

**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK BİLİM DALI**

**KANSER HASTALARINDA HASTALIK ALGISI, KİŞİLİK
ÖZELLİKLERİ VE STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

HAVVA BURCU AYDIN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEMMUZ, 2019

MUĞLA

T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
REHBERLİK VE PSİKOLOJK DANIŞMANLIK BİLİM DALI

KANSER HASTALARINDA HASTALIK ALGISI, KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE
STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

HAVVA BURCU AYDIN

Eğitim Bilimleri Enstitüsünce

“Yüksek Lisans”

Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Sözlü Savunma Tarihi: 02/07/2019

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Öner ÇELİKKALELİ

Jüri Üyesi: Doç. Dr. Raşit AVCI

Jüri Üyesi: Dr. Öğr. Üy. Sezai DEMİR

Enstitü Müdürü: Prof. Dr. Ayşe Rezan ÇEÇEN EROĞUL

TEMMUZ, 2019

TUTANAK

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü'nün 24/05/2019 tarih ve 289/6 sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin (24/7 veya 38/8) maddesine göre, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi HAVVA BURCU AYDIN'ın "Kanser Hastalarında Hastalık Algısı, Kişilik Özellikleri ve Stresle Baş Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı tezini incelemiş ve aday 02/07/2019 tarihinde saat 13.00'da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra 60.. dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin **kabul** edildiğine *oy. belgisi...* ile karar verilmiştir.

Doç. Dr. Öner ÇELİKKALELİ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Raşit AVCI

Üye

Dr. Öğr. Üy. Sezai DEMİR

Üye

ETİK BEYANI

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanan “Kanser Hastalarında Hastalık Algısı, Kişilik Özellikleri ve Stresle Baş Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında;

- Tez içinde sunulan veriler, bilgiler ve dokümanların akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde edildiğini,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçların bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunulduğunu,
- Tez çalışmasında yararlanılan eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterildiğini,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapılmadığını,
- Bu tezde sunulan çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 02 / 03 / 2019

Havva Burcu AYDIN

Bu tezde kullanılan ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge, şekil ve fotoğrafların kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu'ndaki hükümlere tabidir.

ÖZET

KANSER HASTALARINDA HASTALIK ALGISI, KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Havva Burcu AYDIN

Yüksek Lisans Tezi, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Öner ÇELİKKALELİ

Temmuz, 2019, 110 sayfa

Bu çalışmada kanser hastalarında hastalık algısı, kişilik özellikleri ve stresle baş çıkma tarzları arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmada ilk olarak kanser hastalarının hastalık algısı ile kişilik ve stresle baş çıkma tarzları arasındaki ilişki incelenmiştir. Bunun yanında kişilik ve stresle baş çıkma tarzlarının hastalık algısını yordayıp yordamadığına bakılmıştır. Son olarak cinsiyete, eğitim seviyesine, ekonomik durumuna, kanser evresine ve uygulanan tedavi yöntemine göre hastalık algısının farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Araştırma var olan durumu ortaya koymayı amaçlayan betimsel bir çalışmadır.

Araştırmanın çalışma grubu, 2017-2018 yılında Antalya Medical Park Hastanesi Medical Onkoloji bölümünde tedavi gören 94'ü kadın 69'i erkek 162 kanser hastasından oluşmaktadır. Araştırma da kanser hastalarının hastalık algılarını ölçmek üzere 'Hastalık Algısı Ölçeği', kişilik özelliklerini belirleyebilmek için 'Beş Faktör Kişilik Envanteri' ve stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek için 'Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği' kullanılmıştır. Ayrıca araştırmacı tarafından katılımcılarla ilgili kişisel bilgilere ulaşabilmek "Demografik Bilgi Formu" geliştirilmiştir.

Verilerin analizinde SPSS 23 programlarından yararlanılmıştır. Hastalık algısı, kişilik ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi belirleyebilmek için Pearson Momentler Korelasyon Katsayısı; kişilik ve stresle başa çıkma tarzlarının hastalık algısını yordayıp yordamadığını belirleyebilmek için Aşamalı Çoklu Regresyon Analizi kullanılmıştır. Cinsiyet, eğitim düzeyi, ekonomik durum, kanser evresi ve uygulanan tedaviye göre hastalık algısının farklılaşıp farklılaşmadığını test edebilmek için, ikili grup karşılaştırmalarında bağımsız gruplar için t-Testi; üç ve daha fazla gruptan oluşan karşılaştırmalar için ANOVA kullanılmıştır. Çoklu grup karşılaştırmalarında ortaya çıkan farkın kaynağı post hoc testlerden Tukey ile incelenmiştir. Araştırmada hata payı üst sınırı .05 olarak kabul edilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre hastalık algısının "süre (akut/döngüsel)" boyutunu dışadönüklük kişilik tipi yordarken, sonuçlar alt boyutunu pasif başa çıkma tarzları yordamaktadır. Sırasıyla pasif başa çıkma tarzları ve aktif başa çıkma tarzları "tedavi kontrolü" üzerinde önemli etkisi olan değişkenlerdir. Hastalık algısının "hastalığı anlama" boyutu üzerinde pasif başa çıkma tarzlarından sonra özdisiplin kişilik tipi değişkeninin önemli etkisi

olduğu görülmektedir. Hastalık algısının “süre döngüsel” ve “duygusal temsiller” alt boyutunu açıklayan değişkenler sırasıyla pasif başa çıkma tarzları ve aktif başa çıkma tarzlarıdır. “Kişisel kontrol” üzerinde pasif başa çıkma tarzlarının önemli ekili olduğu görülmektedir. Hastalık algısının sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşmasına ilişkin bulgular incelendiğinde, cinsiyete göre hastalık algısı alt leklerinin farklılaşmadığı bulunmuştur. Sosyo-ekonomik duruma göre hastalığı anlama alt leği puanları farklılaşırken, eğitim düzeyine göre hastalığı anlama ve süre (döngüsel) alt boyutları puanları farklılaşmaktadır. Son olarak hastalık evresine göre, süre(akut/kronik) ve tedavi kontrolü, uygulanan tedaviye göre süre alt boyutları ve tedavi kontrolü puanları anlamlı bir biçimde farklılaşmaktadır.

Araştırmanın sonuçları ilgili alan yazın ışığında tartışılmış ve önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kanser, psikoloji, psiko-onkoloji, hastalık algısı, kişilik, başaçıkma



ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEPTION OF DISEASE, PERSONALITY TRAITS AND COPE WITH IN CANCER PATIENTS

Havva Burcu AYDIN

Master Thesis, Department of Education Sciences

Supervisor: Assoc. Prof. Öner ÇELİKALELİ

July, 2019, 110 pages

In this study, the relationship between illness perception, personality traits and coping styles in cancer patients were examined. Firstly in the study, the relationship between illness perception, and personality, and coping styles of cancer patients were examined. In addition to this, it was investigated whether personality and coping styles predicted illness perception. Finally, it was examined whether illness perception differs according to gender, education level, economic status, grade of cancer and applied treatment methods. This research is a descriptive study, which aims to reveal the existing situation. The sample of the study consisted of 162 cancer patients, out of which 94 are female and 69 are male, who were treated in the Medical Oncology Department of Antalya Medical Park Hospital in 2017-2018. In the study, ‘the Illness Perception Questionnaire’ was used in order to measure the illness perceptions of cancer patients, ‘the Big Five Personality Inventory’ was used to determine their personality traits, and ‘Coping Style Scale’ was used to determine their stress coping styles. In addition, ‘Demographic Information Form’ was developed by the researcher to gather personal information about the participants.

SPSS 23 software was used to analyze the data. Pearson’s Moment Correlation Coefficient was used to determine the relationship between illness perception, personality and coping styles, and Stepwise Multiple Regression Analysis was used to determine whether personality and stress coping styles predict illness perception. In order to test whether illness perception differs according to gender, education level, economic status, grade of cancer and applied treatment, t-test was used for independent groups in two-group comparisons; and ANOVA was used for comparisons of three and more groups. The source of the difference emerging in multiple group comparisons was examined by the Tukey test, which is one of the post hoc tests. The maximum margin of error was chosen as .05.

According to the results of the analysis, the “timeline (acute/circular)” dimension of the illness perception was predicted by the extrovert personality type, while the consequences

sub-dimension was predicted by passive coping styles. Passive coping styles and active coping styles, in this order, were two of the most important variables that have significant effects on “treatment control”. After passive coping styles, the conscientiousness personality type variable had the most significant effect on the “illness coherence” dimension of the illness perception. The variables that predict the “timeline (circular)” and “emotional representations” of the illness perception sub-dimensions are passive coping styles, and secondly, active coping styles. It is seen that passive coping styles have a significant effect on “personal control”. When the factors related to whether illness perception differs according to socio-demographic were examined, no meaningful difference in illness perception sub-dimensions according to gender was found. While the sub-scale scores for illness coherence differ based on socio-economic status; sub-scale scores for illness coherence and duration (circular) vary according to education levels. Lastly, scores for timeline (acute/chronic) and treatment control differ based on the grade of the disease and scores for treatment control and timeline (circular, acute/chronic) differ meaningfully based on the applied treatment.

The results of the study were discussed in light of the literature and suggestions were made.

Keywords: Cancer, psychology, psycho-oncology, illness perception, personality, coping

ÖNSÖZ

Araştırmamın her aşamasına her zaman yardım ve desteklerini esirgemeyen, sabırla bekleyen ve ilgilenen, danışmanım Doç. Dr. Öner ÇELİKKALELİ'ye, motivasyonumu hep yüksek tutan ve bana inanan, çalışmamın her aşamasında destek olan değerli hocam ve çalışma arkadaşım Prof. Dr Hakan BOZCUK'a, veri toplama aşamasında yardımlarını esirgemeyen Medical Onkoloji Polikliniği koordinatörü Meliha SAATÇİ'ye, ve Medical Park Hastanesi onkoloji ekibine, çalışmaya katılım sağlayarak destek veren ve sabırla sorularıma cevap veren değerli onkoloji hastalarına, bu süreçte kahrımı çeken, çalışmam için her türlü olanağı sağlayan aileme ve kuzenime, bu uzun süreçte bana destek olan sevgili eşime sonsuz şükran ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Gelişiyile motivasyonumu sağlayan can oğlum Atila'ya ithaf ediyorum.



İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
ÖNSÖZ	ix
TABLolar DİZİNİ.....	xiii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xiv
EKLER DİZİNİ	xv

BÖLÜM I GİRİŞ

1.1. Çalışmanın Amacı.....	4
1.2. Araştırmanın Önemi.....	4
1.3. Araştırmanın Problem Cümlesi.....	6
1.4. Araştırmanın Alt Problemleri.....	6
1.5. Araştırmanın Sayıltıları.....	7
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	7
1.7. Tanımlar.....	8

BÖLÜM II KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Kanser Tanımı.....	9
2.1.1. Kanser Tedavisinde Uygulanan Yöntemler.....	10
2.1.2. Kansere Verilen Psikolojik Tepkiler.....	11
2.2. Hastalık Algısı.....	12
2.3. Kişilik.....	14
2.3.1. Kişiliğin Tanımı.....	14
2.3.2. Kişilik Gelişimini Etkileyen Faktörler.....	16
2.3.3. Kişilik Kuramları.....	18
2.3.3.1 -Psikanalitik kuram.....	18
2.3.3.2. Fenemolojik yaklaşım: Birey merkezli kuram.....	22
2.3.3.3 Davranışçı yaklaşım.....	23

2.3.3.4. <i>Bilişsel yaklaşım</i>	24
2.3.3.5 <i>Biyolojik yaklaşım</i>	25
2.3.3.6. <i>Özellik kuramı: Beş faktör modeli</i>	26
2.4. Stres.....	28
2.4.1. Stresin Tanımı ve Tarihçesi.....	28
2.4.2. Stresin Kaynakları.....	29
2.4.3. Stresin Bedensel Boyutu.....	31
2.4.4. Stresin Psikolojik Boyutu.....	31
2.4.5. Stresin Kuramsal Boyutu.....	32
2.4.6 Stres ve Başa Çıkma.....	33
2.4.6.1 <i>Başa çıkma stratejileri</i>	34
2.4.6.2. <i>Kanserle başa çıkma</i>	37
2.5. Kanser Hastalarında Hastalık Algısı, Kişilik ve Stresle Başa Çıkma İle İlgili Yurt İçinde Yapılmış Çalışmalar.....	38
2.8. Kanser Hastalarında Hastalık Algısı, Kişilik ve Stresle Başa Çıkma İle İlgili Yurt Dışında Yapılmış Çalışmalar.....	41

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli ve Deseni.....	45
3.2. Çalışma Grubu.....	45
3.3. Veri Toplama Araçları.....	46
3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	46
3.3.2. Hastalık Algısı Ölçeği.....	47
3.3.3. Beş Faktör Kişilik Envanteri.....	48
3.3.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği.....	48
3.4. Verilerin Toplanması.....	49
3.5. Verilerin Analizi.....	49

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. Kanser Hastalarının Hastalık Algıları, Kişilik Özellikleri ve Stresle Başa Çıkma Biçimleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular.....	50
---	----

4.2. Kanser Hastalarının Kişilik Özellikleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Hastalık Algılarını Yordayıp Yordamadığına İlişkin Bulgular.....	52
4.3. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı Ölçeği Puanlarının Cinsiyete Göre t Testi Sonuçları.....	54
4.4. Eğitim Düzeyine Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algılarının Farklılaşp Farklılaşmadığına İlişkin Bulgular.....	55
4.5. Ekonomik Duruma Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algılarının Farklılaşp Farklılaşmadığına İlişkin Bulgular	56
4.6 Kanser Evresine Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algılarının Farklılaşp Farklılaşmadığına İlişkin Bulgular	57
4.7. Uygulanan Tedaviye Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algılarının Farklılaşp Farklılaşmadığına İlişkin Bulgular	59

BÖLÜM V

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Kanser Hastalarının Hastalık Algıları, Kişilik Özellikleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Tartışılıp Yorumlanması.....	61
5.2. Cinsiyetlerine Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algılarının Farklılaşp Farklılaşmadığına Yönelik Bulguların Tartışılıp Yorumlanması.....	66
5.3. Eğitim Düzeylerine Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algılarının Farklılaşp Farklılaşmadığına Yönelik Bulguların Tartışılıp Yorumlanması.....	67
5.4 Ekonomik Durumlarına Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algılarının Farklılaşp Farklılaşmadığına Yönelik Bulguların Tartışılıp Yorumlanması.....	67
5.5. Hastalık Evresine Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algılarının Farklılaşp Farklılaşmadığına Yönelik Bulguların Tartışılıp Yorumlanması.....	68
5.6. Uygulanan Tedaviye Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algılarının Farklılaşp Farklılaşmadığına Yönelik Bulguların Tartışılıp Yorumlanması.....	69
5.7. Sonuç.....	70
5.8. Öneriler.....	71
KAYNAKÇA.....	72
EKLER.....	90
ÖZGEÇMİŞ	95

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Ölüm Nedenlerinin Dağılımı.....	10
Tablo 2. Türkiye ve ABD’de Değişik Yaşam Olaylarının Ağırlıklı Puanları.....	30
Tablo 3. Çalışmaya Grubunu Oluşturan Kanser Hastalarının Demografik Değişkenlerine İlişkin Betimsel Bulgular.....	46
Tablo 4. Kanser Hastalarının Hastalık Algıları, Kişilik Özellikleri ve Stresle Başaçıkma Tarzları Arasındaki İlişkiler.....	50
Tablo 5. Kanser Hastalarının Kişilik Özellikleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Hastalık Algılarını Yordanmasına İlişkin Aşamalı Çoklu Regresyon Analizi Sonuçlar.....	52
Tablo 6. Hastalık Algısı Puanlarının Cinsiyete Göre t Testi Sonuçları.....	54
Tablo 7. Eğitim Düzeyine Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algılarının Farklılaşmasına İlişkin Betimsel Bulgular ve Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları	55
Tablo 8. Ekonomik Duruma Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algılarının Farklılaşmasına İlişkin Betimsel Bulgular ve Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları ...	57
Tablo 9. Kanser Evresine Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algılarının Farklılaşmasına İlişkin Betimsel Bulgular ve Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	58
Tablo 10. Tedaviye Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algılarının Farklılaşmasına İlişkin Betimsel Bulgular ve Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	59

KISALTMALAR DİZİNİ

- HAÖ** : Hastalık Algısı Ölçeği
BFM : Beş Faktör Kişilik Modeli
BFI : Beş Faktör Envanteri
SBTÖ : Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği



EKLER DİZİNİ

Ek 1. Ölçme Araçları.....	90
Ek 1.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	90
Ek 1.2. Hastalık Algısı Ölçeği.....	91
Ek 1.3. Beş Faktör Kişilik Envanteri.....	93
Ek 1.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği.....	94
Ek 2. Etik Kurul Onam Formu	96



BÖLÜM I

GİRİŞ

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

Tıp ve teknoloji alanlarındaki olağanüstü ilerlemelere rağmen kanser hastalığı günümüzde dünya genelindeki en önemli sağlık sorunlarından biri olmaya devam etmektedir (Bektaş, 2005). Günümüzde pek çok gelişmiş ülkede ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almakta olan kanser, dünyadaki tüm ölümlerin %12'sinin nedenini oluşturmaktadır (Kutluk ve Kars, 1996). Daha da önemlisi, kanserden dolayı yaşanabilecek ölümlerin 2030'lu yıllarda ilk sıraya yerleşebileceği öngörülmektedir. Türkiye'de ise önemli bir ölüm nedeni olarak kanser, dolaşım sistemi hastalıklarından sonra %20'lik oran ile ikinci sırada yer almaktadır ve ülkemizde yılda ortalama 175.000'ten fazla hastaya kanser tanısı konmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015).

Kanser hastalığının bu kadar yaygın olarak görülmeye başlamasıyla birlikte çoğu kişinin hayatında önemli ve olumsuz bir deneyim olmaya başlamıştır. Bundan dolayı kanser gibi ölümlerle sonuçlanabilen hastalıklar, insanlar için yaşamsal bir tehdit oluşturmakta ve kaygıya sebep olmaktadır (Kozier, Erb ve Blais, 1994). Ayrıca, kanser belirsizlikler içeren, ağır ve acılı bir ölüm düşüncesi, suçluluk, yalnız kalma, korku ve panik orataya çıkaran bir hastalık olarak da algılanabilmektedir. Dolayısıyla bireyin hastalığın nasıl algılandığı da en az hastalığın kendisi kadar önem kazanabilmektedir (Özkan ve Turgay, 1992). Bireyler hastalıkla ilgili geçmiş tecrübeleri, bilgileri, değerleri, inançları ve

ihtiyaçları ışığında hastalıklarını açıklamaya çalışmaktadırlar. Üstelik aynı hastalığa yakalanmış bireylerin hastalığın belirtilerine yönelik algıları farklılık gösterebileceği gibi sağlık çalışanlarının da hastalığın belirtilerine yönelik algıları da farklılık gösterebilmektedir. Bu nedenle her bireyin hastalık algısı kendi içinde değerlendirilmelidir (Petrie ve Weinman, 2006).

Hastalık algısı, kişilerin hastalık tanısı almalarından itibaren tedavi sonlanana kadar geçen süreçte yaşadıkları deneyimler, başa çıkma becerileri ve psikopatoloji üzerinde doğrudan etkisi olabilen bir faktördür. Kişinin olayları nasıl algıladığı sadece psikolojik ve fizyolojik durumunu değil, aynı zamanda yaşam kalitesini ve hastalığın seyrini de etkileyebilmektedir (Armay, 2006). Kayır (2014), kişilerin sağlık ve hastalık ile ilgili algılarının, hastalıklarla ilgili gerçeklerden daha çok etkilediğini ifade etmektedir. Kanser hastası bireylerin hastalığa ilişkin düşünceleri ve hastalığı nasıl anlamlandırdığı, onların ortaya koydukları duygusal ve davranışsal tepkilerinde, başa çıkma becerilerinde, psikososyal zorlanma ve psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır (Armay, 2006; Kayır, 2014).

Hastalık algısı üzerinde etkisi olan önemli faktörlerden biri de bireylerin farklı durumlara verdiği tutarlı tepkiler olarak tanımlanan kişiliktir (Erciş ve Deniz, 2008). Hastaların çoğu tek bir kişilik tipine sahip değildirler. Aksine, farklı kişilik tiplerine özgü özelliklere sahiptirler. Ayrıca Arkar'a (2004) göre; algılamak, düşünmek, hissetmek ve bunları amaca yönelik davranışlara dönüştürmek, kişiliğin temel işlevleri olarak ifade edilmektedir. Diğer taraftan, kişilik bireylerin sahip olduğu birçok potansiyel yaşam tarzından yalnızca bir tanesini gözler önüne seren karmaşık ve eşsiz bir sistemdir ve davranışın birçok bileşeninde, kişileri birbirinden önemli ölçüde ayırmaktadır (Okumuşoğlu, 2014). Bunun sonucu olarak da bireyler kişiliklerine göre tepkilerde bulunmakta ve çevrelerine kişiliklerine özgü bir biçimde uyum sağlamaya çalışmaktadırlar (Kulaksızıoğlu, 2000). Kaplan ve Sadock'a (1998) göre ise kişilik, bireye ait kalıcı özellikler tanımlanmaktadır. Bireylerin kalıcı özellikleri, i dünyasına ve dış dünyaya uyum sağlamak için bilişsel süzgeçten geçerek geliştirdiği duygu, düşünce ve davranış örüntülerini içermektedir. Bu rntler, stres içeren bir durum karşısında gösterilen duygusal tepkiler, savunma mekanizmaları ve başa çıkma tarzlarıdır (Kaplan ve Sadock, 1998). Dolayısıyla hastalar da diğer birçok insanda olduğu gibi farklı kişilik özellikleri göstermekte, kişilik özelliklerine göre hastalığa anlam yüklemekte, uyum sağlamakta ve başa çıkma yöntemleri geliştirmektedir (Kocaman, 2008).

Kanser hastalığı, tüm toplumlarda felaketleştirmeye açık yorumlara neden olmakta, çaresizlik ve korku duyguları uyandırmaktadır. Aynı hastalık farklı kişilerde farklı biçimlerde algılanabildiği için farklı sonuçlara neden olabilmektedir. Diğer bir ifadeyle, kişiler hastalığı kendi yaşantıları çerçevesinde anlamlandırır, yüklediği anlamlara göre hastalıkla ilgili farklı deneyimler yaşarlar ve farklı başa çıkma yöntemleri kullanırlar (Elbi Mete, 2001; Kayır, 2014; Özkan, 2007).

Kanser hastalığı kaçınılmaz olarak önemli bir stres kaynağı oluşturmaktadır. Hastalık algısı bireylerin sahip olduğu kişilik özelliklerinden etkilendiği gibi karşılaştığı bu önemli stresör ile nasıl başa çıktığından da etkilenmektedir. Başa çıkma, birey tarafından tehdit olarak algılanan olay veya durum karşısında bireyin belli içsel ve dışsal kaynaklarını zorlayarak iyi olmak için gösterdiği bilişsel ve davranışsal çabalarıdır (Lazarus ve Folkman, 1986) Kanser tanısı alan bireylerde hastalığın yarattığı stresli olan bu durum karşısında gösterilen tepkiler veya gerçekleştirilen eylemler kanserle başa çıkma davranışını oluştururlar (Kayır, 2014).

Kanser tanısı almış bireyler, yaşamlarını tehdit eden bu problem karşısında sıklıkla kendi baş etme kaynaklarını kullanmaktadırlar. Bu açıdan kanser hastalarının tedavi süresince yaşam kalitelerini yüksek tutabilmek için stresle olumlu bir biçimde baş etmelerini sağlamaya çalışmak önemlidir. Kanser hastalarının tedavi süresince yaşam kalitelerinin düştüğü, kendilerini, duygularını ifade etme güçlükleri yaşadıklarını, stresle baş edemediklerinde sağlık çalışanları ve yakınları ile çatışmalar yaşayabildikleri görülmektedir (Armay, 2006). Yaşam kalitesini yüksek tutmak için hastalığın yarattığı stresle baş ederek tedaviye uyum sağlaması gerekmektedir. Stresin derecesi, hastalığın doğasından ve ciddiyetinden daha çok hastanın hastalığı nasıl algıladığıyla ilgilidir (Kocaman, 2008). Diğer bir ifadeyle, kişilerin stres düzeyleri ve stresle başa çıkma biçimleri ile kişilik özellikleri onların hastalığı nasıl algıladıklarını etkilemektedir (Ateşçi ve diğerleri. 2003; Kayır, 2014).

Bu araştırmalar sonucunda hastalık algısını kanser hastalarında yaşam kalitesini belirleyen önemli bir değişken olduğunu göstermiştir (Kocaman, 2008; Demir Doğan, Tosun ve Duran Tek, 2018; Akyıldız, Elboğa, Elboğa ve Şahin, 2019). Türkiye’de kanser hastaları ile yapılan çalışmaların yetersizliğinden dolayı araştırmalardan elde edilen bulguların ne ölçüde genellenebilir olduğunu ortaya koymak için başka çalışmaların yapılmasına gereksinim duyulmaktadır. Ayrıca yurt içinde ve yurt dışında yapılan araştırmalarda kişilik ve stresle başa çıkma tarzlarının hastalık algısı üzerine etkisi ele

alınmamıştır. Dolayısıyla bu çalışmanın alan yazınına bu anlamda katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.1. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın genel amacı, kanser hastalarının kişilik özellikleri ve stresle başa çıkma biçimlerinin, hastalık algılarının yordayıp yordamadığını ortaya koymak ve hastalık algısının demografik değişkenlere göre (cinsiyet, eğitim düzeyi, ekonomik durum, kanser evresi ve uygulanan kanser tedavisi) farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemektir.

1.2. Araştırmanın Önemi

Günümüzde kanser tanısı alan hasta sayısının artmasıyla beraber psiko-onkoloji alanında yapılan çalışmalar dünya genelinde önem kazanmaktadır. Özkan'a (2007) göre, kanser hastaları için ölümlerle sonuçlanan bir hastalıkla savaşıyor olması beraberinde depresyonu, kaygıyı getirmektedir (Özkan, 2007). Kanser hastasına psikolojik müdahalede bulunmadan önce hastalığı nasıl algıladığı ile ilgili bilgi sahibi olmak gerekmektedir. Literatür incelendiğinde kanser hastalarında hastalık algısı ele alınarak yapılan müdahalenin, hastaların stres, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik tepkilerini azalttığı görülmektedir (Dönmez, 2016; McCroy ve diğerleri, 2009; Petrie, Cameron, Ellis, Buick ve Weinman, 2002)

Hastalık algısı ve hastalık sonucu arasındaki ilişkinin incelendiği alan yazına göre içsel kontrol algısı yüksek olan kişilerde hastalığın gidişi daha iyi olduğu görülmektedir (Kocaman, 2008). Hastalık algılarının daha derin bir şekilde anlaşılması, hastanın sağlık sonuçlarının yönetilmesinde ve değerlendirilmesinde çok faydalı olduğu kanıtlanmıştır. Kapsamlı yarı yapılandırılmış görüşmeler, açık uçlu anket incelemeleri ve faktör analitik çalışmalar, hastalık temsillerinin çok boyutlu olduğunu ve hastalıklar arasında ortak bir içeriğe sahip olduğunu ortaya koymuştur (Figueiras ve Alves, 2007).

Kansere yüklenen toplumsal ve bireysel anlamı; hastanın kişilik yapısı, hastalığın psikolojik etkileri ve hastalığın şiddeti belirlemektedir (Kendilci, 2015). Literatürde bazı kişilik tiplerinin duygularını engelleme eğilimi ile ilişkili olduğunu ve bu kişilik tiplerinin

hastalık gelişimini destekleyebileceği belirtilmiştir (Bozo, Yılmaz ve Tathan, 2012). Literatürde kişilikle ilgili birçok araştırma yapılmıştır ancak kansere yönelik çalışmalar az sayıdadır. Kansere ilgili yapılan çalışmalar kanser risk etmenlerinden biri olan stres üzerine yoğunlaşmıştır. Psikolojik sıkıntıların ve stresin vücudun T lenfosit üretimini azaltarak bağışıklık sistemini zayıflattığı öne sürülmektedir. Bağışıklık sisteminin zayıflaması ise, enfeksiyon hastalıklarına ve kansere yakanlanma sıklığını artırmaktadır (Bilge ve Olcay Çam, 2008)

Draset, Lindström ve Underlid (2010) yaptıkları çalışmaya göre, kanser hastalarında depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunlar, hastalık ile baş edememe sonucunda ortaya çıkmakta ve hastanın uyumunun bozulduğunun güçlü kanıtı olarak görülmektedir. Kansere yaşantısına uyum, hastanın kansere ilişkin algısı, hastalıkla ilgili geçmiş deneyimleri, uygulanan tedavinin yaşam kalitesine olan etkisi gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (Babaoğlu Akdeniz, 2012). Dolayısıyla bireyler kanser tanısı almalarıyla beraber, yaşamlarını tehdit eden problem karşısında sıklıkla kendi baş etme kaynaklarını kullanabilir. Hastalarının tedaviye uyum sağlamaları ve hastalığı yarattığı stresle başa çıkabilmek için sağlıklı yöntemler geliştirebilmeleri için içinde buldukları durumu kabul etmeleri gerekmektedir. Hastaların içinde bulunduğu kabul edip sağlıklı başa çıkma yöntemleri geliştirmeye başladığında tedaviye uyumu da olumlu yönde etkilenecektir (Kayış, 2009). Kansere hastalarını anlayabilmek, kişilik özelliklerini belirlemek, hastalık hakkındaki algılarını değerlendirmek ve onların hastalığın yarattığı stresle başa çıkma tutumlarını incelemek, hastaların yanlış inançlarının düzeltilmesine ve daha etkili başa çıkma davranışları geliştirilmesine yardımcı olabilmek adına önemlidir (Kayır, 2014). Kansere hastalarının tedavi süresince yaşam kalitelerini yüksek tutabilmek için stresle olumlu bir biçimde baş etmelerini sağlamaya çalışmak önemlidir. Kansere hastalığı tanısı almış bir bireyin stres altındayken başvurduğu başa çıkma becerilerini bilmek; tedavi hedeflerinin belirlenmesinde ve terapötik etkinliğin gözlemlenmesinde yardımcı olacaktır.

Zamanlarının her anı kıymetli olan kansere hastalarının yaşam kalitelerini yüksek tutulması önemlidir. Yaşam kalitesinin yüksek olması için bireyin psikososyal bütünlük açısından sağlıklı olması beklenir. Kendini iyi hisseden bireylerin uygulanan zorlu tedaviye de uyum sağlamaları kolaylaşacaktır. Tüm bunlar göz önüne alındığında kansere hastaları gibi özel bir hasta grubunda oluşan ve oluşabilecek psikolojik sorunları daha iyi anlamak, kontrol etmek ve tedavi etmek açısından hastalık algısını etkileyen faktörlerin

ortaya konulması gerekmektedir.

Kanser hastalarının hastalık algılarını belirleyici nitelikte olduğu düşünölen kişilik özelliklerini ve stresle baş etme tarzlarını belirlemek yapılacak olan psikososyal müdahale programlarının içeriğini zenginleştirebileceği gibi desteğin daha etkili olmasını sağlayacağı betimsel bilgiler de sağlayabileceği düşünölmektedir. Elde edilen bulguların hastalara daha etkili psiko-sosyal destek sağlamada yönlendirici olacağı düşünölmektedir.

Türkiye’ de psiko-onkoloji alanın henüz gelişmekte olduğu ve yapılan yeni araştırmaların ve alan çalışanlarının gelişime katkı sağlayacağı düşünölmektedir. Özel grupla çalışılmasından dolayı, yapılan araştırmalarda örneklem sayısının kısıtlı kaldığı görölmektedir. Bu nedenle alanda yapılan her araştırma kanser hastalarına yaklaşımda yol gösterici niteliktedir. Yurt dışı ve yurt içi literatürü incelendiğinde hastalık algısı, kişilik özellikleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin henüz incelenmediğinden, çalışma bu üç değişkeni ele alan ilk araştırmalardan biri olma özelliğini taşımaktadır. Öte yandan bu çalışmadan elde edilecek bulguların, bundan sonra yapılacak akademik çalışmalar ve psiko-onkoloji alanındaki uygulamalar için bir kaynak oluşturabileceği düşünölmektedir

1.3. Araştırmanın Problem Cümlesi

Kanser hastalarının hastalık algıları, kişilik özellikleri ve stresle başa çıkma tarzları arasında bir ilişki var mıdır ve hastalık algısı demografik değişkenlere (cinsiyet, eğitim düzeyi, ekonomik durum, kanser evresi ve uygulanan kanser tedavisi) göre farklılaşmakta mıdır?

1.4. Araştırmanın Alt Problemleri

Çalışmanın yukarıda belirtilen genel amacı çerçevesinde aşağıdaki alt problemlere yanıt aranacaktır:

- 1- Kanser hastalarının hastalık algıları, kişilik özellikleri ve stresle başa çıkma tarzları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

- 2- Kanser hastalarının kişilik özellikleri ve stresle başa çıkma tarzları hastalık algısını yordamakta mıdır?
- 3- a- Kanser hastalarının hastalık algıları hastaların cinsiyetlerine göre farklılaşmakta mıdır?
 - b- Kanser hastalarının hastalık algıları hastaların eğitim durumlarına göre farklılaşmakta mıdır?
 - c- Kanser hastalarının hastalık algıları hastaların ekonomik durumlarına göre farklılaşmakta mıdır?
 - d- Kanser hastalarının hastalık algıları hastaların kanser evresine göre farklılaşmakta mıdır?
 - e- Kanser hastalarının hastalık algıları hastaların uygulanan kanser tedavisine farklılaşmakta mıdır?

1.5. Araştırmanın Sayıtları

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

1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Bu araştırma, araştırmaya katılan Antalya Medical Park Hastanesi Medical Onkoloji Kliniği'nde tedavi gören belirli sayıdaki kanser hastaları ile sınırlıdır.
2. Araştırmaya katılan kanser hastalarına uygulanan hastalık algıları "Hastalık Algısı Ölçeği", kişilik özellikleri "Beş Faktör Kişilik Envanteri" ve stresle başa çıkma tarzları "Başa Çıkma Tarzları Ölçeği"nin ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır.

1.7. Tanımlar

Hastalık: Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı “fiziksel, ruhsal, sosyal iyilik hali olarak” tanımlarken, fiziksel hastalığı bir “*yaşam krizi*” olarak tanımlamıştır (Dünya Sağlık Örgütü, 2001).

Kanser: Vücudun bir dokusunda ya da organında var olan hücrelerin düzensiz biçimde bölünüp çoğalmasıyla ortaya çıkan kötü urlara kanser denir (Türk Halk Sağlığı Kurumu, 2013).

Hastalık Algısı: Hastalık algısı, birey tarafından hastalığı ile ilgili olarak duygusal bilginin alınması, seçilmesi ve yorumlanmasıdır (Spencer, Carver ve Price, 1998).

Kişilik: Kişilik, çevresine uyum biçimi dâhil olmak üzere bir bireyin fiziksel özelliklerinin, var olan tutumlarını ve yeteneklerini içerir. (Köknel, 1985).

Stres: Bireyin çevresinde oluşan uyumsuzluklar nedeniyle, bedensel ve psikolojik sınırlarını zorlayarak gösterdiği çabadır (Cüceloğlu, 1999).

Başa çıkma: Bireyin iç ve dış dünyadan kaynaklanan stres faktörlerinin yarattığı duygusal gerginliği azaltmak veya tolere edebilmek için kişisel kaynaklarını harcayarak gösterdiği olağan üstü çabalardır (Baltaş ve Baltaş, 2000).

BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Bu bölümde kanser, hastalık algısı, kişilik ve stresle baş çıkma kavramları ile ilgili kuramsal açıklamalara yer verilmiştir.

2.1. Kanser Tanımı

“Kanser, normal dokuyu aşan ve onunla koordine olmayan, değişime yol açan uyarı durduktan sonra bile aynı şekilde aşırı büyümeye devam eden anormal dokulardan oluşan malign (kötü huylu) hastalıklar grubudur. Kanser, vücudun herhangi bir yerine inatçı bir şekilde yapışmasından dolayı Latince yengeç kelimesinden gelmektedir” (Kumar, Cotran ve Robbins, 2003). Kanser 200’den fazla türü vardır ve her bir kanser türünün kendine özgü nedenleri, prognozu (hastalığın seyri) ve tedavi yolları vardır (Baysal ve Criss, 2004). Tanı konduktan sonra hastalığın hangi evrede olduğunu belirleme, tedavi kararları ve hastalığın seyrinin belirlenmesine yardımcı olur. Kanser, I, II, III ve IV evre olarak sınıflandırılır. I ve II. evreler erken III ve IV evreler ileri evreler olarak gruplandırılırlar. Hastalığın evresi, tümörün büyüklüğü, metastazın (tutulmuş) bulunup bulunmamasına dayanır (Beers ve Berkow, 2002; Kumar ve diğerleri, 2003). Kanser çevrenin ve yaşlanmanın etkisiyle vücutta normal şekilde bölünmesi gereken hücrelerin yapı ve kontrollerinin bozulması sonucunda vücudun ihtiyacı dışında çoğalmalarıyla oluşan bir hastalıktır ve tedavi edilmediği takdirde ölüme neden olabilmektedir. Ülkemizde kanser tanısı alan kişi sayısı 97 bini erkek ve 62 bini kadın olmak üzere yılda yaklaşık 159 bindir (American Cancer Society, 2017; Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı [TCSB], 2015).

Uluslararası kanser ajansının 2012’de yaptığı araştırma sonucunda Dünya’da yaklaşık 14.1 milyon kişinin kanser tanısı aldığı ve 8,2 milyon kişinin kanser hastalığı nedeniyle

yaşamını yitirdiği belirlenmiştir (TCSB, 2015). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) son yayınladığı verilerine göre 2015-2016 yılları arasında 96.200 erkek ve 67.200 kadın olmak üzere yaklaşık 163.500 kişinin kanser tanısı almıştır. Bu veriler ışığında Türkiye'de bir günde kanser tanısı alan kişi sayısının 45 bin olduğu ve tüm ölümlerin yaklaşık %20'sinin (78.632) kanser nedeniyle olduğu görülmektedir (Tablo 1) (TÜİK, 2017).

Tablo 1

Ölüm nedenlerinin dağılımı, 2015- 2016 (TÜİK, 2017)

	2015		2016	
	Sayı	%	Sayı	%
Toplam	397 037	100,0	408 782	100,0
Dolaşım sistemi hastalıkları	159 194	40,1	162 876	39,8
İyi huylu kötü huylu tümörler	79 160	19,9	80 577	19,7
Solunum sistemi hastalıkları	43 821	11,0	48532	11,
Hormonlar ve beslenme ile ilgili hastalıklar	19 803	5,0	20 330	5,0
Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları	19 114	4,8	119 923	4,9
Dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler	18 936	4,8	18 136	4,4
Diğer (enfeksiyon hastalıkları, zihinsel ve ruhsal bozukluklar ve bağ dokusu hastalıkları vb.	57 009	14,4	58 408	14,3

Kanser, yaş, cinsiyet, din, dil, ırk ayrımı yapmadan dünya genelindeki tüm insanları etkilemekte ve milyonlarca insanın hayatının sonlanmasına sebep olmaktadır. 2030 yılında kanser tanısı alan kişi sayısının 22 milyon olması beklenmektedir (TCSB, 2015). Kanserın yol açtığı duygusal ve fiziksel sıkıntılar ölüm oranından daha üzücüdür (Kumar ve diğerleri, 2003)

2.1.1 Kanser Tedavisinde Uygulanan Yöntemler

Cerrahi tedavi; Ameliyat kanser tedavisinde en eski ve etkili yöntemdir. Ameliyat ile çıkarılan dokular içindeki kanser hücreleri vücuttan uzaklaştırılır. Cerrahi tedavide diğer tedavi türlerine kıyasla geç toksik (zehirli) etki görülmemektedir. Ancak bazı deformasyonlar ve işlev kayıpları söz konusu olabilir (Topuzlu, 2000).

Radyoterapi (Işın tedavisi); İyonizan ışın ve atom partikülerinin kanser tedavisinde kullanıldığı bir yöntemdir. Radyoterapinin ameliyatla ve kemoterapi ile kombine edilmesi iyileşme oranının daha yüksek olmasını sağlayabilir. Radyoterapi iyileşme mümkün olmasa bile palyatif (semptom gidermeye yönelik tedavi) olarak etki sağlayabilir (Beers

ve Berkow, 2002).

Kemoterapi (İlaç tedavisi); Kemoterapi kanser hücrelerinin yok edilmesinde kimyasal maddelerin kullanılması esasına dayanmaktadır. Cerrahi tedavi ve radyoterapinin yanı sıra kemoterapi metastazın varlığında ve hastalığın yaygın olduğu durumlarda etkili bir tedavi yöntemidir (Yılmaz, 2006).

Hormon tedavisi; Hormon tedavisi tümör büyümelerinin hormonlarla ilişkili olduğu düşünülen kanser tiplerinde kullanılmaktadır (Yılmaz, 2006).

2.1.2. Kansere Verilen Psikolojik Tepkiler

Bireylerde daha kanser tanısı almadan, kanser taraması yapılmasıyla beraber olumsuz duygu ve düşünceler gelişebilmektedir. Kanser, hastalar için yaşamın sonlanması olarak algılanır ve kişinin psikolojik ve fizyolojik bütünlüğünü bozan bir krize neden olur (Armay, 2006) Sağlıklı yaşamdan, hastalık ve ölüm tehdidinde uyuma uzanan bu kriz sürecinde hastaların duygusal ve davranışsal tepkileri gelişmektedir (Ülger ve diğerleri, 2014). Kansere karşı ortaya çıkan bu tepkiler; kanserin özelliklerine, hastanın bireysel özelliklerine ve psikososyal çevredeki farklılıklara göre değişim gösterebilmektedir (Özkan, 2003).

Kanserdeki kriz, şok hali, tepki aşaması, direnme ve uyum olarak 4 aşamalı süreç olarak tanımlanmaktadır (Özkan, 2003). Kübler-Ross (1969) ise; inkâr, öfke, depresyon ve kabullenme olarak 5 aşamada tanımlamıştır. Kişinin kanser tanısı alması ile birlikte ortaya çıkan ve en yaygın görülen şoke şok hali ve inkârdır. İnkâr; kişiye acı veren bir gerçeğe karşılaştığında geliştirdiği bir savunma mekanizmasıdır. Böylece hasta baş edemediği bir durumun getirdiği kaygıdan kendisini korumaktadır. Ardından gelişen kızgınlık ve isyan depresyon gelişim riskini artırır (Armay, 2006). Tepki aşamasında kişi gerçeği kabullenmiş ve duygusal olarak tepki göstermeye başlamıştır. Ayrılık ve ölüm düşünceleri, kayıp algısı temel tepki biçimi kaygının unsurlarındandır. Uyum aşamasında ise kişi hastalığı ile birlikte yaşamayı öğrenir ve enerjisini tedaviye yönlendirir. Uyumu bozan tepkiler geliştiren hastalar ise kanser tanısı aldıktan sonra tanıyı inkâr edip, tedaviyi tamamen reddedebilir ya da alternatif tedavilere yönelebilir (Özkan, 2003).

Her birey hayatının bir döneminde hastalık deneyimi yaşamaktadır. Bireyin kendisinin ya da sevdiği bir yakınının kanser tanısı alması da kaçınılmaz bir yaşam gerçeğidir. Kısa

sürede tedavi edilebilir basit düzeydeki hastalıklar bile bireyler üzerinde olumsuz etkilere yol açabilmekteyken, kanser gibi ölümü çağrıştıran bir hastalığın olumsuz etkilerinin yanında birçok farklı anlama da sahip olabilmektedir. Bireyin hastalığı nasıl anlamlandırdığı, hastalığın yarattığı olumsuz etkileri belirlemektedir (Okayuz, 1999). Bundan dolayı kişinin hastalığı nasıl algıladığı önem kazanmaktadır.

2.2. Hastalık Algısı

Hastalık algısı, bireyin hastalığa ilişkin bilişsel ve duygusal inançları olarak tanımlanır (Tang ve diğerleri, 2017). Bu algı, bireyin hastalığa karşı duygusal yanıtını ve tedaviye uyum gibi başa çıkma davranışlarını doğrudan etkilemektedir. Petrie ve Weinman'a (2006) göre, hastalıkların kişiden kişiye farklılık göstermesinden olayı, aynı hastalık tanısını alan bireylerin hastalıklarına verdikleri tepkiler ve hastalığı algılayış biçimleride birbirinden farklılık göstermektedir. Bu farklılığa sebep olan kişinin daha önceki tecrübeleri, hastalıkla ilgili edindiği bilgi, inanışları, değerleridir (Petrie ve Weinman, 2006).

Kanser hastalarında hastalık algısı kişinin kendi ya da diğer kanser hastaların hastalığa ilişkin beklenti ya da inançlarından oluşurken, hastaların deneyimleri ve çeşitli çevresel faktörlerin etkisiyle gelişmektedir (Foxwell, Morley ve Frizelle, 2013). Hastanın, tanı aldığı hastalığa yönelik değerlendirmeleri ve algılaması, ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkilerini belirleyici rol oynayan faktörlerdir. Hastalığa uyumu hastalığın değişen somut belirtileri nasıl yorumladığı, algıladığı ve hastalığa verdiği tepkileri belirlemektedir (Armay, 2006). Bundan dolayı, hastanın hastalığına ilişkin düşünceleri ve hastalığı nasıl anlamlandırdığı çok önemli hale gelebilmektedir.

Hastalık algısı; kişiye, hastalığın tipine, evresine ve psikososyal çevreye göre değişmektedir (Özkan ve Turgay, 1992). Hastaların hastalık algısını etkileyen birçok faktör vardır. Bunlar; hastanın yaşı, cinsiyeti, kültürel değerleri, başa çıkma becerileri, hastalığa ilişkin genetik yatkınlığı ve deneyimleri ve kişilik özelliği olarak sıralanabilir (Küçükbakar, 2011). Bu faktörlerden dolayı hastalar aynı hastalık tanısı ve belirtilere sahip olmasına rağmen hastalıklarına ilişkin algıları farklıdır ve bu farklılık hastaları farklı başa çıkma becerileri geliştirmeye ve farklı yollar aramaya yönlendirebilmektedir (Petrie ve Weinman, 2006). Hastanın hastalıkla ilgili duygu ve düşüncelerini anlamak,

yaşam kalitesini arttırmaya çalışmak, hastalığına ve tedavi sürecine uyum sağlamasını kolaylaştırıcı davranışlar geliştirmesine yardımcı olmak gerekebilir (Mete, 2008). Bunun için hastaların içinde bulunduğu durum değerlendirilmelidir. Petrie ve Weinman (2006), hastaların hastalık algısını belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada, hastalık algısını, hastaların hastalıklarıyla ilgili görüşlerini oluşturan beş ana bağıntılı bileşen ile tanımlamışlardır. Bunlar;

- hastalıklarının kimlikleri
- nedensel inançlar
- zaman çizelgesi inançları
- kontrol veya tedavi ile ilgili inançlar
- sonuçlar.

Her birey yaşamsal deneyimleri, edinilmiş bilgileri, kültürel değerleri, inançları ve ihtiyaçları doğrultusunda tanı aldıkları hastalıklarını kendilerince tanımlamaya çalışırlar. Hastalık aynı olsa da hastalık ile ilgili deneyim kişiler arasında farklılaşır ve hastalığı tanımlama yarayan faktörler kişinin tepkilerini belirleyen etkenlerdir. Hastanın hastalığı nasıl algıladığı ise onun başa çıkma becerilerini, psikopatolojik hastalıkların ortaya çıkmasını ve yaşam kalitesini belirleyici bir unsurdur (Kocaman, Özkan, Armay ve Özkan, 2007). Birey hastalık tanısı aldığı anda kendi durumuna yönelik oluşturduğu inançlarıyla bütünleştiği bir model geliştirir. Bu modele göre, birey hastalıktan kaynaklanan belirtiler, hastalığın hangi evrede olduğu, iyileşme süreci, hastalığın kontrol edilebilirliği ve uygulanan tedavilere yönelik inançlar ortaya koymaktadır (Karabulutlu ve Karaman, 2015; Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Aynı hastalığa sahip hastaların, hastalıklarını farklı algılamaları bu hastaları farklı hastalık yörüngesine sokabilmektedir (Diefenbach, 2008)

Hastalık algısı, hastaların hastalıkları ya da hastalığın semptomları hakkında oluşturdukları inançları ve beklentileridir (Diefenbach, 2008). Kişilerin olayları açıklamak için bilişsel modeller oluşturdukları gibi hastalarda yaşadıkları durumu açıklamak için benzer bir biçimde bilişsel modeller geliştirirler (Kocaman ve diğerleri, 2007). Hastalığa yönelik yorumlar, başa çıkma yöntemlerini ve değerlendirme aşamalarının yer aldığı süreç ise hastalık algısı modeli olarak adlandırılır. Kişilere bir hastalık tanısı konduğunda, hastalıktan kaynaklanan belirtiler hakkında ve kısa süre

içinde tıbbi personelin görüşlerinden farklı olabilen olumsuz inançlar gelişir bu inançlara yönelik başa çıkma davranışları geliştirirler (Petrie ve Weinman, 2006)

Leventhal (1970), fiziksel hastalığa sahip bireylerin hastalık hakkındaki bilgileri, değerleri, psikolojik tepkileri, ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdikleri hastalığa dair inançları, tedaviye uyumu ve yaşam kalitesine etkileri üzerine yaptığı çalışmalar sonucunda bu bireylerin başa çıkma tepkilerini ‘Kendini Ayarlama Kuramı’na (KAK) dayandırmaktadır. KAK, duygusal ve bilişsel bileşenleri içeren bilişsel-duygusal bir modeldir (Leventhal, 1970). Bu bileşenlerin her ikisi de hastalık algısını değiştirir ve birbirini etkiler. KAK’na göre, bireyin sahip olduğu duygusal temsiller, sağlık tehdidine karşı duygu odaklı başa çıkma davranışının gelişmesine yol açabilir (Diefenbach, 2008)

KAK’na göre kişiler, soyut ve somut kaynakların etkisiyle hastalık ve yaşamı tehdit eden durumlar karşısında bilişsel şemalar oluştururlar. İçsel ve dışsal uyaranlar bilişsel ve duygusal tepkileri belirleyebilir. Oluşturulan bu bilişsel şemalara dayanarak kişiler algıladıkları tehditle başa çıkmak için bir strateji geliştirirler ve bu stratejinin başarısı değerlendirilir ve değiştirilebilir. Sağlık çalışanları, sosyal çevre ve medya bu şemaların oluşmasında etkili olabilmektedir (Leventhal, Diefenbach ve Leventhal, 1992).

KAK, kişinin hastalığın yarattığı stresten korunmak için ortaya koyduğu davranışın nasıl geliştiğini açıklamaktadır (Özkan, 2007). Rosenstock, Strecher ve Becker’a (1988) göre KAK, kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi ve kendi sağlığı ile ilgili davranışları üzerinde bireysel motivasyonun etkisini açıklamaktadır. Aynı zamanda kuram, kişiyi sağlıkla ilgili davranışları yapmaya ya da yapmamaya yönelik olan motivasyonunu neyin sağladığını tanımlamaktadır ve hastalığa yönelik verilen tepkileri anlama konusunda kuramsal bir çerçeve oluşturmaktadır (Özkan, 2007).

2.3. Kişilik

2.3.1. Kişiliğin Tanımı

Kişilik kelimesi Latince “persona” kelimesinde gelmektedir. Persona Eski Roma döneminde tiyatro-drama oyuncularının oynadıkları tiplere temsilen taktıkları maskeye verilen isimdir (Bitlisli, Dinç, Çetinceli ve Kaygısız, 2013). Oynanan tiplere için kullanılan bu terim zamanla kişinin gerçek hayattaki tavır ve davranışlarını anlatmak

için kullanılmaya başlanmıştır (Aslan, 2008). Geçmişten bu yana kişilik ile ilgili yapılan birçok tanım ve sınıflandırma vardır.

Psikoloji kuramlarının her biri kişiliği kendi kuramsal çerçevesi içinde tanımlamış ve değerlendirmiştir (Taymur ve Türkçapar, 2012). Erikson kişiliği, insanın duygusal, zihinsel ve davranışsal özelliklerini bir bütün olarak içeren karakteristik bir yapı olarak tanımlamıştır (Şeker Sır, 2016). Bu anlamıyla kişilik, bireye özgü duygu, düşünce ve davranış kalıplarını içeren bir bütün olarak tanımlanır ve kültürel olaylardaki benzerlik ve farklılıklar toplumdaki kişilik tiplerinin oluşmasına neden olarak gösterilir (Güvenç, 1984). Kalıtım ve çevresel faktörlerin bir sonucu olarak kişilik, bireyin çevresiyle oluşturduğu, tutarlı ve yapılaşmış bir ilişki biçimi olarak tanımlanırken (Cüceloğlu, 1999); Morgen, (1999) kişiliği “bireyin diğer kişilerin yanında gösterdiği davranış özellikleri” olarak tanımlamıştır. Bir başka tanımlamada kişilik, “insanları tanımlayan ve tanıtan, tahmin edilebilir davranışlar dizisi” olarak ele alınmıştır (Aghae ve Ören, 2004). Carrel ise kişiliğe pragmatik yaklaşmıştır ve insanın kendisi olarak tanımlamıştır (Carrel, 1973). Kişiliğin sürekliliğini savunanlar ise kişiliği, bireylerin psikolojik tepkilerindeki farklılıkları ortaya koyan ve sadece içinde bulunulan andaki biyolojik ve sosyal durum ile açıklanamayacak şekilde süreklilik gösteren özellikler ve eğilimler olarak tanımlamaktadırlar (Taymur ve Türkçapar, 2012). Dolayısıyla kişilik, kişinin farklı ortamlarda ve durumlardaki bilişlerini, güdülerini ve davranışlarını etkileyen, dinamik ve organize özellikler grubu olarak tanımlamaktadır. Farklı bir tanımlamada kişilik, bireylerin devam eden zihinsel, duygusal ve davranışsal özellik kalıpları olarak ele alınmaktadır. (Ryckman, 2004).

Kişilik kavramının çok geniş bir çerçevede ele alınması ve kişi hakkında değerlendirmelerde bulunmak amacıyla kullanması tanımlamasını zorlaştırmaktadır (Özgüven, 1998). Birçok araştırmacı, çeşitli ortamlarda veya durumlarda insanların benzersiz ve yaratıcı tepkilerini açıklayan, bireyler arasındaki farklılıkları analiz etmek için kişilikle ilgili çalışmaktadırlar (Çabuk, 2015). Kişilik araştırmaları, kişilik özelliklerinin dünyayı nasıl algıladığımız ve yorumladığımız hakkında yol göstermektedir (Connor-Smith ve Flachsbart, 2007). Bunun yanında, kişilik özellikleri travmatik bir olayı algılama ve bundan yararlanma yolunu da belirleyebilmektedir (Yılmaz, 2014). Kişilik araştırmacıları, kişilik özelliklerinin zaman içinde ve farklı durumlar arasında sürdüğünü, güvenilir ve geçerli bir şekilde ölçülebileceğini ve bu ölçümlerin insan davranışını tahmin edebileceğini kabul etmiştir (Çabuk, 2015).

2.3.2. Kişilik Gelişimini Etkileyen Faktörler

Kişilik, genetik, sosyo-kültürel faktörlerin, öğrenmenin, bilinç dışı mekanizmanın ve bilişsel süreçlerin bir fonksiyonudur (Hergenhahn ve Olson, 1999). Kişilik gelişimini etkileyen faktörler kalıtım ve çevresel faktörlerden aile, kültür, sosyal sınıf ve akranlar bu bölümde ele alınmıştır.

Kalıtım, kişinin fiziksel gelişimi ve kişilik gelişiminde önemli etkiye sahiptir. Kalıtım, insanların zekâ ve hareket yeteneği, fiziksel görüntüsü, sinir sistemi yapısı ve cinsiyeti ile ilgilidir (Türe, 2017). Kalıtımın birçok davranışsal özelliğin temelinde var olan önemli bir faktör olduğu yapılan araştırmalar ile ortaya konmuştur (Tekin, Turan, Özmen, Turhan ve Kökçü, 2012). Kişilik araştırmaları hakkında çok az bilgisi olan ve hiç bilgisi olmayan insanlar bile kişiliği şekillendirmede kalıtım ve deneyimin önemli olduğunu kabul etmektedir. Araştırmacılar zekâ ve yeteneğin büyük oranda kalıtsal olduğunu savunmaktadırlar. Buna göre birey potansiyel bir zekâ ile dünyaya gelir ve yetişkinlikteki zekâ düzeyinin bu potansiyeli ve çevre koşullarının etkisiyle belirlenir. Çok sayıda araştırmanın gösterdiğine göre kişilik özellikleri ve psikolojik rahatsızlıklar gibi zekâ da büyük ölçüde genetik miras tarafından belirlenir (Burger, 2006). Tek yumurta ikizleri ile yapılan araştırmalar, tek yumurta ikizleri fizyolojik ve kişilik yapısı olarak birçok yönden birbirine benzediği ancak zamanla ilerleyen yaş dönemlerinde gösterdikleri farklılıkları çevrenin etkisine bağlanmaktadır. Tek yumurta ikizlerinin kişilik benzerliği anı çevrede büyüyen çift yumurta ikizlerine göre daha fazladır ve bu kromozom, genetik gibi kalıtsal özelliklerden kaynaklanmaktadır (Çetin ve Beceren, 2007).

Kalıtımdan sonra kişiliği etkileyen önemli etken çevresel faktörlerdir. Cüceloğlu (1994), çevresel faktörlerin önemini, kişiliği, bireyin çevresiyle kurduğu ilişki içindeki tutum ve davranışlar olarak tanımlayarak vurgulamıştır. Kişilik gelişiminde önemli rol oynadığı kanıtlanmış bazı çevresel faktörler arasında aile, kültür, sosyal sınıf ve akranlar gösterilmektedir (Cervone ve Pervin, 2016).

Luthans'a (1992) göre aile faktörü kişilik gelişiminde çevresel faktör olarak ilk sırayı almaktadır. Çocuğun aile bireyleri ile etkileşimi, onları model alması ve benzer davranışlar sergilemesi kişilik gelişiminde etkili olmaktadır (Yıldız ve Özsoy, 2013). Ebeveynlerin çocuk yetiştirirken ki davranışları da kişilik gelişimini etkilemektedir. Çocuğun istediği bir şeye ulaşmak için gösterdiği çaba sonucunda hedefine ulaşması çocuğu mutlu eder ve ailesinin de onayını almak ister. Ancak aile onaylamadığında ya da

onun yerine gerçekleştirdiğinde çocukta özgüven problemleri ya da hazıra konan, hedeflerine kolay yoldan ulaşmaya çalışan bir kişilik yapısı gelişebilir (Dökmen, 2007). Bunlarda dolayı bireyin büyüdüğü ve içinde bulunduğu aile özellikleri ve aile bireyleriyle ilişkileri, kişilik gelişmesinde önemli bir etkiye sahip olduğu söylenebilir. Anne ve babanın birbirleriyle ve diğer aile bireyleri ile kurduğu sağlıklı iletişim ve baskıcı bir tutumdan uzak demokratik yapı içinde yetişen çocuğun, ileride objektif, kolay ilişki kuran, aktif ve rasyonel davranışlar sergileyen bir birey olmasını sağlamaktadır (Bozkurt, 2007). Ebeveynlerin belirli durumlarda verdikleri tepkiler çocukların davranışları üzerinde pekiştirici, cesaretlendirici veya tam tersi cesaret kırıcı etki yaratmakta ve kişilik oluşumunda alışkanlıkların ve değerlerin öğrenilmesinde etkili olmaktadır (Bozkurt, 2007).

Kişiliği etkileyen diğer bir çevresel faktör olan kültür, “kişi olmanın ne anlama geldiğinin anahtar belirleyicisidir”. (Benet-Martinez ve Oishi, 2008). Her birey yaşamı boyunca etkisi altında kaldığı kültürel yapı içinde yaşamaktadır. Bundan dolayı kültürün özellikleri bireylerin kişilik oluşumunu etkileyen en önemli çevresel faktörlerden biridir. Çünkü kültür toplumsal yapısı ile kişiliğin oluşmasını etkileyerek kişiliğin birçok özelliğini belirler (Yurtsever, 2009). Bireyler kendi kültürlerine özgü öğrendikleri adet ve inançlarını, davranış kalıplarını ve ritüellerini yaşama biçimlerine dahil ederler (Bozkurt, 2007). Her kültürün kendine özgü davranış biçimleri, ahlaki düzeyi, değerleri ve aile ilişkileri çocuğun yetiştirilmesinin temellerini oluşturmaktadır. Kişilik, ruh sağlığı ve ruhsal hastalık gibi temel psikolojik kavramlar kişinin bulunduğu kültüre ait olarak sosyal kavramlardır (Kağıtçıbaşı, 1990). Örneğin; Shweder ve Bourne (1984) tarafından kişilik üzerine, eğitim, gelir düzeyi, sosyal sınıf gibi sosyo-kültürel etkenler kontrol edilerek yapılan araştırmalar, Hindistan’daki Oriyaların, Amerikalılardan farklı olarak, bireyi soyut kişilik özelliklerine göre değil, kişiler arası ilişkilerine göre tanımladığını ortaya koymuştur.

Bireyin içinde doğup yaşadığı sosyal sınıf faktörü de kişilik gelişimini etkileyebilen önemli bir diğer çevresel faktördür. Çünkü sosyal yapı içindeki farklı sosyal sınıftan bireylerin sahip olduğu maddi ve manevi imkânları da değiştiği görülmektedir. Kişinin ait olduğu sosyal sınıf, onun alacağı eğitimi, statüsünü, yaşama biçimini, sosyal aktivitelerini, tüketim şeklini, düşünce ve değerlerini etkilemekte ve belirlemektedir. Yüksek sosyal sınıfta yaşayan bireyin maddi geliri ve harcama biçimi, yaşama tarzı, alt sınıfa mensup kişiden çok daha farklı olacaktır. Bireylerin buldukları sosyal sınıf

bilişsel ve duygusal gelişimini etkilemektedir (Eroğlu, 1996). Belirli kültürel yapılar içinde farklı alt kültürler ve farklı sosyal gruplar olduğu için alt kültür ve sosyal sınıfa göre de farklı kişilik tipleri oluşacaktır. Bu nedenle kişilik değerlendirilmesinde alt kültür ve sosyal sınıf olmadan tek başına kültür yeterli olmayacaktır. Sosyal grubu oluşturan faktörler, bireyin davranış kalıplarını etkileyerek kişilik gelişiminde yerini alır. Bu nedenle ancak, bireyin içinde bulunduğu sosyal sınıf çözümlenerek bazı kişilik özellikleri hakkında tahminlerde bulunabilirler (Yurtsever, 2009).

Çocuğun kendi yaş grubunun üyeleri yani akranları ile yaşantısı kişilik gelişimini etkileyen diğer bir faktördür. Bazı psikologlar kişilik gelişiminde akran etkisini aile yaşantısından daha önemli görmektedirler. Aynı aileden gelen çocukların farklı olmasının nedeni bu onların ev dışında farklı yaşantılara sahip olmasıdır. Akran grupları bireye yeni davranış kurallarını kabul etmek yoluyla sosyalleştirmektedir. Bu tür yaşantılar kişiliği kalıcı şekilde etkileyebilmektedir (Cervone ve Pervin, 2016).

2.3.3. Kişilik Kuramları

Kişilik kuramları, bireylerin fiziksel, sosyal ve kültürel çevrelerinde kendine özgü cevap verme yollarını açıklamayı ve bu açıklama ile, bireylerin eylemleri hakkında ampirik olarak desteklenen tahminler yapmayı amaçlar (Çabuk, 2015). Geçmişten günümüze kişiliği açıklamaya yönelik çok sayıda kuram geliştirilmiştir. Bu kuramlar arasında popüler olan psikoanalitik, davranışçı, bilişsel biyolojik ve özellik (trait) kuramları ele alınmıştır (Tuncer, Arpacı, Ayhan, Böge ve Üner, 1992).

2.3.3.1. Psikanalitik kuram

İlk kapsamlı kişilik kuramı Sigmund Freud tarafından geliştirilen psikoanalitik kuramdır. Bu kurama göre kişiliği topografik, yapısal ve psikoseksüel kuram olarak 3 bölümde inceler. Freud kişiliği, geliştirdiği topografik modeli bilinç, bilinç öncesi ve bilinçaltı olmak üzere üçe ayırmıştır (Gençtan, 2002) Topografik kurama göre, bilinç düzeyine çıkartılamayan dürtü ve istekler, zihnin “bilinçdışı” bölgesini oluştururlar. Bilinç düzeyine yaşanan zihinsel olaylar ise “bilinç öncesi” bölgesinde oluşurlar. Bilinçli olarak algılanan ve yaşanan olaylar ise zihin yüzeyinde oluşur. Dışsal ve içsel uyaranların fark edildiği zihin bölgesinin olan bilinç; fiziksel ve bilişsel algıları, duyguları içerir. Bilinç

öncesi, bilinç seviyesinde algılanabilen olayları içermektedir (Freud, 1989). Akılda tutulan bilgilerin hepsi bilinç düzeyinde değildir, istenilen bilgiler bilinç öncesinden bilinç düzeyine getirilebilir. Bilinç dışı ise; bilinç düzeyinde algılananlar dışında kalan ve bilinç öncesini içine alan bölümdür. Bilinç düzeyine ulaşma imkânı olmayan zihinsel süreçler bilinçdışıdır. Bu süreçler toplumsal beklentilere, ahlaki değerlere aykırı, akla uygun olmayan ve tatmin edilmesi beklenen dürtülerden oluşmaktadır (Akvardar ve diğerleri, 2006). Freud'a (1989) göre ruhsal olayların büyük bir kısmı bilinçdışında bulunur. Bilinçli olanlarsa bilinçdışından bilince çıkmasına izin verilmiş olanlardır. Bazı olağan dışı durumlar hariç, bilinçaltındaki bilgiyi bilinç seviyesine getirilemezler. Fakat kişilerin birçok davranışının temelinde bilinç dışı dürtüler vardır. Psikianalitik kuram, bilinç dışı davranışların normal olmayan davranışları nasıl etkilediğini açıklamaya çalışmaktadır. Topografik modelin kişiliği açıklamada yetersiz olmasından dolayı Freud yapısal kişilik kuramını oluşturulmuştur. Bu yapısal model kişiliği id (alt benlik, ego (benlik) ve süperego (üst benlik) olarak ayırmaktadır (Gençtan, 2002).

İd, kişiliğin ilkel ve içgüdesel birleşenidir. Yaşam içgüdesü-libido ve saldırganlık içgüdesü dahil olmak üzere biyolojik bileşenlerden oluşur. Bireyin ruhsal gücünün doğrudan ve içgüdülere karşılık veren dürtüsel yani bilinçsiz bir parçasıdır. İd, anında memnuniyet gerektirir ve bu gerçekleştiğinde kişi haza ulaşır, reddedildiğinde hoşnutsuzluk yaşar veya acı çeker. Sonuçlara bakılmaksızın her arzulu dürtünün hemen karşılanması gerektiği düşüncesi olan zevk ilkesine göre çalışır (McLeod, 2008). Doğuştan getirilen güdü, dürtü ve istekler bu sistemde yer alır. Bu dürtü ve istekler kabul edilemez yapıdadır. İdin örgütlülüğü yoktur ve dürtülerin gücünden gelen enerji ile doludur (Akvardar ve diğerleri, 2006). Yaşamın ilk yıllarında çocuğun kişilik yapısı içgüdü, erteleyemediği ve denetleyemediği içsel dürtüler ile yüklü idden oluşmaktadır (Gençtan, 2002).

Yapısal modele göre diğer bir kavram olan Ego, Freud tarafından dış dünyanın doğrudan etkisi ile değiştirilmiş olan kimliğin bir parçası olarak tanımlanmıştır. Ego, gerçekçi olmayan id ve gerçek dünya arasında aracılık etmek için gelişir. Kişiliğin karar verme bileşenidir (McLeod, 2008). Ego id'in içgüdesel taleplerini izleyerek ne zaman ve nasıl tatmin edilip edilmeyeceğine karar verir ve bireye benlik duygusu sağlar (Rennison, 2001). Ego, gerçeklik ilkesine göre hareket eder, id'in taleplerini yerine getirmenin gerçekçi yollarını bulur, genellikle toplumun olumsuz sonuçlarından kaçınmak için hazı erteler. Ego, nasıl davranılacağına karar vermek için sosyal gerçekleri, normları, görgü

kuralları ve kuralları dikkate alır (McLeod, 2008).

Modelin üçüncü kavramı Süpereo (üstbenlik), ego (benlik) üzerinde ne olması ve ne yapmaması gerektiğini söyleyerek vicdan ve bilinçdışı suçluluk duygularıyla hâkimiyet kurmaktadır (Freud, 1983, akt; Dürü, 2018) Süpereo, kişiliğin ahlaki yönüdür. İyi ya da kötü kavramlarına toplum tarafından onaylanmış ahlaki ölçütlere göre süpereo tarafından karar (Özoğlu, 1992). Psikanalitik kurama göre id, ego, superego dengesini sağlayabilen bir kişi psikolojik açıdan sağlıklıdır. Bu dengenin bozukluğu psikolojik sağlığı da olumsuz yönde etkilemektedir (Brenner, 1977).

Freud'a göre kişilik gelişimi bireyin psikoseksüel aşamalardan geçmesi ile gerçekleşir. Psikoseksüel kişilik kuramına göre Freud kişiliğin, oral dönem, anal dönem, fallik dönem, latens dönem ve genital dönem olarak beş aşamadan geçerek geliştiğini savunmuştur. Freud'a göre kişilik gelişmesinde ilk üç dönem olan pregenital dönemler çocuğun tüm önemli kişilik özelliklerinin temelini oluşturduğu için oldukça önemlidir (Özdemir, Özdemir, Kadak ve Nasıroğlu, 2012). Kurama göre gelişim dönemlerin herhangi birinde ve içgüdü gelişiminde sorun yaşanması ve saplantı oluşması mümkündür. Saplantı, saplantının gerçekleştiği dönemde fazla doyum sağlama ya da aşırı engelleme sonucunda olabilir ve kişi diğer döneme geçme konusunda motivasyonu olmaz. Çocuk, saplantı hangi dönemde gerçekleştiyse o döneme ait özelliklere sahip olacaktır ve yetişkinlik dönemlerinde de aynı hazzı ulaşmaya çalışacaktır. Pregenital dönem gelişiminde gerçekleşen oral, anal ve fallik dönem saplantılarından dolayı üç kişilik tipinden söz edilir (Dal, 2009).

Psikanalitik kurama göre oral kişilik tipi gelişimin ilk basamağı olan oral dönemdeki saplantılar ile oluşur. Oral dönem yaşamın ilk 1-1,5 yılı boyunca sürer. Bu dönemde bebeğin ihtiyaçları, algılamaları, kendini ifade etme yolu ağız bölgesine odaklıdır (Gençtan, 2002). Oral kişilik tipi oral dönemdeki saplantıdan ortaya çıkar. Kişinin her şeyi "kendisi için" "kendisine doğru" veya "içerisine" algılamasıdır. Oral kişilikler narsisistiklerdir, diğer bir ifadeyle sadece kendileri ile ilgilenirler. Diğer kişilerin bağımsız ve değerli oldukları konusunda net bir farkındalığa sahip değildirler. Diğer insanları sadece kendilerine sağlayacakları yarar olarak algırlar. İnsanlardan bazen alçak gönüllü bazen ise saldırgan şekilde bir şeyler talep ederler. Oral karakter kişilik özellikleri; talepkâr, sabırsız, haset eden, kıskanç, öfkeli, depresif, güvensiz ve kötümser olarak sıralanabilir (Cervone ve Pervin, 2016).

Gelişim döneminin ikinci basamağı olan anal dönem saplantıları sonucu anal kişilik tipi gelişir. Anal dönem üçüncü yaşın sonuna kadar sürer. Bu dönemde çocukta annenin denetiminden bağımsızlaşma eğilimleri ilk kez gözlemlenmeye başlar (Gençtan, 2002). Çocuk, kaslarındaki olgunlaşmayla birlikte dışkı kontrolünü sağlayabilir. Tuvalet eğitimi sırasında annenin tutumu, çocuğun kişilik gelişimini etkilemektedir. Katı ve baskıcı tutum sergileyen annenin çocuğu dışkısını tutmasına ve inatçı, cimri, düzenli bir kişilik geliştirmesine, bağımsızlık duygularının geç gelişmesine sebep olabilir (Yurtsever, 2009).

Üçüncü gelişim basamağı fallik dönem saplantılarına bağlı gelişen fallik kişilik tipi; üçüncü yaşın sonlarına doğru başlayan ve beşinci yaşında sonlarında biten dönemde, cinsel bölgelerin uyarılmasından ve cinselliğe karşı aşırı ilgili davranış görülür (Gençtan, 2002). Oedipus karmaşası sürecinde fallik dönemde saplantılı kalmış bireylerdir. Erkek için başarı “ben erkeğim” duygusudur. Başkalarının gözünde büyük olmaya önem verir. Sürekli bir şekilde gücünü ve maskülenliğini göstermek isterler. Bu kişilerin aşırı dışa vurucu özellikleri altta yatan hadım edilme kaygısının bir yansımasıdır. Oedipal isteklere karşı kullanılan savunmayla küçük kız annesiyle ya da feminenlikle aşırı şekilde özdeşleşir. Babasının kendisine karşı olan sevgisinin devamlılığı için baştan çıkarıcı ve işveli davranışlara yönelir. Bu durumun cinsel yönünü reddeder. Bu davranış kalıbı da yetişkinlik dönemine, baştan çıkarıcı davranışları ile erkeğin ilgisini çekmeye çalışan ama cinselliği reddeden saf bir görünüm şeklinde aktarılır. Kişilik özellikleri erkeklerde; gösterişçi, rekabetçi, başarı peşinde koşan, “maskülen” olmakla ilgili aşırı çaba gösteren, maço, kadınlarda; naif, ayartıcı, göstermeci, flörtik olarak sıralanabilir (Cervone ve Pervin, 2016).

Latent (gizil) dönem ise çocuğun oedipal karmaşasının çözülmesinden sonra girdiği ve cinsel arzuların azaldığı dönemdir. Benliğin gelişen yönü libidodan kaynaklanan arzuları, eğilimleri ve davranışları baskı altına alarak libidonun etkisini azaltmaktadır. Bu dönemde bireyin toplumsal öğelerle ve kişilerle ilgilenmeye başlamasıyla toplumsallaşma süreci başlar. Latent dönemde oedipal özdeşleşme tamamlanmakta ve cinsel roller belirginleşmektedir (Köknel, 1985).

Psikoseksüel kuramın son dönemi olan genital dönemde birey cinsel olgunluğa erişmekte ve karşı cins ile yakın ilişki kurma eğilimi içerisine girmektedir (Özkalp, 2003). Bu dönemde kaşıt cins ile doyumlu ilişkilerin yaşandığı ve geliştiği dönemdir. Genital dönemde yaşanan doyumsuzluklar saplantılar gelişmesine sebep olabilmektedir. Genital

dönem saplantıları yetişkinlik döneminde karşı cinsle ilişkilerinde, evlilik ilişkilerinde başarısızlıklar olarak ortaya çıkmaktadır (Dal, 2009).

2.3.3.2. Fenemolojik yaklaşım: Birey merkezli kuram

Kuramın öncüsü olan Carl Rogers birey merkezli terapinin ilk temsilcisi olarak kabul edilir. Kişiliği hümanistik bir bakış açısı ile incelemiştir. Rogers'a göre her insan doğası gereği mutluluk arayışındadır ve var olan mutluluk potansiyellerini gerçekleştirmek için çaba gösterir. Carl Rogers sürekli olarak kendisine "bir insanı geliştirmek ve değiştirmek için ona nasıl yardımcı olabilirim?" sorusunu sormuştur (Yurtsever, 2009). Rogers'ın temel yapısal kavramı benlik-kendim", "bei" ya da "ben"le ilişkili algı ve tecrübeleri organize edilmesidir. İdeal benlik kavramı ya da bireyin en çok istediği benlik kavramı da önemlidir. Benlik "ben"i tanımlamak için geliştirilen algı ve değerlerdir ve "ben kimim" ya da "ne yapabilirim" in sorunlarını anlamayı kapsamaktadır. Bu algılanan benlik, kişinin dış dünyayı ve kendi davranışlarını ilişkin inanışlarını etkilemektedir (Atkinson, Atkinson, Smith, Bem ve Hoeksema, 2002).

Rogers (1965) kişiliğin merkez yapısı olduğunu savunduğu benliği gerçek ve ideal benlik olarak iki boyutta tanımlar. Kişinin şu anda olduğuna inandığı benlik gerçek benliktir. Kişilik, kendi benlik kavramı ile ilgili bütün deneyimleri değerlendirir. İnsanlar kendi benliklerine tutarlı davranmazlarsa tehdit edici duygular yaratan durumlar ile karşılaşır. Bu duyguların bilince ulaşması bastırma savunma mekanizması aracılığı ile reddedilebilir. Böylece benlik ve gerçeklik arasında kopukluk genişledikçe uyumsuzluk potansiyeli artar. Benlik kavramı uyumsuz olan birey, gerçek kaygı ile sonuçlanacağı için kendisini gerçeğe karşı savunmak durumunda kalır. Uyumlu olan bireyin ise benlik kavranımını oluşturan düşünce, deneyim ve davranışlar tutarlıdır. Benlik yeni deneyimlerle fikirleri özümledikçe gelişen bir esnekliktedir (Atkinson ve diğerleri, 2002). İdeal benlik, ulaşmak istediği ve kim olmak istediği ile ilgilidir. İdeal benlik gerçek benliğe yaklaştıkça kişi doyuma ve mutluluğa ulaşır. (Balıkçioğlu, 2016).

Rogers'a (1965) göre bireyin kendisi ile ilgili oluşturduğu düşüncelerini etkileyen iki faktör vardır; bunlardan biri bireyin kendisini nasıl algıladığı bir diğeri ise çevresidir. Bireyin olumlu ve güçlü bir benlik kavramı geliştirebilmesi, koşulsuz bir sevgi ortamında yetişmesiyle mümkün olabilmektedir (Üstün ve Akman, 2002).

2.3.3.3 Davranışçı yaklaşım

Birçok yaklaşım, kişiliği anlamak için insan davranışlarına odaklanırken, davranışçı yaklaşımı savunanlar öncelikle daha basit olan hayvan davranışları üzerine çalışmışlar ve hayvan davranışlarının çevrenin oluşturduğu koşullardan hareket ederek, bireyin davranışlarının çevre tarafından kontrol edildiğini ileri sürmektedirler. Çevresel faktörler ve davranış birbirini etkiler. Kişinin davranışını kestirebilmek için, kişisel ve çevresel değişkenlerin arasındaki etkileşimin anlamak gerekir (Friedman ve Schustack, 2003).

Davranışçı kuram, davranış örüntüsü olan kişiliği, çocukluk çağından buyana öğrenilen davranışların oluşturduğunu savunmaktadır. Yaklaşım, kişiliği insan davranışını oluşturan pekiştirme, cezalandırma, genelleme ayırt etme gibi kavramlara dayanarak açıklanabileceğini söylemektedir (Cüceloğlu, 1994).

Davranışsal yaklaşımı savunan kuramcılar, davranışın altında yatan nedenleri, öğrenme ya da koşullanma ile açıklarlar. Kişiliğin oluşumunu anlamak ve problem davranışları değiştirmek için koşullanma ilkelerini incelemek gerekir. Koşullanma, klasik ve edimsel olarak iki sınıfa ayrılır (Burger, 2016). Klasik koşullanma; davranışçı yaklaşımda, koşullu öğrenme yöntemleri kullanılarak davranışların belirlenmesi sağlanır (Ektem, 2007). Davranışçı yaklaşıma göre klasik koşullanma nötr uyarıcının koşulsuz uyarıcı ile eşleşmesi olarak tanımlanır. Pavlov'un yaptığı deneyde köpek zil sesini duyduğu zaman tepki olarak salya salgılamaktadır. Çünkü köpek için zil etkin sinyali haline gelmiştir (Bacanlı, 2002). Koşullu öğrenme yaklaşıma göre uyarıcı-tepki (U-T) arasında kurulan bağ öğrenmenin temelidir. U-T ilişkisinde bireyin ilk uyarana verdiği tepkiyi aynı ya da benzer yeni uyarana karşısında da göstermesi beklenir. Davranışçı yaklaşımda önemli olan gözlenebilen davranışlardır. Bireyin uyarıcıya bağlı olarak geliştirdiği tepkilerin otomatik olması ya da bilinçli verilen tepki olup olmaması önemli değildir (Ülgen, 2004, akt; Ektem, 2007).

Kemoterapi tedavisi gören hastalar ile yaptığı bir çalışmaya göre, kemoterapi sonrasında tedavi odasına giderken mide bulantısı hisseden hastalar; kemoterapinin ve tedavi odasını görünüşünün tekrar tekrar bir araya gelmesi, hastaların tedavi odası ile kemoterapi arasında bağlantı kurmasına sebep olmaktadır. Sonuç olarak hastalar kemoterapi başlamadan önce mide rahatsızlığı çekmeye başlamıştır (Atkinson ve diğerleri, 2002).

Kişiliği oluşturan temel etmenlerden birinin de edimsel koşullanma olduğunu ileri süren

Skinner'a göre ise, kişilik çevresel koşulların etkisiyle düzenlenen bir davranış örüntüsüdür (Friedman ve Schustack, 2003). Edimsel koşullanma, davranışın sıklığını etkileyen sonuçlar ile ilgilidir. Bir davranışın sıklığını arttıran sonuca "pekiştirme", azaltan sonuca ise "ceza" adı verilir. Araştırmalar sonucu psikologlar iki pekiştirme türü olduğunu bulmuştur. Olumlu pekiştirme; davranışın ardından ödül geldiği için davranış artış göstermesidir. Olumsuz pekiştirme; davranış ortaya çıktığında istenmeyen uyarıcıyı ortadan kaldırıp veya azaltarak davranışın sıklığının arttırılmasıdır. Edimsel koşullanma belirli bir davranışın belirlediği bir hedefe ulaştırdığını öğrenmektir (Burger, 2016). Edimsel koşullanmaya göre ödül bireyin davranış geliştirmesi açısından önemli bir etkiye sahiptir ve olumlu davranışlara yol açmaktadır. Kişilik gelişimi boyunca birey tarafından geliştirilen davranışları öğrenilen ve pekiştirilen davranışlar sonucunda oluştuğunu düşünmektedir (Yurtsever, 2009).

2.3.3.4 Bilişsel yaklaşım

Bilişsel yaklaşıma göre bireylerin kişilik özelliklerindeki farklılıklar, onların bilgiyi işleme süreçlerindeki farklılıklara bağlıdır. Bilişsel Kişilik Kuram'ı George Kelly tarafından geliştirilmiştir. Kelly her bireyin benzersiz olduğu görüşüne "bilim adamı-insan" adını vermiştir. Kelly'e göre insanlar, bilim insanları gibi kendi dünyalarıyla ilgili hipotezler geliştirip bunları değerlendirirler. Farklı kişilik özelliklerinin olması insanların "dünyayı yapılandırma" şekillerinin birbirinden farklı olmasından kaynaklanır. Bütün kuram "Bir kişinin bilgi işleme biçimi, olayları bekleyiş şekline göre psikolojik olarak yönlendirilir." temel varsayımı üzerine kurulmuştur (Burger, 2016).

Bilişsel yaklaşım, kişiliğin temeline zihinsel süreçlerle, algıyı koymaktadır. Kişiliğin oluşumunu inanç sistemine bağlanmakta ve bireyin davranışının, beklenen sonuçlar ve verilen değer bağlamında gerçekleştiği ileri sürülmektedir. Birey belirli bir davranışı, o davranıştan belirli bir sonuç beklentisi ile yapmaktadır ve bu sonucun algılamaya ve bilişsel süreçlere dayanan bir değeri bulunmaktadır (Hazar, 2006).

Bilişsel süreçlerin içinde yer alan şema, nesne ve olayların insan zihninde temsil ettiği belirli bir yapıdır. Bireyler şemaları hiç farkında olmadan zihinlerinde taşırlar ve olayları bu şemalar içinde yorumlarlar. Tepkilerin farklı olmasının sebebi kişilerin kullandığı şemaların farklı olmasıdır (Cüceloğlu, 1999). Şemalar, kişinin algılaması ve gösterdiği tepkiler üzerinde etkilidir. Birey kendisinde var olan bir şemaya ilişkin bilgileri daha hızlı

farkına varır (McIntosh, 1995).

Markus'a (1977) göre, bireyin kendisi ile ilgili oluşturduğu şema olan bilişsel kendilik şemaları, bireyin çocukluk yaşantılarından itibaren oluşan ve sosyal yaşamında kendisiyle ilgili bilgiyi geliştirmesini sağlayan bilişsel bir yapıdır. Kendilik şemaları, bireyin kendilik algısı üzerinde düzenli bir etkiye sahiptir. Kendilik şeması, bireye yönelik belirli durumlar karşısında oluşan bilişsel temsilleri içerdiği kadar, bireyin kendisi ve çevresi tarafından yapılan davranışlarının değerlendiren genel temsilleri içerir. (Özen, 2014).

Kendilik şemasında, kendilikle ilgili üç zihinsel temsil vardır. Birinci olarak herkeste var olan gerçek kendilik; bireyin olduğu kişi ile ilgili bilgiyi içerir ve kendilik algısına benzer. İkinci olarak herkeste olmak istenen kendilik olan ideal kendiliktir. Kişinin olmak istediği insanın zihinsel imgesini içerir. Olmak istenen kendilik, bireyin düşleri, istekleri ve hedefleri içerir. Üçüncü olarak ise olunması gereken kendiliktir. Bireyin olması gerektiğine inandığı, çevresel kaynakların birey için belirlediği görevleri yerine getiren kişidir. Kurama göre olmak istenen benlik ve olunması gereken benlik arasındaki uyumsuzluklar, kişide olumsuz duygulara sebep olabilir (Burger, 2016).

2.3.3.5 Biyolojik yaklaşım

Biyolojik yaklaşıma göre kalıtım bireyin fiziksel özelliklerinin dışında kişiliği de etkilemektedir. Biyolojik yaklaşımda 3 kavramdan bahsedilir. Birincisi Hans Eysenk'in kişilik tanımı, ikincisi mizaç, üçüncüsü ise evrimsel kişilik psikolojisidir. Eysenk kişilikteki bireysel farklılıkların biyolojik temellerden kaynaklandığı vurgulamıştır ve kişiliği 3 temel boyutta ele almıştır. Bu üç boyut; dışa dönüklük-içe dönüklük, nevrotiklik ve psikotiklik (Burger, 2016).

İlk olarak içe dönüklük-dışa dönüklük boyutu ele alınmıştır. Dışa dönük kişiler, sosyal ve dürtüsel kişilerdir. Bu bireyler insanlarla iletişim kurmayı severler, girişkendirler ve yalnızlığı sevmedikleri için insanlarla bir arada olmayı tercih ederler. Dışa dönüklük kişilik özellikleri, sosyal olmayı, insan içine girmekten, davetlere katılmaktan hoşlanmayı, arkadaş sayısının fazla olmasını, dürtüsel davranmayı, duyguları kontrol edememeyi ve bazen güvenilir olmamayı içerir (Eysenck ve Eysenck, 1975).

İkinci olarak ele alınan nevrotiklik boyutu; duygusal tutarlılığı veya aşırı tepkiselliği temsil eder. Bu boyuttaki bireyler kaygılı, depresif, gergin, çekingen, aşırı duygusal ve düşük öz-güvenli olabilirler. Nevrotizm kaygı, korku, depresyon, düşük benlik saygısı

ve mantığa uygun olmayan duygusal davranışlar gösterme eğilimi ile ilişkilidir (Karancı, Dirik ve Yorulmaz, 2007).

Üçüncü boyut ise psikotiklidir. Bu boyuttaki bireylerin soğuk, insanlarla mesafeli, saldırgan, güvensiz, duygusuz, tuhaf davranan ve empati kuramayan, suçluluk ve diğer insanlara karşı duyarsızlık gibi daha çok sıra dışı kişilik özellikleri vardır. Psikotizm saldırganlık, insanlara karşı soğuk, mesafeli olma ve duyarsız davranma, antisosyal davranışlar ile ilişkili olduğu görülmüştür (Karancı ve diğerleri, 2007).

2.3.3.6 Özellik kuramı: Beş faktör modeli

Alternatif bir yaklaşım olarak Beş Faktör Modeli (BFM), “özellik” olarak adlandırılan tutarlı bilişsel, duygusal ve davranışsal kalıplara yol açan bireyler arasındaki farklılıkları incelemek için ortaya çıkmıştır (Costa ve Widiger, 2002). Allport ve Odbert tarafından 1936 yılında kişilik üzerine yapılan çalışmalarda kişiliği tanımlamak için kişiler arası davranışları ayıran 18000 kelimelik sıfatlar listesi oluşturulmuştur (Erciş ve Deniz, 2008). Benzerlikler yerine “istikrarlı, tutarlı bireysel farklılıklar” üzerine çalışılmalar yapılmıştır (Öncül, 2008). Cattell (1946), kaç tane temel kişilik özelliğinin bulunduğunu keşfetmek için çalışmalarını sürdürmüştür ve 16 kelimelik kişilik özelliklerini yansıtan yeni bir sıfat liste oluşturmuştur. Bu sıfatlar; sıcakkanlılık, mantıklılık, duygusal kararlılık, üstünlük hissi, neşeli olma, kural bilinci, sosyal cesaret, hassaslık, tedbirlilik, dalgınlık, hususiyet, endişeli olma, değişikliğe açıklık, kendi kendine yetebilme, mükemmelliyeçilik ve gerginlik olarak belirtilmiştir. Araştırmacılar hangi özelliklerin birbiriyle grup oluşturduğunu belirledikten sonra bu yaklaşımı büyük beşli olarak adlandırmışlardır. BFM birçok yönden eleştirilmiştir, ancak yaklaşımın diğer teorik temellere uygunluğu ve modelin kişilik alanındaki birçok araştırmanın temeli olarak oluşturulması, Büyük Beş'e olan inancın artmasına neden olmuştur (McCrae ve Costa, 2003). Bu büyük beş faktör; nevrotiklik (duygusal denge), dışa dönüklük, açıklık, uyumluluk (geçimlilik), özdisiplindir boyutları ile tanımlanır (Somer ve Goldberg, 1999).

Nevrotiklik: Beş faktör modelinin ilk boyutu olarak ele alınan nevrotiklik, suçluluk, sinirlilik, hüznün ve korku gibi olumsuz duygular içinde olunmasıdır. Duygusal değişimleri çok yoğun yaşarlar. Nevrotik bireyler, endişeli, güvensiz, içine kapanık, gergin, duygusal yetersizdirler. Nevrotik bireyler çatışmayı azaltıcı ve çatışmadan kaçınmacı bir tutum izlerler, uzlaşmacıdır (Basım, Çetin ve Tabak, 2004).

Dışa dönüklük: Beş faktör modelinin ikinci boyutu dışadönüklüktür. Bu boyutun bir ucunda aşırı dışa dönükler, diğer ucunda ilse aşırı içe dönükler bulunur. Dışa dönük boyutunda bulunan kişiler, diğerleri ile birlikte olmak isteyen enerjik, sıcakkanlı, konuşkan, girişken ve iyimser insanlardır. İçe dönükler genellikle dışa dönük özelliklerini göstermezler ama asosyal ve enerjisi olmayan kişiler değillerdir. İçe dönük özellikleri olan kişilerde, dışa dönüklerde olan yaşamsal enerji yoktur. Onlar dış dünyada olmak yerinde kendi iç dünyalarında kalmayı isterler (Burger, 2016; Erciş ve Deniz, 2008).

Açıklık: Üçüncü kişilik boyutu olarak ele alınmıştır. Aklın temel boyutunu yansıtır ve kişilik yapısının entelektüel, sofistike, yaratıcı, yenilik arayışı ve esnek bölümünü tasvir eder (Öncül, 2008). Yeni deneyimlere açıktırlar, merak eder ve araştırırlar, estetik değerlere önem verirler (Turner, 2003). Yaratıcı, analitik, başka görüşlere açık ve duyarlı kişilerdir. Boyutun diğer ucunda ise geleneksel, tutucu, gerçekleri katı bir şekilde savunan, ilgisiz kişiler vardır (Demirci, Özler ve Girgin, 2009).

Uyumluluk: Uyumlu kişilik özellikleri güvenilir olma, yumuşak başlı olma, açık sözlülük, fedakârlık, alçak gönüllü olma olara sıralanabilir (Bono, Boles, Judge ve Lauver, 2002). Bireylerin kişiler arası ilişkilerdeki özelliklerini gösterir. Diğerleri ile birlikte olmak isterler ve uyum sağlarlar (Erciş ve Deniz, 2008). Bu boyutta yer alan bireylerin kendinden önce başkalarını düşünme, diğerleri ile ilişkilerinde alttan alma ve sakinleştirme eğilimi, sempatik davranma, sıcakkanlı, nazik ve saygılı olma gibi özellikleri vardır. Boyutun diğer ucundaki bireyler ise kavgacı, diğerlerine karşı ilgisiz, benmerkezci ve kıskanç olma eğilimleri vardır (Bitlisli, Dinç, Çetinceli ve Kaygısız, 2018). Uyumluluk, kişilerarası stratejilerle ilişkilidir, çünkü sosyal etkileşimlerin kalitesi, yüksek derecede uyumlu bireyler için birey merkezli hedeflerden daha önemlidir (Öncül, 2008).

Özdisiplin (Sorumluluk): Modelin son boyutu olarak ele alınan özdisiplin ise bireylerin dürtülerini kontrol etmesidir (Bitlisli ve diğerleri, 2018). İtaatkârlık, düzenlilik, dakiklik, disiplin, sorumluluk sahibi olma, başarıya odaklanma gibi özelliklerle ilişkilidir. Aynı zamanda azimli, hırslı, başarı yönelimli bireylerdir. Özdisiplin kişilik özelliğinin öğrenme ve sosyalleşmenin bir sonucu olduğu ve değerlendirici bir yönünde bulunduğu ifade edilmektedir (Liebert ve Spiegler, 1990). Bununla birlikte özdisiplin kişilik tipindeki bireylerin arkadaşlık ilişkilerinde daha başarılı oldukları görülmektedir (Jensen-Campbell ve Malcolm, 2007). Diğer yandan bu bireyler, işkolik ve mükemmeliyetçi olma gibi olumsuz yanları olabilir. Sorumluluk duygusu yüksek bireyler, daha planlı, disiplinli,

gayretli ve mantıklı tepkiler vermeye eğilimlidirler. Bu bireyler her yapıda başarı kazanabilirler. Görevin sorumluluklarına bağlı, problemle karşılaştıklarında sorumluluk almaya ve inisiyatif kullanmaya isteklidirler. Bireyin özdisiplini ve sabrı aldığı görevleri başarı ile tamamlamasını sağlar (Bitlisli ve diğerleri, 2018).

BFKM, kişilik özelliklerini kişilikteki bireysel farklılıkları dikkate alarak sınıflandırmaktadır. Model, kişilik özelliklerindeki bu farklılıkların dünyada konuşulan her dildeki sözcüklere yansiyarak sınıflandırma oluşturulabileceği temeline dayanır (Yıldırım, 2003). Digman (1990), beş faktörün bugüne kadar birçok dilde yapılan çalışmalarda kullanılmasının, beş faktör ile kişiliğin temel bir yapısını kapsamasından kaynaklandığını belirtmektedir. Farklı dil gurupları ile yapılan çalışmalar karşılaştırıldığında BFM'nin genellenebilirliğini kuvvetlendirildiği görülmüştür (Somer, 1998).

2. 4. Stres

2.4.1. Stresin Tanımı ve Tarihçesi

İçinde bulunduğumuz yüzyılın başından bu yana tıp dünyasında birçok (çiçek, veba, difteri vb.) hastalıkla mücadele yolları bulunmuştur ve bu hastalıklar artık korku yaratmamaktadır. İnsan yaşam süresi önemli ölçüde uzamış ve yaşam kalitesi yükselmiş olmasına rağmen hastaneler hala dolup taşmaktadır. Bunu nedeni 20. yüzyılın hastalıklarının insanı hemen öldürmeyip, hayatını karartacak şekilde her an varlığını hissettirmesidir. Farklı alanlarda çalışan birçok bilim insanına göre, insanın verimliliğini düşüren ve hayattan aldığı sevki azaltan, duygusal ilişkilerden uzaklaştıran bu durum strestir (Baltaş ve Baltaş, 2018).

Stres kavramı, 17. yüzyılda kullanılan, Latince bir kavram olan zorlanma, gerilim, baki anlamında kullanılan “stringere” kelimesinden gelmektedir (Palmer, 1992). Günümüzde stres üzerinde birçok tanım yapılmıştır. Stres kavramını açıklayan öncü isimlerden Hans Selye'ye (1976) göre stres; istenmeyen durum yaratan uyaran karşısında vücudun verdiği tepkidir. Başka bir yaklaşım ise; kişiyi rahatsız eden uyarana uyum sağlamak için kişinin geliştirdiği tepkiler olarak tanımlanmaktadır (Torun, 1996). Dolayısıyla stres, organizmanın fizyolojik ve psikolojik olarak tehdit altında kalması ve zorlanması

sonucunda ortaya çıkan durumdur (Kagan ve Lennar, 1974). Öte yandan Cüceloğlu (1999) stresi, bireyin fiziksel ve sosyal çevresinde karşılaştığı olumsuz durumlardan dolayı, bedensel ve psikolojik açıdan yüksek düzeyde harcadığı çaba olarak tanımlamaktadır. Lazarus ve Folkman'a (1984) göre ise stres kişi ile çevrenin etkileşiminden doğmaktadır. Stresi, bireyin çevre kaynaklı bir olayı kendi başa çıkma kaynaklarının üzerinde, iyi oluş bütünlüğünü için tehlike içeren bir tehdit olarak algılamasından dolayı başlayan, birey ve çevre arasındaki ilişki sonucunda ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik bir süreç olarak tanımlamaktadırlar. Başka bir yaklaşıma göre stres, canlı organizmasına giren veya çıkan bilgi ya da enerjinin yetersiz veya fazla olması ile uyum sağlamaması halinde, dengenin bozulduğuna ilişkin canlı sisteminin verdiği, varoluşsal bir işarettir (Steinberg ve Ritzmann, 1990).

2.4.2. Stresin Kaynakları

Günümüzde dünya hızla değişmekte ve gelişmektedir. Bu değişme ve gelişmelerle birlikte insan yaşamında gerçekleşen değişimler bireylerde stres oluşturmaktadır (Yıldırım, 1991). Strese verilen tepkilere ortam sağlayan koşullar ise potansiyel psiko - sosyal stres kaynakları olarak değerlendirilmiştir (Lazarus, 1971). "Eşin ölümü, boşanma, ayrı yaşama, bir yakının ölümü gibi faktörler çeşitli derecede strese neden olmaktadır (Yıldırım, 1991). Holmes ve Rahe'nin geliştirdiği değişik yaşam olayları listesi Türkiye'de Sorias (1982) tarafında uyarlanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2

Türkiye’de ve ABD’de değişik yaşam olaylarının ağırlıklı puanları

No	YAŞAM OLAYLARI (TÜRKİYE)	DEĞER	No	YAŞAM OLAYLARI (ABD)	DEĞER
1	Çocuğun ölümü	92	1	Eşin ölümü	100
2	Eşin ölümü	90	2	Boşanma	73
3	Eş tarafından aldatılma	87	3	Eşten ayrı yaşama	65
4	Anne ve babanın ölümü	87	4	Hapis	63
5	Hapse mahkûm olma	86	5	Yakın bir akrabanın ölümü	63
6	Çocuğun ağır biçimde hastalanması ya da sakatlanması	85	6	Yaralanma ya da hastalık	53
7	Evlilik dışı hamilelik	83	7	Evlilik	50
8	İstemediği evliliği yapma	79	8	İşten ayrılma	47
9	Eşin ağır hastalığı, kaza veya yaralanması	78	9	Eşle barışma	45
10	Anne-baba geçimsizliği veya ayrılma	77	10	Emeklilik	45
11	Ağır hastalık, kaza, yaralanma	75	11	Bir akrabanın hastalanması	44
12	Boşanma	73	12	Hamilelik	40
13	Büyük ölçüde borçlanma	72	13	Cinsel sorunlar	39
14	Hakkında kötü söylentiler çıkarılma	72	14	Aileye yeni bir üyenin gelmesi	39
15	Evlilik dışı ilişkiye girme	68	15	İşe uyum	39
16	Çocuk düşürme veya düşük yapma	68	16	Mali durumda değişiklik	38
17	Yakın dostun ölümü	66	17	Yakın bir arkadaşın ölmesi	37
18	İstenmeyen gebelik	65	18	Yeni bir iş alanına geçme	36
19	Anne-baba ile anlaşmazlık ve onlardan baskı görme	64	19	İpotekli malı kaybetme	30
20	Çocuğun okul başarısızlığı	62	20	İş sorumluluklarının değişmesi	29
21	Nişanlıdan ayrılma	58	21	Oğul ya da kızın evden ayrılması	29

Tablo 2’de görüldüğü gibi yaşam olayları listesine göre ABD’de stres yaratan yaşam olaylarında eşin ölümü ilk sırayı alırken, yaralanma ya da hastalık altıncı sıra bulunmaktadır. Türkiye’de ise ilk sırada çocuk ölümü, ikinci sırada eşin ölümü, hastalık ise on birinci sırada yer almıştır.

2.4.3 Stresin Bedensel Boyutu

İnsan beyni çağımızın hızla gelişen ve değişen problemlerine uyarken, insan bedeni bu konuda geri kalmakta ve geliştirdiği tepki zincirlerini kullanmaya devam etmektedir. Tehditler karşısında bireyin kendini korumak için geliştirdiği bu tepki zincirleri olan “savaş veya kaç” özelliğini harekete geçirmektedir (Baltaş ve Baltaş, 2018).

Kayır (2014), stresin bedensel boyutlarını aşağıdaki gibi ifade etmektedir.

- Stresin bedensel tepkileri stres türüne göre farklılık göstermez. Bu bedensel tepki organizmanın hayatına sürdürmeye yönelik otonom sinir sistemi tarafından verilir.
- Mücadeleye gerekli enerji sağlamak için depolanmış yağ ve şeker kana karışır
- Bedenin oksijen ihtiyacını karşılamak için solunum sayısı artar.
- Kan basıncı yükselir ve kalp atım sayısı artar böylece bedenin gerekli bölgelerine kan takviyesi yapılır
- Yaralanmalara karşı kan kaybını azalmak için kan pıhtılaşma mekanizması devreye girer.
- Kas gerilimi artar
- Sindirim sisteminde yavaşlama olur
- Göz bebeklerinde büyüme gerçekleşir.
- Hipofiz bezi uyarılarak iç salgı sisteminin etkinliği artar, böbrek üstü bezinden adrenalin–noradrenalin salgılanır. Çeşitli fiziksel ve psikolojik stres etkenleri bu tepki örüntüsünü tetikler.

2.4.4 Stresin Psikolojik Boyutu

Stres kavramı, strese yol açan olaylar ile bu olaylar karşısındaki bireyin psikolojik durumu ile birlikte değerlendirilmedir (Baltaş ve Baltaş, 2018). Stres yaratan durum ile karşılaşan bireyin nasıl tepki verdiği göre stres tepkisi ortaya çıkar. Diğer bir ifadeyle, stresin ortaya çıkması için kişi ve stres yaratan durumun etkileşimi gerçekleşmelidir (Baltaş ve Baltaş, 2018). Dolayısıyla, stres yaratan bir durumun her bireyde bir takım duygusal tepkilere yol açacağı anlamı çıkartılabilir (Yıldırım, 1991). Ancak aynı stres kaynağı, her bireyde farklı tepkilere yol açar. Stres yaratan bir durumun birey tarafından nasıl anlandırıldığı önemlidir. Bireyin stres yaratan durumu nasıl algıladığına göre

yaşadığı stresin derecesi değişmektedir. Çünkü, her bireyin stres yaratan olayları algılamaları ve bu stres kaynaklarına ilişkin oluşturdukları düşünce ve inanç kalıpları değişiklik göstermektedir (Özer, 1998).

Lazarus'un zihinsel psikoloji üzerine yaptığı çalışmalarda stres durumunu tanımlamayı sağlayan faktörleri birincil değerlendirme ve ikincil değerlendirme sistemleri olarak belirlemiştir (Ülev, 2014). Birincil değerlendirme de kişi, değerleri, hedefleri, yükümlülüklerine ve öz saygıya yönelik potansiyel bir zarar ya da yararın varlığını değerlendirmektedir (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis ve Gruen, 1986). İkincil değerlendirme; kişi, stres kaynağını önlemek ya da stres yaratan durum üstesinden ile başa çıkabilmek için yapılabilecekleri değerlendirmektedir. Durumu değiştirme ya da kabullenme, dürtüsel davranmaktan kaçınma gibi çeşitli başa çıkma yöntemlerini değerlendirmektedir. Birincil ve ikincil değerlendirmeler için, birey ve çevre arasındaki etkileşimin, iyi oluş için kabul edilebilir mi yoksa tehdit içeren mi olduğuna karar verme ortak noktalarıdır (Folkman ve diğerleri, 1986).

2.4.5. Stresi Açıklayan Kuramlar

Psikanalitik kurama göre stres, tehdit içeren bir durum karşısında verilen tepkileri kabul edilebilir objektif kaygı ve orantısız nevrotik kaygı olarak değerlendirilir. Kaygı, fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikeler karşısında bireyi uyarma, gerekli olan uyumu sağlama ve yaşamı sürdürebilme becerilerine katkıda bulunur. Freud'a göre nevrotik kaygı, kişinin kabul etmekte zorlandığı id dürtüleri ile ego ve süperego kısıtlamaları arasındaki bilinçdışı çatışmalardan kaynaklanmaktadır. İçgüdülerden gelen tehlikenin algılanması ile oraya çıkmaktadır. Psikanalitik kurama göre her bireyde bilinç dışı çatışmalar vardır ancak bazı bireyler için bu çatışmalar daha çok ve ağırdır. Bu nedenle bireyler tarafından yaşamlarındaki stres yaratan durumlar daha fazla olarak algılanır (Akvardar ve diğerleri, 2006; Gençtan, 1984).

Diğer taraftan, davranışçı yaklaşım, bireylerin stres yaratan durumlara verdikleri tepkileri kişilerin öğrenme tarzları ile açıklamaya çalışmıştır. Bireyler geçmişte yaşadıkları stres yaratan belli durumlar karşısında korku ve anksiyete ile tepki gösterebilirler. Bazı fobiler bu türden klasik koşullanma ile gelişir (Atkinson ve diğerleri, 2002). Lazarus (1976), stresin kişi ve çevre ile ilişkili bilişlere göre değiştiğini öne sürmektedir.

Bilişsel kurama göre ise stres, kişinin olayları kendi kaynaklarını aşan ya da zorlayan ve

iyi oluşunu tehlikeye atan şekilde gördüğünde ortaya çıkmaktadır (Cervone ve Pervin, 2016). Abramson, Seligman ve Teasdale'e (1978) göre bireyin, stres yaratan durumlar karşısındaki kontrolsüzlüğü kendilik değerinde bozulmalara yol açmakta ve öğrenilmiş çaresizlik durumunda bu bozulma daha da fazla olmaktadır. Öğrenilmiş çaresizlik bireyin herhangi bir davranışın sonucunu kontrol edemediğini öğrenmesi, başka bir durumda olayın sonucunu kontrol edebileceği halde başarıya götürecek seçenekleri değerlendirememekte, bir başarısızlık beklentisine ve başarmak için gerekli olan davranışları göstermemesine ve düşünsel sürecinde tıkanıklık oraya çıkmasına neden olabilmektedir (Abramson, Garber ve Seligman,1980).

2.4.6. Stresle Başa Çıkma

Stres insanın dışındaki çevresel şartlardan ve dünyayı algılayış biçiminden kaynaklanmaktadır. Stres ile başa çıkmak, psikolojik ve fiziksel bütünlüğü korumak ve yaşam kalitesini yükseltebilmek için gereken beceriler ile sağlanmaktadır (Baltaş ve Baltaş, 2018). Başa çıkma ile ilgili ilk tanımlamalarda, ruhsal ve bedensel hastalıkları azaltmak için rahatsız edici dış faktörleri kontrol etmeye yarayan öğrenilmiş davranışlar olarak nitelendirilmiştir. Başa çıkma; içsel ve dışsal talepleri ya da aralarındaki çatışmayı azaltmak ya da tolere edebilmek için, bireyin kaynaklarını geliştiren ya da tüketen bilişsel ve davranışsal çabalarıdır (Folkman ve Lazarus, 1980). Psikoanalitik kuramda ise başa çıkma, stresi azaltma ya da stres yaratan durumu ortadan kaldırmak için sağlıklı düşünce ve davranışlar olarak tanımlanmıştır (Yöndem, 2015). Lazarus (1976), başa çıkmanın uyumla benzerlik gösterdiğini ve problem çözme olarak düşünülebileceğini belirtmiştir. Lazarus ve Folkman'a (1984) göre başa çıkma, "kişinin, kaynaklarını tükettiğini ya da aştığını düşündüğü belirli iç ya da dış taleplerin üstesinden gelmek için sergilediği, sürekli olarak değişen bilişsel ve davranışsal çabalarıdır".

Baş çıkma, stres karşısında tepki gösterme, eyleme geçirme sürecini içermektedir. Başa çıkma sürecinde, kişinin tehdit edici duruma bilişsel, duygusal ya da davranışsal olarak bulunarak baş etme stratejilerini uygulaması beklenir (Yöndem, 2015). İnsanlar tehdit içeren durumlarla karşılaştıklarında yaşadığı kaygı ile başa çıkabilmek için ortak yeteneklere sahiptirler. Ancak süreci nasıl değerlendirdiği, becerilerini nasıl kullandığı ve bunların kişisel farklılıkları ile olan etkileşimi karakter özelliklerini nitelendirmede önemli etkiye sahiptir (Burger, 2016).

2.4.6.1 Başa çıkma stratejileri

Kişi, strese yol açan olayların yarattığı rahatsız edici duyguları azaltmak veya ortadan kaldırmak için bazı davranışlar geliştirir. Stresli durumlar, insanları çatışma ile başa çıkmak için farklı bilişsel ve davranışsal faaliyetlerde bulunmaya yönelebilmektedir. Bireyin bu strese yol açan durumla uğraşma sürecine başa çıkma denir. Yani “başa çıkma”, birey için strese sebep olan olay ya da durumlara direnmek için gösterdiği bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkileri bütünü olarak tanımlanabilir (Atkinson ve diğerleri, 2002; Folkman, 1984).

Stres sadece çevresel bir olay ya da bireyin bir olaya duygusal ve davranışsal yanıtı değil, kişiye çevre arasındaki etkileşim olarak değerlendirilir. Kişi, çevresinin onu başa çıkma kaynaklarını zorladığını ve bu nedenle güvenliğini ya da sağlığını tehdit ettiğini düşündüğünde stresi yaşamaya başlamaktadır (Dewan, Steenbarget ve Greenber, 2004).

Bireyin başa çıkma yöntemlerini, diğer bireyler ile ilişkileri, olumlu benlik kavramı gibi kişiliğin bir takım yönleri ve sosyal destek kaynakları oluşturmaktadır (Şahin ve Durak, 1995). Başa çıkma stratejileri kişilerin problem ile karşılaştıklarında kullandığı başa çıkma yöntemlerini kapsamaktadır. Başa çıkma yöntemleri bireylerin tercihlerinin inançlarının ve değerlerinin bir yansımasıdır (Şahin ve Durak, 1995). Öğrenilmiş bir davranış olan stresle başa çıkma bireye ya da duruma göre farklılık gösterebilmektedir. Etkili başa çıkma yöntemi kullanan kişiler; kaçınma davranışın bulunmaz, yaşanan durumla yüzleşerek çözüm yolları düşünür ve gerektiğinde yardım talebinde bulunurlar (Şahin, 1994).

Bireylerin başa çıkma yöntemleri yaşa, cinsiyete, kültürel değerlere ve var olan hastalık gibi çeşitli etkenlere göre değişebilmektedir (Ağargün, Beşiroğlu, Kıran, Özer ve Kara, 2005). Bireyin kişisel kaynakları, değer ve inançları, problemleri çözme şekli, sosyal ilişkileri ve maddi olanakları stresle başa çıkma becerilerini belirlemede önemli role sahiptirler (Lazarus ve Folkman, 1984). Başa çıkma süreci; problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma olarak iki şekilde gerçekleşir (Atkinson ve diğerleri, 2002).

Problem odaklı başa çıkma, stres kaynağını ortadan kaldırmaya ya da etkisini azaltmak için yapılan davranışlardır. Sorunu tanımlamak ve sıkıntı yaratan durumu doğrudan çözmek için yeni yollar sunmak gibi eylemleri kapsar. Birey hatalı davranışlarını veya dış kaynakları değiştirmeye çalışır. Kişiler stres kaynağının kontrol edilebileceklerini

düşünür ve harekete geçerler (Lazarus ve Folkman, 1984). Bireylerin stresli olarak algıladığı sorun ya da durumda bazı şeyleri değiştirmeye ya da gelecekte ondan kaçınacak bir yol bulma çabasında olur. Problem odaklı yaklaşıma yönelik yollar olarak; eylemlerde bulunmak, başkalarından destek istemek, manevi inançlar ve pozitif yeniden yapılandırma yoluyla bir anlam aramak sıralanabilir (Yılmaz, 2014).

Duygu odaklı başa çıkma, stres yaratan olay karşısında oluşan, bireye zarar veren duyguların kontrol edilmesi ve olumlu duygulara yönlendirilmesini sağlar. Kişiler stres yaratan durum karşısındaki olumsuz duyguları kontrol edebilmek için duygu odaklı başa çıkma stratejilerine başvururlar (Lazarus ve Folkman, 1984). Stresin yarattığı duygusal gerginliği azaltmaya yönelik duyguları düzenleme, düşüncelerde değişim yapma ve davranışsal bazı çabaları içermektedir. Bu tür bir başa çıkma yöntemi kullanmak sorunun varlığını kabul etmek ve yapıcı çabalara yönelmek yerine, duygusal olarak rahatlamaya yöneliktir (Yöndem, 2015).

İnsanlar yaşamı boyunca değişik türlerde tehdit edici veya stres yaratan durumlarla karşılaşabildiği için, her birey kendi üzerinde işe yaradığını düşündüğü stratejiyi geliştirmektedir (Burger, 2016). Freud, insanların başa çıkma için kullandıkları stratejileri bilinç dışı savunma mekanizmaları olarak adlandırmıştır. Savunma mekanizmaları stres yaratan durumla daha doğru başa çıkma becerisini geliştirene kadar bireylere yardımcı olmaktadır (Atkinson ve diğerleri, 2002).

Diğer bir başa çıkma stratejisi ise Freud tarafından ortaya konulan Ego Savunma Mekanizmalarıdır (ESM). En temel savunma mekanizması olan bastırma, stres yaratan düşünce ve duygunun bilinçten uzaklaştırılmasıdır. Bazı duygu ve düşünceler hiçbir zaman bilinç düzeyine ulaşamazlar, bazıları ise bilinçli olarak yaşadıkları halde ego tarafından uygun görülmedikleri için bilinçten uzaklaştırılırlar. Bilinç düzeyine ulaşması engellense de bu stres yaratan düşünceler gerçekte unutulmazlar. Bastırma savunma mekanizması kişiye tehlikeli isteklerini denetim altında tutmada ve beklenmeyen olayların ilk etkilerini hafifletmeye yardımcı olur (Gençtan, 1984).

Diğer bir ESM ise akla uydurma, mantıksal ve sosyal olarak arzulanabilir dürtülerden, akılcı olduğunu düşünerek yapılan şey uğruna feragat etmek olarak tanımlanır. Akla uydurma, hedefe ulaşıldığında uğranan hayal kırıklığını azaltır ve kişiye davranışı için kabul edilebilir dürtüler sağlar (Atkinson ve diğerleri, 2002). Akla uydurmada, insanlar olan bir düşünce ya da durumu basitçe inkâr etmezler; onun varlığını kabul ederler ancak

altında yatan güdüyü çarptırırlar ve davranışı uygun, kendisi için ve sosyal açıdan kabul edilebilir şekilde yeniden yorumlarlar (Cervone ve Pervin, 2016).

Üçüncü olarak ele alınan ESM karşıt tepki oluşturmada, suçluluk duygusu yaratan tehlikeli istekler olduğunda bunların baskı altında tutulması zorlaştığı zaman, kişi bu isteklerin tam karşıtı olan bilinçli tutumlar ve davranışlar geliştirerek kendini korumaya çalışır (Gençtan, 1984). Kişi kabul edilemez bir dürtü ya da düşüncenin karşı düşüncesini benimseyerek kendini savunur. Toplum tarafından kabul edilmeyen uygunsuz davranışlarda görülür (Cervone ve Pervin, 2016).

Yansıtma ego savunma mekanizması ise, kişi kendi eksiklik ve yanlışlarının sorumluluğunu ya da suçunu başkalarına yüklemesidir (Gençtan, 1984). Bireyler kendilerinde bulunan olumsuz özelliklerini kabul etmezler ve onları başkalarına yansıtarak kendilerini savunurlar. Yasıtma savunma mekanizmasına göre insanların kendilerindeki sevmedikleri bazı özellikleri üzerinde kafa yorma eğilimlerinin onları yansıtma kullanmaya ittikmektedir. Kişiler başkalarının eylemlerini yorumlarken, kendi aklındaki kavramlarla bu yorumlamayı yapar ve kendi ile ilgili olumsuz özellikleri karşısındakine yansıtmiş olur (Cervone ve Pervin, 2016).

Başka bir ESM olan entellektüelleştirme, strese sebep olan olaydan, soyut kavramlar, entelektüel kelimeler kullanarak uzaklaşmak için kullanılan savunma yöntemidir. Bu tarz savunma, rutin yaşamında ölüm kalım işleri, kronik hastalıklar gibi sorunlara uğraşma zorunda kalan kişilerin sıklıkla kullandığı bir başa çıkma yoludur (Atkinson ve diğerleri, 2002).

Sık kullanılan ego savunma mekanizmalarından biri olan inkâr etme (yadsıma), kişi için hoş olmayan bir gerçeklikle yüz yüze geldiğinde, bu gerçeğin varlığını inkâr etmesidir. Yani bilinçli düşüncelerinde travmatik bir gerçeğin varlığının reddedilmesidir. Ölümcül hastalığa yakalanan bir kişi gerçekliğin verdiği acıya dayanamayacağı için, ciddi bir sorunla karşı karşıya olduğunu kabul etmeyerek, bir savunma mekanizması olan inkâr a başvurarak sorunla başa çıkmaya çalışır. Ağır bir kriz durumuyla karşı karşıya gelen bir kişiye inkâr gerçeğe yüzleşmek için zaman kazandırır. Gerçeğin inkârı, insanların çoğunlukla bir tehdidin varlığını farkına varmaktan kaçındıklarında gözlemlenir (Atkinson ve diğerleri, 2002; Cervone ve Pervin, 2016).

Son olarak ele alınan ESM ise yer değiştirme, kabul edilemez dürtünün kısmen tatmin edilerek yerine getirilmesidir. Tatmin edilemeyen bir dürtü yer değiştirme mekanizması

aracılığı ile yeni bir kanala yönlendirilerek kısmen tatmine edilir hale gelir. Freud yer değiştirme cinsel ve saldırgan dürtülerle başa çıkmanın en tatmin edici yolu olduğunu düşünür. Temel dürtüler değiştirilemez ancak bir dürtünün yöneldiği nesne değiştirilebilir düşüncesini savunur (Atkinson ve diğerleri, 2002).

2.4.6.2. *Kanser ve başa çıkma*

Kanser gibi kronik seyirli hastalıklar ve tedavisi bireyi acı, huzursuzluk, çaresizlik ve belirsizlik gibi stres yaratan sonuçlarla karşı karşıya bırakmaktadır. Ayrıca kronik bir hastalıkla yaşamak, hastalığın yükümlülüklerini gerçekleştirirken yeni becerilerin öğrenilmesini ve yeni günlük yaşam biçimine uyumu gerektirmektedir (Tunç, 2014). Stres yaratan durumun devam eden etkisi uyum sağlamaya çalışmak, vücudun yaşamsal kaynaklarını tüketir ve onu hastalıklara karşı daha zayıf hale getirir. Sempatik sistemin ve adrenalkortik sistemin sürekli ve uzun süreli stres kaynaklı aşırı uyarılması organ sistemlerinde hasara yol açabilir. Duygusal stresin fiziksel hastalıkların birçoğunda yadsınamaz bir etkiye sahiptir. Stres bağışıklık sisteminin hastalıkla savaşmasını olumsuz yönde etkileyebilir (Atkinson ve diğerleri, 2002). Hastalıkların çoğunun oluşumunun ve hastalıkların şiddetinin yaşamsal stres ilişkili olduğu bilinmektedir. Sürekli olarak stres veren bir durum, beraberinde duygusal bir tepki doğurur. Kanser gibi ölümcül bir tehdit içeren hastalık karşısında hasta olan birey üzüntü, çaresizlik ve geleceğe dair umutsuzluk hisseder (Baltaş ve Baltaş, 2018).

Kanser hastalarında stres, özellikle tanı süreci, hastalığın tekrarlama, yeni bir tedavi sürecine girmek, ameliyat, uzun süren tedavinin sonlanması ve ileri hastalık dönemi gibi önemli dönemlerde kendini gösterir (Özkan, 2007). Levy ve Heiden (1991), meme kanseri tanısı almış kadınlar ile yaptıkları araştırmada, olayların üzerinde denetim eksikliği yaşadıklarını hisseden ve kötümser yaklaşımı olanların, tanı aldıktan beş içinde yeni tümörler geliştirmelerinin olasılığının arttığını saptamışlardır.

Hastalığın anlamı, hastalığın bilişsel görüntüsüdür. Kişiler, ölüm tehdidi içeren bir hastalık olan kanser tanısı aldıklarında bilişsel modeller oluşturarak tepkilerini belirler (Petrie ve Weinman, 2006). Hastanın hastalığı algılayışı ve değerlendirmesi sonucunda verdiği duygusal ve davranışsal tepkileri başa çıkma şeklini belirleyen bir faktördür (Kocaman, Kutlu, Özkan ve Özkan, 2007). Kanser tanısı almış bireyler hastalığın yarattığı stresle başa çıkmak için başkalarından duygusal destek alma davranışını da

kullanmaktadırlar ve bu destek duygusal ve fiziksel olarak stresle başa çıkmalarına yardımcı olmaktadır (Kayır, 2014). Levy ve diğerleri, (1990) mastektomi olmuş kadın meme kanseri hastalarla yaptıkları çalışmalarında başkalarından sosyal destek alan kadınların bağışıklık sistemlerinin daha iyi olduğunu sonucunda ulaşımlardır.

Kanserle başa çıkma ile ilgili literatürde mücadele ruhu ve ketleme gibi bireysel başa çıkma stratejileri üzerinde durulmuştur. Pozitif olma ve mücadele ruhuna sahip olmak kanserle başa çıkmada başarılı başa çıkma stratejileri olarak değerlendirilmiştir. Kanser tanısı almış bir birey için sosyal çevresindeki pozitif inanış, başa çıkmalarında oldukça yardım edicidir. Baş etme sürecinde olumlu duygulara odaklanma bireye karşılaştığı tehdit edici durumdan kurtulabilmek için mücadele isteğini ve direncini artırır (Kayır, 2014).

2.5. Kanser Hastalarında Hastalık Algısı, Kişilik ve Stresle Başa Çıkma ile İlgili Yurt İçinde Yapılmış Çalışmalar

Bu kısımda Türkiye’de kanser hastalarında hastalık algısı, kişilik ve stresle başa çıkma ilişkisinin incelendiği çalışmalara ve hastalık algısı, kişilik ve stresle başa çıkma konusunda yapılmış araştırmalara yer verilmiştir.

Tunç’un (2014), meme kanserli hastalarda, hastalık temsilleri, başa çıkma stratejileri, kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi konulu doktora tez çalışmasının örneklemini Mersin ve Adana illerinde yaşayan 103 meme kanserli kadın oluşturmuştur. Yapısal eşitlik modeli (YEM) kullanılarak analiz edilmiştir. Meme kanseri tanısı almış kadınların hastalık algıları, problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma stratejileri ile kaygı ve depresyon düzeyleri arasında pozitif anlamlı ilişki saptanmıştır.

Kayır (2014), onkoloji hastalarının hastalık algısı ve stresle baş etme adlı tez çalışmasında Anadolu Sağlık Merkezi John Hopkins’te tedavi gören 163 kanser hastası ile çalışmıştır. Stresle başa çıkmada iyimser yaklaşım kullananların hastalık algısı süre döngüsel boyutu arasında negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kendine güvenli yaklaşımı kullananların hastalığı daha akut bir tabloda gördükleri bulunmuştur. Başetmede çaresiz yaklaşımı kullanan hastalarda hastalığın daha kronik algılandığı görülmüş ve tedavi kontrolü ile negatif ilişki saptanmıştır. Boyun eğici yaklaşımla HAÖ ile arasındaki ilişki incelendiğinde ise sonuç ve kişisel kontrol arasında negatif, süre (döngüsel) alt boyutu

arasında ise pozitif ilişki saptanmıştır.

Kayış (2009), yüksek lisans tez çalışmasında, kanser hastalarının hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyleri incelemiştir. Araştırmanın örneklemini Özel Acıbadem Kozyatağı Hastanesi Onkoloji Bölümü, ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi görmekte olan 90 kanser hastası oluşturmuştur. Erkek hastaların kadınlara göre umutsuzluk düzeyi puanları daha yüksek çıkmıştır. Akciğer kanseri tanısı almış hastalarda diğer kanser gruplarındaki hastalara göre hastalığı daha kronik buldukları ve daha fazla negatif etkilerini hissettikleri bulunmuştur. Stresi hastalığın nedeni olarak görenlerin umutsuzluk puanları göremeyenlere göre daha yüksek olduğu ve daha yaşlı hastaların hastalığı kronik olarak algıladığı, kişisel ve tedavi kontrolünün azaldığı ve duygusal etki arttıkça umutsuzluk düzeyinin arttığı görülmüştür. HAÖ alt boyutları karşılaştırıldığında; sonuçlarla hastalık belirtisi ve süre arasında pozitif ilişki bulundu. Tedavi kontrolü ile süre arasında negatif, kişisel kontrol arasında pozitif ilişki, hastaların tedavi kontrolü arttıkça kişisel kontrolünün arttığı ve süre uzadıkça tedavi kontrolünün azaldığı, hastalığın döngüsel seyri ile hastalık belirtisi ve sonuçlar arasında pozitif ilişki saptandı. Duygusal temsiller ile süre ve sonuçlar arasında pozitif ilişki saptanmıştır.

Zengi (2018), 203 hematoloji hastasının hastalık algısını incelediği çalışmasında, veri toplama aracı olarak "Hasta Bilgi Formu" ve "Hastalık Algısı Ölçeği" kullanılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, hastaların yaşı, eğitim seviyesi, mesleği, medeni durumu, hastalık tanı zamanı, psikolojik destek ve kemoterapi alıp almama gibi değişkenlerin, hastalık algısını etkilediği ortaya konulmuştur.

Kanser oluşumuna kişilik özelliklerinin etkisini ve kişiliğin kanser türleri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaya onkoloji servisleri ve polikliniklerine müracaat eden 50 kadın ve 50 erkek kanserli grup ve 47 kadın, 46 erkek kontrol grubu olmak üzere 193 kişi çalışmaya alınmıştır. Çalışmada verilerin elde edilmesinde Hacettepe Kişilik Envanteri (HKE) kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre HKE'nin kişisel uyum alt ölçeklerinden kendini gerçekleştirme (KG) ve duygusal kararlılık (DK) açısından kontrol grubuyla istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Kanserli grubun KG ve DK puanları kontrol grubuna göre daha düşük elde edilmiştir. Sosyal uyum alt ölçekleri bakımından kanserli grup ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Kanser türlerinden baş-boyun kanserli grup ile kontrol grubu arasında kendini gerçekleştirme, duygusal kararlılık ve psikotik belirtiler (PB) bakımından anlamlı fark bulunmuştur. Baş-boyun kanserli grubun KG, DK ve PB puanları kontrol grubuna göre daha düşük elde

edilmiştir. Akciğer kanseri, meme kanseri ve diğer grup ile anlamlı fark bulunmamıştır (Kılıç, 2013).

Kendilci (2015), kanser hastalarında kişilik özelliklerinin incelenmesi konulu araştırmanın evrenini Malatya ilinde özel tıp merkezinde kanser tedavisi gören 151 kanser vakası ile 201 kontrol grubu oluşturmaktadır. Çalışmada, Batıgün ve Şahin tarafından geliştirilen A Tipi ve Kurass'ın geliştirdiği Bozo ve Arkadaşlarının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığı C Tipi Davranış Ölçekleri kullanılmıştır. Bulgulara göre, A tipi kişilik toplam puanı kanser grubunda kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. C tipi Kişilik ölçeği feda etme boyutu meme kanserlilerde diğer kanser grubuna göre yüksek bulunmuştur. Kanser ile ilgili halka daha fazla eğitim verilmesi, sağlıklı beslenme davranışlarının edinilmesine destek olunması, sigara kullanımını bırakmaya ve fiziksel aktiviteyi arttırmaya yönelik toplumun bilinçlendirilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Avcı ve Doğan (2014), kanser hastalarında post travmatik stres bozukluğu, sosyal destek ve stresle başa çıkma arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmanın örneklemini iki Üniversite Hastanesinin Onkoloji Bölümlerinde tedavi gören 300 kanser hastası oluşturmuştur. Araştırmada hastalara “Kişisel Bilgi Formu”, “DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış TSSB Klinik Görüşme Formu”, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” ve “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” uygulanmıştır. Hastalarda %52 oranında TSSB görülmektedir. Kadın, genç ve orta yaş grubunda olan, ailesiyle yaşayan, algılanan sosyal destek puanları düşük olan hastaların TSSB puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmada TSSB olan hastaların spasif stresle başa çıkma tarzları puanları TSSB olmayan hastalara göre daha yüksek; aktif stresle başa çıkma tarzları puanlarının ise daha düşük olduğu bulunmuştur.

Yıldız (2012), stoması olan ve olmayan kolorektal kanser hastalarının yaşam kalitesi, stresle başa çıkma tarzları ve psikososyal uyum değişkenleri açısından farklılıkları olup olmadığını belirlemek ve bu değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla, araştırma kriterlerine uyan 60 hasta ile çalışmıştır. Hastalara Kişisel Bilgi Formu, EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği, EORTC QLQ-CR38 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği uygulanmıştır. Sonuçlara göre; Stresle başa çıkma tarzları açısından stoması olan ve olmayan hastalar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. İki grupta da aktif stresle başa çıkma tarzları daha çok kullanılmaktadır.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda kanser hastalarında hastalık algısının, kişilik ve stresle başa çıkmanın birlikte kullanıldığı çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan çalışmalarda çoğunlukla tek bir değişkenin kullanıldığı görülmektedir. Türkiye’de kanser hastaları ile yapılan çalışmalar gün geçtikçe artmaktadır.

2.6. Kanser Hastalarında Hastalık algısı, Kişilik ve Stresle Başa Çıkma ile İlgili Yurt Dışında Yapılmış Çalışmalar

Bu kısımda yurtdışında kanser hastalarında hastalık algısı, kişilik ve stresle başa çıkma ilişkisinin incelendiği çalışmalara ve hastalık algısı, kişilik ve stresle başa çıkma konusunda yapılmış araştırmalara yer verilmiştir.

Kanser hastalarının hastalık algıları, hastalık özellikleri ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışma, Hollanda’da 325 kanser hastası ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada hastalık algısı ölçeği ve kansere mental uyum ölçeği kullanılmıştır. Varyans analizleri ve linear regresyon analizleri yapılmıştır. Analizler sonucunda; hastaların kanserin kronikliği hakkındaki görüşleri değişkenlik göstermiş, ancak birçoğu hastalıklarının kronik seyirli olduğuna ve kanser tedavisinin etkili olduğuna inanmaktadır. Son zamanlarda tedavi edilen hastalardan daha olumsuz sonuçlar bulunmuştur ve hastalıklarını daha kronik olarak algılamaktadır. Deri kanseri olan hastalar nispeten az olumsuz sonuçlara maruz kaldıklarını düşünmektedirler. Tedavi kontrolü algıları ve kişisel kontrol algıları belirli başa çıkma yöntemleriyle ilişkili bulunmamıştır. Bununla birlikte olumsuz sonuçlar ve duygusal temsilleri yüksek olan hastaların daha pasif başetme yöntemleri kullandığı sonucuna varılmıştır (Hopman ve Rijken, 2014)

Kanser hastalarının ağrı deneyiminin hastalık algısı, başa çıkma ve aleksitimi ile ilişkisinin incelendiği başka bir çalışmada; 118 kanser hastasına, ağrı, aleksitimi, kanserle baş etme ve hastalık algısını ölçen ölçekler uygulanmıştır. Ağrısı olan 45 hasta ile ağrısı olmayan 63 hasta karşılaştırılmıştır. Ağrı, tümör bölgesi ve evresi ile kansere kötü uyum ve negatif hastalık algısı arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Ağrı deneyimi ile aleksitimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır, ancak hastaların ağrı deneyimlerini uyumsuz başa çıkma ve negatif hastalık algısı ile tarif edebileceğini düşündürmüştür. Ağrı yaşayan kanser hastalarının, duygularının kaynağını daha doğru tespit edilmesi

hastalık ile daha uyumlu bir başa çıkma yöntemine yardımcı olacağı sonucuna ulaşılmıştır (Porcelli, Tulipani, Maiello, Cilenti ve Todarello, 2007).

Kolorektal kanser tedavisi görmüş hastalar arasında D Tipi kişilik ile hastalık algıları arasındaki ilişkiyi incelemek için çalışma yapılmıştır. Tanı almasından sonra 1-10 yıl geçmiş kolorektal kanseri hastalarına anket uygulanmıştır. 1998 ve 2009 yılları arasında, Eindhoven Kanser Kayıt Defterinde kayıtlı olan hastalara, D tipi kişilik (DS14) ve hastalık algıları (B-IPQ) anketleri uygulanmış ve 3977 kişi (%81) cevap vermiştir. 750 (%19) hastada D tipi bir kişilik özelliği tespit edilmiştir. D tipi kişiliğindeki bireyler hastalıklarının çok daha ciddi sonuçlara sahip olduğuna, daha uzun süreceğine ve hastalıklarının sebep olduğu önemli semptomlar yaşayacağına inanmaktadırlar. Ayrıca, hastalıkları hakkında daha fazla endişe duyuyorlar ve hastalıkları onları duygusal olarak daha fazla etkilemekteydi. “Sonuçlar”, “endişe” ve “duygusal tepki” ile D tipi kişilik arasında anlamlı farklılığa ulaşılmıştır. Hastaların çoğunluğu hastalık nedenlerinin bilinmediğini (%23,3), kalıtsal (%20,3), yaşam tarzını (%15,1), psikolojik rahatsızlığı (%11,9) veya diğer (%11,6) olduğunu belirtti. Çok değişkenli analizler, Tip D'nin 'hastalığı anlama' ile pozitif, 'sonuçlar', 'süre', 'kimlik', 'endişe' ve 'duygusal temsil' ile negatif ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar, kişilik ile hastalık algıları arasındaki ilişkileri açıklayarak birbirleriyle olan ilişkilerini göstermektedir (Mols, Denollet, Adrian, Reemst ve Thong, 2012).

Lan, Zhang, Zhang ve Yan (2018), 124 Çinli meme kanseri hastasının hastalık algısı ile başa çıkma stilleri ve fonksiyonel egzersiz uyumu arasındaki ilişki incelemeye yönelik çalışma yapmışlardır. 124 meme kanseri hastası, hastalık algısını, baş etme tarzını, fonksiyonel egzersiz uyumunu, demografik ve hastalıkla ilişkili özellikleri değerlendiren bir anketi tamamlamıştır. Araştırma sonucuna göre kaçınma ve boyun eğici başa çıkma stillerini kullanmaya daha fazla eğilimlidirler. Yapılan çoklu lineer regresyon analizi sonuçlarında kaçınmanın, yüzleşme, tedavi kontrolü ve duygusal temsili ile pozitif anlamlı ilişki elde edildiği, boyun eğici başa çıkma stiline ise süre (akut / kronik), süre (döngüsel) ve sonuçlarla pozitif yönde ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Fonksiyonel egzersiz uyumu ise, işlevsel alıştırmaya bağlılık kişisel kontrol ve medeni durumla pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Bu sonuçlar, hastalık algılarını geliştiren müdahalelerin daha olumlu başa çıkma tarzlarına ve daha iyi fonksiyonel egzersiz uyumuna yol açabileceğini ve bu nedenle araştırılması gerektiğini göstermektedir.

Thong ve diğerleri (2018), sağ kalım sağlayan ve yüksek sağlık hizmeti kullanımından

yararlanan endometrium kanser hastalarında hastalık algısını incelikleri çalışmanın örneklemini 1999, 2007 yılları arasında kanser tedavisi gören 742 kişi oluşturmuştur. Hastalara kısa hastalık algısı ölçeği sağlık hizmeti kullanımına ilişkin soru formu uygulanmıştır. Yapılan çoklu lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre; hayatta olan hastaların %15- %22 arasında negatif hastalık algısına sahip oldukları görülmüştür. Alt ölçeklerden değerlendirildiğinde; sonuçlar, zaman çizelgesi, tedavi kontrolü, kimlik ve duygusal temsil boyutlarında negatif algıya sahip olanların aile hekimine başvurma sıklığı pozitif algıya sahip olanlara göre daha fazladır. Olumsuz hastalık algısı puanları ile doktora başvurma sıklığı arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur.

Zhang ve diğerleri (2018), yaptıkları çalışmada, baş ve boyun kanseri hastalarının hastalık algıları ve öngörülen psikolojik sıkıntıları arasında ilişki olup olmadığını incelemişlerdir. Çalışmaya katılan 124 baş ve boyun kanser hastasına kısa hastalık algısı ölçeği, hastane anksiyete ve depresyon ölçeği, gözden geçirilmiş iyimserlik ölçeği, yaşam yönelim ölçeği ve demografik bilgi formu anketi uygulanmıştır (ilk aşama). 6 ay sonra hastane anksiyetesi ve depresyon ölçeği yeniden uygulanmıştır (ikinci aşama). Elde edilen veriler Çoklu Regresyon ile analiz edilmiştir. Analiz sonucunda, birinci aşamada hastalık algısı boyutu alt ölçekleri anksiyete toplam varyansının %8,0'ı ve depresyon toplam varyansının %4,8'ini açıkladığı görülmüştür. Birinci aşamada hastalık kimliği boyutu alt ölçeği, psikolojik sıkıntıyı, cinsiyeti anksiyete belirtilerini açıkladığı görülmüştür.

Arving, Assmus, Thormodsén, Berntsen ve Nordin (2018) tarafından kanser hastalarının kanserle ilişkili stres tepkileri (izinsiz giriş/kaçınma), psikolojik sıkıntı (anksiyete/depresyon) ve duygusal tepkilerinin (sabırsızlık/düşmanlık) bireysel olarak verilen stres yönetimi desteği üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla çalışma yapılmıştır. Terapiye 291 kanser hastası dahil edilmiş, kısa süreli gevşeme alıştırmaları ile birlikte günlük davranış ve davranışların yanı sıra planlı davranışsal ve fiziksel aktivite gibi Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) teknikleri kullanmıştır. Doğrusal linear regresyon analizi uygulanarak alınan sonuçlara göre; BDT teknikleri sonrası kansere bağlı stres tepkilerinde ve depresyonda azalma görülmüştür. Çalışma sonucunda, BDT uygulamasında ilk 6 haftadan sonra kaçınma baş çıkma tarzı ve 17 haftadan sonra duygusal tepki lehine fark görülmüştür. Psikolojik sıkıntıda farklılık olmamıştır. Terapi sonrası kanserle ilişkili stres reaksiyonlarında ve depresyonda azalmalar kaydedilmiştir. Bu sonuçlara göre; BDT destekli stres yönetimi terapötik müdahalesi kanser hastaları için faydalıdır ve bu nedenle rutin kanser bakımının gerçekçi bir tamamlayıcısı olabilir görüşü

ortaya çıkmıştır (Arving ve diğerleri, 2018).

Tabriz, Mohammadi, Roshandel ve Talebi, (2019), kanser hastalarında ağrı inanç ve algılarının incelenmesi ve bunların baş etme stratejileri, stres, kaygı ve depresyon ile ilişkisini araştırmak amacıyla yaptıkları çalışma Mashhad ve Nesyhabour şehirleri eğitim hastanelerinde tedavi gören 18-70 yaş aralığında 370 kanser hastasına uygulanmıştır. Bu tanımlayıcı-ilişkisel ve kesitsel bir çalışmada veri toplama araçları olarak Demografik anket, Ağrı İnançları ve Algı Envanteri, Ağrıyla Başa Çıkma Stratejileri Anketi ve Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği bu çalışmada kullanılmıştır. Çalışmanın bulguları, hastalardaki ağrı ile ilgili en yaygın inancın ağrı kalıcılığı olduğunu göstermiştir. Sonuçlar ağrı inançları ile başa çıkma stratejileri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Hastaların depresyon ve anksiyete düzeyleri ılımlı, stresleri ise hafif olarak değerlendirilmiştir. Kendi kendini suçlama inancı ile depresyon arasında anlamlı bir fark olduğu belirtilmiştir.

Yurt dışında yapılan çalışmalarda kanser hastalarında hastalık algısının, kişilik ve stresle başa çıkmanın birlikte kullanıldığı çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan çalışmalarda çoğunlukla tek bir değişkenin kullanıldığı ve hastalık algısının önemine özellikle vurgu yapıldığı görülmektedir.

BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu bölümde “Çalışmanın Modeli” “Çalışma Grubu”, “Veri Toplama Araçları” ve “Verilerin Toplanması ve Çözümlemesi” alt başlıklarına yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Modeli (Deseni)

Bu araştırmada, kanser hastalarında hastalık algısı, kişilik özellikleri ile stresle baş etme stratejileri arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilmek için nicel betimsel desenlerden ilişkisel araştırma desenleri kullanılmıştır. İlişkisel araştırma deseni, iki veya daha fazla sayıdaki değişken arasında birlikte anlamlı bir değişim gösterip göstermediğini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelleridir (Karasar, 2014).

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; kişilik özellikleri ve stresle başa çıkma becerileri; bağımlı değişkeni ise hastalık algısıdır.

3.2. Çalışma Grubu

Çalışma grubunu Antalya Medical Park Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bölümünde ve kemoterapi ünitesinde 2017-2018 yılları arasında ayaktan veya yatarak tedavi alan kanser tanısı almış hastalar oluşturmaktadır. 94 kadın, 68 erkek olmak üzere hastanede tedavi gören toplam 162 kanser hastasına ulaşılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden ancak ölçekleri cevaplandırmayı tamamlayamayan 38 hasta değerlendirmeye alınmamıştır. Araştırma grubuna ilişkin betimsel bulgular Tablo 3’te verilmiştir.

Araştırmaya katılan 162 kanser hastasının demografik özellikleri incelendiğinde;

hastaların çoğunluğu kadın (%56,8), 45-60 yaş arasında (%37) ve 60 yaş üzeri arasında (%37), evli (%77,2), ilkokul mezunu (%43,8), emekli (%31,5) ve 1500-3000 Türk Lirası aralığında gelir durumlarının (%27,8) olduğu görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 3

Çalışmaya Grubunu Oluşturan Kanser Hastalarının Demografik Değişkenlerine İlişkin Betimsel Bulgular

Değişkenler	Kategoriler	N	%
Cinsiyet	Kadın	92	56.8
	Erkek	70	43.2
Eğitim	İlköğretim	71	43.8
	Lise	48	29.6
	Üniversite	43	26.6
Medeni Durum	Bekar	23	14.2
	Evli	125	77.2
	Boşanmış/Dul	14	8.6
Meslek	Çalışmıyor	50	30.9
	Memur	15	9.2
	İşçi	18	11.1
	Serbest Meslek	28	17.3
	Emekli	51	31.5
Ekonomik durum	Asgari Ücret Altı	32	19.7
	1000-1500 TL	44	27.2
	1500-3000 TL	45	27.8
	3000 TL üzeri	41	25.3
Yaş Aralığı	20-30	10	6.2
	30-45	32	19.8
	45-60	60	37.0
	60 ve üstü	60	37.0

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla Sosyodemografik Bilgi Formu, Hastalık Algısı Ölçeği (IPQ-R), Beş Faktör Kişilik Envanteri ve Stresle Başa Çıkma Ölçeği kullanılmıştır.

3.3.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Bu araştırma kapsamında, araştırmaya katılmaya gönüllü olan kanser hastalarına ait kişisel ve sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, ekonomik durum, kanser evresi, uygulanan tedavi türü) belirlemek amacıyla hazırlanan “Sosyo-Demografik Bilgi Formu” kullanılmıştır.

3.3.2. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)

Hastalık Algısı Ölçeği Weinman ve diğerleri (1996) tarafından geliştirilmiş ve Moss Morris ve diğerleri (2002) tarafından gözden geçirilmiştir. Armay (2006) tarafından Türkçeye uyarlanarak, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

Hastanın, hastalığı hakkında görüşlerini içeren hastalık algısı bölümü; 38 maddeden oluşmaktadır ve 5'li Likert (Kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) tipinde cevaplandırılmaktadır. Hastalık algısı bölümü yedi alt ölçek içermektedir. Bu alt ölçekler süre (akut/kronik), süre (döngüsel), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller olarak adlandırılmıştır.

- Süre alt ölçekleri, bireyin hastalığın süresine yönelik algılarını araştırmakta ve akut/ kronik ve döngüsel/episodik olarak gruplandırmaktadır.
- Sonuçlar alt ölçeği, bireyin, hastalığın şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik bütünlüğüne yönelik olası etkileriyle ilgili algılarını araştırmaktadır.
- Kişisel kontrol, kişinin hastalığın ne kadar süreceği, seyri ve tedavisi üzerindeki etkisi ve kontrol edebilme gücüne yönelik algısını araştırmaktadır.
- Tedavi kontrolü, kişinin, uygulanan tedavinin etkililiği hakkındaki algılarını araştırmaktadır.
- Hastalığı anlayabilme, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırmaktadır.
- Duygusal temsiller, kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırmaktadır.

Ölçeğin bu bölümünün değerlendirilmesinde toplam puan alınmayıp, her alt boyut ortalama üzerinden değerlendirilmiştir. Tedavi kontrolü ve kişisel kontrol alt boyutunda puan azaldıkça, diğer alt boyutlarda puanlar arttıkça olumsuz algı artmaktadır (Kocaman ve diğerleri, 2007). Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Armay (2006) tarafından yapılan tüm alt ölçeklerin güvenilirlik katsayıları kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Cronbach Alfa değerleri 0.66 ile 0.86 arasında değişmektedir. Ölçeğin genelinde olduğu gibi alt ölçek gruplarından elde edilen Cronbach Alfa değerlerinde (0.65–0.93) paralellik oluşturmuştur (Armay, 2006). Bu bulgular ölçeğin güvenilirliğini desteklemektedir. Elde edilen sonuçlara bakıldığında HAÖ güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılabilmesi işaret edilmektedir (Kocaman ve diğerleri 2007).

3.3.3. Beş Faktör Kişilik Envanteri

Kişilik özelliklerini ölçebilmek amacıyla Benet-Martinez ve John (1998) tarafından geliştirilen Beş Faktör Kişilik Envanteri, 5’li Likert tipi (1-Hiç Katılmıyorum, 5-Tamamen Katılıyorum) 44 maddeden oluşan ölçme aracıdır (Doğan, 2013). Kişilik özellikleri beş boyutta eline alınmaktadır. Bunlar; **gelişime açıklık, öz-disiplin, dışadönüklük, uyumluluk ve nevrotiklik**tir. Ölçek Türkçeye Sümer ve Sümer (2005) tarafından uyarlanmıştır. Faktör analizi ile saptanan 15 boyutun klasik test kuramına göre madde analizleri yapılmıştır. Her madde için, madde çıkarıldığındaki ölçek ortalamaları ve varyansları, madde toplam puan korelasyonları, Cronbach-alfa iç tutarlık katsayıları hesaplanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indeksleri incelenerek, minimum ki-kare değeri ($\chi^2=46.14$, $N=25$, $p=0.00$) anlamlı bulunmuştur. Alt boyutlara yönelik güvenilirlik katsayıları 0,64 ile 0,77 arasındadır. Genel faktörün iç tutarlık güvenilirlik katsayısı da $\alpha= 0.86$ olarak bulunmuştur (Sümer ve Sümer, 2005). Beş Faktör Envanteri Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı .70’dur. Schmitt, Allik, McCrae ve Benet-Martinez (2007), kendi çalışmalarında Beş Faktör Envanteri Cronbach Alfa güvenilirlik değerlerini “nevrotiklik”, “dışadönüklük”, “gelişime açıklık”, “uyumluluk” ve “özdisiplin” alt boyutları için sırasıyla .79, .77, .76, .70 ve .78 olarak bulmuşlardır. Her bir faktörün sırasıyla iç tutarlık değerleri sırasıyla 0.70; 0.57; 0.74; 0.65 ve 0.64 olarak bulunmuştur.

3.3.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Stresle başa çıkma tarzlarını değerlendirmek amacıyla 1980 yılında Lazarus ve Folkman’ın “Başaçıkma Yolları Envanteri’nin Şahin ve Durak (1995), tarafından kısaltılmış, 30 maddeden oluşan “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” oluşturulmuştur. SBTÖ geçerliği çalışması üniversite öğrencileri, özel ve kamu bankası çalışanları ve Ankara ilinde ikamet edenler olmak üzere 3 farklı örneklem ve 3 farklı araştırmada gerçekleştirilmiştir (Duygun ve Sezgin, 2003).

Ölçek; İyimser Yaklaşım, Kendine Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım, Sosyal Desteğe Başvurma olmak üzere 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Güvenirlik çalışmasında alt ölçekler için elde edilen güvenilirlik katsayıları .47 ile .80 arasında, değiştiği görülmüştür. İyimser yaklaşım için .49 - .68, kendine güvenlik yaklaşım için .62

- .80, çaresiz yaklaşım için .64 - .73 ve sosyal destek, boyun eğici yaklaşım için .47 - .72 ve sosyal destek arama faktörü için .45 - .47 arasında olduğu rapor edilmiştir (Şahin ve Durak, 1995). Bu çalışmada, Çalışmada Aktif (İyimser Yaklaşım, Kendine Güvenli Yaklaşım, Sosyal Desteğe Başvurma) ve Pasif (Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım) Başa çıkma yöntemleri olarak ele alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanabilmesi Antalya Medical Park Hastanesi Akademik Etik Kurulu izni ile veriler toplanmıştır. Antalya Medical Park Hastanesi Medikal Onkoloji Bölümünde tedavi görmekte olan kanser hastalarından gönüllü onam formu alınmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan kanser hastalarına Sosyodemografik Bilgi Formu, HAÖ, SBTÖ, BFI ve oluşan test bataryası araştırmacı tarafından açıklanarak uygulanmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS 23 programlarından yararlanılmıştır. Analize başlamadan önce verilerini normal dağılıp dağılmadığı test edilmiştir. Daha sonra analize hazır hale getirilmiş veriler kullanılarak sürekli değişkenler arasındaki korelasyonlar Pearson Momentler Korelasyon Katsayısı kullanılarak bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenleri yordayıp yordamadığını belirleyebilmek için Aşamalı Çoklu Regresyon Analizi kullanılmıştır. Ayrıca, kategorik bağımsız değişkenlere göre sürekli bağımlı değişkenlerin farklılaşp farklılaşmadığını test edebilmek için, ikili grup karşılaştırmalarında bağımsız gruplar için t-Testi; üç ve daha fazla gruptan oluşan karşılaştırmalar için ANOVA kullanılmıştır. Çoklu grup karşılaştırmalarında ortaya çıkan farkın kaynağı post hoc testlerden Tukey ile incelenmiştir. Araştırmada hata payı üst sınırı .05 olarak kabul edilmiştir.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde, araştırma soruları çerçevesinde elde edilen bulgulara yer verilmiştir

4.1. Kanser Hastalarının Hastalık Algıları, Kişilik Özellikleri ve Stresle Başa Çıkma Biçimleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

Kanser hastalarının hastalık algıları, kişilik özellikleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkilere yönelik bulgular Tablo 4’te verilmiştir.

Tablo 4

Kanser Hastalarının Hastalık Algıları, Kişilik Özellikleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkiler

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1- Süre/akut	1													
2-Sonuçlar	.42**	1												
3-Kişisel kontrol	-.13	.04	1											
4-Tedavi kontrolü	-.41*	-.23**	.46**	1										
5-Hastalık anlama	-.13	-.05	.17*	.22**	1									
6-Süre/döngüsel	.09	.31**	.05	-.04	-.23**	1								
7-Duygusal temsiller	.31**	.51**	-.13	-.32**	-.23**	.17*	1							
8-Dışadönüklük	-.18*	-.02	.12	.17*	.19*	-.03	.02	1						
9-Uyumluluk	-.10	.02	.01	.04	.01	.10	-.07	.18*	1					
10-Özdisiplin	.08	.08	.14	.15	.18*	.09	-.04	.29**	.26**	1				
11-Nevrotiklik	.14	.15	-.04	-.08	-.14	.04	.21**	-.03	-.33**	-.11	1			
12-Gelişime Açıklık	-.08	-.05	.14	.12	.09	.16*	-.07	.33**	-.03	.26**	.12	1		
13-Stresle Aktif Başa çıkma	-.13	-.04	.04	.16*	-.01	.24**	-.20*	.06	.33**	.26**	-.37**	.12	1	
14-Stresle Pasif Başa çıkma	.08	.20*	-.17*	-.20*	-.28**	.20**	.41**	-.08	.04	.02	.16*	.01	.103	1
Ortalama	16.03	20.45	21.42	21.22	17.63	13.40	18.27	27.39	34.94	36.24	22.48	32.32	49.858	32.08
Standart Sapma	6.18	5.37	4.41	3.64	5.17	4.28	5.03	6.03	4.85	5.76	6.25	7.98	7.27	7.34

*p<05, **p<.01

Tablo 4’te görüldüğü gibi, kanser hastalarının süre (akut) ile dışadönüklük kişiliği özelliği arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki ($r = -.18$) elde edilirken; uyumluluk, öz disiplin, nevroitiklik ve gelişime açıklık arasında anlamlı bir ilişki elde edilememiştir. Stresle başa çıkma tarzları incelendiğinde ise, süre (akut) ile ne aktif ne de pasif başa çıkma arasında anlamlı ilişkiler elde edilememiştir.

Diğer taraftan sonuçlar ile kişilik özellikleri arasında anlamlı ilişkiler elde edilememiştir. Stresle başa çıkma tarzları incelendiğinde ise, sonuçlar ile pasif başa çıkma tarzları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r = .20$) bulunmaktayken; aktif başa çıkma tarzları arasında anlamlı bir ilişki elde edilememiştir.

Kişisel kontrol boyutu incelendiğinde, kişilik özellikleri ile arasında anlamlı bir ilişki elde edilememiştir. Kişisel kontrol ile stresle pasif başa çıkma tarzları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki ($r = -.17$) bulunmaktayken; aktif başa çıkma tarzları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tedavi kontrolü ile dışadönüklük kişiliği özelliği arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r = .17$) bulunmaktayken; uyumluluk, öz disiplin, nevroitiklik ve gelişime açıklık arasında anlamlı bir ilişki elde edilememiştir. Stresle başa çıkma tarzları incelendiğinde ise, tedavi kontrolü ile aktif başa çıkma tarzları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r = .16$) ve pasif başa çıkma tarzları ile arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki ($r = -.20$) bulunmuştur.

Hastalık algısı ölçeğinin diğer bir alt boyutu olan hastalık anlama ile dışadönüklük kişiliği özelliği arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r = .19$) ve özdisiplin kişiliği özelliği ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r = .18$) bulunmaktayken; uyumluluk, nevroitiklik ve gelişime açıklık arasında ilişki elde edilememiştir. Stresle başa çıkma tarzları incelendiğinde ise, hastalığı anlama ile pasif başa çıkma tarzları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki ($r = -.28$) bulunmaktayken; aktif başa çıkma tarzları ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Bununla birlikte süre döngüsel ile gelişime açıklık kişiliği özelliği arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r = .16$) bulunmaktayken; dışadönüklük, uyumluluk, öz disiplin ve nevroitiklik arasında anlamlı bir ilişki elde edilememiştir. Stresle başa çıkma tarzları incelendiğinde ise, süre döngüsel ile aktif başa çıkma tarzları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r = .24$) ve pasif başa çıkma tarzları ile arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r = .20$) bulunmuştur.

Son olarak duygusal temsiller ile nevroitiklik kişiliği özelliği arasında pozitif yönde

anlamli bir iliŒki ($r = .21$) bulunmaktayken; dıŒadönüklük, uyumluluk, özdisiplin ve geliŒime açıklık arasında anlamli bir iliŒki elde edilememiŒtir. Stresle başa çıkma tarzları incelendiğinde ise, duygusal temsiller ile aktif başa çıkma tarzları arasında negatif yönde anlamli bir iliŒki ($r = -.20$) ve pasif başa çıkma tarzları ile arasında pozitif yönde anlamli bir iliŒki ($r = .41$) elde edilmiŒtir.

4.2. Kanser Hastalarının KiŒilik Özellikleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Hastalık Algılarını Yordayıp Yordamadığına İliŒkin Bulgular

Kanser hastalarının kiŒilik özelliklerinin ve stresle başa çıkma tarzlarının hastalık algılarını yordayıp yordamadığına iliŒkin bulgular Tablo 5'te verilmiŒtir.

Tablo 5

Kanser Hastalarının KiŒilik Özellikleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Hastalık Algılarını Yordanmasına İliŒkin AŒamalı Çoklu Regresyon Analizi

HAÖ	Yordayan Değişkenler	R	ΔR ²	B	SH _B	B	t	P
Süre (Akut/Kronik)	Sabit	-	-	21.034	2.237		9.405	.000
	DıŒadönüklük	.178	.032	-.182	.080	-.178	-2.287	.023
R ² = .032 ; F ₍₁₋₁₆₀₎ = 5.232. p<.000								
Sonuçlar	Sabit	-	-	15.844	1.867		8.488	.000
	SPBÇ	.196	.038	.144	.057	.196	2.531	.012
R ² = .038 ; F ₍₁₋₁₆₀₎ = 6.405. p<.000								
KiŒisel Kontrol	Sabit	-	-	24.598	1.543		15.941	.000
	SPBÇ	.165	.027	-.099	.047	-.165	-2.112	.036
R ² = .027 ; F ₍₁₋₁₆₀₎ = 4.462. p<.000								
Tedavi Kontrolü	Sabit	-	-	20.200	2.183		9.253	.000
	SPBÇ	.201	.040	-.100	.038	.201	2.596	.010
	SABÇ	.270	.073	.011	.038	.181	2.357	.020
R ² = .113 ; F ₍₂₋₁₅₉₎ = 6.245. p<.000								
Hastalığı Anlama	Sabit	-	-	18.232	2.960		6.159	.000
	SPBÇ	.283	.080	-.200	.053	-.283	-3.735	.000
	Özdisiplin	.336	.113	.162	.067	.180	2.416	.017
R ² = .193 ; F ₍₂₋₁₅₉₎ = 10.108. p<.000								
Süre Döngüsel	Sabit	-	-	3.507	2.544		1.378	.170
	SABÇ	.241	.058	.142	.045	.241	3.140	.002
	SPBÇ	.300	.090	.105	.044	.180	2.363	.011
R ² = .148 ; F ₍₂₋₁₅₉₎ = 7.862. p<.170								
Duygusal Temsiller	Sabit	-	-	17.069	2.751		6.203	.000
	SPBÇ	.411	.169	.299	.049	.411	6.225	.000
	SABÇ	.477	.227	-.168	.048	-.243	-3.466	.001
R ² = .396 ; F ₍₂₋₁₅₉₎ = 23.404. p<.000								

Not= SABÇ= Stresle Aktif Başa Çıkma, SPBÇ= Stresle Pasif Başa Çıkma

Tablo 5'te görüldüğü gibi, regresyon analizinin bir aşamada tamamlandığı ve Hastalık Algısı Ölçeği'nin alt ölçeklerinden Süre'ye (Akut/Kronik) ilişkin varyansa katkıları bakımından tek değişkenin önemli/anlamlı yordayıcı olduğu görülmektedir. Dışadönüklük kişiliği hastaların Hastalık Algısı'nın Süre (Akut/Kronik) varyansının %3.2 sini açıklamaktadır.

Hastalık Algısı'nın alt ölçeklerinden Sonuçlar'a ilişkin varyansa katkıları bakıldığında bir değişkenin önemli/anlamlı bir yordayıcı olduğu görülmektedir. Hastalık Algısı'nın Sonuçlar'ının varyansını % 3.8 ile Pasif Stresle Başa çıkma açıklamaktadır.

Hastalık Algısı'nın diğer bir alt ölçeği olan Kişisel Kontrol'e ilişkin varyansa katkıları bakıldığında bir değişkenin önemli/anlamlı bir yordayıcı olduğu görülmektedir. Pasif Stresle Başa çıkma hastaların Hastalık Algısı'nın Kişisel Kontrol varyansının %2.7 sini açıklamaktadır.

Tedavi Kontrolü alt ölçeğine ilişkin varyansa katkıları bakıldığında iki değişkenin değişkenin önemli/anlamlı bir yordayıcı olduğu saptanmıştır. Analize ilk aşamada kanser hastalarının Tedavi Kontrolü varyansının %4'ünü açıklayan Pasif Stresle Başa çıkma alınmıştır. Son olarak Aktif Stresle Başa çıkma Tedavi Kontrolü'ne ilişkin varyansın %7.3'ünü yordamaktadır. Bu iki değişken birlikte Tedavi Kontrolü varyansının %11.3'ünü açıklamaktadır.

Bununla birlikte Hastalık Algısı'nın Hastalığı Anlama alt ölçeğine ilişkin varyansa katkıları bakımından iki değişkenin önemli/anlamlı yordayıcı olduğu saptanmıştır. Analize ilk aşamada kanser hastalarının Hastalığı Anlama varyansının %8'ni açıklayan Pasif Stresle Başa çıkma alınmıştır. İkinci olarak Özdisiplin kişiliği Hastalığı Anlama'ya ilişkin varyansın %11.3'ünü yordamaktadır. Bu iki değişken birlikte Hastalığı Anlama varyansının %19.3'ünü açıklamaktadır.

Süre (Döngüsel) alt ölçeğine ilişkin varyansa katkıları bakıldığında ise iki değişkenin önemli/anlamlı bir yordayıcı olduğu görülmektedir. Analize ilk aşamada kanser hastalarının Süre (Döngüsel) varyansının %5.8'nü açıklayan Aktif Stresle Başa çıkma alınmıştır. Son olarak Pasif Stresle Başa çıkma Süre (Döngüsel)'e ilişkin varyansın %9'unu yordamaktadır. Bu iki değişken birlikte Süre (Döngüsel) varyansının % 14.8'ini açıklamaktadır.

Son olarak Hastalık Algısı'nın alt ölçeklerinden Duygusal Temsiller'e ilişkin varyansa katkıları bakıldığında iki değişkenin önemli/anamlı bir yordayıcı olduğu görülmektedir. Analize ilk aşamada kanser hastalarının Duygusal Temsiller varyansının % 16.9'unu açıklayan Pasif Stresle Başa çıkma alınmıştır. Son olarak Aktif Stresle Başa çıkma Duygusal Temsiller'e ilişkin varyansın %22.7'sini yordamaktadır. Bu iki değişken birlikte Süre Duygusal Temsiller varyansının % 39.6'sını açıklamaktadır.

4.3. Cinsiyetlerine Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algılarının Farklılaşp Farklılaşmadığına İlişkin Bulgular

Kanser hastalarının hastalık algılarının cinsiyete göre anlamlı fark gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla yapılan bağımsız gruplar için t-Testi sonuçları Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6

Hastalık Algısı Puanlarının Cinsiyete Göre t Testi Sonuçları

Ölçek /Alt ölçekler	Cinsiyet	N	\bar{X}	SS	Sd	T	p																																																																				
Süre (Akut/Kronik)	Kadın	92	16.16	5.90	139.57	.292	.771																																																																				
	Erkek	70	15.87	6.58				Sonuçlar	Kadın	92	20.91	4.91	132.59	1.226	.222	Erkek	70	19.84	5.92	Kişisel Kontrol	Kadın	92	21.73	4.35	160	1.055	.293	Erkek	70	21.00	4.50	Tedavi Kontrolü	Kadın	92	21.10	3.96	159.29	-.446	.642	Erkek	70	21.37	3.21	Hastalığı Anlama	Kadın	92	17.75	5.09	160	.338	.735	Erkek	70	17.47	5.32	Süre Döngüsel	Kadın	92	13.41	4.30	160	.019	.985	Erkek	70	13.40	4.30	Duygusal Temsiller	Kadın	92	18.73	4.64	134.54	1.311	.192
Sonuçlar	Kadın	92	20.91	4.91	132.59	1.226	.222																																																																				
	Erkek	70	19.84	5.92				Kişisel Kontrol	Kadın	92	21.73	4.35	160	1.055	.293	Erkek	70	21.00	4.50	Tedavi Kontrolü	Kadın	92	21.10	3.96	159.29	-.446	.642	Erkek	70	21.37	3.21	Hastalığı Anlama	Kadın	92	17.75	5.09	160	.338	.735	Erkek	70	17.47	5.32	Süre Döngüsel	Kadın	92	13.41	4.30	160	.019	.985	Erkek	70	13.40	4.30	Duygusal Temsiller	Kadın	92	18.73	4.64	134.54	1.311	.192	Erkek	70	17.67	4.48								
Kişisel Kontrol	Kadın	92	21.73	4.35	160	1.055	.293																																																																				
	Erkek	70	21.00	4.50				Tedavi Kontrolü	Kadın	92	21.10	3.96	159.29	-.446	.642	Erkek	70	21.37	3.21	Hastalığı Anlama	Kadın	92	17.75	5.09	160	.338	.735	Erkek	70	17.47	5.32	Süre Döngüsel	Kadın	92	13.41	4.30	160	.019	.985	Erkek	70	13.40	4.30	Duygusal Temsiller	Kadın	92	18.73	4.64	134.54	1.311	.192	Erkek	70	17.67	4.48																				
Tedavi Kontrolü	Kadın	92	21.10	3.96	159.29	-.446	.642																																																																				
	Erkek	70	21.37	3.21				Hastalığı Anlama	Kadın	92	17.75	5.09	160	.338	.735	Erkek	70	17.47	5.32	Süre Döngüsel	Kadın	92	13.41	4.30	160	.019	.985	Erkek	70	13.40	4.30	Duygusal Temsiller	Kadın	92	18.73	4.64	134.54	1.311	.192	Erkek	70	17.67	4.48																																
Hastalığı Anlama	Kadın	92	17.75	5.09	160	.338	.735																																																																				
	Erkek	70	17.47	5.32				Süre Döngüsel	Kadın	92	13.41	4.30	160	.019	.985	Erkek	70	13.40	4.30	Duygusal Temsiller	Kadın	92	18.73	4.64	134.54	1.311	.192	Erkek	70	17.67	4.48																																												
Süre Döngüsel	Kadın	92	13.41	4.30	160	.019	.985																																																																				
	Erkek	70	13.40	4.30				Duygusal Temsiller	Kadın	92	18.73	4.64	134.54	1.311	.192	Erkek	70	17.67	4.48																																																								
Duygusal Temsiller	Kadın	92	18.73	4.64	134.54	1.311	.192																																																																				
	Erkek	70	17.67	4.48																																																																							

Tablo 6'da görüldüğü gibi, erkek ve kadın hastalar arasında HAÖ süre (akut) puanı ($t=.292$; $p>0.05$), sonuçlar puanı ($t=1.226$; $p>0.05$), kişisel kontrol puanı ($t=1.055$; $p>0.05$), tedavi kontrolü puanı ($t=-.446$; $p>0.05$), hastalığı anlama ($t=.338$; $p>0.05$), süre

(döngüsel) puanı ($t=.019$; $p>0.05$) ve duygusal temsiller puanı ($t=1.311$; $p>0.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmanın olmadığı saptanmıştır.

4.4. Eğitim Düzeylerine Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algılarının Farklılaşp Farklılaşmadığına İlişkin Bulgular

Eğitim düzeyine göre kanser hastalarının hastalık algılarının farklılaşmasına ilişkin betimsel bulgular ve varyans analizi (ANOVA) sonuçları Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7

Eğitim Düzeyine Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algılarının Farklılaşmasına İlişkin Betimsel Bulgular ve Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Boyut	Eğitim Durumu	N	X	SS	F	Anlamlı Fark
Süre (Akut/Kronik)	İlköğretim	71	16.73	5.71	.816	-----
	Lise	48	15.97	6.82		
	Üniversite	43	15.63	6.22		
Sonuçlar	İlköğretim	71	20.79	5.78	.324	-----
	Lise	48	20.40	5.34		
	Üniversite	43	19.95	4.77		
Kişisel Kontrol	İlköğretim	71	20.89	4.50	.927	-----
	Lise	48	21.90	4.86		
	Üniversite	43	21.77	3.67		
Tedavi Kontrolü	İlköğretim	71	20.90	3.91	1.069	-----
	Lise	48	21.08	3.78		
	Üniversite	43	21.91	2.95		
Hastalığı Anlama	İlköğretim	71	16.04	5.22	7.021**	İlköğretim>Lise İlköğretim>Üniversite
	Lise	48	18.31	5.02		
	Üniversite	43	19.49	4.56		
Süre Döngüsel	İlköğretim	71	14.61	4.12	5.643**	İlköğretim>Üniversite
	Lise	48	12.85	4.24		
	Üniversite	43	12.05	4.29		
Duygusal Temsiller	İlköğretim	71	18.66	5.08	2.884	-----
	Lise	48	19.08	4.60		
	Üniversite	43	16.74	5.20		

** $p<.01$

Tablo 7 incelendiğinde, kanser hastalarının süre (akut/kronik) puan ortalamalarının ($F=.816$, $p>.05$), sonuçlar puan ortalamalarının ($F=.324$, $p>.05$), kişisel kontrol puan ortalamalarının ($F=.927$, $p>.05$), tedavi kontrolü puan ortalamalarının ($F=1.069$, $p>.05$) ve duygusal temsiller puanlarının ortalamalarının ($F=2.884$, $p>.05$) eğitim düzeyine göre

anamlı bir biçimde farklılaşmadığı; buna karşın hastalığı anlama puan ortalamalarının ($F= 7.021, p<.01$) ve süre (döngüsel) puan ortalamalarının ($F= 5.643, p<.01$) farklılaştığı görülmektedir.

Hastalığı anlama ve süre (döngüsel) açısından gruplar arasında ortaya çıkan farkın kaynağına post-hoc testlerden Tukey ile bakılmıştır. Buna göre, eğitim düzeyi ilköğretim olan kanser hastalarının hastalığı anlama puanlarının ortalaması eğitim düzeyi lise ve üniversite olanlara göre daha yüksektir. Eğitim düzeyleri ilköğretim olan hastaların süre (döngüsel) puan ortalaması ise eğitim düzeyi üniversite olanlara göre daha yüksektir

4.5. Ekonomik Durumlarına Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algılarının Farklılaşp Farklılaşmadığına İlişkin Bulgular

Ekonomik duruma göre kanser hastalarının hastalık algılarının farklılaşmasına ilişkin betimsel bulgular ve varyans analizi (ANOVA) sonuçları Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8 incelendiğinde, kanser hastalarının süre (akut/kronik) puan ortalamalarının ($F=1.507, p>.05$), sonuçlar puan ortalamalarının ($F=.196, p>.05$), kişisel kontrol puan ortalamalarının ($F=.535, p>.05$), tedavi kontrolü puan ortalamalarının ($F= .099, p>.05$), süre (döngüsel) puan ortalamalarının ($F=1.777, p>.05$) ve duygusal temsiller puanlarının ortalamalarının ($F=.119, p>.05$) ekonomik durumlarına göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı; buna karşın hastalığı anlama puan ortalamalarının ($F=2.561, p<.05$) farklılaştığı görülmektedir.

Hastalığı anlama açısından gruplar arasında ortaya çıkan farkın kaynağına post-hoc testlerden Tukey ile bakılmıştır. Buna göre, gelir düzeyi asgari ücret ve altı olan kanser hastalarının hastalığı anlama puanlarının ortalaması gelir düzeyi 3000 TL üzeri olanlara göre daha yüksektir.

Tablo 8

Ekonomik Duruma Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algılarının Farklılaşmasına İlişkin Betimsel Bulgular ve Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Alt Ölçekleri	Ekonomik Durum	N	\bar{X}	SS	F	Anlamlı Fark
Süre (Akut/Kronik)	Asgari ücret altı	32	15.47	6.45	1.507	-----
	1000-1500	44	15.14	6.22		
	1500-3000	45	16.09	5.91		
	3000 üzeri	41	17.40	6.21		
Sonuçlar	Asgari ücret altı	32	21.06	5.45	.196	-----
	1000-1500	44	20.11	4.62		
	1500-3000	45	20.38	5.64		
	3000 üzeri	41	20.41	5.91		
Kişisel Kontrol	Asgari ücret altı	32	20.53	4.48	.535	-----
	1000-1500	44	21.61	4.61		
	1500-3000	45	21.62	4.61		
	3000 üzeri	41	21.68	3.99		
Tedavi Kontrolü	Asgari ücret altı	32	20.97	4.04	.099	-----
	1000-1500	44	21.23	3.45		
	1500-3000	45	21.20	5.10		
	3000 üzeri	41	21.22	3.06		
Hastalığı Anlama	Asgari ücret altı	32	15.97	5.33	2.561*	Asgari ücret altı>3000 üzeri
	1000-1500	44	17.73	4.64		
	1500-3000	45	17.24	5.14		
	3000 üzeri	41	19.24	5.33		
Süre Döngüsel	Asgari ücret altı	32	14.31	3.98	1.777	-----
	1000-1500	44	13.82	3.71		
	1500-3000	45	13.49	4.71		
	3000 üzeri	41	12.17	4.48		
Duygusal Temsiller	Asgari ücret altı	32	18.53	5.22	.119	-----
	1000-1500	44	18.02	5.22		
	1500-3000	45	18.11	4.58		
	3000 üzeri	41	18.54	5.32		

*p>.05

4.6. Hastalık Evresine Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algılarının Farklılaşp Farklılaşmadığına İlişkin Bulgular

Kanser evresine göre kanser hastalarının hastalık algılarının farklılaşmasına ilişkin betimsel bulgular ve varyans analizi (ANOVA) sonuçları Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9

Kanser Evresine Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algularının Farklılaşmasına İlişkin Betimsel Bulgular ve Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Alt Ölçekleri	Evre	N	\bar{X}	SS	F	Anlamlı Fark
Süre (Akut/Kronik)	1. Evre	18	12.33	5.90	4.431*	1.Evre > 4.Evre
	2. Evre	36	16.72	6.49		
	3. Evre	84	15.70	5.92		
	4. Evre	24	18.95	5.50		
Sonuçlar	1. Evre	18	18.66	5.88	.863	-----
	2. Evre	36	20.77	4.61		
	3. Evre	84	20.47	5.85		
	4. Evre	24	21.20	4.14		
Kişisel Kontrol	1. Evre	18	22.72	4.91	.766	-----
	2. Evre	36	4.61	3.25		
	3. Evre	84	21.13	3.36		
	4. Evre	24	21.00	3.49		
Tedavi Kontrolü	1. Evre	18	20.94	4.91	3.573*	2.Evre > 4. Evre 2.Evre > 4. Evre
	1. Evre	36	21.72	3.25		
	2. Evre	84	21.57	3.36		
	3. Evre	24	19.12	3.49		
Hastalığı Anlama	1. Evre	18	18.38	5.59	2.060	-----
	2. Evre	36	3.96	5.33		
	3. Evre	84	16.92	4.94		
	4. Evre	24	17.00	5.09		
Süre Döngüsel	1. Evre	18	14.00	4.39	1.546	-----
	2. Evre	36	21.94	4.24		
	3. Evre	84	13.94	4.49		
	4. Evre	24	12.20	3.21		
Duygusal Temsiller	1. Evre	18	17.00	5.34	2.693	-----
	2. Evre	36	3.25	5.33		
	3. Evre	84	17.73	5.05		
	4. Evre	24	20.70	3.44		

*p<.05

Tablo 9 incelendiğinde, kanser hastalarının sonuçlar puan ortalamalarının (F= .863, p>.05), kişisel kontrol puan ortalamalarının (F= .766, p>.05), hastalığı anlama puan ortalamalarının (F= 2.060, p>.05), süre (döngüsel) puan ortalamalarının (F=1.546, p>.05) ve duygusal temsiller puanlarının ortalamalarının (F= 2.693, p>.05) kanser evresine göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı; buna karşın süre (akut/kronik) puan ortalamalarının (F= 4.431, p>.05) ve tedavi kontrolü puan ortalamalarının (F= 3.573, p<.05) farklılaştığı görülmektedir.

Süre (akut/kronik) açısından gruplar arasında ortaya çıkan farkın kaynağına post-hoc testlerden Tukey ile bakılmıştır. Buna göre, kanser evresi 1 olan kanser hastalarının süre (akut/kronik) puanlarının ortalaması 4. Evre kanser hastalarına olanlara göre daha

yüksektir. Tedavi kontrolü puan ortalamaları ise 2. Evre kanser hastalarının 3. Evre ve 4. Evre kanser hastalarına göre daha yüksektir.

4.7. Uygulanan Tedaviye Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algılarının Farklılaşım Farklılaşmadığına İlişkin Bulgular

Uygulanan tedaviye göre kanser hastalarının hastalık algılarının farklılaşımına ilişkin betimsel bulgular ve varyans analizi (ANOVA) sonuçları Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10

Tedaviye Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algılarının Farklılaşımına İlişkin Betimsel Bulgular ve Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Alt Ölçekler	Tedavi	N	\bar{X}	SS	F	Anlamlı Fark
Süre (Akut/Kronik)	Kemoterapi	96	21.16	5.68	4,663**	K>Diğer
	Radyoterapi	6	18.35	4.91		
	Kemoterapi/Radyoterapi	39	15.52	6.56		
	Diğer	21	14.88	6.44		
Sonuçlar	Kemoterapi	96	20.00	5.40	1.295	-----
	Radyoterapi	6	21.83	6.46		
	Kemoterapi/Radyoterapi	39	21.76	5.34		
	Diğer	21	19.66	4.87		
Kişisel Kontrol	Kemoterapi	96	21.64	4.34	1.991	-----
	Radyoterapi	6	17.33	5.81		
	Kemoterapi/Radyoterapi	39	21.17	4.22		
	Diğer	21	22.00	4.38		
Tedavi Kontrolü	Kemoterapi	96	21.44	3.14	5.466**	K>R, R>K/R, R>Diğer
	Radyoterapi	6	15.83	5.03		
	Kemoterapi/Radyoterapi	39	20.97	4.14		
	Diğer	21	22.19	3.29		
Hastalığı Anlama	Kemoterapi	96	17.58	4.80	2.080	-----
	Radyoterapi	6	21.00	3.52		
	Kemoterapi/Radyoterapi	39	16.46	6.09		
	Diğer	21	19.04	4.91		
Süre(Döngüsel)	Kemoterapi	96	13.90	4.15	4.737**	K>Diğer, K/R>Diğer
	Radyoterapi	6	12.66	5.24		
	Kemoterapi/Radyoterapi	39	13.97	4.27		
	Diğer	21	10.28	3.50		
Duygusal Temsiller	Kemoterapi	96	17.70	5.32	1.130	-----
	Radyoterapi	6	20.16	4.35		
	Kemoterapi/Radyoterapi	39	19.12	4.37		
	Diğer	21	18.76	4.90		

*p<.01 K=Kemoterapi, R= Radyoterapi, K/R=Kemoterapi ve Radyoterapi, Diğer=İkisinde almayan

Tablo 10'a göre, kanser hastalarının sonuçlar puan ortalamalarının ($F=1.295$, $p>.05$), kişisel kontrol puan ortalamalarının ($F=1.991$, $p>.05$), hastalığı anlama puan ortalamalarının ($F= 2.080$, $p>.05$) ve duygusal temsiller puanlarının ortalamalarının ($F=1.130$, $p>.05$) uygulanan tedaviye göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı; buna karşın süre (akut/kronik) puan ortalamalarının ($F=4.663$, $p>.01$), tedavi kontrolü puan ortalamalarının ($F=5.466$, $p<.01$) ve süre (döngüsel) puan ortalamalarının ($F= 4.737$, $p<.01$) farklılaştığı görülmektedir.

Süre (akut/kronik), tedavi kontrolü ve süre (döngüsel) açısından gruplar arasında ortaya çıkan farkın kaynağına post-hoc testlerden Tukey ile bakılmıştır. Buna göre, kemoterapi tedavi uygulanan kanser hastalarının süre (akut/kronik) puanlarının ortalaması diğer tedavilerin uygulandığı (kemoterapi ve radyoterapi hiç almayan) kanser hastalarına göre daha yüksektir. Tedavi kontrolü puan ortalamaları ise kemoterapi alan radyoterapi alanlardan, radyoterapi alan kanser hastalarının ise kemoterapi/radyoterapi alan ve diğer tedavileri alan kanser hastalarına göre daha yüksektir. Süre (döngüsel) puan ortalamalarına bakıldığında ise kemoterapi ve hem kemoterapi hem radyoterapi alan kanser hastalarının puanları, diğer tedavileri alanlardan daha yüksektir.

BÖLÜM V

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırma soruları kapsamında elde edilen bulgular tartışılmış ve yorumlanmıştır.

5. 1. Kanser Hastalarının Hastalık Algıları, Kişilik Özellikleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Tartışılıp Yorumlanması

Kanser hastalarının hastalık algıları ile kişilik özellikleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkilere yönelik ilk bulguya göre dışadönüklük kişilik özelliği Hastalık Algısı'nın Süre (Akut/Kronik) varyansı anlamlı bir biçimde açıklamaktadır. Hastalık algısı ile beş faktör kişilik özellikleri arasındaki ilişkiye odaklanan bir çalışmaya ulaşılamadığı için hastalık algısı alt boyutlarının kişilik özellikleri ile ilişkisinin birebir kıyaslanabileceği bir çalışma bulunmamaktadır. Bireyleri olumsuz yönde etkileyen önemli stres kaynaklarından biri de kişilik özelliklerinin olduğu söylenebilmektedir (Aktaş, 2001). Hastalık algısı ve stres ilişkisi göz önüne alındığında kişilik özelliklerinin de hastalık algısını etkilediği söylenebilir. Dışadönüklük kişilik özelliğindeki bireylerin iyimser bakış açısı hastalığın kalıcı olmaktan çok geçici olacağı inancını desteklediği düşünülmektedir. Süre (Akut/Kronik) alt ölçeği ile stresle başa çıkma tarzları arasında ise bir ilişki saptanmamıştır. Elde edilen sonuçtan farklı olarak Kayır'ın (2014) çalışmasında süre (akut/kronik) ile aktif başa çıkma tarzları arasında negatif, pasif başa çıkma tarzları arasında ise pozitif ilişki saptanmıştır. Buna göre kısa zaman önce tanı alan hastaların aktif başa çıkma tarzlarını kullandıkları, ancak süre uzadıkça, pasif başa çıkma tarzlarını kullandıkları görülmüştür. Kayır (2014), bu durumu hastalığın kronik hale gelmesiyle, hastaların hastalık stresini etkin şekilde kontrol etmekte zorlandığı yönünde

yorumlamıştır. Rozema ve diğerleri (2009) meme kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada, süre/kronik pasif başa çıkma stratejisini yordadığını bildirmişlerdir. Süre akut/kronik algısı hastalığın ne kadar süreceği ile ilgili bakış açısını içerirken (Heijmans ve De Ridder, 1998), hastalığın uzun süreceği ya da kronik olduğu algısı hastalıkların fizyolojik ve psikolojik olumsuz sonuçlarıyla ilişkilendirilmektedir (Tunç, 2014). Dolayısıyla hastalığın uzun süreceğine inanmak bu çalışmada kanser hastalarının stresle pasif başa çıkma tarzlarını kullanmaya neden olarak gösterilebilir.

Araştırmanın diğer bir bulgusuna göre, stresle pasif başa çıkma tarzları Hastalık Algısı'nın Sonuçlar arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmaktadır ve varyansı anlamlı bir şekilde açıklamaktadır. Literatüre baktığımızda stresle pasif başa çıkma tarzlarının sonuçlar alt boyutunu anlamlı bir şekilde açıkladığı sonucunu destekleyen araştırmalara rastlanmaktadır. Hopman ve Rijken (2014), yaptıkları çalışmada pasif başa çıkma tarzlarının sonuçları pozitif yönde açıkladığı görülmüştür. Buna göre pasif başa çıkma tarzlarını kullanan hastaların hastalıklarını olumsuz sonuçlar veren hastalık olarak algıladıklarını söylemektedirler. Lan ve diğerleri (2018), yaptıkları çalışmada benzer olarak pasif başa çıkma tarzlarından boyun eğici yaklaşım ile sonuçlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Türkiye'de yapılan bir araştırma sonuçları da bulguları destekler niteliktedir. Bu bulguya göre hastalığın meydana getirdiği sonuçlar doğrultusunda hastaların pasif başa çıkma tarzlarından boyun eğici yaklaşımı kullandıkları ve stresle baş çıkmada zorluklar yaşadıkları düşünülmüştür (Kayır, 2014). Aktif başa çıkma tarzlarından biri olan sosyal desteğe başvurma, stresli yaşam olaylarında durumun olumsuz etkilerini hafiflettiği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (Hegelson ve Cohen, 1996; Koopman ve diğerleri, 1998).

Elde edilen bulgulara göre pasif başa çıkma tarzlarını kullanan bireyler hastalığın “maddi zorluklar”, “ailesine zorluk yaşatması”, “yaşamı üzerinde ciddi olumsuz etkileri olduğu” olumsuz sonuçlar getirdiği yönünde inançlar geliştirdiği görülmektedir. Etkin bir başa çıkma yöntemi olmayan stresle pasif başa çıkma tarzlarını kullanan bireylerin hastalığın sonuçlarına yönelik olumsuz algıları olması beklenen bir sonuçtur. Nitekim stresle etkin bir şekilde başa çıkamayan bireyler hastalıktan olumsuz yönde etkilenmektedirler.

Başka bir bulguya göre stresle pasif başa çıkma tarzları ile Hastalık Algısı'nın Kişisel Kontrol arasında negatif anlamlı ilişki olduğu ve varyansı anlamlı bir şekilde açıkladığı görülmektedir. Kayır (2014) çalışmasında paralel olarak kişisel kontrol ile pasif

başaçıkma tarzları arasında negatif anlamlı ilişki ortaya koymuştur. Bu bulgulardan farklı olarak Hopman ve Rijken (2014) çalışmalarında kişisel kontrol algısı ile belirli başa çıkma tarzları arasında ilişki bulunamamıştır. Alan yazında bir çalışmada sosyal destek ile kişisel kontrol arasında anlamlı ilişki bulunması bulgularımızı desteklemektedir. Bu bulguya göre, hastaların pozitif sosyal destek algısı başa çıkmalarında ve tedavileri üzerinde kişisel kontrolü sağlamalarında önemli olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bu açıdan değerlendirildiğinde kişisel kontrolü iyi olan hastaların baş etmede önemli bir boyut olan sosyal destek algısının iyi olduğu ve sorunlarla etkin şekilde baş edebildiğini söylemektedirler (Avuçan, İmrek ve Karaboğa, 2006). Elde edilen sonuçlara göre pasif başa çıkma tarzları kullanan bireylerin hastalıkları üzerinde kendi kontrollerinin olduğu inancı azalmaktadır. Hastalıkları üzerinde herhangi bir etkileri olmayacağını ve hastalıklarını kontrol edemeyeceklerini düşündükleri söylenebilir. Buna bağlı olarak pasif başaçıkma tarzlarını kullanan bireyler hastalıkla etkili biçimde başaçıkamadıkları için mücadele gücünü kendilerinde bulamamakta ve hastalığa karşı kendilerini güçsüz ve çaresiz hissetmektedirler.

HAÖ'nin diğer bir alt ölçeği olan tedavi kontrolü ile kişilik özellikleri ve stresle başaçıkma tarzları sonuçlarına bakıldığında tedavi kontrolü ile stresle aktif başa çıkma tarzları arasında pozitif anlamlı ilişki elde edilirken; stresle pasif başaçıkma tarzları arasında negatif anlamlı ilişki bulunmaktadır. Sırasıyla stresle pasif başaçıkma tarzları ve stresle aktif başaçıkma tarzları Hastalık Algısı'nın Tedavi Kontrolü varyansı anlamlı bir biçimde açıklamaktadır. Stresle pasif başaçıkma tarzları tedavi kontrolünün önemli bir yordayıcısıdır. Literatüre bakıldığında elde edilen bulgulara paralel olarak stresle pasif başaçıkma tarzları ile tedavi kontrolü arasında negatif anlamlı ilişki olduğu görülmektedir (Kayır, 2014). Hopman ve Rijken (2014) çalışmasında bulgulardan farklı olarak tedavi kontrolü ile stresle başaçıkma tarzları arasında ilişki saptanmamıştır. Stresle pasif başaçıkma tarzlarını kullanan bireylerin tedavinin etkisine olan inançları zayıflamaktadır. Hiçbir şeyin hastalıkları üzerinde etkili olamayacağını ve hiçbir şeyin onlara yardım edemeyeceğini düşündükleri görülmektedir. Tedavi kontrolün diğer bir yordayıcısı olan stresle aktif başa çıkma tarzları ile arasındaki ilişki pozitif yönde anlamlıdır. Bu bulguyu destekler nitelikte Lan ve diğerleri'nin (2018) çalışmasında da ise aktif başa çıkma tarzları ile tedavi kontrolü arasında pozitif anlamlı ilişki saptanmıştır. Elde edilen bulgular birbirini desteklemektedir. Bu doğrultuda stresle aktif başa çıkma tarzlarını kullanan bireylerin tedavilerin etkililiğine inançları da yüksektir. Uygulanan tedavinin ve hastalık

için yapılanların hastalığın iyileşmesinde etkili olacağını düşünmektedirler.

Diğer bir Hastalık Algısı alt ölçeği olan hastalığı anlama alt ölçeği ile kişilik özellikleri ve stresle başa çıkma tarzları sonuçlarına bakıldığında hastalığı anlama ile dışadönüklük kişilik özelliği ve özdisiplin kişilik özelliği arasında pozitif anlamlı bir ilişki, stresle pasif başa çıkma tarzları arasında negatif anlamlı ilişki saptanmıştır. Stresle pasif başa çıkma tarzları ve özdisiplin kişilik özelliği Hastalık Algısı'nın Hastalığı Anlama varyansı anlamlı bir biçimde açıklamaktadır. Hastalığı anlama önemli yordayıcısı olan stresle pasif başa çıkma tarzları ile ilişkisine yönelik literatüre bakıldığında Kayır (2014) ve Lan ve diğerleri (2018) çalışmalarında hastalığı anlama ile stresle başa çıkma tarzları arasında ilişki saptanmadığı görülmektedir. Elde edilen bulgulara göre stresle pasif başa çıkma tarzları kullanan bireylerin hastalığı anlamakta ya da kavramakta zorlandıkları görülmektedir. Riskli yaşam olaylarında insanların neden sağlıklı kaldıklarına yönelik yapılan araştırma sonucunda, hastalıkla ilgili anlamlandırma yapmayı içeren tutarlılık algısının önemli olduğu ve üç bileşenden oluştuğu belirlenmiştir. Bu bileşenler içsel ve dışsal uyaranları anlayabilme, uyaranlar ile ilgili talepleri karşılayabilme ve yaşanan duruma anlam verebilmeyi içermektedir. Bu yaklaşıma göre hastalık tutarlılığı (hastalığı anlama) güçlü olan kişiler en iyi başa çıkma tarzlarını seçebilmekte ve yaşam kalitelerini arttırmaktadırlar (Tunç, 2014). Bu yaklaşım temelinde, bireylerin hastalıkla ilgili uyaranları anlamakta zorlandıklarında ya da neden hasta olduklarına yönelik bir anlamlandırma gerçekleştiremediklerinde etkin olmayan stresle pasif başa çıkma tarzlarını kullandıkları söylenebilir. Hastalığı anlamamanın diğer bir yordayıcısı olan özdisiplin ile ilişkiye yönelik literatürde birebir kıyaslama yapılacak bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Elde edilen bulgular özdisiplin kişilik özelliğindeki bireyler hastalıklarını daha iyi anlayabildiklerini göstermektedir. Özdisiplin kişilik özelliğine sahip bireylerin yüksek sorumluluk bilinci, öğrenme ve değerlendirici bir yönünün olması hastalığı anlamaya yönelik çaba gösterdiklerini düşündürmektedir (Liebert ve Spiegler, 1990). Dışadönüklük kişilik özelliği ile hastalığı anlama alt ölçeği ilişkisine yönelik literatürde birebir kıyaslama yapılacak bir çalışmaya rastlanmamıştır. Elde edilen bulgular değerlendirildiğinde dışadönük bireylerin girişken, konuşkan ve iyimser özelliklerinin olması sağlık profesyonelleri, diğer hastalarla ile daha fazla iletişim halinde olacaklarını ve bu doğrultuda hastalıkla ilgili daha fazla bilgi alabilecekleri, hastalıklarını kavrayabilmek için daha fazla sorgulayıcı olabileceklerini düşündürmektedir.

Süre (Döngüsel) alt ölçeği ile kişilik özellikleri ve stresle başa çıkma tarzları sonuçlarına

bakıldığında süre döngüsel ile gelişime açıklık kişilik özelliği arasında pozitif anlamlı bir ilişki, stresle pasif başa çıkma tarzları ve aktif başa çıkma tarzları arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur. Stresle aktif başa çıkma tarzları ve stresle pasif başa çıkma tarzları Hastalık Algısı'nın Süre (döngüsel) varyansı anlamlı bir biçimde açıklamaktadır. Süre (döngüsel) alt boyutunun önemli bir yordayıcısı olan stresle aktif başa çıkma tarzlarına ilişkin bulgudan farklı olarak Kayır (2014) çalışmasında stresle aktif başa çıkma tarzları ile süre (döngüsel) boyutu arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptamıştır. Buna göre hastalığın yenilenmesi hastaların etkili başa çıkma yöntemlerini kullanma oranlarını düşürmektedir (Kayır, 2014). Kronik seyirli hastalığa sahip olma, depresif duygulanıma sebep olmaktadır. Süre (döngüsel) alt boyutunun diğer bir yordayıcısı olan stresle pasif başa çıkma tarzlarına yönelik alan yazına bakıldığında; Kayır (2014) ve Lan ve diğerleri (2018) çalışmalarında benzer olarak süre (döngüsel) boyutu ile pasif başa çıkma tarzları arasında pozitif anlamlı ilişki saptamıştır. Kayır'a göre hastalığın tekrarı etkisiz başa çıkma yöntemlerini kullanımını arttırmaktadır. Bununla birlikte hastalıkla mücadele etme gücü ve tolerans azalmaktadır. Depresif duygulanım, hastanın hastalığa ve tedaviye uyumunu, yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Özkan, 1993). Döngüsel süre algısı, hastalığın tekrarladığı, hastalığın belirtilerinde dalgalanmalar olduğu ya da hastalığın belirtilerinin değiştiğine olan inanç olarak tanımlanmaktadır (Hagger ve Orbell, 2005). Bunlara bağlı olarak hastalığın tekrarlaması durumunda stresle aktif başa çıkma tarzlarını kullanan bireylerin hastalıkla ilgili yeni durumları kabul etmelerini sağlarken, pasif başa çıkma tarzlarını kullanan bireylerin yeni durumla baş etmeleri zorlaştığı, olumsuz gelişmelere karşıdaki başa çıkma güçlerinin azaldığı söylenebilir. Süre(döngüsel) alt ölçeğinin gelişime açıklık kişilik özelliği ile ilişkisine birebir kıyaslama yapılabilecek çalışmaya ulaşamamıştır. Araştırmada edinilen bulguya göre; gelişime açıklık kişilik özelliği olan bireyler hastalığın yenilenmesi karşısında gerçekleşen değişime kolay uyum sağlayabildikleri düşünülmektedir. Hastalığın seyrinde gerçekleşen değişimleri kabul etmekte zorlanmadıkları, yeni durumu tolere edebildikleri söylenebilir.

Son olarak duygusal temsiller alt ölçeği ile kişilik özellikleri ve stresle başa çıkma tarzları sonuçlarına göre duygusal temsiller ile nevrotilik kişilik özelliği arasında pozitif anlamlı ilişki bulunurken; stresle aktif başa çıkma tarzları arasında pozitif anlamlı ilişki ve aktif başa çıkma tarzları arasında negatif anlamlı ilişki bulunmuştur. Stresle aktif başa çıkma tarzları ve stresle pasif başa çıkma tarzları Hastalık Algısı'nın Duygusal Temsiller varyansı anlamlı bir biçimde açıklamaktadır. Duygusal temsillerin önemli yordayıcı olan

stresle pasif başa çıkma tarzları ile ilişkili önceki çalışmalar incelendiğinde; puanları yüksek olan bireylerin pasif başa çıkma tarzlarına başvurdukları görülmektedir (Hopman ve Rijken, 2014). Başka bir çalışmada stresle pasif başa çıkma tarzları ile duygusal temsiller arasında pozitif anlamlı ilişki saptanmıştır (Lan ve diğerleri, 2018) Genellikle yaşamı üzerinde kontrol sağlayabilen ve kendini yeterli hisseden, olaylara olumlu ve iyimser yaklaşan kişiler hastalığa ve hastalığın sonuçlarına da olumlu yaklaşabilir. Bu bireyler eğer etkin başa çıkma becerileri geliştirmiş ise hastalığın taleplerine ve uygulanan tedaviye daha hızlı uyum sağlayabilir. (Armay, 2006). Buna göre pasif başa çıkma tarzları kullanan bireylerin hastalıklarını düşündüklerinde kaygılı, üzgün oldukları görülmektedir. Aynı zamanda hastalığın yarattığı duygusal tepkilerle aktif olarak başa çıkmaya çalışmakta oldukları yönünde yorumlanabilir. Duygusal temsiller ile nevroitiklik kişilik özelliği ile ilişkisini birebir kıyaslanabileceği bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Nevrotiklik kişilik özelliğindeki bireylerin duygusal temsiller puanları yüksek bulunmuştur. Kanser hastaları dışında gerçekleştirilen bazı çalışmalar, nevroitiklik puanı yüksek olan bireylerin gündelik yaşamda daha fazla sıkıntı yaşadıkları ve daha fazla stres algıladıklarını göstermektedir Bu bireyler her türlü stres yaratan durum karşısında kaygılı ve üzgün olabilmektedirler (Bolger ve Zuckerman, 1995). Kişilik faktörlerinden nevroitikliğin stresi algılama, değerlendirme ve başa çıkma gibi stres sürecinin her aşamasında etkili olduğu görülmektedir (Aysal, 2014). Bu bağlamda hastaların kanser hastalığı karşısında olumsuz duygular beslemeleri tutarlı bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.

5.2. Cinsiyetlerine Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algılarının Farklılaşp Farklılaşmadığına Yönelik Bulguların Tartışılıp Yorumlanması

Cinsiyete göre kanser hastalarının hastalık algılarını farklılaşmasına yönelik bulgular incelendiğinde, cinsiyet ile hastalık algısı alt ölçekleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır. Araştırmaya katılan kanser hastalarının çoğunluğu kadın hastalar oluşturmaktadır (%56). Benzer olarak kanser hastaları ile yapılan çalışmalarda kadınların oranı daha yüksek olduğu görülmektedir (Chompson ve Scott, 1997, Fawzy ve diğerleri, 1990; Fawzy, Arndt ve Pasnau, 1995; Kayış, 2009).

Önceki çalışmalara bakıldığında elde edilen bulgular araştırma sonuçlarını destekler nitelikte olup, Kayış (2009) çalışmasında cinsiyet ile Hastalık algısı alt ölçekleri arasında anlamlı farklılaşmaya ulaşılamamıştır. Buna göre hem kadınların hem erkeklerin

hastalıkları ile ilgili bilinçli oldukları, cinsiyet farklılıklarının hastalığı algılamada farklılık yaratmadığı yönünde yorumlanabilir.

5.3. Eğitim Düzeylerine Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algılarının Farklılaşp Farklılaşmadığına Yönelik Bulguların Tartışılıp Yorumlanması

Eğitim düzeyine göre kanser hastalarının hastalık algılarını farklılaşmasına yönelik bulgular değerlendirildiğinde, “Hastalığı Anlama” ve Süre (Döngüsel)” anlamlı bir biçimde farklılaştığı görülmektedir. Alanyazınına bakıldığında Hirsch, Ginat ve Levy (2009), çalışmasında eğitim düzeyine göre hastalığı anlama anlamlı bir biçimde farklılaşmaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça hastalığı anlayabilme ölçek puanı arttığı sonucu ile çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir. Diğer bir bulgu olan eğitim düzeyine göre süre (döngüsel) anlamlı bir biçimde farklılaşması, Kayış (2009) bulguyu desteklediği çalışmasında eğitim seviyesindeki yükselme, hastalık ile ilgili gerçekçi neden-sonuç ilişkisi oluşturabilmeleri hastalığa karşı duygusal tepkinin yükselmesine neden olabileceğini söylemektedir (Kayış, 2009). Farklı bir çalışmada Zengi (2018), eğitim durumuna göre hastalık algısı ölçeğinin alt boyutlarından süre (akut/kronik) ve tedavi kontrolüne yönelik olduğundan anlamlı fark saptanmıştır. Buna göre lisansüstü mezunlarının süreye (akut/kronik) yönelik puan ortalamaları lisans mezunlarından yüksek bulunmuştur. Eğitim seviyesi arttıkça daha fazla hastalıklarını kronik olarak algıladıkları görülmesi bu araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir. Dolayısıyla eğitim seviyesi arttıkça hastaların hastalığın seyrindeki değişimler karşısında olumsuz yönde etkilendikleri şeklinde yorumlanabilir. Bu durum eğitim seviyesi arttıkça bireylerin bilgiye daha kolay ulaşabilmelerine ve hastalıkla ilgili geniş çaplı araştırma yapabilmelerine, artan bilgileri doğrultusunda hastalık sürecinde yaşanan değişimleri doğru ve gerçekçi değerlendirebilmelerine bağlanabilir.

5.4. Ekonomik Durumlarına Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algılarının Farklılaşp Farklılaşmadığına Yönelik Bulguların Tartışılıp Yorumlanması

Ekonomik durumlarına göre kanser hastalarının hastalık algılarını farklılaşmasına yönelik bulgular değerlendirildiğinde ise “Hastalığı Anlama” arasında anlamlı bir biçimde

farklılaşmaktadır. Kayır (2014) çalışmasında ekonomik durum ile hastalığı anlama arasında ilişki saptanmazken, tedavi kontrolü ile arasında pozitif anlamlı ilişki, süre (döngüsel), duygusal temsiller arasında negatif anlamlı ilişki saptanmıştır. Buna göre ekonomik durumu iyi olanların daha iyi (kaliteli) tedavi alma şansına sahip oldukları, tersine daha kötü şartlarda tedavi olanların hastalığının yineleyebileceği şeklinde yorumlanmıştır (Kayır, 2014). Araştırma bulgularına göre gelir düzeyi daha yüksek olan hastaların hastalıkları ile ilgili bilgileri ve yaşanan değişimleri daha iyi anladıkları asgari ücret altındaki bireylerin ise daha az anladıkları söylenebilir. Bu sonuçlara göre ekonomik durumu iyi olanların daha iyi bir tedavi ve hastalıkla ilgili daha fazla bilgiye ulaşabilme olanaklarının olmasına bağlanabilir.

5.5. Hastalık Evresine Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algılarının Farklılaşp Farklılaşmadığına Yönelik Bulguların Tartışılıp Yorumlanması

Kanser evresine göre kanser hastalarının hastalık algılarını farklılaşmasına yönelik bulgular değerlendirildiğinde “süre (akut) ve “Tedavi Kontrolü” anlamlı bir biçimde farklılaşmaktadır. Karaca (2018) çalışmasında kanser evresine göre süre (akut) anlamlı bir biçimde farklılaşma bulguyu destekler niteliktedir. Dördüncü evredeki hastaları hastalıklarının kronik olduğunu düşündüğü, hastalıkları ile ilgili olumsuz duyguları daha çok hissettikleri görülmektedir. Erken evre kanser hastalarının hastalıklarının geçici olduğunu düşündüklerini söylemektedir. Bundan farklı olarak çalışmada 1. Evre hastaların diğer evrelere göre hastalıklarını daha kronik gidişli düşündükleri bulunmuştur. Hastalığın kronikleşmesi, geleceğe dair kaygı ve endişe gibi durumların olmasına bağlı olarak hastalar duygusal semptomlar yaşayabilmektedir (Sadırlı ve Ünsar, 2009).

Diğer bir bulgu olan kanser evresine göre tedavi kontrolünün anlamlı biçimde farklılaşmasıdır. Kayış (2009) çalışmasında benzer olarak tedavi kontrolü ile anlamlı farklılaşma bulmuştur. Buna göre erken evre kanser hastalarının tedavilerinin etkili olacağı inancı taşıdıklarını söylemektedir. Araştırma sonucuna göre 2. Evre kanser hastaları tedavilerinin etkililiğine inanmaktadır. Bu durum kanser evresinin, hastalık tedaviye olumlu cevap vermediğinde ve vücutta kanser hücreleri diğer organlara yayılım gösterdiğinde ilerlemesine ve bireyin ölüme daha fazla yaklaştığı düşünmesine bağlanabilir. Dolayısıyla kanser evresi ilerledikçe hastaların iyileşmeye ve uygulanan

tedaviye inançları azaldığı ve umutsuzluğa kapıldığı söylenebilir. Bundan dolayı ileri evre kanser hastalarının hastalıklarını tedavi kontrolü algısı puanının düşük olmasını beklenen bir sonuçtur.

5.6.Uygulanan Tedaviye Göre Kanser Hastalarının Hastalık Algılarının Farklılaşp Farklılaşmadığına Yönelik Bulguların Tartışılıp Yorumlanması

Uygulanan tedaviye göre göre kanser hastalarının hastalık algılarını farklılaşmasına yönelik bulgular değerlendirildiğinde, “Süre (Akut), Tedavi Kontrolü ve Süre (Döngüsel) anlamlı bir biçimde farklılaşmaktadır. Geçmiş çalışmalar incelendiğinde uygulanan tedaviye göre hastalık algısının farklılaşmadığı görülmektedir (Kayır, 2014). Başka bir çalışmada sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, süre (döngüsel) ve duygusal temsillere yönelik puan ortalamaları kemoterapi alma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterirken, süre (akut/kronik) ve hastalığı anlayabilmeye göre farklılık göstermemektedir. Bu bulgura göre, hastalık süresince kemoterapi alan katılımcıların sonuçlar, süre (döngüsel) ve duygusal temsillere yönelik puan ortalamaları tedavi sürecinde kemoterapi almayanlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Hastalık süresince kemoterapi almayan katılımcıların ise kişisel kontrol, tedavi kontrolüne yönelik puan ortalamaları kemoterapi alanlara oranla daha yüksek bulunmuştur. (Zengi, 2018). Araştırma sonuçlarına göre Süre (Akut) ile farklılaşma açısından incelendiğinde, Kemoterapi gören hastalar hastalıklarını daha kronik gidişli görmektedirler. Kemoterapinin ağır bir tedavi yöntemi olması ve tedavi sırasında olumsuz yan etkilerinin çok fazla görülmesi hastanın ömür boyu bu hastalıkla yaşayacağı inancını güçlendirdiği şeklinde yorumlanabilir. Tedavi kontrolü ile farklılaşmaya bakıldığında ise kemoterapi tedavisi alan hastaların bu tedavinin etkisine olan inançlarının yüksek olduğu görülmektedir. Kemoterapinin kanser ile özdeşleşmiş olması ve bu tedavilerin uygulanmaması hastalara daha az umut verdiğini düşündürmektedir. Kemoterapi ve radyoterapi tedavisinin ikisini birlikte alan hastaların hastalığın seyrindeki değişimleri daha olumsuz algıladıkları görülmektedir. Bu sonuç kemoterapi ve radyoterapi tedavilerinin yıpratıcı ve uzun olmasından dolayı iki tedavinin birlikte ya da ardışık uygulanması hastanın hastanın yaşam kalitesinin daha fazla düşmesine bağlanabilir. Aynı zamanda radyoterapinin, kemoterapinin tek başına yeterli olmaması durumunda uygulanması ya da hastalığın tekrarlanması durumunda daha yoğun tedavilerin

uygulanması da bireylerin, hastalığın seyrindeki değişimleri olumsuz algılamasına sebep olabilir.

5.7. Sonuç

Bu bölümde araştırma bulgularına yönelik genel bir değerlendirme yapılarak gelecekteki yapılacak araştırmalara ilişkin öneriler sunulmuştur.

Araştırmada ilk olarak hastalık algısı, kişilik ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki ele alınmıştır. Kişilik özellikleri ve stresle başa çıkma tarzları alt boyutlarının, hastalık algısı alt boyutlarını yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Analiz sonuçlarına göre süre (akut/kronik) boyutunu dışadönüklük kişilik tipi açıklarken, sonuçlar alt boyutunu pasif başa çıkma tarzları açıklamaktadır. Tedavi kontrolü üzerinde önemli yordayıcı olan değişkenler sırasıyla pasif başa çıkma tarzları ve aktif başa çıkma tarzlarıdır. Hastalığı anlama boyutu üzerinde pasif başa çıkma tarzlarından sonra özdisiplin kişilik tipi değişkeninin önemli etkisi olduğu görülmektedir. Süre döngüsel alt boyutunu açıklayan değişkenler ise pasif başa çıkma tarzları ikinci olarak da aktif başa çıkma tarzlarıdır. Duygusal temsiller alt boyutunu ise sırasıyla pasif ve aktif başa çıkma tarzları değişkenleri açıklamaktadır. Kişisel kontrol üzerinde pasif başa çıkma tarzlarının önemli etkisi olduğu görülmektedir.

İkinci aşamada hastalık algısını etkileyen faktörler ele alınmıştır. Kişisel faktörler değerlendirildiğinde cinsiyet ile hastalık algısı alt boyutları arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır. Eğitim düzeyine göre hastalığı anlama, süre (döngüsel) arasında anlamlı biçimde farklılaşmaktadır Ekonomik duruma göre hastalığı anlama anlamlı biçimde farklılaşmaktadır. Gelir düzeyi düşük olanların hastalığı anlama ve süre (döngüsel) puanları yüksek olanlara göre daha yüksektir.

Hastalıkla ilgili değişkenler değerlendirildiğinde; hastalık evresine göre süre (akut/kronik), tedavi kontrolü anlamlı biçimde farklılaşmaktadır. Erken evre kanser hastalarının süre (akut/kronik) ve tedavi kontrolü puanları ileri evre kanser hastalarına göre daha yüksek bulunmuştur. Uygulanan tedaviye göre tedavi kontrolü anlamlı bir biçimde farklılaşmaktadır. Kemoterapi alan kanser hastalarının tedavi kontrolü puanları diğer tedavi yöntemlerine göre daha yüksek bulunmuştur.

5.8. Öneriler

Çalışma sonucunda olumlu hastalık algısının hastaların kanser tanısı almaları ile birlikte tedaviye daha uyum sağlamalarını ve etkin başa çıkma yöntemlerini kullanmada etkili olduğu görülmektedir. Bu bağlamda elde edilen bulgular kişilik tipinin hastalık algısı ve stresle baş çıkma yöntemini etkilediği yönündedir.

- Kişilik tiplerine yönelik bulgular doğrultusunda sağlık çalışanlarının, bireyin sahip olduğu kişilik özelliklerine yönelik bilgi sahibi olmasının sağlanması hastanın hastalık algısının değerlendirilmesini ve stresle mücadelesini kolaylaştıracaktır. Bireylerin kişilik özelliklerinin hastalık algularını etkilemesi, hastalarla olumsuz hastalık algısına yol açan kişilik özelliklerini ele almaya yönelik psikososyal çalışmalara öncelik verilmesi önerilebilir.
- Tüm hastalara, hastalık tanısı almasıyla birlikte kişilik özelliklerini ve hastalık algısını ölçmeye yönelik ölçek uygulanması ve olumsuz algının ve buna bağlı olarak gelişecek stresin önüne geçilmesi için psikososyal müdahale programı geliştirilmesi önerilebilir.
- Hastalığın yarattığı stresle başa çıkmak için etkin başa çıkma yöntemlerinin kazanımı için çalışmalar yapılması önerilmektedir.
- Literatürde, kanser hastalarında kişilik tipleri ve hastalık algısı ilişkisi konusunda çok fazla akademik çalışma bulunmamaktadır. Bu doğrultuda daha fazla akademik çalışma yapılmasının alan yazına önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.
- Bu çalışma belirli sayıda ve tek bir hastanede tedavi gören hastalar ile yapılmıştır. Yapılacak benzer çalışmalar için daha geniş bir örneklem grubuyla çalışmaları önerilir.

KAYNAKÇA

- Abramson, L.Y., Garber, J., & Seligman, M.E.P. (1980). Learned helplessness in humans: An attributional analysis. In J. Garber and M.E.P. Seligman (Ed.), *Human helplessness* (pp.3-35). New York: Academic Press.
- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74. doi.org/10.1037//0021-843x.87.1.49
- Aghaee, N. G., ve Ören, T. (2004). *Effects of cognitive complexity in agent stimulation*. Summer Computer Stimulation Conference, San Rose.
- Ağargün M. Y., Beşiroğlu L., Kıran Ü. K., Özer Ö. A., ve Kara, H. (2005). Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği: Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 221-226.
- Akvardar, Y., Çalpak, E., Etaner, U., Hürol, C., Sunat, H., Tükel, R., ...Yücel, B. (2006). *Psikanalitik kurama giriş*. Ankara: Bağlam Yayıncılık.
- Aktaş, A. M. (2001). Bir kamu kuruluşunun üst düzey yöneticilerinin iş stresi ve kişilik özellikleri. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 56(4), 25-43.
- Akyıldız, G., Elboğa, G., Elboğa, U., & Şahin, E. (2019). The relationship between illness perception and quality of life in thyroid patients who received radioactive iodine-131 ablation treatment. *Medical Science and Discovery*, 6 (3), 54-58. doi: 10.17546/msd.536251
- American cancer society. (2017). Cancer facts & figures. Erişim adresi <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2017.html>
- Arkar, H. (2004). *Cloninger'in psikobiyolojik kişilik kuramının Türk örnekleminde sınanması*, (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü: İzmir.
- Armay, Z. (2006). *Hastalık Algısı ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü: İstanbul.

- Arving, C., Assmus, J., Thormodsen, I., Berntsen, S., & Nordin, K. (2018). Early rehabilitation of cancer patients-An individual randomized stepped-care stress-management intervention. *Psychooncology*, 28(2), 301-308. doi: 10.1002/pon.4940
- Aslan, Ö., Vural, H., Kömürcü, Ş., ve Özet, A. (2006). Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(5), 14-28. Erişim adresi <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/1272.pdf>
- Aslan, S. (2008). Kişilik, huy ve psikopatoloji. *RCHP, Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi*, 2(1-2), 7-18. Erişim Adresi <file:///C:/Users/Burcu%20Aydın/Desktop/tez%20mak/KIŞILIK%20HUY%20PSİKOPATOLOJİ.pdf>
- Ateşçi, F. Ç., Oğuzhanoğlu, H. K., Baltalarlıoğlu, B., Karadağ, F., Özdel, O. ve Karagöz, N. (2003). Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 14(2), 145-152. Erişim adresi <http://turkpsikiyatri.com/C14S2/kanserHastalarinda.pdf>
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J. ve Hoeksema, S. N. (2002). *Psikolojiye giriş*. Ankara: Arkadaş Yayınları.
- Avcı, D., ve Doğan, S., (2014). Kanser hastalarında travma sonrası stres bozukluğu, sosyal destek ve stresle başa çıkma arasındaki ilişki. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*,3(1),16-21. Erişim adresi http://www.journalagent.com/bsbd/pdfs/BSBD-15238-RESEARCH_ARTICLE-AVCI.pdf
- Avuçan, E., İmrek, M. ve Karaboğa I. (2006). Kanser psikososyal yönleri, *Türk Psikoloji Bülteni*, 12(38), 81-91.
- Aysal, N. (2014). *Stres algısı, başa çıkma, kişilik ve sağlık arasındaki ilişkilerib etkileşimsel stres ve başa çıkma modelinde incelenmesi*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü: İstanbul.
- Babaoğlu Akdeniz, C. E. (2012). Meme kanseri olan evli kadın hastaların eşler arası uyum ve baş etme biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2):53-6. Erişim adresi <http://www.journalagent.com/phd/pdfs/PHD->

08208-RESEARCH_ARTICLE-BABAOGLU_AKDENIZ.pdf

- Bacanlı, H. (2002). *Gelişim ve öğrenme*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Balıkçioğlu B. (2016) Benlik-imagı uyumunun retoriği: Bana ne tükettiğini söyle sana kim olduğunu söyleyeyim. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 5 (3), 537-553. Erişim adresi <http://www.itobiad.com/download/article-file/206373>
- Baltaş, A. ve Baltaş, Z. (2000). *Stres ve başa çıkma yolları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Baltaş Z. ve Baltaş A. (2018). *Stres ve başa çıkma yolları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Basım, H. N., Çetin, F. ve Tabak, A. (2009). Beş faktör kişilik özelliklerinin kişilerarası çatışma çözme yaklaşımlarıyla ilişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 24 (63), 20-34.
- Baysal, A. ve Criss, W. (2004). *Kanseri tanıyalım, belirtileri, nedenleri, korunma ve tedavi yolları*. Ankara: Hatiboğlu Yayıncılık.
- Beers, M.H., & Berkow, R. (2002). *The merk manuel of diagnosis and thrapy*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Bektaş, H.A. (2005). *Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi*, (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Ankara.
- Benet-Martinez, V., & John, O. P. (1998). Los cinco grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait multimethod analyses of the big five in Spanish and English. *American Psychological Association*, 75(3), 729–750. doi: 10.1037/0022-3514.75.3.729
- Benet-Martinez, V., & Oishi, S. (2008). Culture and personality. In O.P. John, R.W. Robins, & L.A. Pervin (Ed), *Handbook of personality: Theory and research*. Guilford Press. Erişim adresi <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.454.7473&rep=rep1&type=pdf>
- Bernstein, R.J (1978). *The restructuring of social and political theory*. Philadelphia: The University of Pennsylvania Press.
- Bilge, A., ve Olcay Çam, O. (2008). Kanseri önlemede önemli bir faktör olarak kadınların stres ile başa çıkma tarzları ve sağlık inanışlarının incelenmesi.

Anatolian Journal of Psychiatry, 9,16-21.

- Bitlisli, F., Dinç, M., Çetinceli, E., ve Kaygısız, Ü. (2013). Beş faktör kişilik özellikleri ile akademik güdülenme ilişkisi: Süleyman Demirel Üniversitesi Isparta Meslek Yüksekokulu öğrencilerine yönelik bir araştırma, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(2), 459-480 Erişim Adresi <https://dergipark.org.tr/download/article-file/194329>
- Bolger, N., & Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 890-902
- Bono, J.E., Boles, T.L., Judge, T.A., & Lauver, K.J. (2002). The role of personality in task and relationship conflict. *Journal of Personality*, 70, 311-344. doi:10.1111/1467-6494.05007
- Bozkurt, Ö. (2007). Girişimcilik eğiliminde kişilik özelliklerinin önemi. *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, 1(2), 93-111. Erişim adresi http://acikerisim.lib.comu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/COMU/982/Oznur_Bozkurt_Makale.pdf?sequence=1
- Bozo, Ö., Yılmaz, T., ve Tathan, E., (2012). C tipi davranış ölçeğinin Türkçe'ye uyarlama, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13,145-50. Erişim adresi c-tipi-davranis-olcegi-toad.docx
- Brenner, C. (1977). *Psikanalizin temelleri*, I. Savaşır ve Y. Savaşır (Çev.). Ankara: Yankı matbaası.
- Burger, J. M. (2006). *Kişilik*, I.D. Erguvan Sarıoğlu (Çev). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Carrel, A. (1973). *İnsan denen meçhul*, R. Özdek (Çev), İstanbul: Yağmur Yayınevi.
- Cattell, R. B. (1946). Personality structure and measurement. I. The operational determination of trait unities. *British Journal of Psychology*, 36, 88-103. doi:10.1111/j.2044-8295.1946.tb01110.x
- Cervone, D., ve Pervin, L. A. (2016). *Kişilik psikolojisi: Kuram ve araştırma*, M. Baloğlu (Çev) Ankara: Nobel Kitabevi.
- Chompson V.L., & Scott C.R. (1997). Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African-American women. *Nursing Research*, 46(6), 91-98. doi: 10.1097/00006199-199711000-00006

- Connor-Smith, J.K., & Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 1080-1107.
- Costa Jr. P. T., & Widiger, T. A. (2002). Introduction: Personality disorders and the five-factor model of personality. In Costa Jr, P. T. & Widiger, T. A. (Ed.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (s.3-14). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cüceloğlu, D. (1994). *Yeniden insan insana*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Cüceloğlu, D. (1999). *İnsan ve davranışı. Psikolojinin temel kavramları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çabuk, O.C. (2015). *The roles of childhood trauma, personality characteristics, and interpersonal problems on psychological well-being*, (Unpublished master's thesis). Middle East Technical University, The Graduate School Of Social Sciences: Ankara.
- Çetin, N.G., ve Beceren, E. (2007). Lider kişilik: Gandhi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5, 111-132.
- Dal V. (2009). *Farklı kişilik özelliklerine sahip bireylerin risk algılarının tüketici davranışı açısından incelenmesi: Üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü: Isparta.
- Demir Doğan, M., Tosun, E., ve Tek, A.D. (2018). Kronik hastalıklarda hastalık algısı, yaşam kalitesi, öz-bakım yönetimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 33-40. Erişim Adresi: <http://dergipark.org.tr/gumussagbil/issue/39501/428197>
- Demirci, M.K., Özler, D.E., ve Girgin, B. (2009). Beş faktör kişilik modelinin işyerinde duygusal tacize (mobbing) etkileri: hastane işletmelerinde bir uygulama. *Journal Of Azerbaijani Studies*, 13-39.
- Deniz, A. ve Erciş, A. (2008). Kişilik özellikleri ile algılanan risk arasındaki ilişkinin incelenmesi üzerine bir araştırma. *İktisadi ve İdari bilimler Dergisi*, 22 (2), 302-330.

- Dewan, M., Steenbarger, B. N., & Greenberg, R. P. (2004). *The art and science of the brief psychotherapies*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- Diefenbach, M. A. (2008). *Illness representations. Health behavior constructs: Theory measurement and research. National Cancer Institute, US National Institute of Health*. Erişim adresi: https://cancercontrol.cancer.gov/brp/research/constructs/illness_representations.html
- Digman, J.M. (1990). Personality Structure: Emergence of the Five-Factor, *Annual Review of Psychology*, 41,417-440. doi:10.1146/annurev.ps.41.020190.002221
- Doğan, T. (2013). Beş faktör kişilik özellikleri ve öznel iyi oluş. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 14 (1), 56-64.
- Dökmen, Ü., (2007). *Küçük şeyler*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Dönmez, A. (2016). *Kanser hastalarında hastalık algısı ile üstbiliş, erken dönem uyumsuz şemalar ve olumsuz otomatik düşünceler arasındaki ilişkiler* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü: Ankara.
- Drageset, S., Lindström, T.C., & Underlid, K. (2010). Coping with breast cancer: Between diagnosis and surgery. *J Adv Nurs* 66,149-58. doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x
- Duygun, T., ve Sezgin, N. (2003). Zihinsel engelli ve sağlıklı çocuk annelerinde stres belirtileri, stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal desteğin tükenmişlik düzeyine olan etkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*,18(52), 37-52.
- Dürü, Ç. (2018). “Şanssızım” anlatımının mazoşist kişilik bağlamında işlevi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 29(2),131-7. Erişim adresi www.turkpsikiyatri.com/PDF/C29S2/tpd_c29_s2_131-137.pdf
- Dünya Sağlık Örgütü. (2001). *Koruyucu sağlık hizmetleri*. Erişim adresi <https://sekadh.saglik.gov.tr/TR,236309/koruyucu-saglik-hizmetleri.html>
- Elbi Mete, H. (2001). Kanser ve depresyon. *Psikiyatri Dünyası*, 5, 5-10.
- Ektem, I.Ş., (2007). *İlköğretim 5. Sınıf matematik dersinde uygulanan yürütücü biliş stratejilerinin öğrenci erişimi ve tutumlarına etkisi*, (Yayımlanmamış doktora tezi). Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: Konya.
- Erciş, A. ve Deniz, A. (2008). Kişilik özellikleri ile algılanan risk arasındaki ilişkilerin

incelenmesi üzerine bir araştırma. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 22 (2), 301-330 Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/30207>

Eroğlu, F., (1996). *Davranış biçimleri*. İstanbul: Beta Yayınları.

Eysenck, H.J., & Eysenck, S.B. (1975). *Manual of the Eysenck personality questionnaire (Adult and Junior)*. London: Hodder & Stoughton.

Fawzy F.I., Cousins N., Fawzy N., Kemeny M., Elashoff R., & Morton D. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients: I. Changes over time in method of coping and affectiv disturbance. *Archieves of General Psychiatry*, 47(27),720-725.

Fawzy F.I., Arndt L.A., & Pasnau R.O. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Archieves of General Psychiatry*, 50, 681-689. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950140018003

Figueiras, M.J., & Alves N.C. (2007). Lay perceptions of serious illnesses: An adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. *Psychology and Health February* 22(2), 143–158 doi: 10.1080/14768320600774462

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol*, 46,839-852. doi:10.1037//0022-3514.46.4.839

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middleaged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(2), 9-239. doi:10.2307/2136617

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personafity and Social Psychology*, 50, 992-1003. doi: 10.1037//0022-3514.50.5.992

Foxwell, R. Morley, C. & Frizelle, D. (2013) Illness perceptions, mood and quality of life: A systematic review of coronary heart disease patients. *Journal of Psychosomatic Research* 75, 211–222. doi:10.1016/j.jpsychores.2013.05.003

Freud, A. (1989). *Ego ve savunma mekanizmaları*. Ankara: Bağlam Yayınları.

Friedman, H.S., & Schustack, M.V. (2003). *Personality classic theories and modern*

research. Boston: Allyn and Bacon.

Gençtan, E. (2002). *Psikanaliz ve sonrası*. İstanbul: Metis Yayınları.

Gençtan, E. (1984). *Çağdaş yaşam ve normal dışı davranışlar*. İstanbul: Maya.

Güvenç, B. (1984). *İnsan ve kültür*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Hagger, M ve Orbell, S. (2003). A meta analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18, 141-184.

Hazar, Ç.M. (2006). Kişilik ve iletişim tipleri, *Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi*, 4(2), 125-140. Erişim adresi dergipark.org.tr/josc/issue/19011/200777

Hegelson, V., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, 15(2), 135-148. doi: 10.1037//0278-6133.15.2.135

Heijmans, M ve De Ridder, D. (1998). Assessing illness representations of chronic illness: Explorations of their disease-specific nature. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 485-503.

Hergenhahn, B.R. & Olson, M.H. (1999). *Introduction to theories of personality*, Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall.

Hirsch D., Ginat M., Levy S., Benbassat, C., Weinstein, R., Tsvetov, G.... Atir, R.R. (2009) Illness perception in patients with differentiated epithelial cell thyroid cancer. *Thyroid*, 19(5),459-465. doi:10.1089/thy,2008.0360

Holmes, T.H., & Rahe R.H. (1967) The social readjustment rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218. doi:10.1037/t02251-000

Hopman P., & Rijken M. (2014). Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psychooncology* 24 (1), 11-18 doi:10.1002/pon.3591

Hughner, R. S., & Kleine, S. S. (2004). Views of health in the lay sector: A compilation and review of how individuals think about health. *Health*, 8, 395-422. doi:10.1177/1363459304045696

Jensen-Campbell, L.A., & Malcolm, K.T. (2007). The importance of conscientiousness in adolescent interpersonal relationships. *Personality and Social Psychology*

Bulletin, 33(3),368–383. doi: 10.1177/0146167206296104

Kagan, A. R., & Lennar, L. (1974). Health & enviroment- Psychosocial stimuli: A Review. *Social Science & Medicine*, 8(5), 225-241. doi:10.1016/0037-7856(74)90092-4.

Kağıtçıbaşı, Ç. (1990). *İnsan-aile-kültür*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1998) Personality disorders, *Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry*, 775-796, Mass Publishing Co, Egypt.

Karabulutlu, E.Y., ve Karaman, S. (2015). Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve meslekleri dergisi*, 2(3), 271-284. doi:10.17681/hsp.84549

Karaca, E. (2018). *Kemoterapi alan kanser hastalarında hemşirelik bakımı memnuniyetinin hastalık algısı ve yaşam kalitesine etkisi*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: İstanbul.

Karancı, A.N., Dirik, G. ve Yorulmaz, O. (2007). Eysenck kişilik anketi-gözden geçirilmiş kısaltılmış formu'nun (EKA-GGK) Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 1-8. Erişim adresi <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/gozden-gecirilmis-eysenck-kisilik-anketi-toad.pdf>

Karamustafalıoğlu, O., ve Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74. Erişim adresi http://www.anadoluisagligi.com/img/file_1370.pdf

Karasar, N. (2014). *Araştırmalarda rapor hazırlama*. Ankara: Nobel Yayın ve Dağıtım.

Kayır, G. (2014). *Onkoloji hastalarının hastalık algısı ve stresle başa çıkma biçimleri*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü: İstanbul.

Kayış, A. (2009). *Kanser hastalarının hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyleri*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: İstanbul.

Kendilci, K. (2015). *Turgut Özal Tıp Merkezi onkoloji servisine başvuran kanser*

olgularında kişilik özelliklerinin incelenmesi, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Malatya.

Kılıç, O. (2013). *Kanser hastalarında kişilik özelliklerinin kontrol grubuyla karşılaştırılması* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Düzce Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı: Düzce.

Kocaman, N. (2008). Hastaların psikososyal tepkilerini etkileyen faktörler, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 101-112. Erişim adresi <http://e-dergi.atauni.edu.tr/ataunihem/article/view/1025000641>

Kocaman, N., Kutlu, Y., Özkan, M. ve Özkan, S. (2007). Predictors of psychosocial adjustment people with physical disease, journal of nursing healthcare of chronic illness in association. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (3a), 6-16.

Kocaman, N., Özkan, M., Armay, Z. ve Özkan, S. (2007). Hastalık algısı ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anatol J Psychiatry*, 8, 271-80.

Koopman, C., Hermanson, K., Diamond, S., Angell, K.& Spiegel, D. (1998). Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7(2), 101-111. doi:10.1002/(SICI)1099-1611(199803/04)7:2<101::AID-PON

Kozier, B., Erb, G. & Blais, K. (1994). *Fundamentals of nursing*, 5th Ed, Addison-Wesley NY.

Köknel, Ö. (1985). *Kaygıdan mutluluğa kişilik*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi

Köknel, Ö. (1986). *Kişilik*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.

Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.

Kulaksızoğlu, A. (2000). *Ergenlik psikolojisi*. Remzi Kitabevi, İstanbul.

Kumar V., Cotran, R.S., & Robbins S.L. (2003) *Temel patoloji*, U. Çevikbaş (Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Kutluk, T., ve Kars, A. (1996). *Kanser konusunda genel bilgiler*. Ankara: Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları.

- Küçükbakar, A. (2011). *Kanser tanısını yeni alan ve hastalığı tekrarlayan bireylerin hastalığı algılamalarının belirlenmesi*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Ankara.
- Lan, M., Zhang, L., Zhang, Y., & Yan, J. (2018). The relationship among illness perception, coping and functional exercise adherence in Chinese breast cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing*, 75(1), 75-84. doi: 10.1111/jan.13832
- Lazarus, R.S. (1971). The concepts of stress, *Social Stress and Disease*, 1, 53-60.
- Lazarus, R. S. (1976). *Patterns of adjustment*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. *Advances in Experimental Social Psychology*, 5, 119-186. doi: 10.1016/S0065-2601(08)60091-X
- Leventhal, H., Diefenbach, M.A., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143-163. doi:10.1007/bf01173486
- Levy, S., Herberma, R., Whiteside, T., Sanzo, K., Lee, J. & Kirkwood, J. (1990). Perceived social support and tumor estrogen/progesterone receptor status as predictors of natural killer cell activity in breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 52, 73-85. doi:10.1097/00006842-199001000-00006
- Levy, S., & Heiden, L. (1991). Depression, distress and immunity: Risk factors for infectious disease. *Stress Medicine*, 7, 45-51. doi.org/10.1002/smi.2460070109
- Liebert, R. M., & Spiegler, M. D. (1990). *Personality, strategies and issues*. California: Brooks/ Cole Publishing Company.
- Luthans, F. (1992). *Organizational behavior*. New York: McGrawHill Inc.
- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(2), 63-78 doi: 10.1037//0022-3514.35.2.63
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (2003). *Personality in adulthood: A Five-Factor Theory perspective*. New York: Guilford Press.
- McCorry, N. K., Dempster, M., Quinn, J., Hogg, A., Newell, J., Moore, M., ... Kirk, S. J.

- (2013). Illness perception clusters at diagnosis predict psychological distress among women with breast cancer at 6 months post diagnosis. *Journal of Psycho-Oncology*. 22, 692 – 698. doi.org/10.1002/pon.3054
- McIntosh, D.N. (1995). Religion-as-schema, with implications for the relation between religion and coping. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 5(1), 1-16. doi: 10.1207/s15327582ijpr0501_1
- McLeod, S. A. (2016). İd ego and superego, Erişim adresi www. simply psychology. org/psyche ..., 2016 - montville.net
- Mete, H. E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(Ek 3), 3-18. Erişim adresi www.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_11_70_3_18.pdf
- Mols, F., Denollet, J., Adrian, A.K., Reemst, P. H. M., & Thong, M. (2012). The association between Type D personality and illness perceptions in colorectal cancer survivors: A study from the population-based profiles registry. *Article in Journal of psychosomatic research* 73(3), 232-9. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.07.004.
- Morgan, C. T. (1999). *Psikolojiye giriş*, S. Karakaş ve R. Eski (Çev). Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, L. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and health*, 17, 1–16. doi.org/10.1037/t11973-000
- Okumuşoğlu, S. (2014). *Obezitede kilo vermede başarıyla ilgili kişilik faktörleri ve bilişsel faktörler*, (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Ege üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü: İzmir.
- Okyayuz, Ü.H. (1999). Ölümçül kas hastalığı tanısı alan bir bebeğin anne babası olmak. Ü. H. Okyayuz (Ed.). *Sağlık psikolojisi* (s.237-249). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Öncül, Ö., (2008). *Roles of basic personality traits, schema coping responses, and toxic childhood experiences on antisocial, borderline, and psychopathic personality characteristics*, (Unpublished master's thesis). Middle East Technical University, Institute Of Social Sciences: Ankara.
- Özdemir, O., Güzel Özdemir, P., Kadak, T. M., ve Nasıroğlu, S. (2012). Kişilik gelişimi.

Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 4(4),566-589 doi:10.5455/cap.20120433

- Özen, Y. (2014). Kendilik, kendilik algısı ve kendilik algısına bağlı psikosomatik bozukluklara sosyal psikolojik bir bakış. *Akademik Bakış Dergisi*, 40. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/382692>
- Özer, A.K. (1998). *Ben değeri tiryakiliği*. İstanbul: Varlık Yayınları.
- Özgüven, İ.E. (1998). *Psikolojik testler*. Ankara: PDREM Yayınları.
- Özkan, S. (2003). Meme kanserli hastaya psikolojik yaklaşım, yaşam kalitesi. E. Topuz, A, Aydın, M, Dinçer. *Meme kanseri içinde* (s.681-690), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Özkan, S. (2007). *Psiko-onkoloji*. İstanbul: Form Reklam Hizmetleri.
- Özkan, S., ve Turgay, M. (1992). Mastektomi olgularında psikiyatrik morbidite psikoosyal uyum ve kanser, organ kaybı, psikopatoloji ilişkisi. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 29(4), 207-215.
- Özkalp, E. (2003). *Psikolojiye giriş dersleri*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Basımevi.
- Özoğlu, S. Ç. (1992). Davranış bilimlerinde anket: Bilgi toplama aracının geliştirilmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 25(2), 321-39. doi.org/10.1501/egifak_0000000570
- Palmer, S. (1992). *Stress management: a course reader*. London: Centre for Stress Management.
- Petrie, K.J., Cameron, L.D., Ellis, C.J., Buick, D., & Weinman, J. (2002). Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 64, 580–586. doi:10.1097/00006842-200207000-00007
- Petrie, K.J., & Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine*, 6(6), 536–539. doi:10.7861/clinmedicine.6-6-536
- Porcelli, P., Tulipani, C., Maiello, E., Cilenti, G., & Todarello O. (2007). Alexithymia, coping, and illness behavior correlates of pain experience in cancer patients, *Psychooncology*, 16(7), 644-50. doi: 10.1002/pon.1115
- Rennison, N. (2001). *The pocket essential Freud & psychoanalysis*. Great Britain: Pocket Essentials.

- Rogers, C. R. (1965). *Client-centered therapy*. Bostan: Houghton Mifflin Company.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. & Becker, J. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15, 175–183. doi: 10.1177/109019818801500203.
- Rozema, H., Völink, T & Lechner, L. (2009). The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *PsychoOncology* 18, 849–857.
- Ryckman, R.M. (2004). *Theories of personality*. Thomson: Wadsworth.
- Sadırlı Kurt, S. (2008). *Kanserli hastalarda semptom kontrolünün değerlendirilmesi*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Edirne.
- Sadırlı Kurt, S. ve Ünsar, S. (2009). Kanserli hastalarda Edmonton semptom tanılama ölçeği (ESTÖ): Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(1), 79-95.
- Schmitt, D. P., Allik, J., McCrae, R. R. & Benet-Martinez, V. (2007). The geographic distribution of big five personality traits: Patterns and profiles of human selfdescription across 56 nations. *Journal of CrossCultural Psychology*, 38, 173-212.
- Selye, H. (1976). *The stress in health and disease*. London: Butterworth.
- Shweder, R. A., & Bourne, E. J. (1984). *Does the concept of the person vary cross-culturally?* R. A. Shweder, & R. A. LeVine (Ed.), *Culture theory: Essays on mind, self and emotion içinde* (s. 158-199). Cambridge University Press.
- Somer, O., & Goldberg, L.R. (1999). The structure of Turkish trait descriptive adjective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(3), 421-450. doi: 10.1037//0022-3514.76.3.431
- Somer, O. (1998). Türkçe’de kişilik özelliği tanımlayan sıfatların yapısı ve beş faktör modeli. *Türk Psikoloji Dergisi*, 13(42), 17-32.
- Sorias, S. (1982). *Hasta ve normalde yaşam olaylarının stres verici etkilerinin araştırılması*, (Yayımlanmamış Doçentlik Tezi). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi: İzmir.

- Spencer, S.M., Carver, C.S., & Price, A.A. (1998). Psychological and social factors in Adaptation. J. Holand (Ed), *Psycho-oncology* içinde (211-223). New york: Oxford University Press.
- Sümer, N., ve Sümer, H. C. (2005). Beş faktör kişilik özellikleri ölçeği (Yayınlanmamış çalışma).
- Steinberg, A.M., & Ritzmann, R.F. (1990). A living systems approach to understanding the concept of stress. *Behavioral Science*, 35(2), 138–146.
- Şahin, N., ve Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10 (34), 56-73.
- Şahin, N. H. (1994). *Stresle başa çıkma yolları: olumlu bir yaklaşım*. İstanbul: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Şeker Sır, N. (2016). *Öğretmen adaylarının 5 faktör kişilik kuramına göre kişilik özelliklerinin belirlenmesi ve bazı değişkenlere göre incelenmesi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Yıldız Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü: İstanbul.
- Tabriz. E., Mohammadi, R., Roshandel, G.R., & Talebi, R. (2019). Pain beliefs and perceptions and their relationship with coping strategies, stress, anxiety, and depression in patients with cancer. *Indian J Palliat Care*, 25(1):61-65. doi: 10.4103/IJPC.IJPC_137_18
- Tang, L., Kurt, F., Leonhart, R. Pang, Y., Jinjiang, L., Song, L., ...Schaefer, R. (2017). Emotional distress and dysfunctional illness perception are associated with low mental and physical quality of life in Chinese breast cancer patients, *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1),231 doi: 10.1186/s12955-017-0803-9
- Taymur, İ., ve Türkçapar, M.H. (2012), Kişilik: Tanımı, sınıflaması ve değerlendirmesi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2),154-177 doi:10.5455/cap.20120410
- Tekin, Ö. A., Turan, S. N., Özmen, M., Turhan, A. A., ve Kökçü, A. (2012). Beş faktör kişilik özellikleri ve örgütsel çatışma yönetimi arasındaki ilişkiler: Ankara'daki beş yıldızlı otel işletmeleri üzerine bir uygulama. *Yaşar Üniversitesi Dergisi*, 27(7), 4611-4641. Erişim adresi www.researchgate.net/publication/283013193_Bes_Faktor_Kisilik_Ozellikleri_ve.

- Thong, M. S. Y, Mols, Kaptein, F., Boll, A. A., Vos, D., Pijnenborg, J.M.A, ... Ezendam, N. P. M. (2018). Illness perceptions are associated with higher health care use in survivors of endometrial cancer—a study from the population-based profiles registry. *Supportive Care in Cancer*, 27(5), 1935-1944. Erişim adresi <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-018-4451-3>
- Tokgöz, G., Yaluğ, İ., Özdemir, S., Yazıcı, A., Uygun, K., ve Aker, T. (2008). Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 59-66. Erişim adresi <https://search.proquest.com/openview/074d7aa060e60ef6e7f73adaa856909f/1?p-q-origsite=gscholar&cbl=136214>
- Topuzlu, C. (2000). Cerrahi onkolojinin temel ilkeleri. E. Topuz, A. Aydın ve A. N. Karadeniz (Ed.), *Klinik onkoloji içinde* (s.11-15), İstanbul: İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları.
- Torun, A. (1996). Stress ve tükenmişlik. Tevrüz, S. (Ed.), *Endüstri ve örgüt psikolojisi içinde* (s. 43-53). Ankara: Türkiye Psikologlar Derneği.
- Tuncer, D., Arpacı, T., Ayhan, Y., Böge, E. ve Üner, M. (1992). *Pazarlama*. Ankara: Gazi Yayınları.
- Tunç, A. (2014). *Meme kanseri tanısı almış kadınların hastalık temsilleri, başa çıkma stratejileri, kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi ile psiko-sosyal ihtiyaçlarının belirlenmesi*, (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Mersin Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü: Mersin.
- Turner, J. E., (2003). *Proactive personality and big five as predictors of motivation to learn in old dominion university*, (Doktora Tezi). Erişim Adresi: https://digitalcommons.odu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1179&context=psychology_etds
- Türe, N. (2017). *The relationship between stress level and personality and stress management techniques*, (Unpublished master's thesis). Ankara Yıldırım Beyazıt University, The Institute Of Social Sciences: Ankara.
- Türk Halk Sağlığı Kurumu, (2013). *Kanser nedir?* Erişim adresi <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-nedir/4-kanser-nedir.html>

- Türk Halk Sağlığı Kurumu. (2015) *2014 yılı birim faaliyet raporu. Bulaşıcı olmayan hastalıkları-programlar ve kanser, kanser daire başkanlığı*, Ankara. Erişim adresi <http://kanser.gov.tr/Dosya/Bilgi-Dokumanlari/raporlar/birim.pdf>
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2015). *Türkiye kanser istatistikleri*. Erişim adresi https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf
- Türkiye İstatistik Kurumu, (2017). *Ölüm oranı istatistikleri*. Erişim adresi hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-anasayfa
- Ülev, E. (2014). *Üniversite öğrencilerinde bilinçli farkındalık düzeyi ile stresle başa çıkma tarzının depresyon, kaygı ve stres belirtileriyle ilişkisi*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü: Ankara.
- Ülgen, G. (2004). *Kavram geliştirme: kuramlar ve uygulamalar*. Ankara: Nobel Yayınları.
- Ülger, E., Alacacıoğlu, A., Gülseren, Ş. A., Zencir, G., Demir, L., ve Tarhan, O.M. (2014). Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2), 85 – 92. Erişim adresi dijitalhemsire.net/kanser-psikiyatrisi-psikoonkoloji-nedir
- Üstün E. ve Akman B. (2002). Korunmaya muhtaç çocukların benlik algısının incelenmesi. *Hacettepe üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23, 229-233. Erişim adresi: http://www.efdergi.hacettepe.edu.tr/shw_artcl-967.html
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health*, 11(3),431-445. doi:10.1080/08870449608400270
- Yıldırım, İ. (1991). Stres ve stresle başa çıkma da gevşeme teknikleri. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6, 175-189. Erişim Adresi: <http://psikiyatrisosyalhizmet.com/wp-content/uploads/2010/02/stres.pdf>
- Yıldırım H., (2003). *Empati ile beş faktör kişilik modeli arasındaki ilişkinin incelenmesi*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü: Trabzon.

- Yıldız, G., ve Özsoy, E. (2013). Çalışanların kişilik özelliğine göre iş doyumunu farklılaştır mı? *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 5(1), 268-278. Erişim Adresi: http://www.sobiad.org/ejournals/dergi_SBD/arsiv/2013_1/Gultekin_yildiz.pdf
- Yıldız, I. (2012). *Stomasi olan ve olmayan kolorektal kanser hastalarında yaşam kalitesi, başa çıkma tarzı ve psikososyal uyum*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: İstanbul.
- Yılmaz, (2014). *Growth through traumatic loss: the effect of grief related factors, coping and personality on posttraumatic growth*, (Unpublished master's thesis). İstanbul Bilgi University, Institute of Social Sciences: İstanbul.
- Yılmaz, M. (2006). *İleri evre kanser hastalarında bilgilendirme odaklı ağrı ve depresyon değerlendirmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Ankara.
- Yöndem, Z. D. (2015). *Kişilik dinamikleri ve stresle baş etme*. Ankara: Efil Yayınevi
- Yurtsever, H. (2009). *Kişilik özelliklerinin stres düzeyine etkisi ve stresle başa çıkma yolları: Üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü: İzmir.
- Zengi, A.U. (2018). *Hematoloji hastalarının hastalık algısının değerlendirilmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: İstanbul.
- Zhang, N., Fielding, R., Soong, I., Chan, K.K., Lee, C., Ng, A., ...Lam, W.W.T. (2018) Illness perceptions as predictors of psychological distress among head and neck cancersurvivors: a longitudinal study. *Head & Neck*. 40(11),2361-2371 doi: 10.1002/hed.25343.

EKLER**EK-I****SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU**

Ad Soyadı:

Tarih:

1. Cinsiyetiniz : Kadın Erkek

2. Doğum Yılı:

3. Doğum Yeri:

4. Medeni Durumunuz: Evli Bekar Diğer.....5. Eğitim Durumu: Okuma-Yazma İlkokul Ortaokul Lise Ön Lisans Lisans Lisans Üstü6. Mesleğiniz: Ev Hanımı Öğrenci Memur İşçi Serbest (Emekli Çalışmıyor Diğer.....7. Ekonomik Durumunuz: Asgari ücret ve altı 1000-1500 TL 1500-3000 TL 3000 TL +

8. Kanser Türü:

9. Kanser Tanısını Ne Zaman Aldınız?

10. Kanser Evresi:

11. Tedavi Tipi: Kemoterapi Radyoterapi Oral

EK-II**HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ**

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

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum **2:** Böyle düşünmüyorum **3:** Kararsızım
4: Böyle düşünüyorum **5:** Kesinlikle böyle düşünüyorum

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1.Hastalığım kısa sürecek	1	2	3	4	5
2.Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı	1	2	3	4	5
3.Bu hastalık uzun sürecek	1	2	3	4	5
4.Bu hastalık çabuk geçecek	1	2	3	4	5
5.Yaşamın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5
6.Ciddi bir hastalığım var	1	2	3	4	5
7.Hastalığımın yaşamım üzerine ciddi etkileri var	1	2	3	4	5
8.Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor.	1	2	3	4	5
9.Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor.	1	2	3	4	5
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var	1	2	3	4	5
11.Hastalığım yakınlarıma zorluk yaratıyor	1	2	3	4	5
12.Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var	1	2	3	4	5
13.Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir	1	2	3	4	5
14.Hastalığımın seyri bana bağlı	1	2	3	4	5
15.Yaptığım hiç bir şey hastalığı etkileyemez	1	2	3	4	5
16.Hastalığımın etkileyebilme gücüm var.	1	2	3	4	5
17. Yaptıklarımı hastalığımın sonucu etkilemeyecek.	1	2	3	4	5
18. Hastalığım zamanla iyileşecek	1	2	3	4	5
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var.	1	2	3	4	5

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
20. Tedavim hastalığımın iyileşmesinde etkili olacak	1	2	3	4	5
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir.	1	2	3	4	5
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir.	1	2	3	4	5
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez	1	2	3	4	5
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor	1	2	3	4	5
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor	1	2	3	4	5
26. Hastalığımı anlamıyorum	1	2	3	4	5
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum	1	2	3	4	5
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum	1	2	3	4	5
29. Hastalığımın belirtileri dünden düne farklılık gösteriyor	1	2	3	4	5
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bazen yok	1	2	3	4	5
31. Hastalığım önceden bilinemez	1	2	3	4	5
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemler oluyor	1	2	3	4	5
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum	1	2	3	4	5
34. . Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum	1	2	3	4	5
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor.	1	2	3	4	5
36. Hastalığım beni endişelendiriyor	1	2	3	4	5
37. Hastalığım beni kaygılandırıyor	1	2	3	4	5
38. Hastalığım beni korkutuyor	1	2	3	4	5

EK III

BEŞ FAKTÖR ENVANTERİ (BFI)

1 = Hiç katılmıyorum 2 = Biraz katılmıyorum 3 = Ne katılıyorum ne de katılmıyorum
(kararsızım) 4 = Biraz katılıyorum 5 = Tamamen katılıyorum

Kendimi biri olarak görüyorum

___	1. Konuşkan	___	23. Tembel olma eğiliminde olan
___	2. Başkalarında hata arayan	___	24. Duygusal olarak dengeli, kolayca keyfi kaçmayan
___	3. İşini tam yapan	___	25. Keşfeden, icat eden
___	4. Bunalımlı, melankolik	___	26. Atılgan bir kişiliğe sahip
___	5. Orijinal, yeni görüşler ortaya koyan	___	27. Soğuk ve mesafeli olabilen
___	6. Ketum/vakur	___	28. Görevi tamamlanıncaya kadar sebat edebilen
___	7. Yardımsever ve çıkarıcı olmayan	___	29. Dakikası dakikasına uymayan
___	8. Biraz umursamaz	___	30. Sanata ve estetik değerlere önem veren
___	9. Rahat, stresle kolay baş eden	___	31. Bazen utangaç, çekingen olan
___	10. Çok değişik konuları merak eden	___	32. Hemen hemen herkese karşı saygılı ve nazik olan
___	11. Enerji dolu	___	33. İşleri verimli yapan
___	12. Başkalarıyla sürekli didişen	___	34. Gergin ortamlarda sakin kalabilen
___	13. Güvenilir bir çalışan	___	35. Rutin işleri yapmayı tercih eden
___	14. Gergin olabilen	___	36. Sosyal, girişken
___	15. Maharetli, derin düşünen	___	37. Bazen başkalarına kaba davranabilen
___	16. Heyecan yaratabilen	___	38. Planlar yapan ve bunları takip eden
___	17. Affedici bir yapıya sahip	___	39. Kolayca sinirlenen
___	18. Dağınık olma eğiliminde	___	40. Düşünmeyi seven, fikirler geliştirebilen
___	19. Çok endişelenen	___	41. Sanata ilgisi çok az olan
___	20. Hayal gücü yüksek	___	42. Başkalarıyla işbirliği yapmayı seven
___	21. Sessiz bir yapıda	___	43. Kolaylıkla dikkati dağılan
___	22. Genellikle başkalarına güvenen	___	44. Sanat, müzik ve edebiyatta çok bilgili

EK IV

STRESLE BAŞAÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bir sıkıntım olduğunda...	%0	%30	%70	%100
1- Kimsenin bilmesini istemem	(1)	(2)	(3)	(4)
2- İyimser olmaya çalışırım	(1)	(2)	(3)	(4)
3- Bir mucize olmasını beklerim	(1)	(2)	(3)	(4)
4- Olayları büyütmeyip üzerinde durmaya çalışırım	(1)	(2)	(3)	(4)
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm	(1)	(2)	(3)	(4)
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	(1)	(2)	(3)	(4)
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi karar vermeye çalışırım	(1)	(2)	(3)	(4)
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	(1)	(2)	(3)	(4)
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendime bulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	(1)	(2)	(3)	(4)
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	(1)	(2)	(3)	(4)
13- İş olacağına varır diye düşünüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunu için uğraşırım	(1)	(2)	(3)	(4)
15- Problemin çözümü için adak adarım	(1)	(2)	(3)	(4)
16- Herşeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	(1)	(2)	(3)	(4)
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	(1)	(2)	(3)	(4)
19- Herşeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım	(1)	(2)	(3)	(4)
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	(1)	(2)	(3)	(4)
21- Mücadeleden vazgeçerim	(1)	(2)	(3)	(4)
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	(1)	(2)	(3)	(4)
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım	(1)	(2)	(3)	(4)
24- Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim	(1)	(2)	(3)	(4)
25- “Keşke daha güçlü olsaydım” diye düşünürüm	(1)	(2)	(3)	(4)
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
27- “Benim suçum ne” diye düşünürüm	(1)	(2)	(3)	(4)
28- “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm	(1)	(2)	(3)	(4)
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	(1)	(2)	(3)	(4)
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyad, Ad: Havva Burcu AYDIN

Doğum Yeri ve Tarihi: ANTALYA / 29.04.1985

Eposta: burcutatoglu@gmail.com

Telefon: 05306020802

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Kurum	Yıl
Lisans	Ege Üniversitesi/Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik	2008

İŞ TECRÜBESİ

Görev	Kurum	Yıl
Psikolojik Danışman	Andeva Tıp Merkezi	2008-2009
Psikolojik Danışman	Nevrotik Psikiyatri	2009-2010
Psikolojik Danışman	Florya Koleji	2010-2011
Psikolojik Danışman/Psikoonkolog	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi	2012-2013
Proje Koordinatörü	AİLEDER	2013-2015
Psikolojik Danışman	Medical Park Hastanesi	2015-2017
Psikolojik Danışman	Danışmanlık Merkezi	2017-devam

TOPLANTI İSMİ	: Akademik ve Etik Kurul Toplantısı		
TOPLANTI GÜNDEMİ	Onkolojik aciller ile ilgili kurumsal bir algoritma oluşturulması ve hayata geçirilmesi. Ekte bulunan hasta şikayetine esas olarak, Prof. Dr. Yener Koç tarafından konunun tüm paydaşları olan hocalarımız tarafından değerlendirilmesi. Psikolog Burcu Tatoğlu hanım tarafından değerlendirilmesi istenen "Kanser hastalarında kişilik özellikleri ve hastalık algısı ile stresle baş etme arasındaki ilişkinin incelenmesi" konulu çalışmanın değerlendirilmesi.		
TOPLANTI BAŞKANI	:Reşit Açar		
TOPLANTI SEKRETERİ	:Feray Uzunöz		
TOPLANTI TARİHİ	:22.01.2016		
TOPLANTI BAŞLANGIÇ SAATİ	:16:00	TOPLANTI BİTİŞ SAATİ	:17:00
BİR SONRAKİ TOPLANTI TARİHİ	:25.03.2016		

KATILIMCILAR

NO	AD SOYAD	UNVAN	İMZA
1.	Reşit Açar	Başhekim	
2.	Prof. Dr. Mahmut Akyüz	Beyin ve Sinir Cerrahisi	
3.	Prof. Dr. Yener Koç	Kemik İliği Nakli Medical Onkoloji	
4.	Prof. Dr. Levent Döşemeci	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	
5.	Prof Dr. Ali Şengül	İmmünoloji	
6.	Prof Dr. M. Murat İnal	Kadın Hastalıkları Ve Doğum	
7.	Prof. Dr. Hakan Bozcuk	Onkoloji	
8.	Doç Dr. Özer İlkül	Genel Cerrahi	
9.	Doç Dr. Selman Çelebi	Gastroenteroloji	
10.	Uzm. Dr. Meltem Demir	Biyokimya	
11.	Uzm. Dr. Yıldız Keleş	Radyasyon Onkolojisi	
12.	Uzm. Dr. Harun Süslü	Nükleer Tıp	
13.	Uzm. Dr. Hayriye Daloğlu	Çocuk Sağlığı Hastalıkları	
14.	Burak Demirtaş	Kalite ve İnsan Kaynakları	
15.	Feray Uzunöz	Hasta İletişim Sorumlusu	
16.			

EKSİK KATILIMCILAR

NO	AD SOYAD	UNVAN	İMZA
1.	Prof. Dr. Alper Demirbaş	Genel Cerrahi	
2.	Prof. Dr. Alim Koşar	Üroloji	
3.	Prof. Dr. Mehmet Akif Yeşilipek	Çocuk Hematolojisi	
4.	Doç.Dr. Vedat Uygun	Çocuk Hematolojisi	
5.			

GÖRÜŞÜLEN KONULAR

1.	Nöro-Onkolojik acillerde ilgili hekimler ile direkt iletişim sağlanması ve medikal tedavisi mümkün olmayan acil vakaların iş akışı şeması ile planlanması, bu sürece uyumun Başhekimlikçe takibi ve kontrolünün sağlanması;
2.	Tüm hastalarımızla ilgili konsültasyon süreçleri, ilgili bölümlerimizde ki tanı ve tedavilerinin hızla, bilimsel yöntem ve sonuçlar ile raporlanması, Medin sistemi üzerinden ilgili konsültasyonların tıbbi ve ilmi normlarda primer hekim / hekimlerine bilgi akışının devamının sürekliliği ile hasta odaklı yaklaşımların hekimlerimize duyurulması
3.	Hekimlerimizin hastanemizce verilmiş olan kısa kodlar dışında, tüm hekimlerimizin özel iletişim numaralarının da hekimlerimiz ile paylaşarak, acil durumlarda ilgili hekimlere 7/24 ulaşılabilir olması ve böylece salt Medin konsültasyon istemi dışında da hekimlerimiz arasında sözel iletişim kurulması sayesinde vaka sunumunun da daha sağlıklı ilerletilmesi sağlanacaktır.
4.	Özellikli işlemler öncesi, bu hastalara operasyon öncesi yapılması gerekli olan tüm tıbbi işlemlerin tamamlanarak ve hastanın yüksek menfaatleri gözetilerek bekletilmeden öncelik tanınması sağlanacaktır.
5.	Burcu Tatoğlu tarafından sunulan araştırmanın kabulü
6.	Aksayan süreçlerde Başhekimlik olarak ilgili hekimlerimiz ile birebir görüşülmesi ve konunun her zaman takibinin ve kontrolünün yapılması
7.	
8.	
9.	
10.	

ALINAN KARARLAR VE AKSİYON PLANLARI

NO	KARAR	SORUMLU KİŞİ(LER)	TERMİN TARİHİ	SONUÇ
1.	Konseye katılan tüm hocalarımız ve davet edilerek bilgilerine başvurulmuş değerli hekimlerimiz ile yukarı belirtilen konuların sağlanmasına oy birliği ile karar vermiştir.	Komite Üyeleri ve Davet edilen hekimler	22.01.2016	
2.				
3.				