

**T.C.
ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**BİRİNCİ YILINI TAMAMLAMIŞ MEME KANSERİ HASTALARINDA
ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİ VE HASTALIKLA BAŞA ÇIKMA
TUTUMLARI**

**TEZİ YAZAN
Rabia GEYİKÇİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Şükrü UĞUZ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TARSUS/MERSİN
EYLÜL-2017**

TEZ İMZA SÜRKÜLERİ

T.C
ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

201510020 numaralı öğrencimiz olan **Rabia Geyikçi** tarafından hazırlanan “**Birinci Yılı** Tamamlamış **Meme Kanseri Hastalarında Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ve Hastalıkla Başa Çıkma Tutumları**” başlıklı bu tez çalışması jürilerimiz tarafından oy birliği ile **PSİKOLOJİ** Anabilim Dalında **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

.....
Üniv. İçi - Tez Danışmanı - Jüri Başkanı: Prof. Dr. Şükrü UĞUZ

.....
Üniv. İçi - 1. Yedek Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. İbrahim İNAN

.....
Üniv. Dışı - Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Soner ÇAKMAK
(Çukurova Üniversitesi)

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim elemanlarına ait olduklarını onaylarım.



11 / 09 / 2017

Doç. Dr. Murat KOÇ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

Not: Bu tezde kullanılan özgün ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge, şekil ve fotoğrafların kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 Sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu'ndaki hükümlere tabidir.

ETİK BEYANI

Öğrencinin

Adı – Soyadı: Rabia GEYİKÇİ

Numarası: 201510020

Ana Bilim / Bilim Dalı: Psikoloji

Programı: Tezli Yüksek Lisans (x) Doktora ()

Tezin Adı: Birinci Yılını Tamamlamış Meme Kanseri Hastalarında Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleri Ve Hastalıkla Başa Çıkma Tutumları

Bu araştırmanın başlangıcından sonuçlanmasına kadar ki bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde hazırlanarak sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını bildiririm.

ÖZET

BİRİNCİ YILINI TAMAMLAMIŞ MEME KANSERİ HASTALARINDA ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİ VE HASTALIKLA BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI

Rabia GEYİKÇİ

Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Ana Bilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Şükrü UĞUZ

Eylül 2017, 109 sayfa

Bu araştırmada; birinci yılını tamamlamış meme kanseri hastalarda anksiyete ve depresyon belirtilerinin dağılımı ve başa çıkma yöntemleri arasındaki farklılıkların araştırılması amaçlanmıştır.

Araştırmanın örneklemini; 2017 yılının 05 Haziran - 31 Temmuz tarihleri arasında, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Onkoloji Polikliniği'ne başvuran 35-65 yaş aralığındaki gönüllü 94 kadın hasta oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak geliştirilen Kişisel Bilgi Formu, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların % 16,0'sında depresyon belirtisi ve % 27,7'sinde ise anksiyete belirtisi vardır. Yapılan analizler sonucunda depresyonla anksiyete arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Katılımcıların depresyon puanı ile hastalığı ilişkilendirdikleri sebep değişkeni arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Kendini suçlayanların depresyon puanları kalıtsal nedene bağlayanlardan daha yüksektir. Depresyon puanı en yüksek olan grup ameliyat sonrası endişe ve korkusu artanlardır. Depresyon puan ortalamaları en az olan grup yapılan ameliyattan oldukça memnun olanlardır. Anksiyete puanı ile “Hastalığınız hakkında bilginiz yeterli mi?” değişkeni arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. “Hayır, daha çok bilgi istiyorum” diyenlerin anksiyete puanları diğerlerinden daha yüksektir. Anksiyete puanı ile “Hastalıktan sonra eşinizin size karşı davranışı” değişkeni arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. “Daha mesafeli” diyenlerin anksiyete puanları diğerlerinden daha yüksektir. Başa çıkma tutumu ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir

farklılık saptanmıştır. Başa Çıkma Tutumu alt boyutlarından “dini olarak başa çıkma” boyutunda ilköğretim mezunlarının puan ortalamaları üniversite mezunlarından daha yüksektir. Başa Çıkma Tutumu alt boyutlarından “Şakaya vurma-Mizah” boyutunda üniversite mezunlarının “Şakaya vurma-Mizah” başa çıkma tutum puan ortalamaları lise mezunlarından daha yüksektir.

Araştırmanın sonucunda; depresyonla, bir takım başa çıkma tutumu alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Anksiyete ile başa çıkma tutumu alt boyutlarından duygusal sosyal destek kullanımı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Hastaların anksiyete, depresyon olasılığının tanı aşamasından itibaren yüksek olduğu ve riskin birinci senede de azalarak devam ettiği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, anksiyete, kanser, meme kanseri, başa çıkma tutumu.

ABSTRACT**ANXIETY AND DEPRESSION LEVEL OF BREAST CANCER PATIENTS
WHO COMPLETED THE FIRST YEAR AND THEIR COPING ATTITUDES
WITH THE DISEASE****Rabia GEYİKÇİ****Master's Thesis, Psychology Master Programme****Supervisor: Prof. Dr. Şükrü UĞUZ****September 2017, 109 pages**

The aim of this study was to investigate the distribution of anxiety and depression symptoms in breast cancer patients who have completed the first year of the disease and differences between the coping methods of those patients.

The sample of the research was generated from 94 female volunteers, aged 35-65, who were enrolled to the Balcalı Hospital Oncology Polyclinic of Çukurova University Medical Faculty between June 5th and July 31st of the year 2017. Beck Anxiety Scale (BAS), Beck Depression Scale (BDS) and Coping Rating Scale (COPE) were used as data collection tools.

16 % of the patients who participated in the study had symptoms of depression whereas 27,7 % of them had symptoms of anxiety. As a result of the analyzes, a high level positive correlation was determined between depression and anxiety. In addition, a significant difference was found between the depression scores of the participants and the cause variances associated with the disease. Those who accused themselves had higher depression scores than those who believed to have inherited the disease. The group with the average highest score of depression was the ones which had increased post-operative anxiety and fear whereas the group with the average lowest depression score was the ones who were quite satisfied with the operation. A significant difference was found between the anxiety scores and the "having sufficient knowledge about your disease" variable. Anxiety scores of patients, who told "No, my knowledge was not sufficient and I want more information", were higher than the others. Additionally, a significant difference was found between the anxiety scores and the "behavior of your partner after disease" variable. The anxiety scores of those who said "more distant"

were higher than others. A significant difference between the attitude of coping and education level was also determined. The average scores of primary graduates were higher than college graduates, regarding the sub-dimension "coping with religion" whereas the average attitude scores of the university graduates were higher than high school graduates, regarding the sub-dimension "Pass-over Disease Lightly-Humor".

According to the results of the research; a negative correlation was found between depression and coping attitude subscales. In addition, a positive relationship was obtained between subscales of coping with anxiety and using emotional social support. Finally, It is assessed that the anxiety and depression probability of the patients is high after the diagnosis phase and the risk is decreasing in the first year.

Keywords: Depression, anxiety, cancer, breast cancer, coping.

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans dönemi boyunca bilgi, tecrübe ve deneyimlerini benden esirgemeyen, bu eserin ortaya çıkmasında emeği geçen saygıdeğer hocam Prof. Dr. Şükrü UĞUZ'a teşekkür ederim.

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bölüm Klinik Şefi Sn. Prof. Dr. Semra PAYDAŞ'a veri toplamamda göstermiş olduğu desteklerinden dolayı teşekkür ediyorum.

Katkılarından dolayı değerli hocalarım; Yrd. Doç. Dr. Soner ÇAKMAK'a, Yrd. Doç. Dr. İbrahim İNAN'a ve Öğr. Gör. Ayşe Şenay KOÇ'a teşekkür ederim.

Ç.Ü.T.F. Balcalı Hastanesi Onkoloji Polikliniği'nde tedavi görmekte olup anket uygulamasına katılan ve hoşgörü gösteren tüm hastalara tek tek teşekkür ederim.

Çalışmam boyunca bana her konuda destek sağlayan sevgili arkadaşlarım Dr. Fatma ÜSTÜN ve Psk. Seda KARAKURUMER'e teşekkür ederim.

Çalışmamın düzenleme aşamasında, yardımlarından dolayı arkadaşım Psk. Halil İbrahim EZER'e teşekkür ediyorum.

Yüksek Lisans yapmam için beni her zaman teşvik eden, amaçlarımın peşinde giderken beni destekleyen ve yüreklendiren, varlıklarını her an yanımda hissettiğim kıymetli annem, babam, kardeşime ve canım halama her birine ayrı ayrı teşekkür ediyorum.

Bu çalışmayı gerçekleştirdiğim süre boyunca değerli bilgilerini benimle paylaşan, kullandığı her kelimenin hayatıma kattığı önemini asla unutamayacağım saygıdeğer araştırmacı-yazar Ali SARSU'ya katkılarından dolayı teşekkür ediyorum.

Son olarak, çalışmalarımın başlangıcından sonuna kadar her an maddi ve manevi desteğini esirgemeyen, fedakârlıkları ve sabrıyla en büyük destekçim olan kıymetli eşim Şükrü GEYİKÇİ'ye teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

KAPAK.....	i
TEZ İMZA SÜRKÜLERİ.....	ii
ETİK BEYANI.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	vi
ÖNSÖZ	viii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
TABLOLAR LİSTESİ	xiv
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiv

BİRİNCİ BÖLÜM

1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Arka Planı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Problemi	2
1.3.1. Araştırma Soruları.....	2
1.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	3

İKİNCİ BÖLÜM

2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Kanser	5
2.2. Meme Kanseri	5
2.3. Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	6
2.4. Meme Kanserinde Risk Faktörleri	7

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. ANA BÖLÜM.....	9
3.1. Araştırma Konusu İle İlgili Temel Kavramlar.....	9
3.1.1. Meme Kanseri Tanılı Kadınlarda Psikososyal Sorunlar ve Uyumu	
Etkileyen Faktörler	9
3.1.1.1. Psikolojik Sorunlar	9
3.1.1.2. Fiziksel Uyum Sorunları	9
3.1.1.3. Kansere Farkındalığı.....	9
3.1.1.4. Anksiyete	10
3.1.1.4.1. Anksiyete Tanımı.....	11
3.1.1.4.2. Anksiyete Tipleri	12
3.1.1.4.3. Anksiyete Belirtileri.....	14
3.1.1.4.3.1. Bilişsel Belirtiler	15
3.1.1.4.3.2. Davranışsal Belirtiler	16
3.1.1.4.3.3. Fizyolojik Belirtiler.....	17
3.1.1.5. Sağlık Anksiyetesi	17
3.1.1.6. Depresyon	18
3.1.1.6.1. Depresyon Tanımı.....	19
3.1.1.6.2. Depresyonun Sebepleri	20
3.1.1.6.3. Depresyonun Belirtileri.....	21
3.1.1.7. Meme Kanseri Hastalarda Depresyon ve Anksiyete	22

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
4.1. Yöntem.....	24
4.1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	24

4.1.2. Sayıtlar	24
4.1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
4.1.4. Veri Toplama Aracı ve Araştırma Verilerinin Toplanması	25
4.1.4.1. Beck Depresyon Ölçeği	25
4.1.4.2. Beck Anksiyete Ölçeği.....	25
4.1.4.3. Cope Ölçeği.....	26
4.1.5. Araştırmanın Modeli	26
4.1.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
4.1.7. Verilerin Analizi	27

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. BULGULAR VE YORUM.....	28
5.1. Katılımcıların Sosyo Demografik, Aile, Ekonomik ve Eğitim Özelliklerine İlişkin Bulgular	28
5.2. Katılımcıların Hastalık Yaşamı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	30
5.3. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımları	31
5.4. Beck Depresyon Ölçeği'nden Alınan Puanların Çalışmada Saptanmış Değişkenler Arasındaki Farklılaşma	32
5.5. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) Alt Boyutları ile Çalışmada Saptanmış Değişkenler Arasında Farklılaşma	38
5.6. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) Alt Boyutları Arasındaki İlişki	61

ALTINCI BÖLÜM

6. TARTIŞMA VE SONUÇ	64
6.1. Tartışma.....	64
6.2. Sonuç.....	67
6.3. Öneriler	69
7. KAYNAKÇA.....	71
8. EKLER	81
8.1. EK 1. Etik Kurul Kararı	81
8.2. EK 2. Ölçek Kullanım İzin Talebi ve Yanıtı.....	82
8.3. EK 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	83
8.4. EK 4. Sosyodemografik Veri Formu	84
8.5. EK 5. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	86
8.6. EK 6. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	89
8.7. EK 7. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)	90
9. ÖZGEÇMİŞ	93

KISALTMALAR LİSTESİ

DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disord
APA	: American Psychiatric Association
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
COPE	: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği
AD	: Anxiety Disorder, Anksiyete Bozukluğu
AS	: Anxiety Sensivity, Anksiyete Duyarlılığı
BDT	: Cognitive Behavioral Therapy, Bilişsel Davranışçı Terapi
DA	: Dopamin
YAB	: General Anxiety Disorder, Yaygın Anksiyete Bozukluğu
HPA	: Hipotalamik-Pitüiter Adrenal
HPT	: Hipotalamo-Pitüiter-Tiroid
IU	: Intolerance Of Uncertainty, Belirsizlik İntoleransı
MDB	: Majör depresif bozukluk
NA	: Noradrenalin
PTSS	: Postravmatik Stres Bozukluğu
SAB	: Social Anxiety Disorder, Sosyal Anksiyete Bozukluğu
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
WHO	: World Health Organization, Dünya Sağlık Örgütü
SPSS	: Sosyal Bilimlerde Kullanılan İstatistik Veri Analiz Pakedi

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1.	Katılımcıların Sosyo Demografik ve Aile Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	29
Tablo 2.	Katılımcıların Eğitim, Ekonomik ve Mesleki Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulgular	29
Tablo 3.	Katılımcıların Hastalık Yaşamı Özelliklerine İlişkin Bulgular	30
Tablo 4.	Kesme 17 Puanına Göre Depresyon ve Anksiyete Durumu Dağılımları	31
Tablo 5.	BDÖ ve BAÖ’den Alınan Puanların Değişkenlere Göre Dağılımı	35
Tablo 6.	COPE Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların Madde Dağılımları	38
Tablo 7.	COPE Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Medeni Durum” Değişkenine Göre Dağılımı	39
Tablo 8.	COPE Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Çocuk Sahibi” Değişkenine Göre Dağılımı	40
Tablo 9.	COPE Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Eğitim Düzeyi” Değişkenine Göre Dağılımı	41
Tablo 10.	COPE Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Mesleki Çalışma” Değişkenine Göre Dağılımı	43
Tablo 11.	COPE Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların“Yaşadığı Yer” Değişkenine Göre Dağılımı	45
Tablo 12.	COPE Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların“Sosyo Ekonomik Durum” Değişkenine Göre Dağılımı.....	46
Tablo 13.	COPE Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Hastalıktan Sonra Eşinin Davranışı” Değişkenine Göre Dağılımı	47
Tablo 14.	COPE Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların“Aile Öyküsünde Meme Kanseri” Değişkenine Göre Dağılımı.....	49
Tablo 15.	COPE Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Hastalığı Herhangi Bir Nedene Bağlama” Değişkenine Göre Dağılımı	50
Tablo 16.	COPE Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Hastalık Hakkında Yeterli Bilgi” Değişkenine Göre Dağılımı.....	52
Tablo 17.	COPE Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Radyoterapi Alma” Değişkenine Göre Dağılımı.....	54

Tablo 18.	COPE Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Kemoterapi Alma” Değişkenine Göre Dağılımı.....	55
Tablo 19.	COPE Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Ameliyattan Sonra Korku ve Endişe” Değişkenine Göre Dağılımı	56
Tablo 20.	COPE Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Ameliyattan Sonra Cinsel İlişki” Değişkenine Göre Dağılımı.....	57
Tablo 21.	COPE Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Ameliyattan Sonra Özbakım” Değişkenine Göre Dağılımı.....	58
Tablo 22.	COPE Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Ameliyat Sonrası Memnuniyet” Değişkenine Göre Dağılımı	60
Tablo 23.	Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Katsayıları (r)	62

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Dünya Kanseri İstatistikleri.....	7
Şekil 2. 2014 Yılı Türkiye Kanseri İstatistikleri.....	7
Şekil 3. Depresyon Durumu Dağılımları.....	31
Şekil 4. Anksiyete Durumu Dağılımları.....	32



BİRİNCİ BÖLÜM

1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Arka Planı

Kanser, dünyadaki ölümlerin yaklaşık %10'undan sorumlu olan ve yaşamı tehdit eden kronik bir hastalıktır (Sloan ve ark., 2002). Gelişmiş ülkelerde ölümlerin %25'ini oluştururken, tüm ölüm nedenleri arasında iskemik kalp hastalığından sonra ikinci sıklıkta görülmektedir (Lepore ve ark., 2006). Tokgöz ve arkadaşları (2008), kanserin çok sayıda ölüme neden olmasının yanı sıra psikiyatrik bozuklukların oluşum riskini artırdığını belirtmiştir.

Meme kanseri kadınlarda en çok rastlanan kanser türüdür. Hastalığın fiziksel şiddeti, seyri ve tedaviye yanıtını etkileyebilecek ruhsal durumların bilinmesi hastanın yaşam kalitesini, bakımını, tedaviye uyumunu etkiler. Hastanın, tıbbi tedavi yanında psiko-sosyal desteğe de ihtiyacı olduğu unutulmamalıdır (Berard, 2001).

Sigel vd. (2017)'nin yaptığı araştırmaya göre ABD'de 2017 yılında 255180 yeni vakada meme kanserine rastlanmıştır ve 41070 kişide 2017 yılında tahmini ölümler beklenmektedir.

Thase'nin 2005 yılında yapmış olduğu çalışmaya göre meme kanseri hem majör depresyonun kökenleri hem de bugüne kadar gerçekleştirilmiş birçok çalışmaya rağmen yeterli seviyede açıklanamamıştır. Meme kanserinin meydana gelmesinde kalıtım, dış çevre, hormonal, bağışıklık sistemi, biyolojik ve psikososyal faktörlerin etkili olduğu söylene de meme kanserli kadınların %70-80'inin bu risk etmenlerini taşımadığı gözden kaçırılmamalıdır. Aynı şekilde, majör depresyonun meydana geliş sebepleri arasında kalıtsal faktörler, beyindeki yapısal bozukluklar, başta serotonin (5-HT), Noradrenalin (NA) ve dopamin (DA) gibi beyin biyokimyasındaki farklılıklar ve bunun ötesinde HPA ile HPT eksenleri olarak nöroendokrin seviyedeki farklılaşmalar, nöroimmünolojik fonksiyon farklılaşmaları ve psikososyal faktörler ön plana çıkmışsa da majör depresyon kökeni için yeterli oranda bir tanım yapılamamaktadır.

Depresyon ve kanserin birlikte görülme sıklığı çok yüksektir. Anksiyete, kanserli kişilerde gerçekleştirilen birçok araştırmada da depresyon ile ilişkili olarak meydana gelmesiyle bağlantılıdır. Anksiyete kanser tedavisinde bir risk durumu olarak meydana gelme olasılığı ile araştırılmıştır. Kanserli hastalar içindeki depresyonla komorbid bir durum değildir. Diğer bir yandan kanser oluşumunun bir sebebi olabilme

ihtimali bulunmaktadır. Kanserin sebepleri farklılık göstermektedir ve genetik etkenler, sağlıklı hayat stilleri, dış etkenler ve depresyon da ilk planda olmak üzere psikososyal etkenler ile alakalıdır.

Kadınlarda görülen kanser türleri arasında ilk sırada yer alan meme kanserinde, sıklık ve sağ kalım oranındaki artışla beraber, psikolojik tepkilerin de incelenmesinin ve hastalara gerekli desteğin sağlanması gerekmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Meme kanseri gün geçtikçe yaygınlaşan bir hastalık olup toplum sağlığını tehdit eden faktörlerden bir tanesi olarak nitelendirilmektedir. Meme kanseri hem sağlık açısından ciddi bir tehlike oluşturması hem de tedavi sürecinin zorlukları dolayısıyla hastalarda anksiyete ve depresyona sebep olabilen bir hastalık olma özelliği de sergilemektedir. Bu açıdan meme kanseri ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi ve ilişkilerin yönünün tespit edilmesi hastalık sürecinde önem kazanabilmektedir.

Bu araştırmanın amacı kanserin çok sayıda ölüme neden olmasının yanı sıra psikiyatrik bozuklukların oluşum riskini de arttırdığını ortaya koymaktır. Bu çalışmada; birinci yılını tamamlamış meme kanseri hastalarında anksiyete ve depresyon düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının incelenmesi hedeflenmiştir.

1.3. Araştırmanın Problemi

Meme kanseri tanısı almış hastalarda anksiyete ve depresyon belirtilerinin dağılımı ve başa çıkma yöntemleri arasındaki farklılıklar değerlendirilmektedir.

1.3.1. Araştırma Soruları

1. Meme kanseri tanısı almış hastalarda depresyon puanları ile sosyo demografik değişkenler arasında anlamlı bir farklılık bulunmakta mıdır?
2. Meme kanseri tanısı almış hastalarda anksiyete puanları ile sosyo demografik değişkenler arasında anlamlı bir farklılık bulunmakta mıdır?
3. Meme kanseri tanısı almış hastalarda başa çıkma tutumları sosyo demografik özelliklere göre farklılaşmakta mıdır?
4. Meme kanseri tanısı almış hastalarda başa çıkma tutumları ile depresyon ve anksiyete puanları arasında bir ilişki bulunmakta mıdır?

1.4. Araştırmanın Hipotezleri

Knotkova vd. (2004) ile Teunissen ve diğerlerinin (2007) meme kanserli hastalar üzerinde yaptıkları araştırmalardaki anksiyete düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasındaki pozitif yönlü anlamlı ilişkiden yola çıkarak;

Hipotez 1a: Meme kanseri hastalarında depresyon puanı ile anksiyete puanı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 1b: Meme kanseri hastalarında depresyon puanı ile anksiyete puanı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki yoktur.

Berard (2001), Amicheti vd. (1999) ve Rakovicth vd. (2003) yıllarında yaptıkları çalışmalarda meme kanserinde hastalığın bulunduğu tümörün evresinin bireyin yaşam süresini ve yaşam kalitesini etkilediğini, ileri evrelerde bakım ve hastanede geçirdiği sürenin artmasının meme kanseri hastalarının anksiyete ve depresyon seviyelerinde yükselmelere neden olduğunu saptamışlardır. Bu bulgulardan yola çıkarak;

Hipotez 2a: Meme kanseri hastalarının depresyon puanları ile hastalık evresi arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 2b: Meme kanseri hastalarının depresyon puanları hastalık evresi arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Kanser hastayı değil onun yakın çevresini, ailesini ve arkadaşlarını da olumsuz şekilde etkilemektedir. Cossileth ve Steinfeld (1987) meme kanserinden dolayı memesi alınan kadınların eşine karşı kendini seksüel açıdan yetersiz ve eksik hissedip ondan uzaklaştığını, eşin ise çoğu kez eşinin üzerine gereğinden fazla düştüğünü, zaman zaman ise eşinin dişilik özelliğini yitirdiği endişesiyle cinsel yakınlaşmadan kaçtığını saptamışlardır. Bu araştırma bulgularından yola çıkarak;

Hipotez 3a: Meme kanseri hastalarının ameliyattan sonra cinsel ilişki sıklığı ile depresyon puanı arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 3b: Meme kanseri hastalarının ameliyattan sonra cinsel ilişki sıklığı ile depresyon puanı arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Mete ve Önen (2001) yaptıkları çalışmada, kemoterapi tedavisi alan meme kanseri hastalarında radyasyon tedavisi görenlere nazaran kaygı durumlarının daha yüksek olduğunu, kemoterapinin depresyon düzeylerinde etkili olduğunu saptamışlardır. Bu bulgulardan yola çıkarak;

Hipotez 4a: Meme kanseri hastalarının kemoterapi alma durumu ile depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 4b: Meme kanseri hastalarının kemoterapi alma durumu ile depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Depresyon her yaşta görülebilir bir hastalık olma özelliği göstermektedir fakat yapılan çalışmalar depresyonun en çok 44 ve civarı yaş grubunda sıklığına ortaya koymuştur (Tezcan, 2000). Bu bulgulardan yola çıkarak;

Hipotez 5a: Meme kanseri hastalarının depresyon puanı ile yaş arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

Hipotez 5b: Meme kanseri hastalarının depresyon puanı ile yaş arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

Yaşamın akışını bozan, kişinin varoluşunu ciddi bir tehlikeye sokan kanser, kuşkusuz herkesi sarsmaktadır. Hasta bu krizle başa çıkmaya çalışırken aynı zamanda önemli sağlıklı yaşam kararları vermek, hastalığın ve sağaltımların sonuçları yüzünden yaşantısını yeniden düzenlemek zorunda kalmaktadır (Elbi, 2001).

Literatürde tanımlanmış kanserli hastaların genel olarak öncelikli bilgi ihtiyaçları; mevcut tedavi seçenekleri, tedavi yan etkileri, hastalığın yaygınlığı, tedavi olasılığı ve prognozu, öz-bakım ve normal bir yaşam tarzına dönüşmektedir (Mills ve Sullivan, 1999).

Hastalık kavramı hem objektif, hem de sübjektif boyutları içerdiğinden, benzer bir hastalıkla karşılaşan kişiler durumları hakkında farklı görüşlere sahip olabilir, farklı tepkiler gösterebilirler. Bazı kişilerin hastalıkla mizah duygusu ve cesaretle yüzleştiği görülürken, bazıları öfke, korku veya umutsuzluk gibi yoğun duygular yaşamakta ve zorlanmaktadır. Hastalarda ortaya çıkan en yaygın emosyonel tepkiler; anksiyete, korku, öfke, güç-güçsüzlük, üzüntü ve keder, yetersizlik, başarısızlık, utanç, suçluluk, umut-umutsuzluk, rahatlama (Kocaman, 2008).

2.2. Meme Kanseri

Meme kanseri akciğer ve mide kanserinden sonra üçüncü sıklıkla görülen ve dünyada her yıl bir milyon yeni vaka ile kadınlarda en sık rastlanan kanserdir. 1985 yılına kadar kanserler arasındaki en sık ölüm nedeniyken, 1986'dan bu yana yerini akciğer kanserine bırakmıştır. Dünyada her yüz yeni kanser tanısının 21'ini meme kanseri oluşturmaktadır. Kadınlardaki kanserler içerisinde meme kanseri %18 sıklıkla görülürken, %19 oranında da kadınlardaki kanser ölümlerinden sorumludur (Parkin, 1999).

İngiltere'de 50'li yaşlardaki kadınlarda bir yılda meme kanseri sıklığı binde ikidir. Kırklı ve ellili yaşlarda kadınlarda en sık gözlenen ölüm nedenidir ve bu yaştaki ölümlerin beşte birini oluşturmaktadır. Elli, altmış dört yaşları arasında meme kanseri

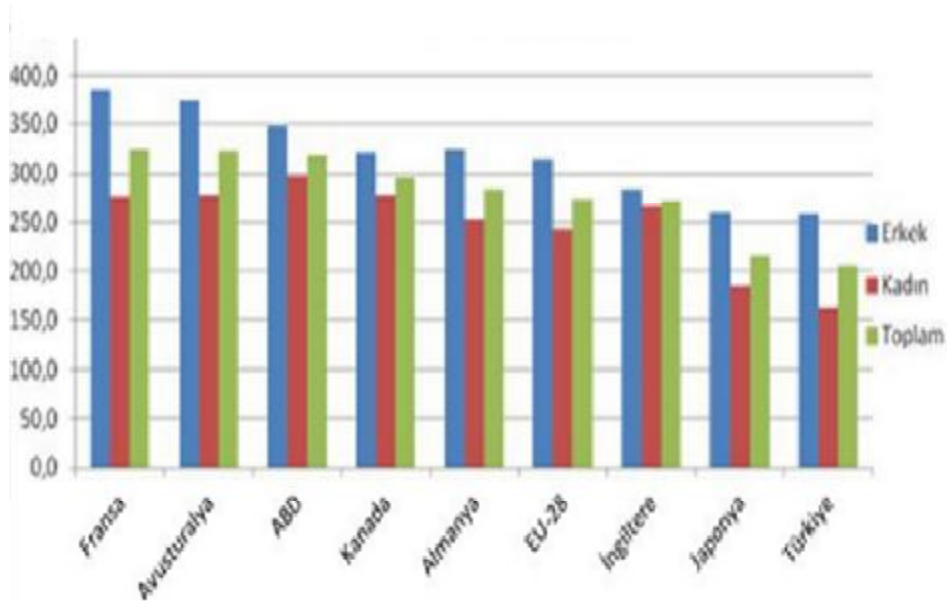
sıklığı artmaktadır. Ellili yaşlardaki her 1000 kadından ikisi yeni meme kanseri tanısı almaktadır. Bu verilere göre meme kanseri yaygınlığı %2'dir (Mcperson, 2000).

Gelişmiş ülkelerde yaşam boyu meme kanseri olma riski %6,2; gelişmekte olan ülkelerde %2,2'dir. Meme kanseri açısından yüksek riskli ülkeler Kuzey Amerika, Avrupa, Avusturalya, Yeni Zellanda ve Güney Amerika'nın en güney kısımları iken, düşük riskli ülkeler Asya ve Afrika kıtasındaki ülkelerdir. Türkiye orta risk grubundadır. Avrupa'da meme kanserinde birinci yılda hayatta kalma oranı % 91, beş yıllık hayatta kalma oranı ise %68'dir. Hayatta kalma oranları, tanı alma evresi, hastanın yaşı ve kanserin tipine bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Berrino, 2001).

2.3. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

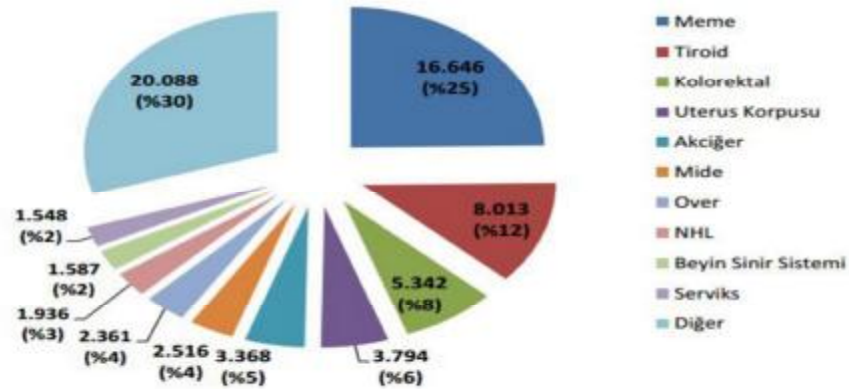
Ülkelerin sağlık sorunlarının farklılığına rağmen, ABD, Kanada gibi birkaç ülke dışında meme kanseri tüm dünyada kadınlar arasında en sık görülen kanser türüdür. Son yıllarda gelişmekte olan ülkelerde de insidansında artış bulunmaktadır. Eğer bu artış devam ederse, tüm dünyada yıllık meme kanseri insidansının bir milyonun üzerinde olacağı tahmin edilmektedir. Avrupa'da yılda 180 bin yeni olgu saptanmaktadır. Amerikalı bir kadında yaşam süresi boyunca meme kanseri gelişme olasılığı %10, meme kanserinden ölüm olasılığı ise % 3 olarak hesaplanmıştır. Hastalık gelişme riski, yaş ile doğrudan ilişkili olup, yaş arttıkça hastalık görülme sıklığı giderek artar. Meme kanseri 30 yaşından önce nadir olup, bu yaşı takip eden reproduktif yıllarda hızlı bir tırmanış gösterir, menopoz dönemindeki hafif bir azalmayı takiben de menopoz sonrası yıllarda yavaş eğimle sürekli devam eden bir artış ortaya çıkar. Bu nedenle 85 yaşındaki her dokuz kadından birinde meme kanseri gelişebileceği beklenmektedir (Darendeliev, 1997).

50 yaşındaki bir kadında meme kanseri insidansı % 1.85, prevalansı yaklaşık %5.5 olarak bildirilmiştir. 40-49 yaş grubunda prevalans insidans oranı 2.72, 50-59 yaş grubunda 2.96 ve 60-69 yaş grubunda 3.54'dür. Prevalans insidans oranı, yaşla beraber artmaktadır, bu da yaşlı kadınlarda yavaş büyüyen tümörlerin sonucudur (Svane, 1993). Meme kanseri görüntülenme prevalansı yapılan değişik çalışmalarda % 2.7-7.6 olarak bildirilmiştir.



Şekil 1. Dünya Kanser İstatistikleri

<http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/860-yeni-d%C3%BCnya-kanser-istatistikleri-yay%C4%B1nland%C4%B1.html> Erişim Tarihi:05.06.2017, erişim Saati: 14.15



Şekil 2. 2014 Yılı Türkiye Kanser İstatistikleri

<http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/2106-2014y%C4%B1n%C4%B1-t%C3%BCrkiye-kanser-istatistikleri.html>, Erişim Tarihi: 06.07.2017, erişim Saati: 13.30

2.4. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Lynch ve arkadaşları genetik yatkınlığa göre meme kanserinin üç şekilde tanımlanmasını önermektedirler.

- 1- Sporadik meme kanseri: İki jenerasyonda da meme kanseri açısından aile öyküsü olmadığı halde meme kanseri tanısı almış olmak.

2- Ailesel geçişli meme kanseri: Birinci veya ikinci derece akrabasında meme kanseri öyküsü olup meme kanseri tanısı almış olmak.

3- Herediter meme kanseri: Meme kanseri ve bununla bağlantılı diğer kanserler (över kanseri, kolon kanseri) açısından aile öyküsünün olduğu ve otozomal dominant olarak kalıtılan meme kanseridir.

- Genetik yatkınlık: Handerson ve arkadaşları, Lynch ve arkadaşları (1991) tarafından iyi tanımlanmıştır. Riskin büyüklüğü, meme kanseri olan akrabaların sayısı ve akrabalarda kanserin ortaya çıktığı yaş ile orantılıdır. İki taraflı kanserler oldukça ve kanserin geliştiğı yaş düştükçe genetik yatkınlık artmaktadır.
- İleri yaş: 20 yaş altı sıklığı azalır. Menapoza doğru artar. Menapoz sonrası daha yavaş bir artış vardır.
- Yaşamın cinsel olgunluk süresi: Erken menapoz ve geç menapozda risk artar.
- Doğurganlık: Nulliparlarda multipar kadınlara göre daha sık görülür.
- İlk doğum yaşı: İlk doğum yaşı düştükçe risk azalır.
- Obezite: Artan risk yağ depolarında östrojen sentezine bağlanmaktadır.
- Radyasyon: Herhangi bir nedenle radyasyona maruz kalmak riski artırır.
- Diğer memede veya endometriyumda kanser olması riski artırır.
- Bening meme hastalıkları: Fibrokistik hastalık ve atipik hiperplazide risk artar.
- Endokrin faktörler: Östrojen kullanımı riski artırır. Oral kontraseptiflerin riski arttırdığı ve arttırmadığı yönünde veriler vardır.
- Diyet: Kızarmış yağ oranı yüksek besinler meme kanseri riskini artırır. Omega yağ asitlerinin koruyucu olduğu bilinmektedir.
- Diğer primer kanserler: Över ve endometrium kanseri öyküsü olma riski oranında arttırmaktadır (Abdel, 2000).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. ANA BÖLÜM

3.1. Araştırma Konusu İle İlgili Temel Kavramlar

3.1.1. Meme Kanseri Tanılı Kadınlarda Psikososyal Sorunlar ve Uyumu Etkileyen Faktörler

3.1.1.1. Psikolojik Sorunlar

Anksiyete, depresyon, gelecek hakkında belirsizlik, çaresizlik, umutsuzluk, nüks korkusu, benlik saygısının azalması, dişilik özelliklerini kaybetme ve ölüm korkusu meme kanserinde psikolojik problemlere neden olmaktadır. Kansere yönelik evrensel sorunların yanı sıra kadın bedeninde önemli sembollere sahip bir dokunun kaybına yönelik tepkilerin de önemine dikkat edilmelidir (Tünel, 2011).

3.1.1.2. Fiziksel Uyum Sorunları

Kanser için uygulanan tedavi yöntemleri önemli yan etkileri oluşturarak kişinin fiziksel iyilik halini de etkileyip yaşam kalitesini azaltmaktadır (Kelsey vd., 1981). Bu yan etkiler, bulantı ve kusma, hormonal değişimler, enerji kaybı, ağrı ve yorgunluk olup kişilerin gündelik yaşamlarını olumsuz etkilemektedir (Ferrel ve ark., 1997).

3.1.1.3. Kanser Farkındalığı

Belli bir kanser türü ve bu kanserin erken teşhis edilmesi için uygulanan tarama programları hakkında bilgi sahibi olmak önemlidir. Kişi, aldığı eğitim ve uğraştığı iş gereği aile ve arkadaş çevresinde hasta olan bireyler ve/veya yakınlarının aktardıkları deneyimler ve bilgiler ile televizyon ve sosyal medya yolu ile ve sivil toplum örgütleri ve resmi kurum kuruluşların uyguladığı bilgilendirme ve tarama programları aracılığı ile bir veya birkaç hastalık hakkında bilgi alabilir, hastalığın kendisinde de olabileceği farkındalığına ulaşabilir. Sosyal iletişim ağları ve internetin bu denli yoğun kullanıldığı günümüzde kişide farkındalığı ortaya çıkaran en önemli etmenlerden birisi yine kişinin herhangi bir sebeple başvurduğu hekimlerdir.

Çevresel risk faktörleri ve hastalığın genetik geçişli oluşu, kanser riskini arttıran nedenlerdendir. Birden fazla aile bireyinde kanser varlığı mevcut ise, kişide kanser olma

riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada aile içinde kanser olan bireylerin sayısı arttıkça, bireylerdeki kanser farkındalığının da artış gösterdiği bildirilmiştir (Akhtar ve ark., 2007).

3.1.1.4. Anksiyete

Kanser hastalarında anksiyete bozukluğu başlığı altında sıralanan psikiyatrik bozukluklardan birçoğu ortaya çıkabilir. Bunlardan birincisi, Akut Stres Bozukluğudur. Kişi başa çıkma yetilerini zorlayan bir travmayla karşılaştığında böyle bir sendromla karşı karşıya kalabilir. Sürekli olarak yaşanan travmanın zihne gelmesi ya da rüyalarda görülmesi, olayı hatırlatan etkinliklerden kaçınma ya da hissizlik hali, çabuk sinirlenme, uyuyamama ve çevresel ya da vücutla ilgili uyaranlara aşırı dikkat gibi uyarılma tepkileri ortaya çıkar. Anksiyete düzeyi hastalığın tehdit olarak algılanma düzeyine göre değişir. Anksiyetenin düşük düzeyi öğrenmeye ve eyleme geçmeye, hastanın tıbbi yardım almasına ve tedavi ekibinin önerilerine uymasına yardım eder. Anksiyete şiddetinin çok yüksek olması ve uzun sürmesi, bireyin de sürekli olarak anksiyeteye ve belirtilerine yoğunlaşması durumunda birey günlük yaşamını sürdüremez. Bu durum çeşitli davranış bozuklukların ortaya çıkmasına neden olur (Kum, 1996).

Anksiyete belirli nedenlerden dolayı günlük yaşantıda işlevselliği etkileyen, karar vermede güçlükler yaşanmasına neden olan, tedavi sürecini etkileyebilen bedensel ve/veya duygusal tepkidir. Etkilenen bu durumlar dolayısıyla yaşam kalitesini de düşürmektedir. Kişi kaygılı olduğunda kendini tehdit altında hisseder. Bundan dolayı kaygılandığı olayın ya üstüne gider ya da ondan kaçınmayı tercih eder (American Psychiatry Association, 2000). Anksiyete belirtilerinden biri olan sıkıntı hissi kanser hastalarında olduğu kadar yakınlarında da görülmektedir. Hasta yakınlarının kanserle yüzleşen yakınlarını fiziksel ve ruhsal olarak yıpranmış görmeleri ciddi düzeyde kaygı yaşamalarına neden olmaktadır (Alacacıoğlu, 2007).

Anksiyete bozukluklarının etiyolojisinde ve tedavisinde duygusal düzenlemenin rolü konusunda önemli kanıtlar olmasına rağmen, duygudurum bozukluğuna neyin katkıda bulunduğu hakkında bilgi yok denecek kadar azdır. Bağlanma stili, duygu düzenleme ve anksiyete belirtileri ile ilişkilidir, ancak bu değişkenler nadiren birlikte incelenmiştir. Duygudurum bozukluğunu anksiyete bozuklukları bağlamında bir bağlanma teorisi çerçevesinde incelemek, anksiyete bozukluklarının etiyolojisini ve tedavisini daha iyi anlamamızı sağlamaktadır. Bağlanma stilleri ile anksiyete belirtileri

arasındaki duygu regülasyonunun aracılık rolünü incelemek için teorik ve ampirik olarak türetilmiş bilgileri birleştiren çalışmalar mevcuttur (Nielsen, ve diğ., 2017).

Anksiyete bozuklukları en az depresif bozukluklar kadar yaygındır ve çoğunlukla olumsuz ekonomik, toplumsal ve bireysel etkiler ve sonuçlarla birlikte görülür. Bu nedenle, klinik olarak kayda değer düzeyde anksiyete ve depresyon varlığının taranması çok önemlidir ve bir kez tanı konulduğunda etkin müdahaleler yapılmalıdır. Farmakolojik tedaviler yerine psikolojik yaklaşımlar hastalar için en kabul edilebilir yöntemler olarak bilinmektedir ve anksiyete için genellikle bilişsel-davranışçı terapi (BDT) önerilmektedir. Bununla birlikte, BDT'nin sınırlı fayda sağladığı giderek daha belirgin hale gelmektedir. Sadece rastgele kontrollü çalışmaların, normal bakıma oranla etkinliğini sürekli olarak göstermekte başarısız olması, ancak BDT sonrasında sıkıntı belirtilerinin düzelmesi önemsiz ve geçici gözükmemektedir. Bu nedenle, anksiyete ve depresif bozukluklar için psikolojik tedavilerin geliştirilmesi bir araştırma önceliğidir (Fisher ve ark., 2017).

Anksiyete ve depresyona katkıda bulunan psikolojik mekanizmaların daha iyi kavramsallaştırılması yoluyla daha etkili psikolojik müdahaleler gerçekleştirilebilir. Anksiyete ve depresyon ile ilişkili risk faktörlerinin araştırılması dört ana alanda yoğunlaşmıştır; Epilepsi ilaçları, epilepsi karakteristikleri (Örn., Nöbet türü ve sıklığı) ve psikolojik değişkenler gibi çeşitli faktörler olarak değişim göstermektedir. Ne yazık ki, bu dört faktör şimdiye kadar anksiyete konusunda sadece birkaç sağlam öngöründe bulunmuştur. Bununla birlikte, şu ana kadar incelenenlere alternatif psikolojik modeller, anksiyete ve depresyonun geliştirilmesi ve sürdürülmesinde yer alan değiştirilebilir psikolojik mekanizmaları tanımlamak ve daha etkili psikolojik müdahaleler geliştirmek için etkili olabilir (Zimmerman, ve ark., 2017).

3.1.1.4.1. Anksiyete Tanımı

Anksiyete, bazen açıklanamayan fakat tehdit oluşturduğu düşünülen bir halin etkisi ile oluşan duygusal bir durumdur. Kişilerin sosyal yaşamlarını engelleyebilir ve yaşam kalitelerini negatif yönde etkileme potansiyeline de sahiptir. Fiziksel, bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler uyandırabilir. Kaygı sıklıkla acı çekme algısı ile yakından ilişkilidir (Işık ve ark., 2017).

3.1.1.4.2. Anksiyete Tipleri

Anksiyete bozuklukları, çocukluk döneminde en yaygın rastlanan psikolojik bozukluklar arasındadır (Essau, Conradt, & Petermann, 1999). Batı kültürlerinde, çocukluk çağı anksiyetesinin (klinik ve subklinik düzeylerde), toplumsal zorluklar (örn. zayıf sosyal beceriler, dışlama, mağduriyet) dâhil olmak üzere birden fazla alana yayılmış bariz bozulma ve uyum zorluklarıyla eş zamanlı ve öngörülen şekilde bağlantılı olduğu saptanmıştır ve diğer psikiyatrik zorluklarla da (okuldan kaçınma, akademik performans düşüklüğü) ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Broeren, Muris, Diamantopoulou ve Baker, 2013; Egger & Angold, 2006; Rapee, Schniering & Hudson, 2009; Weeks, Coplan, & Kingsbury, 2009).

Araştırmacılar anksiyetenin boylamsal bir yaklaşımla (Krueger, Watson, & Barlow, 2005) incelenmesi gerektiğini savunmuşlardır. Gelişim ve klinik araştırmacıları çocuklukta artan anksiyete belirtilerini etkilerini anlamaya yönelik incelemelerini artırmışlardır (Broeren ve diğerleri, 2013; Zhang, 2015).

Bununla birlikte, anksiyete bozukluklarının çok erken yaşlarda ortaya çıktığı yönündeki kanıtlara rağmen, erken çocukluk döneminde anksiyete nispeten daha az araştırılmıştır. Bildirilen belirtilerle birlikte erken çocukluk döneminde anksiyete prevalans oranları% 9 ila% 22 arasında değişmektedir (Egger & Angold, 2006; Kessler ve ark. 2005; Edwards, Rapee, & Kennedy, 2010).

Okul öncesi yaştaki çocuklar arasındaki anksiyete incelemesi, bu gelişim döneminde kaygı prevelansında cinsiyet farklılığının olmadığını göstermiştir (Spence, Rapee, McDonald, & Ingram, 2001; M. Wang & Zhao, 2015). Bununla birlikte, anksiyete türleri arasındaki farklılaşma tespit edilmiştir (Egger & Angold, 2006). Örneğin, daha önceki çalışmalar, okul öncesi yaş grubunda anksiyete belirtileri olarak ayrılık anksiyetesi, sosyal fobi/sosyal korku, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve özgül fobiler belirgin (en yaygın şekilde bildirilen) belirtilerini tespit etmiştir (Broeren ve diğerleri, 2013; Eley ve ark., 2003; Spence ve diğ., 2001). Bununla birlikte bu bulgular genç yaşta görülen anksiyete semptomlarının ileri inceleme ihtiyacını ortaya koymaktadır (Xie ve diğerleri, 2017).

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve Sosyal Anksiyete bozukluğu (SAB) en yaygın zihinsel sağlık bozuklukları arasındadır (Baldwin ve ark., 2010; Katzelnick ve Greist, 2001; Wittchen and Fehm, 2001; Wittchen ve ark., 2011). Yaygın anksiyete bozukluğu gündelik hayatta aşırı derecede ve kontrol edilemeyen endişelerle

karakterizedir (American Psychiatric Association, 2013), buna karşın SAB, kamu performansına ya da sosyal etkileşime girdiklerinde utanç duygusu ya da utanç verici değerlendirme ile tanımlanmaktadır (Counsell, 2017).

Aşırı endişe belirtisi, YAB'da kesin olmakla beraber, kısmen de önemli sayılabilecek bir komorbiditeyi açıklayan SAB'da da mevcuttur (Dugas ve Robichaud, 2007; Starcevic ve ark. 2007; Wittchen ve ark. 1994). SAB ve YAB'ın yüksek komorbiditesi, tedavi seçeneklerini en iyi şekilde belirlemek ve doğru teşhis koymak isteyen psikiyatristler için bir zorluk oluşturabilecek durumdadır. Ancak ayrı ayrı bozuklukların gelişimiyle ilgili tanı ölçütlerinde potansiyel bir örtüşme olduğu gözlemlenmektedir. İngiltere'de depresif bozukluklar ve sosyal anksiyete bozukluğu (SAB), sırasıyla yaklaşık % 17 ve % 11 yaşam boyu yaygınlık oranlarına sahiptir ve en yaygın olan psikiyatrik bozukluklar arasında yer almaktadır (Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky ve Wittchen, 2012). SAB, aşırı derecede korku ve kişinin başkaları tarafından değerlendirilmesinden veya reddinden korkulan sosyal performans durumlarından kaçınmasıyla karakterizedir (American Psychiatric Association, 2013). Depresif bozuklukların temel özellikleri, normalde keyif verici aktivitelerde düşük bir ruh hali ve ilgi veya zevk kaybıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Depresif bozukluklar ve SAB için çoğu tanı kriteri belirgin olmakla birlikte, bu bozukluklar kavramsal olarak örtüşmektedir (Brown ve Barlow, 1992). Yüksek komorbidite oranları bulunmaktadır (Brown, Campbell, Lehman, Grisham ve Mancill, 2001). Depresif bozukluklar ve SAB benzer bilişsel davranış terapi (BDT) tedavilerine yanıt verebilmektedir. Bu nedenle, depresif bozukluklar ve SAB ile ilişkili hem ortak hem de farklı zihinsel zayıflıkları tanımlamak, bu psikiyatrik koşulların sınıflandırılmasını ve tedavisini bildirmenin yanı sıra gelişim ve gidişat hakkında fikir edinmek için de bilgi verici olabilmektedir.

Depresif ve anksiyete bozuklukları için bilişsel zayıflıkların hiyerarşik modelleri, depresif bozuklukların ve SAB'nın ortak ve ayrı olarak zayıflıklarının anlaşılması için potansiyel bir çerçeve sunmaktadır. Norton ve ark. (2005) böyle bir model önermiştir. Bu model, üst düzey zayıflık ve olumsuz etkinin (nevrotik yaklaşıma kavramsal olarak eşdeğer olduğu düşünülmektedir) etkisini kavramsallaştırmıştır. Norton ve arkadaşları bireyin mevcut ya da gelecekteki olaylar hakkında algılanmış bir kesinlik eksikliğinden kaynaklanan caydırıcı duyumlara tahammül yetersizliği olarak tanımlanan yüksek belirsizlik hoşgörüsüzlüğünü (IU) geliştirmeye yatkın hale geldiğini öne sürmektedir (Carleton, 2016). Norton ve ark. Kaygı uyanışıyla ilişkili katastrofik

sonuçların korkusu olarak tanımlanan kaygı duyarlılığına (AS) eğilimli olduğunu da belirtmektedir (Reiss ve McNally, 1985). Buna karşılık, IU ve AS'deki yükselmeler, bir bireyi depresif ve kaygı belirtileri ve bozuklukları geliştirmeye yatkın hale getirmektedir. Sosyal anksiyete ve depresyonu anlamak için bir model olarak bu modele ilk destek, IU ve AS'nin depresif ve sosyal kaygı belirtileri ve bozukluklarıyla ilişkili olduğunu gösteren sayısız çalışmayı içermesidir (Allan, Albanese, Short, Raines ve Schmidt, 2015; Allan ve diğ., 2017).

3.1.1.4.3. Anksiyete Belirtileri

Anksiyete semptomları majör depresif bozukluk (MDB) ile komorbiddir ve hastalığın seyrini değiştirmesi olasıdır. Bu yaygın bozuklukların biyolojik temellerini aydınlatmaya yardımcı olmak için anksiyete bileşenleri arasındaki ilişki incelenmiştir (Bedensel, psikolojik ve motor) ve serotonin 1A reseptör (5-HT- | A) bağlanma ve daha yüksek psikolojik ve daha düşük somatik anksiyete daha fazla 5-HT bağlanması ile ilişkili bulunmuştur (Iscan, 2017).

Anksiyete araştırmacıları kaygı bozukluklarını, bilişsel (bazen öznel endişe; örneğin korku ve endişe olarak anılır) ve somatik (fizyolojik uyarılma ve panik gibi) boyutlardan oluşan çok boyutlu bir yapı olarak tanımlamaktadır (Clark ve Watson, 1991). Araştırmaların bilişsel ve somatik kaygı belirtileri farklı tedavilere en iyi yanıtı verirken öngörüldüğü gibi kaygıyı böyle bir şekilde kavramsallaştırmak klinik olarak anlamlıdır. Özellikle bazı araştırmalar, kognitif kaygının bilişsel yeniden yapılandırma ve meditasyon gibi tedavilere en iyi yanıtı verebileceğini ve somatik anksiyetinin solunum yetersizliklerine ve ilerleyen kas gerilmelerine sebep olabileceğini düşündürmektedir. Kaçınma anksiyete bozukluklarının en önemli belirtisi olarak tanımlanmaktadır. Maladaptif kaçınma, genel işleyişi aşırı derecede etkiler ve kronik anksiyeteye neden olur. Aşırı kaçınmaya neden olan mekanizmaları daha iyi anlamak, tedaviyi iyileştirmek için fırsatlar sunabilmektedir. Burada, anksiyete bozuklukları bağlamında kaçınmanın yararlı olabileceği durumlar tartışılmaktadır (Arnaudova, 2017);

- 1) Gitgide artan tehdit deęerlendirmeleri;
- 2) Gelişmiş tehdit önleme eğilimleri;
- 3) Kaçınmanın bozuk düzenlemeleri;
- 4) Alışkanlık olarak kaçınma
- 5) Psikolojik mesafeyi arttırma çabası

Kaçınmayı azaltmak için yeni stratejiler planlanıp bu durum önlenmelidir. Bu stratejiler, hafızayı yeniden yapılandırma, kaçınma eğilimlerini tekrar eğitime, dikkat çekme eğitimi ve alışkanlığı bozma yaklaşımları şeklinde sıralanabilmektedir. Kaçınma ve türevi davranış değişikliğinin nasıl sağlanacağı konusunda yapılan araştırmalar bu tür öneriler sunmaktadır ve bu şekilde anksiyete tedavi edilmeye çalışılmaktadır (Arnaudova, 2017).

3.1.1.4.3.1. Bilişsel Belirtiler

Anksiyete bozukluklarının etiyolojisi ve önleme yolları karmaşık ve çok yönlüdür. Son yıllarda, araştırmacılar anksiyete bozukluklarında duygusal düzensizliğin oynadığı role odaklanmaya başlamışlardır. Duygu düzenlemesi, duyguları düzenlemek için geliştirilen çeşitli stratejiler ve süreçler atıfta bulunulan çok yönlü kavramlardır (Gross ve Thompson, 2007). Çeşitli teorisyenler anksiyete bozukluklarının duygusal düzensizlikten kaynaklandığını ileri sürmektedirler (Mennin ve ark. 2007). Duygu disregülasyonu ve anksiyete bozuklukları arasındaki ilişki ampirik olarak tespit edilmiştir (Cisler ve Olatunji, 2012). Anksiyete bozukluklarının son modelleri (Hofmann ve ark., 2012) duygusal regülasyonun merkezi rolünü vurgulamaktadır.

Kaygı bozukluklarını (örneğin kaçınma, endişe ve bastırma) sürdüren altta yatan bilişsel ve davranışsal faktörlerden birkaçı, daha büyük bir duygu disregülasyonu düzeninin alt faktörleri olarak kavramsallaştırılabilir. Anksiyete bozukluklarının ve duygu regülasyonunun temel bileşenleri aslında farklı yapılar bulunmaktadır, ancak örneğin bir kişi (yaklaşma davranışına karşıt olarak) korku uyaranlarından kurtulmaya çalıştığında duygu düzenlenmesini negatif bir biçimde kavramsallaştırılabilir. Duygusal disregülasyon ve anksiyete bozukluklarını birbirine bağlayan bu tutarlı kanıtlara rağmen, duygudurum bozukluğunun öncüllerinin veya anksiyete bozukluklarının duygu bozukluğuna etkisi olan yönlerinin çok azı bilinmektedir (Cisler ve Olatunji, 2012).

Endişe, deneyimlenen anksiyete ile bağlantılı olarak, belirsiz ve olumsuz olacağı düşünülen gelecekteki olaylar düşünülerek sergilenen tutumlar ve hissedilen duygular olarak tanımlanır (Dugas and Ladouceur, 2000). Belirsiz olan olumsuz bir olaya zihinsel bir tepki verme olarak kavramsallaştırılabilir. Belirsiz olaylardan kaynaklanan zihinsel tepkilerin zihinsel sağlık bozukluğu olmayan bireylerde sıklıkla ortaya çıktığı ve dolayısıyla endişenin mutlaka patolojik bir durum olarak düşünülmemesi önemlidir. Bununla birlikte, aşırı ve kontrol edilemeyen endişeler anksiyetenin karakteristik özelliğidir. Belirsizliğe duyulan hoşgörüsüzlük (IU), endişe ile yakından ilgilidir; zihinsel bir yanıt olarak tanımlanmaktan ziyade, öğrenilen bir özellik olarak düşünülmektedir. Özellikle, IU, belirsizlik algısı tarafından tetiklenen olumsuz tepkiye katlanma yetersizliği eğilimi olarak düşünülebilir (Carleton, 2016).

Araştırmalar, endişenin İU'nun bir ürünü olduğunu savunan araştırmacılar ile IU ve endişe arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu düşünen incelemecileri haklı çıkartmaktadır. Özellikle, yükselen IU negatif risk yönelimi ile daha düşük merak özelliği, kararsızlık, mükemmeliyetçilik, belirsizlik hoşgörüsüzlüğü, öngörülebilirlik ihtiyacı, düzen ve yapı ihtiyacı gibi benzer yapılarla yüksek, güçlü ve ender bir korelasyona sahiptir (Koerner ve diğerleri, 2016). Tedavide IU'yu önlemeye odaklanmanın da daha sonra endişe azalmasını sağladığı görülmüştür. Örneğin, IU'nun bilişsel davranışçı terapide (BDT) ya da deneysel manipülasyonlar yoluyla değiştirilmesinin endişe içinde karşılık gelen değişikliklere neden olduğu tespit edilmiştir ve endişe rolünü IU'nun bir ürünü olarak desteklemiştir (Deschenes ve ark., 2010). Bu bulgular İU ve endişe arasında nedensel bir ilişki olduğunu gösterirken, daha ileri araştırmalara da gerek duyulmaktadır.

3.1.1.4.3.2. Davranışsal Belirtiler

Anksiyete bozuklukları (AD) gençlerin % 8-15'ini etkilemekte ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır. Araştırmalar, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimini destekleseler de, ailesel faktörlerin temelini oluşturan mekanizmalar halen iyi anlaşılmamıştır. Düşük ve orta genetik kalıtsallık tahminleri (Hettema ve ark., 2001) göz önüne alındığında ve kaygı etiyolojisi modelleri düşünüldüğünde çocukta anksiyete gelişimi sürdürülmesinde kaygıyı arttıran ebeveynlik davranışlarının rolü giderek daha fazla vurgulanmıştır (Pincus, ve Comer, 2014).

McLeod, Wood ve Weisz (2007) meta-analizinde, ebeveynlerin "kontrol" davranışlarının birçoğunun çocukluk kaygısı ile güçlü şekilde bağlantılı olduğu, düşük ebeveyn özerkliği ve yüksek ebeveyn aşırı karışma davranışının en geniş varyansa sahip olduğu bulunmuştur. Kavramsal modeller, bu davranışların yaşa uygun görevleri bağımsız bir şekilde yönetmek için çocuğun anksiyete hissetmesine neden olabileceğini vurgular. Bu modeller, yüksek ebeveyn kontrolü seviyeleri ile karakterize edilen ebeveyn-çocuk ilişkilerinin, endişeli bir bilişsel stilin ebeveyn desteği ve çocuk davranışsal kaçınmasının ebeveyn takviyesi yoluyla çocuk kaygısının gelişimine ve tedavisine katkıda bulunabileceğini önermektedir. Deneysel kanıtlar, aşırı korumacı kontrolcü ebeveynlik ile çocuk kaygısı arasında dinamik ve işlemsel ilişkileri ortaya koymaktadır (Van Der Bruggen, Stams, & Bogels, 2008). Kaygı verici ailelerde aşırı koruma davranışları çoğu zaman tetikleyici rol oynamaktadır.

3.1.1.4.3.3. Fizyolojik Belirtiler

Anksiyete ve depresif bozukluklar, duygusal sıkıntı ve yaşam kalitesinde azalmanın başlıca nedenleri olarak görülmektedir. Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı'na (DSM-5) göre, depresif bozukluklar, bir kişinin işleyiş kapasitesini önemli derecede etkileyen somatik ve bilişsel değişiklikler eşliğinde üzgün veya sinir bozucu ruh halleri ve boşluk hissi ile karakterizedir. Kaygı, gerginlik, huzursuzluk, korkunç bir şey olabileceği endişeleri ya da korkular yüzünden yoğunlaşmanın zorluğuyla ve kendini kontrol altına alma hissiyle karakterizedir. Çalışmalar hastaların depresyon ve anksiyeteleri ile akut koroner sendrom arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Depresyon semptomları, akut miyokard enfarktüsü sonrasında hastaların % 15-45'inde görülürken, anksiyete oranları % 20-50 arasında değişmektedir. Bu psikiyatrik rahatsızlıklar sık olmasına rağmen nadiren fark edilir ve aylarca ya da yıllarca sürebilir, böylece hastaların yaşam kalitelerini ve sağlıklarını önemli ölçüde etkiler. Bu psikolojik rahatsızlıkların varlığı, Akut koroner sendromlu hastalarda kötü prognoz ve mortalitenin önemli bir prediktörüdür (Altino ve diğ., 2017).

3.1.1.5. Sağlık Anksiyetesi

Belli bir hastalıkla ilgili olarak, hastalanma korkusu ve endişe içinde olma korkusu, sağlık kaygısı olarak isimlendirilmektedir. Sağlık kaygısı, kişinin bir hastalığı

bulunmamasına karşın normal fiziki duyumların hastalığın lehine yorumlanmasıdır (Aydemir ve diğ., 2013).

Sağlık kaygısı anksiyetenin oluşumunda rol oynamaktadır. Anksiyete bozukluklarının klinik görünümünde bu tasarılar önem taşımaktadır. Sağlık kaygısı neticesinde, sosyal fobinin ve obsesif kompulsif bozukluğun somatik belirtilerinin duyumu ve aşırı çabaların olduğu bildirilmiştir (Norton P.J. ve diğerleri, 2005). Kanser teşhisi konan hastaların, tedavi sürecinde hastalıklarına şahit olanları ve hastalığın genetik geçişinin farkında olan, kendi sağlığı için endişe eden akrabalarının etkisinde kalmaları olasıdır.

3.1.1.6. Depresyon

Depresyon yorgunluk, üzüntü, ihmal, kendini yetersiz görme, suçluluk gibi belirtilerin yaşanmasına neden olur. Sağlık problemleri depresyona yol açan sebeplerden bir tanesidir. Kanser gibi bir hastalıkla mücadele etmek hasta için en zorlayıcı süreçlerden biridir. Bu sürece şahitlik etmek durumunda kalan hasta yakınlarında depresyon belirtileri görülebilir (Ali ve diğ., 2017).

Majör depresif bozukluk, yaygın ve önemli sonuçları olan bir hastalıktır. Depresyon, intihara bağlı mortalitenin ötesinde diğer tıbbi hastalıklara bağlı mortalite riskini de artırmaktadır. Depresif belirtiler ve depresyon ile ilgili psikolojik sorunlar, MDB'ye göre daha düşük bir şiddette, engel ve ekonomik maliyetlere sebep olan önemli hastalıklardır. Depresyon ve bununla bağlantılı bozukluklar ciddi öneme sahiptir ve mekanizmalarını anlamak bu hastalıkların yükünü hafifleterek bu bozukluklar için gelişmiş tedaviler geliştirmemize yardımcı olmaktadır (Dinoff ve diğ., 2017).

Depresif bozukluk, yaklaşık 350 milyon kişiyi etkileyen, tüm dünyada yaşanan psikolojik disabilitenin önde gelen bir nedenidir. 2012'de Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) istatistiklerine göre, 2020 yılına kadar depresyon kardiyovasküler hastalıklardan sonra, dördüncü en yaygın kayıplara sebep olan hastalık olacaktır. Avrupa'da ve Kuzey Amerika'da depresyonun yaşam boyu yaygınlığı % 10-20 iken, kadınlarda erkeklerde olduğundan iki kat daha fazladır (Josephine ve diğ., 2017).

Depresif bozuklukların, 12 aylık yaygınlık oranları % 5.8 ile % 10.7 arasında değişen oranlardadır. Depresyon, yüksek ekonomik maliyetlere sebep olan önemli bir hastalık olmakla birlikte temel bozukluklara ilişkilidir ve dünya çapında hastalıkla alakalı en önemli sebep olarak engellilik tanımlanmıştır. Depresyon tedavisi, özellikle

psikoterapi ve psikofarmakoterapi oluşmaktadır. Bununla birlikte, bu hastalıktan etkilenen bireylerin çoğunluğu ya yardım aramadıkları ya da yeterli tedaviyi alma kabiliyetine sahip olmadığı için tedavi edilememektedirler. Birçok olası neden mevcuttur. Damgalanma korkusu, algılanan ihtiyaç düşüklüğü, sorunu tek başlarına halletme arzusu, sağlık sistemine güven duymamak yardım almamanın en önemli sebepleri arasındadır (Josephine ve diğ., 2017).

İnternet ve mobil tabanlı müdahalelerin sağlanması (IMI) sözü edilen engellerin üstesinden gelmek ve böylece zihinsel sağlık bakımını geliştirmek için umut vadeden bir strateji olabilir. Bazı önceki meta-analizler, internet veya bilgisayar tabanlı müdahalelerin depresyon için etkinliğini araştırmışlardır. Böylece rehberli müdahalelerin rehbersiz müdahalelerle karşılaştırıldığında daha büyük etki oranına sahip olduğu ve sürekliliğinde fazla olduğu saptanmıştır (Josephine ve diğ., 2017).

3.1.1.6.1. Depresyon Tanımı

En yaygın psikiyatrik bozukluklardan biri olan depresyon önemli bir halk sağlığı problemidir. Araştırmalardan ulaşılan sonuçlar epigenetik modifikasyonun depresyonun biyolojik süreçlerinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Son zamanlarda, DNA metilasyonu, çevre ve depresyon arasında potansiyel bir ilişki olduğu kabul edilen bir bulgudur.

2013'e kadar yaklaşık 350 milyon kişi depresyon tanısı almıştır. Dünya Sağlık Örgütü, 2020 yılına kadar depresyonun küresel sağlık yükü ve engellilik açısından en önemli iki neden olacağını öngörmektedir. Depresyonun sağlık üzerindeki en negatif etkilerinin şizofreni, bipolar bozukluk, şizoaffektif bozukluk ve uyuşturucu bağımlılığı gibi zihinsel bozukluklara katkısı nedeniyle ortaya çıktığı ortaya koyulmuştur. Son 40 yılda yapılan çalışmalar, hipotalamik-pituiter adrenal (HPA) ekseninin bozulmasının depresyona neden olabileceğini göstermiştir. Bununla birlikte, altta yatan mekanizmalar belirsizliğini korumaktadır. Nöropsikiyatrik bozuklukların epigenetik anormalliklerle ilişkili olabileceğini git gide daha fazla çalışma saptamaktadır. Ayrıca, son çalışmalar epigenetik mekanizmaların depresyon gelişiminde genetik yatkınlık kadar önemli olduğunu göstermiştir. Aslında, bireylerin depresyona karşı yatkınlıklarını belirlemek için genetik ve çevresel sistemler arasında karmaşık etkileşimleri anlamaya ihtiyaç olmaktadır. Kapsamlı çalışmalar epigenetik modifikasyonun biyolojik süreçlerde temelde yatmasını ve bazı çalışmalarda epigenetik modifikasyonların kanser,

hipertansiyon, psikiyatrik bozukluklar ve Alzheimer hastalığı gibi birçok hastalığın patogeneziindeki rolünü araştırmıştır. Epigenetik mekanizmaların incelenmesi klasik Mendel kalıtım teorisi tarafından açıklanamayan depresyon patogeneziinde yeni bilgiler sağlayacaktır. Genetik çalışmalarda en çok üstünde durulan epigenetik modifikasyonlardan biri olan DNA metilasyonu ve depresyon gelişimi üzerine birçok çalışma sürdürülmektedir (Chen ve diğ., 2017).

3.1.1.6.2. Depresyonun Sebepleri

Majör depresif bozukluğun, küresel engellilik ve mortalitede önemli bir payı bulunmaktadır. Depresyonun mekanizmaları geniştir ve tam olarak anlaşılamamıştır ve sonuç olarak şu anda depresyon tedavisi en düşük seviyededir. Bazı durumlarda depresyonda, özellikle seramid konsantrasyonlarındaki değişikliklerde, hatalı sfingolipid metabolizması gözlemlenmiştir. Depresyonda seramidlerin ve diğer sfingolipidlerin rolü yeni bir kavram olarak incelenmektedir (Dinoff ve diğ.,2017).

Çin'de yaşlı insanlarda depresyon görülme sıklığı % 4 ile % 26.5 arasında değişmekte ve önemli bir yük haline gelmektedir. Diyetin iltihaplanma, oksidatif stres ve beyin plastisitesi ve fonksiyonuyla ilişkili olduğu iyi bilinir; Tüm bu fizyolojik faktörler potansiyel olarak depresyona sebep olabilmektedir. Son birkaç yılda birçok epidemiyolojik araştırma, diyetin zihinsel sağlıkta önemli bir rol oynadığına işaret etmiştir ve alınan gıdalar veya besin maddeleri ile depresyon riski arasındaki ilişkiyi araştırılmıştır. Bununla birlikte, günlük yaşamda insanlar yalıtılmış besin maddeleri veya gıdalar almamaktadır; birbirleriyle etkileşime girebilecek pek çok besin ögesi ve gıda kombinasyonu içeren yemekler de bu yüzden incelenmiştir. Bu bağlamda, diyet modelinin analizi, genel diyetin karmaşıklığını ve potansiyel olarak beslenme önerilerini kolaylaştırabileceği için daha tanınabilir bir yaklaşım olarak önerilmiştir (Ruusunen ve ark., 2014).

Şimdiye kadar, diyet modelleri ile depresyon riski arasındaki ilişkileri aydınlatmak için daha önce bazı çalışmalar yapılmıştır. Bununla birlikte, sonuçlar tutarsız olarak bulunmuştur. Sağlıklı / ihtiyatlı beslenme kalıpları, batıdaki beslenme kalıpları ile pozitif bir ilişki gösterdiğinde depresyon riskiyle ters ilişkilendirme eğilimi tespit edilmiştir ya da negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Gougeon ve ark., 2015).

Ayrıca, 2015 Diyet Rehberi Danışma Komitesinin bilimsel raporu, diyet modellerinin depresyon ile ilişkili olduğuna dair mevcut kanıtların sınırlı olduğuna karar vermiştir. Bu arada, diyet kalıpları ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen daha önceki sistematik bir gözden geçirme Rahe ve ark. tarafından yayınlanmıştır (2014). Yazarlar, sağlıklı diyet modeli ile depresyon riskinden korunma arasında anlamlı bir etki bulamamışlardır. Yakın zamanda, başka bir sistematik inceleme, erişkinlerde diyet modelleri ile depresyon riski arasındaki ilişkiyi bildirmiştir ancak batı diyeti ile depresyon arasındaki ilişki hakkında kesin bir sonuç alınamamıştır. Sonuç olarak, diyet kalıpları ile depresyon arasındaki ilişki hakkındaki kanıtlar sınırlı ve tutarsızdır (Li ve diğ., 2017).

Depresyon, çocuk sahibi olma, kişisel bir depresyon öyküsü, destek görmeyen özel ilişkiler, aile ve arkadaşlardan destek alınmaması, işsizlik, yaşlılık ve eğitim düzeyinin düşüklüğü ile ilişkilidir. Anne depresyonunun çocukta görünen depresyon ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir Postnatal dönemde baba depresyonunun güçlü öngörücüsü olarak tanımlanmıştır. Uyumlu eş seçme sebebi ile depresyonu olan annelerin çocukları, ortalamaya göre daha fazla depresif bir babaya sahip olma ihtimaline sahiptir. Tanımlanan bir diğer sonuç, pediyatristlerin önerdikleri sağlık davranışlarının hem baba hem de annesi depresyundayken en az ihtimalle izlenebilmesi de depresyona sebep olabilmektedir (Pérez ve diğ., 2017).

3.1.1.6.3. Depresyonun Belirtileri

Majör depresif bozukluk (MDB), kalıcı hüznün ve insanların düşüncelerini, hissettirdiklerini ve davranışlarını etkileyerek memnuniyet verici uyaranlara duyarlılığın azalmasıyla tanımlanır. MDB'ta uykusuzluk, iştahsızlık ve kilo kaybı veya artışı gibi bedensel belirtiler oluşabilmektedir. Yaklaşık her 10 bireyden biri yaşamı boyunca depresyon teşhisi alacaktır (Dinoff ve diğ., 2017).

Depresyonu tanımlayan semptomlar; depresyondaki ruh hali, ilgi kaybı, uykudaki değişiklikler, değersizlik duyguları, psikomotor değişiklikler, yorgunluk, zayıf konsantrasyon ve intihar düşüncesidir. Bu semptomların beşi en az iki ardışık hafta boyunca mevcutsa ve ciddi sıkıntıya yol açıyorsa ve bozulmuş işlevsellik bulunuyorsa bu majör depresyon tanısına yol açabilir. Yukarıdaki iki semptomun sadece ikisi iki yıllık bir süre boyunca devamlı olarak mevcutsa, distimya denilen daha hafif bir rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır. Depresif bozukluklardan kaynaklanan üretkenlik

kaybı Amerika Birleşik Devletleri 2000 yılı ekonomisinde 83.1 milyar dolarlık bir kayba sebep olmuştur. Belirli bir yılda majör depresyon 14.8 milyon Amerikalıyı ya da 18 yaş ve üzerindeki Birleşik Devletler nüfusunun % 6.7'sini kapsamaktadır. Majör depresyon prevalansı kadınlarda erkeklerden daha fazladır. Depresyon hastaları arasında kalp krizinden mustarip olma riski, genel nüfustan dört kat daha fazladır. Kalp krizinden sonra, depresyon hastalarında ölüm riski artar veya ikinci bir kalp krizi gerçekleşebilir (Ali ve diğ., 2017).

3.1.1.7. Meme Kanseri Hastalarda Depresyon ve Anksiyete

Kanserden kurtulan kişilerin psikososyal etkenlere giderek artan bir ilgi göstermesine karşın anksiyete bu popülasyonda tespit edilmiştir. Araştırmalar, anksiyete ve kanser arasında önemli ve yaygın bir psikososyal ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Kanserli hastalarda kaygı düzeyini inceleyen önceki araştırmalar öncelikle postravmatik stres bozukluğu (PTSS) ve travma sonrası stres belirtileri (TSSB) üzerine yoğunlaşmıştır. Bu çalışmalar, hayatta kalanların, diğer travmaları yaşamış kişiler gibi benzer oranlarda TSSB için tanı kriterlerini karşılayan önemli PTSS rapor ettiğini göstermiştir. Hayatta kalanların büyük bir kısmı yeniden yaşama, uyarılma ve ölümler gibi PTSS'ye sebep olan olayların yanında ebeveyn PTSS'sinden de etkilenmektedir. Bu iki değişkenin önemli derecede ilişkili olduğu bildirilmiştir. PTSS'nin belgelenmiş yaygınlığı ve anksiyetenin genel olarak kanser sonucu ölümlerinde önemli bir psikososyal etken olabileceğine dair kanıtlar göz önüne alındığında, bu popülasyondaki anksiyete oranları önemlidir (McDonnell, 2017).

Meme kanseri kadınlarda ortaya çıkan en yaygın kanser formu olup, kadınlarda görülen kanserlerin %30'unu oluşturmaktadır. Meme kanseri alanında yapılan araştırmalar hastalığın önlenmesi, saptanması, tedavisi ve gidişinde psikososyal faktörlerin anahtar bir rol oynayabileceğini göstermiştir. Meme kanseri 30 yaşından önce nadir görülür. Bu yaşı izleyen hormonal olarak üretken yıllarda hızlı bir yükselme gösterir ve menopoz sonrasında süreklilik gösteren bir artış ortaya çıkar. Majör depresif bozukluk, kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülür ve kadınlarda ortalama başlangıç yaşı 30-35 yaş arasındadır. Yaşam boyu hastalanma riski, kadınlarda, meme kanseri için %12.5, majör depresyon için ise %5-17 arasındadır. Kadınlar için önemli birer sağlık sorunu olma önceliğini koruyan bu iki hastalığın bir arada görülmesi %1.5-50 oranları arasında değişen geniş bir yelpazede saptanmış ve bu farklılık majör

depresif bozukluk tanısını koymada kullanılan ölçme yöntemleri ve değerlendirme ölçütlerinin çeşitliliği ile araştırma örneklemelerini oluşturan hastaların meme kanseri hastalığının ve tedavisinin değişik aşamalarında oluşlarına bağlanmıştır (Kissane ve ark., 2004).

Gerek meme kanseri gerekse majör depresyonun etiyolojileri, günümüze dek gerçekleştirilmiş pek çok sayıda araştırmaya karşın henüz aydınlatılamamıştır. Meme kanserinin oluşumunda genetik, çevresel, hormonal, immün, biyolojik ve psikososyal etkenlerin rol oynadığı bildirilmekteyse de, meme kanserli kadınların %70-80'inin bu risk faktörlerine sahip olmadığı göz ardı edilmemelidir. Benzer biçimde, majör depresyonun oluş nedenleri içinde genetik etkenler, beyindeki yapısal bozukluklar, başta serotonin (5-HT). Noradrenalin (NA) ve dopamin (DA) olmak üzere beyin biyokimyasındaki değişiklikler ve öncelikle hipotalamo-pitüiter-adrenal (HPA) ile hipotalamo-pitüiter-tiroid (HPT) eksenleri olmak üzere nöroendokrin dizgedeki değişiklikler, nöroimmünolojik işlev değişiklikleri ve psikososyal etkenler öne sürülmüşse de, majör depresyon etiyolojisi için henüz yeterli düzeyde bir açıklama yapılamamaktadır (Thase, 2005).

Depresyon ve kanser sıklıkla komorbid olarak görülmektedir. Anksiyete, ağrı ve yorgunluk gibi diğer rahatsızlıklarda olduğu gibi, kanser hastalarında yapılan birçok çalışmada da depresyona bağlı olarak ortaya çıkan morbidite veya mortaliteyle ilişkilidir. Anksiyete kanser tedavisi için bir risk faktörü oluşturması ihtimali ile incelenmiştir. Kanserli hastalar arasındaki depresyona eşlik eden bir durum değil, aynı zamanda kanser oluşumunun bir nedeni olabilme olasılığı mevcuttur. Kanserinin nedenleri karmaşıktır ve genetik faktörler, sağlıksız yaşam biçimleri, çevresel faktörler ve depresyon da dâhil olmak üzere psikososyal faktörler ile ilişkilidir. 1980'lerden beri çalışmalar, depresyonun bağışıklık sistemi, endokrin sistemi, kanser metastazını, tedavi toleransını ve diğer süreçleri etkilediği düşünülmektedir. Yakın zamanda, prospektif epidemiyolojik araştırmalardan elde edilen bulgular arttıkça, depresyonun kanser için bir risk faktörü olduğu ileri sürülmüştür. Bazı çalışmalar etiyolojik bir ilişki göstermekle birlikte diğerlerinde hiçbir ilişki bulamamıştır. Derneklerle ilgili raporlar bu nedenle tartışmalı ve belirsizdir. Bu tutarsız ve tartışmalı sonuçlar, klinik kullanım ve psikolojik müdahaleler için daha açık bilgi sağlamak için mevcut bulguları niceliksel olarak sentezleyip yorumlamayı gerektirebilmektedir. Literatürdeki bulgular ışığında bir önceki meta-analizde, depresyon ile kanser riski arasındaki ilişki araştırılmış ve 1990 ile 2005 yılları arasında yayınlanan literatürde yer almıştır (Jia, 2017).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Yöntem

4.1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Kanser, dünyadaki ölümlerin yaklaşık %10'ndan sorumlu olan yaşamı tehdit eden kronik bir hastalıktır (Sloan ve ark 2002). Gelişmiş ülkelerde ölümlerin %25'ini oluştururken, tüm ölüm nedenleri arasında iskemik kalp hastalığından sonra ikinci sıklıkta görülmektedir (Lepore ve ark 2006). Tokgöz ve arkadaşları (2008), kanser, çok sayıda ölüme neden olmasının yanı sıra psikiyatrik bozuklukların oluşum riskini arttırdığını belirtmektedir.

Meme kanseri kadınlarda en çok rastlanan kanser türüdür. Bu çalışmada; birinci yılını doldurmuş meme kanseri hastalarında anksiyete ve depresyon düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarını incelenmesi amaçlanmıştır. Toplumda yaygınlığı olan meme kanserinin psikolojik etkilerinin araştırılması, bu konuda gereken çalışmaların yapılmasına kaynak oluşturması ve toplum sağlığı açısından da önem arz etmektedir.

4.1.2. Sayıtlar

- 1) Araştırmaya katılanların Kişisel Bilgi Formu ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) ölçeklerindeki soruları içtenlikle, gerçek durumlarını yansıtacak biçimde cevap verdikleri varsayılmaktadır.
- 2) Araştırmada kullanılan Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği'nin hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini ölçtüğü ve Kişisel Bilgi Formu'nun katılımcıların demografik bilgilerini yansıttığı varsayılmaktadır.
- 3) Örneklemenin evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.

4.1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

- 1) Bu araştırma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nin Onkoloji Kliniği'nde, bir konsültan hekimin takip ettiği meme kanseri hastalarıyla sınırlıdır.

2) Araştırma, konsültan hekim tarafından takip edilen meme kanseri hastaların görüş ve düşünceleriyle ve veri toplama araçları olan ‘Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği’ne verilen cevaplarla sınırlıdır.

3) Bu çalışmada elde edilen sonuçlar, hasta sayısının kısıtlılığı nedeniyle toplum geneline uyarlanamaz.

4.1.4. Veri Toplama Aracı ve Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verileri araştırmacı tarafından Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi’nin Onkoloji Kliniğinde, bir konsültan hekim tarafından takip edilen meme kanseri hastalarına uygulanan ölçeklerle elde edilmiştir. Araştırmada Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) kullanılmıştır. Ölçeklere ait bilgiler aşağıda açıklanmıştır:

4.1.4.1. Beck Depresyon Ölçeği

1961 yılında Beck tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde de, güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları Hisli (1988; 1989), Tegin (1987), Aydın ve Demir (1989) tarafından yapılan BDÖ, güvenilirlik ve geçerlilik çalışmalarının ardından çeşitli araştırmalarda ve klinik uygulamalarda sık kullanılan bir ölçek olmuştur. BDÖ, 21 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her bir madde, depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü ifade eden cümlelerden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 63’tür. Ölçekten alınan düşük puanlar depresif belirtilerin azlığına, yüksek puanlar ise çokluğuna işaret etmektedir. BDÖ’nün kesme puanı 17 olarak kabul edilmektedir.

4.1.4.2. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck ve arkadaşlarının (1988) geliştirdiği, Beck Anksiyete Ölçeği’dir. İnsanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Kişilerin her maddedeki belirtinin bugün dâhil son bir haftadır kendilerini ne kadar rahatsız ettiğini ölçekten yararlanarak maddelerin yanına işaret koyarak belirtmeleri istenmiştir. Beck Anksiyete Ölçeği’nin kesme puanı 17 olarak kabul edilmektedir.

Anksiyete toplam puanının artması anksiyete düzeyinin yükselmesi anlamına gelmektedir.

4.1.4.3. Cope Ölçeği

Carver ve arkadaşlarının (1989), stresli durumlarla başa çıkma stratejilerini belirlemek için geliştirdiği ölçektir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik analizi Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Ağargün ve ark., 2005). Ölçek 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşmuştur. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır. Seçenek puanlandırmaları; “1. Asla böyle bir şey yapmam, 2. Çok az böyle yaparım, 3. Orta derecede böyle yaparım, 4. Çoğunlukla böyle yaparım” şeklindedir. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıklarında ne şekilde reaksiyon verdiklerini araştırmayı hedeflemektedir. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu mevcuttur. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olanağı verir. Bu 15 başa çıkma tutumu ya da alt ölçek ve alt ölçeği oluşturan soru numaraları şunlardır: 1. Pozitif yeniden yorumlama ve 29 gelişme (1, 29, 38, 59), 2. Zihinsel boş verme (2, 16, 31, 43), 3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma (3, 17, 28, 46), 4. Yararlı sosyal destek kullanımı (4, 14, 30, 45), 5. Aktif başa çıkma (5, 25, 47, 58), 6. İnkâr (6, 27, 40, 57), 7. Dini olarak başa çıkma (7, 18, 48, 60), 8. Şakaya vurma-Mizah (8, 20, 36, 50), 9. Davranışsal olarak ilişki kesme (9, 24, 37, 51), 10. Geri durma (10, 22, 41, 49), 11. Duygusal sosyal destek kullanımı (11, 23, 34, 52), 12. Madde kullanımı (12, 26, 35, 53), 13. Kabullenme (13, 21, 44, 54), 14. Diğer meşguliyetleri bastırma (15, 33, 42, 55), 15. Plan yapma (19, 32, 39, 56).

4.1.5. Araştırmanın Modeli

Araştırma modeli, meme kanseri hastalarının anksiyete ve depresyon belirtilerinin tarandığı kesitsel bir çalışmadan oluşmaktadır. Çalışma niceldir.

4.1.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; 2017 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Onkoloji Anabilim Dalı’nda konsültan hekime başvuran, 1014 meme kanseri

tanısı almış ve birinci yılını tamamlamış takip hastaları oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise; 2017 yılının 05 Haziran - 31 Temmuz tarihleri arasında, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Onkoloji Polikliniği'ne başvuran 35-65 yaş aralığındaki gönüllü 104 kadın hasta oluşturmaktadır. Antidepresan ilaç kullanan 8 hasta başa çıkma tutumlarını etkileyeceğinden çalışmanın dışında bırakılmıştır ve 2 hastada çalışmayı tamamlamamıştır. Dolayısıyla çalışmanın analizinde 94 hastanın verileri kullanılmıştır.

4.1.7. Verilerin Analizi

Toplanan veriler SPSS 22 programına girilerek kodlanmıştır. Sosyo demografik değişkenlerin dağılımına ilişkin tanımlayıcı istatistikler tablolastırılmıştır. Meme kanserli hastalarının depresyon ve anksiyete puanlarının sosyo demografik değişkenlere göre farklılaşma durumunu araştırmak için hipotez testleri kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterdiğinden parametrik testlerden faydalanılmıştır. İki bağımsız değişken olduğunda bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla değişken olduğunda Anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonucunda anlamlı farklılığın hangi değişkenler arasında olduğunu tespit etmek için Post hoc çoklu karşılaştırma testlerinden varyansların homojenlik durumuna göre Tukey HSD ve Tamhane testlerinden faydalanılmıştır. Meme Kanseri Hastalarında Depresyon Anksiyete ve Başa Çıkma Tutumu alt boyutları arasındaki ilişkiyi araştırmak için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. BULGULAR VE YORUM

Analize başlanılmadan önce çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik analizi yapılarak elde edilen verilerin ne ölçüde rastlantısal olduğu incelenmiştir. Cronbach's Alpha katsayıları değerleri sırasıyla, Beck Anksiyete Ölçeği oldukça güvenilir ($\alpha=,78$), Beck Depresyon Ölçeği oldukça güvenilir ($\alpha=,78$), Başa Çıkma Tutumu Ölçeği ise yüksek güvenilir ($\alpha=,81$) olarak saptanmıştır. Sonuçların güvenilirliği rakamsal olarak Cronbach's Alpha (α) olarak gösterilir ve buna göre değerlendirilir (Kalaycı, 2008).

α değeri,	1. $0,00 \leq \alpha < 0,40$	ise	Güvenilir değildir,
	2. $0,40 \leq \alpha < 0,60$	ise	Düşük güvenilirliktedir,
	3. $0,60 \leq \alpha < 0,80$	ise	Oldukça güveniliridir,
	4. $0,80 \leq \alpha \leq 1,00$	ise	Yüksek güveniliridir.

5.1. Katılımcıların Sosyo Demografik, Aile, Ekonomik ve Eğitim Özelliklerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların sosyo demografik ve aile özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 1'de sunulmaktadır. Çalışmaya katılan toplam 94 kadından 26'sı (%27,7) 35-44 yaş aralığı, 35'i (%37,2) 45-54 yaş aralığı, 33'ü (%35,1) 55-65 yaş aralığında görülmektedir. Katılımcıların medeni durumuna ilişkin bulgulardan 19'u (%20,2) bekâr, 75'i (%79,8) evli olarak görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo Demografik ve Aile Özelliklerine İlişkin Bulgular

		n	%
Yaş	35-44 yaş	26	(27,7)
	45-54 yaş	35	(37,2)
	55-65 yaş	33	(35,1)
Medeni Durum	Bekâr	19	(20,2)
	Evli	75	(79,8)
Çocuk Durumu	Var	83	(88,3)
	Yok	11	(11,7)
Çocuk Sayısı	Çocuk yok	11	(11,7)
	1 çocuk	10	(10,6)
	2 çocuk	27	(28,7)
	3 çocuk	25	(26,6)
	4 çocuk	17	(18,1)
	5 ve daha fazla çocuk	4	(4,3)
Yaşadığı Yer	Köy	7	(7,4)
	İlçe	33	(35,1)
	İl Merkezi	54	(57,4)

Çalışmaya katılan hastaların eğitim, sosyo ekonomik ve mesleki özellikleri Tablo 2’de gösterilmektedir. Toplam 50 kadın (%53,2) ilköğretim, 34 kadın (%36,2) lise, 10 kadın ise (10,6) üniversite mezunudur (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Eğitim, Ekonomik ve Mesleki Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulgular

		n	%
Eğitim Durumu	İlköğretim	50	(53,2)
	Lise	34	(36,2)
	Üniversite	10	(10,6)
Mesleki Çalışma Durumu	Tam gün	3	(3,2)
	Yarım gün	2	(2,1)
	İşsiz	68	(72,3)
	Emekli	21	(22,3)
Sosyoekonomik Durum	Alt	25	(26,6)
	Orta	69	(73,4)
Sosyal Güvence	Var	93	(98,9)
	Yok	1	(1,1)

5.2. Katılımcıların Hastalık Yaşamı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların hastalık yaşama ait bilgi ve düşüncelerine dair özellikleri tablo 3’de gösterilmiştir. Her iki meme kanseri hastalarının birinde (% 51,1’inde) aile öyküsünde meme kanseri olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların Hastalık Yaşamı Özelliklerine İlişkin Bulgular

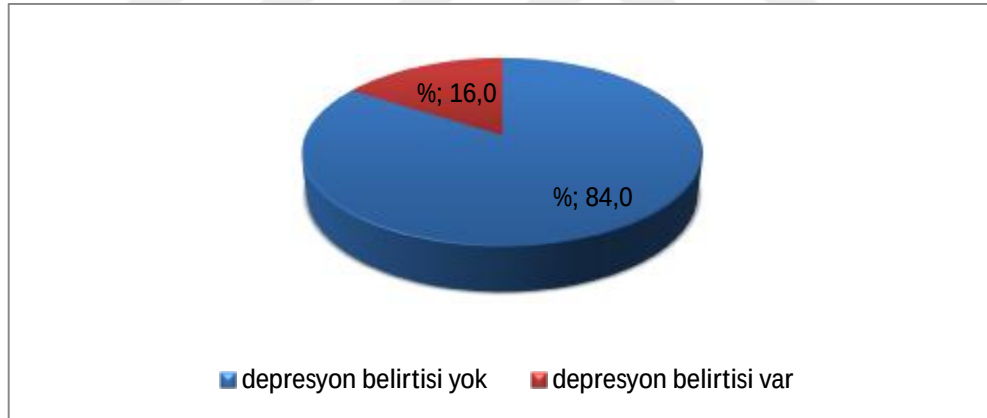
		n	%
Aile Öyküsünde Meme Kanseri	Var	48	(51,1)
	Yok	46	(48,9)
Hastalığı Sebep Bağlama	Kalıtım	9	(9,6)
	Allahtan/kader	49	(52,1)
	Çevre	26	(27,7)
	Kendini suçlama	10	(10,6)
Hastalığınız Hakkında Bilgi	Evet, doktorumun söylediği yeterli	19	(20,2)
	Hayır, daha çok bilgi istiyorum	22	(23,4)
	Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar	53	(56,4)
Hastalık Sonrası Eşlerin Davranış Biçimi	Değişmedi	27	(36,0)
	Daha mesafeli	13	(17,3)
	Daha yakın	35	(46,7)
Hastalık Evresi Dağılımları	1. Evre	29	(30,9)
	2. Evre	35	(37,2)
	3. Evre	18	(19,1)
	4. Evre	12	(12,8)
Radyoterapi	Var	58	(61,7)
	Yok	36	(38,3)
Kemoterapi	Var	85	(90,4)
	Yok	9	(9,6)
Ameliyat Sonrası Korku ve Endişe	Arttı	8	(8,5)
	Azaldı	60	(63,8)
	Değişmedi	26	(27,7)
Ameliyat Sonrası Cinsel İlişki	Azaldı	63	(84,0)
	Değişmedi	12	(16,0)
Ameliyat Sonrası Öz Bakım	Arttı	16	(17,0)
	Azaldı	16	(17,0)
	Değişmedi	62	(66,0)
Ameliyat Sonrası Memnuniyet	Çok memnun	73	(77,7)
	Oldukça memnun	10	(10,6)
	Kararsız	5	(5,3)
	Pek memnun değil	3	(3,2)
	Hiç memnun değil	3	(3,2)

5.3. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımları

Katılımcılara uygulanan Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları puanların kesme 17 puanına göre dağılımı Tablo 4'de sunulmuştur. Meme kanseri teşhisi koyulmuş 94 katılımcının 15'inde (%16,0) depresyon belirtisi görülürken, 26'sında (%27,7) anksiyete belirtisi gözlenmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Kesme 17 Puanına Göre Depresyon ve Anksiyete Durumu Dağılımları

		n	%
Depresyon Durumu	Depresyon puanı 17 den düşük olanlar	79	(84,0)
	Depresyon puanı 17 ve 17 den büyük olanlar	15	(16,0)
Anksiyete Durumu	Anksiyete puanı 17 den düşük olanlar	68	(72,3)
	Anksiyete puanı 17 ve 17 den büyük olanlar	26	(27,7)



Şekil 3. Depresyon Durumu Dağılımları

Araştırmaya katılanların % 84,0'ında depresyon belirtisi yoktur, % 16,0'ında depresyon belirtisi vardır.



Şekil 4. Anksiyete Durumu Dağılımları

Araştırmaya katılanların % 72,3'ünde anksiyete belirtisi yoktur, % 27,7'sinde anksiyete belirtisi vardır.

5.4. Beck Depresyon Ölçeği'nden Alınan Puanların Çalışmada Saptanmış Değişkenler Arasındaki Farklılaşma

Çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1,5 ile +1,5 arasında olması dağılımın normal olduğunu göstermektedir (Tabachnick and Fidell, 2013). Araştırmada normallik testi yapılmış ve test sonucunda verilerin BDÖ'den alınan puanlara göre çarpıklık katsayıları (,686) ve basıklık katsayıları (-,169) -1,5 ile +1,5 arasında olduğundan verilerin normal dağılım gösterdiği saptanmıştır. BAÖ'den alınan puanlara göre çarpıklık (,788) ve basıklık (,826) katsayıları -1,5 ile +1,5 arasında olduğundan verilerin normal dağılım gösterdiği görülmektedir. Bu nedenle BDÖ ve BAÖ alt boyutları ile ilgili araştırmada parametrik testler kullanılmıştır.

BDÖ ve BAÖ'den alınan puanların katılımcıların araştırmada saptanılmış değişkenlere göre dağılımı Tablo 5'de sunulmuştur. Katılımcıların BDÖ ve BAÖ'den aldıkları puanlar medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). BDÖ ve BAÖ'den aldıkları puanlarda yaş grubuna göre anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Anlamlı farklılığın hangi değişkenler arasında olduğunu saptamak amacıyla post hoc çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Yapılan post hoc testi sonucunda 35-44 yaş ile 55-65 yaş aralığındaki grupların BDÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). 55-65 yaş aralığındaki katılımcıların depresyon düzeyi diğerlerinden daha düşük olduğu gözlenmiştir (Tablo 5). BAÖ puanlarında ise 55-65 yaş ile 35-44 yaş gruplarının anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık

saptanmıştır ($p<0,05$). 35-44 yaş grubundakilerin anksiyete puanı 55-65 yaş grubundan daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo 5).

BDÖ'den aldıkları puanlar hastalığı bir sebebe bağlamak ile anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan post hoc testi sonucunda kalıtım ile kendini suçlama cevabını verenlerin depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ortalama puanlar incelendiğinde kendini suçlayanların BDÖ puanları kalıtsal nedene bağlayanlardan daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

BAÖ puanı ile "Hastalığınız hakkında bilginiz yeterli mi?" değişkeni arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan post hoc testi sonucunda "Hastalığınız hakkında bilginiz yeterli mi?" sorusuna "Hayır, daha çok bilgi istiyorum" cevabını verenler ile "Evet, doktorumun söylediği yeterli" ve "Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar" diyenlerin anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). "Hayır, daha çok bilgi istiyorum" diyenlerin anksiyete puanları diğerlerinden daha yüksektir.

BAÖ puanı ile "hastalıktan sonra eşinizin size karşı davranışı" değişkeni arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Post hoc testine göre "hastalıktan sonra eşinizin size karşı davranışı" sorusuna "daha mesafeli" cevabını verenlerle "daha yakın" cevabını verenlerin anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). "Daha mesafeli" diyenlerin anksiyete puanları diğerlerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

BDÖ ve BAÖ puanları ile "ameliyattan sonra korku ve endişe" değişkeni arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Anlamlı farklılığın hangi değişkenler arasında olduğunun tespit edilmesi için post hoc çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Ameliyat sonrasında korku ve endişesi artan hastalarla azalan hastaların depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Yine ameliyat sonrasında korku ve endişesi artan hastalarla değişmeyen hastaların depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Depresyon puanı en yüksek olan grup ameliyat sonrası endişe ve korkusu artanlar olmuştur ve bu grubu sırasıyla değişmeyenler ve azalanlar takip etmiştir. Anksiyete puanında ise "ameliyattan sonra korku ve endişe" sorusuna "arttı" cevabını verenler ile "azaldı" ve "değişmedi" diyen gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). "Arttı" diyenlerin anksiyete puanları diğerlerinden daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

BDÖ puanı ile "Ameliyattan sonra giyiminizde ve kendinize bakımınızda değişiklik oldu mu?" değişkeni arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Anlamlı

farklılığın hangi değişkenler arasında olduğunu tespit etmek için post hoc testine göre ameliyattan sonra giyiminde ve kendine bakımında değişiklik olmayanlarla ve azaldı cevabını verenlerin depresyon puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Ameliyattan sonra giyiminde ve kendine bakımında azalma olanların depresyon puanı değişmeyenlerden daha yüksektir.

BDÖ ve BAÖ puanları ile “yapılan ameliyattan memnuniyet” değişkeni arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Anlamlı farklılığın hangi değişkenler arasında olduğunun saptanması için post hoc çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Gerçekleştirilen post hoc testi sonucunda yapılan ameliyattan memnuniyet değişkeninde çok memnun olanlar ile oldukça memnun, kararsız, pek memnun değil ve hiç memnun olmayanların depresyon puanlarında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Depresyon puan ortalamaları en az olan grup oldukça memnun olanlardır. Anksiyete puanlarında ise “Yapılan ameliyattan memnuniyet” sorusuna “Çok memnun” cevabını verenler ile “Pek memnun değil” diyenlerin anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). “Pek memnun değil” diyenlerin anksiyete puanları diğerlerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Anlamlı fark gösteren değişkenler haricinde, BDÖ ve BAÖ’den alınan puanlar ile diğer değişkenler arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 5. BDÖ ve BAÖ'den Alınan Puanların Değişkenlere Göre Dağılımı (n=94)

		Beck Depresyon Ölçeği	Beck Anksiyete Ölçeği
MEDENİ DURUM			
Bekâr	Ort	10,31	11,84
	SS	4,39	4,63
Evli	Ort	10,73	14,18
	SS	5,90	7,60
P Değeri		0,774*	0,203*
YAŞ ARALIĞI			
35-44 yaş	Ort	13,57	16,80
	SS	6,73	8,05
45-54 yaş	Ort	9,77	13,80
	SS	5,08	6,75
55-65 yaş	Ort	9,27	11,18
	SS	4,34	5,91
P Değeri		0,006*	0,010*
ÇOCUK DURUMU			
Var	Ort	1,16	1,30
	SS	0,37	0,46
Yok	Ort	1,09	1,09
	SS	0,30	0,30
P Değeri		0,513*	0,059*
EĞİTİM DURUMU			
İlköğretim	Ort	11,18	15,16
	SS	6,09	8,01
Lise	Ort	10,67	12,64
	SS	5,04	5,60
Üniversite	Ort	7,90	10,10
	SS	4,45	5,72
P Değeri		0,243*	0,067*
MESLEKİ ÇALIŞMA DURUMU			
Tam gün	Ort	6,66	7,00
	SS	1,52	2,64
Yarım gün	Ort	10,00	16,50
	SS	2,82	2,12
İşsiz	Ort	11,22	14,82
	SS	5,95	7,44
Emekli	Ort	9,42	10,80
	SS	4,68	5,50
P Değeri		0,361*	0,052*
YAŞADIĞI YER			
Köy	Ort	12,71	17,85
	SS	6,15	6,79
İlçe	Ort	11,24	13,21

	SS	5,50	6,41
İl Merkezi	Ort	10,01	13,48
	SS	5,61	7,55
P Değeri		0,372*	0,279*
AİLEDE MEME KANSERİ			
Var	Ort	10,77	14,79
	SS	6,29	7,66
Yok	Ort	10,52	12,58
	SS	4,86	6,45
P Değeri		0,831*	0,136*
HASTALIĞA SEBEP BULMA			
Kalıtım	Ort	7,88	12,44
	SS	3,48	4,33
Allahtan / Kader	Ort	10,79	13,97
	SS	5,18	6,56
Çevre	Ort	9,76	12,30
	SS	6,62	8,46
Kendini suçlama	Ort	14,70	17,20
	SS	4,57	7,80
P Değeri		0,042*	0,294*
HASTALIK HAKKINDA YETERLİ BİLGİ			
Evet, doktorumun söylediği yeterli	Ort	9,36	11,26
	SS	5,73	5,34
Hayır, daha çok bilgi istiyorum	Ort	12,04	17,36
	SS	6,69	8,62
Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar	Ort	10,52	13,07
	SS	5,03	6,57
P Değeri		0,308*	0,014*
HASTALIKTAN SONRA EŞİN DAVRANIŞI			
Değişmedi	Ort	10,25	14,48
	SS	6,04	6,92
Daha mesafeli	Ort	14,07	18,69
	SS	7,21	9,23
Daha yakın	Ort	9,85	12,28
	SS	4,91	6,90
P Değeri		0,076*	0,031*
HASTALIK EVRESİ			
1. Evre	Ort	9,82	12,13
	SS	5,38	6,20
2. Evre	Ort	11,40	14,34
	SS	5,39	6,82
3. Evre	Ort	9,16	13,27
	SS	6,46	7,56
4. Evre	Ort	12,66	16,33
	SS	5,12	9,26
P Değeri		0,258*	0,344*

RADYOTERAPİ ALMA			
Var	Ort	11,00	14,17
	SS	6,00	7,28
Yok	Ort	10,08	12,97
	SS	4,93	6,95
P Değeri		0,444*	0,432*
KEMOTERAPİ ALMA			
Var	Ort	10,76	13,44
	SS	5,69	7,18
Yok	Ort	9,55	16,22
	SS	4,87	6,59
P Değeri		0,542*	0,270*
AMELİYAT SONRASI KORKU VE ENDİŞE			
Arttı	Ort	21,00	26,87
	SS	3,02	4,58
Azaldı	Ort	9,00	11,56
	SS	4,12	5,21
Değişmedi	Ort	11,26	14,61
	SS	5,76	7,26
P Değeri		0,000*	0,000*
AMELİYATTAN SONRA CİNSEL İLİŞKİ			
Azaldı	Ort	11,17	14,04
	SS	5,912	7,73
Değişmedi	Ort	8,41	14,91
	SS	5,50	7,19
P Değeri		0,139*	0,719*
AMELİYATTAN SONRA ÖZBAKIM			
Arttı	Ort	10,25	13,43
	SS	5,28	7,97
Azaldı	Ort	13,93	16,81
	SS	5,23	7,77
Değişmedi	Ort	9,90	12,98
	SS	5,56	6,65
P Değeri		0,034*	0,159*
AMELİYATTAN MEMNUNİYET			
Çok memnun	Ort	8,69	11,87
	SS	4,06	5,49
Oldukça memnun	Ort	15,30	17,10
	SS	4,85	9,73
Kararsız	Ort	19,60	20,60
	SS	4,61	9,09
Pek memnun değil	Ort	22,66	24,6
	SS	2,51	2,08
Hiç memnun değil	Ort	15,60	24,66
	SS	3,51	5,85
P Değeri		0,000*	0,000*

5.5. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) Alt Boyutları ile Çalışmada Saptanmış Değişkenler Arasında Farklılaşma

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarından alınan puanların çarpıklık ve basıklık katsayıları -1,5 ile +1,5 arasında olduğu saptanmış ve verilerin normal dağılım gösterdiği görülmektedir. Bu nedenle Başa Çıkma Tutumu Ölçeği alt boyutları ile ilgili analizde parametrik testler kullanılmıştır.

Alt Boyutlarından alınan puanların betimsel istatistikleri Tablo 6. da sunulmuştur. COPE Ölçeğinin alt boyutlarında en yüksek puan “dini olarak başa çıkma” boyutuna (15,11±1,77) ait iken, alınan en düşük puan ortalaması “madde kullanımı” boyutuna (4,05±0,42) ait olduğu saptanmıştır.

Tablo 6. COPE Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların Madde Dağılımları

	Ort.	SS	Min.	Maks.
Dini Olarak Başa Çıkma	15,11	1,77	4,00	16,00
Pozitif Yeniden Yorumlama	14,52	1,52	10,00	16,00
Aktif Başa Çıkma	13,71	1,97	8,00	16,00
Plan Yapma	13,09	2,05	7,00	16,00
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	12,55	2,47	6,00	16,00
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	11,91	2,93	4,00	16,00
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	11,78	2,86	6,00	16,00
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	11,02	2,00	6,00	16,00
Geri Durma	10,48	1,61	6,00	15,00
Zihinsel Boş Verme	9,89	1,82	6,00	14,00
Şakaya Vurma-Mizah	7,45	3,51	4,00	16,00
İnkâr	6,82	2,63	4,00	13,00
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	4,72	1,54	4,00	12,00
Madde Kullanımı	4,05	0,42	4,00	8,00
Kabullenme	11,93	2,23	7,00	16,00

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarından alınan puanların medeni durum değişkenine göre dağılımı Tablo 7’ da sunulmaktadır. Medeni durum değişkenine göre COPE alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 7. COPE Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Medeni Durum” Değişkenine Göre Dağılımı

MEDENİ DURUMU		Ort.	SS	P Değeri
Pozitif Yeniden Yorumlama	Bekâr	14,42	2,11	0,808*
	Evli	14,54	1,35	
Zihinsel Boş Verme	Bekâr	9,89	1,04	0,997*
	Evli	9,89	1,97	
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	Bekâr	11,21	2,61	0,329*
	Evli	11,93	2,92	
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Bekâr	12,84	2,60	0,572*
	Evli	12,48	2,45	
Aktif Başa Çıkma	Bekâr	13,47	1,95	0,558*
	Evli	13,77	1,99	
İnkâr	Bekâr	6,78	2,76	0,941*
	Evli	6,84	2,62	
Dini Olarak Başa Çıkma	Bekâr	15,00	1,79	0,750*
	Evli	15,14	1,78	
Şakaya Vurma-Mizah	Bekâr	7,15	3,76	0,680*
	Evli	7,53	3,47	
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	Bekâr	4,63	1,34	0,773*
	Evli	4,74	1,59	
Geri Durma	Bekâr	10,52	2,06	0,912*
	Evli	10,48	1,49	
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Bekâr	11,31	2,70	0,322*
	Evli	12,06	2,99	
Madde Kullanımı	Bekâr	4,00	0,00	0,543*
	Evli	4,06	0,47	
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Bekâr	10,89	2,35	0,760*
	Evli	11,05	1,92	
Plan Yapma	Bekâr	12,63	2,26	0,274*
	Evli	13,21	2,00	
Kabullenme	Bekâr	12,42	2,14	0,293*
	Evli	11,81	2,25	

Başa Çıkma Tutumu Ölçeği alt boyutlarından alınan puanların çocuk durumu değişkenine göre dağılımı Tablo 8’de sunulmaktadır. Çocuk sahibi durumu değişkenine göre COPE ‘Geri Durma’ alt boyutunda alınan puan arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p<0,05$). Çocuğu olanlar geri durma başa çıkma tutumunu daha az sergilemektedir.

Tablo 8. COPE Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Çocuk Sahibi” Değişkenine Göre Dağılımı

ÇOCUK DURUMU		Ort.	SS	P Değeri
Pozitif Yeniden Yorumlama	Var	14,61	1,40	0,312*
	Yok	14,00	2,11	
Zihinsel Boş Verme	Var	9,95	1,86	0,476*
	Yok	9,57	1,60	
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	Var	11,82	2,83	0,762*
	Yok	11,57	3,15	
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Var	12,38	2,48	0,122*
	Yok	13,50	2,27	
Aktif Başa Çıkma	Var	13,80	1,92	0,309*
	Yok	13,21	2,25	
İnkâr	Var	6,77	2,59	0,633*
	Yok	7,14	2,95	
Dini Olarak Başa Çıkma	Var	15,18	1,75	0,361*
	Yok	14,71	1,89	
Şakaya Vurma-Mizah	Var	7,27	3,42	0,231*
	Yok	8,50	3,97	
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	Var	4,65	1,47	0,272*
	Yok	5,14	1,87	
Geri Durma	Var	10,33	1,58	0,028*
	Yok	11,35	1,54	
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Var	11,98	3,00	0,570*
	Yok	11,50	2,56	
Madde Kullanımı	Var	4,01	0,11	0,357*
	Yok	4,28	1,06	
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Var	10,88	1,77	0,293*
	Yok	11,78	2,99	
Plan Yapma	Var	13,21	1,96	0,190*
	Yok	12,42	2,50	
Kabullenme	Var	11,90	2,24	0,701*
	Yok	12,18	2,27	

COPE Ölçeği'nin alt boyutlarından alınan puanların "eğitim düzeyi" değişkenine göre dağılımı Tablo 9'da sunulmaktadır. Eğitim durumu değişkenine göre Başa Çıkma Tutumu Ölçeği alt boyutlarından "Dini olarak başa çıkma" ve "Şakaya vurma-Mizah" boyutlarında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Anlamlı farklılığın hangi değişkenler arasında olduğuna araştırmak amacıyla post hoc çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. COPE alt boyutlarından "dini olarak başa çıkma" boyutu için eğitim durumu ilköğretim ile üniversite olanların arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). İlköğretim mezunlarının bu boyuttaki başa çıkma tutum puan ortalamaları üniversite mezunlarından daha yüksektir. COPE alt boyutlarından "Şakaya vurma-Mizah" boyutunda eğitim durumu lise ile üniversite olanların arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Üniversite mezunlarının 'Şakaya vurma-Mizah' başa çıkma tutum puan ortalamaları lise mezunlarından daha yüksektir.

Tablo 9. COPE Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların "Eğitim Düzeyi" Değişkenine Göre Dağılımı

EĞİTİM DÜZEYİ		Ort.	SS	P
Pozitif Yeniden Yorumlama	İlköğretim	14,24	1,34	0,114*
	Lise	14,73	1,62	
	Üniversite	15,20	1,87	
Zihinsel Boş Verme	İlköğretim	9,82	2,04	0,835*
	Lise	9,91	1,69	
	Üniversite	10,20	0,91	
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	İlköğretim	11,80	3,11	0,897*
	Lise	11,88	2,74	
	Üniversite	11,40	2,01	
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	İlköğretim	12,44	2,45	0,807*
	Lise	12,58	2,55	
	Üniversite	13,00	2,53	
Aktif Başa Çıkma	İlköğretim	13,64	1,79	0,242*
	Lise	13,52	2,33	
	Üniversite	14,70	1,25	
İnkâr	İlköğretim	6,86	2,79	0,917*
	Lise	6,88	2,61	
	Üniversite	6,50	2,01	
Dini Olarak Başa Çıkma	İlköğretim	15,38	1,83	0,022*
	Lise	15,14	1,04	
	Üniversite	13,70	2,75	
Şakaya Vurma-Mizah	İlköğretim	7,38	3,66	0,04*

	Lise	6,82	3,14	
	Üniversite	10,00	3,05	
	İlköğretim	4,84	1,59	
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	Lise	4,52	1,41	0,659*
	Üniversite	4,80	1,75	
	İlköğretim	10,58	1,61	
Geri Durma	Lise	10,50	1,63	0,587*
	Üniversite	10,00	1,56	
	İlköğretim	12,26	2,84	
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Lise	11,35	3,19	0,377*
	Üniversite	12,10	2,37	
	İlköğretim	4,10	0,58	
Madde Kullanımı	Lise	4,00	0,00	0,527*
	Üniversite	4,00	0,00	
	İlköğretim	10,82	1,75	
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Lise	11,17	2,43	0,533*
	Üniversite	11,50	1,58	
	İlköğretim	12,88	2,06	
Plan Yapma	Lise	13,05	2,14	0,137*
	Üniversite	14,30	1,33	
	İlköğretim	11,96	2,04	
Kabullenme	Lise	11,94	2,39875	0,979*
	Üniversite	11,80	2,82056	

Başa Çıkma Tutumu alt boyutlarından “Pozitif yeniden yorumlama” boyutu ile mesleki çalışma durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (Tablo 10, $p<0,05$). Post hoc çoklu karşılaştırma testi sonucunda yarım gün çalışanlar ile işsiz ve emeklilerin “pozitif yeniden yorumlama” puanları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Yarım gün çalışanların “Pozitif yeniden yorumlama” puanı diğerlerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 10. COPE Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Mesleki Çalışma” Değişkenine Göre Dağılımı

MESLEKİ ÇALIŞMA DURUMU		Ort.	SS	P
Pozitif Yeniden Yorumlama	Tam gün	15,66	,57	,032*
	Yarım gün	16,00	0,00	
	İşsiz	14,25	1,53	
	Emekli	15,09	1,37	
Zihinsel Boş Verme	Tam gün	9,33	1,15	,793*
	Yarım gün	11,00	0,00	
	İşsiz	9,86	1,99	
	Emekli	9,95	1,35	
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	Tam gün	13,33	2,51	,613*
	Yarım gün	13,50	,70	
	İşsiz	11,76	2,95	
	Emekli	11,47	2,74	
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Tam gün	13,66	2,08	,767*
	Yarım gün	13,50	,70	
	İşsiz	12,42	2,51	
	Emekli	12,71	2,57	
Aktif Başa Çıkma	Tam gün	15,00	1,00	,611*
	Yarım gün	14,50	,70	
	İşsiz	13,60	1,99	
	Emekli	13,80	2,08	
İnkâr	Tam gün	6,33	2,51	,949*
	Yarım gün	7,00	4,24	
	İşsiz	6,76	2,63	
	Emekli	7,09	2,71	
Dini Olarak Başa Çıkma	Tam gün	15,66	,57	,961*
	Yarım gün	15,00	1,41	
	İşsiz	15,10	1,97	
	Emekli	15,09	1,22	
Şakaya Vurma-Mizah	Tam gün	9,00	5,29	,161*
	Yarım gün	12,50	,70	
	İşsiz	7,39	3,50	
	Emekli	6,95	3,21	
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	Tam gün	4,00	0,00	,226*
	Yarım gün	4,00	0,00	
	İşsiz	4,92	1,73	
	Emekli	4,23	,62	

Geri durma	Tam gün	9,66	,57	
	Yarım gün	10,00	1,41	
	İşsiz	10,57	1,58	
	Emekli	10,38	1,82	
Duygusal sosyal destek kullanımı	Tam gün	10,66	4,16	
	Yarım gün	14,00	0,00	
	İşsiz	12,11	3,06	
	Emekli	11,23	2,36	
Madde kullanımı	Tam gün	4,00	0,00	
	Yarım gün	4,00	0,00	
	İşsiz	4,07	,49	
	Emekli	4,00	0,00	
Diğer meşguliyetleri bastırma	Tam gün	12,00	3,46	
	Yarım gün	13,50	3,53	
	İşsiz	11,05	1,80	
	Emekli	10,52	2,22	
Plan yapma	Tam gün	14,00	2,00	
	Yarım gün	14,00	1,41	
	İşsiz	13,01	2,06	
	Emekli	13,14	2,15	
Kabullenme	Tam gün	11,33	2,08	
	Yarım gün	15,50	0,70	
	İşsiz	11,83	2,17	
	Emekli	12,00	2,36	

COPE Ölçeğinin alt boyutlarından “Pozitif yeniden yorumlama”, “aktif başa çıkma”, “inkâr”, “duygusal sosyal destek kullanımı” boyutları ile yaşanan yer değişkeni arasında olduğundan anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (Tablo 11, $p<0,05$). Anlamlı farklılığın hangi değişkenler arasında olduğuna araştırmak amacıyla yapılan post-hoc çoklu karşılaştırma testi sonucunda ilçe ve il merkezinde yaşayanların pozitif yorumlama puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). İlçe merkezinde yaşayanların pozitif yorumlama puanları il merkezinde yaşayanlardan daha yüksektir. İlçe ve il merkezinde yaşayanların inkâr, aktif başa çıkma, duygusal sosyal destek kullanımı puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). İlçe merkezinde yaşayanların aktif başa çıkma puanı il merkezinde yaşayanlardan daha yüksektir. İl merkezinde yaşayanların inkâr ve duygusal sosyal destek kullanımı puanları ilçede yaşayanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 11. COPE Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Yaşadığı Yer” Değişkenine Göre Dağılımı

YAŞADIĞI YER		Ort.	SS	P Değeri
Pozitif Yeniden Yorumlama	Köy	14,28	1,49	,021*
	İlçe	13,96	1,64	
	İl Merkezi	14,88	1,36	
Zihinsel Boş Verme	Köy	11,28	1,70	,085*
	İlçe	9,60	1,85	
	İl Merkezi	9,88	1,76	
Soruna Odaklanma Ve Duyguları Açığa Vurma	Köy	11,85	3,71	,933*
	İlçe	11,63	2,70	
	İl Merkezi	11,87	2,90	
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Köy	13,71	0,75	,439*
	İlçe	12,48	2,56	
	İl Merkezi	12,44	2,55	
Aktif Başa Çıkma	Köy	14,00	2,44	,000*
	İlçe	12,54	2,00	
	İl Merkezi	14,38	1,55	
İnkâr	Köy	7,42	2,87	,043*
	İlçe	5,90	2,42	
	İl Merkezi	7,31	2,62	
Dini Olarak Başa Çıkma	Köy	15,85	0,37	,429*
	İlçe	15,21	1,08	
	İl Merkezi	14,96	2,17	
Şakaya Vurma-Mizah	Köy	8,00	3,00	,703*
	İlçe	7,06	3,42	
	İl Merkezi	7,62	3,66	
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	Köy	5,42	2,99	,276*
	İlçe	4,87	1,67	
	İl Merkezi	4,53	1,16	
Geri Durma	Köy	11,14	2,47	,513*
	İlçe	10,36	1,69	
	İl Merkezi	10,48	1,43	
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Köy	14,28	2,05	,004*

	İlçe	12,69	2,61	
	İl Merkezi	11,12	2,95	
	Köy	4,00	0,00	
Madde Kullanımı	İlçe	4,00	0,00	,583*
	İl Merkezi	4,09	,55	
	Köy	11,57	1,71	
Diğer meşgulliyetleri bastırma	İlçe	11,12	2,17	,660*
	İl Merkezi	10,88	1,94	
	Köy	12,42	2,29	
Plan yapma	İlçe	12,51	2,15	,052*
	İl Merkezi	13,53	1,89	
	Köy	12,71	1,60	
Kabullenme	İlçe	11,96	1,91	,608*
	İl Merkezi	11,81	2,48	
	Köy	12,71	1,60	

COPE Ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanların “sosyo ekonomik” değişkenine göre dağılımı Tablo 12’de sunulmaktadır. Sosyo ekonomik durum ile COPE alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 12. COPE Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Sosyo Ekonomik Durum” Değişkenine Göre Dağılımı

SOSYO EKONOMİK DURUM		Ort.	SS	P Değeri
Pozitif Yeniden Yorumlama	Alt	14,04	1,64	,066*
	Orta	14,69	1,45	
Zihinsel Boş Verme	Alt	10,04	1,90	,642*
	Orta	9,84	1,80	
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	Alt	12,12	2,55	,501*
	Orta	11,66	2,97	
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Alt	12,40	2,58	,720*
	Orta	12,60	2,45	
Aktif Başa Çıkma	Alt	13,44	2,08	,424*
	Orta	13,81	1,94	
İnkâr	Alt	6,92	2,39	,843*
	Orta	6,79	2,73	
Dini Olarak Başa Çıkma	Alt	15,44	,86	,291*
	Orta	15,00	2,00	
Şakaya Vurma-Mizah	Alt	7,36	3,97	,873*
	Orta	7,49	3,36	
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	Alt	4,84	1,34	,661*

	Orta	4,68	1,61	
Geri Durma	Alt	10,84	1,57	,206*
	Orta	10,36	1,61	
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Alt	12,76	3,47	,093*
	Orta	11,60	2,68	
Madde Kullanımı	Alt	4,00	0,00	,467*
	Orta	4,07	,49	
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Alt	11,12	1,56	,776*
	Orta	10,98	2,15	
Plan Yapma	Alt	12,36	2,39	,036*
	Orta	13,36	1,87	
Kabullenme	Alt	12,24	1,42	,318*
	Orta	11,82	2,46	

COPE Ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanların “hastalıktan sonra eşinin davranışı” değişkenine göre dağılımı Tablo 13’de sunulmaktadır. Katılımcıların hastalıktan sonra eşinin davranışı durumu ile COPE alt boyutlarından “Kabullenme” arasında anlamlı bir fark saptanmaktadır ($p<0,05$). Yapılan grup karşılaştırılması analizinde değişmesi ve daha yakın yanıtını veren grupların kabullenme puanları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmaktadır ($p<0,05$). Değişmedi cevabını verenlerin kabullenme puanları daha yakın cevabı verenlerden daha yüksektir.

Tablo 13. COPE Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Hastalıktan Sonra Eşinin Davranışı” Değişkenine Göre Dağılımı

HASTALIKTAN SONRA EŞİNİN DAVRANIŞI		Ort.	SS	P Değeri
Pozitif Yeniden Yorumlama	Değişmedi	14,37	1,41	,657*
	Daha mesafeli	14,76	1,42	
	Daha yakın	14,60	1,31	
Zihinsel Boş Verme	Değişmedi	10,14	2,44	,492*
	Daha mesafeli	10,15	1,81	
	Daha yakın	9,60	1,61	
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	Değişmedi	12,29	3,09	,607*
	Daha mesafeli	11,30	2,86	
	Daha yakın	11,88	2,84	
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Değişmedi	12,70	2,74	,580*
	Daha mesafeli	11,84	3,13	
	Daha yakın	12,54	1,93	
Aktif Başa Çıkma	Değişmedi	13,40	2,22	,390*

	Daha mesafeli	14,30	1,60	
	Daha yakın	13,85	1,92	
İnkâr	Değişmedi	6,77	2,85	
	Daha mesafeli	6,61	2,72	,908*
	Daha yakın	6,97	2,46	
Dini Olarak Başa Çıkma	Değişmedi	15,00	2,38	
	Daha mesafeli	15,38	1,12	,814*
	Daha yakın	15,17	1,44	
Şakaya Vurma-Mizah	Değişmedi	7,07	3,38	
	Daha mesafeli	7,00	3,80	,441*
	Daha yakın	8,08	3,43	
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	Değişmedi	4,81	1,59	
	Daha mesafeli	4,61	1,04	,935*
	Daha yakın	4,74	1,78	
Geri Durma	Değişmedi	10,48	1,86	
	Daha mesafeli	10,61	1,04	,930*
	Daha yakın	10,42	1,33	
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Değişmedi	11,92	3,40	
	Daha mesafeli	12,76	3,19	,654*
	Daha yakın	11,91	2,60	
Madde Kullanımı	Değişmedi	4,00	0,00	
	Daha mesafeli	4,00	0,00	,435*
	Daha yakın	4,14	,69	
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Değişmedi	11,18	2,23	
	Daha mesafeli	10,92	1,60	,901*
	Daha yakın	11,00	1,81	
Plan Yapma	Değişmedi	13,44	1,94	
	Daha mesafeli	12,69	1,97	,544*
	Daha yakın	13,22	2,07	
	Değişmedi	10,74	1,67	
Kabullenme	Daha mesafeli	9,38	2,06	,007*
	Daha yakın	9,31	1,77	

COPE Ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanların “aile öyküsünde meme kanseri” değişkenine göre dağılımı Tablo 14’te sunulmaktadır. Aile öyküsünde meme

kanseri değişkeni ile başa çıkma tutumu alt boyutlarından “zihinsel boş verme” ve “plan yapma” boyutları ile anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Tablo 14, $p<0,05$). Yapılan post-hoc testi sonucunda aile öyküsünde meme kanseri olmayanların zihinsel boş verme puanı olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 14. COPE Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Aile Öyküsünde Meme Kanseri” Değişkenine Göre Dağılımı

AİLE ÖYKÜSÜNDE MEME KANSERİ		Ort.	SS	P Değeri
Pozitif Yeniden Yorumlama	Var	14,60	1,59	,594*
	Yok	14,43	1,47	
Zihinsel Boş Verme	Var	9,45	1,86	,017*
	Yok	10,34	1,67	
Soruna Odaklanma ve Duyguları açığa vurma	Var	11,62	2,92	,578*
	Yok	11,95	2,82	
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Var	12,31	2,49	,339*
	Yok	12,80	2,46	
Aktif Başa Çıkma	Var	13,41	2,17	,139*
	Yok	14,02	1,71	
İnkâr	Var	6,66	2,53	,543*
	Yok	7,00	2,75	
Dini Olarak Başa Çıkma	Var	15,20	1,28	,613*
	Yok	15,02	2,18	
Şakaya Vurma-Mizah	Var	7,18	3,74	,450*
	Yok	7,73	3,27	
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	Var	4,58	1,30	,371*
	Yok	4,86	1,75	
Geri Durma	Var	10,56	1,33	,656*
	Yok	10,41	1,86	
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Var	11,97	2,87	,830*
	Yok	11,84	3,03	
Madde Kullanımı	Var	4,10	0,59	,236*
	Yok	4,00	0,00	
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Var	10,91	2,06	,608*
	Yok	11,13	1,96	
Plan Yapma	Var	12,52	2,20	,005*
	Yok	13,65	1,72	
Kabullenme	Var	11,52	2,25	,066*
	Yok	12,36	2,16	

Hastalığı bir sebebe bağlama değişkeni ile başa çıkma tutumu alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamaktadır (Tablo 15, $p>0,05$).

Tablo 15. COPE Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Hastalığı Herhangi Bir Nedene Bağlama” Değişkenine Göre Dağılımı

HASTALIĞI BİR NEDENE BAĞLAMA		Ort.	SS	P Değeri
Pozitif Yeniden Yorumlama	Kalıtım	14,55	2,00	,990*
	Allahtan/kader	14,46	1,55	
	Çevre	14,57	1,44	
	Kendini suçlama	14,60	1,34	
Zihinsel Boş Verme	Kalıtım	9,77	1,56	,932*
	Allahtan/kader	9,91	1,73	
	Çevre	9,76	2,12	
	Kendini suçlama	10,20	1,87	
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	Kalıtım	10,44	2,65	,301*
	Allahtan/kader	12,02	2,76	
	Çevre	12,15	2,83	
	Kendini suçlama	10,90	3,47	
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Kalıtım	12,66	1,32	,891*
	Allahtan/kader	12,65	2,63	
	Çevre	12,23	2,74	
	Kendini suçlama	12,80	1,87	
Aktif Başa Çıkma	Kalıtım	13,33	2,23	,876*
	Allahtan/kader	13,65	1,94	
	Çevre	13,84	2,01	
	Kendini suçlama	14,00	2,05	
İnkâr	Kalıtım	7,33	2,59	,831*
	Allahtan/kader	6,91	2,65	
	Çevre	6,46	2,88	
	Kendini suçlama	6,90	2,13	
Dini Olarak Başa Çıkma	Kalıtım	14,88	,927	,059*
	Allahtan/kader	15,40	1,30	
	Çevre	14,38	2,68	
	Kendini suçlama	15,80	,421	
Şakaya Vurma-Mizah	Kalıtım	7,88	4,04	,776*
	Allahtan/kader	7,10	3,56	
	Çevre	7,73	3,00	
	Kendini suçlama	8,10	4,35	
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	Kalıtım	4,33	1,00	,765*
	Allahtan/kader	4,71	1,50	
	Çevre	4,73	1,34	
	Kendini suçlama	5,10	2,51	
Geri Durma	Kalıtım	11,22	1,56	,409*
	Allahtan/kader	10,46	1,59	
	Çevre	10,19	1,29	
	Kendini suçlama	10,70	2,35	
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Kalıtım	11,44	2,65	,831*
	Allahtan/kader	12,02	3,07	

	Çevre	11,65	3,14	
	Kendini suçlama	12,50	2,01	
Madde Kullanımı	Kalıtım	4,00	0,00	
	Allahtan/kader	4,08	,571	
	Çevre	4,03	,196	,911*
	Kendini suçlama	4,00	0,00	
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Kalıtım	11,55	2,60	
	Allahtan/kader	10,79	2,13	
	Çevre	11,11	1,65	,650*
	Kendini suçlama	11,40	1,71	
Plan Yapma	Kalıtım	12,22	2,22	
	Allahtan/kader	13,18	1,75	
	Çevre	13,26	2,39	,597*
	Kendini suçlama	13,00	2,49	
Kabullenme	Kalıtım	11,44	1,87	
	Allahtan/kader	12,20	1,94	
	Çevre	11,26	2,77	,176*
	Kendini suçlama	12,80	2,04	

COPE alt boyutlarından alınan puanların hastalık hakkında yeterli bilgi edinme değişkinine göre dağılımı Tablo 16’da sunulmaktadır. Hastalık hakkında yeterli bilgi sahibi değişkeni ile başa çıkma tutumu ölçeğinin alt boyutlarından pozitif yeniden yorumlama ve plan yapma boyutları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Anlamlı farklılığın hangi değişkenler arasında olduğuna araştırmak amacıyla post hoc çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. “Evet, doktorumun söylediği yeterli” cevabını verenler ile “Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar” cevabını verenlerin pozitif yeniden yorumlama ve plan yapma boyutu puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmaktadır ($p<0,05$). “Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar” cevabını verenlerin pozitif yeniden yorumlama ve plan yapma puanları “Evet doktorumun söylediği yeterli” cevabını verenlerden daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Tablo 16. COPE Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Hastalık Hakkında Yeterli Bilgi” Değişkenine Göre Dağılımı

HASTALIK HAKKINDA YETERLİ BİLGİ		Ort.	SS	P Değeri
Pozitif Yeniden Yorumlama	Evet, doktorumun söylediği yeterli	15,26	1,09	,045*
	Hayır, daha çok bilgi istiyorum	14,13	1,93	
	Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar	14,41	1,40	
Zihinsel Boş Verme	Evet, doktorumun söylediği yeterli	10,00	1,73	,438*
	Hayır, daha çok bilgi istiyorum	9,45	2,46	
	Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar	10,03	1,53	
Soruna Odaklanma Ve Duyguları Açığa Vurma	Evet, doktorumun söylediği yeterli	11,47	2,63	,723*
	Hayır, daha çok bilgi istiyorum	12,18	3,28	
	Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar	11,73	2,79	
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Evet, doktorumun söylediği yeterli	13,05	2,46	,581*
	Hayır, daha çok bilgi istiyorum	12,59	2,538	
	Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar	12,35	2,481	
Aktif Başa Çıkma	Evet, doktorumun söylediği yeterli	13,84	2,31	,637*
	Hayır, daha çok bilgi istiyorum	14,00	1,74	
	Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar	13,54	1,95	
İnkâr	Evet, doktorumun söylediği yeterli	6,84	2,43	,985*
	Hayır, daha çok bilgi istiyorum	6,90	3,10	
	Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar	6,79	2,55	
Dini Olarak Başa Çıkma	Evet, doktorumun söylediği yeterli	15,15	1,16	,976*
	Hayır, daha çok bilgi istiyorum	15,04	1,67	
	Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar	15,13	2,00	
Şakaya Vurma-Mizah	Evet, doktorumun söylediği yeterli	6,73	2,62	,520*
	Hayır, daha çok bilgi istiyorum	8,00	3,65	
	Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar	7,49	3,74	
Davranışsal Olarak	Evet, doktorumun söylediği	4,73	1,75	,875*

İlişki Kesme	yeterli			
	Hayır, daha çok bilgi istiyorum	4,86	1,58	
	Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar	4,66	1,46	
Geri Durma	Evet, doktorumun söylediği yeterli	10,36	1,53	
	Hayır, daha çok bilgi istiyorum	10,63	1,86	,865*
	Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar	10,47	1,55	
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Evet, doktorumun söylediği yeterli	11,15	3,16	
	Hayır, daha çok bilgi istiyorum	11,90	2,77	,428*
	Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar	12,18	2,92	
Madde Kullanımı	Evet, doktorumun söylediği yeterli	4,00	0,00	
	Hayır, daha çok bilgi istiyorum	4,00	0,00	,570*
	Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar	4,09	0,56	
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Evet, doktorumun söylediği yeterli	10,78	2,61	
	Hayır, daha çok bilgi istiyorum	11,18	2,01	,823*
	Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar	11,03	1,77	
Plan Yapma	Evet, doktorumun söylediği yeterli	14,31	1,41	
	Hayır, daha çok bilgi istiyorum	13,09	2,18	,010*
	Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar	12,66	2,05	
Kabullenme	Evet, doktorumun söylediği yeterli	11,47	2,22	
	Hayır, daha çok bilgi istiyorum	11,54	2,53	,272*
	Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar	12,26	2,09	

COPE Ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanların “Radyoterapi” değişkenine göre dağılımı Tablo 17’de sunulmaktadır. Radyoterapi alma değişkeni ile COPE Ölçeğinin alt boyutlarında anlamlı bir farklılık saptanmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 17. COPE Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Radyoterapi Alma” Değişkenine Göre Dağılımı

RADYOTERAPİ ALMA		Ort.	SS	P Değeri
Pozitif Yeniden Yorumlama	Var	14,6379	1,41047	,351*
	Yok	14,3333	1,70713	
Zihinsel Boş Verme	Var	10,0690	1,79534	,238*
	Yok	9,6111	1,85592	
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	Var	12,0172	2,84384	,326*
	Yok	11,4167	2,90197	
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Var	12,4828	2,58363	,729*
	Yok	12,6667	2,32993	
Aktif Başa Çıkma	Var	13,6207	1,93606	,569*
	Yok	13,8611	2,05847	
İnkâr	Var	6,8276	2,72183	,992*
	Yok	6,8333	2,53546	
Dini Olarak Başa Çıkma	Var	15,2586	1,33193	,329*
	Yok	14,8889	2,32720	
Şakaya Vurma-Mizah	Var	7,4310	3,47478	,927*
	Yok	7,5000	3,62925	
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	Var	4,7759	1,69667	,678*
	Yok	4,6389	1,26836	
Geri Durma	Var	10,4828	1,59210	,960*
	Yok	10,5000	1,66476	
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Var	12,1034	2,84506	,433*
	Yok	11,6111	3,10095	
Madde Kullanımı	Var	4,0862	,53915	,341*
	Yok	4,0000	0,00000	
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Var	10,9655	2,18420	,734*
	Yok	11,1111	1,70340	
Plan Yapma	Var	13,1379	1,83961	,802*
	Yok	13,0278	2,39626	
Kabullenme	Var	11,8621	2,45270	,667*
	Yok	12,0556	1,86616	

COPE Ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanların “kemoterapi” değişkenine göre dağılımı Tablo 18’de sunulmaktadır. Kemoterapi alma değişkeni ile COPE Ölçeğinin alt boyutlarından inkâr ve davranışsal olarak ilişki kesme boyutları arasında anlamlı bir farklılık saptanmaktadır ($p<0,05$). Kemoterapi almayanların inkâr puanı alanlardan yüksektir. Kemoterapi alanların davranışsal olarak ilişki kesme puanı almayanlardan yüksektir.

Tablo 18. COPE Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Kemoterapi Alma” Değişkenine Göre Dağılımı

KEMOTERAPİ ALMA		Ort.	SS	P Değeri
Pozitif Yeniden Yorumlama	Var	14,49	1,56	,599*
	Yok	14,77	1,20	
Zihinsel Boş Verme	Var	9,82	1,87	,254*
	Yok	10,55	1,01	
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	Var	11,89	2,78	,269*
	Yok	10,77	3,59	
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Var	12,50	2,53	,572*
	Yok	13,00	1,93	
Aktif Başa Çıkma	Var	13,64	1,97	,325*
	Yok	14,33	2,00	
İnkâr	Var	6,62	2,55	,019*
	Yok	8,77	2,77	
Dini Olarak Başa Çıkma	Var	15,05	1,83	,332*
	Yok	15,66	1,00	
Şakaya Vurma-Mizah	Var	7,42	3,50	,775*
	Yok	7,77	3,83	
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	Var	4,78	1,60	,002*
	Yok	4,11	,33	
Geri Durma	Var	10,45	1,60	,575*
	Yok	10,77	1,78	
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Var	11,90	2,84	,928*
	Yok	12,00	3,90	
Madde Kullanımı	Var	4,05	,44	,695*
	Yok	4,00	0,00	
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Var	11,03	2,02	,836*
	Yok	10,88	1,96	
Plan Yapma	Var	13,05	2,08	,596*
	Yok	13,44	1,87	
Kabullenme	Var	11,89	2,31	,578*
	Yok	12,33	1,32	

COPE Ölçeği'nin alt boyutlarından alınan puanların “ameliyattan sonra korku ve endişe” değişkenine göre dağılımı Tablo 19’da sunulmaktadır. Ameliyattan sonra korku ve endişe durumu ile COPE Ölçeğinin alt boyutlarından dini olarak başa çıkma alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık saptanmaktadır ($p<0,05$). Post-hoc testi neticesinde arttı cevabını verenlerle azaldı ve değişmedi cevabını verenler arasında anlamlı bir ilişki saptanmaktadır. Arttı cevabını verenlerin dini olarak başa çıkma puanları diğerlerinden yüksek olduğu gözlenmektedir.

Tablo 19. COPE Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Ameliyattan Sonra Korku ve Endişe” Değişkenine Göre Dağılımı

AMELİYATTAN SONRA KORKU VE ENDİŞE		Ort.	SS	P Değeri
Pozitif Yeniden Yorumlama	Arttı	13,87	1,55	,137*
	Azaldı	14,75	1,29	
	Değişmedi	14,19	1,91	
Zihinsel Boş Verme	Arttı	8,62	3,02	,102*
	Azaldı	10,08	1,74	
	Değişmedi	9,84	1,40	
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	Arttı	12,25	4,02	,886*
	Azaldı	11,71	2,69	
	Değişmedi	11,80	2,96	
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Arttı	13,25	2,12	,271*
	Azaldı	12,73	2,23	
	Değişmedi	11,92	3,03	
Aktif Başa Çıkma	Arttı	13,00	2,77	,559*
	Azaldı	13,75	1,84	
	Değişmedi	13,84	2,03	
İnkâr	Arttı	5,50	2,50	,148*
	Azaldı	6,71	2,40	
	Değişmedi	7,50	3,07	
Dini Olarak Başa Çıkma	Arttı	15,87	,35	,016*
	Azaldı	15,36	1,20	
	Değişmedi	14,30	2,69	
Şakaya Vurma-Mizah	Arttı	7,25	4,62	,258*
	Azaldı	7,06	3,16	
	Değişmedi	8,42	3,86	
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	Arttı	5,50	2,32	,247*
	Azaldı	4,56	1,39	
	Değişmedi	4,84	1,56	
Geri Durma	Arttı	11,25	1,83	,364*
	Azaldı	10,38	1,53	
	Değişmedi	10,50	1,72	
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Arttı	13,75	3,28	,085*
	Azaldı	12,00	2,51	
	Değişmedi	11,15	3,52	
Madde Kullanımı	Arttı	4,00	0,00	,663*
	Azaldı	4,08	,530	
	Değişmedi	4,00	0,00	
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Arttı	10,75	2,43	,792*
	Azaldı	10,96	2,06	
	Değişmedi	11,23	1,77	
Plan Yapma	Arttı	12,50	2,13	,557*
	Azaldı	13,25	2,03	
	Değişmedi	12,92	2,13	
Kabullenme	Arttı	11,87	2,16	,793*
	Azaldı	11,83	2,17	
	Değişmedi	12,19	2,46	

COPE Ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanların “Ameliyattan Sonra Cinsel İlişki” değişkenine göre dağılımı Tablo 20’de sunulmaktadır. Ameliyattan sonra cinsel ilişki ile COPE Ölçeğinin alt boyutlarında anlamlı bir farklılık saptanmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 20. COPE Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Ameliyattan Sonra Cinsel İlişki” Değişkenine Göre Dağılımı

AMELİYATTAN SONRA CİNSEL İLİŞKİ		Ort.	SS	P Değeri
Pozitif Yeniden Yorumlama	Azaldı	14,53	1,40	,920*
	Değişmedi	14,58	1,16	
Zihinsel Boş Verme	Azaldı	9,80	1,96	,698*
	Değişmedi	10,33	2,05	
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	Azaldı	11,69	2,96	,404*
	Değişmedi	13,16	2,44	
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Azaldı	12,46	2,49	,111*
	Değişmedi	12,58	2,35	
Aktif Başa Çıkma	Azaldı	13,61	2,01	,875*
	Değişmedi	14,58	1,72	
İnkâr	Azaldı	6,58	2,51	,125*
	Değişmedi	8,16	2,91	
Dini Olarak Başa Çıkma	Azaldı	15,12	1,88	,056*
	Değişmedi	15,25	1,13	
Şakaya Vurma-Mizah	Azaldı	7,26	3,34	,828*
	Değişmedi	8,91	3,94	
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	Azaldı	4,84	1,68	,133*
	Değişmedi	4,25	,86	
Geri Durma	Azaldı	10,38	1,33	,082*
	Değişmedi	11,00	2,13	
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Azaldı	12,00	2,94	,661*
	Değişmedi	12,41	3,34	
Madde Kullanımı	Azaldı	4,07	,517	,599*
	Değişmedi	4,00	0,00	
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Azaldı	10,95	1,99	,301*
	Değişmedi	11,58	1,44	
Plan Yapma	Azaldı	13,06	2,06	,139*
	Değişmedi	14,00	1,47	
Kabullenme	Azaldı	9,80	1,96	,752*
	Değişmedi	10,00	1,53	

COPE Ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanların “Ameliyattan Sonra Giyim ve Bakım” değişkenine göre dağılımı Tablo 21’de sunulmaktadır. Ameliyattan sonra

giyim ve bakım ile COPE Ölçeğinin alt boyutlarında anlamlı bir farklılık saptanmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 21. COPE Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Ameliyattan Sonra Öz bakım” Değişkenine Göre Dağılımı

AMELİYATTAN SONRA ÖZBAKIM		Ort.	SS	P Değeri
Pozitif Yeniden Yorumlama	Arttı	14,68	1,579	,415*
	Azaldı	14,06	1,34	
	Değişmedi	14,59	1,56	
Zihinsel Boş Verme	Arttı	10,12	1,70	,600*
	Azaldı	9,50	2,06	
	Değişmedi	9,93	1,80	
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	Arttı	11,62	2,75	,092*
	Azaldı	10,43	3,09	
	Değişmedi	12,17	2,76	
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Arttı	11,93	2,88	,557*
	Azaldı	12,68	2,02	
	Değişmedi	12,60	2,48	
Aktif Başa Çıkma	Arttı	13,50	1,67	,693*
	Azaldı	13,43	1,89	
	Değişmedi	13,83	2,08	
İnkâr	Arttı	7,68	2,70	,364*
	Azaldı	6,62	2,72	
	Değişmedi	6,66	2,59	
Dini Olarak Başa Çıkma	Arttı	15,06	1,18	,946*
	Azaldı	15,25	1,12	
	Değişmedi	15,09	2,03	
Şakaya Vurma-Mizah	Arttı	8,50	4,00	,410*
	Azaldı	7,50	3,82	
	Değişmedi	7,17	3,30	
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	Arttı	5,12	1,70	,463*
	Azaldı	4,81	2,07	
	Değişmedi	4,59	1,33	
Geri Durma	Arttı	10,87	1,58	,578*
	Azaldı	10,37	1,36	
	Değişmedi	10,41	1,68	
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Arttı	11,75	3,35	,956*
	Azaldı	12,06	2,20	
	Değişmedi	11,91	3,03	
Madde Kullanımı	Arttı	4,00	0,00	,687*
	Azaldı	4,00	0,00	
	Değişmedi	4,08	,52	
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Arttı	11,81	2,00	,214*
	Azaldı	11,00	2,28	
	Değişmedi	10,82	1,91	
Plan Yapma	Arttı	12,75	2,04	,677*
	Azaldı	12,93	1,84	
	Değişmedi	13,22	2,13	

Kabullenme	Arttı	11,75	2,59	,896*
	Azaldı	12,12	2,41	
	Değişmedi	11,93	2,12	

COPE Ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanların “ameliyat sonrası memnuniyet” değişkenine göre dağılımı Tablo 22’de sunulmaktadır. Ameliyat sonrası memnuniyet durumu ile COPE Ölçeğinin alt boyutlarından davranışsal olarak ilişki kesme ve zihinsel boş verme alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık saptanmaktadır ($p<0,05$). Post-hoc testi neticesinde çok memnun ve kararsız cevabı verenlerin zihinsel boş verme puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmektedir ($p<0,05$). Çok memnun olanların zihinsel boş verme puanları kararsızlardan daha yüksektir. Çok memnun ve hiç memnun değil cevabı verenlerin davranışsal olarak ilişki kesme puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmektedir ($p<0,05$). Çok memnun olanların davranışsal olarak ilişki kesme puanları hiç memnun olmayanlardan daha yüksektir.

Tablo 22. COPE Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Alınan Puanların “Ameliyat Sonrası Memnuniyet” Değişkenine Göre Dağılımı

AMELİYAT SONRASI MEMNUNİYET		Ort.	SS	P Değeri
Pozitif Yeniden Yorumlama	Çok memnun	14,67	1,44	,505*
	Oldukça memnun	14,00	1,82	
	Kararsız	14,20	1,92	
	Pek memnun değil	14,00	1,73	
	Hiç memnun değil	13,66	2,08	
Zihinsel Boş Verme	Çok memnun	10,24	1,53	,002*
	Oldukça memnun	8,80	1,87	
	Kararsız	7,80	1,30	
	Pek memnun değil	8,00	2,64	
	Hiç memnun değil	10,33	4,04	
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	Çok memnun	11,83	2,63	,094*
	Oldukça memnun	10,00	3,46	
	Kararsız	12,00	4,24	
	Pek memnun değil	13,33	3,05	
	Hiç memnun değil	14,66	1,15	
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Çok memnun	12,75	2,47	,235*
	Oldukça memnun	11,00	2,74	
	Kararsız	11,80	2,58	
	Pek memnun değil	13,00	1,00	
	Hiç memnun değil	13,66	,577	
Aktif Başa Çıkma	Çok memnun	13,91	1,73	,053*
	Oldukça memnun	12,70	2,45	
	Kararsız	13,40	2,79	
	Pek memnun değil	11,33	3,51	
	Hiç memnun değil	15,00	0,00	
İnkâr	Çok memnun	7,23	2,69	,055*
	Oldukça memnun	5,40	1,95	
	Kararsız	5,00	1,41	
	Pek memnun değil	4,66	1,15	
	Hiç memnun değil	7,00	3,00	
Dini Olarak Başa Çıkma	Çok memnun	15,06	1,90	,930*
	Oldukça memnun	15,20	1,47	
	Kararsız	15,00	1,41	
	Pek memnun değil	16,00	0,00	
	Hiç memnun değil	15,33	,57	
Şakaya Vurma-Mizah	Çok memnun	7,82	3,59	,241*
	Oldukça memnun	5,70	2,75	
	Kararsız	5,40	1,14	
	Pek memnun değil	6,66	4,61	
	Hiç memnun değil	8,66	4,04	
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	Çok memnun	4,56	1,24	,040*
	Oldukça memnun	4,90	1,44	
	Kararsız	6,00	3,46	
	Pek memnun değil	6,66	3,05	
	Hiç memnun değil	4,00	0,00	
Geri Durma	Çok memnun	10,64	1,49	,112*
	Oldukça memnun	9,20	1,47	

	Kararsız	10,60	2,07	
	Pek memnun değil	10,33	,57	
	Hiç memnun değil	11,00	3,46	
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Çok memnun	11,95	2,86	
	Oldukça memnun	11,10	3,24	
	Kararsız	10,20	3,42	,164*
	Pek memnun değil	15,00	1,73	
	Hiç memnun değil	13,33	2,08	
Madde Kullanımı	Çok memnun	4,06	,48	
	Oldukça memnun	4,00	0,00	
	Kararsız	4,00	0,00	,981*
	Pek memnun değil	4,00	0,00	
	Hiç memnun değil	4,00	0,00	
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Çok memnun	11,12	2,05	
	Oldukça memnun	10,10	2,07	
	Kararsız	10,80	1,30	,610*
	Pek memnun değil	11,33	2,30	
	Hiç memnun değil	11,66	1,15	
Plan Yapma	Çok memnun	13,23	1,96	
	Oldukça memnun	12,50	2,41	
	Kararsız	12,20	2,58	,260*
	Pek memnun değil	11,66	2,08	
	Hiç memnun değil	14,66	1,52	
Kabullenme	Çok memnun	12,02	2,13	
	Oldukça memnun	11,20	2,29	
	Kararsız	10,20	2,68	,089*
	Pek memnun değil	12,66	2,51	
	Hiç memnun değil	14,33	2,08	

5.6. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Yapılan pearson korelasyon analizi sonucunda depresyonla anksiyete arasında pozitif yönlü yüksek düzey anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$; $r=,677$).

Depresyonla, başa çıkma tutumu alt boyutlarından Pozitif yeniden yorumlama, zihinsel boş verme, aktif başa çıkma, inkâr, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma, şakaya vurma-mizah alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Anksiyete ile başa çıkma tutumu alt boyutlarından duygusal sosyal destek kullanımı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 23. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Katsayıları (r)

	R															
	Zihinsel boş verme	Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	Yararlı sosyal destek kullanımı	Aktif başa çıkma	İnkâr	Dini olarak başa çıkma	Şakaya vurma-Mizah	Davranışsal olarak ilişki kesme	Geri durma	Duygusal sosyal destek kullanımı	Madde kullanımı	Diğer meşguliyetleri bastırma	Plan yapma	Kabullenme	BDÖ	BAÖ
Pozitif yeniden yorumlama	,252	,008	,125	,548	,227	,238	,095	-,285	,026	-,079	-,010	,130	,530	,029	-,289	-,157
Zihinsel boş verme		,070	,192	,323	,470	,107	,207	-,164	,238	,235	-,048	,174	,289	,191	-,365	-,172
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma			,201	,042	-,022	,106	,023	,052	,039	,395	,054	,167	-,031	,154	,110	,152
Yararlı sosyal destek kullanımı				,015	,174	,210	,178	,145	,193	,460	-,028	,298	,135	,239	-,027	,098
Aktif başa çıkma					,298	-,033	,299	-,323	,190	-,163	-,020	,333	,623	,151	-,357	-,150
İnkâr						,188	,370	-,004	,326	,048	,056	,169	,163	,153	-,311	-,136
Dini olarak başa çıkma							-,213	-,016	,017	,278	-,008	-,106	-,047	,088	,157	,177
Şakaya vurma-Mizah								,107	,228	,185	,099	,273	,098	,228	-,238	-,045

ALTINCI BÖLÜM

6. TARTIŞMA VE SONUÇ

6.1. Tartışma

Araştırmaya katılanların % 84,0'ında depresyon belirtisi bulunmamakta % 16,0'sında depresyon belirtisi bulunmaktadır. Araştırmaya katılanların % 72,3'ünde anksiyete belirtisi yoktur, % 27,7'sinde ise anksiyete belirtisi vardır. Yapılan analizler sonucunda depresyonla anksiyete arasında pozitif yönlü yüksek düzey anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Karabulutlu ve arkadaşlarının (2013) gerçekleştirdiği çalışmada kanserli hastaların %61,5'inde anksiyete saptanmış olup %81,3'ünde depresyon görüldüğü tespit edilmiştir. Bu bulgular çalışmada bulunan oranlara bir hayli yakındır. Jadoon ve arkadaşlarının (2010) yaptığı araştırmada kanserli kişilerin %66'sında anksiyete ve depresyonun bir arada görüldüğü belirtilmiştir. Ayrıca, kanserli kişilerin %20-50'sinde hafif ya da şiddetli depresyonun olduğu belirtilmiş, %15'inde majör depresif bozukluk saptanmıştır. Diğer bir deyişle çalışmalar kanser hastalarında depresyon ve anksiyete görülme olasılığını yüksek olduğu ifade edilmiştir. Kanserli kişilerin %47'sinde tanı konacak seviyede ruhsal bozukluk olduğu saptanmıştır. Kanserli hastalarda genel nüfusa göre intihar oranı 2-4 kat daha yüksektir. Görülen bu tablo kanserli kişilerin yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu negatif yönde etkilemektedir. Yıldırım'ın 2009'da meme kanserli hastalarla gerçekleştirdiği araştırmasında hastaların anksiyete, depresyon olasılığının tanı aşamasından beri yüksek olduğu ve riskin birinci senede de devam ettiği tespit edilmiştir.

Yaptığımız araştırmada katılımcıların depresyon puanı ile hastalığı ilişkilendirdikleri sebep değişkeni arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Kendini suçlayanların depresyon puanları kalıtımsal nedene bağlayanlardan daha yüksektir. Depresyon puanı ile “ameliyattan sonra korku ve endişe” değişkeni arasında yapılan testler sonucunda anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Depresyon puanı en yüksek olan grup ameliyat sonrası endişe ve korkusu artanlardır. Bu grubu sırasıyla ameliyat sonrası endişe ve korkusu değişmeyenler ve azanlar takip etmiştir. Depresyon puanı ile “Ameliyattan sonra giyiminizde ve kendinize bakımınızda değişiklik oldu mu?” değişkeni arasında yapılan testler sonucunda anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Azaldı diyenlerin depresyon puan ortalamaları en yüksektir. Literatür incelendiğinde kanserlerde hastalığa ve izlenen tedaviye göre, cinsel sağlığın önemli dört ögesi olan;

beden imajı, cinsiyet rol fonksiyonu, cinsel fonksiyonlar ve üreme yeteneği hasar alabilmektedir. Beden imajı önemli bir boyuttur ve bu algı yaşla, kişinin sağlık durumu ile yaşanan hastalık ile devamlı farklılaşabilmektedir. Öncelikle kadınlık/dışılık kimliği ile alakalı vücut bölümlerinin kaybının, kadının beden imajını büyük oranda farklılaştırabileceği düşünülmektedir (Key ve diğ., 2002). Bu bilgiler araştırmamızın bulgularını destekler niteliktedir.

Depresyon puanı ile “yapılan ameliyattan memnuniyet” değişkeni arasında gerçekleştirilen testler sonucunda anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Depresyon puan ortalamaları en az olan grup yapılan ameliyattan oldukça memnun olanlardır. Cassileth ve arkadaşları 1980’de bilgi sahibi olma ve tıbbi kararlara katılma derecelerini incelemişlerdir. Hastaların davranış ve inançlarıyla bilgi alma ve aktif katılımın birleştiği tespit edilmiştir. Bilgi arayışı genç, yeni tanı almış ve eğitim düzeyi yüksek hastalarda daha fazla olarak bulunmuştur. Tedavi kararına katılmak isteyen hastalarda diğerlerine göre çok daha umutlu, hastalıkları ile ilgili iletişime açık ve maksimum bilgilendirilme isteği tespit edilmiştir. Bu bulgular araştırma sonuçları ile örtüşen niteliktedir. Tedaviyi olumlu değerlendiren hastaların depresyon puanları daha düşüktür.

Anksiyete puanı ile “Hastalığınız hakkında bilginiz yeterli mi?” değişkeni arasında yapılan testler sonucunda anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. “Hastalığınız hakkında bilginiz yeterli mi?” sorusuna “Hayır, daha çok bilgi istiyorum” cevabını verenler ile “Evet, doktorumun söylediği yeterli” ve “Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar” diyenlerin anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. “Hayır, daha çok bilgi istiyorum” diyenlerin anksiyete puanları diğerlerinden daha yüksektir. “Hastalığınız hakkında bilginiz yeterli mi?” değişkeni ile başa çıkma tutumu alt boyutları arasında yapılan testler sonucunda pozitif yeniden yorumlama ve plan yapma boyutları için anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar” cevabını verenlerin pozitif yeniden yorumlama ve plan yapma puanları “Evet doktorumun söylediği yeterli” cevabını verenlerden daha yüksektir. Bruera’nın çalışmasında yaş, eğitim, gelir, ırk, iş durumu, medeni durum, hastalığın evresi gibi değişkenler hastanın karar verme tercihlerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Hastanın %89’u tedaviye karar vermede aktif rol veya paylaşımcı rolü tercih etmişler, doktor ve hasta arasında tedavi kararı vermede %42 hastada uyum sağlanmıştır (Bruera ve diğerleri, 2001). Aynı şekilde Bruera’nın başka bir çalışmasında da hastaların yaş ya da cinsiyeti tıbbi karar vermede tercihlerini değiştirmemiştir (Bruera ve diğerleri, 2002). Degner’ın 1992’de yaptığı çalışmada da

sosyo demografik değişkenler, tercihlerde sadece %15 etkili bulunmuştur. Hastaların %59'u tedavi kararını doktorların vermesini istemiştir, %51'i hastalıkları ilerlerse doktor ve ailesinin karar verme sürecini paylaşmasını istemiştir (Degner ve Sloan, 1992). Benzer şekilde Çalışkan'ın çalışmasında da sosyo demografik özelliklerle hastaların tedavilerine karar verme tercihleri arasında ilişki bulunmamıştır (Çalışkan, 2007) .

Anksiyete puanı ile “Hastalıktan sonra eşinizin size karşı davranışı” değişkeni arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. “Daha mesafeli” diyenlerin anksiyete puanları diğerlerinden daha yüksektir. Literatür incelendiğinde bu bulgularla örtüşen bir biçimde kanser hastalığı ve birlikte sürdürülen tedaviler, cinsel hayat üzerinde de negatif etkilere sahip olabilmektedir. Bu etkilerin derecesi ise meme kanserlerinde %25, jinekolojik kanserlerde %80 oranında olabilmektedir (Reis, 2006). Anksiyete ile “ameliyattan sonra korku ve endişe” değişkeni arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. “Arttı” diyenlerin anksiyete puanları diğerlerinden daha yüksektir. Başa çıkma tutumu ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Literatür incelendiğinde kanserde, alt düzey eğitim seviyesinin anksiyete ve depresyon gibi emosyonel sorunlar için risk oluşturduğu ortaya çıkmıştır. Kaplan ve arkadaşlarına göre; düşük eğitim düzeyi, yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon ile birlikte görülmektedir. McCall ve arkadaşları alt düzey eğitim seviyesinin majör depresif bozukluk için bir risk oluşturduğunu ifade etmiştir. Arslan yaptığı incelemede eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam standartlarının da yükseldiğini saptamıştır. Bu araştırmalar da bizim araştırmamızda olduğu gibi eğitim seviyesinin anksiyete ve depresyon üzerinde etkili olduğunu ortaya koymuştur.

Başa Çıkma Tutumu alt boyutlarından “geri durma” boyutu ile çocuk sahibi olma durumu değişkeni arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Çocuğu olanlar geri durma başa çıkma tutumunu daha az sergilemektedir. Başa Çıkma Tutumu alt boyutlarından “dini olarak başa çıkma” boyutunda eğitim durumu ilköğretim ile üniversite olanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. İlköğretim mezunlarının bu boyuttaki başa çıkma tutum puan ortalamaları üniversite mezunlarından daha yüksektir. Ayrıca literatürde eğitim düzeyi yüksek olan hastaların tedaviye katılımının daha yüksek olduğu ve iyi bilgilendirilmiş katılımcıların daha az sorun yaşadığını ortaya koymuştur. Degner'ın (1997) yaptığı bir çalışmada bilgi talebi ile tedaviye katılım arzusu genç ve eğitilmiş hastalarda yaşlı ve eğitimsiz olanlara oranla daha yüksektir.

Yarım gün çalışanlar ile işsiz ve emeklilerin “Pozitif yeniden yorumlama” puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Yarım gün çalışanların “Pozitif yeniden yorumlama” puanı diğerlerinden daha yüksektir. Başa Çıkma Tutumu alt boyutlarından “Pozitif yeniden yorumlama”, “Aktif başa çıkma”, “inkâr”, “Duygusal sosyal destek kullanımı” boyutları ile yaşanan yer değişkeni arasında, anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. İlçe merkezinde yaşayanların pozitif yorumlama puanları il merkezinde yaşayanlardan daha yüksektir. Tavlı ve Ünsal’ın 2016’da yaptığı çalışmada katılımcıların en çok kullandığı stresle başa çıkma tutumu “pozitif yeniden yorumlama ve gelişme” olarak bulunmuştur. Tam zamanlı fabrika çalışanları arasında yapılan bu çalışmada bu boyutun yüksek oranda çıkması çalışmamızın bulguları açısından da önem taşımaktadır.

İlçe ve il merkezinde yaşayanların inkâr, aktif başa çıkma, duygusal sosyal destek kullanımı puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. İlçe merkezinde yaşayanların aktif başa çıkma puanı il merkezinde yaşayanlardan daha yüksektir. İl merkezinde yaşayanların inkâr ve duygusal sosyal destek kullanımı puanları ilçede yaşayanlardan daha yüksektir. Aile öyküsünde meme kanseri değişkeni ile başa çıkma tutumu alt boyutları arasında yapılan test sonucunda zihinsel boş verme ve plan yapma boyutları için anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Aile öyküsünde meme kanseri olmayanların zihinsel boş verme puanı olanlardan daha yüksektir.

Depresyonla, başa çıkma tutumu alt boyutlarından Pozitif yeniden yorumlama, zihinsel boş verme, aktif başa çıkma, inkâr, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma, şakaya vurma, mizah alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Anksiyete ile başa çıkma tutumu alt boyutlarından duygusal sosyal destek kullanımı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

6.2. Sonuç

Bu çalışmada birinci yılını doldurmuş meme kanseri hastalarında anksiyete ve depresyon düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumları incelenmiştir. Araştırma sonuçları aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

Araştırmaya katılanların % 84,0’ında depresyon belirtisi yoktur, % 16,0’ında depresyon belirtisi vardır. Araştırmaya katılanların % 72,3’ünde anksiyete belirtisi yoktur, % 27,7’sinde anksiyete belirtisi vardır. Araştırmaya katılanlardan 10 kişide hem depresyon hem de anksiyeteye birlikte rastlanmıştır.

Depresyon ile “Hastalığınızı neye bağlıyorsunuz?” değişkeni arasında farklılaşma durumu incelenmiş, kendini suçlayanların depresyon puanları kalıtsal nedene bağlayanlardan daha yüksek bulunmuştur.

Depresyon ile “ameliyattan sonra korku ve endişe” değişkeni arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Depresyon puanı en yüksek olan grup ameliyat sonra endişe ve korkusu artanlar olmuş bu grubu sırasıyla değişmeyenler ve azalanlar takip etmiştir.

Depresyon ile “Ameliyattan sonra giyiminizde ve kendinize bakımınızda değişiklik oldu mu?” değişkeni arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır($p<0,05$).

Depresyon ortalama puanı ile “yapılan ameliyattan memnuniyet” değişkeni arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan ameliyattan oldukça memnun olanların depresyon puanları diğerlerinden düşük olarak tespit edilmiştir.

Anksiyete ile “Hastalığınız hakkında bilginiz yeterli mi?” değişkeni arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$).“Hayır, daha çok bilgi istiyorum” diyenlerin anksiyete puanları diğerlerinden daha yüksektir.

Anksiyete ile “Hastalıktan sonra eşinizin size karşı davranışı” değişkeni arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). “Daha mesafeli” diyenlerin anksiyete puanları diğerlerinden daha yüksektir.

Anksiyete ile “ameliyattan sonra korku ve endişe” değişkeni arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). “Arttı” diyenlerin anksiyete puanları diğerlerinden daha yüksektir.

Anksiyete ile “Yapılan ameliyattan memnuniyet” değişkeni arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). “Pek memnun değil” diyenlerin anksiyete puanları diğerlerinden daha yüksektir.

Baş Çıkma Tutumu alt boyutlarından “geri durma” boyutu ile çocuk durumu değişkeni arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çocuğu olanlar geri durma baş çıkma tutumunu daha az sergilemektedir.

Baş Çıkma Tutumu alt boyutlarından “dini olarak baş çıkma” boyutunda İlköğretim mezunlarının puan ortalamaları üniversite mezunlarından daha yüksektir. Baş Çıkma Tutumu alt boyutlarından “Şakaya vurma-Mizah” boyutunda üniversite mezunlarının Şakaya vurma-Mizah baş çıkma tutum puan ortalamaları lise mezunlarından daha yüksektir.

Başa Çıkma Tutumu alt boyutlarından “Pozitif yeniden yorumlama” boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Yarım gün çalışanların “Pozitif yeniden yorumlama” boyutu puanları diğerlerinden yüksektir.

Başa Çıkma Tutumu alt boyutlarından “Pozitif yeniden yorumlama”, “Aktif başa çıkma”, “inkâr”, “Duygusal sosyal destek kullanımı” boyutları ile yaşanan yer değişkeni arasında, anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$).

İlçe merkezinde yaşayanların pozitif yorumlama puanları il merkezinde yaşayanlardan daha yüksektir. İlçe merkezinde yaşayanların aktif başa çıkma puanı il merkezinde yaşayanlardan daha yüksektir. İl merkezinde yaşayanların inkâr ve duygusal sosyal destek kullanımı puanları ilçede yaşayanlardan daha yüksektir.

Aile öyküsünde meme kanseri değişkeni ile zihinsel boş verme ve plan yapma boyutları için anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Aile öyküsünde meme kanseri olmayanların zihinsel boş verme puanı olanlardan daha yüksektir.

“Hastalığınız hakkında bilginiz yeterli mi?” değişkeni ile pozitif yeniden yorumlama ve plan yapma boyutları için anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). “Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar” cevabını verenlerin pozitif yeniden yorumlama ve plan yapma puanları “Evet doktorumun söylediği yeterli” cevabını verenlerden daha yüksektir.

Depresyonla anksiyete arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Depresyonla, başa çıkma tutumu alt boyutlarından pozitif yeniden yorumlama, zihinsel boş verme, aktif başa çıkma, inkâr, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma, şakaya vurma-mizah alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Anksiyete ile başa çıkma tutumu alt boyutlarından duygusal sosyal destek kullanımı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

6.3. Öneriler

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar, verilerin kesitsel nitelikleri göz önünde bulundurularak incelenmiştir. Kesitsel araştırmalar ile elde edilen belirli bir zaman dilimindeki neden-sonuç ilişkisinin değerlendirilmesi diğer araştırma türlerine göre daha zayıftır. İleride yapılacak olan çalışmalarda, kesitsel araştırma tiplerinden olan vaka-kontrol desenli bir araştırma değerlendirilebilir, hasta grup sağlıklı grup ile karşılaştırılabilir.

Hastaların çoğunun kanser hastalığının tanı ve tedavisi hakkında bilgileri yoktur. Doktor ve hemşire gibi destek kaynaklarından, gerekli durumlarda hastanın gereksindiği kadar bilgilendirme ve görüşmeler yapılmalıdır.

Hekim tarafından hastaya, tedaviyle eş zamanlı psikolojik destek alması önerilmelidir. Bireysel destek veya destek gruplarının (grup terapisi) bu zorlu süreçte faydalı olacağı dikkate alınmalıdır. Hastalardaki kaygıyı azaltarak, yaşam kalitesini arttırmak, uyumu sağlamak, hastalığın oluşturduğu krizle sağlıklı baş etmeye yardımcı olmak ve iletişimi güçlendirmek gerekmektedir.

Meme kanseri kadınlarda en çok rastlanan kanser türüdür. Meme kanseri tanısı almış hastalarda, anksiyete ve depresyon düzeylerinin birinci yılın sonunda uyum sürecini tamamlayarak, azalmış olarak devam ettiği gözlemlenmiştir. Bu nedenle hastaların psiko-sosyal desteğe ihtiyacı olduğu görülmektedir. Tedavi yaklaşımında biyo-psiko-sosyal modelin benimsenmesi ve hastanın bütüncül olarak ele alınması gerekir. Hastaya sosyal destek ve güvence sağlanmalıdır.

Toplumda yaygınlığı olan meme kanserinin psikolojik etkilerinin araştırılması, bu konuda gereken çalışmaların yapılması toplum sağlığı açısından da önem arz etmektedir.

7. KAYNAKÇA

- AbdelR. S. Z., & El-Zein, R. A. (2000). The Polymorphism İn The Dna Repair Gene Xrcc1 Modulates The Genotoxic Response İnduced İn Human Lymphocytes By The Tobacco-Specific Nitrosamine Nnk. *Cancer Letters*, 159(1), 63-71.
- Ağargün, M. Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü. K., Özer, Ö. A., Kara, H., COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklerine ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005;6:221-6.
- Akhtar, S., Sinha, S., McKenzie, S., Sagar P. M., Finan P. J. ve Burke D. (2008). Awareness Of Risk Factors Amongst First Degree Relative Patients With Colorectal Cancer. *Colorectal Dis.* 10 (9), 887-90.
- Alacacıoğlu, A., Yavuzşen, T., Diriöz, M., Yeşil, L., Bayrı, D., & Yılmaz, Y. (2007). Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Anksiyete Düzeylerindeki Değişiklikler. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 17, 87-93.
- Ali, S. S., Khan, S. A., Khosa, F., Aneni, E. C., Jones, A., Leger, A. S. S., & Nasir, K. (2017). Noninvasive Assessment Of Subclinical Atherosclerosis İn Persons With Symptoms Of Depression. *Atherosclerosis*.
- Allan, N. P., Albanese, B. J., Short, N. A., Raines, A. M., & Schmidt, N. B. (2015). Support For The General And Specific Bifactor Model Factors Of Anxiety Sensitivity. *Personality and Individual Differences*, 74, 78-83.
- Allan, N. P., Cooper, D., Oglesby, M. E., Short, N. A., Saulnier, K. G., & Schmidt, N. B. (2017). Lower-Order Anxiety Sensitivity And İntolerance Of Uncertainty Dimensions Operate As Specific Vulnerabilities For Social Anxiety And Depression Within A Hierarchical Model. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Altino, D. M., Nogueira-Martins, L. A., de Barros, A. L. B. L., & de Lima Lopes, J. (2017). Predictive Factors of Anxiety and Depression in Patients with Acute Coronary Syndrome. *Archives of Psychiatric Nursing*.
- American Psychiatric Association. (2001). *The Principles Of Medical Ethics: With Annotations Especially Applicable To Psychiatry*. Amer Psychiatric Pub Incorporated.
- Arnaudova, I., Kindt, M., Fanselow, M., & Beckers, T. (2017). Pathways Towards The Proliferation Of Avoidance İn Anxiety And İmplications For Treatment. *Behaviour Research and Therapy*.

- Arslan, S. (2000). Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- Aydemir, Ö., Kırpınar, İ., Satı, T., Uykur, B. ve Cengisiz, C. (2013). Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50, 325-31.
- Baldwin, I. T. (2010). The Evolutionary Context For Herbivore-Induced Plant Volatiles: Beyond The 'Cry For Help'. *Trends in Plant Science*, 15(3), 167-175.
- Berard, R. M., (2001). Depression and Anxiety In Oncology: The Psychiatrist's Perspective. *J Clin Psychiatry*;62 (Suppl. 8): 58-61; Discussion 62-63.
- Berrino, F., Bellati, C., Secreto, G., Camerini, E., Pala, V., Panico, S. & Kaaks, R. (2001). Reducing Bioavailable Sex Hormones Through A Comprehensive Change In Diet: The Diet And Androgens (Diana) Randomized Trial. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 10(1), 25-33.
- Broeren, S., Muris, P., Diamantopoulou, S., & Baker, J. R. (2013). The Course Of Childhood Anxiety Symptoms: Developmental Trajectories And Child-Related Factors In Normal Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(1), 81-95.
- Broeren, S., Muris, P., Diamantopoulou, S., & Baker, J. R. (2013). The Course Of Childhood Anxiety Symptoms: Developmental Trajectories And Child-Related Factors In Normal Children. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 41(1), 81-95.
- Broeren, S., Muris, P., Diamantopoulou, S., & Baker, J. R. (2013). The Course Of Childhood Anxiety Symptoms: Developmental Trajectories And Child-Related Factors In Normal Children. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 41(1), 81-95.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1992). Comorbidity Among Anxiety Disorders: Implications for Treatment and DSM-IV *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 835.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current And Lifetime Comorbidity Of The Dsm-Iv Anxiety And Mood Disorders In A Large Clinical Sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585.

- Bruera, E., Sweeney, C., Calder, K., Palmer, L. (2001). Patient Preferences Versus Physician Perceptions of Treatment Decisions in Cancer Care, *Journal of Clinical Oncology*, Vol 19. Issue 11:2883-2885.
- Bruera, E., Willey, J.S., Palmer, J.L., Rosales, M. (2002). Treatment Decisions for Breast Carcinoma Patient Preferences and Physician Perceptions, *American Cancer Society*; 94: 2076-80.
- Carleton, R. N. (2016). Fear of the Unknown: One Fear To Rule Them All? *Journal of Anxiety Disorders*, 41, 5-21.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., Weintraub, J. K., Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989;56:267-83.
- Cassileth, B. R., Zupkis, R. V., Sutton-Smith, K., & March, V. (1980). Information and Participation Preferences Among Cancer Patients. *Ann Intern Med*, 92(6), 832-836.
- Chen, D., Meng, L., Pei, F., Zheng, Y., & Leng, J. (2017). A Review of DNA Methylation in Depression. *Journal of Clinical Neuroscience*.
- Cisler, J. M., & Olatunji, B. O. (2012). Emotion Regulation and Anxiety Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 14(3), 182-187.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite Model Of Anxiety And Depression: Psychometric Evidence And Taxonomic Implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316.
- Counsell, A., Furtado, M., Iorio, C., Anand, L., Canzonieri, A., Fine, A., & Katzman, M. A. (2017). Intolerance of Uncertainty, Social Anxiety, and Generalized Anxiety: Differences by Diagnosis and Symptoms. *Psychiatry Research*, 252, 63-69.
- Çalışkan, Z., (2007). Erken Evre Meme Kanserli Kadınlarda Ameliyat Tercihleri ve Tercihleri Etkileyen Etmenler, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Danışmanlığı Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir
- Darendeliler, F., Hindmarsh, P.C., Preece, M.A., Cox, L., Brook, C.G. Growth Hormone Increases Rate of Pubertal Maturation. *Acta Endocrinol (Copenh)* 1997 Mar;122(3):414-416.
- Degner, L. F., Kristjanson, L. J., Bowman, D., Sloan, J. A., Carriere, K. C., O'neil, J., & Mueller, B. (1997). Information Needs and Decisional Preferences in Women with Breast Cancer. *Jama*, 277(18), 1485-1492.

- Degner, L.F., Sloan, J.A. (1992). Decision Making During Serious İllness: What Role do Patients Really Want to Play? *Journal of Clinical Epidemiology* Volume 45, Issue 9, Pages 941-950.
- Deschênes, S., Charron, G., Beaudoin, G., Labelle, H., Dubois, J., Miron, M. C., & Parent, S. (2010). Diagnostic İmaging Of Spinal Deformities: Reducing Patients Radiation Dose With A New Slot-Scanning X-Ray İmager. *Spine*, 35(9), 989-994.
- Dinoff, A., Herrmann, N., & Lanctôt, K. L. (2017). Ceramides and Depression: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: From Science to Practice*. Taylor & Francis.
- Ebi, H., Önen, Ö. (2001). Kanserli Hastalarda Depresyon. *Duygudurum Dizisi*, 4:184-191.
- Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common Emotional and Behavioral Disorders in Preschool Children: Presentation, Nosology, and Epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 313-337.
- Eley, T. C., Bolton, D., O'connor, T. G., Perrin, S., Smith, P., & Plomin, R. (2003). A Twin Study of Anxiety Related Behaviours in Preschool Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(7), 945-960.
- Essau, C. A., Conradt, J., Petermann, F. (1999). Frequency and Comorbidity of Social Phobia and Social Fears in Adolescents. *Behav Res and Ther*, 37: 831-843.
- Fadiloğlu, Ç., Cantilav, Ş., Yıldırım, Y. K., & Tokem, Y. (2006). Meme Kanserli Kadınlarda Umutsuzluk Düzeyi ve Baş Etme Davranışları Arasındaki İlişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22(2), 147-160.
- Ferrell, B.R., Grant M, Funk, B., Otis-Green S., Garcia, N. (1997) Quality of Life in Breast Cancer: Part I. Physical and Social Well-Being. *Cancer Nursing*, 20(6),398-408.
- Fisher, P. L., & Noble, A. J. (2017). Anxiety and Depression in People With Epilepsy: The Contribution of Metacognitive Beliefs. *Seizure*, 50, 153-159.
- Gougeon, L., Payette, H., Morais, J., Gaudreau, P., Shatenstein, B., & Gray-Donald, K. (2015). Dietary Patterns and İncidence of Depression in a Cohort of Community-Dwelling Older Canadians. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 19(4), 431.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations.

- Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric Properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29(1), 199-212.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A Review and Meta-Analysis of the Genetic Epidemiology of Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1568-1578.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy Of Cognitive Behavioral Therapy: A Review Of Meta-Analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440.
- Iscan, Z., Rakesh, G., Rossano, S., Yang, J., Zhang, M., Miller, J., & Mann, J. J. (2017). A Positron Emission Tomography Study of the Serotonergic System in Relation to Anxiety in Depression. *European Neuropsychopharmacology*.
- Işık, B. K., Esen, A., Büyükerkmen, B., Kiliç, A., & Menziletoglu, D. (2017). Effectiveness of Binaural Beats in Reducing Preoperative Dental Anxiety. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*.
- Jadoon, N. A., Munir, W., Shahzad, M. A., & Choudhry, Z. S. (2010). Assessment of Depression And Anxiety in Adult Cancer Outpatients: A Cross-Sectional Study. *BMC cancer*, 10(1), 594.
- Jia, Y., Li, F., Liu, Y. F., Zhao, J. P., Leng, M. M., & Chen, L. (2017). Depression and Cancer Risk: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Public Health*, 149, 138-148.
- Josephine, K., Josefine, L., Philipp, D., David, E., & Harald, B. (2017). Internet-and Mobile-based Depression Interventions for People with Diagnosed Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*.
- Kalaycı, Ş. (2008). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. (3. Baskı). Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Kaplan, G. A., Roberts, R. E., Camacho, T. C., Coyne, J. C. (1987). Psychosocial Predictors of Depression. Prospective Evidence from Human Population Laboratories Studies. 125:206-20.
- Karabulutlu, E. Y., Akyıl, R., Karaman, S., & Karaca, M. (2013). Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi ve Psikolojik Sorunlarının İncelenmesi, *Türk Onkoloji Dergisi*, 28(1), 1-9.
- Katzelnick, D. J., & Greist, J. H. (2001). Social Anxiety Disorder: An Unrecognized Problem in Primary Care. *The Journal of Clinical Psychiatry*.

- Kelsey, J. L., Fischer, D.B., Holford, T.R., LiVoisi, V.A., Mostow, E.D., Goldenberg, I.S., White, C. (1981). Exogenous Estrogens and Other Factors in the Epidemiology of Breast Cancer. *Journal of National Cancer Institute*, 67, 327-333.
- Kessler, R. C., DuPont, R. L., Berglund, P ve ark. (2005) Impairment in Pure and Comorbid Generalized Anxiety Disorder and Major Depression at 12 Months in Two National Surveys. 156:1915-1923.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve Month and Lifetime Prevalence and Lifetime Morbid Risk of Anxiety and Mood Disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184.
- Key, T., Appleby, P., Barnes, I., & Reeves, G. (2002). Endogenous Sex Hormones and Breast Cancer in Postmenopausal Women: Reanalysis of Nine Prospective Studies. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(8), 606-616.
- Kissane, D. W., Clarke, D. M., Street, A. F. (2001). Demoralization Syndrome a Relevant Psychiatric Diagnosis for Palliative Care. *J Palliat Care*;17:12-21.
- Kocaman, N. (2008). Tıbbi Hastalığa Psikososyaltepkiler. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 71(2).
- Koerner, A., Radiotis, G., & Fritzsche, K. (2010). Psychosomatic Consultation-liaison Services for Patients with Melanoma at the General Medical Hospital a Comprehensive Cancer Care Approach. *Psycho-oncology*, 19, S218-S219.
- Krueger, R. F., Watson, D., & Barlow, D. H. (2005). Introduction to the Special Section: Toward a Dimensionally Based Taxonomy of Psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 491.
- Kum, N. (1996). Organik Ruhsal Bozukluklar. *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı* (ed: N.Kum). Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:13. Birlik Ofset Ltd. Şti. İstanbul, 67-81
- Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M. J. (2000). Experimental Manipulation of İntolerance of Uncertainty: A Study of a Theoretical Model of Worry. *Behaviour Research and Therapy*, 38(9), 933-941.
- Lepore, S. J., & Coyne, J. C. (2006). Psychological İnterventions for Distress in Cancer Patients: a Review of Reviews. *Annals of Behavioral Medicine*, 32(2), 85-92.
- Li, Y., Lv, M. R., Wei, Y. J., Sun, L., Zhang, J. X., Zhang, H. G., & Li, B. (2017). Dietary Patterns and Depression Risk: A Meta-Analysis. *Psychiatry Research*.

- Lynch, H., Watson, P., Conway, T., Lynch, J., Narod, S., & Feunteun, J. (1991). Familial Breast-Ovarian Cancer Locus on Chromosome 17q12-q23. *The Lancet*, 338(8759), 82-83.
- McCall, N. T., Parks, P., Smith, K., Pope, G., et al. The Prevalance of Major Depression or Dysthymia Among Aged Medicare Fee-For-Servicebeneficiaries. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:557-65.
- McDonnell, G. A., Salley, C. G., Barnett, M., DeRosa, A. P., Werk, R. S., Hourani, A., & Ford, J. S. (2017). Anxiety Among Adolescent Survivors of Pediatric Cancer. *Journal of Adolescent Health*.
- McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. (2007). Examining the Association Between Parenting and Childhood Anxiety: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 155-172.
- McPherson, K., Steel, C., Dixon, J. M. Breast Cancer -Epidemiology, Risk Factors, and Genetics. *British Medical Journal* 2000; 321: 624–628.
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating Components of Emotion and Its Dysregulation in Anxiety and Mood Psychopathology. *Behavior Therapy*, 38(3), 284-302.
- Mills, M. E., Sullivan, K. (1999). The Importance of Information Giving for Patients Newly Diagnosed With Cancer: A Review of the Literature. *J Clin Nurs*, 8, 631-42.
- Nielsen, S. K. K., Lønfeldt, N., Wolitzky-Taylor, K. B., Hageman, I., Vangkilde, S., & Daniel, S. I. F. (2017). Adult Attachment Style and Anxiety the Mediating Role of Emotion Regulation. *Journal of Affective Disorders*, 218, 253-259.
- Norton, P. J., & Hope, D. A. (2005). Preliminary Evaluation of a Broad-Spectrum Cognitive Behavioral Group Therapy for Anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(2), 79-97.
- Parkin, D. M. (1999). Breast Cancer in Europe: Epidemiology and Forecasts. *Electronic Journal of Oncolog*, 45-64.
- Pérez, C. F., Brahm, P., Riquelme, S., Rivera, C., Jaramillo, K., & Eickhorst, A. (2017). Paternal Post-Partum Depression: How Has It Been Assessed? A literature review. *Mental health & Prevention*.
- Pincus, D. B., & Comer, J. S. (2014). Parental Accommodation of Child Anxiety and Related Symptoms: Range, Impact and Correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 765-773.

- Rapee, R. M., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S., & Sweeney, L. (2005). Prevention and Early Intervention of Anxiety Disorders in Inhibited Preschool Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 488-497.
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety Disorders During Childhood and Adolescence: Origins and Treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-341.
- Reis, N., Çoşkun, A., Kızılkaya Beji, N. Jinekolojik Kanserlerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;2: 25-35.
- Reiss, S. (1991). Expectancy Model of Fear, Anxiety, and Panic. *Clinical Psychology Review*, 11(2), 141-153.
- Ruusunen, A., Lehto, S. M., Mursu, J., Tolmunen, T., Tuomainen, T. P., Kauhanen, J., & Voutilainen, S. (2014). Dietary Patterns are Associated with the Prevalence of Elevated Depressive Symptoms and the Risk of Getting a Hospital Discharge Diagnosis of Depression in Middle-Aged or Older Finnish Men. *Journal of Affective Disorders*, 159, 1-6.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., Fedewa, S. A., Ahnen, D. J., Meester, R. G., Barzi, A., & Jemal, A. (2017). Colorectal Cancer Statistics, 2017. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, 67(3), 177-193.
- Sloan, J. A., Goldberg, R. M., Sargent, D. J., Vargas-Chanes, D., Nair, S., Cha, S. S., & Loprinzi, C. L. (2002). Women Experience Greater Toxicity with Fluorouracil-Based Chemotherapy for Colorectal Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 20(6), 1491-1498.
- Spence, R. (2001). *Information Visualization* (Vol. 1). Reading: Addison-Wesley.
- Spence, S. H., Rapee, R., McDonald, C., & Ingram, M. (2001). The Structure of Anxiety Symptoms Among Preschoolers. *Behaviour Research and Therapy*, 39(11), 1293-1316.
- Starcevic, K., Kralj, M., Ester, K., Sabol, I., Grce, M., Pavelic, K., & Karminski-Zamola, G. (2007). Synthesis, Antiviral and Antitumor Activity of Substituted Amidino Benzimidazoles. *Bioorganic & Medicinal Chemistry*, 15(13), 4419-4426.
- Svane, G., Nilsson, B., & Holm, L. E. (1993). Dietary Habits and Mammographic Patterns in Patients with Breast Cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 26(3), 207-215.

- Tavlı, F., & Ünsal, G. Fabrika Çalışanlarının Stres Kaynakları ve Stresle Başa Çıkma Tutumlarının Değerlendirilmesi.
- Tezcan, E. (2000). Depresyonun Ayırıcı Tanısı, *Duygudurum Dizisi*, 2, 77-98.
- Thase, M. E., Haight, B. R., Richard, N., Rockett, C. B., Mitton, M., Modell, J. G., & Wang, Y. (2005). Remission Rates Following Antidepressant Therapy with Bupropion or Selective Serotonin Reuptake Inhibitors: a Meta-Analysis of Original Data From Randomized Controlled Trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(8), 974-981.
- Tokgöz, G., Yaluğ, İ., Özdemir, S., Yazıcı, A., Uygun, K., Aker, T. Kanser Hastalarında Major Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9:59- 66.
- Tünel, M. (2011). Meme Kanserli Hastalarda Cerrahi Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeyi. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Van Der Bruggen, C. O., Stams, G. J. J., & Bögels, S. M. (2008). Research Review: The Relation Between Child and Parent Anxiety and Parental Control: A Meta Analytic Review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(12), 1257-1269.
- Wang, A., Chen, L., Zhao, B., & Xu, Y. (2006). First-Year Students' Psychological and Behavior Adaptation to College: The Role of Coping Strategies and Social Support. *US-China Education Review*. 3(5), 51-57
- Weeks, M., Coplan, R. J., & Kingsbury, A. (2009), The Correlates and Consequences of Early Appearing Social Anxiety in Young Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 965-972.
- Weihs, K. L., Enright, T.M., (2017). Effects of Breast Conservation on Psychological Morbidity Associated with Diagnosis and Treatment of Early Breast Cancer. Representations Affect Anxiety, Depression, and Infertility-Related Stress, *Open Journal of Medical Psychology*, 01.
- Wittchen, H. U. (1994). Reliability and Validity Studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a Critical Review. *Journal of Psychiatric Research*, 28(1), 57-84.
- Wittchen, H. U., & Fehm, L. (2001). Epidemiology, Patterns of Comorbidity, and Associated Disabilities of Social Phobia. *Psychiatric Clinics*, 24(4), 617-641.

- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Fratiglioni, L. (2011). The Size and Burden of Mental Disorders and Other Disorders of the Brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.
- Yıldırım, Y., (2009). Thromboembolic Complications of Cancer and Management. *Acta Oncologica Turcica*, 42(2), 86-91.
- Zhang, S., Zeng, H., Bray, F., & He, J. (2016). Cancer Statistics in China, CA: *a Cancer Journal For Clinicians*, 66(2), 115-132.
- Zhu, J., Ooi, L. L., Li, Y., Coplan, R. J., Xie, Q., Zhang, Y., & Xu, P. (2017). Concomitants and Outcomes of Anxiety in Chinese Kindergarteners: A One-Year Longitudinal Study. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 52, 24-33.
- Zimmerman, M., Martin, J., Clark, H., McGonigal, P., Harris, L., & Holst, C. G. (2017). Measuring Anxiety in Depressed Patients: A Comparison of the Hamilton Anxiety Rating Scale and the DSM-5 Anxious Distress Specifier Interview. *Journal of Psychiatric Research*.
- <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/860-yeni-d%C3%BCnya-kanser-istatistikleri-yay%C4%B1nland%C4%B1.html>, Erişim Tarihi: 05.06.2017, erişim saati: 14.00
- <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/2106-2014-y%C4%B1l%C4%B1-t%C3%BCrkiye-kanser-istatistikleri.html>, Erişim Tarihi: 06.07.2017, erişim saati: 13.00

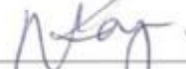
8. EKLER

8.1. EK 1. Etik Kurul Kararı

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
65		2 Haziran 2017

KARAR NO 30- Kurulumuzun 14 Nisan 2017 tarihli ve 64 sayılı toplantısında alınan 33 numaralı karara konu olan, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü'nde, Prof. Dr. Şükrü Uğuz yönetiminde, Rabia Geyikçi tarafından yürütülen, "Birinci Yılına Tamamlamış Meme Kanseri Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ve Hastalıkla Başa Çıkma Tutumları" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasında veri toplama merkezinin Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi yerine Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı olması şeklindeki protokol değişikliği konusundaki bildirim araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Mehmet Kanadaşı Kardiyoloji Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyostatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

8.2. EK 2. Ölçek Kullanım İzin Talebi ve Yanıtı

Gönderen: **Rabia Velibeyoglu** <rabiavelibeyoglu@gmail.com>

Tarih: 24 Şubat 2017 23:19

Konu: Re: ölçek izni

Alıcı: myagargun@medipol.edu.tr

24 Şub 2017 Cum, saat 23:18 tarihinde <

M

myagargun@medipol.edu.tr > şunu

^

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Selamlar

[Android için Outlook uygulamasını](#) edinin

Çok teşekkür ederim hocam

RV

Rabia Velibeyoglu <rabiavelibeyoglu@gmail.com> 24 şub 10:52 PM +0300

^

Ben Adana'dan Çağ Üniversitesi Psikoloji Yüksek Lisans tez öğrencisiyim. Adım Rabia Geyikçi. Tezimde ilk yılını tamamlamış meme kanseri hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarını inceleyeceğim.

Hocam izniniz olursa Baş Etme Tutumları Değerlendirme Ölçeği (COPE) 'ni kullanmak istiyorum.

8.3. EK 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sizi “**Rabia Geyikçi**” tarafından yürütülen “**Birinci Yılı Tamamlamış Meme Kanseri Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ve Hastalıkla Başa Çıkma Tutumları**”nı belirlemek amacıyla hazırlanan araştırmaya davet ediyoruz. Sizden tahminen 30 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya rabiavelibeyoglu@gmail.com e-posta adresi ve **0535 921 67 82** numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Bana çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının;

Adı Soyadı:

İmza:

Araştırmacının;

Adı Soyadı: Rabia Geyikçi

E -posta: rabiavelibeyoglu@gmail.com

İmza:

8.4. EK 4. Sosyodemografik Veri Formu

Adı soyadı :
Yaşı :
Medeni Durumu:1. Bekar 2.Evli
Çocuk Durumu: 1. Var(Sayısı:) 2. Yok
Eğitim durumu: 1. İlköğretim 2. Lise 3. Üniversite
Mesleği: 1. Tam gün 2. Yarım gün 3. İşsiz 4. Emekli
Sosyoekonomik durumu: 1. Alt 2.Orta 3. Üst
Yaşadığı yer: 1. Köy 2. İlçe 3. İl merkezi
Sosyal güvencesi: 1. Var 2. Yok
Aile öyküsünde meme kanseri: 1. Var(Ölüm:) 2. Yok
Hastalığınızı neye bağlıyorsunuz? 1. Kalıtım 2. Allahtan/kader 3. Çevre 4. Kendini Suçlama
Hastalığınız hakkında bilginiz yeterli mi? 1. evet doktorumun söylediği yeterli 2. Hayır, daha çok bilgi istiyorum 3. Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar
Hastalıktan sonra eşinizin size karşı davranışı: 1. Değişmedi 2. Daha mesafeli 3. Daha yakın
Hastalık evresi :
Radyoterapi:1.Var 2. Yok
Kemoterapi: 1. Var 2. Yok
Ameliyattan sonra korku ve endişe:1 .Arttı 2. Azaldı 3. Değişmedi
Ameliyattan sonra cinsel ilişki sıklığı:1. Arttı 2. Azaldı 3. Değişmedi
Ameliyattan sonra giyiminizde ve kendinize bakımınızda değişiklik oldu mu? 1. Arttı 2. Azaldı 3. Değişmedi

Yapılan ameliyattan memnuniyet

1. Çok memnun
2. Oldukça memnun
3. Kararsız
4. Pek memnun değil
5. Hiç memnun değil



8.5. EK 5. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- 0.Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1.Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

3.O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0.Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1.Gelecek hakkında karamsarım.

2.Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

3.Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0.Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.

2.Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

3.Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0.Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1.Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.

2.Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

3.Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0.Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1.Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

2.Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

3.Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0.Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.

1.Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.

2.Cezalandırılmayı bekliyorum.

3.Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0.Kendimden memnunum.

1.Kendi kendimden pek memnun değilim.

2.Kendime çok kızıyorum.

3.Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum

1.Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm

2.Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum

3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0.Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1.Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.

2.Kendimi öldürmek isterdim.

3.Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0.Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1.Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.

2.Çoğu zaman ağlıyorum.

3.Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1.Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.

2.Şimdi hep sinirliyim.

3.Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1.Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

2.Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.

3.Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1.Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

2.Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

3.Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1.Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

2.Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.

3.Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1.Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.

2.Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

3.Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1.Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

2.Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

3.Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1.Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

2.Yaptığım her şey beni yoruyor.

3.Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18-0. İştahım her zamanki gibi.

1.İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2.İştahım çok azaldı.

3.Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1.İki kilodan fazla kilo verdim.

2.Dört kilodan fazla kilo verdim.

3.Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1.Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.

2.Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.

3.Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1.Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.

2.Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.

3.Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

8.6. EK 6. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerin yanındaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

0. Hiç	1. Hafif Derecede	2. Orta Derecede	3. Ciddi derecede
--------	-------------------	------------------	-------------------

Sizi ne kadar rahatsız etti ?

	Hiç	Hafif Derecede	Orta Derecede	Ciddi Derecede
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	0	1	2	3
2. Sıcak/ateş basmaları	0	1	2	3
3. Bacaklarda halsizlik, titreme	0	1	2	3
4. Gevşeyememe	0	1	2	3
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu	0	1	2	3
6. Baş dönmesi veya sersemlik	0	1	2	3
7. Kalp çarpıntısı	0	1	2	3
8. Dengeyi kaybetme duygusu	0	1	2	3
9. Dehşete kapılma	0	1	2	3
10. Sinirlilik	0	1	2	3
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu	0	1	2	3
12. Ellerde titreme	0	1	2	3
13. Titreklik	0	1	2	3
14. Kontrolü kaybetme korkusu	0	1	2	3
15. Nefes almada güçlük	0	1	2	3
16. Ölüm korkusu	0	1	2	3
17. Korkuya kapılma	0	1	2	3
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	0	1	2	3
19. Baygınlık	0	1	2	3
20. Yüzün kızarması	0	1	2	3
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)	0	1	2	3

8.7. EK 7. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

Açıklama: Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösteriniz. Seçenekleri işaretlerken aşağıda belirtilen puanlamayı kullanınız.

1. Asla böyle bir şey yapmam 2. Çok az böyle yaparım

3. Orta derecede böyle yaparım 4. Çoğunlukla böyle yaparım

Madde	
1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.	1 2 3 4
2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.	1 2 3 4
3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.	1 2 3 4
4.Başkalarından bu tur sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.	1 2 3 4
5.Sorunla basa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.	1 2 3 4
6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.	1 2 3 4
7.Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım.	1 2 3 4
8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.	1 2 3 4
9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.	1 2 3 4
10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm.	1 2 3 4
11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım	1 2 3 4
12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.	1 2 3 4
13.Kendimi yasadığım soruna alıştırmaya çalışırım.	1 2 3 4
14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.	1 2 3 4
15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi	1 2 3 4

uzak tutmaya uğraşmam.	
16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.	1 23 4
17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.	1 23 4
18.Allah`in yardımını umarım.	1 23 4
19.Bir eylem planı yaparım.	1 23 4
20.Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.	1 23 4
21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.	1 23 4
22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.	1 23 4
23.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.	1 23 4
24.Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.	1 23 4
25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.	1 23 4
26.Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.	1 23 4
27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.	1 23 4
28.Duygularımı dışarı vururum.	1 23 4
29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.	1 23 4
30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.	1 23 4
31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.	1 23 4
32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.	1 23 4
33.Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.	1 23 4
34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.	1 23 4
35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.	1 23 4
36.Sorunla ilgili şaka yaparım.	1 23 4
37.İstediğimi elde etmek için uğraşmayı bırakırım.	1 23 4
38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.	1 23 4
39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.	1 23 4
40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.	1 23 4

41.Olumsuz şeyler yaparak islerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.	1 23 4
42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde çaba gösteririm.	1 23 4
43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.	1 23 4
44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.	1 23 4
45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bur durumda ne yaptıklarını sorarım.	1 23 4
46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.	1 23 4
47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek bunun için dobra dobra bir tavır takınırım.	1 23 4
48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.	1 23 4
49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.	1 23 4
50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.	1 23 4
51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.	1 23 4
52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.	1 23 4
53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.	1 23 4
54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.	1 23 4
55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.	1 23 4
56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.	1 23 4
57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.	1 23 4
58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.	1 23 4
59.Basıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.	1 23 4
60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.	1 23 4

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler :

Adı Soyadı :Rabia GEYİKÇİ

Doğum Tarihi :08.08.1991

Doğum Yeri :Fatih /İstanbul

Medeni Durum :Evli

Email :rabiavelibeyoglu@gmail.com

Telefon :05359216782

Eğitim Durumu :

Lisans :İstanbul Bilgi Üniversitesi Psikoloji Bölümü (2014)

Yüksek Lisans : Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji
Anabilim Dalı (2017)