

Baş-Boyun Kanserli Hastaların Stresle Baş Etme Tarzları ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi

The Examination of Coping Styles with Stress and Level of Social Support in Patients with Head and Neck Cancer

Elif GÜNAY İSMAİLOĞLU,^a
Leyla KHORSHID^a

^aHemşirelik Esasları AD,
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi,
İzmir

Geliş Tarihi/Received: 09.10.2015
Kabul Tarihi/Accepted: 07.03.2016

Yazışma Adresil/Correspondence:
Elif GÜNAY İSMAİLOĞLU
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi,
Hemşirelik Esasları AD, İzmir,
TÜRKİYE/TURKEY
gunayelif2011@hotmail.com

Bu çalışma, 15. Ulusal Hemşirelik Kongresi
(10-12 Eylül 2015, Erzurum)'nde poster olarak
sunulmuştur.

ÖZET Amaç: Tanımlayıcı türde planlanan bu çalışma, baş-boyun kanserli hastaların stresle baş etme tarzlarını ve algıladıkları sosyal destek düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Araştırmanın evrenini, Eylül 2013-Haziran 2014 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin Kulak Burun Boğaz Kliniği'nde baş-boyun kanseri tanısı alan 400 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, evreni oluşturan hastalardan araştırmaya katılmayı kabul eden 117 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın verilerinin toplanmasında "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Stresle Başa Çıkma Tarzları" ve "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçekleri" kullanıldı. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde sayı yüzdeler dağılımlar, aritmetik ortalama, standart sapma, nonparametrik testlerden "Kruskal Wallis" ve "Mann Whitney U" testi kullanıldı. **Bulgular:** Hastaların "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği"nin kendine güvenli yaklaşım alt boyutunda 1,64±0,55, çaresiz yaklaşım alt boyutunda 1,57±0,34, boyun eğici yaklaşım alt boyutunda 1,66±0,43, iyimser yaklaşım alt boyutunda 1,81±0,63 ve sosyal destek arama yaklaşımı alt boyutunda 1,52±0,45 puan aldığı saptandı. Hastaların "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" toplam puan ortalaması 8,77±13,46'dır. Alt ölçek puan ortalamaları ise özel birinin desteği alt boyutunda 17,27±3,97, aile desteği alt boyutunda 22,44±6,40, arkadaş desteği alt boyutunda 19,05±4,80 olarak bulundu. **Sonuç:** Hastaların stresle baş etmede kullandıkları yaklaşım ortalamalarının birbirine yakın ve orta düzeyde olduğu belirlendi. Ayrıca, hastaların algıladıkları sosyal destekte özel biri ve arkadaş desteği puanlarının birbirine yakın ve orta düzeyde olduğu, aile desteği puanlarının ise yüksek olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Baş ve boyun neoplazileri; sosyal destek; stres, psikolojik

ABSTRACT Objective: In this research planned descriptive design was aimed at determining coping styles with stress and perceived level of social support in patients with head and neck cancer. **Materials and Methods:** The population of the study was conducted of 400 patients who diagnosed in ear, nose and throat clinic of university hospital between September 2013 and June 2014. The sample of the study was conducted of 117 patients who agreed to participate in the research. The data of this study were collected by using "Demographic Data Form", "Styles of Coping with Stress Scales" and "Multidimensional Scale of Perceived Social Support". Data were analyzed "Kruskal-Wallis", and "Mann Whitney U" tests were used in procession. **Results:** It was found that the mean value of the self confident subscale was 1.64±0.55 point, submissive subscale was 1.57±0.34 point, helpless styles subscale was 1.66±0.43 point, optimistic subscale was 1.81±0.63 point and social support subscale was 1.52±0.45 point of "Styles of Coping with Stress Scales". The mean value of "Multidimensional Scale of Perceived Social Support" of patients was 8.77±13.46 point. Also, the mean value of the special support subscale was 17.27±3.97 point, the mean value of the family support subscale was 22.44±6.40 point, the mean value of the friend support subscale was 19.05±4.80 point. **Conclusion:** The mean value of the family support of patients was high. It was determined that the mean value of the patients used in coping with stress was close and moderate. Also, it was found that special and friend support points of perceived social support of patients were close and moderate.

Key Words: Head and neck neoplasms; social support; stress, psychological

doi: 10.5336/nurses.2015-48255

Copyright © 2016 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2016;8(4):288-96

G ünümüzün en önemli sağlık sorunlarından biri olan kanser hem ülkemizde hem de dünyada giderek artmaktadır. Bütün kanserlerin %4-5'ini, kanserden ölümlerin ise %2'sini oluşturan baş-boyun kanserleri bölgesel olarak dudak, oral ve nazal kavite, farenks, larenks ve tükrük bezi kanserleri olarak görülmektedir.¹⁻⁴ Türkiye'de yapılan bir çalışmada erkek hastalar arasında üçüncü sırada yer aldığı belirtilen, son yıllarda da sigara ve alkol tüketimine bağlı kadınlarda da insidansı giderek artan baş-boyun kanserleri, bireyi tüm boyutları ile etkileyip hem estetik hem de işlevsel deformiteler meydana getirmektedir.⁵⁻⁷

Baş-boyun kanserli hastaların tedavisinde cerrahi, kemoterapi, radyoterapi ya da bunların kombinasyonları kullanılmaktadır.^{1,8} Kanser tedavisinde kullanılan bu yöntemler hastanın solunum, konuşma, çiğneme, yutma gibi fizyolojik fonksiyonlarının yitirilmesine neden olurken aynı zamanda kişiler arası iletişimde önemli yer tutan yüzde deformiteler meydana getirebilmektedir. Kanserli hastada gerek hastalığı gerekse cerrahi tedaviye bağlı olarak oluşan görünüm bozukluğu ve fonksiyon kaybı bireyi/hastayı fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan değişikliklerle karşı karşıya bırakmaktadır.⁹⁻¹¹ Bütün bu değişiklikler baş-boyun kanserli hastada strese neden olmaktadır.

Stresli yaşam; olaylarının üstesinden gelme, bireyin baş etme gücü ve sosyal destek kaynakları ile yakından ilgilidir.¹² "Başa çıkma", bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanabilir.¹³ Bireysel olarak kullanılan bazı stratejiler, stresle başa çıkmada çok gerekli ve önemli bir yer tutmaktadır. Bu stratejilerin ortak yönü, hemen hemen tümünün kişisel alışkanlıklar ile fiziksel, psikolojik ve davranışsal yapıların kontrol altına alınmasını öngörmeleridir. Böylece bedende başlayan ve zararlı olan stres tepkisi karşı önlemler alınarak etkisiz kılınmaya çalışılmaktadır.¹⁴ Sosyal destek ise stres altındaki ya da güç durumdaki bireylere çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardım olup bireyin sorunun üstesinden gelmesinde etkin bir başa çıkma mekanizması olarak çalışmakta, stresli yaşam olay-

larını önleyerek hastalık riski azaltılabilmekte veya stresörün etkisini hafifleterek bireyi hastalıklara karşı koruyabilmektedir.^{12,15} Yapılan bir çalışmada kişiler arası ilişkilerin, bireyin stresle başa çıkmasında ve olumsuz etkilerine karşı koymasında yardımcı olduğunu gösteren destekleyici bulgular elde edilmiştir.¹⁶ Sosyal destek konusunda yapılan çalışmalarda iki önemli yaklaşım üzerinde durulmuştur. Bunlardan birincisi, sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki bulunduğunu savunur. İkinci yaklaşım ise, sosyal desteğin en önemli işlevinin, stres verici yaşam olaylarının yarattığı zararları azaltarak ya da dengeleyerek ruh sağlığını korumak olduğunu savunur.¹⁶

Sosyal desteğin, stresin oluşumunu önleyebildiği; stresin var olduğu durumlarda ise olayın algılanış biçimini değiştirdiği, kişinin zorlandığı durumlarda ona yardımcı olduğu, başa çıkma yollarını etkilediği bilinmektedir.¹⁶ Bu bağlamda kanserli kişinin stres yaratan durum karşısında kullandığı başa çıkma tarzlarını ve algıladığı sosyal destek düzeyini bilmek, tedavi hedeflerinin belirlenmesinde ve terapötik etkinliğin izlenmesinde yardımcı olacaktır.

Bu araştırmanın amacı, baş-boyun kanserli hastaların stresle baş etme tarzlarını ve algıladıkları sosyal destek düzeylerini belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma baş-boyun kanserli hastaların stresle baş etme tarzlarını ve algıladıkları sosyal destek düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini, Eylül 2013-Haziran 2014 tarihleri arasında İzmir'de bulunan bir üniversite hastanesinin kulak burun boğaz kliniğinde baş-boyun kanseri tanısı alan 400 hasta oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmayı katılmayı kabul eden 117 hasta çalışma kapsamına alınmıştır.

Araştırmanın verilerinin toplanmasında "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçekleri (ÇBASDÖ)" ve "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)" kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, me-

deni durum, kiminle yaşadığı) ve hastalığına (kanser tanı suresi, hastalığın yaşamı etkileme durumu ve hastalığın yaşamı etkilediği alanları) ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek (ÇBASDÖ): Ölçek, Zimet ve ark. tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2001 yılında Eker ve ark. tarafından yapılmıştır. Üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren ölçek, 12 maddelik yedili Likert tipi bir ölçektir. Ölçek “Tamamen katılıyorum”, “Çoğunlukla katılıyorum”, “Katılıyorum”, “Kararsızım”, “Katılmıyorum”, “Çoğunlukla katılmıyorum” ve “Hiç katılmıyorum” seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçeğin destek kaynaklarını yansıtan, aile, arkadaş ve özel kişi desteği olmak üzere üç alt grubu bulunmakta ve her grup dört maddeden oluşmaktadır. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmektedir. Alt ölçeklerden alınan puanların toplanması ile elde edilen toplam ölçek puanından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84’tür. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Eker ve ark. tarafından Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı alt boyutlar için ayrı ayrı hesaplanmış ve 0,80 ile 0,95 arasında bulunmuştur.^{17,18} Çalışmadaki iç tutarlılık katsayısı .75 ile .84 arasında değişmektedir.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ): Ölçek, Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilmiştir. Orijinal adı “Ways of Coping Inventory (WCI)” olan başa çıkma yolları envanteri ile bireylerin, genel veya belirgin stres durumları ile başa çıkmak için kullandıkları yolları belirlemek amaçlanmaktadır. Ölçeğin ülkemizde ilk standardizasyon çalışması 1991 yılında Siva tarafından gerçekleştirilmiş ve ölçek SBTÖ adı ile kullanılmaya başlanmıştır. SBTÖ ile ilgili diğer bir faktör analizi çalışması, 1992 yılında Şahin ve Durak tarafından yapılmıştır. SBTÖ, duruma yönelik 30 maddelik dördümlü Likert tipi bir ölçektir. Ölçek maddeleri “0= Hiç uygun değil” ve “3= Tamamen uygun” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek kendine güvenli yaklaşım (7 madde), iyimser yaklaşım (5 madde), çaresiz yaklaşım (8 madde), boyun eğici yaklaşım (6 madde) ve

sosyal destek arama yaklaşımı (4 madde) olmak üzere beş alt gruptan oluşmaktadır. Ölçek, iki ana stresle başa çıkma tarzını ölçmektedir. Bunlar “Probleme yönelik/aktif” ve “Duygulara yönelik/pasif” tarzlardır. Aktif tarzları “Sosyal desteğe başvurma”, “İyimser yaklaşım” ve “Kendine güvenli yaklaşım” alt ölçekleri, pasif tarzları “Çaresiz yaklaşım” ve “Boyun eğici yaklaşım” alt ölçekleri göstermektedir. Stresle etkili olarak başa çıkabilenlerin “Kendine güvenli” ve “İyimser yaklaşım”ı, başa çıkamayanların ise “Boyun eğici” ve “Çaresiz yaklaşım”ı daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Her bir alt ölçek ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Her bir alt ölçekten alınan puan madde sayısına bölünerek alt grup puanları elde edilmektedir. Bu durumda alt ölçeklerden alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar 0 ile 3 arasında değişmektedir. Puanların düşüklüğü o boyutun az kullanıldığını, puanların yüksekliği ise o boyutun daha fazla kullanıldığını işaret etmektedir. Alt ölçeklerden alınan puanların yüksek olması bu boyutta belirtilen başa çıkma tarzının daha fazla kullanıldığına işaret etmektedir. İç tutarlılık katsayıları 0,45 ile 0,80 arasında değişmektedir.¹⁹ Çalışmada iç tutarlılık katsayısı 0,25 ile 0,76 arasında değişmektedir.

Araştırma için kurum etik kurulundan ve araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin alınmıştır.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Örneklemi oluşturan hastalara çalışmanın amaç ve yararları, çalışmadaki rolleri açıklanarak yazılı/sözel onamları alınmıştır. Ayrıca ÇBASDÖ’yü kullanabilmek için Arkar’dan, SBTÖ’yü kullanabilmek için Şahin’den yazılı izin alınmıştır. Araştırma verilerinin analizinde, SPSS for Windows (statistical package for social sciences) 16.0 paket programında sayı yüzdelik dağılımlar, aritmetik ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Veriler normal dağılıma uygun olmadığından bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde nonparametrik testlerden “Kruskal Wallis” ve “Mann Whitney U” testi kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 60,43 ± 13,53 yıl olup, %84,6’sının erkek,

%49,6'sının ilköğretim mezunu olduğu, %69,2'sinin evli olduğu, %53,8'inin ise eşi ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Hastaların kanser ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %82,9'u baş-boyun kanseri tanı alma süresinin 0-1 yıl olduğunu, %65'inin kanserin yaşamlarını kısmen etkilediklerini belirtmişlerdir. Kanser etkilediği yaşam alanlarına bakıldığında, hastaların %40,8'i kanserin konuşma alanını, %37,9'u fiziksel sosyal aktiviteleri ve %27,2'si yemek yemeyi etkilediğini ifade etmişlerdir (Tablo 1).

Tablo 2'de hastaların ÇBASDÖ ve SBTÖ'den aldıkları madde puanlarının sınırları ve ortalamaları görülmektedir. Hastaların ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 58,77±13,46'dır. Hastaların ölçekten aldıkları en düşük puan 12 iken, en yüksek puan 81'dir. Alt ölçek puan ortalamaları ise özel birinin desteği alt boyutunda 17,27±3,97, aile desteği alt boyutunda 22,44±6,40, arkadaş desteği alt boyutunda ise 19,05±4,80 olarak bulunmuştur. Has-

TABLO 1: Hastaların tanımlayıcı özellikleri (n=117).

Yaş ortalaması (X±SS)		n	% 60,43±13,53 yıl
Cinsiyet	Erkek	99	84,6
	Kadın	18	15,4
Öğrenim durumu	İlköğretim	58	49,6
	Lise	41	35
	Üniversite	18	15,4
Medeni durumu	Evli	81	69,2
	Bekâr	36	30,8
Kiminle yaşadığı	Eşi	67	53,8
	Çocukları	15	13,7
	Tek başına	35	32,5
Kanser tanı süresi	1 yıl	98	82,9
	1-5 yıl	11	10,3
	5-10 yıl	8	6,8
Kanserin yaşamı etkileme durumu	Evet	21	18,8
	Kısmen	77	65
	Hayır	19	16,2
Kanserin yaşamı etkilediği alanlar	Yemek yeme*	27*	27,2
	Fiziksel sosyal aktiviteler (iş alanı vs.)	36	37,9
	Konuşma problemi*	47*	40,8

*Birden fazla ifade kullanılmıştır. SS: Standart sapma.

TABLO 2: Hastaların ÇBASDÖ ve SBTÖ ölçek madde puanlarının sınır ve ortalamaları (n=117).

ÇBASDÖ ve alt boyutları	Ort.	SS	Min	Max
Özel bir insanın desteği	17,27	3,97	4	28
Aile desteği	22,44	6,40	4	28
Arkadaş desteği	19,05	4,80	4	27
Toplam	58,77	13,46	12	81
SBTÖ				
Kendine güvenli yaklaşım	1,64	0,55	0,29	2,71
Çaresiz yaklaşım	1,57	0,34	0,38	2,62
Boyun eğici yaklaşım	1,66	0,43	0,17	2,67
İyimser yaklaşım	1,81	0,63	0	3
Sosyal destek arama yaklaşımı	1,52	0,45	0,75	2,5

ÇBASDÖ: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği;

SBTÖ: Stresle başa çıkma tarzları ölçeği; SS: Standart sapma.

taların algıladıkları sosyal destekte özel biri ve arkadaş desteği puanlarının birbirine yakın ve orta düzeyde olduğu, aile desteği puanlarının ise yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların SBTÖ'nün alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında; kendine güvenli yaklaşım alt boyutunda 1,64±0,55, çaresiz yaklaşım alt boyutunda 1,57±0,34, boyun eğici yaklaşım alt boyutunda 1,66±0,43, iyimser yaklaşım alt boyutunda 1,81±0,63 ve sosyal destek arama yaklaşımı alt boyutunda 1,52±0,45 olarak bulunmuştur. Hastaların stresle baş etmede kullandıkları yaklaşım ortalamalarının birbirine yakın ve orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3'te, hastaların sosyodemografik özelliklerine göre sosyal destek durumları görülmektedir. Buna göre; *aile alt boyutunda*, evli olanların bekârlara göre ($Z = -2,999$, $p = 0,003$), kanserin yaşam kalitesini etkilediğini düşünenlerin diğerlerine göre ($\chi^2 = 10,077$, $p = 0,006$) daha fazla anlamlı destek aldığı saptandı. Özel insan alt boyutunda, hastaların birlikte yaşadıkları kişilerden, çocukları ile yaşayanların tek yaşayanlara göre ($\chi^2 = 8,472$, $p = 0,014$) anlamlı olarak daha fazla destek aldığı belirlendi. Arkadaş alt boyutuna bakıldığında ise kanserin yaşam kalitesini kısmen etkilediğini düşünenlerin diğerlerine göre ($\chi^2 = 7,953$, $p = 0,019$) daha fazla anlamlı destek aldığı saptandı.

Hastaların cinsiyetine göre kendine güvenli yaklaşım yönünden farkın önemli olduğu ($p < 0,05$),

TABLO 3: Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre sosyal destek durumları (n= 117).

		n	Özel bir insan	Aile	Arkadaş
Medeni durum	Evli	81	60,40	65,19	60,18
	Bekâr	36	55,85	45,07	56,35
			z= -,678, p= 0,498	z= -2,999, p= 0,003	z= -,569, p= 0,569
Birlikte yaşadığı kişiler	Eşi	63	55	63,23	61,24
	Çocukları	16	81,62	66,88	60,94
	Yalnız	38	56,11	48,67	54,47
			$\chi^2= 8,472$ p= 0,014	$\chi^2= 5,503$ p= 0,064	$\chi^2= 1,021$ p= 0,60
Kanserin yaşamı etkileme durumu	Evet	22	52,75	77,77	51,11
	Kısmen	76	58,81	56,8	65,21
	Hayır	19	67	46,05	43,29
			$\chi^2= 1,850$ p= 0,397	$\chi^2= 10,077$ p= 0,006	$\chi^2= 7,953$ p= 0,019

z= Mann Whitney U testi, $\chi^2=$ Kruskal Wallis testi.

erkek hastaların kendine güvenli yaklaşımı kadın hastalardan daha fazla kullandıkları saptanmıştır (Z= -2,215, p= 0,027).

Hastaların eğitim düzeyine göre stresle baş etme yaklaşımları karşılaştırıldığında kendine güvenli, iyimser, boyun eğici ve sosyal destek arama yaklaşımı yönünden farkın önemli olduğu (p<0,05), üniversite mezunlarının kendine güvenli ($\chi^2= 7,845$, p= 0,020) ve iyimser yaklaşımı diğerlerine ($\chi^2= 16,487$, p= 0,000) göre az kullandıkları, ilköğretim mezunları boyun eğici yaklaşımı lise mezunlarından daha fazla kullanırken ($\chi^2= 7,633$, p= 0,022), sosyal destek arama yaklaşımını diğerlerine göre daha az kullandıkları ($\chi^2= 6,956$, p= 0,000) belirlenmiştir.

Medeni durumuna göre sadece sosyal destek arama yaklaşımı yönünden farkın önemli olduğu (p<0,05), evli hastaların sosyal destek arama yaklaşımını bekâr hastalardan daha fazla kullandıkları saptanmıştır (Z= -3,830 p= 0,000).

Hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre sosyal destek arama yaklaşımı ve boyun eğici yaklaşım yönünden farkın önemli olduğu (p<0,05), tek başına yaşayan hastalar sosyal destek arama yaklaşımını eşi ile birlikte yaşayanlardan daha az kullanırken ($\chi^2= 16,278$, p= 0,000), boyun eğici yaklaşımı

ise daha fazla kullandıkları ($\chi^2= 11,295$, p= 0,004) saptanmıştır.

Kanserin yaşamı etkileme durumuna göre, kendine güvenli, iyimser ve boyun eğici yaklaşım yönünden farkın önemli olduğu (p<0,05), kısmen etkilediğini düşünen hastaların kendine güvenli ($\chi^2= 12,635$, p= 0,002) ve iyimser yaklaşımını ($\chi^2= 23,971$, p= 0,000) diğerlerine göre daha az kullanırken, etkilediğini düşünenler boyun eğici yaklaşımını ($\chi^2= 17,485$, p= 0,000) diğerlerine göre daha fazla kullanmaktadırlar (Tablo 4).

TARTIŞMA

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamasının yaşlı bireylerden oluştuğu (60,43±13,53 yıl) ve çoğunluğunun erkek (%84,6) ve evli (%69,2) olduğu saptanmıştır. 1992-2004 yılları arasında Ege Üniversitesi Hastanesinde kanser tanısı ile tedavileri yapılan 34.134 hastanın verilerine bakıldığında, erkek hastalar arasında baş-boyun kanserlerinin üçüncü sırayı aldığı görülmektedir.⁵ Yapılan yurt içi ve yurt dışı çalışmalarda da baş-boyun kanseri tanısı alan hastaların çoğunluğunun erkek ve evli bireylerden oluşması çalışma ile benzerlik göstermektedir.^{1,4,11,20-24}

Baş-boyun kanserli hastada, gerek hastalığı gerekse cerrahi tedaviye bağlı olarak oluşan görünüm bozukluğu ve fonksiyon kaybı hastayı fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan değişikliklerle karşı karşıya bırakmaktadır. Baş-boyun cerrahisinde uygulanan yöntemler hastanın solunum, konuşma, çiğneme, yutma gibi fizyolojik fonksiyonlarının yitirilmesine neden olur.^{4,25,26} Özellikle; ameliyat sonrası yeme problemleri, günlük hayatta yaşam biçiminin bozulması gibi ciddi problemler oluşturur.²⁷ Bu tür problemler, hastalarda iletişim kaybına, bireysel ve sosyal ilişkilerinin azalması sonucu ve toplumdan reddedilme korkusu nedeni ile yaşamdan memnuniyetin azalmasına neden olur.^{20,25} Çalışmada, hastalara kanserin yaşamlarını etkileme durumları sorulduğunda, yaşamlarını kısmen etkilediğini ifade edenlerin oranı en yüksektir. Hastalar kanserin, en fazla fiziksel, sosyal aktiviteleri ve sözel iletişimi etkilediğini belirtmişlerdir. Yapılan bir çalışmada, larenjektomi uygulanmış hastaların en belirgin fonksiyon bozukluğunun iletişimle ilgili olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada, kanserin

TABLO 4: Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre stresle başa çıkma durumları (n=117).

		n	Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama yaklaşımı
Cinsiyet	Erkek	99	61,95	59,48	61,15	61,49	57,84
	Kadın	18	42,78	56,36	47,19	45,31	65,36
			z= -2,215 p= 0,027	z= -,362 p= 0,718	z= -1,636 p= 0,060	z= -1,878 p= 0,102	z= -,877 p= 0,380
Eğitim durumu	İlköğretim	58	61,28	63,17	67,61	64,94	42,91
	Lise	41	64,65	54,65	49,67	63,44	76,52
	Üniversite	18	38,81	55,47	52,50	29,75	70,92
			$\chi^2= 7,845$ p= 0,020	$\chi^2= 1,774$ p= 0,412	$\chi^2= 7,633$ p= 0,022	$\chi^2= 16,487$ p= 0,000	$\chi^2= 6,956$ p= 0,000
Medeni durum	Evli	81	61,48	56,99	57,14	60,2	66,9
	Bekâr	36	53,42	63,53	63,18	56,31	41,24
			z= -1,192 p= 0,233	z= -,970 p= 0,332	z= -,897 p= 0,370	z= -,584 p= 0,559	z= -3,830 p= 0,000
Birlikte yaşadığı kişiler	Eşi	63	56,6	55,54	50,09	55,91	69,49
	Çocukları	16	72,53	52,09	60,19	61,25	58,59
	Yalnız	38	57,29	67,64	73,28	63,17	41,78
			$\chi^2= 2,985$ p= 0,225	$\chi^2= 3,844$ p= 0,146	$\chi^2= 11,295$ p= 0,004	$\chi^2= 1,213$ p= 0,545	$\chi^2= 16,278$ p= 0,000
Kanserin yaşamı etkileme durumu	Evet	22	77,45	74,61	83,91	85,09	48,3
	Kısmen	76	51,03	54,85	50,44	48,34	64,17
	Hayır	19	69,5	57,53	64,39	71,42	50,71
			$\chi^2= 12,635$ p= 0,002	$\chi^2= 5,923$ p= 0,052	$\chi^2= 17,485$ p= 0,000	$\chi^2= 23,971$ p= 0,000	$\chi^2= 5,237$ p= 0,073

z= Mann Whitney U testi, χ^2 = Kruskal Wallis testi

bireylerin psikolojik ve sosyal yaşamlarını etkilediği belirlenmiştir.²⁴ Müller yaptığı çalışmada ise larenks kanseri geçiren hastaların büyük kısmı, hayatlarının değiştiğini ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini ifade etmiştir.²⁸ Bu çalışmanın diğer çalışmalar ve literatürle benzer olduğu görülmektedir.

Sosyal destek, güç durumda olan bireye etrafındaki kişiler tarafından sağlanan yardım olarak tanımlanmaktadır. Algılanan sosyal destek ise kişinin başkaları tarafından sevildiğini, sayıldığını, gerektiğinde yardım bulacağını düşünmesidir. Kişinin, yaşamın zorlayıcı yönleriyle başa çıkmasında ve stresin olumsuz etkilerine direnç göstermesinde başkalarıyla olan sosyal ilişkileri önemli bir rol oynamaktadır. Zor durumda ya da sıkıntı içinde olan bireye, aile üyelerinin, akrabalarının yanı sıra, diğer toplumsal ilişkilerinin sağladığı sosyal desteğin, fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde de etkili olduğu vurgulanmaktadır.¹⁶ Baş-boyun kanserlerinde hastalığın ve tedavi kapsamında uygulanan cerrahi girişimin yarattığı estetik

bozukluklar ve bunlarla ilgili fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar hastalarda stres yaratmaktadır.^{4,21,23,29} Kişide stres yaratan durumların ortadan kalkmasına neden olan sosyal desteğin hastalar tarafından algılanış biçiminin bilinmesi önemlidir.¹⁶ Bu çalışmada, baş-boyun kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeylerine bakıldığında; özel insandan ve arkadaştan aldıkları sosyal desteğin orta düzeyde, aileden aldıkları sosyal desteğin ise yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu da sosyal destek kaynakları içerisinde ailenin önemini ortaya koymaktadır. Yapılan bir çalışmada, kanserli hastaların sosyal destek düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır.³⁰ Tan ve Karabulutlu'nun yaptıkları bir çalışmada, kanserli hastaların ailelerinden daha fazla sosyal destek aldıkları da belirlenmiştir.³¹ Hastaların aileden veya özel birinden aldıkları sosyal destekler, bireylerin içinde bulunduğu durum ile baş etmelerini olumlu yönde desteklemektedir. Yapılan bir çalışmada, evli olup ailesi ile birlikte yaşayanların daha yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları bulunmuştur.³²

Stresle başa çıkmak amacıyla durumu ya da duruma verilen tepkileri değiştirmeye “stres yönetimi” denir. Bireysel olarak kullanılan bazı stratejiler, stresle başa çıkmada çok gerekli ve önemli bir yer tutmaktadır.¹⁴ Hastaların stresle başa çıkma tarzlarına bakıldığında; kendine güvenli, çaresiz, iyimser, boyun eğici ve sosyal destek arama yaklaşımını orta düzeyde kullandıkları belirlenmiştir. List ve ark. yaptıkları çalışmada, hastaların en yaygın kullandıkları stratejinin sosyal destek arama stratejisi olduğunu ifade etmişlerdir.²¹ Dunkel-Schelter ve ark. ise hastaların %67’sinin başa çıkma stratejisi kullanmadığını belirtirken kullananların ise sosyal destek arama yaklaşımını daha fazla kullandıklarını belirtmişlerdir.³³ Sherman ve ark. hastaların hastalıklarının farklı evrelerinde kabullenme, dine bağlı olma ve aktif başa çıkma stratejilerini daha fazla kullandıklarını bildirmişlerdir.³⁴ Verilen çalışma örneklerinde, hastaların stresli durumlarıyla başa çıkabilmek için en fazla sosyal destek aramaya başvurdukları görülmektedir. Sosyal destek arama bir durum hakkında bilgi almak için biriyle konuşma ihtiyacından ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmada ise hastaların stresle başa çıkmada tüm yaklaşımları orta düzeyde kullanmaları, baş-boyun kanserinin kendilerinde yol açtığı zorluklarla baş edebilmesinde daha kolaylık sağlayabilir.

Hastaların bazı sosyodemografik özellikleri ile algıladıkları sosyal destek ve stresle baş etme tarzları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir.

Çalışmada hastaların cinsiyetlerine göre stresle baş etme tarzları arasındaki farka bakıldığında, erkek hastaların stresle baş etmede sadece kendine güvenli yaklaşımı daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Dâhili ve cerrahi servisinde yatan hastalarda, stresle baş etme tarzlarının incelendiği Kayahan ve Sertbaş’ın çalışmasında da erkek hastaların kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım ortalama puanlarının kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.³⁵ Literatüre bakıldığında, genel olarak kanser gibi hastalık durumları dâhil tüm stresli olaylarda kadınların erkeklerden daha fazla stres yaşadıkları bilinmektedir.^{31,35,36} Erkek rolüne özgü özellikler ise kişinin sorunları hakkında açıklama yapmasını ve sorunlar için yardım iste-

mesini güçleştirmektedir.³⁷ Çalışmada, erkeklerin stresle baş etmede kendine güvenli yaklaşımı daha fazla kullanmaları, kadınlara oranla anksiyete düzeylerinin daha düşük olmasıyla ilgili olabilir. Farklı olarak baş-boyun kanserli hastalarda yapılan Dunkel-Schelter ve ark. ile List ve ark.’nın çalışmalarında, kadınların stresle baş etmede sosyal destek aramayı daha fazla kullandıkları bulunmuştur.^{21,33} Ancak bu çalışmada kadınların stresle baş etmede sosyal destek aramayı daha fazla kullanmalarına rağmen, erkeklerle oluşan bu fark anlamlı bulunmamıştır.

Çalışmada, üniversite mezunlarının iyimser ve kendine güvenli yaklaşımı daha az kullandıkları saptanmıştır. Bu durum, üniversite mezunlarının hastalıklarıyla ilgili kaynaklara daha kolay ulaşma şansları, daha fazla bilgiye sahip olmaları ve hastalıklarının gelecekte oluşturacağı problemlerin daha fazla bilincinde olmaları nedeni ile stresle baş etmede kendine güvenli ve iyimser yaklaşımı daha az kullanmalarına bağlanabilir. İlköğretim mezunlarının ise lise ve üniversite mezunlarına göre strese karşı kullandıkları boyun eğici yaklaşım daha fazladır. Bu durum da onların sosyal destek arama yaklaşımını daha az kullanmalarına neden olmaktadır. List ve ark.’nın çalışmasında da, düşük eğitim düzeyi olan hastaların stresle başa çıkmada uzaklaşma stratejisini daha fazla kullandıkları bulunmuştur.²¹ Hem List’in çalışmasındaki uzaklaşma stratejisi hem de boyun eğici yaklaşım etkili olmayan başa çıkma yollarındandır. İlköğretim mezunları ise genelde hastalığı kabullenme eğilimi daha fazla olan hastalardan oluşmaktadır. Bu durum da onların stresle etkili olmayan başa çıkma yöntemlerine başvurmalarına neden olmuş olabilir.

Evlilik, sosyal destek kaynaklarının en güçlülerindenidir. Evlilikte sosyal ağı büyük bir kısmını aile ve akrabalar oluşturmaktadır. Bu durum toplumumuzda ruhsal ya da fiziksel kriz dönemlerinde en fazla desteğin yakın aile üyeleri tarafından sağlandığını göstermektedir.³⁸ Kanser de hasta ve ailesinde stres yaratan bu kriz dönemlerinden biridir.²¹ Çalışmada, baş-boyun kanseri olan hastalardan evli olanların bekârlara göre aileden, çocukları ile birlikte yaşayanların tek yaşayanlara göre özel insandan aldıkları sosyal destek düzeyinin daha fazla

olduğu saptanmıştır. Kanser hastalarında evli olmanın ve çocukları ile birlikte yaşamanın sosyal destek algısını olumlu etkilediği sonucuna varılabilir. Bu durum, kişinin hem eş hem de çocuklarından yeterli sosyal destek görmesinden kaynaklanmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda da evli olanların aileden aldıkları sosyal desteğin daha fazla olduğu belirlenmiştir.^{38,39} Ayrıca çalışmada evli hastaların bekârlara göre sosyal destek arama yaklaşımını daha fazla kullandıkları sonucuna varılmıştır. Evli bireylerin stresle baş etmede eş ve çocuklarından aldığı sosyal destek ve bireyin yaşamını sürdürürken yanında olmasını istediği bir kişinin varlığı, bireyin geleceğe karşı daha umutla bakmasına sebep olabilmektedir.³⁸ Bu durum da bireyin kanserle baş etmesinde önemlidir. Ayrıca, hastaların yalnız yaşaması hastalığın getirdiği olumsuzluklara karşı kabullenici olmaya neden olmaktadır. Bu çalışmada yalnız yaşayan hastaların daha fazla boyun eğici yaklaşımı, daha az sosyal destek arama yaklaşımını kullanması literatürü desteklemektedir.

Baş-boyun kanserleri, hastalarda ciddi fonksiyon bozukluklarına yol açmaktadır. Kilo kaybı, bozulmuş barsak fonksiyonu, hastalığa karşı direncin azalması, mortalite, morbitide ve komplikasyonların artması, kemoterapi, radyoterapinin yan etkileri bu fonksiyon bozukluklarındandır.²⁷ Bu durumlar hastaların konuşma, nefes alma, yeme ve içme gibi günlük yaşam aktivitelerini etkiler. Yaşanan fonksiyon bozukları da hastalarda stres oluşmasına neden olur.²¹ Bu nedenle, kanserin hastaların yaşamlarını ne kadar etkilediğini düşündüklerini bilmek hastaların strese karşı kullandıkları yaklaşımlarda önem taşımaktadır. Çalışmada, kanserin yaşamlarını kısmen etkilediğini düşünenler hem kendine güvenli yaklaşımı hem de iyimser yaklaşımı daha az kullanmaktadırlar. Kanser yaşayanları etkilediğini düşünenler ise boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullanmaktadırlar. Bu durum, kanserin yaşamını içselleştiren bireyin etkili olmayan yaklaşımı kullanmalarına neden olmuş olabi-

rir. Yine aynı şekilde, kısmen bu durumu kabul edenlerde de strese karşı iyimser yaklaşımı kullanma durumu azalmış görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, baş-boyun kanserli hastaların kullandıkları baş etme mekanizmalarından hem bilişsel hem de davranışsal kaçış düşük yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir.^{21,34} Baş etme mekanizmalarından etkili olmayan boyun eğici, kaçış gibi mekanizmaların kullanılması yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda, kanserin cerrahisi, tedavisine bağlı hastada oluşan görünüm bozukluğu, hastadaki beklentisi yüksek anksiyete seviyesi ile ilişkilendirilmiştir. Bu hastalarda ayrıca etkili baş etme mekanizmalarının kullanımının da azaldığı görülmüştür.^{40,41} Etkili olmayan baş etme mekanizmalarının hastalarda oluşturacağı olumsuzlukların azaltılması için hastalara yönelik etkili baş etme stratejileri öğretilebilir. Bu amaçlar, yapılan çalışmada etkili baş etme stratejilerinin öğretiminden sonra, hastalarda fiziksel ve sosyal fonksiyonlarına ve yaşam kalitesinde artma ve bulantı, kusma gibi fiziksel fonksiyonlarında ve depresyonda azalma olduğu saptanmıştır.⁴²

SONUÇ

Baş-boyun kanseri olan hastaların algıladıkları sosyal destekte özel biri ve arkadaş desteği puanlarının birbirine yakın ve orta düzeyde olduğu ve aile desteği puanlarının ise yüksek olduğu; stresle baş etmede kullandıkları yaklaşım ortalamalarının ise birbirine yakın ve orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Evli olanların, çocukları ile yaşayanların ve kanserin yaşam kalitesini etkilediğini düşünenlerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, evli olanların ve eşi ile yaşayanların stresle baş etme yaklaşımlarını daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Sonuç olarak, hastaların eşleri, çocukları veya ebeveynleri ile iletişime geçilerek iletişim kanallarının açık tutulması, aile içi iletişimin güçlendirilmesi onların hastalıkları ile daha kolay baş etmesi sağlanabilir.

KAYNAKLAR

1. Akkaş EA, Yücel B, Kılıçkap S, Babacan NA, Altuntaş EE. [Results and prognostic factors in patients with head and neck cancer]. *Cumhuriyet Med J* 2013;35(1):66-75.
2. Gould L, Lewis S. Care of head and neck cancer patients with swallowing difficulties. *Br J Nurs* 2006;15(20):1091-6.
3. Jemal A, Murray T, Samuels A, Ghafoor A, Ward E, Thun MJ. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2003;53(1):5-26.
4. Üstündağ H, Zengin N. [The evaluation of self care in patient that surgical operation due to head and neck cancer]. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;11(1):63-8.
5. Haydaroğlu A, Bölükbaşı Y, Özşaran Z. [Analysis of cancer registration data in Ege University: evaluation of 34134 cases]. *Türk Onkoloji Dergisi* 2007;22(1):22-8.
6. Kaya N, Aşti T. [Nursing care in person with cancer of larynx]. *İ.Ü.F.N. Hem Derg* 2007;15(59):107-15.
7. Öztop İ. [Targeted therapy in head and neck cancer]. *UHOD* 2008;18(1):46-56.
8. Demir N. [Swallowing rehabilitation of patients with head and neck cancer]. *Türkiye Klinikleri J Med Oncol-Special Topics* 2010;3(1):97-104.
9. Björklund M, Fridlund B. Cancer patients' experiences of nurses' behaviour and health promotion activities: a critical incident analysis. *Eur J Cancer Care* 1999;8(2):204-12.
10. Moore RJ, Chamberlain RM, Khuri FR. Communicating suffering in primary stage head and neck cancer. *Eur J Cancer Care* 2004;13(1):53-64.
11. Semple CJ, Dunwoody L, Sullivan K, Kernohan WG. Patients with head and neck cancer prefer individualized cognitive behavioural therapy. *Eur J Cancer Care* 2006;15(3):220-7.
12. Tel H, Uzun S. Social support and coping with stress in patients who were accepted to the emergency room with the suicide. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003;4(3):151-8.
13. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. [The psychometric properties of the COPE inventory in Turkish sample: a preliminary research]. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005;6(4):221-6.
14. Güçlü N. [Stress management]. *G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2001;21(1):91-109.
15. Spitzer A, Bar-Tal Y, Golander H. Social support: how does it really work? *J Adv Nurs* 1995;22(5):850-4.
16. Ardahan M. [Social support and the nursing]. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;9(2):68-75.
17. Eker D, Arkar H, Yıldız H. [Factorial structure, validity, and reliability of revised form of the multidimensional scale of perceived social support]. *Turkish Journal of Psychiatry* 2001;12(1):17-25.
18. Eker D, Arkar H. [Factorial structure, validity, and reliability of the multidimensional scale of perceived social support]. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995;10(34):45-55.
19. Şahin NH, Durak A. [Ways of coping questionnaire: adaptation of the scale for Turkish University students]. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995;10(34):56-73.
20. Elani HW, Allison PJ. Coping and psychological distress among head and neck cancer patients. *Support Care Cancer* 2011;19(11):1735-41.
21. List MA, Lee Rutherford J, Stracks J, Haraf D, Kies MS, Vokes EE. An exploration of the pre-treatment coping strategies of patients with carcinoma of the head and neck. *Cancer* 2002;95(1):98-104.
22. Sheth CH, Sharp S, Walters ER. Enteral feeding in head and neck cancer patients at a UK cancer centre. *J Hum Nutr Diet* 2013;26(5):421-8.
23. Horney DJ, Smith HE, McGurk M, Weinman J, Herold J, Altman K, et al. Associations between quality of life, coping styles, optimism, and anxiety and depression in retreatment patients with head and neck cancer. *Head Neck* 2011;33(1):65-71.
24. Taş A, Yağız R, Karasalihoğlu AR, Koteç M, Adalı MK, Uzun C. [Assessment of quality of life in patients with laryngeal cancer after surgical treatment]. *Kulak Burun Bogaz İhtis Derg* 2004;12(2):84-90.
25. Van Cann EM, Dom M, Koole R, Merckx MA, Stoeltinga PJ. Health related quality of life after mandibular resection for oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. *Oral Oncol* 2005;41(7):687-93.
26. Hammerlid E, Silander E, Hörnemann L, Sullivan M. Health-related quality of life three years after diagnosis of head and neck cancer—a longitudinal study. *Head Neck* 2001;23(2):113-25.
27. Larsson M, Hedelin B, Athlin E. Lived experiences of eating problems for patients with head and neck cancer during radiotherapy. *J Clin Nurs* 2003;12(4):562-70.
28. Müller R, Paneff J, Köllner V, Koch R. Quality of life of patients with laryngeal carcinoma: a post-treatment study. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2001;258(6):276-80.
29. Llewellyn CD, McGurk M, Weinman J. Illness and treatment beliefs in head and neck cancer: is leventhal's common sense model a useful framework for determining changes in outcomes over time? *J Psychosom Res* 2007;63(1):17-26.
30. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. [A survey of functional living and social support in patients with cancer]. *Türk Onkoloji Dergisi* 2008;23(3):132-9.
31. Tan M, Karabulutlu E. Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. *Cancer Nursing* 2005;28(3):236-40.
32. Long SA, D'Antonio LL, Robinson EB, Zimmerman G, Petti G, Chonkich G. Factors related to quality of life and functional status in 50 patients with head and neck cancer. *Laryngoscope* 1996;106(9 Pt 1):1084-8.
33. Dunkel-Schetter C, Feinstein L, Taylor SE, Falke RL. Patterns of coping with cancer. *Health Psychol* 1992;11(2):79-87.
34. Sherman AC, Simonton S, Adams DC, Vural E, Hanna E. Coping with head and neck cancer during different phases of treatment. *Head Neck* 2000;22(8):787-93.
35. Kayahan M, Sertbaş G. [The relationship between anxiety-depression level and manners overcoming stress in hospitalized patients at clinics internal and surgical]. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2007;8(1):52-61.
36. Rustøen T, Wiklund I. Hope in newly diagnosed patients with cancer. *Cancer Nurs* 2000;23(3):214-9.
37. Altıparmak S. [The levels of life satisfaction, social support and factors affecting these in elderly people living at nursing homes]. *F.Ü. Sağlık Bil Tıp Derg* 2009;23(3):159-64.
38. Özabacı N, Gamsız Ö, Biçen BŞ, Altınok A, Dursun A, Sandıkçı Ç, et al. [Divorced women's hopelessness and social support]. *International Journal of Human Sciences* 2015;12(1):456-79.
39. Aras A, Tel H. [Determination of perceived social support for patients with COPD and related factors]. *Tur Toraks Derg* 2009;10(2):63-8.
40. Dropkin MJ. Anxiety, coping strategies and coping behaviours in patients undergoing head and neck cancer surgery. *Cancer Nurs* 2001;24(2):143-8.
41. Dropkin MJ. Body image and quality of life after head and neck cancer surgery. *Cancer Pract* 1999;7(6):309-13.
42. Allison PJ, Nicolau B, Edgar L, Archer J, Black M, Hier M. Teaching head and neck cancer patients coping strategies: results of a feasibility study. *Oral Oncol* 2004;40(5):538-44.