortaya çıkan kanamalar, sinir sisteminde nöropati, enfeksiyon ve kansızlıktır.

1.6.1.3.2. Radyoterapinin yan etkileri: Tedavi sırasında geçici yan etkiler oluşabilmektedir. Uzun dönemde ise, kalıcı bazı yan etkiler görülebilmektedir.

Radyoterapinin yan etkileri uygulanan bölgeye ve doza göre değişiklikler gösterebilir. Radyoterapi uygulanan bölgede, ciltte hassaslaşma, kuruma, cildin renginde koyulaşma ve kızarma olabilir. Saç dökülmesi, lökopeni, fibrozis ve radyasyon pnömonisi alınan doza, uygulanan bölgeye ve süreye göre görülen diğer yan etkilerdir (3).

1.6.2. Alternatif/ Tamamlayıcı Tedaviler

Kanser gibi ciddi bir hastalığı olan hasta, doktoru tarafından kendisine önerilen cerrahi tedavi, radyoterapi (RT) ve kemoterapiler (KT) dışında, kendisi de tedavi programına aktif katılım ihtiyacı içinde olarak başka tedavi yöntemleri arayışında olur. Arkadaşlarının veya daha önce kanser ile karşılaşmış hastaların önerileri ve internet veya basın aracılığı ile tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri ile karşılaşır.

Bazen tam olarak ayırt edilemezlerse de tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri arasında bazı farklılıklar vardır. Alternatif tedaviler, konvansiyonel kanser tedavisi yerine kanseri tedavi etmede tek başlarına kullanılan yöntemlerdir. Cerrahi, RT ve KT'den bağımsız olarak kullanılırlar. Tamamlayıcı tedaviler, kanser tedavisinde değil, genellikle konvansiyonel tedaviler yanında kullanılarak semptomları kontrol etmede ve yaşam kalitesini artırmada kullanılırlar.

Kanserli hastalar çeşitli nedenlerle alternatif tedavilere başvururlar. Bunlar içinde en önemli nedenler cerrahi, RT ve KT yöntemleri ile alınan cevaplarla tatmin olmama ve bu yöntemlerin yan etkilerinden korkmadır.

1.6.2.1. Alternatif/ Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri, Etkileri ve Yan Etkileri

1. Alternatif kanser diyetleri
2. Bitkisel yöntemler
3. Biyo-elektromanyetik yöntemler
4. Alternatif tıp sistemleri
5. Manuel iyileşme
6. Farmakolojik ve biyolojik tedaviler
7. Meditasyon ve relaksasyon teknikleri

1.6.2.1.1. Alternatif Kanser Diyetleri

Kırtan fazla diyetin kanseri önlediği veya tedavi ettiği iddia edilmektedir. Bu diyetler genellikle malnütrüsyon riski içerirler. Bu diyetlerin kanseri önlediğine veya kür ettiğine dair klinik veri yoktur (5).

1.6.2.1.2. Bitkisel Yöntemler

En çok kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedavilerdir. Genellikle zararsızdır, ama bazen ciddi yan etkilere neden olabilirler. Örneğin; sarımsak ve ginkgo'nun antikoagülan etkileri vardır. Sarı kantaron hormonlar, antibiyotikler ve kemoterapötiklerle etkileşebilir. Echinacea kökü kortikosteroidler ve monoklonal antibiyotik tedavisi ile etkileşir. Beta karoten sigara içenlerde prostat ve akciğer kanseri riskini arttırabilir (6).

Türkiye’de en sık kullanılan uygulama ısırgan otudur (*urtica dioica*=nettle tohumu). Türkiye’de kullanılan bitkisel uygulamaların %93.2’sini oluşturur (7). Uygun metotla yapılmış az sayıda araştırmada antitümör etkisi pek bulunamamıştır. Bir deneysel araştırmada prostat kanser hücrelerinde antiproliferatif etkisi rapor edilmiştir (8). Diğer ülkelerde kullanım sıklığı fazla değildir.

Kanser tedavisinde Avrupa, Amerika ve Avusturalya’da en çok popüler olan bir bitki ökse otudur (*mistletoe*=*viscum album*). Tümör progresyonunu durdurduğu veya geciktirdiği ve yaşam kalitesini iyileştirdiği iddia edilir. Kontrollü olarak yapılan 11 çalışmanın hepsi de hayal kırıklığı ile sonuçlanmıştır. Ökse otu ekstrelerinin kanser tedavisinde önerilmesi uygun değildir (8).

Balık yağı omega-3 yağ asidi içerir. Kanser anoreksi kaşeksisi için araştırılmıştır. Randomize bir araştırmada balık yağının iştahsızlık, halsizlik, bulantı, kilo kaybı semptomlarına ve beslenme durumu ile kendini iyi hissetme durumlarının hiç birine olumlu bir katkısı olmadığı rapor edilmiştir (8).

1.6.2.1.3. Alternatif Tıp Sistemleri

Akupunktur, aroma terapi, şiropraktik uygulamalar, ayurvedik tıp ve homeopati uygulamaları bu grupta toplanabilir. Bu uygulamalardan en çok kullanılan yöntem geleneksel Çin tıbbi yöntemlerinden olan akupunkturdur. İğneler kullanarak veya ısı , basınç, elektrik akımı, lazer uygulamaları ile yapılabilir. Akupunkturun ağrı, bulantı, kusma kontrolünde olumlu etkileri vardır. Fakat bu uygulamaya bağlı enfeksiyonlar, pnömotoraks, hepatit gibi yan etkileri görülebilir (9).

1.6.2.1.4. Manuel iyileşme

Meditasyon, t rap tik dokunma, reiki gibi relaksasyon tekniklerini içerir. Meditasyon, kişinin kafasındaki olumsuz düşüncelerden arındırdığına inanılan tedavi yöntemlerinin genel ifadesidir. Meditasyonun, konsantrasyona dayalı ve hafızayı doldurmaya dayalı yöntemleri vardır. Fizyolojik etkileri relaksasyondur. Kardiyovasküler (AKB ve nabız), endokrin (stres hormonları azalır) cevaplar oluşabilir. Kardiyovasküler risk faktörlerini, kronik ağrıyı ve anksiyeteyi kontrol ettiğine inanılır. Gerilimi artırma, anksiyete, depresyon ve konfüzyon gibi yan etkiler görülebilir (meditasyon hastalığı) (10).

1.6.2.1.5. Biyolojik ve Farmakolojik Tedaviler

Ozon tedavisi, alınan 300 ml. kadar kanın ozon ve oksijende oluşan gazla ex-vivo olarak muamelesinden sonra kanın hastaya reinfüze edilmesi ile yapılır. Klinik araştırmalarda hiçbir etkisinin olmadığı rapor edilmiştir. Hepatit gelişebildiği ve beş ölüm vakası rapor edilmiştir (11).

Köpek balığı kıkırdağı: Çekiç kafalı köpek balığı kıkırdağında iki glikoprotein izole edilmiştir (sphyrnastatin 1 ve 2) ve güçlü antianjiogenik etkisinin olduğu rapor edilmiştir. Makromoleküler intestinal yoldan absorbe edilemediği için bu glikoproteinlerin yeterli kan düzeyi tartışmalıdır. Yaşam kalitesi, anoreksi ve ağrıda kısmi iyileşme rapor edilmiştir.

Etkinliğinin araştırıldığı 60 kanserli hastada hiçbir kısmi cevap veya tam cevap elde edilememiştir (11).

Hidrazin, fosfoenolpiruvat karbokinaz enzimi (glukoneogenezde önemli) inhibitörüdür ve kaşekside önemlidir. Kontrollü dört çalışmada sağ kalıma bir katkısının olmadığı ortaya konmuştur (11).

1.6.2.2. Kanserli Hastaların Başvurma Nedenleri

Alternatif tedavi, tüm dünyada kanser hastaları arasında kullanımı oldukça yaygın yöntemlerden birisidir. Kanser hastaları, alternatif yöntemleri bağışıklık sistemini güçlendirmek, tümör gelişimini yavaşlatmak veya tamamen ortadan kaldırmak amacıyla kullanabilmektedir.

Kanser hastaları arasında alternatif tedavileri kullanma nedenleri en çok incelenen konular arasında yer almaktadır. Genelde değerlendirildiğinde, birçok kanser hastası alternatif tedavi yaklaşımlarını;

1. Bağışıklık sistemini güçlendirmek için,
 2. Tümör gelişimini yavaşlatacağını ya da tamamen tedavi edeceğini umut ettiği için,
 3. Ağrı ve semptom kontrolünü sağlamak için,
 4. Kanseri yok etmek için,
 5. Hastalık nüks ettiği ya da ilerlediği için,
 6. Tıp veya ilaçla tedavi sonuçları belirsiz olduğu için,
 7. Yakın çevrenin tavsiyesi üzerine,
 8. Sağlığı korumak ve sürdürmek için ve
 9. Umutsuzluk ve depresyondan korunmak için kullandıkları belirlenmiştir
- (12).

1.6.2.3. Toplumda Kullanım Sıklığı

Kanserde alternatif ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri sık olarak kullanılmaktadır. ABD’de kanserli hastaların %8-10’u konvansiyonel tedavileri tamamen reddedip sadece alternatif tedaviler almaktadırlar. Bunun yanı sıra cerrahi, RT ve KT’ye ilave olarak tamamlayıcı tedavilere başvurma oranları ise % 85’tir.

Çin’de bitkilerden elde edilen ve halk arasında yaygın olarak kullanılan indirubin adlı maddenin kronik myelositik lösemi tedavisinde kullanışlı olduğu belirtilmektedir (13).

Tayvan’da göğüs kanserinde geleneksel hekimlik yöntemleri yaygın olarak kullanılmaktadır. Nijerya’da kanser hastaları Iqbo adı verilen geleneksel hekimlere hastanelerden önce ve daha sık başvurmaktadırlar (14). Japonya’da hozai adı verilen bitkisel madde mide kanseri olan hastaların tedavilerinde kullanılmaktadır (13). İngiltere ve ABD’de yapılan iki çalışmada kanserli hastaların sırasıyla %16 ve %13 oranında tamamlayıcı tedavileri kullandıkları saptanmıştır (15).

Ülkemizde yapılan araştırmalarda elde edilen sonuçlara bakıldığında da, alternatif/tamamlayıcı tedavi yöntemlerine hastaların oldukça sık başvurduğu saptanmıştır. GATA Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dallarında, 27 Ekim 1995 ile 27 Aralık 1996 tarihleri arasında (n=305) ve yine GATA ve Numune Hastanesinde 2003 yılında yapılan çalışmalarda (n=704) sırasıyla hastaların %61.0 ve %39,2’lik oranda alternatif tedavi uyguladığı saptanmıştır (12).

1.6.3. Atıf Kavramı ve Atıf Kuramı

Atıf ya da yükleme terimi, meydana gelen olayların, durumların ve davranışların nedenleri hakkında kişinin yaptığı çıkarımlar olarak tanımlanmaktadır. Bu çıkarımlar, olası nedensel etkenleri ve meydana gelen olay veya durum hakkında bilgi edinmeyi ve bu bilginin işlenmesini gerektirmektedir. Atıflar ayrıca kişinin, diğer insanlarla olan ilişkilerinde kendine özgü biçimde davranmasını sağlayan mizaç ya da eğilimlere sahip olmasına yol açan çıkarımları da içermektedir.

Kişinin bir olay, durum ya da davranışı açıklarken, “niçin-neden” sorusunu nasıl yanıtladığı, nedensel açıklamalarını nasıl yaptığı atıf kuramlarının konusunu oluşturmaktadır. Bir başka deyişle bu kuramlar, insanın kendisinin ve diğerinin davranışlarını algılamak ve yargılamak geçirdiği süreçleri tanımlamaya çalışmaktadır. İnsanın, kendisinin ve diğerinin davranışlarının nedenlerini aktif olarak sorguladığını ifade eden atıf kuramları, nedensel atıfta üç temel varsayımı esas almaktadır.

- i. İnsanlar, davranışlara ve olaylara bir neden yükleme çabası içindedir.
- ii. İnsanlar neden yükleme süreci içinde sistematik yargılamalarda bulunurlar.
- iii. Yapılan nedensel atıfların içinde kişinin, duygu ve davranışlarının sonuçları bulunmaktadır.

Farklı yaklaşımlar bulunmakla birlikte, başlıca kuramcılar, günlük yaşamda karşılaşılan olayları, davranışları açıklama ve değerlendirme çabalarını konu alan Heider'in (1958) naif psikolojisini kendilerine temel almışlardır. Heider'in yanı sıra, Jones ve Davis (1965), Kelley (1967) ve (1979); Weiner ve arkadaşları (1972) bu alanda temel yaklaşımları olan kuramcılardır.

1.6.3.1. Heider'in Kuramı

Heider'in "sağduyu psikolojisi" ya da "naif psikoloji" adını verdiği kişilerarası ilişkileri konu alan kuramı, gözlenebilen davranışların, gözlenemeyen nedenlere bağlanışının biçimini ortaya koymaktadır. Heider'a göre bu temel etkinliği gerçekleştirirken bir karışıklıktan kurtulmayı amaçlayan insan, günlük yaşamı içinde diğerinin davranış ve ilişkileriyle ilgili sezgisel açıklamalar yapmaktadır (16).

Naif psikoloji, insanın, çevresinde olup biten şeylerle ilgili bilinçli bir farkındalık yaşadığını savunmaktadır. Bu bilincin oluşmasında algılama ve diğer süreçlerin etkili olduğunu vurgulayan kuram, kişinin çevresiyle karşılıklı bir etkileşim içinde olduğunu da ifade etmektedir. Kuramda ayrıca kişinin, kendisini ve çevresini değiştirmek için gerekli ve yeterli yeteneğe, gayrete, isteğe ve duygulara sahip olduğu vurgulanmaktadır (16). Heider, insanın değişken davranış ve olayları çevrenin değişmeyen özellikleri ile yordayıp denetleyebilmesini, sağduyu psikolojisinin önemli bir ilkesi olarak sunmaktadır (17).

Sağduyu psikolojisinde bir eylemin sonucu iki neden grubuna bağlı olarak düşünülmektedir. İnsanların, nedensel atf süreci içinde, birinci olarak içsel nedenlere (ya da bireysel etmenlere), ikinci olarak ise dışsal nedenlere (ya da durumsal-çevresel etmenlere) neden yükleme çabası içinde olduğu savunulmaktadır. İçsel nedenler; çaba, niyet, kapasite ve mizaç, dışsal nedenler ise; işin güçlüğü, şans, kader gibi kavramlarla tanımlanmaktadır (18).

Özetle, Heider, kişinin, insan davranışının sosyal belirleyicilerini anlama tarzının ince ve detaylı analizini yaparak sağduyuyu titizlikle betimlemiştir (17).

1.6.3.2. Kelley'in Kuramı

Kelley'nin "nedensel bir atıfta bulunmak için hangi tür enformasyonlar (bilgi ve bilgi işleme süreleri) kullanılmakta ve bu atıf nasıl oluşmaktadır" sorularını temel alarak oluşturduğu kuramı, nedensel açıklamalarla ilgilidir (19). Kelley, mevcut enformasyona göre iki farklı durum belirlenebileceğini ifade etmektedir. Birinci durumda, atıfta bulunan kişi, çeşitli kaynaklardan bilgi almaktadır ve gözlenen bir sonucun ve olası bir nedenin birlikte değişmesini algılayabilmektedir. İkinci durumda ise bilgi, tek bir gözlemden gelmektedir ve atıfta, gözlenen davranışın olası makul nedenlerini oluşturan bir takım etmenleri dikkate almak gerekmektedir. Kelley'ye göre birinci durumdaki gözlenen bir sonucun ve olası bir nedenin birlikte değişmesinin dayandığı mantık, varyans analizi adıyla bilinen istatistiksel tekniğin (AN OVA) mantığına benzemektedir (19).

Konunun daha iyi anlaşılması açısından ANOVA modeli, Mc Arthur'un (1972) incelemesinden alınmış bir örnekte açıklanabilir; "John komedyenlere gülmektedir." Bu durumun, kişinin kendisinden (yani John'dan), uyarandan (yani komedyenden), koşullar (gülme gibi bir sonuca aracı olan fırsattan) ve bu üç etmenin bileşiminden ileri gelmiş olabileceği düşünülebilir. Varyans analizi terimiyle ifade edilecek olursa, üç bağımsız değişken, sonuçlarda gözlenen değişimleri incelemenin üç ayrı yolunu oluşturmaktadır. Sonuçlardaki değişimler;

- i. Kişilere göre; görüş birliği enformasyonları),
- ii. Zamana veya çeşitli şekillere göre ; tutarlılık enformasyonları) ve

iii. Ayrı bütünlere göre ; farklılaşma/ayırt edilme enformasyonları) incelenebilmektedir. Bu durumdaki bağımlı değişken her bir etmene bağılı olarak sonucun ortaya çıkıp çıkmamasıdır.

Hatırlanacak olursa, birlikte değişme ilkesi, sonucun birlikte değiştiği etmenin ürünü olduğunu öne sürmektedir. Buradan yola çıkarak, eğer komedyene John ile birlikte başkaları da gülüyorsa (güçlü görüş birliği), geçmişte de aynı şekilde gülmüşse (güçlü tutarlılık) ve başka komedyenlere gülmüyorsa (güçlü ayırt etme/farklılaşma), gülme davranışı (sonuç), komedyende bulunan bir şeyden ileri gelmektedir (16).

Michela ve Wood (1985) da aynı konuda benzer bir örnek vermektedirler; eğer bir kişi hasta edici bir uyarana sürekli olarak hasta olarak tepki veriyorsa (yüksek tutarlılık), aynı uyarana başkaları benzer biçimde tepki vermiyorsa (düşük fikir birliği) ve kişi başka uyarılara da aynı şekilde tepki veriyorsa (düşük farklılaşma/ayırt etme) hasta olma davranışı (sonuç), kişide bulunan bir şeyden ileri gelmektedir (19).

1.6.3.3. Jones ve Davis'in Kuramı

Jones ve Davis (1965), kişinin diğer bir kişinin niyetleri ve (dolayısıyla) kişilik özellikleri hakkındaki çıkarsama biçimini kavramsallaştırmaya çalışmışlardır (16). Bu yazarlara göre, insanlar karşılarındaki insanın belirli bir niyetinden, gözledikleri davranışın çıkarsanabilecek olası sonuçlarına karar vermek durumundadırlar. Bu aşamada iki ölçüt kullanılmaktadır; varsayılan bilgi ve kapasite. Bir kişinin, diğerinin davranışlarının sonuçlarının belirli bir niyetten kaynaklandığını söyleyebilmesi için,

diğerinin eyleminin sonuçlarını “bildiğine” inanması gerekmektedir. Yani “diğeri” gözlenen sonuçları meydana getirme gücüne sahip olarak algılanmalıdır.

Yazarlar, “uyuşan çıkarsamalar” adını verdikleri kuramlarında, kişinin davranışının kişilik çizgisinden ileri geldiğini ve dolayısıyla davranışın bu çizgi ile uyuştuğunu savunmaktadırlar. Bu tür çıkarsamaya örnek olarak da saldırgan bir kişinin davranışının, “saldırgan olma” özelliğine atfedilmesi gerektiği gösterilmektedir (16).

Jones ve Davis, bir niyetin nedenini karakterde arama konusuyla ilgili yaptıkları çeşitli araştırmalarda, insanların, kişilerin davranışlarından hareketle eğilimlerini anlamayı sağlayacak şekilde nasıl çıkarsama yaptıklarını öğrenmeye çalışmışlardır. Sonuç olarak bu kuramcıların, özellikle atıf ve sosyal yargı olgularında rol oynayan etmenlerin daha sistematik ve bütünsel analizine zemin oluşturduğu söylenebilir (16, 17).

1.6.3.4. Weiner'in Kuramı

Weiner'in kuramı, daha çok belirli bir ortamda, bir işin yapılması konusundaki atıflarla ilgilidir. En çok da başarı ve başarısızlık hakkındaki açıklamaları dikkate almaktadır (19).

Weiner (1979), bir işin yapılmasıyla ilgili olarak, kişiye ve ortama yapılan atıfları birbirinden ayırt etmekte ve davranışın naif analizinde kapasite, çaba, şans ve işin güçlüğü kavramlarını betimlemektedir. Bu dört kavramın, bir işin yapılmasının söz konusu olduğu durumlarda, olayların sonucunu öngörmede ve açıklamada kullanıldığı ileri sürülmektedir (16).

Bu kavramların (etmenlerin) altında, üç ayrı yöne göre yapılan bir şema bulunmaktadır: Nedenler: istikrarlı olup olmadıklarına göre (istikrarlı, kalıcı-istikrarsız, geçici), kontrol odağına göre (iç-dış) ve kontrol edilebilme düzeylerine göre (kontrol edilebilir-edilemez) üç boyutta sınıflandırılmaktadır. Bu üç boyut ve etmenler aşağıdaki gibi nitelendirilebilir;

- i. Kapasite: istikrarlı, iç, kontrol edilebilir,
- ii. Çaba: istikrarsız, iç, kontrol edilebilir,
- iii. İşin güçlüğü: istikrarlı, dış, kontrol edilemez,
- iv. Şans: istikrarsız, dış, kontrol edilemez.

Böylece nedenler, iç-dış, kalıcı-geçici, kontrol edilebilir-kontrol edilemez olarak (2x2x2) şeklinde sekiz hücreden birine yerleştirilebilir (16,19).

Yukarıda görüşleri özetlenen Heider, Kelley, Jones ile Davis ve Weiner'in kuramlarının, atıf konusunda daha sonraki yıllarda yapılan araştırmaları önemli ölçüde etkilediği belirtilmektedir. Atıf sorunlarına farklı açılardan ve farklı kavramlara ağırlık vererek yaklaşan bu kuramların ortak özellikleri şöyle özetlenebilir; her dört kuram da, uyaran ile tepki arasındaki aşamaya ışık tutmuş ve nedensel atıflara naif insanın bakış açısıyla yaklaşmıştır. Ayrıca nedensellik zincirinin kurulmasında ne tür nedenlerin bulunduğu, bilgilerin hangi kurallara göre atfa dönüştürüldüğü ve sağduyunun "niçin" sorusunu nasıl yanıtladığı kuramların araştırdığı ortak özellikler olarak değerlendirilebilir.

Karancı (1986), hastalık için yapılan nedensel atıflarla ilgili araştırmalarında hastalığın, çevresel ve dış etmenlere bağlanmasının uyum için olumsuz olduğunu, buna karşın hastalığın kişisel (iç) ve kontrol edilebilir etmenlere bağlanmasının ise hastalığın gidişi açısından olumlu olduğunu göstermişlerdir. Elde edilen bu bulgular, yeniden gözden geçirilmiş öğrenilmiş çaresizlik kuramı doğrultusundadır. Abramson,

Seligman ve Teasdale (1978), bu konuyla ilgili olarak hastalığın kontrol edilebilir, değiştirilebilir değişkenlere atfedilmesinin uyum için olumlu, ancak kontrol edilemez, değiştirilemez etmenlere bağlanmasının ise uyum için olumsuz göstergeler olduğunu ileri sürmektedirler (20).

1.6.3.5. Öğrenilmiş Çaresizlik Kuramı

Öğrenilmiş çaresizlik terimi, ilk olarak, Overmier ve Seligman (1967) Seligman ve Maier'in (1967) köpeklerle yaptıkları bir deneysel çalışma sonucu tanımlanmıştır. Daha sonra farklı hayvan türleri ile de tekrarlanan ve bileşik deney kutuları kullanılarak iki aşama halinde gerçekleştirilen bu çalışmalarda, köpekler, elektrik şokundan kaçma eğitimi ile karşı karşıya bırakılmışlardır. Şoklardan kaçma ya da kaçınmalarına izin verilmeyen köpeklerin bir süre sonra ciddi yetersizlikler gösterdikleri belirlenmiştir. İlk aşamada şoktan kaçmada/kaçınmada başarısız olan hayvanların daha sonraki aşamada, basit bir hareketle şoktan kurtulabilecekleri bir ortama (kutuya) alındıklarında da kaçmak için pek çaba harcamadıkları ve yetersiz kaldıkları görülmüştür (22). Daha sonra insanlarla yapılan çalışmalarda da çaresizlik durumunun aynı şekilde geliştiği gösterilmiştir (21).

Maier ve Seligman (1971), bu olguyu “öğrenilmiş çaresizlik” olarak adlandırarak bir organizmanın belirli olumsuz (itici) olayları davranışlarıyla kontrol edemediği bir yaşantıdan sonra, kontrol edebileceği olumsuz olaylarla karşılaştığında da gerekli davranışları yapmakta başarısız kalması olarak tanımlamışlardır (23).

Öğrenilmiş çaresizlik kuramında, olumsuz olaylar karşısında gösterdiği tepkilere bağlı olmayan sonuçlarla karşı karşıya kalan organizmanın, bu sonuçları, “kontrol edilemez” sonuçlar olarak “öğrendiği” belirtilmektedir. Bu sonuç da,

gelecekteki olumsuz olaylar karşısındaki tepkilerin de sonuçları değiştirmeyeceği, tepki ile sonucun bağlantısız olduğu biçiminde bir öğrenmeye yol açmaktadır (24).

Maier ve Seligman'a (1975) göre, tepki-sonuç bağlantısızlığının öğrenilmesi, kişilerde güdüsel, bilişsel ve duygusal yetersizliklere neden olmaktadır. Gelecekte de sonuçların tepkilerden bağımsız gelişiğine ilişkin beklenti şu sonuçlara yol açmaktadır: Tepki göstermeyi sağlayan güdülenmenin azalması; güdüsel yetersizliğe, tepki ve sonuç arasındaki ilişkiyi kurmanın güçleşmesi; kognitif yetersizliğe, kontrol edilemez olayların olacağı beklentisi ise; duygusal yetersizliğe zemin hazırlamaktadır (24).

Kuramın insanlara uygulanmasında bu duygusal yetersizliğin çaresizlik duyguları ve depresyona yol açtığı ileri sürülmüştür (21). Ancak, Abramson, Seligman ve Teasdale (1978) çaresizlik modelinin, çaresizliği ve depresyonu açıklaması konusunda bazı yetersizliklerine dikkati çekmişlerdir (24). Çeşitli araştırmacılar, bu yetersizlikleri şöyle özetlemektedirler:

i. Kontrol edilemeyen itici uyarılarla karşılaşmanın insanlarda neden her zaman çaresizliğe ve depresyona yol açmadığı kuram tarafından açıklanamamıştır.

ii. Orijinal öğrenilmiş çaresizlik kuramı, depresif kişilerde sıklıkla görülen benlik değerinin düşmesi konusunda yeterli açıklamada bulunamamıştır.

iii. Çaresizlik ve depresyonun kronikliği ile genelliğine ilişkin doyurucu açıklamalarda bulunmaması da kuramın yetersizliklerinden biri olarak gösterilmiştir (24).

Abramson, Seligman ve Teasdale (1978), orijinal öğrenilmiş çaresizlik kuramının bu eksikliklerini gidermek için, kişilerin, olumsuz olaylar için yaptıkları atıflarını da göz önüne alarak modelin atıf kuramına dayalı yeni formülasyonunu

oluşturmuşlardır (25). Aşağıda öğrenilmiş çaresizlik kuramının atıfsal formülasyonu kısaca özetlenmiştir.

1.6.3.5.1. Öğrenilmiş Çaresizlik Kuramının Atıfsal Formülasyonu

Abramson ve arkadaşlarına (1978) göre tepki-sonuç bağımsızlığını öğrenmek çaresizlik ve depresyonun ortaya çıkmasında yeterli olmamaktadır. Yazarlara göre, kritik olan, kişinin, kontrol edilemez olumsuz olaylarla karşılaştığında, o olaya ilişkin olarak yaptığı nedensel atıflardır. Tepki-sonuç bağımsızlığına yapılan bu nedensel atıfların üç boyut üzerinde açıklanabileceği ileri sürülmektedir. Bu boyutlar; içsel-dışsal, değişmez-değişebilir ve genel-özel boyutlarıdır. İçsel-dışsal boyutunda kişi, nedenin kendisinden kaynaklanan bir neden mi yoksa kendi dışındaki etkenlerden kaynaklanan bir neden mi olduğuna karar vermektedir. Değişebilir-değişmez boyutunda, nedenin zaman içinde değişme gösterip göstermeyeceğine karar vermektedir. Genel-özel boyutunda ise, bu nedenin belirli bir durum için mi yoksa başka durumlar için de geçerli olup olmadığına karar vermektedir (24, 26).

Yeni formülasyon, bu üç boyutun her biri için belirli roller tanımlamaktadır. İçsel nedenlere atıflar, kişinin kendisi ile ilgilidir ve güdüsel, bilişsel, duygusal yetersizliklere neden olmanın yanı sıra benlik değerinin düşmesine neden olmaktadır. Buna karşın dışsal nedenlere atıflar ise benlik değerinin düşmesine yol açmamaktadır. Değişmez nedenlere atıflar, bu nedenin her zaman geçerli olacağını göstermektedir. Değişebilir nedenlere yapılan atıflar ise, bu nedenin geçici ve yinelemeyen bir özellik taşıdığını ifade etmektedir. Kişinin, genel açıklamalarda bulunması, nedenin yaşamının her yönüne etki edeceği beklentisi içinde olduğunu

göstermektedir. Özel nedenlerle yapılan atflar ise beklentinin yalnız benzer durumlarla sınırlı kalacağına işaret etmektedir (24).

Kişinin farklı durumlar karşısında, tutarlı bir biçimde (aynı türde) atflarda bulunma eğilimi “atf biçimi” olarak adlandırılmaktadır. Ancak son yıllarda, kuram yeniden gözden geçirilerek atf biçiminin kişilerin açıklamalarından oluştuğuna işaret edilmiş ve “atf biçimi” yerine “açıklama biçimi” kavramının kullanılmasını daha uygun olacağı düşünülmüştür (22).

Açıklama biçiminin kişide ilk olarak nasıl oluştuğu konusunda yapılan çalışmalarda çeşitli görüşler ileri sürülmüştür. Peterson ve Seligman (1984), açıklama biçiminin çocuklukta, başta anne olmak üzere ebeveynlerden, Dweck ve Licht (1980) ise öğretmenden öğrenme biçiminde edinildiğini vurgulamaktadır. Brown ve Harris (1978) ise, kişinin açıklama biçimini, anne ölümü gibi ilk travmatik kaybın belirlediği yönünde bulgular elde ettiklerini belirtmektedir (24).

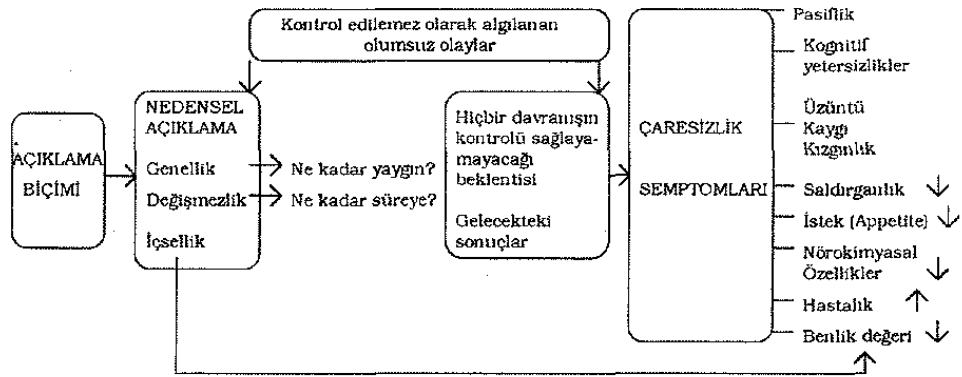
Nedensel açıklamaların tutarlılığından oluştuğu gerekçesiyle açıklama biçiminin, bir kişilik özelliği olarak da kabul edilebileceği ileri sürülmektedir. Ancak bunun, nedensel açıklamaların hiç değişmediği anlamına gelmediğini vurgulayan Peterson ve Seligman (1984), terapi ve diğer yaşam olaylarından yeni şeyler edinmenin açıklama biçimini değiştirebileceğini savunmaktadırlar (24).

Özetlenecek olursa, çaresizlik kuramına göre, bazı insanlar olumsuz olayları içsel, değişmez ve genel nedenlerle, bazıları ise dışsal, değişebilir ve özel nedenlerle açıklama eğilimindedirler. Koşulların eşit olduğu varsayıldığında, birinci grupta yer alanlar hastalık veya stres verici olumsuz olaylarla karşılaştıklarında daha fazla sorun yaşamaktadırlar.

1.6.3.5.2. Öğrenilmiş Çaresizlik ve Hastalık

Öğrenilmiş çaresizlik kuramcılar, açıklama biçimi ile hastalık ilişkisini tanımlayabilmek için çeşitli araştırmalar yapmışlardır. Araştırmaların sonucunda, işleyen süreci belirsiz olmakla birlikte, kişilerin açıklama biçiminin sağlık ve hastalık üzerinde önemli rolü olduğu yönünde bulgular saptanmıştır. Bu alandaki çalışmalardan üzerinde en fazla çalışılmış olan, açıklama biçimi ile depresif düşünme ve depresyon arasındaki ilişki konusudur. Peterson ve Seligman (1984), bu konuda yaptıkları çalışmalar sonucunda depresif kişilerin karşılaştıkları olumsuz olayları; içsel, değişmez ve genel, olumlu olayları ise; dışsal, değişebilir ve özel denenlerle açıklama eğiliminde olduklarını ileri sürerek bunu “depresif açıklama biçimi” olarak adlandırmışlardır (24,27,28). Abramson (1978), bu açıklama biçiminin depresif semptomlar için risk faktörü oluşturduğunu ileri sürmektedir (24). Peterson ve Seligman (1984), öğrenilmiş çaresizlik sürecinin işleyişini Şekil 1'de sunulduğu biçimde açıklamaktadır (24).

Şekil 1: Öğrenilmiş Çaresizlik Süreci



Şekil-1.1 de görüldüğü gibi, öğrenilmiş çaresizlik süreci, açıklama biçimine bağlı olarak sonuçta çaresizlik semptomlarının ortaya çıktığı genel bir süreç olarak değerlendirilmektedir.

1.6.3.6. Atıflarla İlgili Görüşler

1.6.3.6.1. Atıflarda Etkili Olan Süreçler

i. Bilgi Süreci: Bu konuda yapılan araştırmaların büyük bir bölümü, atıf yapılırken kullanılan bilgi çeşitleri ve bilginin işlenişi ile ilgilidir. Yapılan çalışmaların çoğunluğu, Heider'i izleyen Kelley (1967) tarafından yapılmıştır. Hatırlanacağı üzere, Kelley'in bu konudaki görüşleri "Kelley'in Kuramı" alt başlığı ile daha önce ele alınmıştı. Bu nedenle tekrar söz edilmeyecektir.

ii. İnançlar: Atıfta bulunma sürecinde kişinin temel inançlarının büyük etkisi olduğu ileri sürölmektedir. Kişisel inançlar, kültürel öğrenme, kişisel deneyimler ve diğer öğrenme süreçleri ile edinilebilmektedir. Bu inançlar doğrultusunda kişide, zamanla nedensel şemalar oluşmakta ve bir olaya ilişkin nedensel atıfta bulunurken bu şemalar kullanılmaktadır. Örneğin: "Çok yönlü, zorunlu nedenler" şemasına göre zor bir işte başarılı olma gibi uç etkilerin çok yönlü neden gerektirdiği düşünölmektedir (19).

iii. Motivasyon: Motivasyonun daha çok atıf sürecini teşvik edici etkileri ile özel atıf biçimleri üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Kelley'e (1972) göre kişi, dünyayı etkili bir içimde kontrol edebilmeyi kolaylaştırıcı ve teşvik edici atıflarda bulunma eğilimindedir. Yapılan çalışmalarda, insanların olumlu sonuçlar üzerinde kontrolleri olduğuna (gerçekte olmasa da) ve olumsuz sonuçlar üzerinde kontrolleri olmadığına (gerçekte olsa da) inandıklarına ilişkin kanıtlar elde edilmiştir. Bu bulgu da, kişilerin benlik değerini koruma motivasyonlarının olduğunu göstermektedir (19).

1.6.3.6.2. Sağlık ve Hastalıkta Atıflar

Atıflar ve sağlıkla ilgili davranışlar arasındaki ilişkinin incelenmesi araştırmacılara hem kuramsal hem de deneysel açıdan yeni bir alan sağlamaktadır. Bu konu, çeşitli kuramlar çerçevesinde analiz edilmektedir. Sağlık inanç modeli (Janz ve Becker, 1984; Weiner, 1971) ve sosyal öğrenme kuramı (Bandura, 1977) bu kuramlar arasında en çok sözü edilenlerdir (19).

Tedaviye uyum üzerinde etkili bir faktör olduğu düşünülen sağlık inançlarını (29) temel alarak oluşturulmuş olan sağlık inanç modelinden (konumuzun gereği olarak) aşağıda kısaca söz edilecektir.

1.6.3.6.3. Sağlık İnanç Modeli

Bu alanda çeşitli çalışmaları olan Kelley ve Weiner'in modelleri sağlık inançları ve bunu izleyen davranışlarla ilgilidir. Kelley'in modelinde, bilginin hem "açıklamaları" hem de "sağlık inançlarını" etkilediği varsayılmaktadır (19). Sağlık inanç modeline göre, sağlık eylemlerinin (davranışlarının) "algılanan yararları", hastalığın sonucunun "algılanan şiddeti" ve hastalığa yakalanmada "algılanan duyarlılık" kişinin sağlığıyla ilgili aktivitelerini ve beklentilerini etkilemektedir.

King (1984), bir hastalığın nedenleri ile ilgili atıfların, bu inançların belirtileri olabileceğini ileri sürmektedir. Örnek verilerek açıklanacak olursa; sigara içmenin akciğer kanserine neden olduğuna inanan bir kişi, akciğer kanserine duyarlılığın sigara içilip içilmemesine bağlı olduğunu söyleyecektir (30). Kalp hastalarıyla yapılan bir çalışmanın sonuçları da bu bulguyu desteklemektedir. Hastalara hastalığın nedenlerinin sorulduğu bir araştırmada, hastaların, tıp çevrelerince hastalık

etkeni olarak kabul edilen sigara içme, aşırı kilo alma ve hareketsizlik gibi nedenlerden çok az söz ettikleri, (bu savunucu atıf olarak adlandırılmaktadır) bulunmuştur. Buna karşın “ailedeki stres”, “doğuştan gelen etkenler”, “kötü şans”, “yaşam biçimindeki ani değişiklikler” ve bu gibi dışsal nedenlere daha çok atıfta buldukları gözlenmiştir (30). Özetlenecek olursa, sağlıkla ilgili davranışlar, sağlık inançlarının yanı sıra hastalıklarla ilgili nedensel açıklamalardan da etkilenmektedir. Açıklamaların sağlık inançları üzerindeki etkisi dolaylı olarak davranışı da etkilemektedir. Kişinin hastalığının nedenleri ile ilgili inançlarının hastalıkla başa çıkma ve uyum üzerinde de etkili olduğu çeşitli araştırmacılar tarafından vurgulanmaktadır (19). Bu konulara ilişkin görüşler aşağıda özetlenmiştir.

1.6.3.6.4. Hastalığa Uyum ve Atıflar

Heider (1958), Kelley (1967) ve Wortman’a (1976) göre nedensel bir açıklama arama, kişinin hayatındaki olayları kontrol etme isteği tarafından motive edilmektedir (Alıntı.38). Konuyla ilgili yapılan çeşitli araştırma bulguları, insanların yaşamlarındaki bazı zararlı olayları kontrol edebildikleri durumda uyum gösterebildiklerini ortaya koymaktadır. Bu nedenle bazı atıf araştırmacıları, nedensel açıklamayı “durum” üzerinde bir dereceye kadar anlayış ve kontrol olasılığı sağladığı için atıfta bulunan kişilerin, bulunmayanlara oranla daha uyumlu olacaklarını ileri sürmektedirler. Ancak buna karşın, bir kazada yaralanmanın ya da ciddi bir hastalığa yakalanmanın ardından kişinin “Niye ben?” diye sorarak bir neden aramasının ve atıfta bulunmasının her zaman için uyumlu olmadığını savunan karşı görüş bulunmaktadır. Bu görüşe sahip araştırmacılar, geçirdikleri kazadan üç hafta sonra “Neden ben?” sorusunu sorup da bir yanıt bulamayan kişilerin, kendilerine soru

sormayanlara oranla daha fazla depresyon, anksiyete, öfke ve mutsuzluk gösterdiklerini belirtmektedirler (19).

Silver ve arkadaşları (1983) ise, nedensel araştırmanın uyumluluğunu belirleyen etkenlerin en önemlisinin, hastalık ya da sakatlanmanın başlamasıyla birlikte atfın yapıldığı zaman olduğunu ileri sürmektedirler. Nedensel araştırma hastalığın ya da sakatlığın başında kaçınılmaz ve uyumlu olabilirken, bu durum üzerinde aylar hatta yıllar boyunca düşünme uyumsuzluğa yol açabilmektedir (19).

Wood ve arkadaşları (1984) ise, kanserli hastalarla yaptıkları çalışmalar sonucunda, hastaların, tedavinin, iyileşmeyi sağlayacağına ilişkin nedensel beklentilerinin tedaviye uyumu arttırdığını belirtmişlerdir (19).

1.6.3.6.5. Hastalık ile Başa Çıkmada Atıfların Rolü ve Yapılan Çalışmalar

Baş çıkma, “kişinin, sınırlarını zorlayan ya da aşan dışsal ve/veya içsel taleplerini karşılayabilmek için sürekli değişen kognitif ve davranışsal çabası” olarak tanımlanmaktadır (31). Stresörü doğrudan kontrol etmek için aktif ve istemli yanıtlarla ilgili olduğu belirtilen başa çıkma, Silver ve Wortman (1980) tarafından, kognisyonları, tutumları ve davranışları (tedaviye uyum ve uyumsuzluk gibi) içeren bir yanıtlar bileşimi olarak değerlendirilmektedir (19).

Kişinin başa çıkma biçiminin, atf biçiminden etkilendiği bu nedenle atıfların, ciddi hastalıklarla başa çıkmada işlevsel bir role sahip olduğu ileri sürülmektedir (30, 31). Nedensel açıklamalar, hastanın hastalığını nasıl yorumladığının ve nasıl başa çıktığının duyarlı göstergeleri olabilmektedir. Bu nedenle, nedensel açıklamalar yalnız hasta için değil aynı zamanda doktor/terapist için de işlevsel bir önem taşımaktadır (30).

Atıf ve başa çıkma biçimlerinin ilişkisini değerlendirmek ve bunların etkileşiminin hastalıklar üzerindeki rolünü araştırmak amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu etkileşimin depresyona yol açıp açmadığını incelemek amacıyla, yapılan bir çalışmada 86 kadın, 90 erkek üniversite öğrencisi deneğe “başa çıkma yolları ölçeği”, “Atıf Biçimi Ölçeği” ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre; olumsuz olaylarda kadınlar için kaçma/kaçınma başa çıkma biçimi içsel, değişmez ve genel atıf biçimi ile pozitif yönde ilişkili bulunurken, problem odaklı başa çıkma biçimi ile atıfları arasında herhangi bir ilişki bulunmadığı görülmüştür. Erkeklerde ise, kaçma/kaçınma başa çıkma biçimi ile içsel ve genel atıflarda bulunma arasında pozitif yönde bir ilişki, problem odaklı başa çıkma ile olumlu olaylara değişmez genel atıflarda bulunma arasında pozitif yönde bir ilişkinin bulunduğu gözlenmiştir (31). Sonuç olarak, hem kadınlarda hem de erkeklerde kaçma/kaçınma başa çıkma biçimi depresyonla ilişkili bulunmuştur. Buradan yola çıkarak, Bruder-Mattson ve Hovanitz (1990), atıfların, başa çıkma biçimini öngörebileceğini ileri sürmüşlerdir .

BÖLÜM 2

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel desenedir. Veriler, çalışmanın yapıldığı süre zarfında Radyasyon Onkolojisi kliniğinde, yüz yüze yapılan tek görüşmede ve hastalara doldurulmak üzere verilen ölçeklerin toplanmasıyla elde edilmiştir. Kliniğe tedavi için gelen, çalışma ölçütlerini karşılayan tüm hastalar çalışmaya alınmıştır. Görüşmeler ve ölçek uygulamaları sadece araştırmacı tarafından yapılmıştır. Çalışma kriterlerini karşılayan hastalardan gelişigüzel, olasılıksız olarak oluşturulan örneklem üzerinden araştırma bulgularına ulaşılmıştır.

2.2. Kullanılan Gereçler

Araştırmada, hastaların alternatif tedavi arayışlarını etkileyen faktörler olarak düşünülen, depresyon puanlarının, umutsuzluk puanlarının ve nedensel atf puanlarının belirlendiği ölçekler temel veri araçları olarak kabul edilmiştir. Bu araçlara ek olarak demografik bilgiler ile hastalık tanılarının ve nedenlerinin kendilerince ne olduğunun sorulduğu ve alternatif tedavi arayışlarının sorgulandığı Bilgi Toplama Formu da veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama araçları aşağıda kısaca tanıtılmış ve tüm değerlendirme araçları Ekler bölümünde sunulmuştur.

2.2.1. Bilgilendirilmiş Onay Formu

Araştırmanın amacı hakkında bilgi verilen ve uygulanacak ölçeklerden söz edilen onay formunda, yazılı olarak hastanın çalışmaya gönüllü onayı sorulmuş, kabul edenler çalışmaya alınmıştır. Araştırmada veri toplamanın gizlilik ilkesine sadık kalınarak gerçekleştirileceği ve elde edilecek verilerin sadece bilimsel amaçla kullanılacağı açıklanmıştır. Bilgilendirilmiş Onay Formu Ek 1’de sunulmuştur.

2.2.2. Sosyodemografik Veri ve Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından düzenlenmiş olan Bilgi Toplama Formu, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi gibi temel demografik değişkenlerin yanı sıra, hastalar ve aileleri ile ilgili diğer demografik bilgileri de içermektedir. Hastaların hastalıkları ile ilgili bilgilerinin, alternatif tedavi arayışlarının ve hastalıklarının “kendilerince” neden olduğunun sorulduğu toplam 25 sorudan oluşmuştur. Hastalıklarının “kendilerince” neden olduğunun sorulduğu sorulara verilen yanıtları, araştırmacı, Uzman Dr. Özen Önen Sertöz ve Yrd.Doç. Dr. Ayşın Noyan, ayrı ayrı gruplandırmış ve sonuçlar karşılaştırılıp onaylandıktan sonra değerlendirilmeye alınmıştır.

2.2.3. Beck Depresyon Envanteri

Depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. Ölçek; Duygudurum, Kötümserlik,

Başarısızlık Duygusu, Doyumsuzluk, Suçluluk Duygusu, Cezalandırma Duygusu, Kendinden Nefret Etme, Kendini Suçlama, Kendini Cezalandırma Arzusu, Ağlama Nöbetleri, Sinirlilik, Sosyal İçedönüklük, Karasızlık, Bedensel İmge, Çalışabilirliğin Ketlenmesi, Uyku Bozuklukları, Yorgunluk-Bitkinlik, İştahın Azalması, Kilo Kaybı, Somatik Yakınmalar, Cinsel Dürtü Kaybı olarak 21 belirti kategorisini içermektedir. Formda 21 belirti kategorisinin her birinde dört seçenek vardır. Uygulama günü de dahil olmak üzere, geçirilen son bir hafta içinde, kişinin kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Bu puanların toplanmasıyla, depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösterir. Kesme noktası 17 olarak belirlenmiştir. Beck Depression Inventory (BDI) geliştirenler, A.T. Beck, C.H. Ward, M. Mendelson, J. Mock, ve J. Erbaugh'dur (1961 formu). Beck'in çalışmasında güvenilirlik katsayısı .86 olarak bulunmuştur. Türkçe'ye uyarlayan Nesrin Hisli (1988), iki yarım test güvenilirlik katsayısını 259 üniversite öğrencisi ile yapılan bir araştırmada .74 olarak bulmuştur (32).

2.2.4. Beck Umutsuzluk Ölçeği

Bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini belirlemeye yarayan bir ölçektir. Ölçek 20 maddeden oluşmaktadır. Bireyden kendisi için uygun ifadeleri "evet", uygun olmayanları ise "hayır" olarak işaretlemesi istenir. Maddelerin 11 tanesinde "evet" seçeneği, 9 tanesinde ise "hayır" seçeneği 1 puan alır. 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19. sorularda "hayır"; 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20. sorulara ise "evet" yanıtı için bir puan verilir. Puan aralığı 0-20'dir. Elde edilen toplam puan

umutsuzluk puanı olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin puan dağılımı 0-20 arasındadır (14). Gelecekle ilgili duygular madde 1,6,13,15,19; güdü kaybı ile ilgili maddeler 2,3,9,11,12,16,17,20; gelecek beklentisi ile ilgili maddeler 4,7,14,18 olarak belirlenmiştir (33). Ülkemizde ölçeğin çeviri çalışması Seber tarafından yapılmıştır (34). Ölçekten alınan puanlar yüksek olduğunda bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğu varsayılır.

2.2.5. Nedensel Atıflar Ölçeği

Hastaların, hastalıklarının nedenlerine ilişkin yaptıkları atıfları belirlemek amacıyla kullanılan Nedensel Atıflar Ölçeği, 31 maddeden oluşmaktadır. Maddeler, ilk olarak Karancı (1986) tarafından Norcross ve arkadaşlarının (1984) atıfları çok boyutlu ölçmek amacıyla geliştirmiş oldukları “Levels of Attribution and Change Scale”den alınmış, Türkiye’de farklı psikiyatrik tanılardan oluşan hastalarla yapılan çeşitli çalışmalarda kullanılmıştır (35).

Maddeler, kişilerarası sorunları, aile ile çatışmaları, maddi ve sağlık sorunlarını, çevresel kötü şartları, kötü şans ve kaderi ve çeşitli kişisel özellikleri (davranışsal, bilişsel ve karakterin değişmez özelliklerini) kapsamaktadır (35). 30. ve 31. soruları, yalnız evli olanların yanıtlaması istenmektedir. Her madde, “Rahatsızlığımın gelişmesinde nedensel atıf rol oynamıştır” biçimindedir. Deneklerden, her maddeye tepkilerini, ağırlığı 1 puan olan “hiç uygun değil”den, ağırlığı 5 puan olan “çok uygun”a doğru sıralanan beş basamaklı likert tipi bir ölçek üzerinde belirtmeleri istenmektedir. Nedensel Atıflar Ölçeği’nin güvenilirlik çalışması; iç tutarlılığın irdelenmesi ile yapılmıştır. Karancı’nın (1986) değişik tanılardan oluşan 70 kişilik bir psikiyatrik hasta örneklemeyle, ilk kez Nedensel

Atıflar Ölçeği'ni kullanarak yaptığı çalışmada, nedensel atıfların yedi faktöre ayrıldığı görülmüştür. Faktörlerin iç tutarlılık katsayısının .64 ile .78 arasında değiştiği ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının .69 olduğu belirlenmiştir. Şengül'ün (1993) psikotik, nevrotik ve affektif bozukluğu olan 90 kişilik bir psikiyatrik grubu ve 55 hasta yakını ile yaptığı bir çalışmada, nedensel atıfların sekiz faktöre ayrıldığı ve Cronbach alfa iç tutarlık katsayısının .81 olduğu rapor edilmiştir (36).

Nedensel Atıflar Ölçeği 'nin geçerlik çalışması yüzeysel geçerlik ve korelasyon açısından incelenmiştir. Yüzeysel geçerliğinin incelenmesi amacıyla görüşleri alınan uzmanların değerlendirmeleri, maddelerin, ölçmeyi amaçladığı alanları kapsadığı doğrultusunda olmuştur (57).

Karancı'nın(1988), örneklem grubunu 102 göğüs cerrahisi hastasının oluşturduğu çalışması ve Karancı'nın (1993) psikotik olmayan değişik tanılardan psikiyatrik hasta örneklem grubuyla yaptığı çalışmada Nedensel Atıflar Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) birlikte kullanılmıştır. İlk çalışmada, faktör analizi sonucunda dört faktöre ayrılan BDE boyutları ile nedensel atıf boyutları, regresyon analizi ile test edilmiştir. Bulgular, nedensel atıf faktörlerinin, BDE'nin üç boyutunu yorumladığını göstermiştir (20). Psikiyatrik hastalarla yapılan ikinci çalışmada ise nedensel atıf faktörleri ve BDE puanları korelasyon yöntemiyle analiz edilmiştir. Beş nedensel atıf faktörünün BDE puanları ile korelasyonunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu rapor edilmiştir (35).

Yukarıda özetlenen bulgular ışığında, Nedensel Atıflar Ölçeği 'nin kanser hastalarının nedensel atıflarını belirlemede kullanılabileceği düşünülmüştür. Nedensel Atıflar Listesi, Ek-3'de sunulmuştur.

2.3. Kullanılan Yöntem

Çalışmaya başlama tarihinden sonra E.Ü.T.F. Radyasyon Onkolojisi Kliniği'ne gelen, çalışmanın işleme ölçütlerine uygun olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar gelişigüzel, olasılıksız olarak çalışmaya alınmıştır. İşleme ölçütlerini karşılayan hastalara araştırma tanıtılmış, bilgilerin gizliliği ile çalışmadan diledikleri zaman ayrılacakları vurgulanmış ve katılmayı gönüllü olarak kabul edenlerden sözlü ve yazılı onayları alındıktan hemen sonra görüşmeler yapılmıştır. Sosyodemografik Veri ve Bilgi Toplama Formu her hastaya; aynı görüşmeci tarafından, standart olarak, aynı sırada, tek seansta, birebir uygulanmıştır. Daha sonra kendilerinin dolduracağı Beck Depresyon Envanteri, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Nedensel Atıflar listesi, nasıl yanıtlayacakları açıklanarak verilmiştir.

2.3.1. İşleme Ölçütleri

- Okur-yazar olan,
- Onsekiz ve daha büyük yaşta olan,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olup onam veren,
- Yapılan görüşme ve uygulamaları anlayıp iletişim kurulabilen hastalar çalışma kapsamına dahil edilmişlerdir.

2.3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Radyoterapi uygulaması için Radyasyon Onkolojisi Kliniğine gelen, tedavi etki ve yan etkileri konusunda yapılan danışmanlık görüşmesi sonrasında, işleme

ölçütlerini karşılayan hastalarla görüşülmüştür. Hastalara araştırma tanıtılmış, katılmayı kabul edenlerden yazılı onayları alınmıştır. Görüşmeler ortalama otuz dakika sürmüştür. Bireylerin gereksinimine göre sürede gerekli esneklik sağlanmıştır. İlk hasta Eylül 2006 tarihinde, son hasta Nisan 2007 tarihinde alınmıştır.

2.3.3. Araştırmanın Evreni

Ege bölgesindeki kanser vakalarının önemli bir bölümünün başvurduğu bir merkez olan E.Ü.T.F. Radyasyon Onkolojisi Kliniği'ne başvuran tüm hastalar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır

2.3.4. Araştırmada Örneklem

Çalışmanın başladığı ve bittiği tarihler arasında E.Ü.T.F. Radyasyon Onkolojisi Kliniği'ne tedavi için gelen, çalışma ölçütlerine uygun olan hastalar gelişigüzel, olasılıksız olarak seçilmiştir. Belirli bir zaman diliminde çalışmanın yürütülmesi zorunluluğu ile 154 hasta ile örneklem oluşturulmuştur. Çalışmada işleme ölçütleri ve radyoterapi öncesi ile sınırlı tutulması hasta sayısında kısıtlılık yaratmıştır.

2.3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Çalışmaya başladıktan sonra, araştırmaya katılmayı kabul eden 154 hastayla Sosyodemografik Veri ve Bilgi Toplama formu doldurulmuş, diğer ölçekler tanıtılıp doldurulması için hastalara verilmiştir. 43 hasta verilen ölçekleri doldurup geri

getirmemiş ve çalışma dışı kalmışlardır. Toplam 111 hasta ölçekleri doldurmuş ve çalışmaya dahil olmuştur.

2.3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Örneklem grubundan elde edilen veriler, SPSS paket programının çeşitli alt programları kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmanın amaçları doğrultusunda, faktör analizi, ki-kare, Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Varyans analizi kullanılmıştır.

2.3.7. Süre ve Olanaklar

Araştırma ölçütlerine uygun hastaların seçimi, verilerin toplanması için hastalarla yapılan görüşmeler ve ölçek uygulamaları sekiz ay sürdürülmüştür. Uygulamaların bitiminden sonra elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmeleri ve yazım aşaması bir ay sürmüştür.

BÖLÜM 3

BULGULAR

3.1. Sosyodemografik Veri ve Bilgi Toplama Formu Bulgularının Tüm Örneklem için Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan 111 hastanın, %60.7'sinin (n=68) kadın, %38.4'ünün (n=43) erkek, ağırlıklı yaş grubunun %32.4 (n=36) ile 45-54 yaş aralığında olduğu bulunmuştur. % 82.9'unun (n=92) evli, %80'e yakınının (n=77) emekli, çalışmıyor ya da ev-hanımı olduğu saptanmıştır. Eğitim durumlarına bakıldığında %36'sının (n=40) ilkokul, %13.5'unun (n=30) ortaokul, %27'sinin (n=30) lise ve %23.4'ünün (n=26) üniversite mezunu olduğu, sosyal güvencelerinin ise ağırlıklı olarak %87.3'ünün (n=97) Emekli Sandığı ve SSK olduğu bulunmuştur. Yaşamlarının en uzun süresini %65.8'inin (n=73) şehirde geçirdiği, %92.8'inin (n=103) çekirdek aile olduğu, %80.2'sinin (n=89) 500 YTL üzerinde gelir sahibi olduğu bulunmuştur.

Hastalık sürelerinin sorgulandığı sorudan elde edilen verilere bakıldığında, %88.2'sinin (n=98) 12 aydan az süredir hasta oldukları, %4.5'inin (n=5) 12-15 aydır ve % 7.2'sininde (n=8) iki yıldan daha fazla zamandır hasta oldukları görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların, %39.6'sı (n=44) alternatif tedavi kullandıklarını, %60.4 (n=67) ise konvansiyonel tedavilerden başka tedavi kullanmadıklarını söylemişlerdir.

Sosyodemografik Veri ve Bilgi Toplama Formunda sorulan "Hastalığınız ne?" sorusuna verilen yanıtlara bakıldığında %63.1'inin (n=70) tıbbi tanılarını bildikleri, %36.9'unun (n=41) ise tanılarını bilmedikleri saptanmıştır.

Hastaların “Sizce hastalığınızın nedeni ne?” sorusuna, %32.4’ü içsel atıf (n=36), %40.5’i dışsal (n=45), %19.8’inin hem içsel hem dışsal atıfta buldukları, %8’inin ise (n=8) hastalıklarına dair hiçbir atıflarının olmadığı saptanmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların kanser tiplerine bakıldığında %32.4’ünün meme, %15.3’ünün jinekolojik kanser, %16.2’sinin baş-boyun kanseri ve %10.8’inin akciğer kanseri olduğu bulunmuştur. Diğer kanser türlerinde ise (%5.4), iki hastanın cilt kanseri, bir hastanın tiroid, bir hastanın ALL, bir hastanın özafagus kanseri, bir hastanın ise vasküler malformasyon tanılı hastalar olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların genel demografik bilgileri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1: Sosyodemografik Bilgiler Tablosu

SOSYODEMOGRAFİK VERİLER VE BİLGİLER				
	N	%		
Cinsiyet			En Uzun Yaşanan Yer	
Erkek	43	(38.4)	Köy	15 (13.5)
Kadın	68	(60.7)	Kasaba	23 (20.7)
Toplam	111	(100)	Şehir	73 (65.8)
Eğitim			Toplam	111 (100)
İlkokul	40	(36.0)	Aile Tipi	
Ortaokul	15	(13.5)	Geniş	5 (4.5)
Lise	30	(27.0)	Çekirdek	103 (92.8)
Üniversite	26	(23.4)	Parçalanmış	3 (2.7)
Toplam	111	(100)	Toplam	111 (100)
Medeni			Hastalık Süresi	
Bekar	9	(8.1)	0-11 ay	98 (88.3)
Evli	92	(82.9)	12-23 ay	5 (4.5)
Boşanmış	3	(2.7)	24 ay ve ↑	8 (7.2)
Dul	7	(6.3)	Toplam	111 (100)
Toplam	111	(100)	Kanser Türü	
Yaş Grubu			Baş boyun	18 (16.2)
18-24	3	(2.7)	Kolon- rektum	6 (5.4)
25-34	12	(10.8)	Meme	36 (32.4)
35-44	21	(18.9)	Akciğer	12 (10.8)
45-54	36	(32.4)	Beyin	6 (5.4)
55-64	26	(23.4)	Yumuşak doku	6 (5.4)
65-74	10	(9.0)	Jinekolojik	17 (15.3)
75 ve ↑	3	(2.7)	Prostat	4 (3.6)
Toplam	111	(100)	Diğer	6 (5.4)
Meslek			Toplam	111 (100)
Ev H./İşsiz	36	(32.4)	Alternatif Tedavi	
Memur	21	(18.9)	Uyguluyor mu?	
*Ser/Çif/Es	13	(11.7)	Uyguluyor	44 (39.6)
Emekli	41	(36.9)	Uygulamıyor	67 (60.4)
Toplam	111	(100)	Toplam	111 (100)
Hane Geliri			Tanı Biliniyor mu?	
<500 YTL	22	(19.8)	Biliyor	70 (63.1)
501-1000 YTL	45	(40.5)	Bilmiyor	41 (36.9)
1001-2000 YTL	32	(28.8)	Toplam	111 (100)
2000 ve ↑	12	(10.8)	Hastalıklarına	
Toplam	111	(100)	Yükledikleri Nedenler	
Sosyal Güvence			İçsel Atıf	36 (32.4)
Emekli Sandığı	55	(49.5)	Dışsal Atıf	45 (40.5)
SSK	42	(37.8)	Hem İçsel	
Bağ- Kur	8	(7.2)	Hem Dışsal Atıf	22 (19.8)
Özel/ San-Sigorta	2	(1.8)	Atıf Yok	8 (7.2)
Yeşil Kart	4	(3.6)	Toplam	111 (100)
Toplam	111	(100)		

3.2. Beck Depresyon Envanteri ve Beck Umutsuzluk Ölçeğine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan toplam 111 hastanın Beck Depresyon puanları 26 hastada 17 ve üzeri ile %23.4, 38 hastada 10-16 puan arası ile %34.2, 47 hastada ise %42.3 ile 9 puan ve altında bulunmuştur.

Beck Umutsuzluk puanları ise, 0-4 puan arası alan hasta sayısı 59 (%53.2), 5-9 puan arası alan hasta sayısı 37 (% 33.3), 10 ve üzeri puan alan hasta sayısı 15 (%3.5) olarak bulunmuştur.

Her iki ölçekle yapılan, demografik verilerle ilgili analizlerde istatistiksel anlamda fark yoktur. Kanserin yerleşim yeri, Alternatif tedavi, tanılamasını bilme durumları ve nedensel atıflarla, Beck Depresyon Envanteri ve Beck Umutsuzluk Ölçeği ile yapılan analiz sonuçları ilgili başlıklarda sunulmuştur. Her iki ölçeğin genel istatistik verileri Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 2: Beck Depresyon Envanteri ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Bulguları

Beck Depresyon Puanı	N	%
Ort ± SS		
11.216 ± 7.330		
17 puan ve üzeri	26	(23.4)
10-16 puan arası	38	(34.2)
0-9 arasındaki puanlar	47	(42.3)
Toplam	111	(100)
Beck Umutsuzluk Puanı		
Ort ± SS		
5.405 ± 3.626		
0-4 puan arası	59	(53.2)
5-9 puan arası	37	(33.3)
10-14 puan arası	12	(10.8)
15-19 puan arası	3	(2.7)
Toplam Statistics	111	(100)

3.2.1. Beck Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Kansere Yerleşim Bölgelerine Göre Hastaların Değerlendirilmesi

Kanser türlerine göre Beck Umutsuzluk puanları ortalamalarının kolon-rektum kanserli hastalarda (10.00), akciğer kanserli hastalarda (3.91) olduğu, yapılan nonparametrik analizde de aralarında istatistiksel anlamda fark bulunduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Kanser yerleşim bölgeleri ve Beck Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırıldığında da kolon-rektum kanserli hastaların depresyon puan ortalamaları 23.00, prostat kanserli hastaların ortalama depresyon puanları 6.50 ve diğer kanser türlerinin ise bulunan bu iki değer arasında yer aldığı bulunmuştur. Yapılan analiz sonucunda kanser türlerine göre hastaların depresyon puanlarında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Sonuçlar Tablo 3’de sunulmuştur.

Tablo 3: Beck Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Kanser Yerleşim Bölgelerine Göre Değerlendirilmesi

				Min.	Max	df	p
Beck Umutsuzluk							
	Baş-boyun	n=18	6.61±2.54	3.00	13.00		
	Kolon- rektum	n=6	10.00±4.73	2.00	15.00		
	Meme	n=36	4.91±3.71	1.00	16.00		
	Akciğer	n=12	3.91±1.92	2.00	8.00		
	Beyin	n=6	4.33±2.25	2.00	8.00		
	Yumuşak doku	n=6	7.66±5.85	1.00	16.00		
	Jinekolojik	n=17	4.29±3.34	1.00	14.00		
	Prostat	n=4	5.50±2.08	3.00	8.00		
	Diğer	n=6	5.00±3.57	1.00	11.00		
	Total	n=111	5.40±3.62	1.00	16.00	8	0.025
Beck Depresyon							
	Baş- boyun	n=18	11.61±6.50	.00	21.00		
	Kolon rektum	n=6	23.00±4.56	17.00	30.00		
	Meme	n=36	10.44±6.91	.00	28.00		
	Akciğer	n=12	10.50±7.21	.00	22.00		
	Beyin	n=6	10.50±2.58	8.00	15.00		
	Yumuşak doku	n=6	11.66±5.60	5.00	17.00		
	Jinekolojik	n=17	8.82±6.83	2.00	29.00		
	Prostat	n=4	6.50±6.60	.00	14.00		
	Diğer	n=6	14.33±11.3	1.00	30.00		
	Total	n=111	11.20±	.00	30.00	8	0.024

3.2.2. Beck Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının, Alternatif

Tedavi Uygulayan ve Uygulamayan Hastalarla Karşılaştırılması

Kategorize edilen Beck Depresyon ve kategorize edilen Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları ile Alternatif Tedavi Uygulayan ve Uygulamayan Hastaların sonuçları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bulgular Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 4: Beck Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının, Alternatif Tedavi Uygulayan ve Uygulamayan Hastalarla Karşılaştırılması

	Alternatif Tedavi		Toplam	p
	Var	Yok		
Depresyon Puanı				
17 puan ve üzeri	11 (42.3)	15 (57.7)	26 (100)	
10-16 puan arası	17 (44.7)	21 (55.3)	38 (100)	
0-9 puan arası	16 (34.0)	31 (66.0)	47 (100)	
Toplam	44 (39.6)	67 (60.4)	111 (100)	0.512
Umutsuzluk Puanı				
0-4 puan arası	20 (33.9)	39 (66.1)	59 (100)	
5-9 puan arası	16 (43.3)	21 (56.7)	37 (100)	
10-14 puan arası	7 (58.4)	5 (41.6)	12 (100)	
15-19 puan arası	1 (33.4)	2 (66.6)	3 (100)	
Toplam	44 (39.6)	67 (60.4)	111 (100)	0.316

*Toplam= Sütun toplamı ** Toplam= Satır toplamı

3.2.3. Beck Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Tanılarını Bilen ve Bilmeyen Hasta Grubu Verilerinin Karşılaştırılması

Tıbbi tanıları bilen ve bilmeyen olguların, kategorize edilen Beck Depresyon Ölçeği sonuçları ile yapılan ki-kare analizlerinde istatistiksel olarak anlam bulunamamıştır. Tanılarını bilen gruba, bilmeyen grup arasında kategorize edilen Beck Umutsuzluk Ölçeği sonuçları ile yapılan ki-kare analizinde ise anlamlı fark saptanmıştır. Tanılarını bilen hastaların umutsuzluk puanları daha yüksek bulunmuştur. Bulgular Tablo 5’de sunulmuştur.

Tablo 5: Beck Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Tanılarını Bilen ve Bilmeyen Hasta Grubu Verilerinin Karşılaştırılması

	Tıbbi Tanılarını				*Toplam		p
	Biliyor		Bilmiyor		N	%	
	N	%	N	%	N	%	
Depresyon Puanı							
17 puan ve üzeri	21	(80.8)	5	(19.2)	26	(23.4)	
10-16 puan arası	21	(55.3)	17	(44.7)	38	(34.2)	
0-9 puan arası	28	(59.6)	19	(40.4)	47	(42.3)	
Toplam	70	(63.1)	41	(36.9)	111	(100)	0.094
Umutsuzluk Puanı							
0-4 puan arası	35	(59.3)	24	(40.7)	59	(53.2)	
5-9 puan arası	20	(54.1)	17	(45.9)	37	(33.3)	
10-14 puan arası	12	(100)	0	(.0)	12	(10.8)	
15-19 puan arası	3	(100)	0	(.0)	3	(2.7)	
Toplam	70	(63.1)	41	(36.9)	111	(100)	0.015

*Toplam= Sütun toplamı ** Toplam= Satır toplamı

3.2.4. Beck Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Faktör Analizlerini Kategorize Ederek Oluşturulan Atıf Biçimleri ile değerlendirilmesi

Faktör analizlerinin sonucunda oluşan içsel ve dışsal atıflar ayrıca toplanarak hastaların atıfları yeniden kategorize edilmiştir. İçsel atıf puanı yüksek olan hasta içsel, dışsal atıf puanı yüksek olan hasta dışsal, içsel atıf puanı ile dışsal atıf puanı eşit olan hastalar ise içsel-dışsal atıf yapıyor diye kabul edilmiştir. Buradan elde edilen atıf biçimleri ile kategorize edilen, Beck Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının ki-kare analizi sonucunda, atıf biçimleri ile depresyon ve umutsuzluk puanları arasında fark saptanmamıştır. Bulgular Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6: Beck Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Faktör Analizlerini Kategorize Ederek Oluşturulan Atıf Biçimleri ile İlişkisi

Faktör Analizlerini Kategorize Ederek Oluşturulan Atıf Biçimleri							
	İçsel		Dışsal		İçsel-dışsal	*Toplam	p
	N	%	N	%			
Beck Depresyon							
17 puan ve üzeri	3	(11.5)	9	(34.6)	14	(53.8)	26 (100)
10-16 puan arası	9	(23.7)	16	(42.1)	13	(34.2)	38 (100)
0-9 puan arası	3	(6.4)	25	(53.2)	19	(40.4)	47 (100)
** Toplam	15	(13.5)	50	(45.0)	46	(41.4)	111 (100)
Beck Umutsuzluk							0.107
15-19 puan arası	0	(0)	1	(33.3)	2	(66.7)	3 (100)
10-14 puan arası	0	(0)	5	(41.7)	7	(58.3)	12 (100)
5-9 puan arası	6	(16.2)	17	(45.9)	14	(37.8)	37 (100)
0-4 puan arası	9	(15.3)	27	(45.8)	23	(39.0)	59 (100)
**Toplam	15	(13.5)	50	(45.0)	46	(41.4)	111 (100) 0.679

3.3. Alternatif Tedavi Uygulayan ve Uygulamayan Hastaların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırıldığı Analizler

Alternatif tedavi uygulayan ve uygulamayan hasta gruplarının Sosyodemografik Veri Anketinde bulunan değişkenlerle ilgili yapılan ki-kare analizlerinde cinsiyet, yaş grubu, eğitim, meslek, medeni durum, sosyal güvence, hane geliri hastalık süresi ve kanser türleri ile ilgili istatistiksel bir fark bulunmamıştır. Bulgular Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7: Alternatif Tedavi Kullanan ve Kullanmayan Hastaların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması

	Alternatif Tedavi				p
	Var		Yok		
	N	%	N	%	
Cinsiyet					
Erkek	14	(32.6)	29	(67.4)	0.227
Kadın	30	(44.1)	38	(55.9)	
Toplam	44	(39.6)	67	(60.4)	
Eğitim					
İlkokul1	5	(37.5)	25	(62.5)	0.809
Ortaokul	7	(46.7)	8	(53.3)	
Lise	11	(36.7)	19	(63.3)	
Üniversite	11	(42.3)	15	(57.7)	
Toplam	44	(39.6)	67	(60.4)	
Medeni					
Bekar	5	(55.6)	4	(44.6)	0.508
Evli	35	(38.0)	57	(62.0)	
Boşanmış	2	(66.7)	1	(33.3)	
Dul	2	(28.6)	5	(71.3)	
Toplam	44	(39.6)	67	(60.4)	
Yaş Grubu					
18-24	1	(33.3)	2	(66.7)	0.074
25-34	8	(66.7)	4	(33.3)	
35-44	9	(42.9)	12	(57.1)	
45-54	14	(38.9)	22	(61.1)	
55-64	8	(30.8)	18	(69.2)	
65-74	3	(30.8)	7	(70.4)	
75 ve ↑	1	(33.3)	2	(66.7)	
Toplam	44	(39.6)	67	(60.4)	
Meslek					
Ev H./İşsiz	15	(41.7)	21	(58.3)	0.597
Memur	8	(38.1)	13	(61.9)	
*Ser/Çif/Es	3	(23.1)	10	(76.9)	
Emekli	18	(43.9)	23	(56.1)	
Toplam	44	(39.6)	67	(60.4)	
Hane Geliri					
<500 Ytl	9	(40.9)	13	(59.1)	0.494
501-1000 Ytl	15	(33.3)	30	(66.7)	
1001-2000 Ytl	16	(50.0)	16	(50.0)	
2000 ve ↑	4	(33.3)	8	(66.7)	
Toplam	44	(39.6)	67	(60.4)	

Sosyal			
Güvence			
Emekli Sandığı	22 (40.0)	33 (60.0)	
SSK	17 (40.5)	25 (59.5)	
Bağ- Kur	3 (37.5)	5 (62.5)	
Özel/ San-Sigorta	1 (50.0)	1 (50.0)	
Yeşil Kart	1 (25.0)	3 (75.0)	
Toplam	44 (39.6)	67 (60.4)	0.976
Aile Tipi			
Geniş aile	2 (4.5)	3 (4.5)	
Çekirdek aile	40 (90.9)	63 (94.0)	
Parçalanmış aile	2 (4.5)	1 (1.5)	
Toplam	44 (39.6)	67 (60.4)	0.624
Kanser Türü			
Baş boyun	9 (20.5)	9 (13.4)	
Kolon- rektum	2 (4.5)	4 (6.0)	
Meme	18 (40.9)	18 (26.9)	
Akciğer	5 (11.4)	7 (10.4)	
Beyin	3 (6.8)	3 (4.5)	
Yumuşak doku	2 (4.5)	4 (6.0)	
Jinekolojik	3 (6.8)	14 (20.9)	
Prostat	2 (4.5)	2 (3.0)	
Diğer	0 (0)	6 (9.0)	
Toplam	44 (39.6)	67 (60.4)	0.234

3.3.1. Alternatif Tedavi yöntemleri, bu yöntemlerden hastaların beklentisi, ve beklenti sonuçları

Kullanılan alternatif tedavi olarak, hastaların %34.1'i (n=15) ısırgan+çeşitli bitki çayları, %22.7'si (n=10) bal+polen,, %15.9'u (n=7) çeşitli bitki çayları, %9.4'ü (n=4) ısırgan, %6.8'i (n= 3) bitkisel ürünler+tohum ve %6.8'inin (n=3) düşünce yöntemi-reiki kullandıkları bulunmuştur.

Uygulanan tedaviden beklentinin ise, %45.5 ile (n=20) hastanın “ *kansere iyi gelecek*” diye olduğu saptanmıştır.

Kullandıkları alternatif tedavinin sonucu sorusuna, %47.7 ile 21 hastadan “*şimdilik bilmiyorum*” yanıtı alınmıştır. Bulgular Tablo: 8'de verilmiştir.

Tablo 8: Alternatif Tedavi yöntemleri, kullanılan yöntemlerden hastaların beklentisi, ve sonuçları

ALTERNATİF TEDAVİ BİLGİLERİ	N	%
Uyguladığı Yöntemler		
Isırgan	4	(9.1)
Bal+Polen	10	(22.7)
Çeşitli Bitki Çayları	7	(15.9)
Düşünce Yöntemi-Reiki	3	(6.8)
Bitkisel Ürünler-Tohum	3	(6.8)
Isırgan+ Çeşitli Bitki çayları	15	(34.1)
Bal+ Polen+ Çeşitli Bitki Çayları	2	(4.5)
Toplam	44	(100)
Uyguladığı Tedaviden Beklentisi		
Kansere iyi gelecek	20	(45.5)
Vücut direncini arttıracak	15	(34.1)
Rahatlamak ve maneviyat için	5	(11.4)
Kitle küçülecek	4	(9.1)
Toplam	44	(100)
Uyguladığı Tedavinin Sonucu Nasıl?		
Şimdilik bilmiyorum	21	(47.7)
İyi geldi	19	(43.2)
Hiçbir değişiklik olmadı	4	(9.1)
Toplam	44	(100)

3.3.2. Alternatif Tedavi Uygulayan ve Uygulamayan Hastaların Bilgi

Toplama Formundan ve Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular

Alternatif Tedavi Uygulayan ve Uygulamayan hasta gruplarının, Sosyodemografik Veriler ve Bilgi Toplama Anketinde bulunan atıf tipleri değişkenleriyle ilgili yapılan ki-kare analizlerinde, arasında istatistiksel anlamda bir fark olmadığı ($p>0.5$), tıbbi tanıları bilip bilmedikleri ile ilgili soruya verdikleri yanıtlarla gruplar karşılaştırıldığında ise istatistiksel anlamda fark olduğu, tanısını bilen hastaların daha çok alternatif tedavi uyguladığı saptanmıştır (χ^2 : 25.02; sd:1; $p<0.01$). Bulgular Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9: İki Grup Arası Tıbbi Tanılarını Bilme ve Atıf Tiplerinin Karşılaştırılması

	Alternatif Tedavi		Toplam		p
	Var N %(*)	Yok N %(*)	N	%(**)	
Tıbbi Tanılarını					
Biliyor	34 (48.5)	36 (51.5)	70	(100)	
Bilmiyor	10 (24.4)	31 (75.6)	41	(100)	
Toplam	44 (39.6)	67 (60.4)	111	(100)	0.010
Atıf Tipi					
İçsel	17 (47.3)	19 (52.7)	36	(100)	
Dışsal	16 (35.6)	29 (64.4)	45	(100)	
İçsel ve Dışsal	9 (41.0)	13 (59.0)	22	(100)	
Atıf Yok	2 (25.0)	6 (75.0)	8	(100)	
Toplam	44 (39.6)	67 (60.4)	111	(100)	0.106

3.4.Tanılarını Bilen Hasta Grubuyla, Bilmeyen Hasta Grubunun Verilerinin Karşılaştırılması

Çalışmada, hastaların tıbbi tanılarını bilip bilmedikleri ile ilgili soruya verdikleri yanıtlarla, sosyodemografik veriler ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında, hiçbir değişkenle aralarında istatistiksel bir anlam bulunmamıştır. Bulgular Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10: Tanılarını Bilme Durumu ile Sosyodemografik Verilerin Değerlendirilmesi

	Tıbbi Tanılarını				p	
	Biliyor		Bilmiyor			Toplam
	N	%	N	%	N	%
Cinsiyet						
Erkek	26	(60.5)	17	(39.5)	43	(38.7)
Kadın	44	(64.5)	24	(35.3)	68	(61.3)
						0.400
Yaş Grubu						
18-24	2	(66.7)	1	(33.3)	3	(2.7)
25-34	9	(75.0)	3	(25.0)	12	(10.8)
35-44	16	(76.2)	5	(23.8)	21	(18.9)
45-54	20	(55.6)	16	(44.4)	36	(32.4)
55-64	18	(69.2)	8	(30.8)	26	(23.4)
65-74	3	(30.0)	7	(70.0)	10	(9.0)
75 ve üzeri	2	(66.7)	1	(33.3)	3	(2.7)
						0.216
Medeni Durum						
Bekar	8	(88.9)	1	(11.1)	9	(8.1)
Evli	56	(60.9)	36	(39.1)	92	(82.8)
Boşanmış	1	(33.3)	2	(66.7)	3	(2.7)
Dul	5	(71.4)	2	(28.6)	7	(6.3)
						0.249
Meslek						
Ev Hanımı/Çalışmıyor	21	(58.3)	15	(41.7)	36	(32.4)
Memur	15	(71.4)	6	(28.6)	21	(18.9)
Serbest/Çiftçi/Esnaf	10	(76.9)	3	(23.1)	13	(11.7)
Emekli	24	(58.5)	17	(41.5)	41	(36.9)
						0.492
Eğitim						
İlkokul	22	(55.0)	18	(45.0)	40	(36.0)
Ortaokul	11	(73.3)	4	(26.7)	15	(13.5)
Lise	20	(66.7)	10	(33.3)	30	(27.0)
Üniversite	17	(65.4)	9	(34.6)	26	(23.5)
						0.568
Sosyal Güvence						
Emekli Sandığı	35	(63.6)	20	(36.4)	55	(49.5)
SSK	26	(61.9)	16	(38.1)	42	(37.8)
Bağ-Kur	4	(50.0)	4	(50.0)	8	(7.2)
Özel Sandık/Sigorta	2	(100)	0	(0.00)	2	(1.8)
Yeşil Kart	3	(75.0)	1	(25.0)	4	(3.6)
						0.729
Hane Geliri						
500<Ytl	12	(54.5)	10	(45.5)	22	(19.8)
501-1000 Ytl	27	(60.0)	18	(40.0)	45	(40.5)
1001-2000 Ytl	24	(75.0)	8	(25.0)	32	(28.8)
2001> Ytl	7	(58.3)	5	(41.7)	12	(10.8)
						0.401
Hastalık Süresi						
0-3 ay arası	19	(51.4)	18	(48.6)	37	(33.3)
4-7 ay arası	26	(63.4)	15	(36.6)	41	(36.9)
8-11 ay arası	15	(75.0)	5	(25.0)	20	(18.0)
12-15 ay arası	3	(60.0)	2	(40.0)	5	(4.5)
24 ay ve üzeri	7	(87.5)	1	(12.5)	8	(7.2)
						0.242

Kanser Türü						
Baş boyun	12	(17.1)	6	(14.6)	18	(16.2)
Kolon- rektum	4	(5.7)	2	(4.9)	6	(5.4)
Meme	26	(37.1)	10	(24.4)	36	(32.4)
Akciğer	8	(11.4)	4	(9.8)	12	(10.8)
Beyin	1	(1.4)	5	(12.2)	6	(5.4)
Yumuşak doku	5	(7.1)	1	(2.4)	6	(5.4)
Jinekolojik	9	(12.9)	8	(19.5)	17	(15.3)
Prostat	2	(2.9)	2	(4.9)	4	(3.6)
Diğer	3	(4.3)	3	(7.3)	6	(5.4)
						0.296

3.4.1. Tanılarını Bilen Hasta Grubuyla Bilmeyen Hasta Grubunun Bilgi

Toplama Formundan Elde Edilen Bulguları

Tıbbi tanımlarını bilen ve bilmeyen olguların, kendi yanıtları değerlendirilerek oluşturulmuş olan atıf tipleri arasında fark saptanmamıştır. Tanılarını bilen grupla, bilmeyen grup arasında alternatif tedavi arayışları ile yapılan ki-kare analizinde ise anlamlı fark saptanmıştır. Tanısını bilen hastalar daha çok alternatif tedaviye başvurmuştur. Bulgular, değişkenler aynı olduğu için Tablo 9' la aynıdır.

3.5. Nedensel Atıflar Ölçeği

3.5.1. Nedensel Atıflar Ölçeğinin Faktör Analizi

Hastaların, nedensel atıf maddelerine verdikleri yanıtlar SPSS, Kaiser Normalization tekniği ile düzeltilmiş varimax, rotasyonlu faktör analizi tekniği ile incelenmiştir. Ölçeğin iç tutarlık analizi sonucunda Cronbach Alfa değeri 0.85, Spearman- Brown iki yarı güvenilirlik katsayısı .73 saptanmıştır. Ölçeğin iç tutarlığını bozan madde saptanmamıştır.

Analiz sonucunda; nedensel atıfların, toplam varyansın %70.6'sını açıklayan 10 faktöre ayrıldığı görülmüştür.

1. Faktör: “*Evlilik-Çekirdek Aile Çatışmaları*” olarak bulunmuş olup madde öz değeri 6.947’dir. Varyansın %22.04’ünü açıklamaktadır.

2. Faktör: “*Kişisel özellikler*”dir, madde öz değeri 2.380’dir ve varyansın %7.67’sini açıklamaktadır.

3. Faktör: “*Kişiler Arası Çatışmalar*” olarak bulunmuş olup, madde öz değeri 2.067’dir. Toplam varyansın %6.66’sını oluşturmaktadır.

4. Faktör: “*Çevre İle Çatışmalar*” diye bulunmuş olup, madde öz değeri 1.937’dir. Varyansın %6.24’ünü oluşturmaktadır.

5. Faktör: “*Anne/Baba/Kardeşlerle Çatışmalar ve Maddi Güçlükler*” olarak adlandırılmıştır. Madde öz değeri 1.841’dir. Varyansın %5.841’ini oluşturmaktadır.

6.Faktör: “*İrade Zayıflığı ve Hatalı Düşünceler*” olarak adlandırılmıştır. Madde öz değeri 1.811’dir. Toplam varyansın % 5.218’ünü oluşturmaktadır.

7. Faktör: “*Kötü Kader, Şans*” olarak bulunmuş olup, madde öz değeri 1.505’dir. Varyansın % 4.85’ini oluşturmaktadır.

8. Faktör: “*Değiştirilemez Kalıtsal Özellikler*” olarak bulunmuştur. Madde öz değeri 1.308’dir. Toplam varyansın %4.22’sini oluşturmaktadır.

9. faktör: “*İşe Atfedilen İçsel Nedenler*” olarak bulunmuş olup, madde öz değeri 1.200 ve varyans ağırlığı %3.87 olarak saptanmıştır.

10. Faktör: “*Kötü Beslenme*” olarak bulunmuş olup madde öz değeri 1.106’dır. Toplam varyansın %3.56’sını oluşturmaktadır.

Nedensel Atıflar ile ilgili faktör analizi sonuçları ve hangi soruları içerdiğine ilişkin bilgiler Tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11: Hastalığın Nedensel Atıf Faktörleri, Maddeler ve Faktör Ağırlıkları

Rahatsızlığımın ortaya çıkışında/ gelişmesinderol oynamıştır.*

MADDE	FAKTÖR AĞIRLIĞI
FAKTÖR 1: Evlilik ve çekirdek aile çatışmaları (Varyansın %22.408'i)	
20 ...benimle ilgisi olmayan sorunlar	.77
25 ...başkaları sorumludur	.65
30 ...son zamanlarda eşimle ve/veya çocuklarımla anlaşamamam	.82
31 ...eskiden beri eşimle ve/veya çocuklarımla anlaşamamam	.80
FAKTÖR 2: Kişisel özellikler (Varyansın %7.676'sı)	
2 ...geçici bir neden	.59
27 ...hep aşırı karamsar düşünmem	.71
28 ...kendimden her zaman çok şey beklemem ve mükemmel olma isteğim	.66
29 ...hislerimi hep içime atmam, kimseye belli etmemem	.72
FAKTÖR 3: Kişiler arası çatışmalar davranışa yönelik kendini suçlamalar (Varyansın %6.669'u)	
7 ...son zamanlarda arkadaşlarımla ilişkilerimin kötü olması	.80
9 ...yaşadığım çevre ile veya toplumla ilgili özellikler	.55
11 ...genelde insanlarla ilişkilerimin kötü olması	.71
FAKTÖR 4: Çevre ile çatışmalar (Varyansın %6.248'i)	
5 ...yaşadığım çevrenin gürültülü, kalabalık ve pis olması	.51
17 ...yakın arkadaşlarımla olmaması	.72
19 ...yaşadığım topluma uyamamam	.66
23 ...sağlığımın kötü olması	.47

MADDE	FAKTÖR AĞIRLIĞI
FAKTÖR 5: Anne/baba/ kardeşlerle çatışmalar ve maddi güçlükler (Varyansın %5.841'i)	
18 ...eskiden beri anne-baba veya kardeşlerimle anlaşamamam.....	.77
22 ...maddi imkansızlıklarım	.56
26 ...son zamanlarda anne-baba veya kardeşlerimle anlaşamamam	.90
FAKTÖR 6: İrade zayıflığı ve hatalı düşünceler (Varyansın %5.215'i)	
3 ...irademin zayıf oluşu	.80
12 ...benimle ilgili bir özellikten kaynaklanmıştır	.49
16 ...hatalı düşüncelerim	.62
FAKTÖR 7: Kötü kader ve şans (Varyansın %4.854'ü)	
1 ...kötü şansım	.75
6 ...benim elimde olmayan nedenler	.59
10 ...kötü kaderim	.70
FAKTÖR 8: Değiştirilemez kalıtsal özellikler (Varyansın %4.220'si)	
8 ...fiziki yapım	.59
13 ...ailemden bana geçen özellikler	.81
21 ...içinde yaşadığım belli bir duruma bağlıdır	.50
FAKTÖR 9: İşe atfedilen içsel nedenler (Varyansın %3.870'i)	
14 ...iş şartlarım	.43
15 ...hatalı davranışlarım ve/veya kötü alışkanlıklarım	.59
24 ...işimdeki huzursuzluk ve çatışmalar	.75
FAKTÖR 10: Kötü Beslenme Faktörü (Varyansın %3.566'sı)	
4 ...kötü beslenmem	.74

3.5.1.1. Faktör Analizlerini Kategorize Ederek Oluşturulan Atıf Biçimleri

Hastaların Nedensel Atıf Ölçeğinden elde edilen faktörler içsel, dışsal ve hem içsel hem de dışsal atıfta bulunanlar içsel-dışsal atıf biçimi diye adlandırılarak yeniden kategorize edilmiştir. Yalnız İçsel atıf faktörlerinin toplamından yüksek puan alan hasta sayısı, gruplandırmanın ardından en düşük yüzdeye sahip grup olarak bulunmuştur (n=15,%13.5). Dışsal atıf faktörlerinin toplamından yüksek puan alan hasta sayısı ise toplam hasta sayısının yarıya yakınına oluşturmaktadır (n=50,%45). İçsel ve dışsal atıf faktörlerinin toplamı eşit olan grup ise içsel-dışsal grup olarak adlandırılmıştır. İçsel-dışsal atıfta bulunan hasta sayısı n=46 ve toplam hasta sayısının %41.4'ünü oluşturmaktadır. Atıf tiplerinin, aralarında istatistiksel anlamda fark bulunmuştur. Bu farkı, içsel atıf yapan hastaların azlığı oluşturmaktadır (Z:2.80, P=0.00). Bulgular Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12: Faktör Analizlerini Kategorize ederek Oluşturulan Atıf Biçimleri

Atıf Biçimleri	N	%	p
İçsel	15	(13.5)	
Dışsal	50	(45.0)	
İçsel-Dışsal	46	(41.4)	
Toplam	111	(100)	0.00

3.5.2. Nedensel Atıflar Ölçeği Sonuçlarının Tüm Örneklem için Değerlendirilmesi

3.5.2.1. Atıflar ve Cinsiyet Değişkeninin Değerlendirilmesi

Atıf Ölçeği ile Sosyodemografik Veriler ve Bilgi Toplama Formunda bulunan sorulara alınan yanıtlar karşılaştırılmış, istatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar, tablo haline getirilmiştir.

Cinsiyet değişkeni ile yapılan analizde hastaların atıflarının, evlilik-çekirdek aile çatışmaları, kişisel özellikler, işe atfedilen içsel nedenler ve kötü beslenme faktöründe yoğunlaştığı saptanmıştır. Hastaların atıflarının, cinsiyetler açısından istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bulgular Tablo 13’de verilmiştir.

Tablo 13: Atıflar ve Cinsiyet Değişkeninin Değerlendirilmesi

	Cinsiyet		Z	p
	Erkek N=38	Kadın N=61		
Evlilik-Çekirdek Aile Çatışmaları	5.05±2.16	7.37±4.35	3.20	0.001
Kişisel özellikler	7.83±2.70	9.23±3.30	2.24	0.025
İşe atfedilen içsel nedenler	5.58±2.71	4.70±2.43	1.99	0.046
Kötü Beslenme Faktörü	2.06±1.27	1.61±1.13	2.04	0.041

3.5.2.2. Atıflar ve Gelir Düzeyleri Değişkeninin Değerlendirilmesi

Hastaların gelir düzeylerine göre Nedensel Atıflarına bakıldığında, dışsal, değiştirilemez nedenler faktörü ağırlık kazanmıştır. Araştırmaya katılan hastalar arasında gelir düzeylerine göre istatistiksel anlamda fark saptanmıştır. Bulgular Tablo 14’de sunulmuştur.

Tablo: 14: Atıflar ve Gelir Düzeyleri Değişkeninin Değerlendirilmesi

	Gelir Düzeyi				Df	P
	500 Ytl' den Az N=22	501-1000 Ytl arası N=45	1001-2000 Ytl arası N=32	2001 Ytl ve üzeri N=12		
Dışsal, değiştirilemez nedenler	5.13±2.55	3.95±1.96	3.46±1.10	4.66±3.17	3	0.042

Bilgi Toplama Formunda sorulan sorularla yapılan istatistiksel analizlerde hiçbir anlamlılık saptanmamıştır.

3.5.2.3. Atıf Faktörleri ve Kanseri Yerleşim Bölgelerinin Karşılaştırılması

Kanseri yerleşim yerine göre, Nedensel Atıflar Ölçeğinden, elde edilen veriler karşılaştırıldığında faktör ağırlığı meme hastalarında “*Evlilik ve Çekirdek Aile çatışmaları*” ve kolon-rektum hastalarında “*Değiştirilemez Kalıtsal Özellikler*” olarak bulunmuştur. Yapılan analiz sonucu kanser türleri ve atıf ölçeğinden elde edilen faktör ağırlıkları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Bulgular Tablo 15’de sunulmuştur.

Tablo 15: Atıf Faktörleri ve Kansere Yerleşim Bölgelerinin Karşılaştırılması

Faktör	Kanser Türü		df	p
Evlilik ve Çekirdek Aile çatışmaları	Baş- boyun	n=16	5.37±2.65	
	Kolon- rektum	n=6	7.50±3.50	
	Meme	n=34	7.50±4.27	
	Akciğer	n=10	7.30±5.39	
	Beyin	n=4	4.50±1.00	
	Yumuşak doku	n=4	5.00±2.00	
	Jinekolojik	n=15	6.40±3.81	
	Prostat	n=4	4.00±0.00	
	Diğer	n=6	5.50±3.67	
	*Total	n=99	6.48±3.83	
			8	0.050
Değiştirilemez Kalıtsal Özellikler	Baş- boyun	n=18	5.05±1.95	
	Kolon rektum	n=6	7.66±3.73	
	Meme	n=36	5.38±2.30	
	Akciğer	n=12	5.00±2.52	
	Beyin	n=6	3.50±.83	
	Yumuşak doku	n=6	3.50±.83	
	Jinekolojik	n=17	5.94±3.09	
	Prostat	n=4	4.75±3.50	
	Diğer	n=6	5.00±3.34	
	Total	n=111	5.25±2.57	
			8	0.038

3.5.2.4. Tıbbi Tanı Biliyor mu? Değişkeninin Atıf Faktörleri Açısından

Değerlendirilmesi

Tıbbi tanıları bilme durumlarına göre Nedensel Atıflar arasında yapılan faktör analizinde, faktör ağırlığı irade zayıflığı ve hatalı düşünceler ve işe atfedilen içsel nedenler olarak bulunmuştur. Tanılarını bilme veya bilmeme arasında atıflar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bulgular Tablo 16'da sunulmuştur.

Tablo 16: Tıbbi Tanı Biliyor mu? Değişkeninin Atıf Faktörleri Açısından Değerlendirilmesi

Faktör	Tıbbi Tanı Biliyor mu?		Z	P
	Biliyor N=70	Bilmiyor N=41		
İrade zayıflığı ve hatalı düşünceler	6.34±3.05	5.19±2.58	2.16	0.031
İşe atfedilen içsel nedenler	5.32±2.58	4.56±2.50	2.20	0.027

3.5.2.5. Alternatif Tedavi Kullanma Durumu ile Atıf Faktörlerinin Değerlendirilmesi

Bilgi toplama anketinde, “hastalığınızın sizce nedeni ne?” sorusuna verdikleri yanıtlar değerlendirilerek oluşturulan atıf tipleri ile Alternatif tedavi kullanan ve kullanmayan hastalar arasında fark saptanmadığı halde, aynı hastaların nedensel atıflar ölçeğinden elde edilen sonuçlarında ise farklılık saptanmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların Alternatif /Tamamlayıcı Tedavi kullanmalarıyla ilgili soruya verdikleri yanıtlarla Nedensel Atıflar arasında yapılan faktör analizinde, faktör ağırlığı “Evlilik-Çekirdek Aile Çatışmaları” olarak bulunmuştur.

Yapılan Analiz sonucu alternatif tedavi kullanan ve kullanmayan gruplar arasında nedensel atıflar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bu fark alternatif tedavi kullanan hastaların, kullanmayan hastalara göre daha çok Evlilik-Çekirdek Aile Çatışmaları faktöründe yoğunlaşmalarından kaynaklanmaktadır. Sonuçlar Tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17: Alternatif Tedavi Kullanma Durumu ile Atıf Faktörlerinin Değerlendirilmesi

Faktör	Alternatif Tedavi		Z	P
	Var N=37	Yok N=62		
Evlilik-Çekirdek Aile Çatışmaları	7.75±4.82	5.72±2.88	2.12	0.033

3.5.2.6. Faktör Analizlerini Kategorize Ederek Oluşturulan Atıf Biçimleri İle Atıf Tiplerinin İlişkisinin Değerlendirilmesi

Hastaların “Sizce hastalığınızın nedeni ne?” sorusuna verdikleri yanıtlara göre saptanan atıf tipleri ve Nedensel Atıf Ölçeğinden elde edilen faktör analizinin yeniden gruplandırılması ile saptanan atıfların birbirleriyle ilişkisine ki-kare ve kappa uyum analizi ile bakıldığında, içsel atıf yapan hastalar arasındaki tutarlılık, dışsal ve içsel-dışsal atıf yapan hastaların sonuçları arasındaki tutarlılığa göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bu sonuç, atıf tipleri ve Nedensel Atıf Ölçeğinden elde edilen faktör analizinin yeniden gruplandırılması ile saptanan atıfların aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmaktadır. Her iki atıf biçiminin birbirleriyle, aralarında ilişki olduğu halde uyum yoktur. Bulgular Tablo 18’da sunulmuştur.

Tablo 18: Faktör Analizlerini Kategorize Ederek Oluşturulan Atıf Biçimleri İle Atıf Tiplerinin İlişkisinin Değerlendirilmesi

		Atıf Ölçek Sonuçları								
		Ölçek içsel		Ölçek dışsal		Ölçek içsel-dışsal		Toplam		p
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Atıftipi	içsel	2	(5.6)	24	(66.7)	10	(27.8)	36 (100)		
	dışsal	9	(20.0)	18	(40.0)	18	(40.0)	45 (100)		
	içsel ve dışsal	3	(13.6)	5	(22.7)	14	(63.6)	22 (100)		
	atıf yok	1	(12.5)	3	(37.5)	4	(50.0)	8 (100)		
Toplam		15	(13.5)	50	(45.0)	4	(41.4)	111 (100)		0.029

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Bu araştırma yapılandırılmış bir atıf ölçeği kullanılarak, kanserde yapılan atıfların alternatif sağaltım seçenekleri üzerinde ki etkilerini araştıran ülkemizde yapılmış ilk çalışmadır. Literatür gözden geçirildiğinde kanser hastalarında atıf ölçeği ile yapılmış, yurtdışı ve yurtiçi çalışmalar mevcuttur. Fakat bu çalışmalar atıfların, hastalığa uyum, anksiyete, ve depresyonla, ilgisini inceleyen çalışmalardır (19, 37). Uygulanan çalışmaların atıflar ile ilgili sonuçları, atıf ölçeği sonuçlarının tartışıldığı başlıkta verilecektir.

4.1. Sosyodemografik Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde ayakta kemoterapi tedavisi uygulanan 94 hasta ile yapılan bir araştırmada, çalışmaya alınan hastaların, %6.4'ünün 20-34 yaş arası, %26.7'sinin 35-49 yaş arası, %42.5'inin 50-64 yaş arası, %20.2'sinin 65-79 yaş arası ve %4.3'ünün 80-94 yaş aralığında üzeri hastalardan oluştuğu saptanmıştır (38).

Aynı çalışmada, hastaların cinsiyet dağılımı, kadınlarda %66 ve erkeklerde %34 olarak bulunmuştur. İncelenen çalışmada hastaların eğitim durumları %31.9 ilkokul, %12.8 ortaokul, %19.1 lise ve %29.8 üniversite mezunu olarak bulunmuş olup meslek dağılımları da %35.1 ev hanımı, % 37.2 de emekli olarak saptanmıştır. Ayaktan kemoterapi alan hastalarla yapılmış olan çalışmada, en uzun süre yaşanan yerin %55.3 ile şehir olduğu ve %59.6'sının Emekli Sandığı hastası, diğer hastaların da tümünün sosyal güvenceli olduğu saptanmıştır. Hastaların gelir durumuna göre dağılımları da %67 ile gelir, gidere eşit olarak bildirilmiştir. Hastalık süreleri

%59.6'sının bir yıldan az ve kanser yerleşim yerleri de %38'nin Meme, %24'ünün Rektum-Kolon, %14'ünün Akciğer, %5'inin Rahim ve %19'unun da diğer kanserler olarak bulunmuştur (38).

Araştırmamızda da yaş aralıkları incelenen çalışma ile uyumlu bulunmuş, hasta sayısının 35-54 yaş arasında daha çok olduğu saptanmıştır. Bu veriler genel kanser istatistikleri ile de uyumludur (39). Cinsiyet, gelir durumu, eğitim, meslek, sosyal güvence, hastalık süresi ve kanserin yerleşim yeri değişkenlerinin dağılımı da yukarıda incelenen çalışmayla uyumludur.

4.2. Depresyon ve Umutsuzluk Puanlarının Tartışılması

4.2.1. Depresyon ve Umutsuzluk Puanlarının Sosyodemografik Verilerinin Tartışılması

Kanser hastalarında en sık görülen ruhsal sorun depresyondur. Yapılan çalışmalar kanser hastalarında depresyona %1-50 oranında rastlanabileceğini ortaya koymaktadır (40).

Hastaların cins, yaş, eğitim, yaşadığı yer, aile tipi, sosyal güvence ve gelir düzeyi gibi sosyodemografik özelliklerinin, depresyon ve umutsuzluk puanlarını belirlemede önemli olduğu vurgulanmıştır. Kadınların, eğitim süresi uzun olanların, şehir yaşamı sürdürenlerin ve gelir düzeyi düşük olanların depresyon ve umutsuzluk puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. (2)

Ersoy'un yaptığı çalışmada demografik verilerle, depresyon arasında ilişki saptanmamıştır. Cinsiyet, medeni durum, eğitim, yaş ve gelir düzeyleri değişkenlerinin hastaların depresyon puanlarını etkilemediği bulunmuştur (37).

Kanser hastalarında Majör depresyon ve cinsiyet arasındaki ilişki ile bu bulgular genel tıbbi duruma bağlı depresyonun cinsiyetlere eşit şekilde dağıldığı şeklindeki araştırma sonuçlarıyla uygunluk göstermektedir (41).

Araştırmamızda da sosyodemografik verilerin, depresyon ve umutsuzluk üzerinde hiç bir etkisi bulunmamıştır. Bu sonuçlar Elbi nin sonuçlarıyla uyumsuz, incelenen diğer literatürlerle uyumludur. Sonuçlar, çalışmanın “sosyal güvencesi olan, gelir düzeyi ve eğitimi yüksek, kent yaşamı sürdüren hastaların depresyon ve umutsuzluk ölçek puanları daha düşüktür” dediğimiz, birinci hipotezini doğrular biçimde çıkmamıştır.

4.2.2. Beck Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçek puanlarının Kanserlin Yerleşim Yeriyle ilişkisinin Tartışılması

Kanserin yerleşim yeriyle, Beck Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçek puanlarına bakıldığında ise kanser türleri arasında depresyon ve umutsuzluğun farklılaştığı gözlenmektedir. Bu farkı yaratan Kolon- Rektum kanserli hasta grubudur. Kolon-Rektum kanserli hastalarda her iki ölçeğin puanı da yüksek bulunmuştur. Kolorektal kanserli bu hastaların, görünürde bir organ ve işlev kaybı olmamalarına karşın umutsuzluk ve depresyon puanları yüksektir. Bu sonucu karşılaştırabileceğimiz bir literatür verisine ulaşamamıştır.

Kanserin yerleşim yeri ile ilgili elde ettiğimiz bu sonuç, kolorektal kanserlerin, diğer kanserlere oranla, halk arasında “ölümcül” atıfıyla karşılanmış olmasının bir ifadesi olabilir. Yine de bu bulguyu değerlendirebilmek için kolon ve rektum hastalarından oluşan örneklem sayımız azdır. Bu nedenle bu bulguyu yorumlamak doğru olmayacaktır.

4.2.3. Beck Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçek puanlarının Alternatif Tedaviler Üzerine Etkilerinin Tartışılması

Kanser Hastalarında Depresyon Tanısının İncelendiği Ersoy'un çalışmasında, Alternatif tedavi yöntemlerine başvurma ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki araştırılmış ve alternatif tedavi yöntemlerine başvuran hastaların Beck Depresyon Envanteri puanları , başvurmayanlarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur ($t = 2.63$; $p = .010$) (37).

Çalışmadan elde edilen sonuçlara baktığımızda, bulgularımızın incelenen çalışmayla uyumsuz olduğu görülmektedir. Alternatif tedavi kullanan ve kullanmayan hastaların Beck Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçek puanları birbirinden farklı değildir. Uygulanan tıbbi tedavilerden başka tedavi arayan hastaların depresyon yönünden farklı bulunmayışı, alternatif tedavi kullanmanın depresyonun belirleyicilerinden olmadığını göstermektedir.

4.2.4. Beck Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçek puanlarının Tıbbi Tanı Bilme ile ilişkisinin Tartışılması

Tanısını bilen hastalarla, tanısını bilmeyen hastaların Beck Depresyon ve Beck Umutsuzluk Ölçek puanlarına bakıldığında depresyon puanları arasında fark saptanmazken, umutsuzluk puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu sonuç kanser tanısını bilmek umutsuzluğu arttırır genel görüşünü destekler niteliktedir. Hastalığın sonuçlarının, uygulanan bütün tedavilere rağmen acılar içinde ölümle özdeşleştirilmesi yaygın inanıştır. Böyle bir inanın olduğu hastalığın, kendilerinde olduğunu bilmek, hastaların umut düzeylerini etkilemektedir. Araştırmanın sonuçları,

“tanısını bilen hastaların umutsuzluk ve depresyon puanları yüksektir”, görüşünü savunan üçüncü hipotezini, depresyon açısından doğrulamazken umutsuzluk açısından destekler niteliktedir.

4.3. Alternatif Tedavilerle ilgili Bulguların Tartışılması

4.3.1. Alternatif Tedavilerle Sosyodemografik Verilerin Tartışılması

Ceylan ve arkadaşlarının 305 olgu ile gerçekleştirilmiş olan kesitsel tipteki araştırmada kanser hastalarının alternatif ve tamamlayıcı tıp yöntemlerine başvurma sıklıkları ve ilişkili konular ortaya konmaya çalışılmıştır. Bu çalışmada, hastaların %60'dan fazlasının alternatif yöntemlerden en az birini kullandıkları tespit edilmiştir. Bu araştırma sonucunda, alternatif tedavi kullananlar ve kullanmayanlar arasında cinsiyetler, yaş grupları, yaşadıkları yer, medeni durumları, aylık gelirleri karşılaştırılmış ve aralarında fark bulunmamıştır. Yine aynı çalışmada hastaların eğitim durumları, aile tipleri ve meslekleri arasında alternatif tedavi kullananlarla kullanmayanlar arasında istatistiksel farklılık saptanmıştır (12).

Çalışmamızda alternatif tedavi kullanma oranı %39.6 olarak bulunmuştur. Sonuçlar, incelenen çalışma ile uyumsuz görünse de bu konuda yapılan diğer araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Eisenberg yaptığı araştırma sonunda alternatif tedavi kullanan hasta sayısını %42 olarak bildirmiştir (42). Ankara'da Gülhane Tıp Akademisi (GATA) ve Numune Hastanesine ayaktan ya da yatarak tedavi olmak için başvuran toplam 704 kanser hastası ile yaptıkları çalışmada bu oran %39.2 bulunmuştur. Bu çalışma görevli sosyal hizmet uzmanları tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. (12).

Araştırmamızda, alternatif tedavi kullananlar ve kullanmayanlar arasında sosyodemografik veriler incelendiğinde elde edilen sonuçlar, cinsiyet, yaş grubu, yaşanan yer, medeni durum, aylık gelir açısından Ceylan'ın çalışma sonuçları ile uyumlu, eğitim durumu, aile tipi ve meslek karşılaştırmaları ise uyumsuz bulunmuştur. Çalışmada, sözü edilen değişkenlerle, alternatif tedavi kullananlar ve kullanmayanlar arasında istatistiksel olarak hiçbir fark saptanmamıştır. Yaşı genç hastaların, daha çok alternatif yöntemlere başvurduğunu savunduğumuz araştırmanın ikinci hipotezi, bu sonuçlarla doğrulanmamıştır.

Yazılı basında ve televizyonda Alternatif Tedavilerle ilgili çok haber yapılması, bu haberlere büyük kitlelerin ulaşmasını sağlamaktadır. Bu nedenle sosyodemografik verilerin alternatif tedavi arayışında farklılık göstermemesi şaşırtıcı değildir.

4.3.2. Alternatif Tedavi Uygulayan Hastaların Kullandıkları Yöntemlerin Tartışılması

M.D. Anderson Cancer Center'da, 453 kanser hastasında gerçekleştirilen bir çalışmada kanser teşhisiyle takip edilen hastaların %99'unun alternatif ve tamamlayıcı tıp konusunda bilgi sahibi olduğu ve bunların %83'ünün bunlardan en az birisini denedikleri saptanmıştır. Bu kullanıcılardan %81'i ruhsal yöntemleri, %63'ü vitamin ve bitkileri ve %59'u fiziksel terapileri kullanmışlar. Söz konusu araştırmadaki kullanıcıların beklentileri: yaşam kalitesinde artış (%77), immün sistemlerini güçlendirme (%71), yaşam süresinde uzama (%63), şikayetlerde hafifleme (%44) ve tamamen tedavi olma (%38) şeklinde belirtilmiştir. Ankara'da Gülhane Tıp Akademisi (GATA) ve Numune Hastanesine ayaktan ya da

yatarak tedavi olmak için başvuran toplam 704 kanser hastası ile yapılan çalışmada alternatif tedavi kullanan hastaların %62.4'ünün (n=116) bitkisel tedavileri kullandıkları, %10.3'ünün (n=19) halk hekimlerine başvurdukları, %27.3'ünün (n=51) ise hem bitkisel tedavi kullandıkları hemde halk hekimlerine başvurdukları saptanmıştır. Hastaların bu tedavilerden beklentisi, %56.4 ile “tedaviye yardımcı olması, semptomların düzelmesi”, %26.9 ile “tam iyileşmenin sağlanması, hastalığın ilerlemesinin durması”, %1.1 ile “hastalığın nedeninin ortaya çıkarılması”, %0.5 ile “büyünün ortadan kaldırılması” ve %15.1 ile “beklentileri yok” olarak bulunmuştur. Uyguladıkları tedavinin sonuçları sorgulandığında da, %46.8'inin herhangi bir etki hissetmedikleri, %22'sinin çeşitli semptomların ortadan kalktığını hissettikleri, %14'ünün moral düzelmesi ve rahatlama hissettikleri, %17.2'sinin ise vücudun güçlendiğini hissettikleri sonuçlarına ulaşılmıştır (12).

Bizim çalışmamızda kullanılan alternatif tedavi yöntemlerini incelediğimizde, hastaların %75'inin bitkisel tedavileri, geri kalanlarının ise hayvansal tedavi, düşünce yöntemleri, bitki+hayvansal tedavileri birlikte kullandıkları saptanmıştır. Alternatif tedavileri uygulayan hastaların yarıya yakını uyguladıkları tedavinin “kansere iyi gelecek” diye, diğer yarısının da vücut direncini arttıracak diye, rahatlama ve maneviyat için ve kitle küçülecek diye kullandıkları bulunmuştur. Uyguladıkları tedavinin sonuçları sorulduğunda, hastaların %48'i “şimdilik bilmiyorum”, %43'ü “kendimi iyi hissediyorum, iyi geldi”, yalnız %9'undan ise “hiçbir değişiklik olmadı” yanıtları alınmıştır.

Çalışmanın sonuçları, M.D. Anderson Kanser Merkezinde yapılan çalışma sonuçları ile uyumlu değildir. Alternatif yöntem olarak kullanılan meditasyon, fiziksel terapiler toplumumuzun sosyo-kültürel yapısı ve gelir düzeyine henüz uygun değildir. Bu sonuç, hastalarımızın daha ucuz, bulması ve uygulaması daha kolay olan

bitkisel yöntemleri, yurtdışı çalışmalarda bulunan alternatif yöntemlerin yerine, daha çok tercih ettiklerini düşündürmüştür. Araştırma sonuçları, ülkemizde yapılan diğer çalışmaların sonuçları ile uyumludur. Bu da toplumsal özelliklerin farklılığını desteklemektedir.

Çalışmada Alternatif tedaviden, kansere iyi gelecek beklentisinin diğer çalışmalardan daha yüksek olduğu dikkat çekicidir. Araştırmaya katılan hastaların, hastalık sürelerinin bir yıldan az olması, hastalığın henüz başında olmaları nedeniyle uyguladıkları alternatif tedaviden daha yüksek beklentide olmalarını açıklamaktadır.

Uygulama sonrası nasıl oldukları ile ilgili verilerle, araştırma sonuçları karşılaştırıldığında tedavinin sonuçlarını, “şimdilik bilmiyorum” diyen hasta sayısı, bizim çalışmamızda alternatif tedavi kullanan hastaların yarıya yakını oluşturmaktadır. Bu sonuç GATA ve M.D. Anderson Kanser Merkezinde yapılan iki araştırmanın sonuçlarından daha yüksektir. Bunun nedeni olarak, hem hastalık sürelerinin kısa oluşu hem de alternatif tedavi uygulamaya yeni başlamış olmaları düşünülmektedir. Hastaların “şimdilik bilmiyorum” derken, uyguladıkları alternatif tedavilerden umut beklentilerinin yüksek olduğunu ifade etmekte olabilirler. Yine aynı soruya 19 hastanın “iyi geldi” ve yalnız dört hastanın “hiçbir değişiklik olmadı” demesi, diğer çalışma sonuçlarından daha yüksektir. Bu sonuçlar hastalarımızın uyguladıkları tedavilerine yeni başlamış olmaları ile açıklanabilir.

4.3.3. Alternatif Tedavi Uygulayan ve Uygulamayan Hastaların Bilgi Toplama Formundan Ve Ölçeklerden Elde Edilen Bulguların Tartışılması

Kanser hastalarına, tıbbi tanılarının söylenip söylenmemesi konusunda ne hastalar, ne hasta yakınları ne de hastanın tedavisini yürütmekte olan doktorlar ortak

düşüncede olmadıklarından, hastaların tanılarını bilip bilmemesi hala üzerinde tartışılan bir konu olmayı sürdürmektedir.

Elbi ve arkadaşlarının (1992) radyoterapi bölümünde psikiyatri konsültasyonu istenen kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada tanısını bilmeyenlerin oranı % 37 (2), Ege Üniversitesinde 83 kanser hastası ile yapılan çalışmada hastaların % 26.6'sının tanılarını bilmedikleri bulunmuştur (37).

Batı ülkelerinde giderek tanının söylenmesi yönündeki uygulamaların ağırlık kazandığı bilinmektedir. A.B.D.'inde doktorların %97'sinin, ölümcül tanının hastaya söylenmesi gerektiğini düşündükleri, %78'inin de ölümcül tanıyı hastalarına söyledikleri bulunmuştur (43).

Bizim araştırmamızda örneklemin yarısından çoğu tıbbi tanılarını bilen hastalardan oluşmuş olup, bu sonuç literatürle uyumludur.

Bu çalışmada Alternatif tedavi kullanan ve kullanmayan hastaların tıbbi tanılarını bilme durumlarına baktığımızda alternatif tedavi kullanan hastaların yarısının tanılarını bildiği, kullanmayanların ise yaklaşık %25'inin tanılarını bildiği tespit edilmiştir. Hastanın kanser tanısına sahip olduğunu bilmesi başka tedavi arayışlarına yönelten bir faktör olarak düşünülmüştür. Bu nedenle hastaların, Alternatif tedavi kullanmalarında tanılarını bilmeleri belirleyici görünmektedir. Bu sonuç araştırmanın dördüncü hipotezi olan "tanısını bilen hastalar alternatif tedavi arayışlarına daha çok başvururlar" görüşünü doğrulamaktadır.

Alternatif tedavi uygulayan ve uygulamayan gruplar arasında, bilgi toplama formunda hastalara "hastalığınızın sizce nedeni ne?" diye sorulan ve kanserle çalışan ekip tarafından değerlendirilerek, içsel, dışsal, içsel-dışsal ve atıf yok diye adlandırılan atıf tipleri karşılaştırıldığında elde edilen sonuçlar arasında fark

bulunmamıştır. Bu sonuç hastaların, hasta olma durumuna yaptıkları atıflarının alternatif tedavi uygulamalarını etkilemediğini düşündürmüştür.

Atıf ölçeği ile alternatif tedavi kullanma arasındaki karşılaştırma, nedensel atıf ölçeği başlığında tartışılacaktır.

Her hastaya uygulanan bilgi toplama anketi ve nedensel atıflar ölçeklerinden elde edilen sonuçlar birbiriyle uyumlu bulunmamıştır.

4.4. Tanılarını Bilen Hasta Grubuyla, Bilmeyen Hasta Grubunun Sosyodemografik Verilerinin Tartışılması

Çalışmaya alınan hastaların tıbbi tanılarına bilip bilmemelerine ilişkin verileri alternatif tedavilerin tartışmasında verilmiştir. Bu bölümde tanıyı bilme ile sosyodemografik veriler arasında ilişki tartışılacaktır.

Ülkemizde yapılan araştırmalarda, tanısını bilenler ve tanısını bilmeyenler arasında sosyodemografik verilerde fark bulunmamıştır (37). Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, hastalık süresi, gelir düzeyi ve sosyal güvenceleri, tanılarını bilme ya da tanılarını bilmeme açısından belirleyici bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan hastaların tanı bilme durumları ile sosyodemografik veriler arasındaki ilişki literatürle uyumludur. Hiçbir sosyodemografik değişkenle tanı bilme arasında bağ saptanmamıştır.

4.5. Nedensel Atıflar Ölçeği Sonuçlarının Tartışılması

4.5.1. Nedensel Atıflar Ölçeğine Uygulanan Faktör Analizi Sonuçlarının Tartışılması

Nedensel Atıflar Ölçeği kullanılarak, hastaların hastalıklarına yaptıkları nedensel atıflarını saptamak için yapılan çalışmalarda, ölçek sonuçlarının yedi-on faktöre ayrıldığı gözlenmektedir.

Karancı, Göğüs Cerrahisinde yatan 102 hasta ile yaptığı çalışmada, hastaların atıflarının, 10 nedensel faktöre ayrıldığını bulmuştur. Bunlar; anne-baba/kardeşlerle çatışmalar, eş/çocuk çatışmaları, kötü çevre ve iş şartları, maddi zorluklar ve genel sağlık sorunları, kötü talih ve kader, hatalı düşünceler, hatalı davranışlar ve kötü alışkanlıklar, iradesizlik, mükemmel olma isteği ve duyguları paylaşamama ve insanlarla kötü ilişkiler olarak adlandırılmıştır. Bu sonuçlarla, nedensel atıfların toplam varyansın %70.2'sini açıklamakta olduğu bulunmuştur (44).

Psikiyatrik rahatsızlığı olan, 100 hasta ile yapılan diğer bir çalışmada da hastaların nedensel atıflarının sekiz atıf faktörüne ayrıldığı görülmüştür. Bunlar; kötü kader ve anne/baba/kardeşlerle çatışmalar, kişisel çatışmalar, kişiler arası çatışmalar, iş sorunları, çevre ile çatışmalar, kontrol edilemeyen nedenler, koşulların değişmezliği, kötü şans ve eş/çocuk ile çatışmalar anlaşamama olarak isimlendirilmiştir. Analiz sonucunda nedensel atıfların, toplam varyansın %61.4'ünü açıklamakta olduğu bulunmuştur (45).

Araştırmamızda da hastaların nedensel atıflarının, yapılan faktör analizi sonunda toplam varyansın %70.6'sını açıklayan 10 faktöre ayrıldığı bulunmuştur. Elde edilen bu sonuç literatürle uyumludur.

Faktörlerin, varyans yüzdelerine göre sıralanışına baktığımızda incelenen çalışmalardan farklı olarak çalışmamızda “Evlilik ve Çekirdek Aile Çatışmalarının” birinci sırada olduğunu görmekteyiz. İncelenen çalışmada, kişisel çatışmalar ikinci sırada ve kişiler arası çatışmalar üçüncü sıradadır. Bu iki faktör, çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Şans faktörü bizim çalışmamızda sekizinci faktör iken incelenen çalışmada eş/çocuk çatışmalarıyla birlikte son faktörde yer almaktadır (45).

Karancı (1986), hastalık için yapılan nedensel atıflarla ilgili araştırmalarında hastalığın, çevresel ve dış etmenlere bağlanmasının uyum için olumsuz olduğunu, buna karşın hastalığın kişisel (iç) ve kontrol edilebilir etmenlere bağlanmasının ise hastalığın gidişi açısından olumlu olduğunu göstermişlerdir. Elde edilen bu bulgular, yeniden gözden geçirilmiş öğrenilmiş çaresizlik kuramı doğrultusundadır. Çalışmamızın bulguları, bu bilginin ışığında tartışılacaktır (44).

Hastalıklarda, Nedensel Atıfların, değerlendirilen grubun sosyodemografik verilerinin, tıbbi hastalıklarının ne ve hangi evrede olduğunu, ruhsal durumlarının nasıl olduğu ile doğrudan ilişkisi vardır. Bizim çalışmamızda birinci faktör olarak “Evlilik ve Çekirdek Aile Çatışmalarının” çıkmasının nedeni, çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun kadın olmasıdır.

Çalışma grubunun birinci faktörü “Evlilik ve Çekirdek Aile Çatışmaları” hastaların, hastalıklarına neden olarak dışsal atıflarda bulunduğunu göstermektedir. Atıf kuramında dışsal veya çevresel nedenler, içsel veya kişisel nedenlerin karşıtı olarak tasarlanmıştır.

Dışsal veya çevresel atıflar duruma uyum ile olumsuz ilişkilidir. Çalışmanın bu sonucu, hastaların yaptıkları atıf nedeniyle, hastalıkları ile yetersiz başa çıktıklarını, uyumda sorun yaşadıklarını düşündürmektedir.

Çalışmanın diğer faktörlerine genel olarak bakacak olursak, ikinci faktörde “kişisel çatışmalar” ve üçüncü faktörde” kişiler arası çatışmalar” ile hastaların kendilerini suçladıklarını ve böylece içsel atıfta bulduklarını görmekteyiz. İçsel atıfların, hastaların kontrol edebilme özelliği nedeniyle, duruma uyum ile olumlu ilişkisi olduğunu savunan araştırmacılar olduğu gibi, kişiliğe yönelik suçlamada bulunmanın, kişinin gelecekte de hastalığına ilişkin kontrolsüzlük düşünceleri taşıyacağı anlamına geldiğini ve umutsuzluğa yo açacağını belirten araştırmacılarda bulunmaktadır. Çalışmada saptanan bu iki faktörde, içsel olmakla birlikte kişisel çatışmalar bireyin karakteri ile ilgili değişmez, kişiler arası çatışmalar ise bireyin davranışlarına yönelik, değiştirilebilir özelliktedir. Kişiler arası çatışmalar davranışın değiştirilebilirliği nedeniyle bireyin gelecekle ilgili umutsuzluğa kapılmasına yol açmayabilir.

Çalışmada hastaların hastalıklarına yaptıkları atıflarda yalnız içsel atıf yapan hastaların azlığı, dışsal atıf ve içsel-dışsal atıf yapan hastaların çokluğu, atıf kuramına göre hastaların hastalıklarına uyumlarının ve hastalıkla başa çıkmalarının zor olduğu göstermektedir (24).

Faktör analizi sonuçları ile aralarında istatistiksel anlamda farklılık saptanan değişkenler aşağıda tartışılmıştır.

4.5.2. Faktör analizi sonuçları ve Sosyodemografik Verilerin Analiz Bulgularının Tartışılması

4.5.2.1. Cinsiyet değişkeni ile faktör analizi sonuçlarının tartışılması

Hastalığa yapılan nedensel atıflar yönünden sosyodemografik verilerden yalnız cinsiyet, gelir durumu, kanserin yerleşim yeri değişkenlerinin, yapılan analiz sonucunda

aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu görülmektedir. Bu sonuçlar uygun literatür bulunamadığı için karşılaştırılmadı, yalnızca bir araştırma bulgusu olarak verilmektedir.

Hastalığa yapılan Nedensel atıfların cinsiyetler arasında farklı olup olmadığına bakıldığında, kadın hastaların, “Evlilik-çekirdek aile çatışmaları ve “kişilik özellikleri” faktörlerine, erkek hastaların ise “İşe atfedilen içsel nedenler ve Kötü beslenme faktörüne” ağırlık verdiği saptanmıştır. Erkek hastaların iş faktörüne atıf yapması ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla uyumludur. (35,36,46)

Toplumumuzda kadınların ve erkeklerin ailede yüklendikleri roller düşünüldüğünde, kadınların, aile içi ilişkilerle daha ilgili olmaları, erkeklerin ise kendilerini, yaşamda maddi karşılayıcı olarak algılamaları ve daha çok iş yaşamında olmaları, bu faktörlerin cinsiyetler arasında farklılığına neden olmaktadır. Hastalık ortaya çıktığında rollerde gelişen olumsuzlukların, hastalığa yapılan atıflara yansımaları kaçınılmazdır. Araştırmada saptanan, hastalığa yapılan atıfların cinsiyetler arası farklılığı bu bilgileri doğrulamaktadır.

4.5.2.2. Gelir durumu ve faktör analizi sonuçlarının tartışılması

Hastaların gelir durumlarına göre, hastalıklarına yaptıkları nedensel atıflarının faktör analizi sonuçlarında “dışsal değiştirilmez faktöründe” farklılık saptanmıştır. Bu durum gelir düzeyi 500 YTL altındaki hasta grubundan kaynaklanmaktadır. Hastaların maddi yönden kendini güçsüz hissetmesi, hastalık nedeni olarak maddi imkansızlıklarını suçlaması yönünde gelişmiştir. Hastalıkla başa çıkmada değiştirilemez nedenler olan dışsal atıfların hastaların uyumunu güçleştirdiği ve umutsuzluklarını arttırdığı

düşünülürse, gelir düzeyi düşük olan hastaların, hastalıklarına yükledikleri nedensel atıflarının önemi artmaktadır. Hastalara uygulanan Beck depresyon ve Beck umutsuzluk ölçeği sonuçları hatırlanacak olursa, gelir düzeyi ile ölçek puanları arasında hiçbir fark bulunmadığı gerçeği atıf kuramının iddia ettiği dışsal atıfların hastalarda umutsuzluğu artırır görüşünü desteklememektedir (24).

4.5.2.3. Atıf Faktörleri ve Kanser Yerleşim Bölgelerinin Karşılaştırılması

Nedensel Atıflar Ölçeğinden, elde edilen verilere bakıldığında kanserin yerleşim yerine göre hastaların, hastalıklarına yaptıkları atıfların meme hastalarında “Evlilik ve Çekirdek Aile çatışmaları” ve kolon-rektum hastalarında “Değiştirilemez Kalıtsal Özellikler” olarak bulunduğu görülmektedir. Daha önce incelediğimiz cinsiyet değişkeninde kadınların “Evlilik ve Çekirdek Aile çatışmaları” na atıfta buldukları görülmüştür. Yine meme hastalarının aynı faktörü hastalıkları için suçlamaları önceki veriyi, kadın olma nedenini pekiştirmektedir.

Kolon rektum hastalarının dışsal değiştirilemez nedenlere atıfta bulunmaları, depresyon ve umutsuzluk ölçek puanlarının diğer kanser türlerine göre anlamlı şekilde yüksek olmasını atıf kuramına göre doğrulamaktadır.

4.5.2.4 Alternatif tedavi kullanma durumuyla faktör analizi sonuçlarının tartışılması

Hastalığa yapılan nedensel atıflara, alternatif tedavi kullanan ve alternatif tedavi kullanmayan hastaların yaptıkları atıfların faktör analizi sonucunda “ evlilik aile çatışmaları” faktöründe farklılık saptanmıştır. Bulgulara bakıldığında, alternatif tedavi

kullanan hastaların, alternatif tedavi kullanmayan hastalara göre evlilik aile çatışmaları faktörüne daha çok atıfta buldukları anlaşılmaktadır.

Dışsal değiştirilemez faktörlerden olan bu faktör, atıf kuramı çerçevesinde düşünüldüğünde çaresizlik ve umutsuzluk düzeyi artmış hastaların daha çok arayışta olduğunu düşündürmektedir. Bu durum, cinsiyet değişkeni ile yapılan faktör analizi sonucunda da benzer şekilde “evlilik aile çatışmaları” olarak farklı çıkmıştır. Bu durum kadın hastaların çok olmasına bağlı olabilir.

4.5.2.5. Tıbbi tanısını bilen hasta grubu ile bilmeye hasta grubunun faktör analizi Sonuçlarının tartışılması

Kanser tanısını bilmenin, hastaları alternatif tedavi kullanmaya, hastaların umutsuzluk puanının yükselmesi üzerinde etkili olduğu ilgili başlıkların tartışmasında saptanmıştır. Tanıyı bilmenin, hastaların hastalıklarına yaptıkları nedensel atıfları ne yöne götürdüğüne baktığımızda, bu hastaların daha çok içsel atıflar yaptıkları dikkat çekicidir. Çünkü, genel hasta atıfları, dışsal atıflarda yoğunluk kazanmaktadır. Bu farklılık, tanısını bilen ve bilmeyen hastalar arasında, tanıyı bilen hastaların, hastalıklarına içsel atıflarda bulunmasından kaynaklanmaktadır. Tanısını bilen hastaların irade zayıflıklarını, hatalı düşüncelerini, işlerindeki huzursuzluklarını ve iş koşullarını suçladıkları görülmektedir. İçsel atıfların, atıf kuramına göre değiştirilebilir ve hastalıkla baş etmede olumlu yanı göz önünü alındığında bu durumun hastaların yararına olduğu söylenebilir.

Fakat yine hastaların depresyon ve umutsuzluk puanlarına baktığımızda, tanısını bilen hastaların tanılarını bilmeyen hastalara göre umutsuzluk puanlarının daha yüksek olduğunu görmekteyiz. Bu durum hastaların atıf biçimleri ile ilişkilidir (24).

Tanısını bilen hastaların, atıf biçimlerine göre daha umutlu olması beklenirken, umutsuzluk puanlarının yüksek çıkmasını, kanser tanısının hala ölümle eş görüldüğü, tedavilerin zorlukları nedeniyle, hastaları umutsuzluk yönünde etkilemekte olduğunu düşündürmüştür.

4.5.2.6. Faktör Analizlerini Kategorize Ederek Oluşturulan Atıf Biçimleri İle Atıf Tiplerinin İlişkisinin Tartışılması

Çalışmada kullandığımız atıf ölçeği sonuçları, yukarıda tartışıldı. Fakat ölçeğin, bizim hastalarımız tarafından anlaşılabilir olması yönünde olumsuz önyargılarımız nedeniyle, ölçek verdiğimiz hastalara, yüz yüze görüşme sırasında “hastalığınızın sizce nedeni ne?” diye soru soruldu. Daha sonra bu yanıtlar veri toplama bölümünde anlatıldığı gibi gruplandırıldı ve bu veriye atıf tipi adı verildi. Bu sonuçların ölçek sonuçlarıyla karşılaştırılabilmesi için de, ölçekte saptanan faktörler benzer şekilde isimlendirildi ve bu veriye de atıf biçimi denildi.

İncelenen atıf çalışmalarında, hastalara ya açık uçlu soru sorularak ya da atıf ölçeği sonuçları değerlendirilerek nedensel atıflarının belirlendiği bilinmektedir. Bu yüzden yapılan analizin sonuçlarını karşılaştırma şansımız olmadı.

Her iki atıf birbiriyle karşılaştırıldığında, çıkan sonuç, içsel atıf yapan hastaların verilerinin tutarlılığı, diğer atıf tiplerine göre anlamlı biçimde düşük bulunmuştur. Atıf tiplerini belirlerken hastalarla yüz yüze görüşmenin bunda etkili

olduğu düşünölmüştür. Yüz yüze görüşmede hastalar daha genel, kabul gören nedenler sıralarken, kendi kendilerine yanıtladıkları ölçek sorularında bu çekinceyi göstermemişlerdir.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Çalışmada elde edilen veriler ışığında hastaların hastalıklarına yaptıkları nedensel atflara göre,

1. Çalışmaya katılan hastaların çoğunlukla dışsal atıf faktörlerini, hastalıklarının nedeni olarak gördüğü bulunmuştur. Hastaların hastalıklarına yaptıkları nedensel atflarda cinsiyetin, gelir durumunun, kanserlerinin türünün önemli olduğu anlaşılmıştır.

2. Atıf biçimlerinin, yapılan faktör analizi sonuçlarına göre, alternatif tedavi kullanımını etkilediği, alternatif tedavi kullanan hastaların, dışsal atflarda buldukları,ve tanısını bilen hastaların bilmeyen hastalara göre daha çok içsel atflarda buldukları yönünde fark yarattığı saptanmıştır.

3. Hastaların kendi yanıtları ile nedensel atflar ölçeği ile saptanan atfları arasında, içsel atflar yönünde farklılık çıkmıştır. Yüz yüze görüşmede hastaların nedensellik yönünden samimi görüşlerini söylemedikleri sonucuna varılmıştır.

4. Atıf kuramının ve yapılan çalışmaların aksine, çalışmanın sonunda içsel atıfta bulunan hastaların depresyon ve umutsuzluk ölçek puanları tanılarını bilme değişkeni ile incelendiğinde daha yüksek bulunmuştur.

Kanser hastalarının depresyon ve umutsuzlukları incelendiğinde;

1. Tanıyı bilmenin hastaların umutsuzluğuna neden olduğu,
2. Kanser türünün de depresyon ve umutsuzluk puanını belirlediği,

Alternatif tedavi kullanan hastaların da;

1. Alternatif tedavi kullanma ile sosyodemografik değişkenler arasında bir ilişki olmadığı,

2. Çalışmaya katılan hastaların tamamına yakınının bitkisel tedaviler kullandığı,

3. Tedaviden beklentilerinin kansere iyi gelecek diye olduğu,

4. Tanısını bilen hastaların %70'inin alternatif tedavi kullandığı sonucuna varılmıştır.

Araştırmanın hipotezlerinden,

3. hipotez ; Tıbbi tanısını bilen hastaların, Depresyon ve Umutsuzluk ölçek puanları daha yüksektir ve alternatif tedavilere daha çok başvururlar,

4. hipotez; Hastalığa, dışsal nedenlere atıfta bulunan hastalar, alternatif/tamamlayıcı tedavi arayışlarına daha çok başvurumaktadırlar.

5. hipotez; Kanserin yerleşim yeri, hastaların umut ve depresyon ölçek puanlarında, alternatif tedavi arayışlarında ve hastalıklarına yaptıkları nedensel atıflarında belirleyicidir.

Doğrulanmıştır.

5.2. Öneriler

Öneriler; Bundan sonra

1. Seçilecek örnekleme, cinsiyet dağılımının eşit olduğu, kanser türlerinin aynı olduğu, hastalık sürelerinin benzerliğine dikkat etmenin, nedensel atıfları belirlemede daha doğru olacağı söylenebilir.

2. Hasta çekincesinden dolayı, nedensel atıfları, açık uçlu soru yerine, hastaların kendi yanıtladığı ölçekle belirlemek daha doğru olabilir.

3. Alternatif tedavileri, kanser tanısını bilen hastaların, daha çok kullandığı göz önüne alınırsa, sağlık ekibinin alternatif tedaviler konusunda bilgilerini arttırmaları bu tedavileri tanımaları önem kazanmaktadır. Yapılan tıbbi tedaviler sırasında kullanılan alternatif tedavilerin yan etkileri ve uygulanan tıbbi tedavilerle olumsuz

etkileşimleri sağlık ekibini buna zorlamaktadır. Fakat sağlık ekibinin bu tedavilere olan olumsuz düşünceleri, hastaların bunları kullanmasına engel olamamakta, hatta anlatmalarını bile engellemektedir. Bu nedenlerle sağlık ekibinin, hastayı ön yargısız dinlemeleri, anlamaları, yardımcı olmaları, hastaları kullandıkları tedavileri anlatmaları yönünde, cesaret verici olmaları önemlidir.

4. Alternatif tedavi kullanmayı araştırmak için radyoterapi döneminin erken olduğu, metastatik veya nüks gelişen hastaların bu tedavilere daha çok başvurduğu düşünülerek, alternatif tedavileri araştırmak için hasta grubu oluştururken bunlara dikkat edilmelidir.

ÖZET

Kanserli Hastalarda Hastalığa Bağlı Atıflar Ve Alternatif Tedaviler

Bu çalışma kanser hastalarının, hastalıklarına yönelik nedensel atıflarını ve atıfların alternatif tedavi arayışlarını etkileyip etkilemediğini araştırmak için planlanmıştır. Kanser hastalarında nedensel atıflarla ilgili çalışmalar daha önce de yapıldığı halde, yapılan bu çalışmalarda alternatif tedavi kullanımı üzerindeki etkisi üzerinde durulmamıştır.

Araştırmanın örneklemini 111 değişik kanser yerleşimli hastadan oluşmuştur. E.Ü. T. Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Kliniğine Radyoterapi için gelen hastalara, Sosyodemografik Veri ve Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Nedensel Aftlar Ölçeği uygulanmıştır.

Hastaların % 70'inin kanser tanılarını bildikleri, tanısını bilen hastaların %77.3'ünün alternatif tedavi uyguladığı, uyguladıkları tedavilerin bitkisel ağırlıklı olduğu, hastaların hastalıklarına yaptıkları nedensel atıflarının dışsal atıflar olduğu bulunmuştur.

Çalışma sonunda, Atıf kuramına göre dışsal atıfta bulunan hastaların, uyum güçlüğü, umutsuzluk ve depresyon yönünde olumsuz etkisi olduğu sonucuna varılmamıştır. Aksine yalnız tanılarını bilen hastalar içsel atıflarda bulunmuşlar ve onların depresyon ve umutsuzluk puanları yüksek çıkmıştır.

Anahtar Sözcükler: Kanser, Atıf, Alternatif Tedaviler, Depresyon, Umutsuzluk

ABSTRACT

Attributions of Cancer Patients Related to Illness and Alternative Treatments

This study was planned to examine the causal attributions of cancer patients about their illness and to examine whether the causal attributions effect the search for alternative therapies. The effect of causal attributions on alternative therapies were not emphasized in the previous studies on causal attributions.

The sample of the study consisted of 111 cancer patients with different locations. Patients applying to Ege University Hospital Radiation Oncology Clinic were assessed with a sociodemographic form, Beck Depression Inventory, Beck Hopelessness Inventory and Casual Attributions Scale.

The results of the study indicated that 70% of the patients knew their cancer diagnosis, 77.3% of the patients among this group used alternative therapies, predominantly herbal therapies. The causal attributions to their illnesses were externalized.

Another result of the study was, external attributions did not show any impact on problems in adaptation, hopelessness and depression for patients in accordance with attribution theory. On the contrary, the patients who knew their diagnosis had internal attributions and their depression and hopelessness scores found to be high.

Key words: Canser, Attribution, Alternative Treatments, Depression, Hopelessness

YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Balım, E., Dilbaz, N., Bayam, G. ve ark. (1996–1997). Onkolojik Hastalarda Depresyon, Kaygı, Ümitsizlik Düzeylerinin Belirlenmesi, *Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi*, 235-242
2. Elbi, H., Özaydemir, G., Tamar, M., Saygılı, R., Haydaroğlu, A. (1991). Bir Grup Kanserli Hastada Psikososyal Sorunlar ve Yaklaşım. XVIIth Congress of the European Society for Medical Oncology. November 7-10, 1992, Lyon, France
3. Akdemir, N., Birol, L. (2003). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 1. Baskı, Vehbi Koç Vakfı, İstanbul
4. Kübler-Ross E. (1969). On Death and Dying. Mcmillan Inc., New York
5. Fisher P, Ward A.(1994). Complementary and alternative medicine (CAM), *Complementary Medicine in Europe BMJ*, 309: 107-10.
6. Baytop, T. (1999). Türkiye’de Bitkiler ile Tedavi, İkinci Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd.Şti
7. Stanway, Andrew. (1992). Alternatif Tıp El Kitabı. İnsan Yayınları, İstanbul
8. Gürün, S.M. (2004). Bitkisel Tıp, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Farmakoloji A.B.D, *Ankem Dergisi*, 18(2), 133-136
9. Ernst, E., White, A.R. Acupuncture For Back Pain (1998). A Metaanalysis of Randomized Controlled Trials. *Arch Intern Med*, 158:2235-2241
10. Astin, J.A., Harkness, E., Ernst, E. (2000). The Efficacy of Distant Healing: A Systematic Review of Randomized Trials. *Ann Intern Med*, 132: 903-910
11. Jacobson, J.S., Workman, S.B., Kronenberg, F. (2000). Research on Complementary/ Alternative Medicine for Patieents with Breast Cancer; A Review of The Biomedical Literature. *J Clin Oncol*, 18: 668-683

12. Işıkhan, V. ve ark. “Kanser Hastalarının Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumu” Antalya-Kemer, 23-27 Nisan 2003 XV. Ulusal Kanser Kongresi
13. Han, R. (1994) Highlight on the Studies of Anticancer Drugs Derived from Plants in China. *Stem Cells Daytime*, 12(1): 53-63
14. Lerner, I.J. (1984) The Whys of Cancer Quackery. *Cance*,; 53: 815-9
15. Burke, C., Macnish, S., Saunders, J., Galini, A., Warne, I., Downing, J. (1994). The Development of a Message Service for Cancer Patients. *Clinical Oncology R-Coll- Radiology*. 8(6):381-4
16. Bilgin, N. (1987). Sosyal Psikolojiye Giriş, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını, İzmir
17. Leblebici, Ç. (1991). Günlük Hayat Olaylarına İlişkin Atıfların İncelenmesi, Doktora Tezi, E.Ü. Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
18. Gökmen,B. (1988). Kelley'in Küp Modeli,Yükleme Kuramları Açısından ANOVA modelinin Test Edilmesi, Lisans Tezi, E.Ü.Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü , Sosyal Psikoloji ABD. 1 - 12
19. Michela, J.L., Wood, J.V. (1985). Causal Attributions in Health and Illness, *Advanges in Cognitive-Behavioral Research and Therapy*, 5: 179-235
20. Karancı, N.A. (1988). Patterns of Depression in Medical Patients and Their Relationship with Causal Attributions for Illness, *Psychotherapy and Psychosomatic*, 50: 207-215
21. Alloy, L.B. (1982). The Role Perceptions and Attributions for Response Outcome Noncontingency in Learned Helplessness: Acommentary and Discussion, *Journal of Personality*, 50(4): 443 - 479

22. Peterson, C., Seligman, M.E.P. (1987). Explanatory Style and Illness, *Journal of Personality*, 55(2): 237-263
23. Hovardaoğlu, S. (1990) Görev Farkının Öğrenilmiş Çaresizliğe Etkileri, V. Ulusal Psikoloji Kongresi, İzmir, 14 Eylül-16 Eylül E.Ü. Edebiyat Fakültesi Yayını
24. Peterson, C., Seligman, M.E.P. (1984). Causal Explanations as a Risk Factor for Depression: Theory and Evidence, *Psychological Review*, 91(3): 347-374
25. Papatya, L. (1987). Depresif Kişilerin Kendilerine ve Önem Verdikleri Bir Kişiye İlişkin Yüklemeleri, Yüksek Lisans Tezi, H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü
26. K. J., Larson, L. M. (1992). Attributional Style in the Reformulated Learned Helplessness Model of Depression: Cognitive Processes and Measurement Implications, *Cognitive Therapy and Research*, 16(16): 83-94
27. Aydın, G. (1988). Üniversite Öğrencilerinde Depresyon, Açıklama Biçimi ve Akademik Başarı İlişkisi, *Psikoloji Dergisi*, 6(22): 6-13
28. Aydın, O., Aydın, G. (1989). Açıklama Biçimi Modelinin Normal ve Depresif Deneklerde Sınanması, *Psikoloji Dergisi*, 7(23): 48 -57
29. Goodwin, F. K., Jamison, K.R. (1990). Medication Compliance, Manic-Depressive Illness, Oxford University Press, New York
30. King, J. (1983). Attribution Theory and the Health Belief Model, Attribution Theory Social and Functional Extensions, Ed. M. Hewstone, Oxford-England: Publisher Limited
31. Bruder-Matson, S.F., Hovanitz, C.A. (1990). Coping and Attributional Styles as Predictors of Depression, *Journal of Clinical Psychology*, 46(5): 557-565
32. Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği Güvenirliği, *Psikoloji Dergisi*, 7(23): 3-13

33. Bayram, M. (2001). Kronik Opstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Umutsuzluk e Umutsuzluğun Özbakım Gücüne Etkisinin İncelenmesi. E.Ü. Sağlık Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi
34. Derebaşı, I.(1996). Beck Umutsuzluk Ölçeğinin E.Ü. Öğrencileri Üzerinde Geliştirilmesi. E.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Anabilim dalı Yüksek Lisans Tezi
35. Karancı, N.A. (1993). Causal Attributions for Illness Among Turkish Psychiatric Out- Patients and Differences Between Diagnostic Groups, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28: 292-295
36. Şengül, N. (1993) Nevrotik, Psikotik ve Affektif Hastaların ve Psikiyatrik Hasta Yakınlarının, Hastalığın Nedenlerini Algılama Boyutları Üzerine Bir Çalışma. Yüksek Lisans Tezi, E. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü
37. Ersoy, M.A. (1999). Kanser Hastalarında Depresyon Tanısının İncelenmesi. Uzmanlık Tezi, E.Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri A.B.D. Bornova
38. Öz, B. (2007). Kanser Tedavisi Gören Hastalarda Bitkisel Tedavi Kullanma Nedenlerinin ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Hemşirelik Lisans Programı Mezuniyet Tezi, Bornova
39. Haydaroğlu. A., Özsaran, Z. (2005). Ege Üniversitesi Kanser İstatistikleri, E.Ü. Kanserle Savaş, Araştırma ve Uygulama Merkezi, Yayın No:5, İzmir
40. Katon, W. (1984). Depression: Relationship to Somatization and Chronic Medical Illness, *J Clin Psychiatry*, 45: 4-11
41. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, (1994). Fourth Edition. Washington DC
42. Eisenberg, D. R., Davis, S.LL., Ettner, S., Appel, S. (1998).Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997: A Follow-up National Survey, *Journal of the American Medical Association*, 280(18): 1569-1575

43. Levy, N.B. (1988). Fatal Illness: What Should the Patient be Told? The Charles Press Publ, Philadelphia
44. Karancı, N. (1988). Pattern of Depression in Medical Patients and Their Relationship with Causal Attributions for Illness, *Psychotter Psychosom*, 50:207-215
45. Demirtaş, S. (1995). Bipolar Bozukluğu Olan Tedaviye Uyumlu ve Uyumsuz Hastaların Hastalıklarına İlişkin Atıfları ve Sosyal Destek Sistemleri Açısından İncelenmesi, E. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi. İzmir,
46. Seyfioğlu, U., Ertürk, N., Çalışkan, Z. (1998). Attributional Styles of Women with Breast and Gynecological Cancers, Uluslararası II.Balkan Onkoloji Kongresi, Kuşadası

EK 1

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY FORMU

Bu araştırma, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Sağlık Danışmanlığı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülen “Radyoterapi Alan Hastalarda Hastalığa Bağlı Atıflar ve Alternatif Tedaviler” isimli bir tez çalışmasıdır. Çalışmanın amacı, E.Ü.T.F. Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalına tedavi amacıyla gelen hastaların alternatif tedavi arayışlarını etkileyen değişkenleri araştırmaktır.

Bu amaçla, hastalarla görüşmeci yüz yüze görüşerek sosyodemografik veri formunu dolduracaktır. Ardından hastalardan Beck Depresyon Ölçeğini ve Atıf ölçeğini doldurmaları istenecektir. Görüşme ve bu formların doldurulması yaklaşık 45 dakika sürmektedir. Çalışmaya katılanların **ismi kesinlikle gizli tutulacak**, ancak bilgiler ve bulgular kullanılabilir.

“Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu çalışmaya katılmam durumunda isminin kesinlikle gizli tutulacağı konusunda Yüksek Hemşire Deniz Tankişi tarafından bilgilendirildim. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum. Bu bilgilendirme formunun bir örneği bana verilmiştir.

Bu çalışmanın sonuçlarının bilimsel olarak yayınlanmasında benim haklarım açısından herhangi bir sakınca yoktur. Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ediyorum.”

Gönüllü

İsim: _____

Adres/Telefon: _____

Tarih: _____

İmza:

Açıklamaları Yapan

İsim: Yük.Hemşire Deniz Tankişi

Tarih: _____

İmza:

EK 2

SOSYODEMOGROFİK VERİ VE BİLGİ FORMU

Tarih / /

Ad soyad :

Adres ve tel :

1. Cinsiyet:

Erkek: () Kadın: ()

2. Yaş:

3. Medeni Durum:

Bekar ()

Evli ()

Boşanmış ()

Dul ()

4. Mesleğiniz (yaptığınız işi yazınız)

5. Eğitim durumunuz:

İlkokul mezunu ()

Ortaokul mezunu ()

Lise mezunu ()

Üniversite mezunu ()

Okuryazar değil ()

6. Sahip olduğunuz sosyal güvence:

Emekli Sandığı ()

SSK ()

Bağ-Kur ()

Özel sandık/ Özel sigorta ()

Yeşil Kart ()

7. Hanenizin aylık geliri:

<500 ()

501-1000 ()

1001-2000 ()

2000+ ()

8. Yaşamınızın en uzun süresini nerede geçirdiniz? (köy, kasaba, şehir...)

9. Aile tipiniz: Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

Geniş aile ()

Çekirdek aile ()

Parçalanmış aile ()

10. Anneniz yaşıyor mu? Evet () Hayır ()

Annenizin eğitimi

Annenizin mesleği

11. Babanız yaşıyor mu? Evet () Hayır ()
Babanızın eğitimi.....
Babanızın mesleği.....
12. Kaç kardeşiniz var?.....
13. Evli olanlar için:
Kaç yıldır evlisiniz.....
Eşinizin mesleği.....
Eşinizin eğitim durumu.....
Kaç çocuğunuz var.....
14. Hastaneye kendi isteğiniz ile mi geldiniz? Evet () Hayır ()
15. Ne kadar zamandır rahatsız olduğunuzu (hafta, ay, yıl olarak) belirtiniz.....
16. Hastalığınız nedir?.....
17. Sizce hastalığınızın nedeni nedir?.....
.....
.....
18. Uygulanan tedaviler nelerdir?.....
19. Bu tedaviler dışında kendiniz başka tedaviler uyguluyor musunuz?
Evet () Hayır ()
20. Uyguladığınız tedaviler neler?.....
.....
.....
21. Kim önerdi?.....
22. Ne zaman başladınız?.....
23. Ne kadar zamandır kullanıyorsunuz?.....
24. Bu tedaviler sizce neye iyi geliyor?.....
25. İyi geldi mi?.....

EK 3

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

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 olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (x) işareti koyunuz.

1. (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(b) Kendimi üzgün hissediyorum.
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (a) Gelecekte umutsuz değilim.
(b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum.
(b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
(d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
(b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
(d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. (a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
(b) Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
(c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. (a) Kendimden hoşnudum.
(b) Kendimden pek hoşnut değilim.
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(d) Kendimden nefret ediyorum.
8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapamam.
(c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
(d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
10. (a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
(c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
(d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.

11. (a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
(b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
(c) Çoğu zaman sinirliyim.
(d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(d) Diğer insanlara karşı ilgim hiç kalmadı.
13. (a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
(b) Şu sıralar kararlarımı vermeyi erteliyorum.
(c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
(b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyor ve üzülüyorum.
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
(c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(d) Hiçbir iş yapamıyorum.
16. (a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
(b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
(c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
(d) Öyle yorgunum ki hiç bir şey yapamıyorum.
18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
(d) Artık hiç iştahım yok.
19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
(b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
(c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
(d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim
20. (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
(c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
(d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık hiçbir şey düşünemiyorum.
21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
(c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
(d) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı

EK 4

BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size uygun ise “Evet”, uygun değil ise “Hayır” ifadesinin altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz.

	Sizin için uygun mu?	
	EVET	HAYIR
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağıma inanıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi umuyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sizin için uygun mu?

EVET

HAYIR

14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.
15. Geleceğe büyük inancım var.
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.
20. İstedğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.

EK 5

ATIF ÖLÇEĞİ

Aşağıda rahatsızlığınızın ortaya çıkışı üzerindeki düşüncelerinizi yansıtabilecek bazı

cümleler verilmiştir. Sizden istenilen, her cümleyi dikkatle okuduktan sonra o cümlede size uygunluk derecesini verilen yanıt kategorilerinden yalnız birini seçerek ve işaretleyerek belirtmenizdir. Yanıtlarınızı çarpı işareti (X) ile belirtiniz.

	Hiç uygun <u>değil</u>	Biraz <u>uygun</u>	Ne uygun ne uygun <u>değil</u>	Ne uygun Oldukça <u>uygun</u>	Çok <u>uygun</u>
1. Rahatsızlığımın gelişmesinde kötü şansım rol oynamıştır.	()	()	()	()	()
2. Rahatsızlığımın geçici bir nedene bağlıdır.	()	()	()	()	()
3. Rahatsızlığımın ortaya çıkışında irademın zayıf oluşu rol oynamıştır.	()	()	()	()	()
4. Rahatsızlığımın ortaya çıkışında kötü beslenmem rol oynamıştır.	()	()	()	()	()
5. Rahatsızlığımın gelişmesinde yaşadığım çevrenin gürültülü kalabalık, pis olması gibi özellikler rol oynamıştır.	()	()	()	()	()
6. Rahatsızlığım benim elimde olmayan <u>dış nedenlere</u> bağlıdır.	()	()	()	()	()
7. Rahatsızlığımın ortaya çıkışında son zamanlarda arkadaşlarımla ilişkilerimin kötü olması rol oynamıştır.	()	()	()	()	()
8. Rahatsızlığımın gelişmesinde fiziki yapım rol oynamıştır.	()	()	()	()	()
9. Rahatsızlığımın ortaya çıkışında yaşadığım çevre veya toplum ile ilgili bir özellik rol oynamıştır.	()	()	()	()	()
10. Rahatsızlığımın ortaya çıkışında kötü kaderim rol oynamıştır.	()	()	()	()	()

	Hiç uygun <u>değil</u>	Biraz <u>uygun</u>	Ne uygun ne uygun <u>değil</u>	Oldukça <u>uygun</u>	Çok <u>uygun</u>
11. Rahatsızlığımın ortaya çıkışında genelde insanlarla kötü ilişkilerim olması rol oynamıştır. ()	()	()	()	()	()
12. Rahatsızlığım benim ile ilgili bir özellikten kaynaklanmıştır. ()	()	()	()	()	()
13. Rahatsızlığımın ortaya çıkışında ailemden bana geçen fiziki özellikler rol oynamıştır. ()	()	()	()	()	()
14. Rahatsızlığımın gelişmesinde iş şartlarım rol oynamıştır. ()	()	()	()	()	()
15. Rahatsızlığımın ortaya çıkışında hatalı davranışlarım ve/veya kötü alışkanlıklarım rol oynamıştır. ()	()	()	()	()	()
16. Rahatsızlığımın ortaya çıkışında hatalı düşüncelerim rol oynamıştır. ()	()	()	()	()	()
17. Yakın arkadaşlarımla olmaması ve veya kendimi yalnız hissetmem rahatsızlığımın gelişmesinde rol oynamıştır. ()	()	()	()	()	()
18. Rahatsızlığımın ortaya çıkışında eskiden beri anne, baba veya kardeşlerimle anlaşamamamız rol oynamıştır. ()	()	()	()	()	()
19. Rahatsızlığımın gelişmesinde yaşadığım topluma, uyamamam rol oynamıştır. ()	()	()	()	()	()
20. Rahatsızlığımın ortaya çıkışında benimle ilgisi olmayan ailevi sorunlar rol oynamıştır. ()	()	()	()	()	()
21. Rahatsızlığımın içinde yaşadığım belirli bir duruma bağlıdır. ()	()	()	()	()	()
22. Rahatsızlığımın ortaya çıkışında maddi imkansızlıklarım rol oynamıştır. ()	()	()	()	()	()
23. Rahatsızlığımın ortaya çıkışında sağlığımın kötü olması rol oynamıştır. ()	()	()	()	()	()

	Hiç uygun değil	Biraz uygun	Ne uygun ne uygun değil	Oldukça uygun	Çok uygun
24. Rahatsızlığımın ortaya çıkışında işimdeki huzursuzluk ve çatışmalar rol oynamıştır. ()	()	()	()	()	()
25. Rahatsızlığımın ortaya çıkışından başkaları sorumludur. ()	()	()	()	()	()
26. Rahatsızlığımın ortaya çıkışında son zamanlarda anne, baba veya kardeşlerimle ilişkilerimin kötü olması rol oynamıştır. ()	()	()	()	()	()
27. Rahatsızlığımın gelişmesinde hep aşırı karamsar düşünmem rol oynamıştır. ()	()	()	()	()	()
28. Rahatsızlığımın ortaya çıkışında kendimden her zaman çok şey beklemem ve mükemmel olma isteğim rol oynamıştır. ()	()	()	()	()	()
29. Rahatsızlığımın ortaya çıkışında hislerimi hep içime atmam ve kimseye belli etmemem rol oynamıştır. ()	()	()	()	()	()
<u>Lütfen yalnız EVLİ olanlar aşağıdaki soruyu yanıtlasın.</u>					
30. Rahatsızlığımın gelişmesinde son zamanlarda eşimle ve/veya çocuklarımla anlaşamamız rol oynamıştır. ()	()	()	()	()	()
31. Rahatsızlığımın ortaya çıkışında eskiden beri eşimle ve/veya çocuklarımla anlaşamamız rol oynamıştır. ()	()	()	()	()	()

Sizce bu soru formundaki sorular açık ve anlaşılır mıydı?.....

ÖZGEÇMİŞ

Deniz TANKIŞI

Doğum yılı ve yeri: 07.03.1962 – Akdağmadeni

Medeni durumu: Evli, bir çocuklu

Eğitim:

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Sağlık Danışmanlığı Yüksek Lisans Programı 2003 – 2007

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu 1980-1984

İzmir Kız Lisesi 1973-1979

Diğer eğitimler:

Kalp Damar Cerrahisi Hemşireliği, dört ay teorik ve bir ay Hacettepe Üniversitesi'nde pratik eğitimi.

İş deneyimi:

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kanser Araştırma ve Uygulama Merkezi kadrosunda, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, 1998 – halen devam etmekte

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, 1985 – 1998

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Kliniği, 1984- 1985