



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**COVID-19 PANDEMİSİ SIRASINDA TEDAVİ ALMAKTA OLAN
KANSER HASTALARINDA PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Gonca AŞUT

ANKARA, 2020



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**COVID-19 PANDEMİSİ SIRASINDA TEDAVİ ALMAKTA OLAN
KANSER HASTALARINDA PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Gonca AŞUT

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Gamze ÖZÇÜRÜMEZ BİLGİLİ

ANKARA, 2020

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, desteğini her zaman hissettiğim, tez hazırlama sürecimde anlayış ve sabırla emeğini esirgemeyen tez danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Gamze Özçürümez Bilgili'ye; birlikte çalışma fırsatı bulduğum için çok şanslı hissettiğim değerli hocalarım Öğr. Gör. Dr. Nurhak Çağatay Birer'e, Öğr. Gör. Dr. Özgün Karaer'e, Öğr. Gör. Dr. Arda Karagöl'e; Çocuk Psikiyatrisi rotasyonum sırasında birlikte çalışmaktan çok mutlu olduğum, pek çok şey öğrendiğim değerli hocalarım Doç. Dr. Burcu Akın Sarı'ya, Öğr. Gör. Dr. Hande Taner Ayraller'e, Uzm. Dr. Duygu Kaba'ya ve Psk. Dr. Zulal Törenli Kaya'ya, tanıştığımız günden itibaren bilgi ve desteğini esirgemeyen, sorularımı sabırla yanıtlayan değerli arkadaşım Uzm. Dr. Candan Taşkiran'a; rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerini aktaran Başkent Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalı'nın ve Başkent Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nın değerli öğretim üyelerine; tezimin veri toplama aşamasındaki desteklerinden dolayı Prof. Dr. Özden Altundağ'a ve tüm Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı ekibine, tezimin istatistik aşamasında anlayış ve sabırla destek olan Öğr. Gör. Dr. Selvi Kayıpmaz'a ve sevgili arkadaşım Doç. Dr. Meltem Anafarta Şendağ'a; uzmanlık eğitimi sürecim boyunca birlikte çalıştığım bilgilerini ve desteklerini esirgemeyen tüm uzman ve asistan arkadaşlarıma, tüm psikologlara, psikiyatri hemşirelerine ve sağlık personeline teşekkür ederim.

Psikiyatri asistanlığına ilk adımı attığım Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, desteğini her zaman hissettiğim değerli hocam Prof. Dr. Erol Göka'ya, araştırma ve öğrenme azmimi her zaman destekleyen Prof. Dr. İhsan Tuncer Okay'a, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum ve çok şey öğrendiğim Doç. Dr. Makbule Çiğdem Aydemir'e ve Doç. Dr. Elif Tatlıdil Yaylacı'ya, Uzm. Dr. Hasan Kaya'ya, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili kıdemlilerim Uzm. Dr. Aybeniz Civan Kahve'ye, Uzm. Dr. Özlem Çıtak Ekici'ye, Uzm. Dr. Davut Ocak'a ve ayrı ayrı yerlerde tamamlıyor olsak da bu yolculuğa birlikte başladığım eş kıdemlilerim Dr. Atike Gül Çakıl'a ve Dr. Alper Bülbül'e teşekkür ederim.

Varlıkları ile kendimi özel hissettiren, her koşulda beni destekleyen, sonsuz fedakarlık ve emekleri ile hep yanımda olan, hayattaki en büyük şansım canım aileme şükranlarımı sunuyorum.

Dr. Gonca AŞUT

ÖZET

COVID-19 21.yüzyılda insanlığın gördüğü en büyük salgındır ve birçok psikososyal problemi de beraberinde getirmektedir. Çalışmalar, kanser hastalarının artmış COVID-19 riski altında olabileceğini ve prognozun daha kötü olabileceğini göstermektedir. Çalışmamızda, COVID-19 risk algısı, anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi; kanser hastalarındaki anksiyete-depresyon belirti şiddetlerinin sağlıklı gönüllülerle karşılaştırılması; tüm katılımcılarda COVID-19 pandemisi sürecinde, kanser hastalarında ek olarak tedavi süreçlerinde ruhsal iyilik haline temel oluşturabilecek psikolojik dayanıklılığın (PD) ve ilişkili etkenlerin belirlenmesi hedeflenmiştir.

Çalışmaya, Mayıs-Ağustos 2020 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalında herhangi bir solid organ kanseri nedeniyle tedavi almakta olan 113 kanser hastası ve sağlık çalışanı olmayan 293 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. Sosyodemografik veri formu, çalışmacı tarafından hazırlanan COVID-19 pandemisi risk algısı formu (COVID-19RA), Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ), Zihinselleştirme Ölçeği (ZÖ), Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği (HADÖ) tüm katılımcılar tarafından; kanser tedavisi sırasında görülebilecek yan etkiler formu ve Travma Sonrası Bilişler Ölçeği (TSBÖ) sadece kanser hastalığı olan katılımcılar tarafından; hastaların kanser tanısı ve tedavilerine ilişkin bilgileri içeren form çalışmacı tarafından hastane kayıtları kontrol edilerek doldurulmuştur

Çalışmamızda, anksiyete ve depresyon belirti düzeyleri pandemi öncesinde yapılan epidemiyolojik çalışmalardan yüksek bulunmuştur. Ayrıca kadınlarda ve sosyal medyada daha fazla zaman harcayanlarda anksiyete ve COVID-19 RA düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Zihinselleştirme kapasitesindeki artış ve PD artışı ile COVID-19 RA, anksiyete ve depresyon belirti düzeyleri düşmektedir. Kanser hastalarında PD'nin, stresle başa çıkma tutumlarının ve zihinselleştirme kapasitesinin anksiyete, depresyon, TSSB ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Kanser hastalarında tedavi sırasında ortaya çıkabilecek psikopatolojilerde PD, başa çıkma tarzları ve kendiliğe ilişkin zihinselleştirme kapasitesinin desteklenmesi önemli görünmektedir. Pandemi döneminde çevrim içi anketler yardımıyla da olsa gerek toplumun gerek duyarlı grupların ruh sağlığına yönelik taramalar yapılması, koruyucu önlemlerin geliştirilebilmesi açısından vazgeçilmezdir.

ABSTRACT

Psychological Resilience and Related Factors in Cancer Patients During the COVID-19 Pandemic

COVID-19 is the largest epidemic in the 21st century and brings many psychosocial problems. Studies show that cancer patients may be at increased risk of COVID-19, and the prognosis may be worse in these group. The aim of this study was to determine the COVID-19 risk perception, anxiety and depression levels in cancer patients, to compare anxiety-depression symptom severity in cancer patients and healthy volunteers, and to determine the variables related to psychological resilience (PR) which could form the basis for mental health during COVID-19 pandemic and cancer treatment.

In this study, 113 cancer patients, who are treated for any solid organ cancer in Başkent University Medical Oncology Department between May and August 2020, and 293 healthy volunteers, who are not healthcare workers, were included. The sociodemographic data form, the COVID-19 pandemic risk perception form (COVID-19 RP), Intolerance of Uncertainty Scale (IUS), The Mentalization Scale (MentS), Resilience Scale for Adults (RSA), Ways of Coping Inventory (WCI) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were filled out by all participants; the cancer treatment side effects form and The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI) were filled out only by the cancer patients; and the cancer diagnosis and treatment information form was filled out by the investigator by checking the hospital records.

In our study, anxiety and depression symptom levels were found to be higher than epidemiological studies conducted before the pandemic. In addition, higher levels of anxiety and COVID-19 RP were found in women and those who spent more time on social media. COVID-19 RP, anxiety and depression symptom levels decrease with the increase in mentalization capacity and in PR. It has been found that PR, stress coping attitudes and mentalization capacity are associated with anxiety, depression, and PTSD in cancer patients.

It seems important to support PR, positive coping styles and self-mentalization capacity, for avoiding psychopathologies that may arise during treatment in cancer patients. During the pandemic, even with the help of online surveys, screening the mental health of the society and vulnerable groups is indispensable in terms of developing protective measures.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa Numarası
Özet.....	iii
Abstract.....	iv
İçindekiler.....	v
Kısaltmalar Dizini.....	ix
Tablolar Dizini.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Kanser.....	5
2.1.1. Kanserin Tanımı	5
2.1.2. Kanserin Tarihçesi.....	5
2.1.3. Kanserin Epidemiyolojisi.....	5
2.1.4. Kanserin Etiyolojisi.....	7
2.1.5. Kanserde Sık Görülen Belirti ve Bulgular.....	7
2.1.6. Kanserde Tarama ve Tanı Yöntemleri.....	7
2.1.7. Kanserlerin Sınıflandırılması.....	9
2.1.8. Kanserlerin Evrelendirilmesi ve Derecelendirilmesi.....	9
2.1.9. Kanser Tedavisi ve Kullanılan Yöntemler.....	10
2.1.10. Kanser Tedavisi Sırasında Sık Görülen Yan Etkiler.....	11
2.1.11. Kanser ve Psikolojik Tepkiler.....	12
2.2. Koronavirüs Hastalığı.....	16
2.2.1. COVID-19 ve Kanser.....	19
2.3. Stres ve Stresle Başa Çıkma.....	21
2.3.1. Stresin Tanımı ve Tarihçesi.....	21
2.3.2. Stres Kuramları.....	22
2.3.3. Stresle Başa Çıkma.....	24
2.3.4. Stres, Stresle Başa Çıkma ve Kanser.....	28
2.3.5. Stres, Stresle Başa Çıkma ve COVID-19 Pandemisi.....	28
2.4. Travma Kavramı ve Travma Sonrası Bilişler.....	29
2.4.1. Travmanın Tanımı.....	29
2.4.2. Travmanın Kavramının Tarihçesi.....	29
2.4.3. Travma Sonrası Bilişler.....	30
2.4.4. Travma ve Kanser.....	32

2.5. Anksiyete ve Depresyon.....	33
2.5.1. Anksiyete.....	33
2.5.2. Depresyon.....	34
2.5.3. Kanser Hastalarında Anksiyete ve Depresyon.....	35
2.6. Psikolojik Dayanıklılık.....	37
2.6.1. Psikolojik Dayanıklılığın Tanımı.....	37
2.6.2. Psikolojik Dayanıklılık Kavramının Gelişimi.....	38
2.6.3. Psikolojik Dayanıklılığın Boyutları.....	40
2.6.4. Psikolojik Dayanıklılığın Gelişimi, Koruyucu Faktörler ve Riskler.....	43
2.6.5. Psikolojik Dayanıklılık ve Psikopatolojiler.....	47
2.6.6. Psikolojik Dayanıklılık ve Stresle Başa Çıkma.....	48
2.6.7. Psikolojik Dayanıklılık, Travma ve Travma Sonrası Bilişler...	49
2.6.8. Psikolojik Dayanıklılık ve Kanser.....	50
2.6.9. Psikolojik Dayanıklılık ve COVID.....	51
2.7. Zihinselleştirme (Mentalizasyon)	52
2.8. Belirsizliğe Tahammülsüzlük.....	58
2.8.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Tanımı.....	58
2.8.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Kavramının Gelişimi.....	59
2.8.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Psikopatoloji.....	60
2.8.4. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Stresle Başa Çıkma.....	61
2.8.5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Kanser.....	62
3. GEREÇ VE YÖNTEM	64
3.1. Örneklem.....	64
3.1.1. Çalışmaya Alınma Ölçütleri.....	65
3.1.2. Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri.....	65
3.2. Yöntem.....	65
3.3. Çalışmada Kullanılan Gereçler.....	66
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	66
3.3.2. Kanser Hastaları Tarafından Doldurulan Veri Formu.....	66
3.3.3. Kanser Hastalarının Medikal Bilgilerine İlişkin Hekim Tarafından Doldurulan Veri Formu.....	67
3.3.4. COVID-19 Değerlendirme Formu.....	67
3.3.5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği-Kısa Formu.....	68
3.3.6. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.....	69
3.3.7. Zihinselleştirme Ölçeği.....	70

3.3.8. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği.....	71
3.3.9. Hastane Anksiyete – Depresyon Ölçeği.....	72
3.3.10. Travma Sonrası Bilişler Ölçeği.....	73
3.4. İstatistiksel Değerlendirme.....	74
4. BULGULAR.....	76
4.1. Hasta ve Kontrol Gruplarının Bazı Sosyodemografik ve Klinik Bilgilerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler.....	76
4.1.1. Kanser Hastası Olmayan Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri.....	76
4.1.2. Kanser Hastalarına Ait Sosyo Demografik Bilgiler	77
4.1.3. Kanser Hastalarının Bazı Klinik Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	79
4.1.4. Kanser Hastası Olan ve Olmayan Katılımcıların COVID-19 Anket Formu Yanıtlarına Yönelik Bilgiler.....	80
4.1.5. HADÖ ve TSBÖ kesme puanlarına göre katılımcıların psikopatoloji risk dağılımları.....	82
4.2. Zihinselleştirme Ölçeğinin Faktör Yapısının Test Edilmesi.....	82
4.3. İki Düzeyli Kategorik Demografik Değişkenlerin Araştırma Değişkenlerine Yönelik Farkları.....	84
4.3.1. Ölçek Puanlarının Hasta ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımları.....	84
4.3.2. Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımları.....	85
4.3.3. Cinsiyetlere Göre Hasta ve Kontrol Gruplarında Ölçek Puanlarının Dağılımı	87
4.3.4. Hastalarda Kanser Evrelerine Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	89
4.3.5. ZÖ-K Puanlarına Göre İki Gruba Ayrılan Kanser Hastalarında Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	90
4.3.6. Kanser Hastalarında Psikopatoloji Varlığına Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	91
4.3.7. Kanser Hastalarında Diğer Değişkenlerle İlgili Karşılaştırma Sonuçları.....	95
4.4. Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Bulguları.....	95
4.4.1. Tüm Gruba Ait Değişkenlerle Yapılan Korelasyon Sonuçları..	95
4.4.2. Cinsiyet Etkisi Kontrol Edilerek Yapılan Korelasyon Sonuçları.....	98
4.4.3. Cinsiyet ve Grup Etkisi Kontrol Edilerek Yapılan Korelasyon Sonuçları.....	104
4.4.4. Kanser Hastalarında Evre Etkisi Kontrol Edilerek Yapılan Korelasyon Sonuçları.....	106

4.5. Hastalarda Regresyon Analizi Bulguları.....	108
4.5.1. Anksiyete Düzeyi Farklarına Yönelik İki Basamaklı Regresyon Analizi Bulguları.....	108
4.5.2. Depresyon Düzeyi Farklarına Yönelik İki Basamaklı Regresyon Analizi Bulguları.....	108
4.5.3. TSSB Düzeyi Farklarına Yönelik İki Basamaklı Regresyon Analizi Bulguları.....	109
5. TARTIŞMA.....	111
5.1. Tüm Katılımcıların Yer Aldığı Analizlere İlişkin Tartışma.....	111
5.2. Kanser Hastaları ile İlgili Tartışma.....	121
5.3. Zihinselleştirme Ölçeği ile İlgili Tartışma.....	130
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	134
KAYNAKLAR	136
EKLER	162
EK-1: Sosyodemografik Veri Formu	
EK-2: Kanser Hastaları Tarafından Doldurulan Veri Formu	
EK-3: Kanser Hastalarının Medikal Bilgilerine İlişkin Hekim Tarafından Doldurulan Veri Formu	
EK-4: COVID-19 Değerlendirme Formu	
EK-5: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği-Kısa Formu (BTÖ-12)	
EK-6: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)	
EK-7: Zihinselleştirme Ölçeği (ZÖ)	
EK-8: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)	
EK-9: Hastane Anksiyete – Depresyon Ölçeği (HADÖ)	
EK-10: Travma Sonrası Bilişler Ölçeği (TSBÖ)	

KISALTMALAR DİZİNİ

- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri
AJCC: Amerikan Kanser Komitesi
AU: Aile uyumu
BEY: Boyun eğici yaklaşım
BT: Belirsizliğe tahammülsüzlük
BTO_T: Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği toplam puanı
BTÖ: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği
COVID-19: Koronavirüs Hastalığı
COVID-19 RA: COVID-19 Risk algısı
ÇY: Çaresiz yaklaşım
DO: Duygu odaklı
DSM-5: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -5
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
GA: Gelecek algısı
HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HADÖ-A: HADÖ - anksiyete alt ölçeği toplam puanı
HADÖ-D: HADÖ - Depresyon alt ölçeği toplam puanı
IARC: Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı
İY: İyimser yaklaşım
KA: Kendilik algısı
KGY: Kendine güvenli yaklaşım
KT: Kemoterapi
LGBTİ: Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Transgender ve İnterseks
MDB: Major Depresif Bozukluk
OCCWG: Obsesif Kompulsif Bilişsel Çalışma Grubu
PD: Psikolojik dayanıklılık
PD_T: Psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı
PO: Problem odaklı
RT: Radyoterapi
SARS: Şiddetli Ani Solunum Yetmezliği Sendromu
SARS-CoV-2: Şiddetli Ani Solunum Yetmezliği Sendromu-Koronavirüs 2

SATK: Sorunlu akıllı telefon kullanımı
SBC: Stresle başa çıkma
SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
SCL-90: Symptom Check List -90 (Belirti Tarama Testi)
SDB: Sosyal desteğe başvurma
SK: Sosyal kaynaklar
SY: Sosyal yeterlilik
TNM: Tümör - Nod - Metastaz
TSBÖ: Travma Sonrası Bilişler Ölçeği
TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
UICC: Uluslararası Kansere Kontrol Örgütü
YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YBG: Yetişkin Bağlanma Görüşmesi
YE: Yan etki
YPDÖ: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
ZÖ: Zihinselleştirme ölçeği
ZÖ-D: Diğerleri temelli zihinselleştirme
ZÖ-K: Kendilik temelli zihinselleştirme
ZÖ-M: Zihinselleştirme motivasyonu
ZÖ_T: Zihinselleştirme ölçeği toplam puanı

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa Numarası
Tablo 2.1. Amerikan Kanseri Birliği'nin semptomsuz kişilerin taraması konusunda önerileri	8
Tablo 2.2. TNM evrelendirme sistemi	10
Tablo 2.3. PD ile ilişkili risk faktörleri ve koruyucu faktörler	46
Tablo 4.1. Kanseri hastası olan ve olmayan katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikler	78
Tablo 4.2. Kanseri hastalarının tanıları ve tedavi süreçlerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler	79
Tablo 4.3. Kanseri hastalarının tanıları ve tedavilerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler.....	80
Tablo 4.4. COVID-19 pandemisine ilişkin değerlendirme formuna ait veriler..	81
Tablo 4.5. COVID-19 pandemisinde görülen psikofizyolojik değişiklikler.....	81
Tablo 4.6. COVID-19 pandemiden psikososyal etkilenme düzeyleri.....	82
Tablo 4.7. Zihinselleştirme ölçeği'nin faktör yapısına ilişkin tablo.....	83
Tablo 4.8. Ölçek puanlarının hasta ve kontrol grubuna göre dağılımı.....	85
Tablo 4.9. Ölçek puanlarının cinsiyete göre dağılımları.....	86
Tablo 4.10. Cinsiyetlere göre hasta ve kontrol gruplarında ölçek puanlarının dağılımı	88
Tablo 4.11. Evrelere göre ölçek puanlarının dağılımı	89
Tablo 4.12. ZÖ-K puanına göre gruplandırılmış hastada ölçek puanlarının dağılımı	91
Tablo 4.13. Hastalarda Anksiyete Kesme Puanlarına Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı	92
Tablo 4.14. Hastalarda Depresyon Kesme Puanlarına Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	93
Tablo 4.15. Hastalarda TSSB Kesme Puanlarına Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	94
Tablo 4.16. Tüm örnekleme ait korelasyon sonuçları.....	97
Tablo 4.17. Hasta grubunda cinsiyet etkisi kontrol edilerek yapılan korelasyon sonuçları.....	99

Tablo 4.18. Kontrol grubunda cinsiyet etkisi kontrol edilerek yapılan korelasyon sonuçları.....	101
Tablo 4.19. Tüm örnekleme cinsiyet etkisi kontrol edilerek yapılan korelasyon sonuçları.....	103
Tablo 4.20. Tüm örnekleme cinsiyet ve grup etkisi kontrol edilerek yapılan korelasyon sonuçları	105
Tablo 4.21. Kanser hastalarında metastaz etkisi kontrol edilerek yapılan korelasyon sonuçları	107
Tablo 4.22. Anksiyete düzeyleri için iki basamaklı regresyon analizi	108
Tablo 4.23. Depresyon düzeyleri için iki basamaklı regresyon analizi	109
Tablo 4.24. TSSB düzeyleri için iki basamaklı regresyon analizi	110

1. GİRİŞ

Kanser, genetik materyalinde mutasyon meydana gelmiş hücrelerin anormal çoğalması ile ortaya çıkan, erken tanı koyulup tedavi edilmediğinde vücudun diğer kısımlarına da yayılabilen ve ölümcül olabilen malign (kötücül) hastalıklar grubudur. Sık görülmesi, morbidite ve mortalitesinin yüksek olması nedeniyle tüm dünyada ve ülkemizde önemli sağlık sorunlarından biri olarak görülmektedir [1]. Kanser, sadece tıbbi olarak değil; içinde korku, umutsuzluk, çaresizlik, suçluluk, terk edilme ve ölüm kaygısı gibi duygu ve düşünceleri içeren, ruhsal ve psikososyal bileşenleri de kapsayacak şekilde, bir bütün olarak ele alınması gereken bir hastalıktır. Kanserli hastalardaki ruhsal bozukluk yaygınlığı %29-47 arasında saptanmıştır [2]. Psikopatoji yaygınlığı, ileri evre ve kötü prognozlu kanseri olanlarda en yüksektir [3-5]. Hastalarda görülen psikiyatrik sorunlar ve sıklıkları, kanserin türüne, hastalığın yapısına, uygulanan tedavi türüne ve yan etkilerine (YE) bağlı olarak değişmektedir [5, 6]. Bu popülasyonda ruhsal bozuklukların %90'ı hastalığa ve tedaviye tepki olarak ortaya çıkmaktadır [7] ve en sık görülen psikopatoloji major depresif bozukluktur (MDB) [2, 7]. Anksiyete bozuklukları ise depresyondan sonra ikinci en sık görülen ruhsal bozukluklardır [7].

Aralık 2019'da Çin'de başlayan ve kısa sürede dünyaya yayılan Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) 21.yüzyılda insanlığın gördüğü en büyük salgındır. Dünya genelinde 24 milyondan fazla vaka ve 840.000'e yakın ölüm bildirilmiştir [8]. Ülkemizde ilk vaka 10 Mart 2020'de bildirilmiş ve bu tarihten itibaren şu ana dek 260.000'den fazla vakaya; 6000'den fazla ölüme neden olmuştur [9]. Yüksek bulaş hızı, görece yüksek ölüm oranları, kesin tedavisinin henüz olmaması, uzun dönem sonuçlarının bilinmemesi tüm dünyada COVID-19 ile ilgili korku oluşturmaktadır. Toplumsal kaygının dramatik artışı, sosyal ve ekonomik faaliyetlerdeki azalma psikososyal problemleri de beraberinde getirmektedir. Pandemi sırasında karantinaya alınan bireylerde depresyon, korku, suçluluk ve öfke düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir [10]. Çalışmalar, kanser hastalarının -malignite, kemoterapi veya cerrahi gibi antikanser tedavilerinin neden olduğu sistemik immunosüpresif durumları nedeniyle- kanseri olmayan bireylere göre enfeksiyona daha duyarlı olduğunu vurgulamaktadır [11, 12]. Bu hastaların artmış COVID-19 riski altında olabilecekleri ve enfeksiyonu kapmaları halinde prognozun daha kötü olabileceği düşünülmektedir. Çin' de yapılan ulusal çaplı bir analizde, kanser hastalarının COVID-19 ile enfekte olmaları halinde, bu hastalarda COVID-19'a bağlı ciddi bir komplikasyon gelişmesi riskinin kanser tanısı olmayan hastalara göre 3,5 kat daha fazla olduğu

bildirilmiş; endemik alanlarda, kanser cerrahisinin ve adjuvan kemoterapinin ertelenmesi önerilmiştir [13]. Amerikan Cerrahlar Akademisi, komplike olmamış jinekolojik kanser ameliyatlarını yarı-acil ameliyatlar sınıfına almış ve bunların 1-4 hafta ertelenebileceğini belirtmiştir [14]. Başka bir çalışmada ise özellikle kanser hastalarında, tüm dikkati COVID-19'a vermenin ve mevcut klinik pratiği terk etmenin olumsuz sonuçlara yol açabileceği bildirilmiştir [15].

Lazarus ve Folkman, stresi, birey ve evre arasındaki, kişinin kapasitesini azaltan, zorlayan, dayanma sınırını aşan ve iyilik halini tehlikeye sokan etkileşim olarak tanımlanmıştır [16]. İnsanlar kendileri için tehdit oluşturan her türlü zorluğa yani strese karşı bedensel ve ruhsal olarak ya kaçma ya da mevcut durumla mücadele etme şeklinde tepki verirler. Her insan hayatında stresli durumlarla karşılaşır, ancak kişilerde tepkiye neden olan stresli durumlar ve bu durumlara verilen tepkiler değişkenlik gösterir. Stresle başa çıkma, kişinin stres etkilerini optimum düzeyde tutabilmek adına gösterdiği, uyum sağlamaya yönelik, sürekli değişen, bilişsel ve davranışsal çabalar olarak değerlendirilir [17]. Bireylerin kişilik özellikleri ve mevcut imknlarını kullanabilme kapasiteleri ile yakından ilişkilidir. Araştırmalarda önemli yaşam olaylarına bağlı stresin psikolojik sorunlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir [17]. Ayrıca yüksek şiddeteki psikososyal stresin kanser etiolojisinde rol aldığı düşünülmektedir [18]. Bunun yanı sıra, kanser ve COVID-19 pandemisi, aniden karşılaşılmaları, katastrofik olma potansiyeli taşımaları, ölüm riski içermeleri, fiziksel problemlerle ilişkili olmaları gibi taşıdıkları benzer özelliklerle ciddi stresrlerdir [19].

Kişinin ruhsal kaynaklarının kısa süre için de olsa baş etmekte yetersiz kaldığı ve uzun süreli psikolojik belirtiler üreten aşırı lde üzücü olaylar travmatik olaylar olarak değerlendirilir [20]. Kanser gibi hayatı tehdit eden bir tanı, tedavi süreci ve sonrasındaki yaşam değişiklikleri kişide travmatik stres kaynağıdır. Travmatik stres sonrasında kişide stres tepkisiyle birlikte çaresizlik ve korku duyguları da açığa çıkar. Travmatik stres kişi için olağandışı şiddetteyse bağlantı kurma, anlamlandırma, denetleme süreçleri aracılığıyla sağlanan doğal başa çıkma mekanizmaları işlevsiz hale gelir. Atıfların ve otomatik düşüncelerin incelendiği araştırmalarda, travma yaşamış bireylerin bilişsel şemalarının kesintiye uğradığı veya değiştiği görülmüştür [21]. Travmatik olayı olağandışı hale getiren diğer yaşamsal olaylar karşısında uyum göstermeyi sağlayan başa çıkma mekanizmalarının işlevsiz hale getirecek düzeyde yüksek bir şiddete sahip olmasıdır.

Belirsizlik, insan hayatının kaçınılmaz parçalarından biridir ancak belirsizliğe karşı olumsuz tutumlar hayatı çok daha zor bir hale sokabilir. Belirsizliğe tahammül, belirsizlik

karşısında yaşanan duruma ilişkin olumsuz tutuma sahip olmayıp, belirsizliğin geçebileceğine dair bilişsel kapasiteye sahip olmakla ilgilidir. Belirsizliğe tahammülsüzlük (BT) ise hayata dair herhangi belirsiz bir durumla karşılaşıldığında bu duruma gerek psikolojik gerekse de davranışsal olumsuz tutumlar sergileyerek durumdan kaçınma yatkınlığı olarak tanımlanır [22]. Sürekli endişe içinde olma halinin ve belirsiz durumları olumsuz bir şekilde yorumlama eğiliminin önemli bir belirleyicisidir [23]. Birçok çalışmada belirsizliğe tahammül düzeylerinin düşük olmasının başta anksiyete bozuklukları ve depresyon olmak üzere birçok psikopatoloji ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [24]. Ayrıca kronik hastalığı olan kişilerle yapılan bir çalışmada, algılanan belirsizliğin anksiyete ve depresyon ile doğru, yaşam kalitesi ile ters orantılı olduğu bildirilmiştir [25].

Fonagy, zihinselleştirme kavramını “kişinin, kendisinin ve diğerlerinin bilinçli ya da bilinçdışı zihin durumlarını anlamasını sağlayan hayali bir zihinsel faaliyet” olarak tanımlamıştır [26]. Başka bir deyişle zihinselleştirme kişinin kendisinde ve karşısındakinde neler olup bittiğinin farkında olması ve davranışlarını buna göre yönlendirebilmesini ifade eder [27]. Zihinselleştirme becerisinde yetersizlikler olduğunda kişinin kendi duygu durumuna anlam vermesi, duygularını tolere etmesi, duygularına uygun yanıtlar vermesi konularında zorluklar yaşanır ayrıca düşünme ve muhakeme etme süreçlerinde de yetersizlikler ortaya çıkabilir. Zihinselleştirme kapasitesi yetersiz olan bireyler esnek düşünemezler; kalıplaşmış fikirler öne sürer, genelleyici cümleler kurar ve olaylara karşı otomatik tepkiler verirler [28]. Zihinselleştirme becerisindeki yetersizlikler, duygu ve düşüncelerin işlenmesini güçleştirmekte ve ruhsal rahatsızlıklara yatkınlık oluşturmaktadır.

Ruhsal bozukluklara karşı koruyucu olduğu gösterilen psikolojik dayanıklılık (PD) genel olarak “kişinin kendisini toparlama gücü” ya da “olumlu uyum becerisi” olarak tanımlanır [29, 30]. Psikolojik dayanıklılığın dinamik bir süreç olduğu ifade edilmektedir [31]. PD iki önemli kavramı barındırır. Birincisi her türlü olumsuz koşulu ve stresli yaşam olaylarını içeren zorluk, ikincisi davranışsal ve sosyal becerileri içeren olumlu uyumdur [32]. Uyumlu olma, dışadönüklük, gelişmiş mizah anlayışı, özgüven, gelişime açık olma, yüksek bilişsel duyarlılık ve esneklik, etkili problem çözme becerilerine sahip olma gibi birçok özellik kişiyi ruhsal patolojilere karşı koruyabilecek kişisel faktörlerdir. Bireylerin kişilik özellikleri, stresle başa çıkma tutumları, zihinselleştirme becerileri, sahip oldukları sosyal destek gibi birçok etken psikolojik dayanıklılıkta rol oynayabilecek aracı değişkenler olarak düşünülmektedir [16, 33].

Yaşamsal tehlikelerinin olması, belirsizlik içermeleri, çaresizlik ve ölüm korkusu gibi duygusal yanıtlara neden olabilmeleri nedeniyle hem kanser hem de COVID-19 pandemisi travmatik stresörler olarak kabul edilebilirler. COVID-19 pandemisi sadece kanser gibi bir immunsupresif hastalığı olan bireyler için değil toplum için de aniden ortaya çıkmış ciddi bir stres faktörüdür. SARS (Şiddetli Ani Solunum Yetmezliği Sendromu) epidemisi sırasında ve sonrasında toplum genelinde ve sağlık çalışanlarında yapılan çeşitli çalışmalarda epideminin psikolojik etkileri değerlendirilmiş ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), anksiyete, depresyon düzeyleri anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur [34, 35]. Alanyazında kanser hastalarında önceki epidemilerin psikolojik etkilerine dair bir araştırma ise bulunmamaktadır.

COVID-19 pandemisi sırasında Çin’de, 129 kanser hastası ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) kullanılarak yapılan bir çalışmada hastaların %53’ünde anksiyete, %50’sinde depresyon belirti düzeyleri yüksek bulunmuştur [36]. Ayrıca uluslararası alanyazında COVID-19 pandemisi ile ilgili olarak bu hastalara yönelik koruyucu önlemleri, kanser tedavi protokollerini, kanser hastalarının yaşayabilecekleri psikososyal sıkıntıları, bu sıkıntıları önlemek ve azaltmak için önerileri içeren yazılar gün geçtikçe çoğalmaktadır [37, 38]. Ulusal alanyazında önerilere ilişkin yazılar yayınlanmaya başlamış olmakla birlikte henüz kanser hastalarının pandemi sürecinden nasıl etkilenmiş olduğuna ilişkin bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda, kanser hastalarının COVID-19 pandemisi sırasında yaşadıkları anksiyete ve depresyon belirti düzeylerinin saptanması; kanser hastalarındaki anksiyete-depresyon belirti şiddetlerinin sağlıklı gönüllülerle karşılaştırılması; kanser hastalarındaki travma sonrası bilişlerin değerlendirilmesi; kanser hastalarında ve sağlık çalışanı olmayan sağlıklı gönüllülerde zihinselleştirme kapasitesi, BT düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarının PD ve anksiyete-depresyon belirti şiddeti ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Çalışmamızın ana hipotezi, zihinselleştirme kapasitesi ve belirsizliğe tahammül düzeyleri yüksek olan kişilerde olumlu baş etme tarzlarının kullanıldığı; bu kişilerin PD düzeylerinin yüksek olduğu ve hem kanser hastası olan bireylerde hem de sağlıklı kontrol grubunda bu özellikleri taşıyan bireylerin COVID-19 pandemisi sürecinde daha az anksiyete ve depresyon belirti şiddeti gösterdikleridir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

2.1.1. Kanserin Tanımı

Kanser, bir dokudaki hücrelerin -genetik materyallerinde oluşan ve sonraki hücrelere aktarılabilen, ölümcül olmayan genetik hasara bağlı olarak- kontrolsüz ve aşırı çoğalmaları sonucu meydana gelen malign hastalıklar grubunun genel adıdır [39, 40].

Kanser, etkilenen hücrelerde sadece yapısal değil işlevsel farklılıklara da neden olur. Bu işlevsel farklılık hücrenin var olan normal işlevlerinin kaybolması veya önceden sahip olmadığı yeni işlevler kazanması şeklinde olabilir. Sadece yerel hücreleri değil, çevre ve uzak dokulara yayılarak o dokuların işlevlerini de etkileyebilirler. Kanseri hücrelerin vücudun diğer bölümlerine yayılmasına metastaz adı verilir [40].

Malign tümörler veya neoplazmlar olarak adlandırılan kanserler anormal hücrelerin köken aldığı doku ya da organa göre farklı isimler alırlar (ör. Akciğer, mide, adenokarsinom vb.) Belirtileri, bulguları, kullanılan sağıltım yöntemleri ve seyirleri kanserin türüne ve yayılımına göre değişmektedir [41].

2.1.2. Kanserin Tarihçesi

Kanseri ilgili ilk bilgilere Babil çivi yazısı tabletlerinde ve Mısır papirüslerinde rastlanılmıştır. M.Ö. 15 yüzyıla ait olduğu düşünölen Ebers Papirüsü'nde tümör tedavisinin ölümcül olabilecek sonuçlarına dair bilgiler bulunmaktadır. Bilindiğı kadarıyla tarihte kanser kelimesini ilk kez kullanan kişi Hipokrat'tır. Hipokrat (M.Ö. 460-377), vücut yüzeyinde yavaş büyüyen, kırmızı, sıcak, ağrıya sebep olan, ülser oluşturan veya oluşturmeyen şişliklere “carcinosis” veya “carcinoma” adını vermiştir. Yunanca'da “yengeç” anlamına gelen bu kelime muhtemelen tümörlerin parmak benzeri uzantılarıyla yayıldıklarında görünömlerinin yengece benzemesi nedeniyle tercih edilmiştir. Bir başka yoruma göre ise, kanser ağrısı ile yengeç ısırması sonucu oluşan ağrının benzerlik göstermesi sebebiyle kansere bu ad verilmiştir. Galen (M.S. 130-200) ise tümörleri tanımlamak için Yunanca'da “şişlik” anlamına gelen “oncos” kelimesini kullanır. Hipokrat'ın yengeç benzetmesi hala malign tümörleri tanımlamak için kullanılmasına rağmen, Galen'in terimi artık kanser üzerine uzmanlaşan tıp dalının isminin bir parçası olarak kullanılmaktadır [42, 43].

2.1.3. Kanseri Epidemiyolojisi

Kanser, erken tanı konularak tedavi edilmediğinde büyük oranda ölüme yol açan ciddi bir sağılık problemidir. Dünyada ve ölkemizde yapılan epidemiyolojik çalışmalar,

yüzyıllardır var olan ve genç yaşlara oranla ileri yaşlarda daha sık görülen bir hastalık olan kanserin görülme sıklığının giderek arttığını göstermektedir. Dünya nüfusundaki artış ve insanların yaşam sürelerinin uzaması bu durumun nedenleri arasında sayılmaktadır [44].

Ülkemizde, kanser sorununun boyutlarını saptamaya yönelik olarak Sağlık Bakanlığı kanser hastalığını 1982 yılında bildiri zorunlu hastalıklar listesine almıştır [45]. Yüzyılın başında ölüme neden olan hastalıklar sıralamasında yedinci sırada olan kanser Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization – WHO) verilerine göre nedeni bilinen ölümler sıralamasında kalp-damar hastalıklardan sonra ikinci sırada gelmektedir [46]. Ülkemizde de 2019 yılında %18,4 oranı ile kardiyovasküler hastalıklardan sonra en sık ikinci ölüm nedenidir [47].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne bağlı Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tarafından yapılan araştırmaya göre dünyada 2008'de 12.4 milyon yeni kanser vakası saptanırken, 2018 yılında dünya genelinde 18.1 milyon yeni kanser vakası tespit edilmiştir ve bu rakamın 2040 yılında 29.5 milyona çıkabileceği belirtilmektedir [46]. 2018'de 9.5 milyon hasta ise kanser nedeniyle yaşamını yitirmiştir, kanser kaynaklı ölümlerin 2040 yılına kadar yılda 16.4 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir [48].

Kanser sıklığı, hastanın yaşına, cinsiyetine, coğrafi bölgelere ve kanserin türüne göre farklılık göstermektedir. Erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmektedir [40]. 2018 yılında dünyada bir yılda tespit edilen 18.078.957 yeni kanser olgusunun, 9.456.418 (%52,3)'unu erkekler, 8.622.539 (%47,7)'unu ise kadınlar oluşturmaktadır. Kanser, her yaşta görülebilen bir hastalık olmasına rağmen çoğunlukla 50 yaş ve üzerinde görüldüğü belirtilmektedir. Dünyada erkeklerde en sık görülen kanser türleri akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer; kadınlarda ise meme, kolorektal, akciğer, serviks ve tiroid kanserleridir [49]. Ülkemizde erkeklerde en sık görülen kanser türleri akciğer, prostat, kolon-rektum, mesane ve mide; kadınlarda ise meme, tiroid, kolon-rektum, corpus uteri ve akciğer kanserleridir [50]. Akciğer kanseri mortalite sıralamasında dünyada (%18,6) ve ülkemizde (%28,9) ilk sırada yer almaktadır [49, 50].

Türkiye Kanser İstatistikleri 2018 Raporu'na göre; 2015 yılında Türkiye'de 97.830 erkeğin ve 69.633 kadının kansere yakalandığı tahmin edilmektedir. Toplamda kanser insidansı yüz binde 212.6'dır. Son 5 yıl verileri değerlendirildiğinde; erkeklerde istatistiksel olarak kanser sıklığında azalma görülürken, kadınlarda herhangi bir artma ya da azalma olmadığı görülmektedir [51].

Kanserlerin yaş, cinsiyet, coğrafi dağılım ve çevre faktörlerine göre özelliklerinin ve sıklığının belirlenmesi, kanser önleme, tarama ve kontrol çalışmalarında stratejilerin belirlenmesi ve gereken önlemlerin alınmasında önemli bir yere sahiptir.

2.1.4. Kanser Etiyolojisi

Kanserin etiyolojisinde kalıtım ve çevreden etkilenen birden çok faktör yer almaktadır. Kalıtım kanser oluşumunu tetiklemektedir ancak çevresel faktörlerin kanser etiyolojisindeki rolü çok daha büyüktür. Kanser etiyolojisinde %5-10 genetik faktörlerin; %90-95 çevresel faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir [40]. Bireyin tütün ve alkol kullanımı, beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıkları, mikroorganizmalar, genetik yatkınlık, kimyasal maddelere maruziyet, iyonize radyasyon, ultraviyole ışınlar, immün sistem, üreme faktörleri ve hormonlar kanser oluşumuna neden olan ya da oluşum sürecini etkileyen belli başlı faktörlerdir [40].

2.1.5. Kanserde Sık Görülen Belirti ve Bulgular

Kanser belirtileri etkilenen organa, metastaz varlığına ve tümörün yayılım hızına bağlı olarak değişkenlik gösterir. Kanserlerde en sık görülen bulgular;

- Nedeni belli olmayan kilo kaybı,
- Ağrı,
- Yorgunluk, halsizlik,
- İştahsızlık,
- Ateş,
- Memede ya da vücudun herhangi bir yerinde şişlik ya da yumru,
- Ciltte siğil ya da benlerde değişiklik,
- Uzun süre iyileşmeyen yaralar,
- Anormal kanama ya da akıntılar,
- Yutma güçlüğü veya hazımda güçlük,
- Defekasyon ve miksiyon alışkanlıklarında değişiklik,
- Öksürük, dispne ve ses kısıklığıdır [52].

2.1.6. Kanserde Tarama ve Tanı Yöntemleri

Tarama, görünüşte sağlam olan kişilere muayene ve bazı testler uygulanarak henüz tanısı konulmamış, ortaya çıkmamış hastalık veya bozuklukların yaklaşık olarak belirlenmesidir [53]. Kansere bağlı mortalite ve morbidite oranlarının azaltılmasında bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmeleri ve belli yaşlarda kanser taramalarını düzenli aralıklarla yaptırmaları kansere ile mücadelede önemli bir etmendir.

Kanserden korunma genel olarak üç başlık altında toplanmaktadır;

- Primer (Birincil) korunmada temel hedef; kanser oluşmasına neden olan her türlü risk faktörünün ortadan kaldırılması ya da bu risk faktörleriyle temasa geçilmesinin engellenmesidir.
- Sekonder (İkincil) korunmada amaç, erken tanı ve koruma yöntemleriyle hastalığın daha ilk evrede belirlenmesi ve tedavi şansının yükseltilmesidir.
- Tersiyer (Üçüncül) korunmada amaç; kanser tanısı almış olan hastaya uygun tedaviyi yapmak, sakatlıkları azaltmak, rehabilitasyonu sağlamak ve mortalite oranını düşürmek veya beklenenden erken ölmesini önlemektir [54].

Erken tanı ile tedavi şansı artmaktadır ve yeni geliştirilen tedavi yöntemleriyle; sağlığın iyileştirilmesi, beklenen yaşam süresinin uzatılması, hastaların sıkıntı ve güvensizlik duygularının en aza indirgenmesi mümkündür [55].

Tablo 2.1. Amerikan Kanser Birliği'nin semptomsuz kişilerin taranması konusunda önerileri [56]

TEST	CİNSİYET	YAŞ	SIKLIK
Sigmoidoskopi	E-K	>50	2 negatif muayeneden sonra her 3-5 yılda bir
Gaitada gizli kan testi	E-K	>50	Her yıl
Rektal tuşe	E-K	>40	Her yıl
PAP testi	K	18 yaşını geçmiş ve cinsel olarak aktif	Her yıl ¹
Endometrial biyopsi	K	Yüksek risk ² veya menopozda östrojen alanlar	Her yıl
Kendi kendine meme muayenesi	K	>20	Her ay
Meme muayenesi	K	20-40 >40	Her 3 yılda bir Her yıl
Mamografi	K	35-39 40-49 >50	Kontrol normalse Her 1-2 yılda bir Her yıl
Genel sağlık kontrolü	E-K	>20	Her 3 yılda bir
Kanser Check-up³	E-K	>40	Her yıl

¹ PAP testi 3 veya daha fazla yıl arka arkaya normal sonuç verirse, doktorun kararına bağlı olmak üzere daha seyrek uygulanabilir

² İnfertilite, obezite, ovulasyon olmaması, anormal uterin kanama veya östrojen kullanımı öyküsü

³ Tiroid, testis, prostat, over, lenf nodları, oral kavite ve deri kanserlerinin araştırılması da dahil olmak üzere

Tanı yöntemleri; anamnez ve fizik muayene, laboratuvar incelemeleri, tümör belirleyicileri, sitolojik incelemeler, biyopsi, endoskopik incelemeler, görüntüleme çalışmalarından oluşmaktadır [52, 57].

2.1.7. Kanserlerin Sınıflandırılması

Sağlıklı hücreler kontrollü bir hızla çoğalırlar, çoğaldıklarında zemine tutunarak tek tabaka halinde yayılırlar ve başka hücrelerle temas ettikleri zaman bölünmeye son verirler. Tümör hücrelerinin çoğalırken zemine tutunmaları gerekmez, başka hücrelerle temas etmelerine rağmen çoğalmayı sürdürürler ve üst üste tabakalar oluştururlar [58]. Tümör yayılımlarına göre iyi huylu (benign) ve kötü huylu (malign) olmak üzere ikiye ayrılırlar.

- Benign tümörler, kapsüllü, yavaş büyüyen, anaplazi içermeyen veya çok az içeren, farklılaşmış hücrelerden oluşan ve metastaz yapmayan tümörlerdir.
- Malign tümörler ise kapsülsüz, hızlı büyüyen, çeşitli derecelerde anaplastik ve farklılaşmamış hücreler içeren ve metastaz yapabilen tümörlerdir [40].

2.1.8. Kanserlerin Evrelendirilmesi ve Derecelendirilmesi

Kanser tanısının kesinleşmesinin ardından değişik tedavi yaklaşımlarının karşılaştırılması, tedavi planının oluşturulması ve prognozun belirlenmesi amacıyla *kanser evrelendirmesi* yapılması gerekir. Evrelendirme, kanserin yerleştiği, varsa yayıldığı ve etkilediği organların tanımlanmasıdır [59].

Kanserlerin evrelendirilmesine ilişkin farklı görüşler ve birden fazla kanser evrelendirme sistemi olmasına rağmen en sık kullanılan evrelendirme sistemi Amerikan Kanser Komitesi (AJCC) ve Uluslararası Kanser Kontrol Örgütü (UICC) tarafından geliştirilmiş olan TNM (tümör-nod-metastaz) evreleme sistemidir [60].

TNM evreleme sisteminde;

- T: Primer tümörün büyüklüğünü ve nerede yerleştiğini,
- N: Bölgesel lenf nodu metastazının olup olmadığını,
- M: Uzak metastazın olup olmadığını göstermektedir [61].

Evreler, Romen rakamı ile I'den IV'e kadar kanserin artan şiddetine göre gruplandırılmaktadır.

Kanser, tanı anında metastaz yapmamışsa ve başladığı organ ile sınırlı ise Evre 0 olarak tanımlanır ve *karsinoma in situ* olarak adlandırılır. Evre I, daha az derin invaziv tümörleri ya da küçük, negatif lenf nodunun varlığını; Evre II ve III artan tümör ve nodal yayılımının varlığını; Evre IV ise tanı anında metastaz varlığını tanımlamaktadır [60, 61].

Tablo 2.2. TNM evrelendirme sistemi

Primer Tümör (T)	T _x : Primer tümör tanımlanmamıştır. T ₀ : Primer tümör bulgusu yok. T _{is} : Insitu (sınırlı evre) karsinom. T ₁ , T ₂ , T ₃ , T ₄ : Lokal tümörün artan boyutu ve lokal yayılımı gösterir.
Bölgesel Lenf Bezleri (N)	N _x : Bölgesel lenf nodları tanımlanmamıştır. N ₀ : Bölgesel lenf nodu metastazı yok. N ₁ , N ₂ , N ₃ , N ₄ : Bölgesel lenf bezlerinin artan tutulumlarını gösterir.
Uzak Metastaz (M)	M _x : Uzak metastaz tanımlanmamıştır. M ₀ : Uzak metastaz yoktur. M ₁ : Uzak metastaz varlığını gösterir.

2.1.9. Kanser Tedavisi ve Kullanılan Yöntemler

Kanser tedavisinde amaç sağlıklı hücreleri mümkün olan en az düzeyde etkileyerek kanserin büyümesini engellemek/kontrolünü sağlamak, hastalık semptomlarını ortadan kaldırmak, sağkalım süresini uzatmak ve varsa işlevsel ya da yapısal kayıpları düzelterek yaşam kalitesini arttırmaktır [62, 63].

Kanser tedavisinde kullanılan başlıca tedavi yöntemleri cerrahi, kemoterapi (KT), radyoterapi (RT), immünoterapi, hormon tedavisi, gen tedavisi, kök hücre nakli ve kemik iliği transplantasyonudur. Kanser türü, yeri, evresi, hastaların ek hastalık durumları gibi değişkenler değerlendirilerek uygun tedaviye karar verilir. Tedavide tam yanıt, tam yanıtın sağlanamayacağı durumlarda tümör yayılımının kontrolü ile semptomları hafifletmek ve yaşam süresini uzatmak ya da profilaksi hedeflenebilir. Hastalığın yaygın olmadığı durumlarda cerrahi girişimler ve RT uygulanabilirken; KT hastalığın yaygın olduğu durumlarda ve metastaz varlığında tedavi yöntemi olarak seçilebilir.

Kemoterapi: Hızlı çoğalan hücrelere karşı seçici, öldürücü etkileri olan doğal ve sentetik kimyasal, biyolojik ajanlar ve hormonlarla yapılan tedavi şeklidir. Kemoterapötik ajanlardan kanser tedavisinde yer alması, II. Dünya savaşı sırasında bombalanmış bir gemiden yayılan hardal gazına maruz kalan bireylerin kemik iliklerinin ve lenf nodlarının hasar gördüğü anlaşıldıktan sonra akut lösemi tedavisi için bu gazın kullanılmasıyla başlamıştır [64, 65]. Günümüzde KT, tek başına, cerrahi öncesinde (neoadjuvan [66, 67])

veya sonrasında (adjuvan) ya da RT ile eş zamanlı olarak; seçilen tedavi protokolüne göre tek ilaç veya birden çok ilaç kullanılarak; intravenöz, intraperitonal, intratekal, intraplevral, intraarteriyel ve oral yolla uygulanabilir [62].

Radyoterapi: Kanseri bölgeyi etkileyecek şekilde verilen iyonizan ışınları kullanarak kanser hücrelerinin çoğalmasını engellemeyi hedefler [68, 69]. Bu yöntemde kanserli bölgeyi etkileyecek şekilde uygun dozda ışın verilip kanserli hücrenin çoğalması engellenerek yok edilmesi hedeflenir. Tek başına veya cerrahi, KT, immünoterapi gibi diğer tedavi yöntemleriyle birlikte uygulanabilir. Radyoaktif kaynağın vücutta yerleştirildiği yere göre eksternal veya internal (brakiterapi) olarak adlandırılır.

Cerrahi Tedavi: Kanser hastalarının yaklaşık %90'ına tanı, evrelendirme, tedavi veya önleyici amaçlarla cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Cerrahi, diğer tedavilere bağlı komplikasyonların düzeltilmesinde de önemli yere sahiptir [62, 63].

Hormon tedavisi: Meme, prostat ve endometriyum kanserlerinin tedavisinde, kanserli hücrelerin büyümelerini tetikleyebilecek hormonlara karşı duyarlılığı yok etmek amacıyla kullanılabilir [62, 63].

İmmünoterapi/Biyolojik tedavi: Bağışıklık sisteminin belirli kısımları kullanılarak hastanın kanserli hücrelerine karşı aktif bağışıklığının sağlandığı, bireye özgü olması nedeniyle hastaya zarar vermeden yalnızca tümörü yok etmeyi hedefleyen tedavi yöntemidir [70].

2.1.10. Kanser Tedavisi Sırasında Sık Görülen Yan Etkiler

Kanser tedavisinde kullanılan KT ve RT hedef aldıkları kanserli hücrelerin çoğalmasını, gelişmesini engelleme ve kanserli hücreleri yok etmenin yanında normal hücrelerin de gelişimini engelleyerek birçok yan etkinin oluşmasına neden olmaktadır. Yaşanan yan etkiler kullanılan yöntem, seçilen ilaçların türüne ve dozuna, tedavi sıklığına ve hastanın bireysel özelliklerine göre değişmektedir. Ortaya çıkan yan etkiler yaşam kalitesini azaltmakta ve tedaviye uyumu zorlaştırmaktadır [71].

KT, sistemik etkisi ile özellikle hızlı bölünen kemik iliği, saç foliküler hücreleri ve gastrointestinal sistem mukozası gibi hücrelerde daha sık yan etkiye neden olmaktadır [71].

Browall ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmanın sonucunda KT alan meme kanserli kadınların en sık yaşadıkları semptomların halsizlik, mutsuz hissetme, uykuya dalmada güçlük, konsantrasyon güçlüğü, endişe ve ağrı olduğu belirlenmiştir [72]. Lavdaniti tarafından KT alan kanser hastaları ile yapılan bir başka çalışmada ise hastaların en sık yaşadıkları fiziksel semptomların tat almada değişiklik, saç dökülmesi ve konstipasyon; en sık yaşadıkları psikolojik semptomların ise kendilerini sinirli hissetme ve

uyumada güçlük olduğu belirtilmiştir [73]. KT alan hastaların sıklıkla yaşadıkları diğer yan etkiler ağrı, yorgunluk [74], bulantı, kusma [75, 76], iştahsızlık, konstipasyon ve/veya diyare [77, 78], kilo kaybı, mukozit, kemik iliği baskılanması (anemi, trombositopeni, lökopeni), cilt ve tırnak problemleri, nefes darlığı [79] ve nöropatidir [80-83]. Hastalarda, anksiyete, depresyon, cinsel işlev bozuklukları, benlik kavramında değişme ve uyku bozuklukları gibi psikolojik sorunlar da görülebilir [1, 84, 85].

RT, lokal bir tedavidir yani sadece tümörün bulunduğu vücut alanı etkilenir. Bazı yan etkiler radyasyon tedavisinin tipine ve yerine bağlıdır. Radyoterapinin yaygın yan etkileri, yorgunluk, kuruluk, kaşıntı, kabarma veya soyulma gibi cilt problemleridir [69, 86]. Bu yan etkiler genellikle tedavi bittikten birkaç hafta sonra geçer. Çoğu yan etki tedaviden sonra kaybolur ancak bazı yan etkiler devam eder, geri döner veya sonradan gelişir. Bunlara geç yan etkiler denir. Radyasyon fibrozisi ve ikincil kanser gelişimi bunlara örnek olarak verilebilir.

2.1.11. Kanser ve Psikolojik Tepkiler

Kanser; korku, umutsuzluk, çaresizlik, suçluluk, terk edilme ve ölüm duygusu gibi tepki ve düşünceleri çağrıştıran, biyopsikososyal yaklaşımla bir bütün olarak ele alınması gereken bir hastalıktır. Galen'in kanser ile disforik duygudurum arasındaki ilişkiye yüzyıllar önce dikkat çektiği bildirilmiştir [87]. Geçmişte daha çok çaresiz ve acılı bir ölüm süreci ile ilişkilendirilmiş olan kanser, günümüzde kontrol altına alınabilecek, uzun seyirli bir hastalık olarak görülmektedir. Uzun süren tedavi ve bakım süreci hem hastalar hem de aileleri için zorlayıcı bir süreçtir [88]. Hoorens ve arkadaşları, hastaların yaşadıkları bu korkuları ölüm (Death), bakıma muhtaç/bağımlı olma (Dependency), dış görünüşte ve kendilik imgesinde bozulma (Disfigurement), yeti yitimi (Disability), kişilerarası ilişkilerde bozulma (Disruption) ve hastalığın ileri evrelerinde şiddetli ağrı ve rahatsızlıklara bağlı olarak yaşam kalitesinin bozulması (Discomfort) şeklinde "6D belirtisi" olarak tanımlamışlardır [89].

Kanser hastalarında ortaya çıkan tepkiler; kanserin özelliklerine, hastanın kişisel özelliklerine, hastalık ile karşılaşmanın (tanı-tedavi-tedavi sonrası) hangi döneminde olunduğuna, çevresel faktörler ve destek sistemlerinin varlığına göre değişebilmektedir. Sağlıklı kendiliğin, ölümle eşdeğer anlam yüklenen kanser ile ilk karşılaşması belki de sürecin en önemli belirleyicisidir.

Elizabeth Kübler Ross "Ölüm ve Ölmek Üzerine" [90] adlı kitabında, ölümcül hastalık tanısı almış terminal dönemde olan yaklaşık iki yüz hasta ile yaptığı görüşmeler sonucunda böyle bir hastalık tanısı aldıktan sonra yaşanan psikolojik tepkileri beş

aşamada tanımlamıştır. Bu aşamalar sırası ile inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenmedir [91].

Hasta tanıyı öğrendiğinde ilk tepkisi şok olma ve inanmamadır. Kişi kendi bedenine yabancılaşır. Daha sonra bu şok yavaş yavaş geçer. İlk şok anı geçmeye ve kişi kendisini yeniden toparlamaya başladığında hastanın düşündükleri genellikle “hayır bu bana olamaz”, “bu gerçek olamaz”, “ben kanser olamam” olur [90, 92]. İnkâr, dayanılması güç olan gerçeği reddederek, olmamış kabul ederek, bilinçdışına atmaya çalışarak benlik bütünlüğünü korumaya yardımcı olur. Bu nedenle hastaların, psikolojik açıdan önceden hazırlanması ve çevresel, sosyal, duygusal desteklerin sağlanarak bunun yavaş yavaş söylenmesi daha uygun olabilir. İnkâr, bu şok edici haberden sonra hastanın kendisini toplamasına ve zaman içerisinde savunma mekanizmalarını daha az harekete geçirmesine izin veren bir tampon görevi yapar. Hemen hemen hastaların tümü sadece başlangıç aşamasında değil, sonraki dönemlerde de ara sıra inkâra başvurur. İnkâr süresi kişiden kişiye değişiklik göstermekle birlikte birkaç saatten birkaç haftaya kadar uzayabilmektedir. Bu sayede hasta, kendini dayanılmaz kaygıdan korur; inkâr, hastanın depresyona girmesini engeller ve bu durum ile baş edebilmek için gerekli enerjiyi tedavi için saklamasına olanak sağlar. İnkâr mekanizmasının bozulması hastanın depresyona girmesine neden olur [90, 92]. Fakat inkâr, kişiye gerekli tedavileri ve girişimleri kabul ettirmeyecek ve geciktirecek düzeyde ise zararlıdır [7]. Bu aşamada hastaya zaman tanınmalı, umut yaratabilecek olumlu mesajlar verilmeli, tedavi olasılık ve seçenekleri anlatılmalı, duygusal ve ailevi destek sağlanmalıdır. Zamanla, ilk inkâr evresinin yerini öfke, haset, küskünlük duyguları alır.

Öfke evresinde kişi “Neden ben?”, “Niçin bu benim başıma geldi” sorularını sormaya başlar. Bu evre, öfkenin her yöne yöneltilmesi ve çevreye neredeyse rastgele biçimde yansıtılması nedeniyle hastanın ailesi ve tedavi ekibi açısından başa çıkması zor bir evre olabilir. Hasta bu dönemde yalnızca kendini mutsuz eden şeyleri görür [90, 91]. Aile üyeleri ve tedavi ekibi bu tepkiyi kişisel olarak algıladıklarında onların da tepkileri öfkeli hale gelir ve bu da hastanın öfkeli tutumunu pekiştirmeye yarar ancak çoğu zaman hastanın öfkesinin, hedefi olan insanlarla direkt bir ilişkisi yoktur. Hastanın isyanını ifade edememesi depresyon gelişme riskini artırmaktadır. Bu dönemde kaygı, yemeden-içmeden kesilme, dikkat dağınıklığı ve huzursuzluk beklenen tepkilerdir. Bir süre sonra kişi engellenemez sonu erteleyebilmek için pazarlığa başvurmaktadır.

Pazarlık evresinde anlaşmalar genellikle Tanrı’ya yöneliktir. Bu dönemde hasta iş birliği yapar. Tedaviye uyum ve gayret gösterir; hastalığı ile ilgili daha çok bilgi edinmeye,

umut veren gelişmeleri takip etmeye, durumu iyi olan hastaları kendi ile benzeştirmeye odaklanır. Bu dönem aynı zamanda Green'in "savaşma ruhu" diye adlandırdığı dönemdir[93].

Hasta artık hastalığını inkâr edemez hale geldiğinde yeni ameliyatlara girmesi, sık sık hastaneye yatması, uzun süren tetkikleri ve bunların sonuçlarını beklenmesi gerektiğinde, daha çok ve daha ağır semptomlar yaşamaya başladığında ve daha zayıf düştüğünde artık bu hastalığa gülümseyerek bakamayacak duruma gelir. Hastalığın tekrar etme korkusu, hayat kalitesinin düşmesi, hastane masrafları, iş kaybı gibi birçok nedenden dolayı depresyon gelişir ve kayıp duygusu yaşanmaya başlar [92]. Depresyon, sevilen tüm kişilerin yakında kaybedilecek olmasına hazır olmak için kullanılan ve kabullenme sürecini kolaylaştıran bir araç olarak yaşanabilir. Bu durumda hastayı bir şeylere teşvik etmek ya da onu rahatlatmaya çalışmak pek de anlamlı değildir. Hasta her şeye iyi açıdan bakmaya teşvik edilmemelidir. Çünkü bu hastanın yaklaşmakta olan ölümü düşünmemesi gerektiği anlamına gelebilir. Hastaya üzülmemesini söylemek de ters tepki doğurabilir. Eğer üzüntüsünü ifade etmesine izin verilirse, hastanın mevcut durumunun sonuçlarını kabullenmesi daha kolay olacaktır. Bu durumda sözlere gerek yoktur, karşılıklı olarak ifade edilebilen bir duygu yaşanmaktadır ve hastanın yanında olmak, elini tutmak, sırtını okşamak ya da sessizce birlikte oturmak yeterli olacaktır [94].

Hissettiklerini, sağlıklı olanlara duyduğu hasedi ve öfkeyi ifade edebilmiş olan kişi kabullenme evresine girecektir. Kabullenme, mutlu bir evre olarak düşünülmemelidir. Bu evre duygudan yoksundur. Hastanın ne öfkeli ne de üzüntülü olduğu gözlenir. Kübler-Ross bu dönemi "duygusal bir boşluk dönemi" olarak tarif etmiştir [90]. Sanki savaş bitmiştir. "Uzun yolculuktan önce son istirahat" zamanıdır. Bu dönem hastalar tarafından "Evet, ben... ve hazırım" şeklinde dile getirilebilir. Hasta yorgun ve bitkindir; sıklıkla uyuma ihtiyacındadır. Bu dönemdeki hastalar genelde tek başlarına kalmak ister ya da en azından dış dünyanın haber ve sorunlarıyla rahatsız edilmek istemezler. Bu dönemde hastadan daha çok ailenin anlayışa, desteğe ve yardıma ihtiyacı olur. Ölmekte olan hasta huzur bulmuştur fakat ilgi alanlarını ve çevre ile olan iletişimini azaltmıştır. İletişim sözlüden sözsüze doğru kayar. Yalnızca elinin tutulması, sessiz bir şekilde yanında oturulması onun için yeterli ve anlamlıdır [90, 91].

Kanser, fiziksel bir hastalık olmasının yanı sıra, birçok toplumda olduğu gibi ülkemizde de ağrı, acı çekme, kendine yetebilme gücünün kaybı, beden imgesinin bozulması, suçluluk, çaresizlik, terk edilme ve ölüm gibi kavramları çağrıştırması nedeniyle psikososyal sorunların en sık gözlemlendiği hastalıklardan birisidir [95-98].

Kanser tanısı almış olmak ve tedavi süreci, hastanın benlik saygısında, beden algısında, yaşam kalitesinde, cinsel işlevlerinde, kişisel ve sosyal rollerinde değişikliğe neden olmaktadır [6].

Dünya Kanser Raporu'nda patolojik düzeyde yaşanan stresin kanser hastalarında nüfusun geneline göre daha yüksek olduğu, kanser hastalarının üçte birinin kronik strese sahip oldukları ve bu durumun özellikle uyumu güçleştirerek hastalığın seyrini olumsuz etkilediği belirtilmiştir [2]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada kanserli hastalardaki ruhsal bozukluk yaygınlığı %29-47 arasında saptanmıştır [2]. Yaygınlık, ilerlemiş hastalığı ve kötü prognozu olanlarda en yüksektir [4, 87, 96]. Depresif mizaçlı uyum bozukluğu, majör depresyon, organik beyin sendromu, anksiyete bozukluğu sık görülen ruhsal bozukluklardır. Bu bozuklukların %90'ı hastalığa ve tedaviye tepki olarak ortaya çıkmaktadır [7]. Hastalarda görülen psikiyatrik sorunlar ve sıklıkları, kanserin türüne, hastalığın yapısına, uygulanan tedavi ve yan etkilerine bağlı olarak gelişmektedir [6].

MDB, en sık görülen psikopatolojidir ve çalışmalarda görülme oranı % 4,5-58 gibi çok geniş bir aralıkta değişmektedir [2, 7, 99]. Kanser hastaları her evrede depresif bulgulara eğilimlidirler. Kanser hastalarında MDB sıklığı genel popülasyona oranla 2-3 kat daha fazladır. Hastanın yaşam kalitesini, tedaviye uyumunu ve yanıtı, hastalığın şiddetini olumsuz yönde etkiler [2, 5]. Anksiyete bozuklukları ise depresyondan sonra en sık görülen ikinci ruhsal bozukluktur [7, 96].

Kanser hastalarında, hastalığın bilinen ya da bilinmeyen özelliklerinden dolayı yaşanan korku, gelecek kaygısı, belirsizlik yaşama, tedavinin işe yaramayacağı düşüncesi, hastanede yatarken ailenin desteğini yeterince görememe, yaşam koşulları ve sosyoekonomik problemler, kişilik özellikleri, sosyal destek sistemleri ve bunlara ulaşabilirlik düzeyleri anksiyete ve depresyon gelişmesinde etkili faktörlerdir [2, 100]. Benlik saygısının düşük olması, psikiyatrik bozukluk öyküsü, yetersiz duygusal destek ve tanı sürecinde fazla duygusal stres yaşanması depresyon riskini artırmaktadır. Bunlara ek olarak bazı kemoterapötik ajanlar (vinkristin, vinblastin, tamoksifen vb.) depresyon riskini direkt olarak artırmaktadır [2, 101]. Ayrıca ileri evre kanser, alkol bağımlılığı, yetersiz ağrı kontrolü ve bedensel başka hastalıkların varlığı da depresyon açısından birer risk faktörüdür [2, 102].

Cerrahi girişimler hastalarda kaygı ve özrürlük duygusu yaratır, ancak birçok hastada, hastalığın yaşamı tehdit edici boyutuna ilişkin endişeler ön planda olduğu için, beden imgesi ve dış görünümüne ilişkin endişeler ikinci planda kalır [103]. Bu endişelerin çok yoğun olduğu bazı hastalar ise, cerrahi girişimi ertelemeye ve cerrahi dışı yöntemler

aramaya yönelirler. Bu hastalarda cerrahi yöntem uygulanınca ameliyat sonrası depresyon gelişme riski yüksektir. Bazen yas ve kayıp tepkileri gelişir. Bu tepkinin şiddeti, hastanın beden bölgelerine ilişkin yaşadığı duygusal ve sembolik anlamla ilişkilidir.

RT uygulaması yeni kaygı ve korkuları yaratır. KT ve enfeksiyon riskinden dolayı gereken zorunlu izolasyon psikolojik durumu daha da kötüleştirir [92]. Tedavi sonrası aşamada, nüks endişesi ve uyum güçlükleri ön plandadır. Yeni bir nüksün ortaya çıkması sonucunda hastada kanser tanısı aldığı dönemden daha şiddetli tepkiler görülür [92].

Tanı ve tedavi sürecinde yaşanan anksiyete ve depresyonun, fiziksel ve diğer psikolojik semptomları arttırarak, kanser hastalarının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ve tedaviye uyumu azalttığı belirtilmektedir [92]. Kanser sürecinde karşılaşılan psikiyatrik bozuklukların belirlenmesi, tanı konulması ve tedavi planının yapılması, gerek birincil hastalık olan kanserin tedavi süreci ve prognozunda gerekse hastanın tedavi sürecine olan uyumu, yaşam kalitesi, yaşam süresi ve gelecek beklentisi üzerinde olumlu etki göstererek psikososyal problemlerin de azalmasını sağlamaktadır [92, 104]. Kanser hastalarında yaşanan anksiyete ve depresyon sürecine ve bu sürecin PD, BT, stresle başa çıkma tarzları ve zihinselleştirme kapasitesi ile olan ilişkilerine dair çalışmalara ilerleyen bölümlerde daha detaylı değinilecektir.

2.2. Koronavirüs Hastalığı

COVID-19, şimdiki adıyla SARS-CoV-2 (Şiddetli Ani Solunum Yetmezliği Sendromu- Koronavirüs 2), yeni bir tip koronavirüsün neden olduğu, şiddetli akut solunum problemlerine neden olabilen bir hastalıktır [105]. Hastalık, virüse maruz kaldıktan 2-14 gün sonra başlayan ateş veya titreme, öksürük, nefes darlığı veya göğüste baskı hissi, yorgunluk, kas veya vücut ağrıları, baş ağrısı, tat veya koku duyularının kaybı, boğaz ağrısı, burun tıkanıklığı veya burun akıntısı, bulantı veya kusma, ishal gibi belirtilerle ortaya çıkabileceği gibi belirtisiz de seyredebilir [106]. Belirti listesi gün geçtikçe genişlemektedir.

COVID-19 hastalığının tanısında iki tür test kullanılmaktadır. Bunlardan ilki olan viral testler, aktif bir enfeksiyon olup olmadığını gösterirler. Antikor testleri ise geçirilmiş bir enfeksiyon olup olmadığını gösterirler ancak aktif enfeksiyonların tanısı bu testlerle koyulamayabilir, çünkü enfeksiyondan sonra antikor oluşması 1-3 hafta kadar sürmektedir. Oluşan antikorların yeni bir COVID-19 enfeksiyonuna karşı koruyucu olup olmadığı ve varsa bu korumanın ne kadar sürebileceği belirsizdir [107].

Aralık 2019’da Çin’in Hubei eyaletindeki Wuhan şehrinde başlayan ve kısa sürede tüm dünyaya yayılarak 21.yüzyılda insanlığın gördüğü en büyük salgın haline gelen COVID-19, DSÖ tarafından 30 Ocak 2020’de “uluslararası kamu sağlığı acil durumu” [108]; 11 Mart 2020’de ise pandemi olarak ilan edilmiştir [109]. Dünya genelinde 24 milyondan fazla vaka ve 840.000’e yakın ölüm bildirilmiştir [8]. Ülkemizde ilk vaka 10 Mart 2020’de, ilk ölüm ise 17 Mart 2020’de bildirilmiş ve COVID-19 bu tarihten itibaren şu ana dek 260.000’den fazla vakaya; 6000’den fazla ölüme neden olmuştur [9]. Yüksek bulaş hızı ve ölüm oranları, aşısının olmaması, tedavi protokollerinin ve yan etkilerinin net olmaması; hastalığın tekrarlama riskinin, prognozunun ve uzun dönemdeki sonuçlarının belirsiz olması COVID-19 ile ilgili endişe ve korkuları arttırmaktadır. Ayrıca artan toplumsal kaygı, sosyal ilişkilerde kısıtlanma ve ekonomik faaliyetlerdeki azalma da psikososyal problemleri beraberinde getirmektedir.

Sosyal ilişkiler, özellikle COVID-19 pandemisi sürecinde olduğu gibi yüksek belirsizlik ve sıkıntıların yaşandığı, sosyal temasın stresörlere karşı bir tampon görevi görebildiği dönemlerde daha da önem kazanır. Sosyal ilişkilerin kısıtlanmasının, insanların fiziksel ve ruhsal sağlıklarında önemli sonuçları olabilir [110, 111]. COVID-19 pandemisi, getirdiği hayati risklerin yanı sıra 21.yüzyılda benzeri görülmemiş sosyal izolasyon önlemlerinin yaygın olarak uygulanması nedeniyle insanların olağan sosyal yaşamlarında önemli değişikliklere yol açan küresel bir stresör olarak görülebilir. Virüsün yayılmasını sınırlamak için, çoğu ülke, uzun süreli sokağa çıkma yasaklarını da içeren çeşitli düzeylerde sosyal izolasyon önlemleri uygulamıştır. Ülkemizde de devlet kurumlarında çalışanların izinli sayılması, özel sektörde çalışanların mümkün olduğunca evlerden çalışmaya teşvik edilmesi, gönüllü sosyal izolasyon ve kısa süreli sokağa çıkma yasakları politikaları uygulanmıştır.

Basılı ve elektronik kaynaklarda, pandemi hakkında hükümetler, ulusal ve uluslararası sağlık kuruluşları tarafından yazılmış çok sayıda broşür ve bilgilendirme yazısı yer almaktadır. Ayrıca sosyal medyada da resmi verilere dayanan paylaşımların yanı sıra doğruluğu şüpheli birçok paylaşım yer almaktadır. Tüm bunlar, hastalığa karşı önlemleri artırmak ve yayılmasını engellemek gibi iyi amaçlarla yapılmış olsa bile, insanların ruhsal sağlığı üzerinde olumsuz etkiye neden olabilmektedir [112]. DSÖ, bu konuda uyarılar içeren bir belge yayımlamıştır [113]. Kanada’da yapılan iki çalışmada COVID-19’un ruh sağlığına, sağlık kaygısı açısından etkisi araştırılmıştır. Çalışmalarda algılanan bedensel duyumların ve değişikliklerin yanlış yorumlanmasından kaynaklanan sağlık kaygısının, günlük yaşamda koruyucu olabileceği ancak şu anda olduğu gibi bulaşıcı bir hastalık

salgını sırasında, özellikle medyadan edinilen yanlış veya abartılı bilgilerin varlığında, aşırı düzeylere ulaşabileceği ve bireylerde uyumsuz davranışlara (tekrarlayan hastane başvuruları, gerçekten hasta olsa bile sağlık hizmetlerinden kaçınmak gibi); toplumsal düzeyde ise kamu ve sağlık otoritelerine olan güvenin azalmasına neden olabileceği bildirilmiştir [114, 115].

Kısa süre içinde bireylerin normal yaşamlarından büyük ölçüde uzaklaşmak zorunda kalmaları ve sosyal izolasyon uygulanması sonucu COVID-19'un yalnızlık, finansal ve sağlıkla ilişkili kaygılar, depresyon ve intihar düşüncesi gibi etkileri ortaya çıkmaya başlamıştır [116]. Amerika Birleşik Devletleri [117]'nde yapılan anketlerde katılımcılar COVID-19'un psikolojik işlevleri ve zihinsel sağlıkları üzerinde olumsuz etkileri olduğunu belirtmişlerdir [118, 119]. Örneğin, bireyler daha az uyuduklarını, daha fazla alkol, sigara veya diğer yasadışı maddeleri kullandıklarını, uyumsuz yeme davranışlarında artış olduğunu, zihinsel olarak sürekli COVID-19 ile meşgul oldukları için konsantre olmada ve yeni bilgi öğrenmede güçlük yaşadıklarını, eşleri veya sevdikleriyle daha fazla kavga ettiklerini ve bu kavgaların bazılarının aile içi şiddetle sonuçlandığını belirtmişlerdir [118, 120].

Sosyal izolasyonun ve kronik sıkıntı-endişe duygularının bireylerde sürekli uyarılmaya yol açarak artan yorgunluk seviyelerine ve somatik şikayetlere yol açabileceği bildirilmiştir [121, 122]. Sıkıntı hali, belirsizliğe normal bir tepki olsa da, düzenlenmediğinde ve aşırı şiddetli veya uzun süreli olduğunda zihinsel ve fiziksel sağlığa zarar verebilir [123-125]. Avusturya'da toplumu temsil eden bir örnekleme algılanan stres, yaygın endişe, COVID-19'a özgü endişeler ve yorgunluk düzeylerinin, sosyal iletişim düzeyleri ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada daha yüksek düzeylerde sosyal iletişim içinde olmanın daha düşük stres, yorgunluk ve yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) düzeyleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca bu çalışmada daha fazla sosyal iletişim içinde olanların COVID-19'a özgü endişeleri de daha az yaşadıkları bildirilmiştir [126].

Çin'de yapılan, 7.236 katılımcını yer aldığı ve COVID-19 salgını sırasında ruhsal hastalık yükünü değerlendirmeyi hedefleyen bir çalışmada anksiyete bozukluğu belirtileri % 35.1, depresif belirtiler % 20.1 ve uyku kalitesinde bozulma % 18.2 oranında saptanmıştır. Gençlerde yaşlılara göre anksiyete bozukluklarının ve depresif belirtilerin daha sık görüldüğü, diğer mesleklerle karşılaştırıldığında, sağlık çalışanlarının en düşük uyku kalitesine sahip olduğu gösterilmiştir. Çalışmanın sonucunda gençlerin (<35 yaş) ve sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklar açısından yüksek risk altında oldukları bildirilmiştir[127].

Çin’de yapılan toplum bazlı bir başka çalışmada, kadın cinsiyet, öğrenci olmak, COVID-19’u düşündüren semptomlara sahip olmak ve algılanan sağlık durumu, daha yüksek kaygı ve depresyon düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada, pandemiye ilişkin doğru bilgilere sahip olmanın ve el yıkama gibi basit önleyici tedbirleri uygulamanın depresyon ve kaygı düzeylerini hafiflettiği bildirilmiştir [128].

Karantina ve sosyal izolasyon gibi durumların insanların refahı üzerindeki potansiyel etkileri göz önüne alındığında, olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkili olan, sıkıntı dönemlerinde dayanıklılığı etkileyen faktörleri ve sıkıntı yaşayabilecek grupları önceden belirleyerek önlem alabilmek çok önemlidir. Birçok ülkede yaşanabilecek ruhsal sıkıntılara yönelik ruhsal sağlık destek hatları oluşturulmuştur. Ülkemizde de ruh sağlığına destek olunması amacıyla Sağlık Bakanlığı bünyesinde, 81 ilde halka yönelik Ruhsal Destek Hatları ve sağlık meslek mensuplarının ruh sağlıklarına yönelik ise Türkiye Psikiyatri Derneği çatısı altında Sağlık Çalışanlarına Ruhsal Destek Hattı oluşturulmuştur. Ayrıca bilgi kirliliğini önleme amacıyla kurum ve kuruluşlar için COVID-19 önlemlerine yönelik resmi kılavuzlar yayınlanmıştır [129].

COVID-19 ve psikolojik sonuçlarına ilişkin yazılmış olan makaleleri kapsayan bir derlemede 7 yayının COVID-19 salgınının ruh sağlığı ile ilgili etkilerine karşı daha savunmasız olabilecek belirli popülasyonları tanımladığı, bazı müdahale ve önerilerde bulunduğunu belirtilmiştir. Bu derlemede savunmasız olabileceği belirtilen gruplar: yaşlılar, evsizler, göçmen işçiler, akıl hastalığı olanlar, hamileler ve deniz aşırı ülkelerde okuyan Çinli öğrencilerdir [130]. Bu çalışmalar dışında kanser hastalarının artmış enfeksiyon riski açısından riskli grup olarak değerlendirilebileceği bazı çalışmalarda yer almaktadır [11, 12].

2.2.1. COVID-19 ve Kanser

COVID-19 pandemisi, sadece kanser gibi bir immunsupresif hastalığı olan bireyler için değil toplum için de aniden ortaya çıkmış ciddi bir stres faktörüdür. Ancak insanların belirsizliklere ve stresörlere verdikleri tepkiler bireysel farklılıklar göstermektedir. COVID-19 pandemisi sırasında karantinaya alınan bazı bireylerde depresyon, korku, suçluluk ve öfke düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir [10].

COVID-19 pandemisi, kanser gibi kronik rahatsızlıkları olan kişilere sağlık hizmetleri sağlanması ve ulaştırılması da dahil olmak üzere birçok sağlık politikasının ve kanser hastalarına yaklaşım algoritmalarının yeniden gözden geçirilmesini zorunlu hale getirmiştir. Ciddi bir salgın durumunda, birçok sağlık sistemi ciddi şekilde etkilenecek ve kanser hastaları başta olmak üzere birçok hastaya verilen kritik tedavileri reddedebilecek

bir triyaj sistemi uygulanmaya başlayacaktır [131]. Mevcut kanıtlar, COVID-19 olan kanser hastalarının, özellikle ameliyat edildikleri takdirde, yoğun bakım ünitesinde yatışlarının gerektiğini veya hastalığın ölümle sonuçlandığını; bu nedenle bu grubun daha yüksek ciddi hastalık riski olan savunmasız bir grup olduğunu göstermektedir [13]. Çalışmalarda, kanser hastalarının -malignite, KT veya cerrahi gibi antikanser tedavilerinin neden olduğu sistemik immunosüpresif durumları nedeniyle- kanseri olmayan bireylere göre enfeksiyona daha duyarlı olduğunu vurgulanmaktadır ve bu hastaların artmış COVID-19 riski altında olabileceği ve COVID-19 enfeksiyonu olmaları halinde prognozlarının daha kötü olabileceği belirtilmektedir [13, 132].

Ayrıca kanser tedavisinde önem teşkil eden üst uzmanlık alanlarına ve birçok disiplinde sağlık profesyoneline erişim, kaliteli bakım hizmetlerine ulaşım COVID-19 salgını sırasında zorlaşmaktadır. COVID-19 pandemisinden etkilenenlerin sayısının artması halinde birçok kanser merkezinin yeni tanı almış ve/veya aktif tedavi görenlere bakım sağlamak için kaynaklarını önceliklendirmesi gerekebilir [133].

Amerikan Klinik Onkoloji Derneği'ne göre: “Pandemi sırasında kanser rejimindeki değişiklikleri destekleyecek doğrudan bir kanıt yoktur” [56]. Bu nedenle, antikanser veya immünsüpresif tedavinin rutin olarak durdurulması önerilmemektedir ancak pandemi sürecinde elektif kanser ameliyatlarının iptal edilmesi veya ertelenmesi söz konusu olmuştur ve pandemi şiddetinin artması halinde RT randevularının da etkilenmesi, durdurulması söz konusu olabilir [134]. Ayrıca, palyatif bakım etik bir zorunluluktur ve özellikle pandemi sırasında palyatif bakım gereksinimi olan hastalarda semptom kontrolü ve rahatlığın sağlanması için çaba gösterilmelidir [135].

Hastalar enfeksiyon korkusu nedeniyle tedaviyi reddedebilirler. Kanser hastalarının semptomatik olup olmadıklarına dair endişelenmeleri olasıdır, bu durum da zaten zor olan yaşam şartlarını olumsuz yönde etkileyebilir. Kanser hastalığı süreci bilgi, danışma, destek, semptomatik kontrol ve tedavi gerektirir [136]. Hastane şartlarında verilebilecek bu hizmetlerin COVID-19 pandemisinin yarattığı yeni ortamda teletıp ve online görüşmeler ile sağlanabilmesi için acilen çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Bunlara ek olarak pandemi küresel ekonomiye zarar verdiğinden, çalışma çağındaki kanser hastaları işlerini ve dünyanın bazı bölgelerinde sağlık sigortalarını kaybedebilirler. Bir işe sahip olmak, normallik, PD ve anlam duygularına katkıda bulunduğu için kanser tedavisi tamamlandıktan sonra çalışabilmenin, yaşam kalitesini olumlu etkilediği gösterilmiştir [137]. Ayrıca, araştırmalar, kanser öyküsü olanların, iş kaybından sonra yeni bir iş bulmada genel popülasyona göre daha fazla problem yaşadığını göstermiştir [138].

Pandemi öncesi dönemde yapılan çalışmalarda, kanser hastalarının ve bu hastalığı atlatmış olanların anksiyete ve depresyon riski altında oldukları; nüks korkusu, aile içi ilişkiler, istihdam ve mali sorunlar ile ilgili psikososyal desteğe ihtiyaçları duydukları gösterilmiştir [139, 140].

Bu nedenlerle kanserli hastalar için, kanserle ilişkili semptomlar, yaşam kalitesi ve pandemi sürecinde yaşanabilecek sıkıntıların yönetimi konusunda bilgilendirici formların yaygın olarak kullanılması gereklidir.

2.3. Stres ve Stresle Başa Çıkma

2.3.1. Stresin Tanımı ve Tarihçesi

Stres, bireyi zorlayan fiziksel ya da psikolojik iç ve dış etkenlere karşı organizmanın homeostatik dengeyi korumak için geliştirdiği uyum amaçlı yanıtlardır [16]. Sağlıklı insanlar psikolojik, biyolojik ve sosyal anlamda denge içerisindedir. Bu üç durumdan herhangi birindeki dengenin bozulması insanda stresi tetikler ve bireyler tekrar uyum sağlamak için çeşitli tepkiler verirler.

Stres sözcüğünün Latince zorlanma, gerilme ve baskı anlamına gelen “stringere” fiilinden köken alan eski Fransızcadaki “estrece” kelimesinden geldiği bilinmektedir [141]. Bilim dünyasında stres sözcüğü ilk kez 17.yüzyılda “elastiki nesne ve ona uygulanan dış güç arasındaki ilişki”yi açıklamak için fizikçi Robert Hooke tarafından kullanılmıştır. 18. yy. ve 19. yüzyıllarda nesnelere, bireye, organa veya ruhsal yapıya yönelik yaşanan güç, baskı, zorluk gibi anlamlarda kullanılan stresin insandaki etkilerine dair ilk bilimsel çalışma 1956 yılında Kanadalı bilim adamı Hans Selye tarafından yapılmıştır [16]. Selye, stresi, vücudun, kendisine yönelen ve dışarıdan gelen taleplere verdiği spesifik olmayan tepkiler olarak tanımlarken [142]; Lazarus ve Folkman’a göre stres, birey ve çevre arasındaki, kişinin kapasitesini azaltan, zorlayıcı, dayanma sınırını aşan ve iyilik halini tehlikeye sokan, etkileşimlerdir [16].

Selye’ye göre stres teorisinin ana unsuru stresördür. Homeostatik değişikliklere sebep olan, stres üreten uyaranlara “stresör” denir. Stresin etkisi stresörün şiddeti, süresi (akut veya kronik), canlının stresörün tekrarlanmasından kaçıp kaçamayacağına bağlıdır [142]. Bazı stresörler olumlu etki bırakıp faydalı olabilirler, bunlar “eustress” olarak adlandırılırlar; stresin kötü bir etki bıraktığı, zararlı olmaya başladığı, durumlar ise “disstress” olarak adlandırılır [142]. Günümüzde stres kelimesi çoğunlukla distress kavramının yerine kullanılmaktadır.

2.3.2. Stres Kuramları

Stres konusunda önemli isimlerden biri olan Cannon, William James ile beraber duygular ile endokrin bezler arasındaki ilişkiyi tanımlamışlardır. Cannon’a göre organizma tehdit edici bir durumla karşı karşıya kaldığında, sempatik sinir sistemi ve endokrin sistem harekete geçerek fizyolojik düzeyde mücadele etmeye veya ortamdan uzaklaşmaya hazırlanır. Organizmayı yanıt vermeye iten bu tehdit fiziksel olabileceği gibi psikososyal de olabilir [143].

Stresle ilgili en çok bilinen kuram “*Selye’nin Genel Adaptasyon Kuramı (Stres Teorisi)*”dır. Bu kurama göre, organizmanın strese yanıtı alarm tepkisi, direnme ve tükenme aşamalarından oluşur. Biyolojik bir sisteme etkiye bulunan herhangi bir iç veya dış uyaran otonom tepkiye neden olarak sempatik tonusu yükseltir, buna adaptasyon sendromu denir. Yanıt olarak organizma parasempatik sistemin de aktivasyonu ile homeostatik dengesini orijinal düzeyden farklı bir düzeyde tekrar kurmaya çalışır ki bu “*Genel Adaptasyon Sendromu*”dur. Alarm reaksiyonunu, yeni uyarılara karşı uyarılma eşiğinin yükseldiği direnç dönemi izler. Eşiği aşan güçte uyarılmalar devam ederse bitkinlik dönemi ortaya çıkar. Eğer, iki sistemden birinde yoğun uyaran nedeniyle gerilim diğeri tarafından karşılanamayacak kadar yükselirse bitkinlikten daha ileri bir durum olan şok oluşur, sistem çöker. Organizma ölmemişse dengeyi yeniden kurar [144] .

Freud, stresi anksiyete kavramıyla açıklamıştır. *Ketvurmalar, Belirtiler ve Anksiyete* adlı eserinde travmanın psiko-ekonomik görüşünü kaygı teorisiyle birleştirir. Travmatik durumdaki aşırı uyarılma büyük bir endişeye neden olur. Burada travma her zaman erken çocukluğa ait travmatik bir durumdur, sadece özneyi ve uyarılara karşı koruyucu bariyerin (protective shield) kırılmasını değil, aynı zamanda bir yaşam durumunu, 'çaresizliği' içerir, çünkü fiziksel rahatsızlık/hoşnutsuzluk (ıslaklık, açlık, uyku hali, gaz ağrısı) öteki [(m)other] ortaya çıkmadığında şiddetli bir ruhsal sıkıntı halini alır:

“Kaygı, bastırmanın sonucunda yaratılmış değildir; halihazırda var olan bir anımsatıcı (mnemic) imgeye göre afektif bir durum olarak yeniden üretilmiştir. Daha ileri gidip bu kaygının ve genel olarak duygulanımların (afekt) kökenini araştırırsak, saf psikoloji alanından ayrılacak ve fizyolojinin sınırlarına gireceğiz. Afektif durumlar, ilksel travmatik deneyimlerin kalıntıları olarak zihne yerleşmişlerdir ve benzer bir durum meydana geldiğinde, anımsatıcı semboller gibi yeniden canlanırlar...”[145].

Varoluşçu kurama göre; sevilen birinin kaybı, hastalık gibi durumlarda yaşamın kontrol edilebilirliğine ve sürekliliğine olan inanç sarsılır. Bunun sonucunda stres açığa çıkar, denge ve uyum bozulur [146].

Bilişsel kuramda stresin oluşması, stres kaynağının birey tarafından nasıl algılandığı ile ilişkilidir. Bilişsel öğrenme kuramına göre stresi tanımlayan ve bu alanda birçok çalışmalar yapan Lazarus, insanları çevrelerinde olan biteni pasif bir şekilde karşılayan varlıklar olarak değil, dış dünyayı etkileyen ve değiştiren varlıklar olarak ele almıştır. Bilişsel modelde bir nesne ya da olay kişi tarafından stres verici olarak tanımlanmadığı sürece stres verici olmadığı kabul edilir. Davranışçı kuramda ise stresin açıklaması, klasik ve edimsel koşullanma ile yapılmaktadır [147].

Stres kavramını açıklamayı hedefleyen birçok kuramın ortak noktası özetlenecek olursa stres, organizmanın sınırlarını içeriden veya dışarıdan tehdit ederek bireyin dinamiklerini değiştiren; uyum sağlanma çabası gerektiren ve uyum sağlanamadığında fiziksel ve ruhsal dengesinin bozulduğu bir süreçtir.

Strese yol açan faktörler çok çeşitli olabildiği halde, neticede ortaya çıkan biyolojik tepki aynıdır [142]. Selye'ye göre stresörün etki şiddetini artıran etkenler; stresörün birey için öznel anlamı, stresörle karşılaşmanın ani olması ve karşı karşıya kalma süresinin uzaması, stresörün katastrofik olması, insan tarafından oluşturulması, ölüm tehdidi içermesi, fiziksel yaralanma ile birlikte olması, gaddarlık ve insanlık dışı olay içermesi, kişide suçluluk duygusu uyarması ve kişiye köşeye sıkıştırılmış hissettirmesidir [144].

Stresli durumlar bireylerde stres reaksiyonu adı verilen, kişiye özgün, bazı fiziksel (çarpıntı, tansiyon yüksekliği, hızlı nefes alıp verme, terleme, titreme, baş ağrısı, baş dönmesi, kaslarda gerginlik, yorgunluk, karın ağrısı, mide yanması, saç dökülmesi), psikolojik (uyku-iştah değişiklikleri, kaygı, korku, sinirlilik, dikkat dağınıklığı, unutkanlık, çökkünlük, kolay ağlama, isteksizlik, tatminsizlik, özgüven kaybı, çaresizlik) veya davranışsal (sigara-alkol-madde kullanımı, sağlıksız beslenme, kişiler arası ilişkilerde bozulma, iş veriminde azalma) belirtilere neden olur [16].

Atkinson'a göre insan yaşamında karşılaşılan stres çeşitleri; günlük stresler, gelişimsel stresler ve yaşam krizleri niteliğindeki streslerdir [148, 149]. Yaşam krizi niteliğindeki stresler (ciddi hastalıklar, doğal afetler, aile bireylerinin vefatı, iş kaybı gibi) bireyin normal yaşantısını ciddi anlamda etkileyen ve değiştiren nitelikteki streslerdir [16].

Stres, yaşamın kaçınılmaz bir parçasıdır. Selye, stresten tamamıyla kurtulmamızın ancak ölümlerle gerçekleşebileceğini, sıfır stresin ölüm olduğunu vurgulamıştır [144]. Öte yandan aşırı stres de ölümcül olabilir. Belli düzeydeki stres bazı kişilerde performansı

artırabilirken; başka birini hiç iş yapamaz hale getirebilir. Kişinin bütünlüğünü tehdit edebilecek durumlarda ruhsal ve fiziksel sınırları korumak ve işlevselliği sağlamak adına öne çıkan kavram "başa çıkma" olmaktadır [16].

2.3.3. Stresle Başa Çıkma

Stressiz bir yaşam mümkün olmadığı için stresli durumlarla nasıl başa çıkılabileceğini bilmek; stresten kaçmak yerine mücadele etmek kişiyi daha donanımlı hale getirir. Böylece birey, geçmiş tecrübelerinden yararlanacak ve gelecekte karşılaşacağı diğer zorluklar için daha rahat çözüm üretebilecektir. Stresli durumlarda yaşanan duyguların rahatsız ediciliği bireyi mevcut durumu düzeltmeye iter. Bireyin bu durumları düzeltmeye yönelik uğraşma sürecine *başa çıkma* denir [149, 150].

Stresle başa çıkma (SBÇ), bireyin mevcut yaşantısına yönelik tehdit algıladığı bir durumda stresin etkilerini olumlu düzeyde tutabilmek adına gösterdiği, uyum sağlamaya yönelik, sürekli değişen, bilişsel ve davranışsal çabaların tümüdür [16]. Ruhsal ve bedensel sağlığı korumak, üretici ve verimli bir yaşam sürdürebilmek için gereklidir. Kişinin psikolojik olarak kendini iyi hissetmesini sağlamaya yönelik kullanacağı uygun davranışsal yaklaşımların yanı sıra kendini kötü hissetmesine neden olacak şeylerden korunmasını sağlayacak uygun kaçma/kaçınma davranışlarını da içerir. SBÇ, stres kaynaklarını ortadan kaldırmaya bile bireylerin daha sağlıklı ve güçlü olmaları için gereklidir [149, 150].

1970’li yıllarda stres yaşayan her bireyin hastalanmamasına neden olan ara değişkenler araştırılırken psikanalizdeki savunma mekanizmaları kavramları gözden geçirilerek “stresle başa çıkma” kavramı ortaya atılmıştır. 1980’li yıllarda SBÇ süreciyle ilgili çalışmalar yapılmaya başlanmıştır [17]. Başlangıçta Freud’dan etkilenilerek “başa çıkma” bir savunma mekanizması olarak kavramsallaştırılmasına [151] rağmen daha yakın tarihli araştırmalar başa çıkmanın dıştan gelen, stres verici veya olumsuz olaylar karşısında verilen bir tepki olduğunu belirtmişlerdir [152-154]. Bu tepkiler genellikle bir kişinin bilinçli stratejileri ya da tarzlarıdır; farklı stres verici durumlara tepki olarak belirli başa çıkma tarzları veya örüntüleri görülebilmektedir [155, 156].

Lazarus ve Folkman’ın belirttiği üzere, bireyin algı ve deneyimleri strese yüklediği anlamı belirler. Bireyin bakış açısı, stresi yorumlaması ve kişisel özellikleri yaşanan stresin düzeyini etkiler. Benzer ortamlarda aynı stres kaynağına maruz kalan kişilerin stres algısı ve tepkileri değişkenlik gösterir [153].

Folkman ve arkadaşlarına göre stresle başa çıkma teorisi, bilişsel değerlendirme ve başa çıkma olmak üzere iki süreci kapsamaktadır [157]. *Bilişsel değerlendirme*, kişinin çevre ile olan mücadelesinin kendi iyilik hali ile ilişkili olup olmadığını ve eğer ilişkiliyse

ne şekilde ilişkili olduğunu değerlendirdiği süreçtir. Bu değerlendirme süreçlerinde kişinin sahip olduğu kaynaklar ve yaşam kalitesi sürecin nasıl geliştiğinde etkili olur [157]. Birincil ve ikincil olmak üzere iki tür bilişsel değerlendirme vardır. Birincil bilişsel değerlendirme sürecinde kişi, bu mücadelede tehlikede veya risk altında olan herhangi bir şeyinin olup olmadığını; sorumluluklarına, değerlerine ve hedeflerine ilişkin yarar ve zarar olasılıklarını değerlendirir. Bu süreç, durumun bireyin kendisi için ne anlam ifade ettiğinin belirlenmesi sürecidir. İkincil bilişsel değerlendirme sürecinde ise kişi zararın üstesinden gelmek, önlemek ya da yarar sağlama olasılığını artırmak konusunda bir şey yapip yapamayacağını; sıkıntı yaratan durumla baş edebilmesi için sahip olduğu kaynakları değerlendirir. Bu süreçte ise kişi, durumu değiştirme, onu kabul etme, bilgi arama veya dürtüsel ya da zarar verici bir şekilde davranmaktan kaçınma gibi farklı başa çıkma seçeneklerini değerlendirmektedir [157]. Birincil ve ikincil değerlendirmeler birey ve çevre arasındaki etkileşimin, iyilik hali açısından anlamlı olarak ele alınıp alınmadığına ve eğer anlamlıysa tehdit edici (kayıp ya da zarar olasılığına sahip) ya da zorlayıcı (yarar sağlama olasılığına sahip) olup olmadığına karar verilmesi konusunda birleşmektedirler [157].

Baş çıkma ise kişinin, kaynaklarını zorluyormuş gibi değerlendirdiği belirli dışsal ve/veya içsel talepleri yönetebilmek amacıyla ortaya koyduğu sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalarıdır [16]. Bireyin birincil ve ikincil değerlendirmeleri sonucunda başa çıkma davranışı oluşur. Başa çıkma davranışının ardından birey yine birincil ve ardından ikincil değerlendirme sürecine girer ve sonrasında yeni bir başa çıkma davranışı oluşur. Bu yönüyle süreç aslında döngüseldir [152]. Başa çıkma süreç yönelimlidir, bağlamsaldır - yani kişinin taleplerine ve onları yönetmesi için var olan kaynaklarına ilişkin yaptığı değerlendirmeden etkilenmektedir- ve nelerin iyi veya kötü başa çıkma şeklinde ele alınabileceğine ilişkin bir öngöründe bulunmak mümkün değildir [157].

Stres verici ya da zorlayıcı olaylarla başa çıkmanın çok sayıda yolu olmasına rağmen Lazarus ve Folkman, bunların iki ana kategoriye ayrılacaklarını belirtmişlerdir. Bunlar, stres verici duyguları düzenleme (duygu odaklı başa çıkma [emotion-focused]) ve birey ile çevre arasındaki strese neden olan ilişkiyi değiştirmedir (problem odaklı başa çıkma [problem-focused]) [152]. Folkman ve Lazarus tarafından yapılan araştırmalarda, bu iki başa çıkma yolunun neredeyse bütün stres verici durumlarda kullanıldığı gösterilmiştir [152, 157]. 1990'lı yıllarda bunlara ek olarak stresli durumlardan kaçmayı sağlayan bilişsel ve davranışsal aktiviteleri kapsayan ve “kaçınma tarzı” olarak adlandırılan üçüncü bir başa çıkma tarzı tarif edilmiştir [149, 158].

Problem odaklı (PO) başa çıkma; bireyin sorununa yönelik alternatif çözümler üretmesi, ilişkilerini değiştirmesi, stresli durumu değiştirmek ya da ortadan kaldırmak için çeşitli girişimlerde bulunmasıdır. PO baş etmede kişinin sorunu çözebileceğine inanması ve kaygı verici uyarana müdahale etmesi vardır. Duygu odaklı (DO) başa çıkma ise, stres kaynağına ilişkin duygusal tepkileri düzene koyma çabalarıdır. Birey stresi çözemeyeceğine inandığında ya da stres kaynağına uyum sağlaması gereken durumlarda bu tarzı kullanır. Durumu kabullenme, yadsıma, kaçınma, kendini eleştirme, duygularını açıklama, olumlu açıdan bakmaya çalışma, toplumsal destek arama ya da problemden uzaklaşma gibi davranışlar bu tarzla ilişkilidir. Madde kullanma gibi eylemler de DO başa çıkma yöntemleri arasında sayılabilir [157]. Genellikle, PO başa çıkma çevresel koşullarda, DO başa çıkmada ise içsel koşullarda değişim gerçekleşir ancak birey kendinde, PO başa çıkma yöntemleri ile çözüme yönelik bir durumu düzelterek içsel değişiklik de yapabilir. PO başa çıkma sorunu belirlemeyi, çözümler üretmeyi, çözümler arasındaki kar zarar durumunu değerlendirmeyi, bir seçim yapmayı ve bu seçimi uygulamayı gerektirir. DO başa çıkmada olumsuz duyguların kontrol altına alınması amaçlanır [149]. DO başa çıkma bir durumun değiştirilmesi değil, durumun anlamını değiştirmeye yöneliktir (örneğin “hayatta bundan daha fazla kaygılanacak başka şeyler olduğunu fark ettim” gibi).

PO başa çıkmanın değiştirilebilir ya da denetlenebilir durumlar sırasında; DO başa çıkmanın ise değiştirilemez, kabullenilmesi gereken durumlarda daha çok kullanıldığı belirtilmektedir [150]. Lazarus’a göre başa çıkma tutumlarının ikisi de aslında iyi ya da kötü değildir; stres kaynağının gerektirdiği başa çıkma tutumu ile bireyin tercih ettiği tutuma bağlı olarak ortaya çıkan sonuçlar olumlu ya da olumsuz olabilir [150].

Bireysel etkenler stresle başa çıkmada en önemli yere sahiptir, bireylerin stres karşısındaki tutumları ve başa çıkma yöntemleri değişkenlik gösterir [159]. Yüksek özsaygıya sahip olan ve iyimser bireylerin daha olumlu ve aktif başa çıkma yöntemlerini kullandıkları ve karşılaştıkları tüm durumlarda ellerinden gelenin en iyisini yapmaya gayret ettikleri belirtilmiştir [155]. Düşmanca, katı, yetersiz ve nörotik eğilimler gösteren kişilerin ise sorunlarını saklamaya meyilli oldukları ve DO başa çıkma tutumlarını daha çok kullandıkları belirtilmiştir [160]. Tepkisel kişilerin DO başa çıkma tutumlarını kullandıkları düşünülür. İçedönük olmanın gelişmemiş, nörotik baş etmeyle ilgili; dışadönük olmanın ise gelişmiş ve etkili baş etme davranışlarıyla ilgili olduğu belirtilmektedir [161].

Baş etme stratejileri, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerine göre incelendiğinde, ergenlikten erken yetişkinlik ve yetişkinlik dönemine geçerken, PO stratejilerin kullanımının arttığı görülmektedir. Madde kullanımına dayalı baş etme tarzlarının sıklıkla erken yetişkinlik öncesinde görüldüğü ve DO baş etme tarzlarıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir [162]. Literatürde, DO başa çıkmanın, PO başa çıkmaya kıyasla stres ve ilişkili bozukluklarla daha çok ilişkilendirildiği [163], olaylardan kaçınarak baş etmenin de ruhsal bozukluklarla ilişkilendirildiği görülmektedir [164].

Kişilerin kullandıkları baş etme tutumlarında cinsiyetin etkisinin olduğu, erkekler ve kadınların farklı baş etme tutumlarını tercih ettikleri belirtilmektedir. Araştırmalarda, kadınların stresle başa çıkmak için dikkat dağıtan uğraşlara yöneldikleri, duygusal tatmin arayışında oldukları ve toplumsal desteğe daha çok gereksinim duydukları; erkeklerin ise daha aktif baş etme tutumlarını kullandıkları gösterilmiştir [29]. Strese yol açan olay çeşitlerinin ve baş etme tutumlarının incelendiği bir çalışmada, kadınların daha çok sağlık ve ailesel yaşantılardan etkilendikleri; erkeklerin ise, parasal ve işle ilgili yaşantılardan etkilendikleri gösterilmiştir. Kadınların duygusal ve kaçınmacı baş etme yollarını tercih ettikleri; erkeklerin, mantıksal ve uzaklaşmacı baş etme yollarını kullandığı bildirilmiştir [160, 165]. Literatürdeki bir başka çalışmada ise başa çıkma yollarında cinsiyete göre farklılık bulunamamıştır [163].

Bir çalışmada kronik hastalıklarla baş etmenin en etkin yolunun hastalığa uyum sağlama olduğu belirtilmiştir [166]. Kronik hastalıklar (yüksek tansiyon, kalp hastalıkları, diyabet, romatizmal hastalıklar) ile baş etme tarzlarının ilişkilerinin araştırıldığı bir başka çalışmada, duygusal baş etme tarzlarını (kaçınma, duygusal dışa vurma, suçlama) kullanan hastaların, olumsuz duygulanıma sahip olduğu, özsaygılarının düşük olduğu ve uyum göstermekte zorlandıkları; olumlu duygulanıma sahip hastaların ise bilişsel stratejiler kullandığı ve hastalığa yönelik bilgi toplama kaynaklarından daha fazla yararlandığı bildirilmiştir [167].

Bireyler stresle başa çıkarken bedensel, zihinsel, davranışsal yollardan veya inançla başa çıkma yollarından yararlanabilirler. Bu yöntemler ayrı ayrı kullanılabilirdiği gibi beraber de kullanılabilirler. Bireylere stresle başa çıkmak için etkili bir zaman yönetimi, düzenli beslenme, gevşeme hareketleri, egzersiz ve fiziksel aktivite, meditasyon, müzik dinleme, sosyal aktivitelere katılma, hobi edinme, iletişim kurma, olumlu hayal kurma, beceri ve yetenek geliştirici etkinliklere katılma gibi aktiviteler önerilmiştir. Ayrıca toplumsal yardıma ulaşabilmenin mümkün olduğu durumlarda, bireylerin hayatlarındaki stres unsuruyla daha etkin biçimde baş edebildikleri belirtilmiştir [168, 169].

2.3.4. Stres, Stresle Başa Çıkma ve Kanser

1960'lı yıllarda yapılan araştırmalarda önemli yaşam olaylarına bağlı stresin psikolojik sorunlarla ilişkisi gösterilmiştir [17]. Psikososyal stresin de kanser etiyolojisinde rol aldığı düşünülmektedir [18]. Kansere yatkınlığı olan fareler ile yapılan ve 400 gün süren bir çalışmada, fareler yoğun kalabalık koşullarda tutularak insanlar tarafından strese maruz bırakılmıştır. Bu sürenin sonunda farelerin %90'ında kanser gelişmiştir. Sessiz ve düşük stres koşullarında tutulan kontrol grubundaki farelerin ise sadece %7'sinde kanser gelişmiştir. İnsanlarla yapılan çalışmalarda da stres ile kanserin görülme sıklığı arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Kansere tanısı konmuş hastaların tanıdan bir yıl öncesinde çok fazla yaşam olayı geçirdikleri saptanmıştır [86, 170]. Aydoğan ve arkadaşlarının, 2013 yılında yaptıkları bir çalışmada, hastaların yaşadıkları günlük yaşamdaki stres düzeyi ve meme kanseri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur [171]. Bilge ve Çam'ın 2008 yılında yaptığı başka bir çalışmada, çalışmaya katılan kadınların %62'si kanserin en önemli nedeninin stres olduğunu belirtmişlerdir.

Kanser hastası kadınların stresle başa çıkma tarzları ve sağlıkla ilgili tutumlarının stresin kanser nedeni olma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, stresin kanser nedeni olduğunu düşünen bireylerin stresle başa çıkmak için çaresiz yaklaşım gösterdikleri ve geleneksel sağlık inanışlarına sahip oldukları saptanmıştır [170].

2.3.5. Stres, Stresle Başa Çıkma ve COVID-19 Pandemisi

Çalışmalarda COVID -19 pandemisinin toplumun günlük yaşantısı üzerinde güçlü bir etkisi olduğu, değişen sosyal yaşantı, yaşanabilecek ekonomik sıkıntılar, mesleğe ilişkin riskler gibi birçok etkenin toplumlarda sinirlilik, enfeksiyon korkusu, anksiyete, depresyon, uyku sorunları ve dikkatsizlik gibi farklı seviyelerde psikopatolojileri etkilediği gösterilmiştir [172, 173].

Alanyazında, geçmişteki epidemiler [174] veya doğal afetler [175, 176], hastalık [177] veya yüksek stresli mesleklerde uzun süre çalışma gibi travmatik stres olayları sırasında da bazı psikopatolojilerin ortaya çıkabildiği ve bunların uzun sürebildiği bildirilmiştir [178]. Kanıtlar, stres karşısında başa çıkma stillerinin genel nüfusun yaşam kalitesini etkilediğini göstermiştir [179]. Olumsuz başa çıkma stilleri, artmış psikolojik stres ve TSSB, anksiyete ve depresyon gibi ruhsal bozukluklarla ilişkili olabilir [175, 176, 180]. Ebola virüsü ve SARS ile ilgili daha önce yapılan araştırmalarda, bireylerin bulaşıcı hastalıkları yaşamı tehdit eden bir olay olarak algıladıkları ve bunun anksiyete, depresyon, korku ve uyku problemlerine neden olabileceği gösterilmiştir [117, 172, 181]. Ayrıca, bu belirtilerin, bireylerin gelecekte ruh sağlığına ilişkin patoloji yaşamaları açısından risk

faktörü olabileceği ve bireyin salgının önlenmesine yönelik tutum ve davranışlarını etkileyebileceği belirtilmiştir [182].

COVID-19 pandemisi döneminde ABD’de yapılan ve 1015 katılımcının yer aldığı bir çalışmada, en yaygın kullanılan baş etme stratejilerinin dikkat dağıtma, aktif baş etme ve duygusal-sosyal destek arama olduğu; kadınların DO stratejileri daha fazla kullandığı; gençlerin, LGBTİ bireylerin ve ekonomik açıdan dezavantajlı grupta olanların genellikle madde kullanımı gibi daha az verimli stratejileri daha fazla kullandıkları bildirilmiştir [183]. Çin’de yapılan ve 1599 katılımcının yer aldığı bir başka çalışma, olumsuz başa çıkma stiline sahip kişilerin olumlu başa çıkma stiline sahip kişilere göre daha yüksek düzeyde psikolojik sıkıntıya sahip olduklarını göstermektedir [184] .

Kronik hastalığı olan 267 katılımcının yer aldığı bir çalışmada da korelasyon analizleri COVID-19 ile ilgili algılanan stresin, dikkat dağılması, inkâr, madde kullanımı ve kendini suçlama gibi başa çıkma stratejileri ile pozitif ilişkili olduğunu göstermiştir. Hiyerarşik regresyon analizleri sonucunda aktif başa çıkmanın -inkâr, duygusal destek kullanımı, mizah, din ve kendini suçlamanın, demografik ve psikolojik özellikler kontrol edildikten sonra- katılımcıların iyi oluşları ile ilişkili olduğu saptanmıştır [185].

2.4. Travma Kavramı ve Travma Sonrası Bilişler

2.4.1. Travmanın Tanımı

Kökenleri Eski Yunancaya kadar dayanan “travma” kelimesi *derinin bütünlüğünde bozulmanın olduğu yaralanma* anlamına gelmektedir [186]. Psikoloji alanındaki kullanımıyla travma; kişinin kendisinin yaşadığı, tanıklık ettiği veya sevdiği bir kişinin başına geldiğini öğrendiği fiziksel veya yaşamsal bütünlüğe yönelik ciddi tehdidin ortaya çıktığı süreçler olarak tanımlanabilir [187]. Psikanalitik kurama göre travma, egonun baş edemeyeceği düzeyde iç ya da dış kaynaklı uyaranlar ile karşılaşılması durumudur.

Çocuk yaşta istismar, kazalar, hayati risk taşıyan tıbbi durumlar, sel ve deprem gibi doğal afetler, kişiler arası şiddet, tecavüz, ev içi şiddet, fiziksel saldırı ve işkence gibi olaylar akla gelen belli başlı travma türlerindendir [188].

2.4.2. Travmanın Kavramının Tarihçesi

Travma kavramının psikolojide yer alması ve travma karşısında verilen psikolojik reaksiyonların araştırılması 19. yüzyılın ortalarında Jean Charcot’un histeriyi “travma tarafından ortaya çıkarılan bir nevroz” şeklinde değerlendirmesi ile başlamıştır [189, 190]. Charcot’un değerlendirdiği histerik kadınların ortak özelliği işkence, tecavüz veya şiddet mağduru olmalarıdır. Charcot’un ardından Pierre Janet ve Freud da histeriye neden olan

unsurları açıklamak için çalışmış, travma ve örseleyici yaşantılara verilen duygusal reaksiyonların bilinç durumunu değiştirdiğini ve bunun sonucunda da histerik semptomların açığa çıktığını savunmuşlardır [189, 191].

2.4.3. Travma Sonrası Bilişler

Bilinç akışını oluşturan sözel ve imgesel parçalara biliş (cognition) adı verilir [192,193]. Bilişsel şemalar ise, bireyin kendisi ve diğerlerine ilişkin bilinçli ya da bilinçdışı inanç ve beklentileridir. Birey, bilişsel şemalarını kendi psikolojik ihtiyaçlarına göre düzenler [193]. Bilişsel modellere göre yaşanan olayların değerlendirilme şekli, kişinin duygu ve davranışlarını etkilemektedir. Janoff-Bulman, insanların kendi bilişsel şemalarına dayanarak bilgiyi işlediklerini, kendilerinin ve diğerlerinin anılarını, algılarını ve çıkarsamalarını anlamakta bilişsel şemaların önemli olduğunu ve şemaların değişime dirençli olduklarını belirtmiştir [194].

Atıfların ve otomatik düşüncelerin incelendiği çalışmalarda, travma yaşamış kişilerin bilişsel şemalarının kesintiye uğradığı veya değiştiği görülmüştür. Değişen veya kesintiye uğrayan bilişsel şemalar da bireyin otomatik düşüncelerine katkıda bulunur [189, 195-197]. TSSB DSM-5 tanı kriterlerinde de kişinin bilişlerinde ve duygularında olumsuz değişimlerin varlığına değinilmektedir [187].

Janoff-Bulman, travmatik yaşantılar sonrasında gözlemlenen bilişsel değerlendirmeleri ve travma sonrası verilen tepkileri “Temel Varsayımlar Modeli” ile açıklamıştır. Bu modele göre temelde insanların, her ne kadar dünyada kötülüklerin olduğunu bilseler de, “kendi dünyalarında” iyiliklerin yaşanacağına dair varsayımları vardır [198]. Janoff-Bulman, bu varsayımları “dünyanın iyiliği varsayımı”, “dünyanın anlamlılığı varsayımı”, “kendilik değeri varsayımı” olmak üzere 3 kategoriye ayırır. Bu varsayımlara göre ‘dünya ve insanlar güvenilir’dir, ‘kötü şeyler olsa da bunların bir nedeni vardır’ ve ‘kişi kendi davranışlarını kontrol ederse bu kötü olaylarla karşılaşmayacaktır’ [198]. Travmatik yaşantı sonrasında bu varsayımlar sarsılır. Birey, kendi incinebilirliği ve dünyanın sandığı gibi hep iyi olmayabileceği gerçeği ile yüzleşir ve travma öncesinde sahip olduğu varsayımları sorgulamaya başlar [198]. Güvenilir dünyanın ve incinmez kendiliğin kaybedilmesinin verdiği yasın da etkisi ile yeni ve travma öncesine oranla daha olumsuz varsayımlar geliştirir [194]. Bu modelin çalışıldığı birçok grupta, temel varsayımların yaşanan travmatik olay sonrasında sarsıldığı bildirilmiştir [199-201]. Amir ve arkadaşları, travmatik olayın bilişsel değerlendirilmesinin travma sonrası süreçteki psikolojik uyum için temel belirleyici olduğunu belirtmiştir [202]. Alanyazındaki diğer

araştırmalar da TSSB gelişmesi ve kronikleşmesinde olumsuz bilişlerin önemli rol oynadığını bildirmektedir [20, 196, 203].

Araştırmalarda travma yaşamış kişilerden TSSB tanısı konmuş olanlar ile TSSB tanısı konmamış olanların bilişleri karşılaştırıldığında, TSSB tanısı olan bireylerde kendine, diğerklerine ve dünyaya ilişkin olumsuz inançlarda genel bir artış olduğı bulunmuştur [203, 204]. Foa ve arkadaşları, travmatik olaylar yaşayan tüm bireylerde TSSB gelişmemesinin olayın algılanma biçimiyle ilişkili olduğunu belirtmişler ve mevcut işlevselliğı bozarak TSSB gelişmesine neden olan başlıca iki biliş değinmişlerdir: “Dünya tamamen tehlikeli” ve “Ben tamamen yetersizim”. Bu çarpıtılmış bilişlerin bireyin emniyet ve güven duygusunu bozduğı, güç ve kontrol duygusunda azalmaya neden olduğı çalışmalarda gösterilmiştir [203, 205].

Araştırmalarda, travma yaşayan kişilerin kendileri (değer, güç, sayğı, savunmasızlık), dünya (anlamlılık, kötü niyet) ve diğerkleri ile etkileşimlerine (inanç, yakınlık, güvenlik) ilişkin değışen inanç ve varsayımlarına odaklanılmıştır [198, 203, 206]. Çalışmamızda da olumsuz bilişler bu üç açıdan değerlendirilecektir.

Moser ve arkadaşlarının, 853 üniversite öğrencisi ile yaptığı ve travma sonrası bilişlerin değerlendirilmesi için Travma Sonrası Bilişler Ölçeğı (TSBÖ)’nin kullanıldığı bir çalışmada TSSB belirtileri ile travmayla ilgili bilişler, cinsiyet ve olumsuz duygulanımın ilişkisi incelenmiştir. Kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri, TSSB şiddeti ile ilişkili bulunmuştur [207]. Başka bir çalışmada regresyon analizi sonrasında kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri; cinsiyet, depresyon, anksiyete ve travmayla ilişkili diğerk olumsuz bilişlerden bağımsız olarak TSSB belirti şiddeti ile ilişkili bulunmuştur [208]. Cieslak ve arkadaşlarının yaptığı ve TSBÖ’nün kullanıldığı biri kesitsel diğerk boylamsal iki farklı çalışmada da travma sonrası rahatsızlığın kişinin kendisiyle ve dünyayla ilgili olumsuz bilişleri ile ilişkili olduğı bulunmuştur [209].

Bireyin dünya görüşünün katılığı ve değışmezliğı arttıkça travmatik deneyim bireyin dünyaya ve kendisine bakışında daha dramatik bir değışime neden olur ve bunun sonucunda bireyde TSSB gelişmesi ihtimali artar [203]. Yaşadığı travmatik olayı genelleştirmeyen ve özgün bir deneyim olarak değerlendirebilen bireylerin olayın sonuçları ile baş edebilmeleri ve üstesinden gelebilmeleri daha olasıdır [203, 205].

Omurilik yaralanması olan 102 hastanın katıldığı, TSSB belirti şiddeti ve yaralanmayla ilişkili faktörlerin, demografik özellikler, fonksiyonel olmayan bilişler ve kişisel özelliklerle (nevrotiklik ve aleksitimi gibi) ilişkisinin incelendiğı bir çalışmada kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişlerinin ve nevrotikliğin TSSB gelişimi açısından risk

faktörü olduğu belirtilmiştir [210]. Omurilik yaralanması sonrası 3-24 ay geçmiş olan 50 rehabilitasyon hastası ile yapılan bir başka çalışmada, olumsuz bilişlerin TSSB belirtilerini belirlemede bilişsel olmayan değişkenlerden daha etkili olduğu, ayrıca sadece TSBÖ “Kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri” alt ölçeğinin TSSB tanısı için istatistiksel olarak anlamlı belirleyicisi olduğu bulunmuştur [211].

Travmatik yaşantıların bilişleri değiştirdiğini gösteren araştırmaların yanı sıra tedavide travmaya ilişkin bilişlerin değişimini hedef alan terapilerin etkililiğini gösteren araştırmalar da mevcuttur. Bilişsel terapi, Beck tarafından ilk olarak depresyonu tedavi etmek için geliştirilmiş, daha sonra anksiyete tedavisinde de uygulanmaya başlanmıştır. Beck’e göre travmatik olayla ilgili yorumlar, bireyin olaya ilişkin duygusal tepkileri üzerinde olayın kendisinden daha fazla etkilidir [212]. Bu süreçlerde görülen hatalı ya da olumsuz yorumlar işlevsel olmayan otomatik düşünceler olarak adlandırılır. Bilişsel terapi, söz konusu durum için abartılı ve hatalı olan bu otomatik düşünceler yerine daha işlevsel olan alternatiflerini kazandırmayı hedefler.

2.4.4. Travma ve Kanser

İnsanlar yaşamları boyunca özellikle sağlıkla ilgili; ölüm, kronik hastalık ya da ölümcül olarak nitelendirilen hastalık tanısı alma, kaza, hastane yatışları gibi çeşitli travmalar yaşayabilirler ve bu travmalara değişen düzeylerde yanıt verirler. Kanserin, etiyojisinin tam olarak açıklanamaması, yavaş ve sinsi ilerlemesi, büyük acılara neden olması, ilerledikçe tedavisinin güçleşmesi ve ölümü çağrıştırması gibi nedenlerle diğer kronik hastalıklara kıyaslandığında daha tehdit edici ve travmatik bir hastalık olduğu söylenebilir [213]. Sağlıklı kendiliğin kaybından, yorucu ve uzun tedavisine ve tedavi sürecinden sonra tekrarlama riskine bakıldığında kanser tek bir travma değil, pek çok travmayı içeren zorlu bir süreçtir [214].

Beden bir bütünlük halindedir ve bu durum organlarının zihinsel tasarımının bütünlüğü ile de ilişkilidir. Zihinsel tasarımın tam olmasının ifadesi olan beden imgesi “ben” fikrinin oluşmasında ve biçimlenmesinde temel bir öneme sahiptir [215]. Kanseri tanıyan bireylerde günlük yaşam aktivitelerinde, beden imgesinde, yaşam kalitesinde, aile yaşantısı ve sosyal yaşantıda aniden ve önemli değişiklikler meydana gelmektedir [216, 217]. Üstesinden gelinemeyen travmatik deneyim genellikle, gelişim için bir fırsat olmaktan çok stres kaynağı olmaktadır. Ciddi bir hastalık ve tedavi süreci ile mücadele etmenin zorluğu yanında, bu durumun hasta birey ve ailesinde yarattığı olumsuz psikolojik durum, travmatik olayla baş etmeyi daha da güçleştirmektedir [217].

Günlük yaşamda “kanser” kelimesi bile olumsuz çağrışımlara sahipken, kanser olma olasılığı söz konusu olduğunda ya da olası bir tanı sürecinde olumsuz duygu ve düşüncelerin gelişmesi neredeyse kaçınılmazdır [218]. Kanser, yaşam üzerindeki kontrolün kısıtlılığını ve ölümü temsil eden bir hastalıktır [214]. Korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, terk edilme düşünceleriyle bir yıkım gibi algılanır ve kişinin kriz yaşamasına ve ruhsal sorunlar ile yüz yüze kalmasına neden olur [218].

Kanser tanısı almak, bireyin kullandığı uyum mekanizmalarının tümünün sarsılmasına, geleceğe yönelik beklentilerinin ve planlarının bozulmasına neden olur. Birey, fiziksel ve ruhsal kapasitesinin zorlandığını ve büyük bir stresle karşı karşıya kaldığını hisseder, stres durumunda vücutta hem fiziksel hem de psikolojik düzeyde birçok yanıt ortaya çıkar. Kanser tedavisinde bireyin psikolojik sağlığı; tedaviye uyuncu, tedavinin gidişatını ve başarısını etkilemektedir [216].

Travmatik deneyimlerin fiziksel sonuçlarının yanı sıra anksiyete ve depresyon belirtileri, yas, çaresizlik, alkol ve madde kötüye kullanımı, uyku bozukluğu, cinsel işlev bozuklukları, intihar ve TSSB gibi çeşitli psikolojik sonuçları da olmaktadır [219]. Kanser tedavisindeki gelişmelere bağlı olarak yaşam süresinin artması beklenmektedir. Hasta sayısının artması ve kanserle mücadelenin her aşamasında psikolojik sıkıntıların görülebileceğine ilişkin artan farkındalık psikososyal müdahalelerin önemini belirginleştirmektedir [220]. Yani kanser, fiziksel sağlık üzerine olan etkisi kadar, ciddi bir travmatik deneyim olması sebebiyle önemli bir ruhsal stresör de olup, kaygı ve depresyon gibi sonuçlarıyla ruh sağlığı hizmeti gereksinimi ile yakından ilişkilidir [221].

2.5. Anksiyete ve Depresyon

2.5.1. Anksiyete

Anksiyete kelimesi daralma ya da gerginlik anlamlarına gelen Yunancada “angh”, Latince “angustus” kelimelerinden köken alan Almanca “angst” sözcüğünden türetilmiştir ve köken aldığı kelimelerin anlamlarına uygun olarak “düşünülmeyen fakat hissedilen, gözle görülür bir sebebi bulunmayan, kaynaklarının dolaylı olarak tespit edilebildiği sürekli bir kaygı ve korku hali ya da düşük seviyelerdeki düzenli korku” anlamlarına gelmektedir [222, 223]. Anksiyete kavramı Freud tarafından incelenmeye başlamadan önce sıklıkla felsefenin, özellikle de etik felsefesi ve din felsefesi tarafından incelenmiştir [223].

Anksiyete, duygulanımda kaygı, korku, sıkıntı ve bunaltı halinin eşlik ettiği, benliğin kendini tehdit altında hissettiği bir gerilim durumudur. Bu tehdidin kaynağının

bilinmemesi ile korkudan ayrılır [224]. Normal düzeylerdeki anksiyete, insanın hayatın sürdürebilmesi için gereklidir. Tehditlerin ve risklerin varlığında korunma amacıyla kaçma veya savaşmayı sağlamak üzere ortaya çıkar [225]. Anksiyete bozukluğu ise, ortada tehlike oluşturacak bir durum yokken de anksiyetenin ortaya çıkması, uzun sürmesi ve sonlandırılmamasına bağlı olarak belirgin sıkıntı ve işlev bozukluğu gelişmesidir [226].

Anksiyete belirtileri, duyuşsal alanda (gerçek olmayan hisler, aşırı uyanıklılık, gerçekle uyumlu çevresel görüntüler), düşünce alanında (hatırlama güçlükleri, olaylar arasındaki nedenleri kavrayamama, dikkati odaklayamama, düşünce akışının denetlenememesi), kavramsal alanda (bilişsel çarpıtmalar, kontrolü kaybetme ve ölüm korkusu, aklını kaçırarakmış gibi hissetme, aniden çok kötü bir şey olacakmış hissi) ve duyuşsal alanda (sinirlilik, gerginlik, çaresizlik hissi, sürekli olarak alarm durumunda olma) olabilir [227]. Bunlara ek olarak anksiyetenin donakalma, kaçınma, davranışsal inhibisyon gibi davranışsal ve sempatik/parasempatik sinir sisteminde meydana gelen uyarılmalara bağlı olarak oluşan, kalp hızında artma, çarpıntı, kan basıncında değişme, hızlı hızlı nefes alma, boğuluyormuş gibi hissetme, nefes almada zorluk, ellerde ve ayaklarda titreme, kaslarda gerginlik, aşırı terleme gibi fizyolojik belirtileri de olabilir [226, 227]. Bireyler anksiyete ile başa çıkmak için, içe dönme, dışa vurma, bedene yansıtma, kaçınma gibi pasif başa çıkma tarzlarını veya problem çözme gibi aktif başa çıkma tarzlarını kullanırlar [228].

Anksiyete ile ilgili genel istatistiklere bakıldığında tüm yaş gruplarından bireylerin katıldığı çalışmalarda yaşam boyunca anksiyete bozukluğu görülme oranı yaklaşık %25'tir [229]. Binbay ve arkadaşları tarafından Türkiye örnekleminde yapılan epidemiyoloji çalışmalarında YAB yaygınlığı %6,9 olarak bildirilmiştir [230]. Prevalansta cinsiyet farkı göstermeyen sosyal anksiyete bozukluğu dışında, kadınlarda tüm anksiyete bozukluklarında yaşam boyu tanı oranları daha yüksektir. Hastalığın başlangıç yaşı ve kronikleşmesinde cinsiyet farklılığı gözlenmemiştir [231]. Çeşitli çalışmalarda anksiyete bozukluğuna en sık eşlik eden psikopatolojinin MDB olduğu belirtilmektedir [230, 231]. Ayrıca, kalp hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları [232], diyabet ve kanserler [233, 234] de kaygı bozuklukları ile sık birlikteliği olan hastalıklardır.

2.5.2. Depresyon

Depresyon, bir ruhsal çökkünlük halidir; bir hastalık olan depresif bozukluğun gündelik olağan moral bozukluğu veya çökkünlükten farkı ise kişinin bu durumu çözümsüz ve kendisini de yetersiz hissetmesidir. Aniden ortaya çıkan stresli yaşam

olayları, kronik stres ve yoksulluk depresif bozuklukların psikososyal nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadırlar [235].

MDB için yaşam boyu riskin, erkeklerde %5-12, kadınlarda %10-25, ortalama %12 olduğu bildirilmiştir. Kadınlarda, erkeklerden 2 kat daha fazla görülen MDB orta yaşlarda (20-40 yaş) daha sık izlenen bir hastalıktır [235]. ABD’de DSM-5 kriterlerinin kullanıldığı ve 36309 yetişkin ile yapılan ulusal çapta bir araştırmada, MDB yıllık ve yaşam boyu prevalansları sırasıyla % 10.4 ve % 20.6 olarak bulunmuş, bunların çoğunun orta (6-7 semptom) veya şiddetli (8-9 semptom) depresif bozukluk olduğu ve komorbidite ile birliktelik gösterdiği belirtilmiştir [236]. Türkiye’deki epidemiyolojik çalışmaları gözden geçiren Küey ve Güleç’in tespit ettiği sonuçlara göre: toplumda klinik düzeyde depresyon prevalansı yaklaşık %10’dur. Kronik bedensel hastalığa sekonder depresyonların %4-8,8 arasında olduğu gösterilmiştir ve bu hastaların yaklaşık üçte birinde depresyon kronikleşmiştir [237]. Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü tarafından Başkent Üniversitesi’ne yaptırılan Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi sonucunda en fazla yeti yitimine neden olan psikiyatrik hastalığın ve üretken yaş aralığında (15-59 yaş) en sık görülen hastalığın unipolar depresyon olduğu belirtilmiştir [238]. Çalışmalarda düşük eğitim düzeyi, yeti yitimine neden olan psikiyatrik ve bedensel hastalıklar, stresli yaşam olayları, sosyal desteğin yetersiz olması, kişilik bozukluğu ek tanısının varlığı depresyon için risk etmenleri olarak bildirilmiştir [239-241]. Stresli yaşam olaylarının etkisinin, kişinin olaya yüklediği anlama göre değiştiği ve bu ilişkinin çift yönlü olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır [241].

2.5.3. Kanser Hastalarında Anksiyete ve Depresyon

Kanser sürecinde en hızlı gelişen ve en kısa süren ruhsal bozukluk akut stres bozukluğudur. Bu durum bireyin başa çıkma sınırlarını aşan bir travma yaşadığına işaret eder [96]. Akut stres bozukluğu 30 günden uzun sürdüğünde tanı TSSB olarak değişir [242]. Tokgöz ve arkadaşları, kanser hastaları ile yaptıkları çalışmalarında TSSB yaygınlığının %6-19 oranlarında değiştiğini bildirmişlerdir [242]. KT alan hastalarda, almayanlara göre TSSB oranı daha yüksektir [96]. Çalışmalarda depresyon tanısı almış kanser hastalarının eş zamanlı olarak %24’ünün YAB, %18’inin panik bozukluk, %30’unun TSSB tanı ölçütlerini karşıladıkları bildirilmiştir [243, 244].

Çalışmalarda genç olmak, kadın cinsiyet, yetersiz ağrı kontrolü, ileri evre hastalıklar, fonksiyonel kapasite düşüklüğü, hastalığın nüks etmesi, öz saygının düşük olması, aşırı stres, kötü fiziksel şartlar, geçmiş depresyon ve alkol-madde kullanım bozukluğu öyküsü depresyon gelişimi açısından risklerle ilişkili bulunmuştur [245].

Hastalarda ölüm ile yüz yüze gelme, aile iş ve toplum rollerinde değişme, beden imgesinde değişme, ağrı ve acı çekme korkusu, uygulanan girişimsel tedaviler, KT ve RT gibi nedenler depresyona yol açmaktadır [7, 139, 246-249]. Withlock ve Siskind'e göre kanser hastalarında depresyon; tanı ve tanının söylenmesi sürecine, uygulanan tedavi yöntemlerine, tedavi yan etkileri ve kansere bağlı ağrı, düşkünlük gibi süreçlere verilen psikolojik tepkiler sonucunda gelişebilir [248]. Ayrıca depresyon henüz tanı konulmamış serebral metastazın veya paraneoplastik sendromun ilk işareti olabilir [96]. Kanser hastalarında depresyon tanısı değersizlik, ümitsizlik, aşırı suçluluk ve intihar düşüncesi gibi psikolojik ya da bilişsel semptomlar değerlendirilerek konmalıdır çünkü ileri hastalık durumunda ortaya çıkan yorgunluk ve enerji kaybı gibi somatik belirtiler depresyon belirtileri ile karışabilir [7, 247, 248]. Kanser getirdiği çaresizlik duygusu, tedavinin yan etkileri ve kansere bağlı gelişen fiziksel belirtiler de bu bireylerde kontrolün kaybedildiği duygusuna yol açmaktadır. Yaşanan kontrol kaybı hissi ile bireylerin öz saygısı düşebilmekte ve depresyon daha kolay ortaya çıkabilmektedir [96].

Kanser hastalarında anksiyete depresyona oranla daha az çalışılmıştır [247]. Kanserde anksiyeteyi etkileyen risk faktörleri, tıbbi (kanserin tipi, evresi, seyri, yaşanan semptomlar, tedavide kullanılan ilaçlar. vb.), psikolojik (baş etme becerileri, olgunluk düzeyi, yaşam amaç ve beklentilerini geliştirebilme gücü vb.) ve sosyal faktörler (duygusal ve psikososyal destek görebilme derecesi) olarak sınıflandırılabilir [250]. Kanser bilinen ya da bilinmeyen özelliklerinden kaynaklanan korku, gelecek kaygısı, belirsizlik, tedavinin işe yaramayacağı düşüncesi, olumsuz sonucu bekleme, hastanede yatarken ailenin desteğini yeterince görememe, enfeksiyonlar, metabolik bozukluklar, beyin metastazları ve uygulanan tedaviler (KT, RT, steroidler, antiemetikler vb) hastalarda anksiyeteye yol açabilir [7, 96, 104, 247, 251]. Tıbbi durumdan bağımsız olarak ağrı, kanser hastaları için her şeyin kötüye gittiği, tedaviye yanıt alınamadığı, ölümün yakın olduğu gibi anlamlar taşıyabilir [96, 252]. Çalışmalarda kanser hastalarındaki anksiyete insidansının %50'nin üzerinde olduğu ve hastaların yaklaşık %30'unda kronik anksiyete olduğu belirtilmektedir [253]. Kanser hastalarında anksiyete düzeyini belirleyip azaltmanın tedaviye uyumu ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemesi beklenir [96].

Yıldırım ve arkadaşları tarafından yapılan ve meme kanserli hastaların, tedavi öncesinde ve sonrasında, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitelerinin değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların anksiyete ve depresyon risklerinin tanı aşamasından itibaren yüksek olduğu ve riskin tedavi sonrasında birinci yılda da devam ettiği saptanmıştır [104]. Çelik

ve arkadaşları da takipteki meme kanserli hastalarda duygusal durum, uyku güçlüğü, yorgunluk ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki saptamışlardır [254].

Kanser hastalarında anksiyete ve depresyon tedavisinde farmakolojik ajanların seçimi hedef belirtiler, hastanın tıbbi durumu ilaç yan etki ve etkileşimlerine göre yapılmalıdır. Yaşamda kriz olarak değerlendirilebilecek kanserde tedavi sadece farmakoterapi ile kalmamalı aynı zamanda fazla zaman alıcı olmayan, hastaların genel durumlarını dikkate alan, gerektiğinde aile ve tedavi ekibini de içeren özellikte destekleyici psikoterapilerden de yararlanılmalıdır. Terapilerde zedelenmiş olan benlik değerinin yeniden kazanması, kayıpları kabullenmesi, krizle mücadele kendine özgü başa çıkma stratejileri geliştirmesi ve yeni bir yaşam planı oluşturması hedeflenmelidir [2, 245].

2.6. Psikolojik Dayanıklılık

2.6.1. Psikolojik Dayanıklılığın Tanımı

Psikolojik dayanıklılık kavramını ifade ederken kullanılan “resilience” sözcüğü Latince “esnek, elastik yapıda olduğu için bozulmayan ve eski formuna dönebilen” anlamlarına gelen ve ‘resilire’ fiilinden türetilmiş olan ‘*resiliens*’ kelimesinden köken almaktadır [255]. Oxford İngilizce Sözlükte “resiliency” kelimesi “meydana gelen sorunlardan sonra önceki iyi duruma hızlı bir şekilde geri dönebilme kabiliyeti” olarak tanımlanır [256].

PD kavramı üzerine çalışan ilk kişi Suzanne C. Kobasa’dır. Kobasa, stres verici koşullara maruz kalmalarına ya da travmatik olaylar yaşamalarına rağmen hayatın normal işleyişine tekrar uyum sağlayabilen insanların ortak özelliğinin “psikolojik dayanıklılık” olduğunu söyler ve psikolojik dayanıklılığı, bireyin yaşamındaki olayların denetimini elinde tuttuğuna inanması, hayatın getirdiği yeniliklere açık olması ve kendini yaptığı işe adanması olarak tanımlar [257]. Ancak Kobasa dayanıklılığı ifade ederken “psychological hardiness” terimini kullanmıştır. İki kelime (resilience ve hardiness) anlam olarak birbirine benzese de “resilience (dayanıklılık)” yaşanan zor durumdan sonra artmış uyum becerisini ifade ederken “hardiness (tahammül / sağlamlık)” güçlüklerle karşı göğüs germeyi sağlayan bir kişilik özelliğidir, fakat pozitif yönde bir gelişimin olmasını şart koşmaz [258]. Psikolojik dayanıklılık (resilience) kavramı iki unsuru barındırmaktadır. Birincisi stresli yaşam olaylarını ve her türlü olumsuz koşulu içeren “zorluk”, ikincisi davranışsal ve sosyal becerileri içeren “pozitif uyum”dur [32, 259].

Günümüzde kullanılan “resilience” terimini ilk kez 1985 yılında Rutter kullanmıştır [260]. Türkiye’de yapılan çalışmalarda da “resilience” kelimesinin karşılığı olarak başlarda

psikolojik dayanıklılık, psikolojik sağlamlık, kendini toparlama gücü ve yılmazlık gibi farklı kavramlar kullanılmış; ilerleyen zamanlarda ise en uygun karşılığın “psikolojik dayanıklılık” olduğu konusunda uzlaşmaya varılmıştır [261].

Farklı farklı düzeylerde de olsa her birey hayatı boyunca gündelik sıkıntılardan ciddi travmalara kadar birçok stresli durumla karşılaşmaktadır. Stres yaratan durumlara uyum göstermeyi, bu durumlarla etkili bir biçimde baş edebilmeyi ve strese verilen tepkilerin olumlu yanlarını ifade eden kavram, PD olarak adlandırılmaktadır [262].

2.6.2. Psikolojik Dayanıklılık Kavramının Gelişimi

Kobasa, Illinois Belediyesi’nde orta ve üst düzey yönetici pozisyonunda çalışan, 40-49 yaşları arasında, 670 erkek katılımcı ile yaptığı çalışmasında katılımcılardan son üç yılda yaşadıkları yoğun stresli olayları ve geçirdikleri hastalıkları listelemelerini istemiş; katılımcıları stres seviyelerine ve hastalık puanlarına göre sınıflandırmıştır. Yüksek stres puanı almış olmalarına rağmen düşük hastalık puanına sahip olan katılımcılarda tespit ettiği bazı ortak noktalar Kobasa’nın PD tanımlamasının temelini oluşturmuştur [257].

Kobasa, PD düzeyleri yüksek kişilerin üç özellik taşıdığını belirtmiştir [257]:

- Denetim (control): Hayatlarında meydana gelen olayları kontrol etme ya da etkileme gücüne sahip olduklarına inanırlar.
- Bağlılık-kendini adama (commitment): Yaptıkları işleri (fiilleri) kendilerini o işe vererek ve özveri ile yaparlar.
- Mücadele-meydan okuma (challenge): Heyecan verici bir zorlukla karşılaştıklarında, zorluğu kendilerini geliştirmek için bir araç olarak görürler.

İlerleyen çalışmalarda Kobasa ve arkadaşları, psikolojik dayanıklılığın stres için direnç kaynağı olan etkin bir kişilik özelliği olduğunu belirtmişlerdir [263]. Gentry ve Kobasa’ya göre ise PD stresin olumsuz etkilerini azaltan ve organizmada hastalığa yol açan gerginliği önleyen bir kişilik özelliğidir. Çalışmalarında strese karşı direnç kaynağı olan kişilik özelliklerini öz kontrol, öz yeterlilik, algılanan kontrol ve PD olarak açıklamışlardır [264]. Funk da, psikolojik dayanıklılığın stresli yaşam olayları karşısında sağlıklı kalmayı sağlayan bir kişilik özelliği olduğunu; dayanıklılığı yüksek olan bireylerin amaç yönelimli olduklarını ve kendilerini değişimin getirdiği sonuçların aktif belirleyicisi olarak gördüklerini ifade etmiştir [265].

Masten ve arkadaşlarına göre PD zorlayıcı ve tehdit edici koşullara rağmen uyum sağlama yeteneğine sahip olmak, uyum sürecinde gayret göstermek ve bu sürecin sonucunda da başarılı olmaktır [266, 267]. Hunter, psikolojik dayanıklılığı, kişinin, çevresinde meydana gelen birçok ciddi sıkıntıya (bireysel, ailevi, ekonomik, sağlıkla veya

işle ilgili olanlar gibi) uyum sağlaması ve genel olarak bir başarı süreci olarak tanımlar [268]. Fraser ve arkadaşları ise psikolojik dayanıklılığı, olağanüstü koşullar altındaki bireyin olumlu ve beklenmedik sonuçlara ulaşma ve bu duruma uyum sağlama becerisi olarak tanımlamaktadır [269].

Felten'e göre PD hastalık, kayıptan sonra fiziksel veya duygusal sağlık düzeyine ulaşma, koruma ve tekrar kazanma yeteneğidir [270]. Yates ve arkadaşlarına göre PD, bireyin var olan sorunları uyumlu bir biçimde aşmasına olanak tanıyan, gelecekteki zorlukların üstesinden gelebilmek için kaynak sağlayan, olumsuz durumlardan toparlanmayı da kapsayan ve devamlılık içeren bir süreçtir [271]. Rutter, 2006 yılındaki çalışmasında psikolojik dayanıklılığı, "bazı bireylerin, ciddi sonuçlar yaratması beklenen deneyimler yaşamasına rağmen nispeten iyi bir psikolojik sonuç göstermeleri" olarak tanımlamıştır [272]. Earvalino ve Ramirez çalışmalarında psikolojik dayanıklılığı, depresyondan, hastalık süreçlerinden, kötü durumlardan ya da değişimlerden sonra hızla kendini toparlayabilme; incindikten ve gerildikten sonra eski haline kolayca dönebilme ve esneklik olarak ifade etmiştir [258]. Bartone ve arkadaşları ise psikolojik dayanıklılığı stresle mücadeleyi artıran bir özellik olarak tarif ederler[273]. Cicchetti ise PD kavramını yaşanan ciddi güçlüklerde, tehdit altında olma ya da travma durumlarında olumlu uyum sağlayabilme becerisini içeren; bireyin sahip olduğu bir şey olmaktan çok, birçok etken tarafından belirlenen, sabit ve değişmez olmayan, aktif ve gelişimsel bir süreç olarak tanımlamıştır [274]. PD, tehdit, travma, ailesel ve ilişkisel sıkıntılar, sağlık problemleri, maddi sorunlar gibi önemli stres kaynaklarına karşı, kişinin uyum sağlama süreci olarak da tanımlanabilir [275].

Yapılan bazı çalışmalara göre PD kavramı varoluşçu yaklaşım ile ilişkilidir. Varoluşçu yaklaşımda bireylerin değişim ve gelişimini sağlamanın yolları; karşılaşılan olumsuz durumları olumluya çevirebilmek ve her an cesur olabilmektir [276].

Tüm bu tanımlardan yola çıkarak PD, bireyin stres verici veya travmatik bir yaşam olayı karşısında hayata, ailesine, işine bağlanmasını, çevreye ve yeni yaşam koşullarına uyum sağlamasını kolaylaştıran; stres/travma etkeninin etkililiğini azaltan; kendi yaşamı üzerinde söz sahibi olduğuna inanmasını sağlayan bir kişilik özelliği olarak tanımlanabilir. Ancak bu özellik değişmez bir özellik olmaktan ziyade risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin etkileşimiyle gelişmekte olan, aktif bir süreçtir. Ayrıca bireyin stresle baş etmesi ve bu süreci nasıl atlattığı üzerine odaklanmakla birlikte stresle baş etmenin sonuçları olan uyum ve yeterlik gibi olumlu gelişme, geleceğe yönelme ve umut ile de ilgilidir.

2.6.3. Psikolojik Dayanıklılığın Boyutları

Daha önce kısaca söz edildiği gibi, Kobasa ve arkadaşlarına göre, PD'nin birbiriyle ilişkili üç boyutu vardır: Kendini adama, kontrol ve meydan okuma [257].

- Kendini adama: Bireyin günlük olaylara müdahil, girişimci ve aktif olması, olayların dışında kalmaması yoluyla gerçekleşen; çevrelerindeki olayları, nesneleri ve insanları tanıma, anlamaya çalışma gibi genel bir çaba, amaç ve anlam duygusu olarak görülmektedir [277, 278]. Bu bireyler çevrelerine sosyal olarak yatırım yaparlar ve ilişkide oldukları nesnelere bağlanırlar [263]. Kendilerini ve çevrelerini zaman harcamaya değer ve ilginç bulurlar. Ayrıca yaptıkları her şeyde merak edilecek, anlamlı olabilecek bir şeyler aramaya ve bulmaya meyillidirler [279]. Kendini adama, yaşama ilgi duyma, kendi değerlerinin ve amaçlarının farkına varma, kendine inanma, duygusal destek almaya ve vermeye istekli olma ile oluşan güçlü bir gerçeklik duygusunu da beraberinde getirir. Bu gerçeklik duygusu, durumlar değişirse bağlanma durumunun da yeniden değerlendirileceğine işaret eder [280].
- Meydan okuma: Bireylerin çevresiyle etkileşime geçmesini, yeni deneyimlere açık olmayı, farklı farklı yollarla öğrenmeyi, durum değişikliklerinde yeniden düzenleme yapmayı sağlayan bir faktördür [281]. Bu özelliğe sahip bireyler bilginin çaba sarf edilmeden kolay yollardan elde edilmediğini, zorlukların ve zorluklar karşısında gösterilen çaba ve zahmetin bireyi geliştirdiğini bilirler. Yaşamdaki değişimleri olumlu olarak değerlendirirler ve değişim, güvenliklerine karşı bir tehdit unsuru olarak değil, gelişimlerini teşvik edecek bir unsur olarak algılanır. Deneyimledikleri stres verici durumları, yaratıcı ve yenilikçi yollarla çözmek ve başarıya ulaşmak için bir fırsat olarak değerlendirirler. Olayların kendi gelişimlerini teşvik edeceğine ilişkin algıları yaşadıkları durumları yeniden düzenleyebileceklerine olan inançlarından, özgüven sahibi olmalarından ve benlik saygılarının yüksek oluşundan kaynaklanır [263]. Çevrelerinde samimi, esnek, zamanı ve kaynakları etkin kullanan, problem çözücü ve işleri kolaylaştırıcı bireyler olarak bilinirler. Değişen durumları etkili bir şekilde değerlendirme ve yorumlama yeteneğine sahiptirler [282].
- Kontrol: Holt ve arkadaşlarına göre bu özellik, bireyin yaşamındaki çeşitli durumları etkileyebileceğine olan inancını, durumları değiştirmeye yönelik düşünce ve eylemlerini ifade eder. Ayrıca tüm engellere rağmen kendi yetenek

ve becerilerini olumlu olarak algılamayı da içerir [281]. Başka bir deyişle kontrol karşılaşılan zorluklar karşısında kendini güçsüz hissetmek yerine, olayların seyrini değiştirmeye yönelik olan inanç ve müdahalelerdir. Bu özelliğe sahip bireyler olurlarına bırakmak yerine çaba sarf ederek sonucu değiştirebileceklerine inanırlar ve karşılaştıkları stres durumlarında kendilerini güçsüz hissetmezler [277].

Friborg ve arkadaşları ise yapmış oldukları çalışmada PD'yi kişisel güç, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynaklar olarak toplam beş boyutta tanımlamışlar [283]; 2005 yılında yaptıkları ikinci bir çalışmada ise kişisel güç boyutunu, kendilik algısı ve gelecek algısı olarak ikiye ayırmışlar ve PD alt boyutlarını altı başlıkta sınıflandırmışlardır [284].

- Kendilik Algısı: Kişinin gerçekte kim olduğu ile ilgili duygu, düşünce ve davranışlarını fark etmesine yönelik algılarını [285],
- Gelecek Algısı: Kişinin geleceğe yönelik olumlu bakış açısını [261],
- Sosyal Yeterlilik: Bireyin sosyal açıdan destek görüp görmemesi ile ilişkili olarak sosyal uyumunu, dış dünya ile ilişkisini ve sosyal aktivitelerde bulunma eğilimini [283],
- Yapısal Stil: Bireyin özgüveni, güçlü yanları ve öz disiplini ile ilişkili olarak günlük aktivitelerini planlama, koordine etme ve eyleme dökebilme becerilerini [261],
- Aile Uyumu: Kendisinin önem verdiği şeylerle ailesininkilerin örtüşmesini ve ailesi ile beraberken kendini mutlu hissedip hissetmemesi ile ilişkili olarak aile fertlerinden aldığı desteği; kısaca bireyin en yakınlarıyla uyumunu [261],
- Sosyal Kaynaklar: Bireyin diğerleri ile olan sosyal ilişkilerindeki yeterliliğini ve sosyal sorumluluğunu ifade etmektedir [286].

Çalışmamızda da kullanılan Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, psikolojik dayanıklılığın bu altı boyutunu incelemektedir.

Psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireyler yaşamlarında üç tür kontrole sahiptirler:

- Karar kontrolü (stresle başa çıkabilmek için çeşitli kaynaklar arasında seçim yapabilme yeteneği)
- Bilişsel kontrol (yaşamın akışı sırasında ortaya çıkan stres etkenlerinin yorumlanması, değerlendirilmesi ve etki şiddetlerinin azaltılabilmesi yeteneği)

- Başa çıkma becerileri (tüm durumlara karşı başarı elde etme arzusu geliştirme ve farklı stres etkenlerine farklı kaynak sağlama yeteneği) [257].

Nowack, PD'si yüksek olan bireyleri, A tipi kişilik özellikleri sergileyen, sağlıklı arkadaşlıkları olan, sosyal destek açısından yeterli ve yaşama olumlu bakan bireyler olarak tanımlar [278]. PD düzeyleri yüksek olan bireyler yaşamlarında ne istediklerini rahatlıkla belirleyebilirler, sorunların ortaya çıkmasını engelleyebileceklerine inanırlar, mevcut sorunları düzelterek ve bu süreci geliştirerek atlatabilme becerisine sahiptirler [287]. Crowley, PD düzeyi yüksek olan bireyleri, sorunlara olumlu yaklaşan, etkili başa çıkma mekanizmaları geliştirmiş, sorumluluk duygusu ve öz kontrol sahibi, destek sistemleri olan ve gerektiğinde destek arayabilen, daha az kaçınmacı stratejiler kullanan ve yaşamdan doyum sağlayabilen bireyler olarak nitelemiştir [288]. Maddi ve Hightower ise bir kişilik özelliği olarak PD'ye sahip bireyleri kendilerini çok az güçsüz hisseden, güvenli bağlanan, deneyim kazanmaya ve gelişmeye önem veren bireyler olarak tariflerler [289].

Tugade ve arkadaşlarına göre, stresli olaylarla karşılaşan yüksek dayanıklılığı olan kişiler, sorun çözme ve planlama gibi yöntemleri kullanırlar ve kaçınmacı yöntemleri tercih etmezler. Stresli olaylar sırasında bile olumlu duygular yaşarlar. Bu bireyler, fizyolojik olarak da olumsuz duygusal uyarılmalardan kendilerini çabuk toplarlar. Yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip kişiler, zorluklarla mücadele ederler. Stabil olmak yerine değişime güvendiklerinden, stresli hayat şartlarını, güvenliğe yönelik bir tehdit olmaktan ziyade bireysel gelişimleri için bir avantaj olarak görürler [290].

Psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireyler kendi yaşamlarını kendileri tayin eden, olumsuz dış etkenleri etkisiz hale getirebilen, duygularının ve davranışlarının sorumluluklarını alan, kendi yaşamlarında kontrol sağlayabilen bireylerdir. Bu bireylerdeki özsaygı, olumsuz yaşam durumlarının iyileştirilebileceği ve sorunların üstesinden gelinebileceği şeklinde iyimser bakış açısına ve kendine güvene neden olur. Güven ise stres karşısında bu bireylerin daha dayanıklı olmasını sağlar.

Haase'e göre çalışmalar sonucunda psikolojik dayanıklılığın açıklanmasında rol oynadığı gösterilen faktörler üç genel kategori altında toplanabilir. Bu kategorilerden ilki aile uyumu ve desteğidir [291]. Ailesel özellikleri inceleyen çalışmalar en az bir ebeveynle veya ebeveyn yerine geçen kişiyle ilişkilerin önemini ortaya koymaktadır [292]. İkinci kategori olan kişisel ve yapısal özellikler; bireyin zekasını, sahip olduğu fiziksel ve sosyal beceri özelliklerini kapsar. Son kategori olan dış destek sistemleri ise kişiye zorluklar karşısında destek olabilecek arkadaşları, komşuları, öğretmenleri ve diğer kişileri içerir [293].

Psikolojik dayanıklılığı değişken odaklı ele alan modeller; eklemeli, etkileşimli ve dolaylı modeller alt başlıklarına ayrılırlar. Eklemeli modellerde dayanıklılığa etki eden temel etkenler, etkileşimli modellerde dayanıklılığa etki eden moderatör (moderator) etkenler, dolaylı modellerde de dayanıklılığa etki eden aracı etkenler (mediator) belirtilmiştir [294]. Eklemeli modellerde; bireyin kaynakları veya olumlu özelliklerin, risk faktörlerinin (geniş aile, yoksulluk, annenin eğitim seviyesinin düşüklüğü vb.) ve hem kaynak, hem risk faktörlerinin birlikte bireyin psikolojik dayanıklılığına ve uyumuna nasıl etki ettiği incelenmektedir. Bireyin yaşamında risklerin olmasının bireyin dayanıklılığını olumsuz etkilediği, kaynakların olmasının ise olumlu etkilediği ifade edilmektedir [294]. Etkileşimli modellerde, koruyucu ve yatkınlaştırıcı faktörler, bireyin risklerini önleyen veya azaltan kolaylaştırıcı (moderatör) olarak ele alınmaktadır. Kolaylaştırıcı olarak en çok belirtilen faktörler bireyin kişilik özellikleri ve tehdit edildiğinde ortaya çıkan önleyicilerdir (kriz büroları, acil servisler, sosyal servis kurumları vs) [294]. Dolaylı modellerde ise; risk, koruyucu ve olumlu özelliklere etki edecek aracı etkenler ele alınmaktadır, etkin ebeveynlik stilleri üzerinde durulmaktadır [294].

Psikolojik dayanıklılığı ele alan bireysel odaklı yaklaşımların da üç çeşit olduğu belirtilmektedir. Bunlar, vaka çalışmaları, risk altında ancak dayanıklı olan gruplarla olan çalışmalar ve karşılaştırmalı grup (risk altında ancak dayanıklı olan gruplar, risk altında ve dayanıklı olmayan gruplar, risk altında olmayan gruplar) çalışmalarıdır [295]. Birçok çalışmada bireysel [296-298] ve değişken odaklı modellerin [294, 296] psikolojik dayanıklılığı açıklamada yeterli olmadığı vurgulanmıştır. Bu durum, dayanıklılık kavramının, çoklu düzeyde ve disiplinler arası bağlamda ele alınmasına yol açmıştır [297].

2.6.4. Psikolojik Dayanıklılığın Gelişimi, Koruyucu Faktörler ve Riskler

PD, bireyin stresli durumlarla karşılaştıklarında psikolojik sağlığını koruyabilme, günlük yaşantısını daha az etkilenerek devam ettirebilme ve bu durumları gelişerek atlatma kapasitesi olarak da ifade edilebilir [299]. Araştırmacılar bu özelliğin nereden geldiği, nasıl oluştuğu, değişip değişmediği konusunda çeşitli görüşler bildirmişlerdir. Garnezy, 1971 – 1982 yılları arasında ebeveynleri şizofreni hastası olan çocukları incelemiş; bu çocukların erişkin hayatlarında uyum bozukluğu sergilemediklerini, hatta sosyal becerileri iyi ve yakın ilişki kurabilen bireyler olduklarını gözlemlemiştir [300]. Kobasa ve Maddi, erken çocukluk döneminde psikolojik dayanıklılığın gelişimini incelemeyi hedefledikleri çalışmalarında psikolojik dayanıklılığın gelişebilmesi için ideal ortamın nasıl olduğunu tartışmışlardır. Çalışmalarında, dayanıklı kişilik özelliklerinin gelişiminde erken yaşlarda ebeveyn kaybının, düşük sosyoekonomik durum gibi stres verici olaylarla karşılaşmış

olmanın, geçirilen fiziksel ve ruhsal hastalıkların etkili olduğu sonucuna varmışlardır [263].

Erken çocukluk dönemlerinde PD kişilik özelliğinin gelişimine ilişkin görüşleri anlayabilmek için Erikson'un kuramından da yararlanılabilir: *“Bağımsızlığa karşı kuşku ve utanç dönemi”* olarak adlandırılan ve 1-3 yaşlara karşılık gelen dönemin gelişim özellikleri incelendiğinde, çocuğun kendisini ve çevresini kontrol edebilme yetisinin, etkili karar verebilme becerisinin ve zorluklar karşısında kendine güven duygusunun geliştiği görülmektedir [301].

1960-1970 yılları arasında dayanıklılık kavramı alanyazında ilk olarak gelişimsel patoloji araştırmalarında yenilmez ve sağlam çocuk kavramları ile yer almıştır [32]. Gelişimsel patoloji araştırmalarında işlevsiz ve sorunlu ailelerde yetişmelerine rağmen ruh sağlığı yerinde olan çocuklar için yenilmez ve sağlam çocuk ifadeleri kullanılmış ve bu özelliğin doğuştan getirilen bir özellik veya başa çıkma tarzı olduğu belirtilmiştir. Rutter, psikolojik dayanıklılığın kişilerin hayatları boyunca karşılaştıkları zorluklar ve bunların sonucunda öğrendikleri sayesinde geliştiğini ifade etmiştir [272]. Bazı araştırmacılar dayanıklılığın doğuştan gelen bir kişilik özelliği olduğunu ifade etse de genel kanı bunun kişinin hem doğuştan getirdiği hem de çevre ile etkileşimi sayesinde oluştuğu ve sonradan da geliştirilebileceği yönündedir [269, 302, 303].

Alanyazında PD ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, PD kavramının risk faktörleri ve koruyucu faktörler ile birlikte çalışılmış olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmalarda risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin neler olabileceği, yatkınlık yaratabilecek durumlar ve bunların etkileri araştırılmıştır. Risk faktörleri ve koruyucu faktörler bireysel, ailesel ve çevresel faktörler olarak üç başlıkta incelenebilir [31, 297].

Risk, istenmeyen sonucun ortaya çıkması olasılığını arttıran durumun varlığı olarak tanımlanırken; risk faktörleri, yaşanan problemleri ve problemlerin doğurabileceği olumsuz sonuçları devam ettiren veya arttıran her türlü süreç ve özellik olarak tanımlanır [304]. Psikolojik dayanıklılığın varlığından söz edebilmek için bireyin gelişimine dair önemli bir tehdit, açık bir risk bulunmasının gerekli olduğu öne sürülmüştür [305]. Araştırmacılar tek bir risk faktöründen ziyade çoklu risk faktörlerinin varlığının, bu faktörlere maruz kalma süresinin ve risk faktörlerinin birikimli etkisinin önemini vurgulamaktadırlar [304-306].

Yatkınlık (psikososyal eğilim) yaratan faktörler, negatif olan bir durumun veya riskli faktörlerin felaketleştirme düşünsel hatası içerisinde abartılı yaşanmasına etki eden her türlü etmendir [298]. Duygusal yabancılaşma, bilişsel çarpıtma, dış odaklı kontrole

sahip olma, önceden depresyon geçirmiş olma, uzun süreli kötü yaşam koşullarının varlığı yatkınlık oluşturan faktörlere örnek olarak verilebilir. Yapılan araştırmaların bir kısmında risk faktörlerinin çevresel faktörler olduğu, yatkınlığın ise bireysel ve ailesel faktörlerden kaynaklandığı belirtilmektedir [305].

Koruyucu faktörler, kişinin veya içinde bulunduğu ortamın sahip olduğu, riskli ve negatif durumları olumlu yönde etkileyen faktörlerdir [32, 271]. Psikolojik dayanıklılığı yüksek bireyler, hayatın olumsuz etkilerini en aza indirmek, benlik saygılarını devam ettirmek, sıkıntıları gidermeyi sağlayacak imkanlara ve koruyucu faktörlere erişmek için ihtiyaç olan baş etme yeteneklerine ve yeterliliklerine sahiptirler [307]. Rutter ise koruyucu etmenleri; bireylerin maruz kaldığı risk faktörlerinin etkisini ve yaşanan olumsuz olayları azaltan, bireyin benlik algısı ve kendisine olan saygısını ve kendilik kontrolünü arttıran, bireyin yeniliklere ve olanaklara açık olmasını sağlayan her türlü etmen olarak tanımlamıştır [308]. Koruyucu faktörler her durumda bireyin uyumuna olumlu yönde etki sağlamayabilirler; bireyler farklı gelişim dönemlerinde koruyucu faktörlerin etkisine farklı düzeylerde yanıt verebilirler, hatta kimi koruyucu faktörler çeşitli bağlamlarda risk faktörü olarak işlev görebilirler [309]. Bu nedenle koruyucu faktörleri PD'nin nedeni şeklinde tasarlamak yanıltıcı sonuçlara sebep olabilir. Koruyucu faktörleri ve risk faktörlerini birbirleriyle etkileşimleri çerçevesinde, bireyin içinde bulunduğu gelişimsel dönemi dikkate alarak ve bu faktörlerin çoklu, zamana dayalı (uzun-kısa vadeli), birikimli etkilerini göz önünde bulundurarak PD kavramını incelemek daha uygun görünmektedir.

PD ile ilişkili olabileceği gösterilen risk faktörleri ve koruyucu faktörler tabloda verilmiştir. (Bkz. Tablo2.3.)

Tablo 2.3. PD ile ilişkili risk faktörleri ve koruyucu faktörler [272, 310-312]

	Bireysel	Ailesel	Çevresel (sosyal)
Risk Faktörleri	Ciddi tıbbi sorunlar - kronik hastalıkların varlığı, erkek cinsiyet, prematüre doğum, annenin gebelikte alkol/ilâç kullanımı, düşük IQ seviyesi, uyumsuz ve geçimsiz mizaç, anti-sosyal davranışlar, pesimist bakış açısına sahip olma, utangaçlık, düşük özgüven, asosyal yaşantı, olumsuz yaşam olayları, akademik başarısızlık, madde kullanımı, etnik bir azınlığa mensup olma	Ebeveynlerde alkol-madde kullanımı, depresyon ve kronik hastalıkların olması, ailede şiddet, ihmal ve istismar yaşanması, anne-babanın ayrı yaşaması/ boşanması/ vefatı, evlat edinilme, genç ve tecrübesiz anne, annenin eğitim düzeyinin düşük olması, en az dört çocuklu kalabalık aileye sahip olma, iki kardeş arası sürenin 2 yıldan az olması, geniş ailenin baskıcı etkileri, ebeveynlerin tutarsız veya aşırı otoriter disiplin anlayışı	Düşük sosyoekonomik ve kültürel düzey, şiddet içeren çevrenin varlığı, sapkın arkadaş gruplarına dahil olma, beslenme imkanlarının yetersizliği; göç, savaş ve doğal afet gibi travmalara maruziyet; olumsuz akran desteği, toplumsal şiddete maruz kalma, evsizlik, işsizlik, toplumsal damgalanma
Koruyucu Faktörler	İyi huyluluk, uyumlu olma, duyarlılık, iç kontrol odağı, gelişmiş mizah anlayışı, dışadönüklük, duyguları yönetebilme, iyimserlik ve umut, etkili problem çözme becerisine sahip olma, verimli eleştirel düşünebilme becerisi, yüksek zekâ seviyesi, gelişme arzusu ve gelişime açık olma, özgüven, esneklik, hazzı erteleyebilme, öz-farkındalık, özerklik, gerçekçi beklenti ve inançlar, değerli hissetme, sağlıklı mesafe koyabilmek, suçlu akranlarla temas kurmama, akademik yeterliliğin olumlu algılanması, yüksek benlik saygısı, empati, sorumluluk ve yardımseverlik duygularına sahip olma	Olumlu anne-çocuk ilişkisi, aileyle birlikte yaşama, aile yakınlığı ve uyumu, iyi eğitilmiş anne ve baba, aile içinde duygusal destek, ailenin çocukların geleceği hakkında olumlu beklentiler kurması, ailenin problemlere karşı önlem alması, problemle karşılaşıldığında birlikte hareket edebilmeyi başarabilmesi; ailenin iletişim ve problem çözme tarzlarında dürüstlük, açıklık, samimiyet, netlik; ailede duygusal paylaşımın olması; ailenin yapısında esneklik ve paylaşılmış liderlik; destek, bağlılık, sadakat	Olumlu okul tecrübeleri, iyi akran ilişkileri, çevrede olumlu bir rol modelin bulunması, aile dışında sosyal destek sağlayan yetişkinlerin varlığı, olumlu toplumsal destek, sosyal ortamlarda kabul görme, iyi eğitim – spor-kültürel faaliyetlere katılabilme imkanına sahip olma

PD'nin gelişimi, risk faktörleri, koruyucu faktörler ve yatkınlık yaratan faktörlerin etkileşimi ile ilişkilidir. Bununla birlikte PD'yi geliştirmek için önerilen yollar şunlardır [313]:

1. İnsanlarla ilişki kurmak
2. Kriz durumlarını başa çıkılmaz durumlar olarak görmemek
3. Değişimin kaçınılmaz olduğunun kabulü
4. Hedefleri belirlemek
5. Kararlı adımlar atabilmek
6. Sorunları kendini keşfetmenin bir yolu olarak görmek
7. İnsanın kendisi hakkında olumlu bir görüşe sahip olması
8. Olaylara geniş bir zaman diliminden bakabilmek
9. İyimser olmak
10. Kendine iyi bakmak

2.6.5. Psikolojik Dayanıklılık ve Psikopatolojiler

Yoshikawa ve arkadaşları, Japon katılımcılardan oluşan örneklem üzerinde PD, yaşam olayları ve düşmanlık (hostil) kişilik özelliğinin depresif belirtiler üzerindeki etkilerini araştırmışlar ve çalışmanın sonucunda yüksek düzeyde düşmanlık kişilik özelliğinin depresif belirtilerle ve düşük PD ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Diğer yandan yüksek psikolojik dayanıklılığın stres yaratabilecek olaylarda depresif belirtileri önlediğini bulmuşlardır [314].

Humphreys, şiddet mağduru kadınlarda SCL-90 kullanarak taradığı psikolojik belirtiler ile PD arasındaki ilişkileri çalışmıştır. Çalışma sonuçlarına göre çalıştığı örneklem grubunda fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalma düzeyi daha yüksek olan kadınlarda PD daha yüksektir. Sonuçları diğer çalışmalardaki PD puanları ile karşılaştırdığında en yüksek skorun kendi çalışmasındaki örnekleme olduğunu bildirmiştir. Ayrıca psikolojik dayanıklılığı yüksek kadınların hem daha az hem de daha düşük yoğunlukta fiziksel ve psikolojik belirti gösterdiği bulunmuştur. SCL- 90 ile değerlendirilen somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişilerarası hassasiyet, depresyon ve anksiyete belirtilerinin hepsinin PD ile olumsuz yönde anlamlı bir ilişki içinde olduğu, bu belirtiler içinde en yüksek ilişkinin depresyonla PD arasında olduğunu bildirmiştir [315].

Bir başka çalışmada, PD ile pozitif duygusallığın (mutluluk, umut gibi, olumlu değerlendirme ya da temelde iyi hisler) ilişkili olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada psikopatolojilere ilişkin değerlendirme yapıldığında en güçlü ilişkinin TSSB ve anksiyete ile değil anhedonik depresyon ile olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar, psikolojik

dayanıklılığın, olumlu etkilerdeki bozulmalarla belirli olan bozukluklara ilişkin değerlendirmelerde daha yararlı olabileceği şeklinde yorumlanmıştır [316].

Yüz yirmi bir anksiyete/depresyon hastasının yer aldığı bir çalışmada katılımcılar PD düzeylerine göre düşük, orta ve yüksek olarak gruplandırılmışlardır. Orta ve düşük PD düzeylerine sahip olan katılımcılarda sürekli kaygı düzeyi yüksek bulunmuştur [317].

Sağ, çalışmasında risk faktörü olarak belirlediği erken dönem uyumsuz şemalar ve koruyucu faktör olarak belirlediği pozitif algının, depresyon ve psikolojik iyilik hali ile ilişkisini ve psikolojik dayanıklılığın bu ilişkideki aracı rolünü incelemiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre; “reddedilmişlik”, “diğerleri yönelimlilik”, “zedelenmiş otonomi” ve “zedelenmiş sınırlar” şema alanları ile depresyon arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır. Psikolojik dayanıklılığın bu ilişkide, bilişsel risk faktörleri ve psikopatoloji arasında tampon görevi gördüğü ve kısmi aracı rolü oynadığı bildirilmiştir. Araştırmacı, psikolojik dayanıklılığın koruyucu faktörlerle birlikte psikolojik iyi oluş haline olumlu etki ettiğini ifade etmiştir. Ayrıca, depresif belirtileri olan ve olmayan bireylerin PD puanları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir farklılık gösterdiği; depresif belirtileri olmayan grubun PD puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Diğer bir deyişle depresif belirti arttıça PD puanları azalmaktadır [318]. Bu bulgu hem ulusal hem de uluslararası alanyazındaki bulgularla tutarlıdır [314, 319].

Bu sonuçlardan yola çıkılarak psikolojik dayanıklılığın depresif belirtilere karşı koruyucu olduğu düşünölebilir ancak psikolojik dayanıklılığın karmaşık ve çok yönlü yapısı nedeniyle koruma etkisini ne şekilde sağladığı konusunda henüz net bir açıklama yapılamamaktadır.

2.6.6. Psikolojik Dayanıklılık ve Stresle Başa ıkma

Alanyazında çeşitli çalışmalarda psikolojik dayanıklılığın, stres ve stresle başa çıkma çalışmalarında önemli bir rol oynadığı [264], psikolojik dayanıklılığın artmasının ve uyum sağlayıcı baş etme tarzlarının kullanılmasının stresi ve strese yanıt olarak oluşturulan belirtileri azalttığı belirtilmektedir [282]. Psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireyler etkili ve problem çözme baş etme tarzlarını kullanırken [278]; düşük olan bireyler ise kaçınma ve inkar etme başa çıkma tarzlarını kullanmaktadırlar [320].

Sandler ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, DO başa çıkma stratejilerini kullanan bireylerin stresi kontrol edemedikleri ve bu nedenle umutsuzluk yaşadıkları; aktif başa çıkma stratejilerini kullanan bireylerin ise stres karşısında kendilerini toplarladıkları gösterilmiştir [321].

Crowley'e göre psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireyler olumlu bilişsel yaklaşım ve uyum sağlayıcı başa çıkma stratejileri kullanarak stresli durumları daha az stres verici hale getirmektedirler [288]. Birçok çalışmada psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireylerin aktif başa çıkma tarzlarını kullandıkları gösterilmiştir [320, 322, 323].

Yaşam stresiyle baş etmede dayanıklılığın rolü üzerine üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada psikolojik sağlık ve yaşam stresi arasında doğrudan bir ilişki olduğu; ayrıca negatif yaşam olayları ve kullanılan baş etme yöntemi ile fiziksel sağlık, bedenselleştirme, kaygı, depresyon arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu vurgulanmaktadır [324].

Sill ve arkadaşları tarafından genç erişkinlerle yapılan bir başka çalışmada, PD ve psikiyatrik belirtilerin ilişkili olduğu, başa çıkma tarzları ve kişilik özelliklerinin de bu süreçte aracı değişkenler olabileceği belirtilmiştir. Bu çalışmada PO baş etme tarzlarının yüksek PD ile, DO baş etme tarzlarının ise düşük PD ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [33].

2.6.7. Psikolojik Dayanıklılık, Travma ve Travma Sonrası Bilişler

Travma yaşayan bireylerde bilişsel şemaların -kişinin kendisiyle ve ötekilerle ilgili olarak kendi psikolojik ihtiyaçlarına göre düzenlediği bilinçli ya da bilinçdışı inanç ve beklentiler- kesintiye uğradığı veya değiştiği; bu değişiklik sonrasında gelişen olumsuz otomatik düşüncelerin bireylerde TSSB gelişmesi ve kronikleşmesi riskini arttırdığı birçok çalışmada bildirilmiştir [189, 195-197].

Travmatik yaşanmışlıklara maruz kalmış olan her kişinin travmaya yönelik tepkileri farklıdır. Bireyler depresyona girebilir, TSSB yaşabilir veya madde bağımlısı olabilir. Travmalar karşısında verilmiş bu tepkilerin haricinde bazı kişiler yaşadıkları travmatik olayı işleyerek hayatlarına devam edebilirler. PD, kişiye travmaların üstesinden gelebilme, acılarını aşabilme, hayatlarını dolu dolu sürdürebilme imkânı verir. Bu bakımdan dayanıklılık, zorluklar karşısında kendini toparlayabilme, stresli durumu etkin bir biçimde yönetme, fiziksel ve psikolojik baskıların karşısında bütünüyle bozulma ve işlev kaybı yaşamama olarak tarif edilmiştir.

Aktif görevdeyken TSSB tedavisi için başvuran 366 askeri personel ile yapılan bir çalışmada, psikolojik dayanıklılığı yüksek bireylerde TSSB şiddetinin daha az olduğu bildirilmiş; bu durum kişisel kaynakların (sosyal destek, birim uyumu ve PD) olumsuz travma sonrası bilişleri azaltarak TSSB şiddetini azaltabileceği şeklinde yorumlanmıştır [325].

Gaziler ile yapılan bir başka çalışmada, orta ila şiddetli TSSB ve/veya depresyonu olan gaziler arasında daha yüksek PD düzeyleri olanların sosyal işlevsellik bakımından

daha başarılı olduğu gözlemlenmiştir. TSSB ve depresyon şiddeti, çocuklukta kötü muamele görme, genel fiziksel sağlık durumu, cinsiyet, yaş, ırk, medeni durum, eğitim ve istihdam durumu gibi potansiyel karıştırıcı faktörlere ilişkin regresyon analizleri de yapıldıktan sonra PD ile sosyal işlevsellik arasında görülen pozitif yönde anlamlı ilişkinin devam ettiği bildirilmiştir [326].

2.6.8. Psikolojik Dayanıklılık ve Kanser

Beardslee ve arkadaşları, dayanıklılığın artmasıyla hayat olaylarına uyumun artacağını vurgulamışlardır [327]. Kronik hastalık tanısı almış bireylerle yapılan bir çalışmada PD özelliği kuvvetli olan bireylerin hastalık süreçlerini zihinleri aktif tutarak, geleceğe dönük yaşayarak ve iyi hissetmelerine sebep olan aktiviteler yaparak geçirdikleri ve bu sayede işlevselliklerini korudukları görülmüştür [31]. Kanser gibi kriz durumlarında bireyin krizden korunmasını ve güçlenerek çıkmasını sağlayan faktörlerden biri de psikolojik dayanıklılıktır. Kanser, bireylerin hayatında köklü değişimler meydana getiren, bireyin işlevsel, fiziksel, psikolojik, bilişsel, sosyo-ekonomik kapasitelerini olumsuz yönde etkileyen, ciddi bir kronik hastalıktır. Kanserin adı bile, terk edilme, korku, çaresizlik, ümitsizlik, tükenmişlik gibi duyguları ve ölümü çağırıştırır. Bu süreçte PD düzeyi, bireylerin tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini doğrudan etkileyerek bu etkileşim sürecine pozitif yönde katkıda bulunmaktadır [92, 283, 328].

Psikolojik dayanıklılığı yüksek olan kanser hastalarının problem çözme yeteneklerinin yüksek olduğu, stres ile daha kolay baş edebildikleri, yaşamlarının kontrolünü ellerinde bulundurdukları ve yaşadıkları zorlu süreci tehdit olarak algılamak yerine becerilerinin değerlendirildiği bir fırsat olarak algıladıkları belirtilmiştir [98].

Meme kanseri olan hastalar ile yapılan bir araştırmada, psikolojik dayanıklılığa sahip bireylerin sorun odaklı stresle baş etme stratejilerini kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğu ve bunun da travma sonrası büyümenin gelişimini desteklediği bildirilmiştir [329].

Sharpley ve arkadaşları tarafından 425 prostat kanseri hastası ile yapılan bir araştırmaya göre psikolojik dayanıklılığın varlığı sayesinde kanser hastalarının tanı ve tedavi sürecinin getirdiği olumsuzluklarla daha kolay baş ettikleri ve psikolojik dayanıklılığın depresyon gelişimi açısından koruyucu bir faktör olduğu belirtilmiştir [330]. Türkiye’de Yalçın’ın meme kanserli hastalarda yapmış olduğu çalışmada da psikolojik dayanıklılığın stres yaratan yaşam olaylarının negatif etkilerini azaltmada ve psikiyatrik bozuklukların oluşmasını önlemede koruyucu bir faktör olduğu belirtilmiştir [331].

Bireyin kanser süreci boyunca yaşanılanlara uyum gösterebilmesi, fiziksel ve psikolojik semptomlarla, hastane ortamı ile tedavi süreci ile baş edebilmesi, yaşamdan doyum alabilmesi, işlevsel olarak yaşama adapte olabilmesi, duygusal dengeyi koruyabilmesi, benlik imajını koruyabilmesi ve tüm belirsizliklerle baş edebilmesi için profesyonel desteğe duyulan ihtiyaca ilişkin farkındalık giderek artmaktadır. Kanseri tanı almış bireylerde travma sonrası büyüme ve PD düzeylerini artıracak girişimlerin planlanması ve uygulanması hastalığa uyumun, yaşam kalitesinin ve iyi oluş düzeylerinin artmasına olanak sağlamaktadır.

2.6.9. Psikolojik Dayanıklılık ve COVID

Stres veren durumlar karşısında, psikolojik dayanıklılığa yüksek düzeylerde sahip bireyler, stabil duruma dönebilme yetenekleri ile değişen ortamlara ve şartlara daha kolay uyum sağlayabilirler [332]. Kişinin, stresle başa çıkma, duygusal sıkıntıyı yönetme ve tolere etme yeteneği anlamına gelen PD, ciddi stres faktörlerinden sonra oluşabilecek olumsuz ruhsal semptomlara karşı koruyucu bir özellik olabilir. Psikolojik dayanıklılığın doğal afetlerden sonra depresyon, TSSB ve genel sağlık için önemli bir koruyucu faktör olduğu gösterilmiştir [333].

Ülkemizde COVID-19 pandemisinin ilk 6 haftasını kapsayan ve çevrimiçi veri toplanan bir çalışmada, yüksek umut düzeylerine sahip yetişkinlerde, öznel iyi oluş düzeylerinin daha yüksek olduğu ve stresli durumlardan sonra düzenlerine geri dönme olasılıklarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada psikolojik dayanıklılığın öznel iyi oluş ve psikolojik sağlık üzerinde anlamlı ve doğrudan yordayıcı etkisi olduğu gösterilmiştir [334].

Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada 20-60 yaş arası, 196 bireyin PD düzeyleri sosyodemografik özellikler ve koronavirüs ile ilgili değişkenler açısından incelenmiştir. Araştırma sonucunda cinsiyet ile PD arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ve kadınların psikolojik dayanıklılıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Koronavirüs hakkında bilgilendirme şekli, salgın sonrası düşünce tarzları ve salgın sonrası yapılan davranışlar ile PD arasında anlamlı fark bulunmuştur [335].

COVID-19 pandemisi sürecinde depresyon, anksiyete, TSSB düzeyleri ile ilişkili faktörleri incelemek amacıyla, ABD’de çevrimiçi anketler kullanılarak yapılan ve 18-30 yaş arası 898 erişkinin katıldığı bir çalışmada yüksek yalnızlık ve düşük sıkıntıya tolerans düzeyleri yüksek depresyon, anksiyete ve TSSB düzeyleri ile; yüksek PD seviyeleri ise düşük kaygı ile ilişkili bulunmuştur. Aileden gelen sosyal destek, düşük depresyon ve TSSB belirtileri ile ilişkiliyken, eşlerden veya arkadaşlardan gelen destek herhangi bir

sonuç ile ilişkili değildir. Yüksek araçsal destek seviyeleri, düşük depresyon seviyeleri ile ilişkili bulunmuştur [336].

2.7. Zihinselleştirme (Mentalizasyon)

Allen, insanların, yaşamlarını diğer insanlarla bir arada sürdüren, aile kuran, birlikte çalışan ve ihtiyaçlarını gidermek için iletişime başvuran varlıklar olduğunu ifade etmekte; insanlarla bir arada yaşayabilmeyi başarabilmek için ön koşulun kişilerarası ilişkilerin iyi idare edilmesi olduğunu vurgulamaktadır [337]. Zihinselleştirme becerisi bu ilişkilerin iyi bir şekilde devam edebilmesi için çok önemlidir.

Zihinselleştirme sözcüğünün kaydedilen ilk kullanımının 1807’de olduğu Oxford İngilizce Sözlüğü’nün etimoloji kısmında belirtilmiştir. Buradan alıntı yapan Amerikalı psikolog G. Stanley Hall kavramı terim olarak ilk kez kullanan kişidir ancak kavram, 1990’lı yıllarda Fonagy ve Bateman gibi düşünürlerin çalışmalarıyla popülerlik kazanmıştır [338]. Alanyazın incelendiğinde bu kavramla aynı sınırlara sahip olmayan fakat kavramın farklı boyutlarını ifade eden başka kavramların da bulunduğu görülmektedir. Bu kavramlar arasında zihin kuramı, zihin okuma, empati vb. sayılabilmektedir. Zihinselleştirme terimini geniş anlamıyla ilk kez Bateman ve Fonagy kullanmıştır [339]. Fonagy ve arkadaşları tarafından çocukların gelişim süreçlerinde zihin okuma yeteneklerini nasıl kazandıklarını açıklamak amacıyla kullanılan zihinselleştirme kavramı “kişinin kendisinin ve diğerlerinin bilinçli ya da bilinçdışı zihin durumlarını anlama yeteneği” olarak tanımlanmıştır [26]. Zihinselleştirme, “insanların davranışlarını niyetsel ve zihinsel kökenleri (ihtiyaçlar, arzular, duygular, inançlar, hedefler, amaçlar ve nedenler vb.) açısından algılamamıza ve yorumlamamıza imkân veren hayali bir zihinsel faaliyet” olarak da tanımlanmaktadır [27].

Psikanalitik bakış açısından zihinselleştirme kavramı ve zihinselleştirme becerisinin eksikliği özellikle sınırda patolojilerle çalışılırken ortaya çıkmıştır. Paris Psikosomatik Okulu (L’École psychosomatique de Paris) analistleri ve Otto Kernberg, Wilfred R. Bion, André Green, Kuzey Amerika nesne ilişkileri kuramcıları da bu konuda çalışmalar yapmışlardır [340]. Paris Psikosomatik Okulu’ndan, özellikle de “zihin kuramı – theory of mind” ve nörobilim alanındaki gelişmelerden olmak üzere gelişim psikolojisinden etkilenen Fonagy ve Target, zihinselleştirme kapasitesini (mentalization capacity) tanımlarken 'yansıtıcı işlev' (reflective function) kavramından, zihinsel durumların (mental states) psişik temsillerinin bebeğin zihninde geliştirilmesi, yararlanmışlardır [341, 342].

Fonagy ve arkadaşları çalışmalarında, zihinselleştirme veya yansıtıcı işlevin çoğunlukla bilinçdışı süreçler olduklarını ortaya koymuşlardır.

Fonagy'ye göre zihinselleştirme kavramı, kişinin hem kendisine hem de başkalarına ait olan duygular, istekler, hedefler ve tutumlar gibi iç zihinsel durumların üzerine düşünme (reflective-yansıtma/tefekkür etme) kapasitesini ifade eder [343]. Diğerlerinin davranışlarını, düşünce ve duygu gibi zihinsel durumlarını anlama ve yorumlama çabalarını gösterirken, aynı zamanda kendimize de odaklanan ve buna göre hareket eden hayali bir zihinsel faaliyettir [344, 345]. Gerçekçi yorumlama modelleri oluşturmayı, bu modellerin sınırlarını kabul etmeyi, başkalarının nasıl davrandıklarını, düşündüklerini anlayabilmeyi ve nasıl hissettiklerini hissedebilmeyi kapsar [341]. Başka bir deyişle zihinselleştirme, zihnimizde başkasının zihnini barındırabilme ve kendimize dışarıdan, diğerlerine de içimizden bakabilme becerisidir [346].

Zihinselleştirme ya da zaman zaman eşanlamlı olarak kullanılan derin düşünebilme, tefekkür edebilme (reflectiveness) çok boyutlu bir yapıdır [340]. Örtük ve açık algılama (implicit and explicit perception), kendi – öteki (self and other), içsel - dışsal (internal and external), bilişsel – duygusal (cognitive and emotional) gibi kutupsallıkları kendi içinde barındırır [343]. Fakat bu kutuplar arasında keskin sınırlar yoktur. Bir açıdan kişinin hisler ve düşünceler gibi kendi zihinsel durumlarına katılmasını gerektiren iç gözlem (introspection) veya farkındalık (mindfulness) ile ilgilidir fakat zihinselleştirme süreci başkalarının da anlaşılmasını gerektirdiğinden bu kavramlar zihinselleştirmeyi tam olarak karşılamaz. Zihinselleştirme, hem kendiliğe hem de ötekine yönelik süreçleri içermesi bakımından başkalarına yönelik duygular ile ilgili olan empatiden de (eşduyum) ayrılır[347]. Duygusal zeka (emotional intelligence) duyguları genel olarak anlamayı ifade ederken, psikolojik zihinlilik (psychological mindedness) sadece bilişsel süreçleri kast eder[346]. Fonagy çalışmalarında, zihinselleştirmenin tüm bu kavramların kesişiminde olduğunu ileri sürmektedir.

Başka bir deyişle zihinselleştirme, zihinsel durumlardan (duygular, düşünceler vb.) anlam çıkarılması, insan davranışlarının tahmin edilebilmesi ve anlamlı kılınabilmesi yeteneğidir [348]. Ayrıca, başkalarının zihnini okumayı sağlar. Başkalarının davranışlarını anlamlı olarak görebilmek ve bu davranışlara zihin durumları atfedebilmek (örn: başını önüne eğmiş oturuyor, sanırım canı sıkkın) bu davranışları tahmin edilebilir kılar. Böylece birey, karşısındakinin eylemleri anlayabilmek için o kişinin açıklamasına daha az ihtiyaç duyar [349].

Hughes ve Dunn, gündelik sosyal etkileşimlerde insanların karşısındakinin zihin durumlarını anlayabilmesinin ne denli önemli olduğunu vurgular [350]. Sosyal ilişkilerin sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesinde vazgeçilmez olan başkalarının zihin durumlarını anlayabilme yeteneği birçok araştırmaya konu edilmiş; bu çalışmalarda insanoğlunun bu yeteneği hangi süreçlerden geçerek ne zaman ve ne şekilde kazandığı ve geliştirdiği incelenmiştir [351, 352].

Zihinselleştirme kapasitesi, kendilik örgütlenmesinin gelişimi ile şekillenir ve gelişir. Ayrıca bağlanma süreci ile de ilişkilidir. Zihinselleştirme kapasitesinin, anne ve çocuk arasındaki bağlanma ilişkisi ve annenin aynalama becerisi sayesinde oluştuğu; zihinselleştirmenin bebek ve bakım veren arasındaki öznel ilişkiden köken aldığı ileri sürülmektedir. Çalışmalar, özellikle çocukluk döneminde (2-6 yaş dönemi) diğer insanların zihinsel durumlarını kavrayabilme ve anlamlandırabilme becerisinde büyük gelişmelerin olduğunu göstermiştir [353].

Bowlby, erken dönem anne-çocuk ilişkilerini inceleyerek oluşturduğu bağlanma kuramında, çocuğun anne tarafından ayrı bir birey olarak kabul edilmesinin anne-çocuk arasında güvenli bir bağlanma oluşumundaki rolünü vurgulamıştır [354]. Bowlby, bebeğin anneyle ilk dönem ilişkilerinin yaşam boyu devam eden sosyal, duygusal ve bilişsel gelişimindeki öneminden bahsetmektedir. Bağlanmanın güvenli olmasının sadece dış dünyayı değil, aynı zamanda iç dünyayı, yani zihni keşfetmeyi de sağladığını belirtir [338]. Fonagy de çalışmalarında Bowlby'nin görüşünü temel almış; anne ve çocuk arasında gelişen güvenli bağlanmanın çocuğun zihinselleştirme kapasitesinin gelişimini sağladığını belirtmiştir. Bowlby'den sonra gelen çalışmacılar, annenin çocuğuyla yaptığı zihin durumu konuşmalarını (mental state talk) ön plana çıkararak bağlanma teorisini yeniden kurgulamışlardır. Güvenli bağlanma çocuğa, annesinin zihnini araştırma ve keşfetme şansı verir ve bu da ilerleyen zamanlarda çocuğun iç dünyasını dil aracılığıyla paylaşmasına olanak sağlar [355].

Winnicott ise zihinselleştirmenin nasıl geliştiğini anlamak için “aynalama” kavramından yararlanmıştır [338]. Winnicott'a göre, çocuğun bir kendilik geliştirebilmesi, onun, kendisine ilişkin kendilik algısını ötekinin zihninde görmesiyle mümkündür [341]. Bebek annesinin yüzüne baktığında annesinin yüz ifadelerinden kendisini ve nasıl hissettiğini görebilmelidir; anne de yüz ifadeleriyle bebeğin nasıl hissettiğini ona geri yansıtmalıdır. Bebek ancak bakım veren onu anladığında ve anladığını etkili bir şekilde ona yansıttığında, kendi zihinsel durumlarının bir temsilini oluşturabilir, kendi duygusal durumlarını dışarıda gördüklerine göre anlamlandırabilir ve düzenleyebilir.

Zihinselleştirme adı verilen bu süreç ile bebek hissettiği şeyin ne olduğunu anlayabilecek, hissettiği duygunun ne olduğunu bilerek tanıdığı bu duyguyu düzenleyebilecektir. Annenin uygun bir şekilde çocuğunun duygularını yansıtması bebeğin içsel durumunun organizasyonunu yani zihinselleştirme kapasitesinin gelişimini sağlayacaktır [341, 346].

Fonagy ve arkadaşları, güvenli bağlanma (secure attachment) ile zihinselleştirme kapasitesi arasında doğrudan bir bağlantı olduğunu ileri sürmektedir. Çalışmalarında, annelerle Yetişkin Bağlanma Görüşmesi (YBG) [Adult Attachment Interview (AAI)] temelli bir görüşme yapmış ve Yansıtıcı İşlev Ölçeği ile annelerin yansıtıcı işlev düzeyini değerlendirmişlerdir. Çalışmanın sonucunda yansıtıcı işlevde yüksek puan alan annelerin güvenli bağlanma olasılıklarının daha yüksek olduğunu gözlemlemişlerdir. Ayrıca, annelerin bu yansıtıcı kapasitesinin bebeklerin ilk yıl içinde güvenli bağlanmasını da öngördüğünü belirlemişlerdir [341]. Fonagy ve arkadaşları, bakım verenin yansıtıcı kapasitesini (parental reflective capacity) ölçtükleri sonraki çalışmalarında, yansıtıcı ebeveynliğin 12 ve 18 aylık bebeklerde güvenli bağlanmayı büyük ölçüde belirlediğini bulmuşlardır [342]. Benzer şekilde, Bouchard ve arkadaşları da, YBG'yi temel alarak oluşturulan bir ölçekle yaptıkları çalışmada, yüksek zihinselleştirme kapasitesinin YBG'nin güvensiz bağlanma alt stili ile negatif korelasyon gösterdiğini saptamışlardır [345]. Bir başka çalışmada, ebeveyn yansıtma kapasitesi ile anne ve çocuk arasındaki duygusal iletişim arasında pozitif korelasyon olduğu gösterilmiştir [356].

Çocuk yalnızca anlaşılma ve aynalanma deneyimi yoluyla zihinselleştirmeyi öğrenebilir ve güvenli bir şekilde başkalarının eylemlerinden sorumlu olan duyguları yorumlayabilir [340]. Eğer anne, çocuğunun içsel durumu ile ilgili hissettiği duyguyu abartarak bebeğe yansıtırsa, çocuk hissettiği duyguyu abartmayı öğrenecektir. Bu da bebeğin ilerleyen yaşamında kaygı yaratabilecek en ufak durumları bile panik ya da dehşet haline getiren bir birey olmasına yol açacaktır [346]. Bakım veren, çocuğuna sürekli doğru olmayan veya abartılmış temsiller sunarsa/yansıtırsa çocuk duyguları ve olayları zihinselleştirme becerisini kazanamaz [346]. Çünkü çocuk zihinselleştirme kapasitesini geliştirmek için ihtiyaç duyduğu açıklamayı annenin bu türde modellemesi yoluyla alamaz. Ayrıca çocuğun etrafında zihinselleştirme yapan bir bakım verenin olmayışı da (çocuğun ihmal edilmesi, kimsesiz çocuklarda olduğu gibi) çocuğun zihinselleştirme becerisini geliştirmesini zorlaştırır [346]. Bebek doğru zihinselleştirme deneyimine sahip olamazsa, kim olduğu ile ilgili sorunlarla başa çıkamaz ve ilerleyen dönemlerde kendiliğe dair karışıklıklarla karşı karşıya kalabilir [342]. Bu durum ileride çocuğun zayıf, hiçbir zaman kendinden emin olmayan bir kendilik algısına sahip olmasına neden olur [340]. Bion'a

göre, yansıtıcı nesne yoksa, bebeğin ve daha sonra yetişkinin duygusal dünyası, bir vakum etkisi yaratan biçimde etiketsiz, kafa karıştırıcı ve düzensiz olarak kalır.

Debray, gelişimsel süreçte zihinselleştirme becerisinin kazanılmasının, yetişkin bireyin kaygıyla ve diğer stresörlerle başa çıkmasında, içsel ve ilişkisel çatışmaları çözme becerisinde önemli bir rol oynadığını belirtir. Allen ve arkadaşları, zihinselleştirme kapasitesinin sağlıklı gelişiminin sosyal bir varlık olan insanın yaşamını idame ettirmesinde, diğer insanlarla ilişkilerini sağlıklı bir biçimde sürdürerek bir arada yaşayabilmesinde ve ruhsal sağlığının korunmasında büyük kolaylık sağladığını; normal gelişimden sapmaların ise birçok alanda zorluk yaşamaktan ciddi psikopatolojik sorunlara kadar bir yelpazede problemlere yol açtığını ileri sürer [338].

Fonagy ve arkadaşları, zihinselleştirme kapasitesinde iki tür bozukluk tanımlamış ve bu bozuklukların bireylerin psikopatolojiye karşı savunmasızlığında rol oynadığını ileri sürmüşlerdir. İlk bozulma, kişinin kendi zihni ve diğerlerinin karmaşık zihinsel durumları üzerinde düşünemediğini ve bu durumları yorumlayamadığını gösteren 'hipomentalizasyon'dur [357]. Hipomentalizasyon somut düşünme ile belirlidir. İkinci bozulma ise 'hipermentalizasyon'dur. Hipermentalizasyon, aşırı zihinselleştirmeyi ve dış gerçekliği gizleme riski olan aşırı ayrıntılı hesaplara odaklanmayı gösterir. Hipermentalize eden bireyler "çok kesindir". Kendilerinin ve başkalarının zihinleriyle ilgili yanlış yorumlar, gözlenebilir bir dış gerçekliği açıklayan ya çok az kanıt içeren ya da hiç kanıt içermeyen zihinsel temsiller oluştururlar. Duygulanımdan kaçınmak için genellikle rasyonel ve entelektüel süreçlere güvenirlir [357]. İronik bir şekilde, bu insanlar kendilerini 'iyi zihinselleştiriciler' olarak tarif ederler. Aksine, gerçek zihinselleştirme, zihnin opaklığının ve alçakgönüllülükle anlam yaratma yeteneğinin kabullenilmesiyle belirlidir [343]. Olgun zihinselleştiriciler kendilerini düşünceleri, duyguları, arzuları ve deneyimleri keşfetmekte özgür ve bu süreçte güvende hissedirler. Zor duyguları, anıları veya deneyimleri sözlü ifade etmeye daha istekli olurlar [357].

Allen ve arkadaşlarına göre ise normal zihinselleştirme sürecindeki sapmalar genellikle üç farklı şekilde görülmektedir. Bunlar; kişinin zihinselleştirememesi, hatalı zihinselleştirmesi ve zihinselleştirmeyi yanlış kullanması şeklindedir [338]. Zihinselleştirememe, zihinsel durumları dikkate almadaki aksaklıkları, gerekli aktivasyonu sağlayacak hayal gücü yetersizliğini ve isteksizliği kapsamaktadır [338]. Hatalı zihinselleştirmede birey, kendisinin ve diğerlerinin zihin durumlarına dair algılarını ve yorumlarını çarpıtır. Buna 'çarpıtılmış zihinselleştirme' (distorted mentalizing) adı da verilebilir ve özellikle depresif bozukluklarda görülür. Zihinselleştirmeyi yanlış kullanma

ise diğerk insanları kandırmak, sömürmek ya da eziyet/işkence etmek gibi amaçlarla yapılabilir [338].

Zihinselleştirme becerisinin normalden sapması veya aksaması sonucunda hem duygusal boyutta hem de düşünce boyutunda bazı problemler görülür. Bireyler, farklı derecelerde olsa da genellikle her iki alanda da problem yaşarlar [358]. Duygu boyutunda aksamalar olduğunda birey, kendi duygu durumuna anlam verme, duygularını tolere ve idare etme sürecinde zorluklar ve yetersizlikler yaşar. İçsel kapsayıcı figürün eksikliğinde bireyler hem kapsayıcı hem de duygu patlamalarını alıcı olarak işlev görebilecek dışarıdan bir figüre ihtiyaç duyarlar. İhtiyaç duyulan figürün kaybı veya kaybedilme olasılığı birey için dayanılmaz olabilecek, şiddete ve saldırganlığa yol açabilecek, bir anksiyeteyle sonuçlanır. Düşünce boyutundaki yetersizlikler ise düşünme ve muhakeme etmede yetersizliğe neden olur. Bu bireyler düşünemezler ya da sadece kalıplaşmış düşünceler ve kapalı fikirler ileri sürer, genelleyici cümleler kurar ve olaylara karşı otomatik tepkiler verirler. Düşüncenin ve olayların duygusal yüklerle bağlantıları kopmuştur. Dilin duygusal boyutla ilişkisi kesilmiştir. Bu bireylerin mantıksal, pragmatik ve kayıtsız oldukları; ayrıca fantezi dünyalarının çok kısıtlı olduğu gözlemlenmektedir. Bu bireylerin rüyalarında bile fantezi dünyasının kuruluğı belirgindir, rüyalar gerçekçidir, çağrışımlar yoktur ve rüyaların konusu sıklıkla gündelik hayatla ilişkilidir. Pierre Marty, psikosomatik hastalarla çalışırken gözlemlediğı bu durumu “robot-portre” olarak adlandırmıştır [359].

Zihin ve beden arasındaki ilişki, zihinselleştirmenin gelişimi ile yakından bağlantılıdır [360]. Paris Psikosomatik Okulu teorisyenleri, zihinselleştirme kapasitesindeki eksiklikler olan bir kişiyi, sanki 'suskun bir zihne' sahipmiş gibi diye tanımlarlar. Zihnin düşünme kapasitesi tam olarak gelişmediğinde ve konuşma, düşünme ve hatırlama gibi sembolik işlevlere ulaşamadığında yani zihin konuşamadığında fiziksel deneyimler de zihinsel bir düzleme dönüştürülemez. Zihin bu tür sembolik görevleri yerine getiremediğinden, ifadeleri bedene dayandırmak zorunda kalır. Paris Okulu teorisyenleri psikosomatik belirtileri olan hastaların zihinselleştirmede zorluklarının operasyonel düşünme, esansiyel depresyon ve aleksitmi açısından yaşandığını ileri sürmektedir [360]. Operasyonel düşünme, mekanik ve etkisi olmayan bir anlatı ile karakterizedir. Fantezi veya sembolizasyon olmadan, salt gerçekler üzerinden işlev görür. Esansiyel depresyon, libidinal bir kayıp, arzu eksikliği ve yoksul bir duygusal yaşam ile karakterizedir. Aleksitimi ise duygulanımların ayırt edilemediğini ve duyguların sözlü olarak ifade edilemediğini gösterir [360].

Nesne ilişkileri geleneği açısından bakıldığında, zihinselleştirme kapasitesindeki bozulmalar, anneden ayrılmadaki zorlukların ve bağlanmadaki güvensizliklerin bir sonucu olabilir [360]. Sloate'e göre, çocuğun ayrılma konusundaki çatışmaları çözülmediği ve etkileri işlenmediği için, ayrılma-bireyselleşme sürecindeki zorluklar sırasında zihinselleştirme kapasitesinin gelişimi tehlikeye girmektedir [361]. Travma yaşayan veya yeterince kapsanmamış ve bakım verenin yansıtıcı işlevinde aksama yaşamış olan çocuklar duyguları semboller ve kelimelerle düzgün bir şekilde ilişkilendiremezler [362]. Bu nedenle, Gubb aklın duygularla baş edemediğini şu sözlerle ifade eder:

“Dayanılmaz ve kaotik duygular deneyimleyen zihin zorlanır ve bu duygulardan geriye vücut üzerinde çalışmaya devam eden fiziksel artıklar kalır (s. 126). Beden, zihin yerine düşünüyor, sembolize ediyor ve iletişim kuruyor gibi görünmektedir” [360].

Zihinselleştirme işlevindeki bozukluklara ilişkin alanyazındaki çalışmalar özellikle psikosomatik hastalıklar [360] ve sınır kişilik bozukluğuna [339] odaklanmış olsa da son çalışmalarda anormal zihinselleştirme süreçlerinin yeme bozukluğu [363, 364], depresyon [365], antisosyal kişilik bozukluğu gibi diğer kişilik bozuklukları [366], panik bozukluğu [367], bağımlılık [368] gibi psikopatolojilerde de rol aldığı gösterilmiştir [338]. Ayrıca otizm, demans, şizofreni ve birçok beyin doku hasarı araştırmalarında zihinselleştirme becerisinde yetersizlik olduğu gösterilmiştir [369-371].

2.8. Belirsizliğe Tahammülsüzlük

2.8.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Tanımı

Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde “belirsiz olma durumu, belgisizlik, müphemiyet, vuzuhsuzluk” olarak açıklanan “belirsizlik” kavramı [372]; Keren ve Gerritsen tarafından, gerçekleşen veya henüz gerçekleşmemiş belirli bir sonuç hakkında var olan kuşku olarak tanımlanmıştır [373].

İngilizce alanyazında Türkçe'ye belirsizlik olarak çevrilen iki kavram vardır: Uncertainty ve ambiguity. Cambridge İngilizce Sözlük'e göre “ambiguity” kavramı bir durumun/şeyin farklı anlama gelmesinden doğan karmaşık durumları anlatmak için kullanılırken; “uncertainty” kavramı ise bilinmeyen, nasıl olacağı kestirilemeyen, kesin olmayan durumları ifade etmek için kullanılır. Ayrıca gelecekte ne olacağından emin olamama duygusunu belirtmek için kullanılan terim de “uncertainty”dir [374].

Alanyazında BT kavramı ilk kez Frenkel-Bruswick tarafından bir tür kişilik özelliğinin tanımlayıcısı olarak kullanılmıştır [375] ancak bu çalışmada belirsizlik “ambiguity” kavramı ile ifade edilmiştir. Daha sonra Budner, belirsizliğe tahammülsüzlüğü; bir kişilik özelliği olarak değil belirsiz durumların tehlike kaynağı şeklinde algılanması olarak tanımlamıştır [376]. Koerner ve Dugas, belirsizliğe tahammülsüzlüğün hem bilişsel bir yanlılık hem de kişilik özelliği olduğunu öne sürmüşlerdir. Anksiyeteye meyilli bireylerde belirsizlik kaygı sebebi olduğu için bu bireylerin, sonucu belirsiz olan durumları tehdit edici olarak algılayacağını savunmuşlar ve belirsizliğe tahammülsüzlüğü belirsiz bir olay, durum, bu durumun çağrıştırdıkları ve olası sonuçları hakkında olumsuz tepki verme eğilimi olarak tanımlamışlardır [23]. Freeston ve arkadaşlarına göre ise BT, bireylerin hatalı değerlendirmeler ve önyargılı bilgi işlemler nedeniyle günlük yaşamdaki belirsizlikleri aşırı ve yüksek tehditmiş gibi algılamaları ve bunlarla başa çıkmanın güçleştiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerdir [377].

Obsesif Kompulsif Bilişsel Çalışma Grubu (OCCWG) belirsizliğe tahammülsüzlüğü; “her şeyin belirsizlikten uzak ve kesin olması gerektiğine inanma, belirsizlik durumunda baş edemeyeceğini düşünme ve belirsizlik durumunda işlevsellikte sorun yaşama” olarak tarif etmiştir [192].

Cioffi, muğlaklığın, birden fazla yorum yapılabilen ve her bir yorumun belirsizlik içerdiği olaylar karşısında meydana geldiğini belirtmiştir [378]. Muğlaklığa tahammülsüzlük (Intolerance of Ambiguity), bireyin muğlak durumları tehdit ve huzursuzluk kaynağı olarak yorumlama eğilimidir [379]. BT ve muğlaklığa tahammülsüzlük (MT) arasındaki en temel benzerlik, her ikisinin de birey için belirsiz bir durum karşısında bilişsel, duygusal ve davranışsal neticelerinin olmasıdır. En temel farkları ise zaman yönelimi bakımındandır: BT gelecekteki olaylara odaklı iken, MT bireyin hâlihazırda bulunduğu zamana ve mekana yöneliktir [378, 379].

2.8.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Kavramının Gelişimi

Çalışmalarda belirsizliğe tahammülsüz olan bireylerin belirsizlik içeren durumları keyif kaçırıcı ve stresli durumlar olarak niteledikleri, belirsizlik içeren durumlardan kaçındıkları ve belirsizliğin hâkim olduğu durumlarda bazı fonksiyonlarını yerine getiremedikleri bildirilmiştir [22]. Belirsizlik ve kaygının birliktelik ilişkisini ilk olarak Buhr ve Dugas dile getirmiştir [380].

Çalışmalara göre belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan kişilerin algıları ve yorumları, belirsiz durumlar karşısında olumsuz yönde bir yanlılık içerir ve bu nedenle bu bireyler belirsiz durumları tehdit edici olarak yorumlamaya daha eğilimlidirler [381].

Krohne ise stresle başa çıkma teorisinde, belirsiz olan durumların karmaşık yapısından dolayı tehdit olarak algılanması nedeniyle belirsizliğin bilişsel bir süreç olmaktan çıkıp duygusal bir duruma dönüşeceğinden söz etmektedir [382]. Bu teoriye göre belirsizlik, bir olguya/duruma ilişkin bilişsel bir süreç, BT ise bu sürecin genellikle kaygı ve endişe ile sonuçlanan duygusal boyutudur.

Daha önce karşılaşılmayan yeni bir bilgiyi işlerken, kabul etme, önceki bilgilerine dayanarak dönüştürme, yeni bir bilişsel şema yaratma ya da bu yeni bilgiyi reddetme gibi süreçler devreye girer. Bu süreç bilişsel tamamlama durumu olarak tarif edilebilir [383]. Bilişsel tamamlama olmadığında zihin belirsiz kalan bilgiyi işleyemediği için kaygı süreci devreye girer. Belirsizlik, yenilik, karmaşa ve çözümsüzlük içeren durumlarının tümünde meydana gelebilir. Belirsiz kalınan durumlarda yaşanan kaygı da olumsuz yanlılığı arttıracığı için gittikçe bilişsel olarak daha yanlı bir tutum sergilenir [384].

Budner'e göre bireyler belirsizlik durumlarını tehlike olarak algıladıklarında olgusal (algılama, değerlendirme, hissetme gibi) ve işlemsel (davranış, çevreyle etkileşim tarzı gibi) olmak üzere iki ayrı seviyede; inkar (durumu kendi isteğine göre değiştirme) ve boyun eğme (durumu kaçınılmaz ve değiştirilemez olarak görme) olmak üzere iki ayrı tarzda yanıt verirler. Bu iki boyutun bir araya gelmesiyle tehlike olarak algılanan belirsizliğe verilebilecek dört çeşit tepki ortaya çıkar. Eğer yeni, karmaşık ve çözümsüz durumlar bireylerde bu dört çeşit davranıştan birini ortaya çıkarıyorsa bu bireylerin belirsizliğe tahammülsüz olduğu söylenebilir [376].

Buhr ve Dugas, BT düzeyleri yüksek olan bireylerin belirsiz durumlara bakışlarını dört faktörle tanımlar: Belirsizlik stres ve sıkıntı vericidir, belirsizlik harekete geçmeyi engeller, belirsiz durumlar olumsuzdur ve onlardan kaçınılmalıdır ve bir durumun kesin olmaması adil değildir [380].

2.8.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Psikopatoloji

BT, sürekli endişenin ve belirsiz durumları olumsuz bir şekilde yorumlama eğiliminin önemli bir belirleyicisidir [23]. Krohne, başa çıkma teorisinde, öngörülemeyen ve karmaşık durumları tehdit edici olarak algılayan bireylerde bu durumun, duygusal bir belirsizlik haline sebep olduğunu ileri sürmüştür [385].

Bireyin, gerçekleşmesi küçük bir olasılığa bağlı olsa bile bu olasılığı hesaba katmadan olumsuz bir olayın meydana geldiği takdirde çekilmez olacağını düşünme eğilimi olarak da tanımlanabilen [22] BT düzeyi yüksek olan bireyler, belirsiz bilgileri daha çok hatırlamaya ve belirsiz bilgiyi korkutucu olarak yorumlamaya daha eğilimli bulunmuşlardır [384].

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün psikopatoloji ile ilişkisini anlamak üzere literatürdeki çalışmalar tarandığında; belirsizliğe tahammülsüzlüğün en yoğun olarak YAB ile beraber ele alındığı görülmektedir [23, 386]. Bir araştırmaya göre, belirsiz bilgiyi korkutucu olarak görme eğilimi, anksiyete ve depresyondan daha ziyade BT ile ilişkili bulunmuştur [387]. Clark, bireylerin kontrol hissi ile kaygı düzeylerinin ters yönlü olduğunu belirtmiştir. Belirsizliğe tahammülsüz bireyler de çevrelerindeki durumlara karşı belirsizlik duygusunun etkisi altında oldukları için kontrol hisleri zayıflayacak ve kaygı düzeyleri yükselecektir [381]. Başka bir çalışmada, algılanan belirsizliğin anksiyete ve depresyon ile doğru, yaşam kalitesi ile ters orantılı olduğu gösterilmiştir [25].

Kaygı üzerine çalışmalar yapan Kanadalı bir grup araştırmacı YAB için yeni bir bilişsel model geliştirmiş ve ilgili modelde dört ana bileşen saptamışlardır. Bunlar: BT, endişe ile ilgili inançlar, problem çözmede yetersizlik ve bilişsel kaçınmadır. Bu çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlüğün endişe ve kaygı için kilit bir rol oynadığı ve BT ile endişe arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır [388]. Yapılan diğer birçok çalışmanın sonuçları da bu ilişkiyi destekler niteliktedir [380, 389-391].

McEvoy ve Mahoney'e göre belirsizliğe tahammülsüzlüğün iki boyutu mevcuttur: Kanıta dayalı olası BT ve engelleyici BT boyutları. Kanıta dayalı olası belirsizliğe tahammülsüzlükte, kişinin beklenmedik ve umulmadık durumlardaki tutumu söz konusuyken; engelleyici BT, belirsizlik olgusunun kişinin yapacak olduğu eylemlerden cayması ve sonrasında da kaygı ve depresyon sürecine girmesi olarak gözlemlenmektedir [392]. Her boyutun temsil ettiği unsurlar farklı anksiyete bozuklukları ile bağdaştırılmaktadır. Kanıta dayalı olası BT, endişe ve obsesif-kompulsif bozuklukla bağdaştırılırken; engelleyici BT, daha çok sosyal anksiyete, panik bozukluk, agorafobi ve depresyonla ilişki içerisindedir [384].

Belirsizliğin birey üzerinde psikolojik ve fiziksel sonuçlarla birlikte güçlü bir stres kaynağı olduğu görüşünü destekleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün depresyon [393, 394], obsesif kompulsif bozukluk [395], kaygı duyarlılığı [396], sosyal fobi [397], yeme bozuklukları [398], siberkondri [396], panik bozukluk ve agorafobi [399, 400], sosyal kaygı [397, 401] belirtileri ile ilişkili olduğu görülmüştür.

2.8.4. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Stresle Başa Çıkma

Krohne, belirsiz ve tehdit edici durumlarda gösterilen başa çıkma tepkilerindeki bireysel farklılıkları incelemek üzerine çalışmalar yapmış; bu çalışmaların sonucunda bireylerin belirsiz ve stres verici durumlarda gösterdiği başa çıkma stratejilerini etkileyen

iki değişken olduğunu öne sürmüştür. Bu değişkenlerden ilki BT'dür. BT düzeyleri yüksek olan bireylerin uyarana karşı tetikte olma (vigilance) stratejisini kullanmaya meyilli olduklarını; ikinci değişken olan duygusal uyarılmaya tahammülsüzlüğü yüksek olan bireylerin ise bilişsel kaçınma (cognitive avoidance) stratejisine başvurdıklarını belirtmiştir [402].

Lally ve Cantillon, BT ile psikolojik stres arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, belirsizliğe tahammülsüzlüğün yüksek seviyelerde olmasının, psikolojik stres artışı ile ilişkili olduğunu göstermişler ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün uyuma yönelik bir tepki olamayacağını, belirsizliğe tahammülsüz bireylerin içinde bulundukları durum ne olursa olsun olayların nasıl sonuçlanacağı hakkında endişe duyduklarını ve bu durumun onları endişe ve strese yatkın hale getirdiğini savunmuşlardır [403].

Greco ve Roger tarafından yapılan bir araştırmada, belirsizliğe karşı tahammülsüz olan bireylerin, uzun süreli öngörülemez durumlara maruz kaldıklarında fiziksel ve psikolojik sağlıklarında bozulma olacağı belirtilmiştir [404].

Yayınlanmamış bir tez çalışmasında, BT ile stresle başa çıkma tarzları problem odaklı (etkili) yaklaşım alt boyutları arasında negatif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuca göre bireylerin BT düzeyleri yükseldikçe etkili başa çıkma yaklaşımlarının azaldığı söylenebilir. BT ve sosyal destek arama alt boyutu arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuç bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlüğünün yüksek olmasının, stresle başa çıkmada sosyal destek arama yaklaşımlarını olumsuz etkileyeceği şeklinde yorumlanmıştır [405].

Ladouceur ve arkadaşlarına göre, BT, bireyin belirsizliği geçici olarak azaltmasına yarayan fakat problemi etkili şekilde çözmesini sağlamayan, işlevsiz yaklaşımlar geliştirmesine neden olan ve problem çözme davranışını olumsuz etkileyen bir süreçtir [406].

Alanyazında tıp öğrencileriyle yapılan bir çalışmada BT ile psikolojik stres arasındaki ilişki incelenmiş; belirsizliğe yüksek seviyedeki tahammülsüzlüğün, psikolojik stresle ilişkili olduğu; ayrıca yaşı daha büyük öğrencilerin küçük olanlara göre belirsizliğe daha tahammüllü oldukları bulunmuştur [403].

2.8.5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Kanser

Belirsizlik, kanser hastalarının iyileşmeye dair umutlarını azaltabilir, tedavi sürecine ilişkin olumsuz düşünceleri arttırabilir. Eisenberg ve arkadaşları tarafından 67 prostat kanseri hastası ile yapılan bir çalışmada, yaş, eğitim, fiziksel semptomlar ve kanser nüksü korkusuna ilişkin hiyerarşik çoklu regresyon analizleri sonrasında belirsizliğe

tahammülsüzlüğün, bilişsel şikayetler ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda BT daha fazla bilişsel şikayetle ilişkili bulunmuştur ve bu ilişki tedavi tamamlandıktan 3 ila 5 yıl sonra da devam etmektedir. Bu nedenle psikososyal müdahalelerde hem bilişsel şikayetleri hem de belirsizliğe tahammülsüzlüğü ele almak yararlı olabilir [407].

Başka bir çalışmada BT düzeylerinin yüksekliği daha yüksek stres algısı ve daha düşük duygusal iyilik hali ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca somatik olmayan depresif belirtiler de belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek bireylerde daha fazla saptanmıştır [408].

Prostat kanseri olan erkeklerle yapılan bir çalışmada katılımcıların % 15,1'i klinik olarak anlamlı düzeyde kaygı bildirmiştir. Depresif belirtileri veya ailede prostat kanseri öyküsü olan hastalarda daha fazla YAB görülmüştür. Çok değişkenli analizlerde ise BT düzeyleri, yaygın ve prostat kanserine özgü anksiyete ile anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur [409].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı, araştırmada yer alan kişilerin özellikleri, araştırmanın amaçlarını gerçekleştirmek için kullanılan yöntem ve kullanılan gereçlere ilişkin bilgiler yer almaktadır.

3.1. Örneklem

Bu çalışmaya; Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bölümü ayaktan kemoterapi ünitesinde Mayıs – Ağustos 2020 tarihleri arasında herhangi bir solid organ kanseri nedeniyle tedavi alan 18 yaş üstü ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan kanser hastaları ve bu hastalarla yaş ve cinsiyet açısından benzerlik gösteren, kanser hastası ve sağlık çalışanı olmayan gönüllülerin dahil edilmesi planlandı.

Mayıs – Ağustos 2020 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde tedavi almış olan 339 hasta ile kemoterapi almakta oldukları üniteye görüşüldü, hastalar çalışmaya dahil edilme ve dışlama kriterlerine göre değerlendirildi. Hastalara katılmayı reddetme veya herhangi bir noktada bırakma hakkına sahip oldukları açıklandı ve katılmayı kabul edenlerden yazılı onamları alındı. 196 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmemeleri veya formları teslim etmemeleri nedenleriyle çalışmaya alınamadı. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan, onam formunu imzalayan ve anket formlarını teslim eden kanser hastalarından 10 tanesi intrakranial metastazları olması nedeniyle, 9 tanesi primer beyin tümörü tanısı almış olmaları nedeniyle, 4'ü formları doldurmaya yetecek düzeyde Türkçe bilmeleri nedeniyle ve 7'si de formları eksik doldurmaları nedeniyle çalışma dışı bırakıldı.

Sağlıklı gönüllülere basılı formlar ve basılı formlarla birebir aynı soruları içeren çevrimiçi (online) anket formları aracılığıyla ulaşıldı. 72 sağlıklı gönüllü ile yüz yüze görüşmeler yapıldı, 221 sağlıklı gönüllüye çevrim içi anket formları aracılığıyla ulaşıldı. Bu araştırmaya alınan sağlıklı gönüllüler aydınlatılmış onam formları aracılığıyla bilgilendirildi ve katılmayı reddetme veya herhangi bir noktada bırakma hakkına sahip oldukları açıklandı, tüm sağlıklı gönüllülerden çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair onamları alındı. Sağlıklı gönüllülerden 1 tanesi geçmişte kanser tedavisi görmüş olması nedeniyle, 2 tanesi de formları eksik doldurmaları nedeniyle çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmaya 113 kanser hastası ve sağlık çalışanı olmayan 293 sağlıklı gönüllü dahil edildi.

3.1.1. Çalışmaya Alınma Ölçütleri

Tedavi almakta olan kanser hastaları grubu için,

- 1) 18 yaşından büyük olmak
- 2) Herhangi bir solid organ kanseri nedeniyle tedavi görüyor olmak
- 3) Bilişsel işlevleri etkileyecek psikiyatrik ve/veya nörolojik bir hastalığın veya beyin metastazının olmaması
- 4) Türkçe okuduğunu anlayacak ve yanıtlayacak düzeyde dil yeterliliğinin olması
- 5) Çalışmada doldurulması istenen formları doldurma ve çalışmaya katılma konusunda istekli olmak
- 6) Bilgilendirme sonrası araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmak

Sağlık çalışanı olmayan sağlıklı gönüllü grubu için,

- 1) 18 yaşından büyük olmak
- 2) Geçmişte veya halen kanser tanısının bulunmaması
- 3) Bilişsel işlevleri etkileyecek psikiyatrik ve/veya nörolojik bir hastalığın bulunması
- 4) Türkçe okuduğunu anlayacak ve yanıtlayacak düzeyde dil yeterliliğinin olması
- 5) Çalışmada doldurulması istenen formları doldurma ve çalışmaya katılma konusunda istekli olmak
- 6) Bilgilendirme sonrası araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmak

3.1.2. Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri

- 1) Çalışmaya katılmayı reddetmek
- 2) Formların doldurulmasına engel olacak düzeyde eğitim veya dil probleminin olması
- 3) Bilişsel işlevleri etkileyecek psikiyatrik ve/veya nörolojik bir hastalığın varlığı
- 4) Formların eksik doldurulması

3.2.Yöntem

Mayıs – Ağustos 2020 tarihleri arasında tedavi almakta olan solid organ kanseri hastaları ve sağlık çalışanı olmayan gönüllü grubunun basılı veya online formları doldurulması istendi. Çalışma boyunca 113 kanser hastası ve 72 sağlıklı gönüllü ile yüz yüze görüşmeler yapıldı, 221 sağlıklı gönüllüye çevrim içi anket formları aracılığıyla ulaşıldı. Yüz yüze görüşülen katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildi, bilgilendirilmiş onam formlarını okumaları ve doldurmaları istendi. Çevrimiçi anketler aracılığı ile çalışmaya dahil edilen sağlıklı gönüllülerin çevrim içi onam formunu okumaları ve çalışmaya

katılmaya onay vermeleri istendi. Onamlarının alınmasının ardından sosyodemografik veri formu, çalışmacı tarafından hazırlanan COVID-19 pandemisi veri formu, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Zihinselleştirme Ölçeği, Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği tüm katılımcılar tarafından; kanser tedavisi sırasında görülebilecek yan etkiler formu ve Travma Sonrası Bilişler Ölçeği sadece kanser hastalığı olan katılımcılar tarafından; hastaların kanser tanısı ve tedavilerine ilişkin bilgileri içeren form çalışmacı tarafından hastane kayıtları kontrol edilerek dolduruldu.

Tüm soru formları ve ölçekler katılımcılara aynı sıra ile verildi. Belirtilen formlar ve ölçekler dışında katılımcılara herhangi bir form veya ölçek verilmedi, laboratuvar tetkiki istenmedi veya müdahalede bulunulmadı.

3.3. Çalışmada Kullanılan Gereçler

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmaya katılanların sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan formun örneği EK-1’de sunulmuştur. Form, katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumları, sahip oldukları çocuk sayısı, hanelerinde kimle yaşadıkları, eğitim durumları, çalışma durumları, ekonomik durumlarına ilişkin verileri gibi sosyodemografik özellikleri sorgulayan maddeler içermektedir.

Ayrıca kişinin göç etme, doğal afet, kaza, çocukluk döneminde aileden ayrılık, ebeveyn veya kardeş kaybı yaşayıp yaşamadığı, yaşadıysa ne zaman yaşadığı ve ne yaşadığı sorusu psikolojik dayanıklılık ve travma gelişimi açısından önemli olduğu düşünüldüğü sosyodemografik veri formu içerisinde sorulmuştur.

Formun sonunda katılımcıların sigara ve alkol kullanma durumlarına, ek tıbbi hastalıklarına, psikiyatri başvuruları ve tedavilerine, ailelerindeki psikiyatri başvuruları ve tedavilerine ilişkin sorular sorulmuştur.

3.3.2. Kanser Hastaları Tarafından Doldurulan Veri Formu

Kanser hastalarının kanser tanıları ve tedavilerine ilişkin bilgilerin alınması amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilmiş formdur. Formda ailelerinde kanser öyküsü olup olmadığı, varsa yakınlık derecesi ve kanserin türü ve kanser tedavisi sırasında görülebilecek yan etkilere ilişkin sorular yer almaktadır.

Formun örneği EK-2’de sunulmuştur.

3.3.3. Kanser Hastalarının Medikal Bilgilerine İlişkin Hekim Tarafından Doldurulan Veri Formu

Hastaların kanser tanılarına ilişkin tıbbi verileri içeren ve araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Form, katılımcıların kanser tanısı alma tarihi, kanserin türü, kanserin evresi, metastaz olup olmaması, varsa metastaz yerleri, rekürrens olup olmaması, geçmiş ve halen almakta oldukları tedavilerin türü, varsa alınan KT ilaçları ve kür sayısı, varsa alınan RT sayısı, varsa alınan immünoterapi ilaçları ve kür sayısı ve varsa alınan hormon tedavisi ilaçları ve kür sayısına ilişkin soruları içermektedir.

Formun örneği EK-3'te sunulmuştur.

3.3.4. COVID-19 Değerlendirme Formu

Kanser hastalarında ve sağlıklı kontrollerde COVID-19 pandemisinden etkilenme düzeyini ve pandemi durumuna verilen tepkileri değerlendirmek amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen formdur. Formun örneği EK-4'te sunulmuştur.

Formda, katılımcıların kendilerinin veya yakınlarının COVID-19 tanısı alıp almadıkları veya COVID-19 şüphesiyle takip edilip edilmedikleri, COVID-19 pandemisi başladıktan sonra sosyal medyada harcadıkları süre, uyku süreleri, uyku kaliteleri, iştahları ve dikkatlerini sürdürme becerilerindeki değişikliklere ilişkin sorular yer almaktadır ve form her iki gruba da ortak olarak verilmiştir. Ayrıca katılımcıların COVID-19 pandemisi sırasında olumsuz duygularla baş etmek için hangi yollara başvurdıkları ve bu süreçte profesyonel destek alıp almadıklarına ilişkin bilgiler de bu form aracılığıyla öğrenilmiştir.

Katılımcıları COVID-19 pandemisi ile ilgili olarak algıladıkları risk ve yaşadıkları stres düzeylerini, yaşadıkları korkuları ve kaygıları, almakta oldukları tedavileri bırakmayı düşünüp düşünmediklerini değerlendirmek amacıyla 5'li likert tipinde hazırlanmış 10 sorudan oluşan "COVID-19 Pandemisine İlişkin Risk Algıları Anketi" her iki gruba da uygulanmıştır. İlk iki soru kanser hastaları için hastalıkları ve tedavi süreçlerine yönelik olarak; sağlıklı gönüllüler için ise gündelik hayatlarına yönelik olarak hazırlanmıştır. Bu sorular SARS epidemisinin sağlık çalışanlarında psikolojik etkilerini değerlendirmek amacıyla yapılmış olan çalışmalardaki sorular örnek alınarak hazırlanmıştır [410, 411].

Formun sonunda, katılımcıların COVID-19 pandemisine çeşitli gruplar tarafından verilen yanıtlardan nasıl etkilendiklerine ilişkin hazırlanmış 5'li likert tipinde 7 sorudan oluşan "COVID-19 pandemisi ile ilgili psikososyal etkilenme düzeyi anketi" ise 2015'te Ankara Gar Patlamasında yaralanmış olan kişilerle yapılan bir çalışmadaki sorular örnek alınarak hazırlanmış [412] ve her iki gruba da ortak olarak uygulanmıştır.

3.3.5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği-Kısa Formu (BTÖ-12) [Intolerance of Uncertainty Scale-12 (IUS-12)]

Belirsiz durumlara verilen bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkileri ölçmek amacıyla Freeston, Rheaume, Letarte, Dugas ve Ladouceur (1994) tarafından Fransızca olarak geliştirilen, 27 madde ve 5 boyuttan oluşan ölçek Buhr ve Dugas (2002) tarafından İngilizceye uyarlanmıştır. Carleton, Norton, & Asmundson (2007) Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeğinin kısa formunu oluştururken, Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas & Ladouceur (1994) tarafından geliştirilen 27 maddelik ölçeği esas almışlardır. 27 maddelik ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi Sarı ve Dağ (2009) tarafından yapılmıştır. 12 maddelik kısa formun uyarlanması ve geçerlik güvenirlik çalışması Sarıçam ve arkadaşları (2014) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada 12 maddeden oluşan BTÖ-kısa form kullanılmıştır [413].

BTÖ-12, 12 madde ve 2 alt boyuttan oluşan, 5'li likert tipinde (1: Beni hiç tanımlamıyor, 3: Bana biraz uygun, 5: Beni tam olarak tanımlıyor) bir öz-değerlendirme ölçeğidir. Alt boyutları, ileriye yönelik kaygı (1, 2, 3, 4, 5, 6, ve 7. Maddeler) ve engelleyici kaygı (8, 9, 10, 11 ve 12. Maddeler) olarak adlandırılmıştır. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 12 ile 60 arasında değişmektedir. Ölçek toplam puanda çalışmakta olup; alt boyutlardaki yüksek puan, belirsizliğe tahammülsüzlüğün yüksekliğini belirtmektedir.

İleriye yönelik kaygı, korku ve belirsizliğin getirdiği endişe ile, engelleyici kaygı ise belirsizlikle karşılaşıldığındaki eylemsizlik ile ilgilidir. İleriye yönelik kaygı alt ölçeği kaygı ve obsesif-kompulsif bozukluk ile, engelleyici kaygı alt ölçeği ise sosyal kaygı, panik, agorafobi ve depresyon ile ilişkilidir [22].

Ölçeğin yapı geçerliği için uygulanan doğrulayıcı faktör analizinde orijinal formula tutarlı olarak 12 maddenin iki boyutta (ileriye yönelik kaygı, engelleyici kaygı) toplandığı görülmüştür. BTÖ-12'nin orijinalinde Cronbach alfa güvenirlik katsayısı sağlıklı insanlardan oluşan örnekleme .91, klinik hastalardan oluşan örnekleme ise .92 olarak bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin, 27 maddelik orijinal form ile ilişki katsayısı $r = .96$ olarak hesaplanmıştır.

Sarıçam ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanan Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeğinin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ölçeğin bütünü için .88, ileriye yönelik kaygı alt boyutu için .84, engelleyici kaygı alt boyutu için .77 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin örneği EK-5'te sunulmuştur

3.3.6. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) [Resilience Scale for Adults (RSA)]

YPDÖ özellikle ruhsal sağlığın tekrar kazanılması ve sürdürülmesinde temel koruyucu faktörlerin neler olduğunu saptamayı amaç edinerek Friborg, Hjerdal, Rosenvinge ve Martinussen (2003) tarafından geliştirilmiştir. Basım ve Çetin (2011) tarafından ülkemizde Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılarak ‘Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği’ adıyla uyarlanmıştır [261].

Ölçek, Friborg ve ark.’nın 2003 yılında yaptıkları çalışmada “kişisel güç”, “yapısal stil”, “aile uyumu”, “sosyal yeterlilik” ve “sosyal kaynaklar” olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktaydı [283]. 2005 yılında yapılan devam niteliğindeki çalışmada ölçeğin altı boyutlu alt yapısının PD modelini daha iyi açıkladığının gösterilmesi ve “kişisel güç” boyutunun “kendilik algısı” ve “gelecek algısı” olmak üzere ikiye ayrılmasıyla 6 boyutlu yapı ortaya çıkmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda, özgün ölçekle örtüşen ‘kendilik algısı’, ‘gelecek algısı’, ‘yapısal stil’, ‘sosyal yeterlilik’, ‘aile uyumu’ ve ‘sosyal kaynaklar’ boyutlarını içeren altı faktörlü yapı doğrulanmıştır. Ölçekte puanın yükselmesi bireyin dayanıklılığın da yükseldiği şeklinde yorumlanmaktadır [284].

YPDÖ, 33 maddeden oluşan, maddelerin 1’den 5’e kadar değerlendirildiği beşli Likert tipinde öz-değerlendirme türünde bir ölçektir. Ölçek, sorularda olumlu ve olumsuz özelliklerin farklı taraflarda rastgele sıralanmış olduğu; yanıtlar için ise olumlu ve olumsuz özellikleri içeren cümleler arasında beş ayrı kutucuğun yer aldığı bir formatta kullanılmaktadır. Bu çalışmada, puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması beklendiğinden cevap kutucukları soldan sağa doğru 1, 2, 3, 4, 5 olarak değerlendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek puan 33 ile 165 arasında değişmektedir. 1, 3, 4, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 24, 25, 27, 31, 33 numaralı sorular ters olarak hesaplanır.

Alt boyutlara göre maddelerin dağılımı:

- Yapısal stil: 3, 9, 15 ve 21. maddeler ile değerlendirilmektedir. Bireyin özgüveni, güçlü yanları ve öz disiplini ile ilişkili olarak hedef odaklı, planlı, kurallara ve rutinlere bağlı yaşayabilme özelliklerini ifade etmektedir.
- Gelecek algısı: 2, 8, 14 ve 20. maddeler ile değerlendirilmektedir. Geleceği planlama kabiliyeti, geleceğe iyimser bakmak, gerçekçi gelecek algısı ve hedef odaklı olmaya ilişkin özellikleri içerir.
- Aile uyumu: 5, 11, 17, 23, 26 ve 32. maddeler ile değerlendirilmektedir. Aile üyelerinde bulunan ortak zevkler, iyimser bakış açısı, paylaşılan değerler, aileyle birlikte güzel vakit geçirme, sadakat durumlarını ifade eder.

- Kendilik algısı: 1, 7, 13, 19, 28 ve 31. maddeler ile değerlendirilmektedir. Kişinin gerçekte kim olduğu ile ilgili duygu, düşünce ve davranışlarını fark etmesine yönelik algılarını ifade etmektedir. Bireylerin öz yeterlilik, pozitif bakış açısı, yeteneklerine ve kendilerine güvenme gibi özellikleri kapsar.
- Sosyal yeterlilik: 4, 10, 16, 22, 25 ve 29. maddeler ile değerlendirilmektedir. Bireyin sosyal açıdan destek görüp görmemesi ile ilişkili olarak sosyal uyumunu, dış dünya ile ilişkisini ve sosyal aktivitelerde bulunma eğilimini ifade eder. Mizah, dışadönüklük, dostluk kurma, esneklik gibi özellikler ile ilişkilidir.
- Sosyal kaynaklar: 6, 12, 18, 24, 27, 30 ve 33. maddeler ile değerlendirilmektedir. Bağlılık hissi, aile dışında birinin desteği, cesaret verme, takdir edilme gibi durumları ifade eder.

Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık katsayılarının .66 ile .81 arasında ve test-tekrar test güvenirliklerinin ise .68 ile .81 arasında değiştiği bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin toplam Cronbach Alfa katsayısı .86 olarak hesaplanmıştır.

Ölçeğin örneği EK-6'da yer almaktadır.

3.3.7. Zihinselleştirme Ölçeği (ZÖ) [The Mentalization Scale (MentS)]

Zihinselleştirme kapasitesini ölçmek amacıyla Dimitrijević ve arkadaşları (2017) tarafından geliştirilen ölçek 28 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin kendilik temelli zihinselleştirme (MentS-S/ZÖ-K), diğerleri temelli zihinselleştirme (MentS-O/ZÖ-D) ve zihinselleştirme motivasyonu (MentS-M/ZÖ-M) olmak üzere üç boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin Türkçeye çevirisi Alpay, Törenli, Türkkal ve Özçürümez (2020) tarafından yapılmıştır. Türkçe formu için yapılan analizler sonucunda Cronbach alfa katsayıları kendilik temelli zihinselleştirme alt boyutu için .78, diğerleri temelli zihinselleştirme alt boyutu için .85 ve zihinselleştirme motivasyonu alt boyutu için .87 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam puanının Cronbach alfa katsayısı ise .88'dir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlilik çalışması Alpay, Törenli, Türkkal ve Özçürümez (2020) tarafından yapılmıştır; çalışma yayınlanma aşamasındadır. Ölçeğin, Türkçe çevirisi dışında bir araştırmada henüz kullanılmamış olması ve uyarlama çalışmasındaki örneklem yapısının bu çalışmadakinden farklı olması nedeniyle geçerlik ve güvenirlik analizleri tekrar test edilmiştir.

ZÖ'nin orijinal ölçek ile uyumlu olarak 3 boyutlu yapısı desteklenmiştir. Ancak, 2 madde (9 ve 27) düşük güvenirlik değerleri nedeniyle çıkarılmıştır. ZÖ, bu çalışmada 26 madde ve 3 alt boyut olarak kullanılmıştır.

Alt boyutlara göre maddelerin dağılımları;

- ZÖ-K: 2, 3, 5, 6, 10, 12, 13, 20, 23, 25 ve 28.
- ZÖ-D: 8, 11, 14, 18, 19, 21, 22 ve 26.
- ZÖ-M: 1, 4, 7, 15, 16, 17 ve 24. maddeler ile değerlendirilmektedir.

Ölçekten alınan yüksek puanlar, zihinselleştirme becerisindeki artışa işaret etmektedir.

Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı ölçeğin tümü için .81, ZÖ-K alt boyutu için .81, ZÖ-D alt boyutu için .88ve ZÖ-M alt boyutu için .80 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin örneği EK – 7’de sunulmuştur.

3.3.8. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) [Ways of Coping Inventory (WCI)]

Başa Çıkma Yolları Envanteri, Folkman ve Lazarus (1980) tarafından bireylerin stres verici yaşam olayları karşısında kullandıkları ve çeşitli psikopatolojilerle ilişkili başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla hazırlanmış bir ölçektir. Ölçeğin orijinali 66 sorudan oluşan ve 1’den 4’e kadar puanlanan 4’lü likert tipinde bir öz-bildirim ölçeğidir [16].

Ölçek Siva tarafından 1991 yılında kültüre uygun hale getirilmek amacıyla madde eklemeleri yapılarak Türkçeye uyarlanmıştır, kültüre özgü maddeler eklenmesi sonrasında ölçek 74 maddeye çıkmıştır [415]. Ölçeğin kısaltılması çalışması Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmış olup, kısaltma çalışmasından sonra ölçek 30 maddeye düşürülmüş ve “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)” adını almıştır [415].

SBTÖ, “Sizi ne kadar tanımlıyor, size ne kadar uygun?” sorusunun cevaplandığı 30 maddelik, maddeleri 0-3 arasında puanlanan [hiç uygun değil (%0), bana uygun değil (%30), bana uygun (%70) ve bana çok uygun (%100)] 4’lü Likert tipinde bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçeğin “kendine güvenli yaklaşım”, “çaresiz yaklaşım”, “boyun eğici yaklaşım”, “iyimser yaklaşım” ve “sosyal desteğe başvurma” olmak üzere 5 alt boyutu bulunmaktadır.

- Kendine güvenli yaklaşım (KGY): 8, 10, 14, 16, 20, 23 ve 26. maddelerden oluşur. Bu alt boyutta alınabilecek puan 0-21 arasındadır.
- İyimser yaklaşım (İY): 2, 4, 6, 12 ve 18. maddelerden oluşur. Bu alt boyutta alınabilecek puan 0-15 arasındadır.
- Sosyal desteğe başvurma (SDB): 1, 9, 29 ve 30. maddelerden oluşur. Bu alt boyutta alınabilecek puan 0-12 arasındadır.
- Çaresiz yaklaşım (ÇY): 3, 7, 11, 19, 22, 25, 27 ve 28. maddelerden oluşur. Bu alt boyutta alınabilecek puan 0-24 arasındadır.

- Boyun eğici yaklaşım (BEY): 5, 13, 15, 17, 21 ve 24. maddelerden oluşur. Bu alt boyutta alınabilecek puan 0-18 arasındadır.

Alt ölçekler ayrı ayrı değerlendirilmekte, toplam puan ise hesaplanmamaktadır. Ölçekte 1. ve 9. Maddeler ters puanlanmakta, alt ölçeklerden alınan puanların yüksek oluşu stresle başa çıkmada hangi alt ölçekte başa çıkma yaklaşımının daha fazla kullanıldığını göstermektedir.

Ölçek iki farklı şekilde hesaplanmaktadır. Bunlardan ilki, iki ana stresle başa çıkma tarzını ölçmektedir. Probleme yönelik / aktif tarzları SDB + İY + KGY alt ölçekleri; duygulara yönelik/pasif tarzları ÇY ve BEY alt ölçekleri göstermektedir. Buna göre aktif tarzlar için alınabilecek puan 0-48 arasında; pasif tarzlar için alınabilecek puan ise 0-42 arasındadır. Ölçeğin ikinci hesaplanma tarzı ise birbirinden bağımsız ve ayrı ayrı alt ölçek puanlarının hesaplamasıdır.

Ölçeğin güvenirlik analizi, Şahin ve Durak (1995) tarafından 3 farklı örneklem ile yapılmıştır. Üç aşamalı faktör analizi sonrası alt boyutların Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı “Kendine Güvenli Yaklaşım” alt boyutu için .62 ile .80 arasında, “Çaresiz/kendini suçlayıcı Yaklaşım” alt boyutu için .64 ile .73 arasında, “Boyun Eğici Yaklaşım” alt boyutu için .47 ile .72 arasında, “İyimser Yaklaşım” alt boyutu için .68 ile .49 arasında ve “Sosyal Desteğe Başvurma” alt boyutu için .45 ile .47 arasında olarak bulunmuştur. Bununla birlikte ölçeğin güvenirlik katsayısı .68 olarak hesaplanmıştır.

Ölçeğin örneği EK-8’de sunulmuştur.

3.3.9. Hastane Anksiyete – Depresyon Ölçeği (HADÖ) [Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)]

Psikiyatrik belirti ve bozuklukların taranmasında kullanılan ölçeklerin çoğunda bedensel hastalıkların birincil belirtileri olabilecek vejetatif belirtilere büyük ölçüde yer verildiği için bu ölçekler ile bedensel hastalığı olan gruplarda değerlendirme yapmak oldukça güçtür [416]. HADÖ, Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında bedensel hastalığı olan bireyler için geliştirilmiştir; vejetatif belirtilere yer vermemekte, depresyon ve anksiyetenin bilişsel, duygusal belirtilerini ağırlıkla ele almaktadır [417]. Bedensel hastalığı olanları ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranları anksiyete ve depresyon yönünden tarayarak risk gruplarını belirlemek, anksiyete –depresyon düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır, tanı koymada kullanılmaz. Ölçeğin Türkçe uyarlaması ve geçerlik güvenirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları (1997) tarafından yapılmıştır [418].

HADÖ, 14 maddeden oluşan dördtlü likert tipinde bir öz-değerlendirme ölçeğidir. 1, 3, 5, 7, 9, 11 ve 13. maddeler (tek sayılı maddeler) anksiyete alt ölçeğine; 2, 4, 6, 8, 10, 12 ve 14. maddeler (çift sayılı maddeler) ise depresyon alt ölçeğine aittir. Ölçekteki 2, 4, 7, 9, 12 ve 14 numaralı maddeler düz maddeler olup $a=0$, $b=1$, $c=2$ ve $d=3$ şeklinde puanlanırken; 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 ve 13 numaralı maddeler ters maddelerdir ve $a=3$, $b=2$, $c=1$ ve $d=0$ şeklinde puanlanır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0 iken en yüksek puan 21'dir.

Zigmond'un çalışmasında ölçeğin kesme puanı anksiyete ve depresyon için 7 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin puanlandırılması ise 0-7 arası normal, 8-10 arası şüpheli, 11 ve üzeri hasta olarak ifade edilmiştir. Aydemir'in ülkemize uyarladığı geçerlik çalışmasında ise ölçeğin kesim noktası anksiyete için 7, depresyon için 10 olarak belirlenmiştir. Bu puanların üzerinde alanlar risk grubu olarak değerlendirilir [418].

HADÖ'nün, "Genel Sağlık Anketi" ve "Rotterdam Belirti Kontrol Listesi" ile karşılaştırılabilir paralel form geçerliliği kanıtlanmıştır [419-421]. Ölçek daha önce Razavi ve arkadaşları [422], Hopwood ve arkadaşları [420] ve Ibbotson ve arkadaşları [421] tarafından kanserli hastalar ile yapılan çalışmalarda kullanılmıştır. Razavi ve arkadaşları, ölçeğin kanser hastalarında majör depresyon ve uyum bozukluğunu belirlemede yüksek duyarlılık ve özgüllükte olduğunu bildirmişlerdir [422].

Ölçeğin örneği EK-9'da sunulmuştur.

3.3.10. Travma Sonrası Bilişler Ölçeği (TSBÖ) [The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI)]

TSBÖ, TSSB ortaya çıkmasında ve sürmesinde etkili olduğu düşünülen travmayla ilişkili bilişleri değerlendirmek amacıyla Foa ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir [203]. TSSB olgularının ayırt edilmesi, TSSB şiddetinin belirlenmesi ve bilişsel-davranışçı terapi oturumlarında çalışılması hedeflenen hatalı bilişlerin belirlenmesi ölçeğin kullanım alanlarıdır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Yağcı Yetkiner [423] tarafından yapılmıştır.

36 maddeden oluşan, katılımcılardan 7'li likert tipi ölçek üzerinde her bir maddeye ne oranda katıldıklarını belirtmelerinin istendiği bir öz-değerlendirme ölçeğidir. Ölçekten alabilecek puan 36 ile 252 arasında değişmektedir. Yüksek puan durumu travmatik olaya ilişkin yanlış bilişlerin yüksek yoğunlukta olduğunu göstermektedir.

Ölçek, maddelerin 33 tanesini kapsayan 3 alt ölçeğe sahiptir. Faktör yapısı incelendiğinde, Türkçe ölçekte envanterin orijinal formu ile benzer faktörler bulunmuştur.

3 ölçek maddesi (13, 32, 34) faktör analizi sonucu hiçbir alt ölçeğe dahil edilememiştir. Alt ölçekler ve onları meydana getiren ölçek maddeleri

- Kişinin Kendisiyle İlgili Olumsuz Bilişler Alt Ölçeği: Kendine ilişkin olumsuz izlenim, kalıcı değişim, yabancılaşma, umutsuzluk, kendine güven ve belirtilerin olumsuz yorumlanması ile ilişkili maddeleri kapsamaktadır. 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 14, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 33, 35, 36. maddeler bu alt ölçek kapsamındadır.
- Dünyayla İlgili Olumsuz Bilişler Alt Ölçeği: Güvensiz dünya ve diğerlerine güvensizlik ile ilişkili maddelerden oluşmaktadır. 7, 8, 10, 11, 18, 23, 27. maddeler bu alt ölçek kapsamındadır.
- Kendini Suçlama Alt Ölçeği: Kendini suçlama ile ilişkili maddelerden oluşmaktadır. 1, 15, 19, 22, 31. maddeler bu alt ölçek kapsamındadır

Foa ve arkadaşlarına göre, ölçek klinik olarak TSSB tanısı almış kişilerin de bulunduğu bir örnekleme geliştirildiği için çalışmada TSSB tanısı alan grubun ölçek toplam puanı ve alt ölçekler için hesaplanan puan ortalamaları TSSB için kesim noktası olarak kabul edilebilir [203]. TSSB tanısı alan bireyler için ölçek toplam puanı 133, alt ölçekler için puan ortalamaları, “Kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişler” alt ölçeği için 3.6, “Dünyayla ilgili olumsuz bilişler” alt ölçeği için 5.0, “Kendini suçlama alt ölçeği” için 3.2 olarak bulunmuştur. TSBÖ toplam puanı ve her bir alt ölçek TSSB şiddeti (TSSTÖ ile .79), depresyon (BDE ile .75) ve yaygın anksiyete (STAI-state ile .70, STAI-trait ile .75) ile yüksek korelasyon göstermektedir.

SBÖ’nün duyarlılığı .78, özgüllüğü .93 olarak bulunmuştur [203]. Orijinal ölçeğin iç tutarlık katsayısı, tüm ölçek için .97, “kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişler” alt ölçeği için .97, “dünyayla ilgili olumsuz bilişler” alt ölçeği için .88, “kendini suçlama” alt ölçeği için .86 olarak bulunmuştur.

Bu çalışmaya göre, travma yaşamış grup için tüm ölçeğin iç tutarlılık Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı .91, “benlik hakkındaki olumsuz bilişler” alt ölçeği için .91, “dünya hakkındaki olumsuz bilişler” alt ölçeği için .71 ve “kendini Suçlama” alt ölçeği için .69’dur.

Ölçeğin örneği EK-10’da sunulmuştur.

3.4. İstatistiksel Değerlendirme

Araştırma verileri IBM SPSS Statistics 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences 22.0) paket programı aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklenmiş ve değerlendirilmiştir.

Analiz öncesinde veri girişleri taranmış, verilerin istatistiksel uygunluğunu kontrol etmek amacıyla girilen verilerin sıklığına bakılarak beklenen aralıktan büyük ya da küçük olan değerler düzeltilmiş ve verilerin analize uygunluğu sağlanmıştır. Daha sonra normallik sayıltıları test edilerek her bir ölçek ve alt boyutları için toplam puanlar hesaplanmış ve uç değer analizi yapılmıştır. Verilerin çok değişkenli istatistiksel analizlerle ilgili sayıltıları karşılayıp karşılamadığı incelenmiştir. Bu amaç doğrultusunda, veriler tek ve çok değişkenli aşırı değerler, normallik, doğrusallık, varyansların aynılığı, tekli bağlantı ve çoklu bağlantı sayıltıları açısından değerlendirilmiştir [424].

Tanımlayıcı istatistikler ortalama $\pm$ standart sapma (*ss*), ortanca ve çeyrekler arası dağılım (ÇAD), en küçük – en büyük (minimum-maksimum), frekans dağılımı (*n*) ve yüzde (%) olarak sunulmuş ve sonuçlar istatistiksel tablolar ile görselleştirilmiştir.

Sürekli değişkenlerin normal dağılımda olup olmadığı çarpıklık (Skewness) ve basıklık (Kurtosis) değerleri, görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testi) kullanılarak değerlendirilmiştir. Tüm ölçümde bazı sürekli değişkenlerin normal dağılım gösterdiği, bazılarının ise normal dağılım göstermediği saptanmıştır. İki grup arası karşılaştırmalarda sürekli değişkenlerin normal dağılım göstermesi durumunda Student t testi, normal dağılım göstermediğinde ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Sürekli değişkenlerin birbiriyle ilişkisinin incelenmesinde Pearson korelasyon testi ve iki basamaklı regresyon analizi uygulanmıştır.

Analizlerde %95 güven aralığında anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Etik kurul onayı: Bu çalışmanın etik değerlere uygunluğunun değerlendirilmesi için 28/04/2020 tarihinde Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'na başvurulmuştur. İlgili kurul tarafından yapılan değerlendirme sonucu, 13/05/2020 tarihli ve 94603339-604.01.02/ sayılı yazıda, çalışmanın etik açıdan uygun görüldüğüne oy birliğiyle karar verildiği belirtilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölüm, araştırmayla ilgili bulguları içermektedir. İlk başlık altında hasta ve kontrol gruplarının bazı sosyodemografik ve klinik bilgilerine ait tanımlayıcı istatistikler yer almaktadır. İkinci başlıkta Zihinselleştirme Ölçeğinin faktör yapısı ve güvenirliğine ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Üçüncü başlıkta araştırma değişkenlerinin kanser hastaları ve kontrol grubuna göre katılımcıların cinsiyetleri açısından değişiklik gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla yapılan karşılaştırma testlerinin sonuçları mevcuttur. Dördüncü başlıkta araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon testlerinin sonuçları paylaşılmıştır. Son olarak ise anlamlı korelasyona sahip değişkenlerden hangilerinin anksiyete, depresyon ve TSSB düzeylerinin ana belirleyicileri olduğunu saptamak amacıyla yapılan ileri analiz (lojistik regresyon analizi) sonuçları sunulmuştur.

4.1. Hasta ve Kontrol Gruplarının Bazı Sosyodemografik ve Klinik Bilgilerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Çalışmaya katılan 403 katılımcının yaş ortalaması 43.74 ($s = 15$) olarak belirlenmiştir. Yaşları 18 ila 92 arasında değişen katılımcıların 155'i erkek (%38.2), 251'i kadındır (%61.8). Katılımcıların 117'si bekar (%28.8), 254'ü evli (%62.6), 35'i boşanmış/ayrılmış veya duldur (%8.7). Katılımcıların %7.1'i ($n = 29$) ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahipti, %17.2'si ($n = 70$) lise, %53.7'si ($n = 218$) yüksekokul veya üniversite, %21.9'u ($n=89$) ise yüksek lisans veya doktora mezunudur.

4.1.1. Kanser Hastası Olmayan Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri

Çalışmaya katılan 293 kanser hastası olmayan sağlıklı katılımcının yaş ortalaması 39.96 ($ss = 13.9$) olarak belirlenmiştir. Yaşları 18 ila 92 arasında değişen katılımcıların 131'i erkek (%44.7), 162'si kadındır (%55.3). Katılımcıların 105'i bekar (%35.8), 168'i evli (%57.3), 20'si boşanmış/ayrılmış veya duldur (%6.8). Katılımcıların %12.83'ü ($n=36$) yalnız yaşamakta, %87.7'si ($n=257$) eşi, çocukları, akrabalarından biriyle veya arkadaşıyla yaşamaktadır. Katılımcıların %3.4'ü ($n = 10$) ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahiptir, %15'i ($n = 44$) lise, %55.6'sı ($n = 163$) yüksekokul veya üniversite, %25.9'u ($n=76$) ise yüksek lisans veya doktora mezunudur (Tablo 4.1).

Katılımcıların %30'unda ($n = 88$) kanser dışında ek bir kronik hastalık (HT, DM, astım, KOAH, hipotiroidi, kalp hastalıkları), %29'unda ($n=85$) anksiyete, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk ve bipolar bozukluk ($n=2$) tanısı vardır. Katılımcıların %11.9'u ($n=35$) psikiyatrik ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların %18.4'ü ($n=54$) geçmişte

travma olarak adlandırdıkları göç etme, doğal afet, fiziksel yaralanma içeren kaza, ebeveyn-kardeş veya eş kaybı yaşadıklarını bildirmiştir; veriler incelendiğinde bu katılımcılardan 32'sinin travmasının çocukluk ve ergenlik döneminde olduğu saptanmıştır.

Demografik bilgiler detaylı olarak Tablo 4.1'de sunulmuştur.

4.1.2. Kanser Hastalarına Ait Sosyo Demografik Bilgiler

Çalışmaya katılan 113 kanser hastasının yaş ortalaması 53.53 ($ss=13.4$) olarak belirlenmiştir. Yaşları 21 ila 85 arasında değişen kanser hastalarının 24'ü erkek (%21.2), 89'u kadındır (%78.8). Katılımcıların 12'si bekar (%10.6), 86'sı evli (%76.1), 15'i boşanmış/ayrılmış veya duldur (%13.3). 20 (%17.7) katılımcının çocuğu yoktur, 26 (%23) katılımcının bir çocuğu vardır, 67 katılımcının (%59.3) ise birden fazla çocuğu bulunmaktadır. Kanser hastası katılımcıların %8.8'i ($n=10$) yalnız yaşamakta, %91.2'si ($n=103$) eşi, çocukları veya akrabalarından biriyle yaşamaktadır. Katılımcıların %16.8'i ($n=19$) ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahiptir, %23'ü ($n=26$) lise, %48.7'si ($n=55$) yüksekokul veya üniversite, %11.5'i ($n=13$) ise yüksek lisans veya doktora mezunudur.

Hastaların %54'ünde ($n = 61$) kanser dışında ek bir kronik hastalık, %27.4'ünde ($n=31$) anksiyete, depresyon veya obsesif kompulsif bozukluk tanısı vardır. Hastaların %15.9'u ($n=18$) psikiyatrik ilaç kullanmaktadır. Hastaların %38.9'u ($n=44$) geçmişte travma olarak adlandırdıkları göç etme, doğal afet, fiziksel yaralanma içeren kaza, ebeveyn-kardeş veya eş kaybı yaşamışlardır; veriler incelendiğinde 11 hastanın travmasının çocukluk ve ergenlik döneminde olduğu saptanmıştır.

Demografik bilgiler detaylı ve karşılaştırmalı olarak Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Kanser hastası olan ve olmayan katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikler

Özellik		Sağlıklı Kontrol (n =293)		Hasta (n=113)		p
Yaş		<i>m</i> (39.96), <i>ss</i> (13,9) En küçük – en büyük (18-92)		<i>m</i> (53.53), <i>ss</i> (13,4) En küçük – en büyük (21-85)		<0.001
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>p</i>
Cinsiyet	Kadın	162	55.3	89	78.8	<0.001
	Erkek	131	44.7	24	21.2	
Medeni durum	Bekar	105	35.8	12	10.6	<0.001
	Evli	168	57.3	86	76.1	
	Boşanmış/ayrılmış/dul	20	6.8	15	13.3	
Çocuk sayısı	Çocuğu yok	146	49.8	20	17.7	<0.001
	1 çocuğu var	64	21.8	26	23	
	1’den fazla çocuğu var	83	28.4	67	59.3	
Hanede kiminle yaşadığı	Ailesi ve yakınları ile yaşıyor	257	87.7	103	91.6	.328
	Yalnız yaşıyor	36	12.3	10	8.8	
Öğrenim durumu	İlköğretim mezunu ve altı	10	3.4	19	16.8	<0.001
	Lise mezunu	44	15.0	26	23	
	Yüksekokul veya üniversite mezunu	163	55.6	55	48.7	
	Yüksek lisans veya doktora mezunu	76	25.9	13	11.5	
Çalışma durumu	Çalışıyor	212	72.4	44	38.9	<0.001
	Çalışmıyor	81	27.6	69	28.3	
Ekonomik durumu	İyi	145	49.5	51	45.1	.269
	Orta	139	47.4	54	47.8	
	Kötü	9	3.1	8	7.1	
Sigara	Halen kullanıyor	99	33.8	15	13.3	<0.05
	Kullanıp bırakmış	71	24.2	50	44.2	
	Hiç kullanmamış	123	42.0	48	42.5	
Alkol	Halen kullanıyor	177	60.4	27	23.9	<0.001
	Kullanıp bırakmış	27	9.2	21	18.6	
	Hiç kullanmamış	88	30.4	65	57.5	
Ek hastalık	Yok	205	70.0	52	46	<0.001
	Var	88	30.0	61	54	
Psikiyatrik hastalık	Yok	208	71.0	82	72.6	<0.001
	Var	85	29.0	31	27.4	
Psikiyatrik ilaç kullanımı	Yok	258	81.1	95	84.1	.286
	Var	35	11.9	18	15.9	
Travma öyküsü	Yok	239	81.6	69	61.1	<0.001
	Var	54	18.4	44	38.9	

n: frekans sayısı, %:yüzde, *m*: ortalama, *ss*: standart sapma.

4.1.3. Kanser Hastalarının Bazı Klinik Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Çalışmaya katılan 113 kanser hastasının 34'ü (%30,1) over kanseri, 25'i (%22,1) meme kanseri, 13'ü (%11,5) kolon kanseri, 11'i (%9,7) serviks kanseri, 8'i (%7,1) akciğer kanseri tanısı almıştır. Hastaların tanı almalarından sonra geçen süre ortalama 24 ay ($ss=32,1$); ortalama 10 ay ($\text{ÇAD}=15$) olarak belirlenmiştir. Hastaların %33,6'sında ($n = 38$) uzak organ metastazı (Evre 4 kanser); %21,3'ünde ($n=24$) en az bir kez rekürrens öyküsü vardır. Çalışmada kanser tedavisi sırasında görülebilecek olan 25 adet yan etki sorgulanmıştır. Hastalarda ortalama 7,6 ($ss = 4,1$) yan etki saptanmıştır. Hastalar ortalama yan etki sayısına göre gruplandırıldığında hastaların %54'ünde ($n=61$) 8'den az, %46'sında ($n=52$) 8 ve üzerinde yan etki bildirildiği saptanmıştır.

Detaylı bilgiler Tablo 4.2 ve Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.2. Kanser hastalarının tanıları ve tedavi süreçlerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler

Özellik		<i>n</i>	%	<i>m</i>	<i>ss</i>	En küçük – En büyük
Kanser türü (n=113)	Over Kanseri	34	30.1			
	Meme Kanseri	25	22.1			
	Kolon Kanseri	13	11.5			
	Serviks Kanseri	11	9.7			
	Akciğer Kanseri	8	7.1			
	Testis Kanseri	4	3.5			
	Endometrium Kanseri	4	3.5			
	Timoma	4	3.5			
	Mide Kanseri	3	2.7			
	Pankreas Kanseri	2	1.8			
	Prostat Kanseri	2	1.8			
	Rektum Kanseri	1	0.9			
	Tuba Kanseri	1	0.9			
	Mesane Kanseri	1	0.9			
Metastaz (n=113)	Var	38	33.6			
	Yok	75	66.4			
Rekürrens (n=109)	Yok	85	75.2			
	1 kez rekürrens	20	17.7			
	1'den fazla rekürrens	4	3,6			2-3
Tedavi planı (n=113)	Cerrahi	95	84			
	KT	106	93.8			
	RT	30	26.5			
	Hormon tedavisi	2	1.8			
	Akıllı ilaç	1	0.9			
Psikiyatrik destek (n=113)	Almış	24	21.2			
	Almamış	89	78.8			

n: frekans sayısı, %:yüzde, *m*: ortalama, *ss*: standart sapma.

Tablo 4.3. Kanser hastalarının tanıları ve tedavilerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler

Değişken	<i>n</i> (%)	<i>m</i> ± <i>ss</i>	ortanca (ÇAD)	En küçük – En büyük
Tanı aldıktan sonra geçen süre (ay)	109	24±32.1	10 (15)	2-197
Yan etki sayısı	113	7.6±4.1	7 (6)	11-19
8'den az yan etki	61 (54)			
8 ve üzeri yan etki	52 (46)			

n: frekans sayısı, %:yüzde, *m*: ortalama, *ss*: standart sapma, ÇAD: çeyrekler arası dağılım.

4.1.4. Kanser Hastası Olan ve Olmayan Katılımcıların COVID-19 Anket Formu Yanıtlarına Yönelik Bilgiler

406 katılımcının %2,95'i (*n*=12) COVID-19 tanısı almış veya şüphesiyle izleme alınmıştır. COVID-19 pandemisi ile ilgili sosyal medya kullanımlarındaki değişimle ilgili olan soruya katılımcılardan 104'ü (%25.6) “belirgin olarak arttı”, 142'si (%35.0) “kısmen arttı”, 96'sı (%23.6) “değişmedi”, 16'sı (%3.9) “kısmen azaldı”, 9'u (%2.2) “belirgin olarak azaldı” ve 39'u (%9.6) ise COVID-19 pandemisi ile ilgili sosyal medya kullanımları olmadığı cevabını vermiştir. Katılımcıların 7'si (%1,72) hiç sosyal medya kullanmadığını belirtmiştir. Sosyal medya kullanan 399 katılımcının COVID-19 pandemisi sürecinde sosyal medya kullanım süreleri günlük ortalama 67 dakikadır (*ss*=86.5) (Tablo 4.4).

Araştırmaya dâhil edilen 406 kişinin COVID-19 pandemisine ilişkin risk algılarını değerlendirmek amacıyla sorulan “kesinlikle katılıyorum, kısmen katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum” şeklinde derecelendirilmiş 10 soru “1,2,3,4,5” olarak puanlanmış, puanlamada düşük skorlar COVID-19 pandemisine ilişkin risk algısının yüksek olduğu şeklinde yorumlanmıştır. 10 sorudan oluşan “COVID-19 Pandemisi Risk Algısı Anketi” iç tutarlılığı Cronbach Alfa =.86 olarak hesaplanmıştır. Hasta grubu için ortalama puan 24.56 (*ss* = 8.4), kanser tanısı olmayan sağlıklı gönüllü grubu için ortalama 27.23 (*ss* = 8.4) bulunmuştur. Tüm grup değerlendirildiğinde kadınlarda ortalama puan 24.5 (*ss*=8.4), erkeklerde 29 (*ss* = 7.8) olarak hesaplanmıştır.

COVID-19 pandemisi sırasında katılımcıların uyku süreleri, uyku kaliteleri, iştahları, dikkatlerini sürdürebilme becerilerinde görülebilecek değişikliklere yönelik sorulan soruların cevapları ile ilgili bulgular Tablo 4.5'te; psikososyal etkilenme düzeylerini belirlemeye yönelik soruların cevapları ile ilgili bulgular Tablo 4.6'da detaylı olarak verilmiştir.

Tablo 4.4. COVID-19 pandemisine ilişkin değerlendirme formuna ait veriler

Özellik		<i>n</i>	%	<i>m</i>	<i>ss</i>	En küçük – En büyük
COVID-19 Tanısı alma veya şüphesi ile takip	Kanser (+)	113	100			
	Var	1	0.9			
	Yok	112	99.1			
	Kanser (-)	293	100			
	Var	11	3.8			
	Yok	282	96.2			
Tanı alan yakın/tanıdık	Kanser (+)	113	100			
	Var	6	5.3			
	Yok	107	94.7			
	Kanser (-)	293	100			
	Var	47	16.0			
	Yok	246	84.0			
Şüpheli yakın/tanıdık	Kanser (+)	113	100			
	Var	9	8.0			
	Yok	104	92.0			
	Kanser (-)	293	100			
	Var	52	17.7			
	Yok	241	82.3			
Sosyal medya kullanım süresi (n=406)	Belirgin olarak arttı	104	25.6			
	Kısmen arttı	142	35.0			
	Değişmedi	96	23.6			
	Kısmen azaldı	16	3.9			
	Belirgin ol. azaldı	9	2.2			
	Kullanmıyorum	39	9.6			
COVID-19 için psikiyatrik destek	Almış	6	1.4			
	Almamış	400	98.6			
Destek alma biçimi (n=6)	Yüz yüz	2	33.3			
	Çevrimiçi (online)	1	16.6			
	Telefonla	3	50			
Sosyal medyada geçen süre (dk)		399	98.3	67	86.5	0-480

n: frekans sayısı, %:yüzde, *m*: ortalama, *ss*: standart sapma.

Tablo 4.5. COVID-19 pandemisinde görülen psikofizyolojik değişiklikler

	Belirgin olarak arttı	Kısmen arttı	Değişmedi	Kısmen azaldı	Belirgin olarak azaldı
Uyku süresi	<i>n</i> =35 (%8.6)	<i>n</i> =82 (%20.2)	<i>n</i> =191 (%47)	<i>n</i> =76 (%18.7)	<i>n</i> =22 (%5.4)
Uyku Kalitesi	<i>n</i> =14 (%3.4)	<i>n</i> =30 (%7.4)	<i>n</i> =222 (%54.7)	<i>n</i> =107 (%26.4)	<i>n</i> =33 (%8.7)
İştah	<i>n</i> =36 (%8.9)	<i>n</i> =91 (%22.4)	<i>n</i> =229 (%56.4)	<i>n</i> =40 (%9.9)	<i>n</i> =10 (%2.5)
Dikkati sürdürülebilme	<i>n</i> = 6 (%1.5)	<i>n</i> = 29 (%13.3)	<i>n</i> = 238 (%40.9)	<i>n</i> = 108 (%39.2)	<i>n</i> = 25 (%5.2)

n: frekans sayısı, %:yüzde

Tablo 4.6. COVID-19 pandemisinden psikososyal etkilenme düzeyleri

	Çok Olumlu Etkiledi		Olumlu etkiledi		Ne olumlu ne de olumsuz etkiledi		Olumsuz etkiledi		Çok olumsuz etkiledi	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Toplumsal tepkiler	6	1.5	54	13.3	166	40.9	159	39.2	21	5.2
Basına yansıyan haberler	5	1.2	34	8.4	138	34	192	47.3	37	9.1
Arkadaşlarınızın sizinle olan ilişkilerindeki tutumları	33	8,1	79	19,5	227	55,9	59	14,5	8	2
Birlikte yaşadığınız kişilerin tutumları	44	10,8	87	21,4	194	47,8	73	18	8	2
Sivil toplum kuruluşlarının yaklaşımı	33	8,1	118	29,1	221	54,4	28	6,9	6	1,5
Devlet kurumlarının yaklaşımı	33	8.1	147	36.2	123	30.3	70	17.2	33	8.1
Sağlık çalışanlarının size karşı tutumları	110	27.1	132	32.5	142	35	15	3.6	7	1.7

n: frekans sayısı, %:yüzde

4.1.5. HADÖ ve TSBÖ kesme puanlarına göre katılımcıların psikopatoloji risk dağılımları

Kesme puanlarına göre değerlendirildiğinde tüm katılımcıların 185'inde anksiyete (%45,6), 63'ünde depresyon (%15,5) riski vardır. Kanser hastalarının 56'sında anksiyete (%49,6), 20'sinde depresyon (%17,7) ve 25'inde TSSB (%18,7); sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların ise 129'unda anksiyete (%44), 43'ünde depresyon (%14,7) puanları kesme noktasının üzerindedir.

4.2. Zihinselleştirme Ölçeğinin Faktör Yapısının Test Edilmesi

Çeviri ve geri çeviri yöntemiyle Türkçeye uyarlanan Zihinselleştirme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması Törenli, Alpay, Türkkal ve Özçürümez (2020) tarafından yapılmıştır; çalışma yayınlanma aşamasındadır. Uyarlama ve geçerlik-güvenirlik çalışmasından farklı bir örnekleme çalışması nedeniyle bu araştırmada ölçek için yeniden Doğrulayıcı Faktör Analizi yapılmıştır. Temel Bileşenler Analizi ile incelenen Scree grafiği ve öz değerler doğrultusunda ölçeğin 4 faktörlü olarak ele alınabileceği görülmüştür. Maddeler, orijinal ölçeğe uyumlu olması amacıyla, 3 faktöre zorlanarak faktör analiz tekrarlanmış ve ölçeğin, bu son hali ile toplam varyansın %47'sini açıkladığı görülmüştür (Tablo 4.7). Ölçekten 9. ve 27. maddeler madde-toplam puan korelasyon değerleri düşük olduğu için çıkartılmıştır. Aynı anda birden fazla faktöre yüklenen 1. ve 7. maddeler orijinal ölçekle uyumlu olarak ZÖ-M alt ölçeğinde kullanılmıştır. Ölçekte 1.

faktör “ZÖ-K”; toplam varyansın % 22.13’ünü açıklamakta ve 8 sorudan oluşmaktadır (Cronbach Alfa =.81). İkinci faktör “ZÖ-D”; toplam varyansın %14.06’sını açıklamakta ve 11 sorudan oluşmaktadır (Cronbach Alfa =.88). Üçüncü faktör “ZÖ-M” toplam varyansın %10.51’ini açıklamakta ve 7 sorudan oluşmaktadır (Cronbach Alfa =.80). [Bkz. (Tablo 4.7)] Tüm ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı .81 bulunmuştur.

Orijinal ölçekle uyumlu olarak ölçek ve alt ölçekler toplam puanda değerlendirilmiştir. ZÖ-K alt ölçeğine ilişkin maddeler ölçek toplam puanı arttıkça zihinselleştirme kapasitesinin artması için ters puanlanmıştır.

Tablo 4.7. Zihinselleştirme ölçeği’nin faktör yapısına ilişkin tablo

		1	2	3
Faktör Adı	Soru			
ZÖ-K (MentS-S)	20	.725		
	25	.721		
	3	.700		
	23	.679		
	13	.655		
	28	.655		
	5	.643		
	12	.607		
	10	.599		
	2	.591		
	6	.573		
ZÖ-D (MentS-O)	21		.805	
	11		.713	
	22		.709	
	8		.647	
	18		.638	
	26		.592	
	19		.554	
	14		.509	
ZÖ-M (MentS-M)	24			.577
	16			.555
	4			.547
	15			.544
	17			.469
	1			.377
	7			.331
Özdeğer		7.59	3.62	1.87
Açıklanan Varyans %		22.13	14.06	10.51
Toplam %		22.13	36.20	46.72
Alfa		.88	.81	.80

ZÖ-K: kendilik temelli zihinselleştirme, ZÖ-D: diğerleri temelli zihinselleştirme. ZÖ-M: zihinselleştirme motivasyonu

4.3. İki Düzeyli Kategorik Demografik Değişkenlerin Araştırma Değişkenlerine

Yönelik Farkları

4.3.1. Ölçek Puanlarının Hasta ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımları

Araştırma değişkenlerinin (psikolojik dayanıklılık [PD], belirsizliğe tahammülsüzlük [BT], zihinselleştirme kapasitesi [ZÖ], anksiyete ve depresyon düzeyleri [HADÖ], stresle başa çıkma tarzları [SBÇ], COVID-19 risk algısı) katılımcıların **kanser hastası olup olmamasına göre** farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla, normal dağılım gösteren değişkenlerde Bağımsız Gruplar *t*-testi; normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Mann-Whitney U testi yapılmış, test sonuçlarına ilişkin veriler Tablo 4.8’de verilmiştir.

Kanser hastası ve sağlıklı gönüllü grupları arasında kendilik algısı (KA), gelecek algısı (GA), sosyal yeterlilik (SY), KGY, ÇY, SDB, problem odaklı başa çıkma, BTÖ toplam puanı, ZÖ-D, ZÖ-M, ZÖ_toplam, HADÖ-Anksiyete alt ölçeği toplam puanı ve HADÖ-Depresyon alt ölçeği toplam puanı açısından anlamlı bir fark bulunmazken; yapısal stil (YS) ($t(404)= 2.495, p<.05$)), aile uyumu(AU) ($p<.001$), sosyal kaynaklar (SK) ($p<.001$), psikolojik dayanıklılık – toplam puan ($p<.001$), BEY($t(404)= 3.759, p<.001$)), İY ($t(404)= 3.724, p<.001$)), duygu odaklı yaklaşım ($t(404)= 3.003, p<.001$)), COVID-19 risk algısı($p<.05$) ve ZÖ-K ($t(404)= 3.165, p<.001$)) açısından farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.8. Ölçek puanlarının hasta ve kontrol grubuna göre dağılımı

	Kanser Hastası (n = 113)			Sağlıklı Kontrol (n =293)			p
	ortalama±ss	Ortanca (ÇAD)	En büyük-en küçük	ortalama±ss	Ortanca (ÇAD)	En büyük-en küçük	
YS	15.6 ± 3.2	15(4)	6-20	14.8 ± 3	16 (5)	7-20	<.05 ^b
KA	24.2 ± 4.9	24(5)	8-30	23.4 ± 4.1	25 (7)	7-30	.116 ^b
GA	15 ± 3.8	15(4)	4-20	15.1 ± 3.3	16 (7)	6-20	.886 ^b
SY	23.4 ± 4.7	23(6)	11-30	22.6 ± 4.2	24 (6)	10-30	.092 ^b
AU	24.4 ± 4.3	23(7)	8-22	22.3 ± 4.6	25 (6)	10-30	<0.001 ^a
SK	27.6 ± 3.4	26(5)	13-34	25.8 ± 3.7	28 (4)	11-35	<0.001 ^a
PD_T	130.5 ± 16.1	124 (22)	73-157	124.2 ± 15.7	131 (19)	66-161	<0.001 ^a
KGY	14.7 ± 4.1	15 (4)	0-21	14.7 ± 3.8	15 (6)	5-21	.745 ^a
ÇY	10.2 ± 5.1	9 (3)	0-24	9.3 ± 4.2	10 (7)	0-23	.064 ^b
BEY	6.8 ± 3.7	5 (4)	0-17	5.4 ± 2.9	6 (6)	0-16	<0.001 ^b
İY	10.1 ± 2.9	9 (4)	0-15	8.9 ± 2.8	10 (4)	3-15	<0.001 ^b
SDB	7.3 ± 2.5	7 (3)	0-12	7.3 ± 2	7 (3)	2-12	.987 ^b
PO	32.2 ± 7.6	31 (9)	6-47	31 ± 6.9	32 (11)	16-48	.144 ^a
DO	17.1 ± 8.1	15 (9)	0-35	14.8 ± 6.2	17 (11)	0-38	<.05 ^b
BTO_T	35.2 ± 11.4	34(14)	14-60	35.5 ± 10.6	35 (18)	12-60	.728 ^a
ZÖ-K	26.6 ± 6.4	29(8)	8-40	28.8 ± 5.9	27 (9)	10-40	<.05 ^b
ZÖ-D	45.0 ± 5.3	45(6)	16-55	44 ± 6.6	45 (8)	31-55	.465 ^a
ZÖ-M	24.8 ± 5.5	26 (7)	9-35	25.3 ± 4.9	26 (22)	10-35	.436 ^b
ZÖ_T	96.6 ± 14.2	98(25)	62-125	98.3 ± 12.7	97 (19)	54-124	.262 ^b
COVID	24.5 ± 8.4	23 (11)	11-50	26.3 ± 8.3	26 (13.5)	10-50	.05 ^a
HADÖ - A	7.6 ± 3.9	7 (6)	0-21	7.3 ± 3.9	7 (5)	0-18	.137 ^b
HADÖ - D	7 ± 4.2	6 (6)	0-21	6.3 ± 3.9	7 (4)	0-21	.364 ^b

* YS: yapısal stil, KA: kendilik algısı, GA: gelecek algısı, SY: sosyal yeterlilik, AU: aile uyumu, SK: sosyal kaynaklar, PD_T: psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı, KGY: kendine güvenli yaklaşım, ÇY: çaresiz yaklaşım, BEY: boyu eğici yaklaşım, İY: iyimser yaklaşım, SDB: sosyal desteğe başvurma, PO: problem odaklı başa çıkma, DO: duygu odaklı başa çıkma, BTO_T: belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği toplam puanı, ZÖ-K: kendilik temelli zihinselleştirme, ZÖ-D: diğerleri temelli zihinselleştirme, ZÖ-M: zihinselleştirme motivasyonu, ZÖ_T: zihinselleştirme ölçeği toplam puanı, COVID: COVID - 19 risk algısı anketi toplam puanı, HADÖ-A: HADÖ - anksiyete alt ölçeği toplam puanı, HADÖ-D: HADÖ - Depresyon alt ölçeği toplam puanı

**^a: Mann Whitney U testi, ^b: Student-t testi

*** ss: standart sapma, ÇAD: çeyrekler arası dağılım

4.3.2. Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımları

Araştırma değişkenlerinin (PD, BT, Zihinselleştirme, HADÖ, SBC, COVID-19 risk algısı) katılımcının *cinsiyetine* göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla normal dağılım gösteren değişkenlerde Bağımsız Gruplar *t*-testi; normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Mann-Whitney U testi yapılmış, test sonuçlarına ilişkin veriler Tablo 4.9’da verilmiştir.

Yapılan analizler sonucunda, erkekler ve kadınlar arasında yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı, sosyal yeterlilik, aile uyumu, PD_toplam, sosyal desteğe başvurma, problem odaklı başa çıkma, BTO_toplam, ZÖ, HADÖ-Depresyon alt ölçeği toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmazken; sosyal kaynaklar ($p<.001$), kendine güvenli yaklaşım ($p<.05$), çaresiz yaklaşım ($p<.001$), boyun eğici yaklaşım ($p<.05$), iyimser yaklaşım ($p<.05$), duygu odaklı başa çıkma ($p<.001$), ZÖ-D ($p<.05$), ZÖ-M ($p<.05$), ZÖ-Toplam puan ($p<.05$), COVID-19 Risk Algısı ($p<.001$), HADÖ-Anksiyete alt ölçeği ($p<.05$) puanları açısından farkların anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.9. Ölçek puanlarının cinsiyete göre dağılımları

	Erkek ($n = 155$)			Kadın ($n = 251$)			p
	ortalama $\pm$ ss	Ortanca (ÇAD)	En büyük-en küçük	ortalama $\pm$ ss	Ortanca (ÇAD)	En büyük-en küçük	
YS	15 $\pm$ 2,9	15 (3)	6-20	15 $\pm$ 3,3	15 (5)	7-20	.97 ^a
KA	24 $\pm$ 3,6	24 (4)	14-30	23,4 $\pm$ 4,7	24 (6)	7-30	.37 ^a
GA	15,2 $\pm$ 3,2	16 (3)	4-20	15 $\pm$ 3,7	15 (6)	5-20	.703 ^a
SY	22,4 $\pm$ 4,3	23 (7)	11-30	23 $\pm$ 4,4	23 (6)	10-30	.155 ^a
AU	22,4 $\pm$ 4,6	23 (7)	8-30	23,2 $\pm$ 4,7	24 (6)	9-30	.109 ^a
SK	25,3 $\pm$ 3,8	26 (6)	14-31	27 $\pm$ 3,5	27 (4)	11-35	<.001 ^a
PD_T	124,6 $\pm$ 15	125 (20)	89-157	126,8 $\pm$ 16,6	127 (24)	66-161	.12 ^a
KGy	15,3 $\pm$ 3,5	16 (5)	6-21	14,3 $\pm$ 4,1	14 (5)	0-21	<.05 ^a
ÇY	8,5 $\pm$ 4	8 (6)	0-18	10,3 $\pm$ 4,6	10 (6)	0-24	<.001 ^a
BEY	5,2 $\pm$ 3,1	5 (4)	0-17	6,2 $\pm$ 3,2	6 (4)	0-16	<.05 ^a
İY	9,6 $\pm$ 2,6	10 (4)	3-15	9 $\pm$ 3	9 (4)	0-15	<.05 ^a
SDB	7,2 $\pm$ 2,1	7 (3)	1-12	7,4 $\pm$ 2,2	8 (3)	0-12	.384 ^a
PO	32,2 $\pm$ 6,7	32 (8)	14-48	30,8 $\pm$ 7,3	31 (10)	6-48	.52 ^b
DO	13,8 $\pm$ 6,2	13 (10)	0-35	16,5 $\pm$ 7	16 (10)	0-38	<.001 ^a
BTO_T	35,8 $\pm$ 10,3	34 (14)	14-60	35,4 $\pm$ 11,1	34 (16)	12-60	.943 ^a
ZÖ-K	28,5 $\pm$ 5,7	29 (8)	8-40	28 $\pm$ 6,4	28 (9)	10-40	.453 ^a
ZÖ-D	43,2 $\pm$ 6,9	44 (6)	16-55	45 $\pm$ 5,8	45 (7)	20-55	<.05 ^a
ZÖ-M	24,2 $\pm$ 4,9	24 (6)	11-35	25,8 $\pm$ 5,1	26 (6)	9-35	<.05 ^a
ZÖ_T	96,1 $\pm$ 12,8	97 (17)	63-123	98,9 $\pm$ 13,2	100 (17)	54-125	<.05 ^a
COVID	28,2 $\pm$ 7,9	29 (13)	13-50	24,4 $\pm$ 8,3	23 (12)	10-50	<.001 ^a
HADÖ - A	6,7 $\pm$ 3,9	7 (6)	0-17	7,8 $\pm$ 3,9	7 (5)	0-21	<.05 ^a
HADÖ - D	6,2 $\pm$ 3,7	6 (6)	0-16	6,6 $\pm$ 4,2	6 (5)	0-21	.532 ^a

* YS: yapısal stil, KA: kendilik algısı, GA: gelecek algısı, SY: sosyal yeterlilik, AU: aile uyumu, SK: sosyal kaynaklar, PD_T: psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı, KGy: kendine güvenli yaklaşım, ÇY: çaresiz yaklaşım, BEY: boyun eğici yaklaşım, İY: iyimser yaklaşım, SDB: sosyal desteğe başvurma, PO: problem odaklı başa çıkma, DO: duygu odaklı başa çıkma, BTO_T: belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği toplam puanı, ZÖ-K: kendilik temelli zihinselleştirme, ZÖ-D: diğerleri temelli zihinselleştirme, ZÖ-M: zihinselleştirme motivasyonu, ZÖ_T: zihinselleştirme ölçeği toplam puanı, COVID: COVID - 19 risk algısı anketi toplam puanı, HADÖ-A: HADÖ - anksiyete alt ölçeği toplam puanı, HADÖ-D: HADÖ - Depresyon alt ölçeği toplam puanı

**^a: Mann Whitney U testi, ^b: Student-t testi

*** ss: standart sapma, ÇAD: çeyrekler arası dağılım

4.3.3. Cinsiyetlere Göre Hasta ve Kontrol Gruplarında Ölçek Puanlarının Dağılımı

Hasta ve kontrol gruplarındaki ölçek puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında, erkeklerde AU ($p<.05$), HADÖ-D ($p<.05$), BEY ($p<.05$) ve ZÖ-K ($p<.05$) puanları arasında; kadınlarda YS ($p<.05$), KA ($p<.05$), AU ($p<.001$), SK ($p<.001$), PD_T ($p<.05$), BEY ($p<.001$), İY ($p<.001$), DO ($p<.001$), PO ($p<.05$) ve ZÖ-K ($p<.05$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Test sonuçlarına ilişkin veriler Tablo 4.10'da verilmiştir.



Tablo 4.10. Cinsiyetlere göre hasta ve kontrol gruplarında ölçek puanlarının dağılımı

	Erkek (n = 155)					Kadın (n =251)				
	Hasta (n=24)		Kontrol (n=131)		p	Hasta (n=89)		Kontrol (n=162)		p
	ortalama±ss	Ortanca (ÇAD)	ortalama±ss	Ortanca (ÇAD)		ortalama±ss	Ortanca (ÇAD)	ortalama±ss	Ortanca (ÇAD)	
YS	15,5± 2,5	16 (3)	14,9 ± 2,9	15 (4)	,409	15,7 ± 3,4	16 (6)	14,6 ± 3,1	15 (5)	<.05
KA	24,5 ± 3,3	25 (4)	23,9 ± 3,7	24 (4)	,614	24,1 ± 5,3	25 (8)	23 ± 4,3	23,5 (6)	<.05
GA	15,1 ± 3,1	15,5 (1,5)	15,2 ± 3,2	16 (4)	,840	15 ± 4	16 (7)	15 ± 3,4	15 (4)	,772
SY	22,7 ± 4,5	23 (5)	22,4 ± 4,3	23 (7)	,659	23,6 ± 4,8	24 (6)	22,7 ± 4,2	23 (6)	,080
AU	24,5 ± 3,2	24,5 (3)	22 ± 4,8	23 (6)	<.05	24,4 ± 4,6	25 (6)	22,5 ± 4,6	23 (6)	<.05
SK	26,1 ± 3,3	25,5 (5,5)	25,2 ± 3,9	26 (5)	,377	28 ± 3,4	28 (4)	26,4 ± 3,4	27 (5)	<.001
PD_T	128,8 ± 13,1	128,5 (17,5)	123,8 ± 15,2	125 (19)	,150	131 ± 16,8	131 (22)	124,5 ± 16,1	124 (25)	<.05
KGY	15 ± 3,3	15 (3)	15,4 ± 3,6	16 (4)	,496	14,7 ± 4,4	15 (7)	14,1 ± 3,9	14 (5)	,230
SDB	7,1 ± 2,7	7 (3)	7,2 ± 1,9	7 (2)	,736	7,4 ± 2,4	7 (3)	7,4 ± 2,1	8 (3)	,902
İY	9,9 ± 2,3	10 (3)	9,5 ± 2,7	9 (4)	,504	10,2 ± 3	10 (5)	8,4 ± 2,9	8 (3)	<.001
ÇY	7,4 ± 4,1	7 (5)	8,7 ± 4	8 (5)	,235	11 ± 5,1	11 (7)	9,8 ± 4,3	9 (5)	,093
BEY	4 ± 2,5	4 (3)	5,5 ± 3,1	5 (4)	<.05	7,5 ± 3,6	7 (5)	5,4 ± 2,8	5 (4)	<.001
PO	32 ± 7,2	32 (7)	32,2 ± 6,6	32 (9)	,810	32,3 ± 7,7	33 (12)	30 ± 7	30 (8)	<.05
DO	11,5 ± 5,7	11 (8)	14,2 ± 6,2	14 (9)	,072	18,6 ± 8	19 (11)	15,3 ± 6,2	15 (9)	<.05
BTO_T	34,8 ± 11	32,5 (14,5)	35,5 ± 10,2	35 (14)	,534	35,3 ± 11,6	35 (17)	35,5 ± 10,9	34 (15)	,921
ZÖ-K	26,1 ± 4,9	26,5 (5)	29 ± 5,7	30 (7)	<.05	26,7 ± 6,8	27 (9)	28,7 ± 6,1	29 (8)	<.05
ZÖ-D	42,8 ± 4	43 (4,5)	43,3 ± 7,3	45 (5)	,116	45,6 ± 5,5	46 (8)	44,7 ± 5,9	45 (6)	,245
ZÖ-M	23,9 ± 5,3	24 (3,5)	24,3 ± 4,9	24 (7)	,899	25,1 ± 5,6	27 (6)	26,1 ± 4,7	26 (6)	,475
ZÖ_T	92,8 ± 11	92,5 (13,5)	96,6 ± 13	98 (17)	,082	97,6 ± 14,8	99 (32)	99,6 ± 12,3	100 (16)	,484
COVID - 19	28,9 ± 7,8	29 (8,5)	28,1 ± 7,9	29 (13)	,982	23,3 ± 8,2	23 (11)	24,9 ± 8,3	24 (13)	,091
HADÖ - A	6,3 ± 4,2	6,5 (6)	6,7 ± 3,9	7 (6)	,641	8 ± 3,8	8 (5)	7,7 ± 3,9	7 (5)	,370
HADÖ - D	7,6 ± 3,7	8,5 (6)	6 ± 3,7	6 (6)	<.05	6,8 ± 4,3	6 (5)	6,5 ± 4,1	6 (6)	,694

* YS: yapısal stil, KA: kendilik algısı, GA: gelecek algısı, SY: sosyal yeterlilik, AU: aile uyumu, SK: sosyal kaynaklar, PD_T: psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı, KGY: kendine güvenli yaklaşım, ÇY: çaresiz yaklaşım, BEY: boyu eğici yaklaşım, İY: iyimser yaklaşım, SDB: sosyal desteğe başvurma, PO: problem odaklı başa çıkma, DO: duygu odaklı başa çıkma, BTO_T: belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği toplam puanı, ZÖ-K: kendilik temelli zihinselleştirme, ZÖ-D: diğerleri temelli zihinselleştirme, ZÖ-M: zihinselleştirme motivasyonu, ZÖ_T: zihinselleştirme ölçeği toplam puanı, COVID: COVID - 19 risk algısı anketi toplam puanı, HADÖ-A: HADÖ - anksiyete alt ölçeği toplam puanı, HADÖ-D: HADÖ - Depresyon alt ölçeği toplam puanı

** ss: standart sapma, ÇAD: çeyrekler arası dağılım

4.3.4. Hastalarda Kanserin Evrelerine Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı

Kanser hastaları kendi içlerinde uzak organ metastazı olanlar (Evre 4) ve olmayanlar (Evre <4) olarak ayrıldıktan sonra ölçek ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında HADÖ-A ($p<.05$) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Mann-Whitney U testi sonuçlarına ilişkin veriler detaylı olarak Tablo 4.11’de verilmiştir.

Tablo 4.11. Evrelere göre ölçek puanlarının dağılımı

	Uzak organ metastazı yok (Evre <4) (n=75)			Uzak organ metastazı var (Evre 4) (n =38)			p
	ortalama±ss	Ortanca (ÇAD)	En büyük- en küçük	ortalama±ss	Ortanca (ÇAD)	En büyük- en küçük	
YS	15,7 ± 3,5	16 (6)	7-20	15,6 ± 2,7	16 (3)	10-20	.681
KA	24,1 ± 5,5	25,5 (8)	7-30	24,3 ± 3,7	25 (5)	16-30	.664
GA	15,4 ± 3,9	16 (6)	7-20	14,3 ± 3,6	15 (5)	6-20	.138
SY	23,7 ± 4,9	24,5 (6)	10-30	22,8 ± 4,4	23 (5)	13-30	.218
AU	24,6 ± 5	26 (7)	10-30	24,1 ± 2,8	24 (4)	18-30	.107
SK	27,5 ± 3,7	28 (5)	11-32	27,8 ± 2,8	28 (3)	22-35	.688
PD_T	131,2 ± 18,2	131,5 (25)	66-161	129,3 ± 11,1	130 (15)	107-155	.343
KGY	14,6 ± 4,4	15 (7)	5-21	15 ± 3,6	15 (5)	7-21	.781
SDB	7,4 ± 2,6	8 (3)	2-12	7 ± 2,3	7 (2)	3-12	.343
İY	9,9 ± 3	10 (5)	3-15	10,4 ± 2,6	11 (3)	6-15	.433
ÇY	10,8 ± 5,2	11 (8)	0-23	9,1 ± 4,8	9 (6)	1-20	.117
BEY	7 ± 4,1	7 (7)	0-16	6,4 ± 2,8	6 (4)	2-12	.663
PO	32 ± 8	32 (13)	16-48	32,5 ± 6,8	33 (7)	17-48	.717
DO	17,9 ± 8,6	17,5 (13)	0-38	15,6 ± 6,9	15 (9)	3-30	.202
BTO_T	34,9 ± 12	34,5 (20)	12-60	35,7 ± 10,5	37 (15)	18-58	.653
ZÖ-K	26,3 ± 6,7	27 (7)	10-40	27,2 ± 6	27 (8)	13-38	.502
ZÖ-D	45,1 ± 5,5	45 (9)	33-55	44,8 ± 5	45 (7)	31-55	.748
ZÖ-M	24,3 ± 5,6	25 (7)	12-35	25,9 ± 5,3	27 (6)	10-35	.1
ZÖ_T	95,8 ± 14,4	96 (21)	61-1214	98 ± 13,9	99 (15)	54-1214	.409
HADÖ - A	8,4 ± 4	8 (6)	0-18	6,3 ± 3,4	7 (5)	0-16	.01
HADÖ - D	7,3 ± 4,6	7 (6)	0-21	6,3 ± 3,4	6 (4)	1-14	.344
TSBÖ_T	107,3 ± 42,6	103 (64)	37-202	100,1 ± 26,7	106 (36)	51-152	.558
COVID	23,9 ± 8,4	23 (11)	10-50	25,7 ± 8,4	24 (10)	12-46	.314

* YS: yapısal stil, KA: kendilik algısı, GA: gelecek algısı, SY: sosyal yeterlilik, AU: aile uyumu, SK: sosyal kaynaklar, PD_T: psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı, KGY: kendine güvenli yaklaşım, ÇY: çaresiz yaklaşım, BEY: boyu eğici yaklaşım, İY: iyimser yaklaşım, SDB: sosyal desteğe başvurma, PO: problem odaklı başa çıkma, DO: duygu odaklı başa çıkma, BTO_T: belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği toplam puanı, ZÖ-K: kendilik temelli zihinselleştirme, ZÖ-D: diğerleri temelli zihinselleştirme, ZÖ-M: zihinselleştirme motivasyonu, ZÖ_T: zihinselleştirme ölçeği toplam puanı, COVID: COVID - 19 risk algısı anketi toplam puanı, HADÖ-A: HADÖ - anksiyete alt ölçeği toplam puanı, HADÖ-D: HADÖ - Depresyon alt ölçeği toplam puanı, TSBÖ_T: travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanı

** ss: standart sapma, ÇAD: çeyrekler arası dağılım

4.3.5. ZÖ-K Puanlarına Göre İki Gruba Ayrılan Kansere Hastalarında Ölçek Puanlarının Dağılımı

Kansere hastalarında ZÖ-K alt ölçek puanı ortalaması 26.6 ± 6.4 idi. Hastalar ZÖ-K puanlarına göre 26 puan ve altında olanlar ile 26 puan üzerinde olanlar olarak iki gruba ayrıldı.

Gruplar arasında ölçek ve alt ölçek puanları Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Karşılaştırma sonuçlarına ilişkin veriler Tablo 4.12’de detaylı olarak verilmiştir. BEY ($p<.05$), ÇY ($p<.001$), DO ($p<.001$), HADÖ-A ($p<.001$), HADÖ-D ($p<.001$), TSBÖ_T ($p<.001$), YS ($p<.05$), KA ($p<.05$), SY ($p<.05$), KGY ($p<.05$), İY ($p<.05$) ve PO ($p<.001$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Kesme puanı 27 olarak alındığında ise YS, AU, SK ve COVID-19 risk algısı dışındaki tüm ölçek ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Ayrıca TSBÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılmasında tüm alt ölçek puanları arasında [KİB (kendisi ile ilgili olumsuz bilişler) ($p<.001$), DİB (dünya ile ilgili olumsuz bilişler) ($p<.05$) ve KS (kendini suçlama) ($p<.001$)] istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. ZÖ-K puanı 26 ve altında olan hastalarda ($n=55$) KİB, DİB ve KS alt ölçek puanları daha yüksektir.

ZÖ-K puanlarına göre gruplandırılmış kansere hastalarında metastaz varlığı ve diğer araştırma değişkenlerinin etkisi incelendiğinde ZÖ-K puanı 26 üzerinde olan katılımcılarda hastalık evresi ile ölçek ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmazken; ZÖ-K puanı 26 ve altında olan hastalarda ÇY ($p<.05$), DO ($p<.05$), HADÖ-A ($p<.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Metastazı olmayanlarda ($n=36$) ÇY, DO ve HADÖ-A puanları metastazı olan ($n=19$) hastalardan daha yüksektir.

Tablo 4.12. ZÖ-K puanına göre gruplandırılmış hastada ölçek puanlarının dağılımı

	ZÖ-K puanı 26 ve altı (n=55)			ZÖ-K puanı 26 üstü (n=58)			p
	ortalama±ss	Ortanca (ÇAD)	En büyük-en küçük	ortalama±ss	Ortanca (ÇAD)	En büyük-en küçük	
YS	15,4 ± 3,6	16 (7)	7-20	15,9 ± 2,8	16 (4)	8-20	<.05
KA	22,3 ± 5,7	23 (7)	7-30	26 ± 3,4	26 (6)	18-30	<.05
GA	14,1 ± 4,3	14 (6)	6-20	15,9 ± 3,1	16 (5)	7-20	.53
SY	22,5 ± 5,1	22 (7)	12-30	24,2 ± 4,3	24,5 (5)	10-30	<.05
AU	24,4 ± 4,8	26 (6)	11-30	24,5 ± 3,9	24 (4)	10-30	.646
SK	27,7 ± 4	28 (5)	11-35	27,5 ± 2,8	28 (4)	18-31	.349
PD_T	126,7 ± 19	125 (22)	66-161	134,1 ± 11,8	135 (17)	108-157	.1
KGY	13,2 ± 4,5	13 (8)	5-21	16,1 ± 3,3	16 (5)	6-21	<.05
SDB	6,9 ± 2,4	7 (4)	2-12	7,7 ± 2,5	8 (3)	2-12	.086
İY	9,2 ± 2,9	9 (4)	3-15	11 ± 2,6	11 (4)	5-15	<.05
ÇY	12,1 ± 5,2	12 (8)	1-23	8,5 ± 4,4	9 (6)	0-19	<.001
BEY	8 ± 3,6	8 (6)	1-16	5,6 ± 3,3	5 (5)	0-13	<.05
PO	29,5 ± 7,7	30 (13)	16-45	34,8 ± 6,6	33,5 (10)	20-48	<.001
DO	20,2 ± 8,2	20 (13)	6-38	14,1 ± 6,7	14 (11)	0-30	<.001
BTO_T	37,5 ± 12,2	37 (23)	17-60	33 ± 10,3	33 (14)	12-54	.076
ZÖ-D	42,6 ± 5,3	43 (7)	31-54	47,4 ± 4,2	47 (7)	38-55	<.001
ZÖ-M	23,2 ± 6,1	25 (10)	10-35	26,4 ± 4,5	27 (6)	12-35	<.05
ZÖ_T	87,2 ± 12	88 (16)	54-112	105,4 ± 9,7	105,5 (14)	83-124	<.001
HADÖ - A	9,1 ± 3,9	9 (4)	0-18	6,2 ± 3,4	6 (5)	0-15	<.001
HADÖ - D	8,7 ± 4,1	8 (6)	1-21	5,4 ± 3,6	5 (6)	0-16	<.001
TSBÖ_T	119,6 ± 39,4	111 (48)	37-202	90,9 ± 30,7	90 (55)	37-152	<.001
COVID	23,6 ± 9	23 (12)	10-50	25,4 ± 7,8	25 (10)	12-47	.152

* YS: yapısal stil, KA: kendilik algısı, GA: gelecek algısı, SY: sosyal yeterlilik, AU: aile uyumu, SK: sosyal kaynaklar, PD_T: psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı, KGY: kendine güvenli yaklaşım, ÇY: çaresiz yaklaşım, BEY: boyu eğici yaklaşım, İY: iyimser yaklaşım, SDB: sosyal desteğe başvurma, PO: problem odaklı başa çıkma, DO: duygu odaklı başa çıkma, BTO_T: belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği toplam puanı, ZÖ-D: diğerleri temelli zihinselleştirme, ZÖ-M: zihinselleştirme motivasyonu, ZÖ_T: zihinselleştirme ölçeği toplam puanı, COVID: COVID - 19 risk algısı anketi toplam puanı, HADÖ-A: HADÖ - anksiyete alt ölçeği toplam puanı, HADÖ-D: HADÖ - Depresyon alt ölçeği toplam puanı, TSBÖ_T: travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanı

** ss: standart sapma, ÇAD: çeyrekler arası dağılım

4.3.6. Kanser Hastalarında Psikopatoloji Varlığına Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı

Anksiyete Kesme Puanlarına Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı

Hastalar anksiyete kesme puanlarına göre gruplandırıldıktan sonra normallik analizleri tekrarlanmıştır. Grupların normal dağılım gösterdiği görüldükten sonra ölçek ve alt ölçek puanlarına ilişkin karşılaştırmalar tekrarlanmıştır.

KA (p<.001), GA (p<.05), SY (p<.05), PD_T (p<.001), KGY (p<.05), ÇY (p<.001), İY (p<.001), BEY (p<.05), PO (p<.05), DO (p<.001), BTÖ_T (p<.001), ZÖ-K

($p<.001$), ZÖ_T ($p<.001$), HADÖ-D ($p<.001$) ve TSBÖ_T ($p<.001$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Karşılaştırma sonuçlarına ilişkin veriler Tablo 4.13'te detaylı olarak verilmiştir.

Tablo 4.13. Hastalarda Anksiyete Kesme Puanlarına Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı

	Anksiyete yok ($n = 57$)			Anksiyete var ($n = 56$)			p
	ortalama $\pm$ ss	Ortanca (ÇAD)	En büyük-en küçük	ortalama $\pm$ ss	Ortanca (ÇAD)	En büyük-en küçük	
YS	16 $\pm$ 2,8	16 (4)	8-20	15,3 $\pm$ 3,6	15,5 (7)	7-20	,299
KA	26,1 $\pm$ 3,5	26 (5)	18-30	22,3 $\pm$ 5,5	22 (6)	7-30	<.001
GA	16,2 $\pm$ 3,3	16 (4)	6-20	13,8 $\pm$ 4	13,5 (4,5)	7-20	<.05
SY	24,6 $\pm$ 4,1	25 (5)	13-30	22,2 $\pm$ 5,1	23 (8)	10-30	<.05
AU	24,9 $\pm$ 4,2	25 (5)	10-30	24 $\pm$ 4,5	24,5 (4,5)	11-30	,253
SK	28,1 $\pm$ 2,8	28 (3)	18-34	27,2 $\pm$ 3,9	28 (5)	11-35	,151
PD_T	136 $\pm$ 12,5	136 (15)	107-157	124,9 $\pm$ 17,5	123 (18,5)	66-161	<.001
KG Y	15,9 $\pm$ 3,6	16 (5)	6-21	13,5 $\pm$ 4,3	13 (6,5)	5-21	<.05
SDB	7,6 $\pm$ 2,4	8 (3)	2-12	7 $\pm$ 2,5	7 (4)	2-12	,229
İY	11 $\pm$ 2,6	11 (4)	5-10	9,2 $\pm$ 2,8	9 (4)	3-15	<.001
ÇY	8 $\pm$ 4,7	7 (6)	0-20	12,5 $\pm$ 4,5	12 (6)	5-23	<.001
BEY	6 $\pm$ 3,4	5 (5)	0-15	7,6 $\pm$ 3,8	7,5 (6,5)	0-16	<.05
PO	34,6 $\pm$ 6,6	34 (8)	17-48	29,7 $\pm$ 7,8	29 (12)	16-48	<.05
DO	14,1 $\pm$ 7,5	12 (9)	0-34	20,1 $\pm$ 7,5	20,5 (10,5)	6-38	<.001
BTO_T	31,4 $\pm$ 10,3	30 (14)	12-57	39 $\pm$ 11,4	39 (17,5)	17-60	<.001
ZÖ-K	29,4 $\pm$ 6,3	29 (9)	13-40	23,8 $\pm$ 5,3	24 (7)	10-36	<.001
ZÖ-D	45,4 $\pm$ 5,2	45 (6)	31-55	44,7 $\pm$ 5,4	45 (9,5)	34-54	,474
ZÖ-M	25,5 $\pm$ 5,1	27 (6)	10-35	24,2 $\pm$ 6	25 (9,5)	12-35	,240
ZÖ_T	100, $\pm$ 14,1	100 (21)	54-124	92,8 $\pm$ 13,3	95 (19)	61-119	<.05
TSBÖ_T	88,7 $\pm$ 30	89 (49)	37-156	121,3 $\pm$ 38,2	117,00	41-202	<.001
COVID - 19	25,9 $\pm$ 8,6	25 (10)	11-47	23,1 $\pm$ 8	23 (11,5)	10-50	,075
HADÖ - D	4,6 $\pm$ 2,8	5 (5)	0-13	9,5 $\pm$ 4	9,5 (4)	2-21	<.001

* YS: yapısal stil, KA: kendilik algısı, GA: gelecek algısı, SY: sosyal yeterlilik, AU: aile uyumu, SY: sosyal kaynaklar, PD_T: psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı, KG Y: kendine güvenli yaklaşım, ÇY: çaresiz yaklaşım, BEY: boyu eğici yaklaşım, İY: iyimser yaklaşım, SDB: sosyal desteğe başvurma, PO: problem odaklı başa çıkma, DO: duygu odaklı başa çıkma, BTO_T: belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği toplam puanı, ZÖ-D: diğerleri temelli zihinselleştirme, ZÖ-M: zihinselleştirme motivasyonu, ZÖ_T: zihinselleştirme ölçeği toplam puanı, COVID-19: COVID - 19 risk algısı anketi toplam puanı, HADÖ-D: HADÖ - Depresyon alt ölçeği toplam puanı, TSBÖ_T: travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanı

** ss: standart sapma, ÇAD: çeyrekler arası dağılım

Depresyon Kesme Puanlarına Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı

Hastalar depresyon kesme puanlarına göre gruplandırıldıktan sonra normallik analizleri tekrarlanmıştır. Grupların normal dağılım gösterdiği görüldükten sonra ölçek ve alt ölçek puanlarına ilişkin karşılaştırmalar tekrarlanmıştır.

KA ($p<.05$), GA ($p<.05$), SY ($p<.05$), AU ($p<.05$), SK ($p<.05$), PD_T ($p<.05$), KGY ($p<.05$), ÇY ($p<.05$), İY ($p<.05$), PO ($p<.05$), DO ($p<.05$), ZÖ-K ($p<.05$), ZÖ_T ($p<.05$), HADÖ-A ($p<.001$) ve TSBÖ_T ($p<.001$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Karşılaştırma sonuçlarına ilişkin veriler Tablo 4.14'te detaylı olarak verilmiştir.

Tablo 4.14. Hastalarda Depresyon Kesme Puanlarına Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı

	Depresyon yok ($n = 93$)			Depresyon var ($n = 20$)			p
	ortalama $\pm$ ss	Ortanca (ÇAD)	En büyük-en küçük	ortalama $\pm$ ss	Ortanca (ÇAD)	En büyük-en küçük	
YS	15,8 $\pm$ 3,1	16 (4)	8-20	14,9 $\pm$ 3,9	15,5 (6)	7-20	,314
KA	24,7 $\pm$ 4,4	25 (7)	11-30	21,7 $\pm$ 6,4	22 (8)	7-30	,055
GA	15,4 $\pm$ 3,8	16 (6)	6-20	13,2 $\pm$ 3,4	14,5 (5)	7-20	<.05
SY	24 $\pm$ 4,3	24 (5)	13-30	20,8 $\pm$ 6	22 (9)	10-30	<.05
AU	24,9 $\pm$ 4,1	25 (5)	10-30	22,3 $\pm$ 4,9	23 (6,5)	11-30	<.05
SK	28,1 $\pm$ 3	28 (3)	18-35	25,4 $\pm$ 4,5	26 (4)	11-31	<.05
PD_T	133,2 $\pm$ 13,7	132 (21)	104-159	118,4 $\pm$ 20,6	121 (15)	66-161	<.05
KGY	15,2 $\pm$ 4	15 (6)	5-21	12,4 $\pm$ 4,2	12,5 (6,5)	6-20	<.05
SDB	7,5 $\pm$ 2,5	8 (3)	2-12	6,3 $\pm$ 2,4	6 (3)	3-12	<.05
İY	10,5 $\pm$ 2,8	10 (4)	3-15	8,1 $\pm$ 2,6	7,5 (2,5)	4-15	<.05
ÇY	9,5 $\pm$ 4,7	10 (6)	0-20	13,9 $\pm$ 5,4	14 (8)	5-23	<.05
BEY	6,6 $\pm$ 3,5	6 (5)	0-16	7,6 $\pm$ 4,2	8,5 (8)	2-15	,363
PO	33,4 $\pm$ 7,2	33 (10)	17-48	26,9 $\pm$ 7,1	26 (10,5)	16-41	<.05
DO	16,1 $\pm$ 7,5	16 (10)	0-35	21,5 $\pm$ 9,3	23,5 (18)	9-38	<.05
BTO_T	34,2 $\pm$ 11,1	34 (15)	12-58	39,9 $\pm$ 12,3	43 (19)	17-60	,067
ZÖ-K	27,3 $\pm$ 6,5	27 (9)	13-40	23,4 $\pm$ 5,2	25 (7,5)	10-32	<.05
ZÖ-D	45,5 $\pm$ 5,2	45 (8)	31-55	42,8 $\pm$ 5,6	42 (10,5)	35-53	,059
ZÖ-M	25,2 $\pm$ 5,3	27 (6)	10-35	23,1 $\pm$ 6,5	24 (12)	13-35	,178
ZÖ_T	98,1 $\pm$ 13,6	99 (21)	54-124	89,4 $\pm$ 15	92,5 (25,5)	61-112	<.05
TSBÖ_T	96,5 $\pm$ 33	97 (44)	37-185	143,7 $\pm$ 35,6	140 (45)	79-202	<.001
COVID - 19	25,5 $\pm$ 8,6	25 (10)	11-50	20 $\pm$ 5,9	20 (8,5)	10-30	<.05
HADÖ - A	6,8 $\pm$ 3,5	7 (5)	0-16	11,7 $\pm$ 3,2	10,5 (6,5)	6-18	<.001

* YS: yapısal stil, KA: kendilik algısı, GA: gelecek algısı, SY: sosyal yeterlilik, AU: aile uyumu, SY: sosyal kaynaklar, PD_T: psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı, KGY: kendine güvenli yaklaşım, ÇY: çaresiz yaklaşım, BEY: boyu eğici yaklaşım, İY: iyimser yaklaşım, SDB: sosyal desteğe başvurma, PO: problem odaklı başa çıkma, DO: duygu odaklı başa çıkma, BTO_T: belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği toplam puanı, ZÖ-D: diğerleri temelli zihinselleştirme, ZÖ-M: zihinselleştirme motivasyonu, ZÖ_T: zihinselleştirme ölçeği toplam puanı, COVID-19: COVID - 19 risk algısı anketi toplam puanı, HADÖ-A: HADÖ - anksiyete alt ölçeği toplam puanı, TSBÖ_T: travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanı

** ss: standart sapma, ÇAD: çeyrekler arası dağılım

TSSB Kesme Puanlarına Göre Gruplandırılmış Hastalarda Ölçek Puanlarının Dağılımı

Hastalar TSSB kesme puanlarına göre gruplandırıldıktan sonra normallik analizleri tekrarlanmıştır. Grupların normal dağılım gösterdiği görüldükten sonra ölçek ve alt ölçek puanlarına ilişkin karşılaştırmalar tekrarlanmıştır.

KA ($p<.001$), GA ($p<.05$), SY ($p<.05$), PD_T ($p<.001$), KGY ($p<.05$), ÇY ($p<.001$), İY ($p<.001$), BEY ($p<.05$), PO ($p<.05$), DO ($p<.001$), BTÖ_T ($p<.001$), ZÖ-K ($p<.001$), ZÖ_T ($p<.001$), HADÖ-D ($p<.001$) ve TSBÖ_T ($p<.001$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Karşılaştırma sonuçlarına ilişkin veriler Tablo 4.15'te detaylı olarak verilmiştir.

Tablo 4.15. Hastalarda TSSB Kesme Puanlarına Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı

	TSSB yok ($n = 88$)			TSSB var ($n = 25$)			p
	ortalama $\pm$ ss	Ortanca (ÇAD)	En büyük-en küçük	ortalama $\pm$ ss	Ortanca (ÇAD)	En büyük-en küçük	
YS	15,8 $\pm$ 3,1	16 (4)	7-20	15,1 $\pm$ 3,6	16 (7)	9-20	,363
KA	25,6 $\pm$ 3,5	26 (6)	17-30	19,2 $\pm$ 6,2	19 (7)	7-30	<.001
GA	15,6 $\pm$ 3,6	16 (6)	6-20	13 $\pm$ 4,1	13 (7)	7-20	<.05
SY	24,1 $\pm$ 4,2	24 (5)	13-30	21 $\pm$ 5,9	22 (10)	10-30	<.05
AU	24,7 $\pm$ 4,3	25 (5)	10-30	23,5 $\pm$ 4,4	24 (5)	11-30	,226
SK	27,8 $\pm$ 3	28 (4)	18-34	27 $\pm$ 4,6	28 (4)	11-35	,419
PD_T	133,8 $\pm$ 13,7	132,5 (21)	107-159	119 $\pm$ 18,8	122 (16)	66-161	, <.05
KGY	15,4 $\pm$ 3,5	15,5 (5)	7-21	12,2 $\pm$ 5,2	11 (9)	5-21	<.001
SDB	7,4 $\pm$ 2,5	7 (3)	2-12	7,1 $\pm$ 2,5	7 (3)	3-12	,624
İY	10,7 $\pm$ 2,6	10,5 (4)	6-15	8 $\pm$ 3	8 (3)	3-15	<.001
ÇY	8,6 $\pm$ 4	9 (5,5)	0-20	16,1 $\pm$ 4,1	18 (6)	7-23	<.001
BEY	6,2 $\pm$ 3,3	6 (4)	0-15	8,9 $\pm$ 4	10 (6)	2-16	<.05
PO	33,6 $\pm$ 6,8	33 (8,5)	17-48	27,4 $\pm$ 8,4	26 (11)	16-44	<.05
DO	14,8 $\pm$ 6,6	15 (10,5)	0-34	25 $\pm$ 7,7	27 (10)	11-38	<.001
BTO_T	33,4 $\pm$ 10,8	31,5 (15)	12-57	41,7 $\pm$ 11,5	41 (19)	17-60	<.05
ZÖ-K	27,6 $\pm$ 6,3	27,5 (8)	13-40	23 $\pm$ 5,6	24 (7)	10-35	<.05
ZÖ-D	45,4 $\pm$ 5,2	45 (8)	31-55	43,8 $\pm$ 5,7	43 (10)	34-54	,212
ZÖ-M	25,1 $\pm$ 5,3	27 (6)	10-35	24 $\pm$ 6,3	24 (11)	14-35	,435
ZÖ_T	98,2 $\pm$ 13,8	99 (19,5)	54-124	90,9 $\pm$ 14,5	94 (22)	61-112	<.05
COVID - 19	25,4 $\pm$ 8,5	25 (9,5)	11-50	21,5 $\pm$ 7,3	21 (10)	10-36	<.05
HADÖ - A	6,6 $\pm$ 3,2	7 (5)	0-13	11,4 $\pm$ 4	12 (7)	2-18	<.001
HADÖ-D	5,9 $\pm$ 3,3	6 (5)	0-16	10,8 $\pm$ 4,8	11 (6)	1-21	<.001

* YS: yapısal stil, KA: kendilik algısı, GA: gelecek algısı, SY: sosyal yeterlilik, AU: aile uyumu, SY: sosyal kaynaklar, PD_T: psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı, KGY: kendine güvenli yaklaşım, ÇY: çaresiz yaklaşım, BEY: boyu eğici yaklaşım, İY: iyimser yaklaşım, SDB: sosyal desteğe başvurma, PO: problem odaklı başa çıkma, DO: duygu odaklı başa çıkma, BTO_T: belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği toplam puanı, ZÖ-D: diğerleri temelli zihinselleştirme, ZÖ-M: zihinselleştirme motivasyonu, ZÖ_T: zihinselleştirme ölçeği toplam puanı, COVID-19: COVID - 19 risk algısı anketi toplam puanı, HADÖ-A: HADÖ - anksiyete alt ölçeği toplam puanı, HADÖ-D: HADÖ - Depresyon alt ölçeği toplam puanı

** ss: standart sapma, ÇAD: çeyrekler arası dağılım

4.3.7. Kanser Hastalarında Diğer Değişkenlerle İlgili Karşılaştırma Sonuçları

Hastalar yaşadıkları yan etki (YE) sayısına göre ortalama YE sayısı kesme noktası kabul edilecek şekilde gruplandırıldığında, YE sayısı ile depresyon ve TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken; anksiyete ile arasında ($p<.05$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ve YE sayısı yüksek olan grupta anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hastalar ek hastalıkları olup olmamasına göre gruplandırıldıktan sonra Mann-Whitney U testi ile yapılan karşılaştırmalarda HADÖ-A ($p = .772$), HADÖ-D ($p=.695$) ve TSBÖ_T ($p=.259$) ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Hastalar ailelerinde kanser öyküsü olanlar ($n=76$) ve olmayanlar ($n=37$) olarak gruplandırıldıktan sonra Mann-Whitney U testi ile yapılan karşılaştırmalarda, HADÖ-A ($p = .791$), HADÖ-D ($p=.418$) ve TSBÖ_T ($p=.929$) ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

4.4. Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Bulguları

Bu bölümde sürekli demografik değişkenlerin ve araştırma değişkenlerinin [belirsizliğe tahammülsüzlük (BTÖ-toplam puan), psikolojik dayanıklılık (YS, GA, AU, KA, SY, SK), stresle başa çıkma tarzları (KGY, İY, SDB, ÇY, BEY, PO ve DO), zihinselleştirme kapasitesi (MentS, MentO, MentM), COVID-19 risk algısı ve anksiyete-depresyon düzeyleri (HADÖ-anksiyete, HADÖ-depresyon)] korelasyon sonuçları verilmektedir (Bkz.Tablo 4.16 – 4.20).

Korelasyon katsayılarının gücü, Cohen'in (1988) psikoloji alanı için önerdiği değerler baz alınarak değerlendirilmiştir. Buna göre korelasyon katsayıları .10-.29 arasında ise düşük/zayıf, .30-.49 arasında ise orta derecede ve .50-1.00 arasında ise yüksek/kuvvetli bir ilişkiden söz edilmektedir [426].

4.4.1. Tüm Gruba Ait Değişkenlerle Yapılan Korelasyon Sonuçları

Tüm örneklem araştırma değişkenleri açısından incelendiğinde KA ile KGY ($r =.522$, $p<.01$) arasında, KA ile PO ($r =.505$, $p<.01$) arasında, ÇY ile HADÖ-A ($r =.513$, $p<.01$) arasında pozitif yönde kuvvetli ilişki bulunmaktadır. COVID ile HADÖ-A ($r =.352$, $p<.01$) arasında, ZÖ_T ile HADÖ-D ($r = .314$, $p<.01$) arasında, ZÖ-K ile HADÖ-D ($r = .366$, $p<.01$) arasında, ZÖ-K ile HADÖ-A ($r = .385$, $p<.01$) arasında, PD_T ile HADÖ-D ($r = .467$, $p<.01$) arasında, PD_T ile HADÖ-A ($r = .394$, $p<.01$) arasında negatif yönde; DO ile HADÖ-A ($r = .441$, $p<.01$), DO ile HADÖ-D ($r = .373$, $p<.01$), ZÖ_T ile PO ($r =.443$,

p<.01) arasında, ZÖ-D ile KGY arasında ($r = .449$, $p<.01$) arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki bulunmaktadır.

Korelasyon sonuçlarına ilişkin detaylı bilgi Tablo 4.16'da verilmiştir.



Tablo 4.16. Tüm örnekleme ait korelasyon sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1. YS																					
2. KA	,420**																				
3. GA	,459**	,563**																			
4. SY	,199**	,437**	,402**																		
5. AU	,217**	,268**	,297**	,261**																	
6.SK	,238**	,307**	,319**	,488**	,469**																
7. PD_T	,570**	,717**	,727**	,695**	,628**	,680**															
8. KGY	,239**	,522**	,406**	,240**	,171**	,189**	,414**														
9. SDB	,057	,061	,098*	,195**	,110*	,388**	,234**	,239**													
10. İY	,235**	,471**	,304**	,235**	,203**	,181**	,390**	,661**	,173**												
11. ÇY	-,192**	-,418**	-,364**	-,126*	-,085	-,061	-,316**	-,307**	-,105*	-,279**											
12. BEY	-,138**	-,190**	-,159**	-,033	-,049	-,016	-,152**	-,106*	-,134**	,067	,535**										
13. PO	,251**	,505**	,386**	,287**	,215**	,297**	,467**	,892**	,495**	,832**	-,327**	-,085									
14. DO	-,202**	-,362**	-,313**	-,090	-,076	-,039	-,276**	-,257**	-,130**	-,165**	,917**	,815**	-,262**								
15. BTO_T	,058	-,283**	-,226**	-,143**	-,043	-,131**	-,186**	-,178**	-,121**	-,277**	,303**	,094	-,251**	,235**							
16. ZÖ-K	,171**	,375**	,250**	,189**	-,009	,087	,272**	,355**	,165**	,285**	-,398**	-,212**	,368**	-,362**	-,256**						
17. ZÖ-D	,206**	,337**	,264**	,271**	,057	,204**	,325**	,449**	,157**	,312**	-,067	-,050	,411**	-,062	,000	,314**					
18. ZÖ-M	,175**	,166**	,172**	,184**	-,004	,167**	,211**	,301**	,152**	,151**	,045	-,057	,269**	,009	,146**	,170**	,634**				
19. ZÖ_T	,264**	,384**	,286**	,280**	,036	,204**	,363**	,461**	,209**	,311**	-,206**	-,170**	,443**	-,211**	-,058	,674**	,825**	,734**			
20. HADÖ-A	-,208**	-,454**	-,382**	-,171**	-,186**	-,182**	-,394**	-,397**	-,156**	-,442**	,513**	,213**	-,459**	,441**	,397**	-,385**	-,103*	-,071	-,256**		
21. HADÖ-D	-,237**	-,395**	-,464**	-,277**	-,223**	-,317**	-,467**	-,380**	-,229**	-,395**	,419**	,195**	-,452**	,373**	,348**	-,366**	-,217**	-,152**	-,314**	,677**	
22. COVID	-,039	,137**	,152**	,025	-,022	-,023	,053	,095	-,039	,097	-,188**	-,135**	,083	-,181**	-,212**	,068	-,087	-,080	-,045	-,352**	-,220**

ZÖ-K: kendilik temelli zihinselleştirme, ZÖ-D: diğerleri temelli zihinselleştirme, ZÖ-M: zihinselleştirme motivasyonu, ZÖ_T: zihinselleştirme ölçeği toplam puanı, YS: yapısal stil, KA: kendilik algısı, GA: gelecek algısı, SY: sosyal yeterlilik, AU: aile uyumu, SK: sosyal kaynaklar, PD_T: psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı, KGY: kendine güvenli yaklaşım, ÇY: çaresiz yaklaşım, BEY: boyu eğici yaklaşım, İY: iyimser yaklaşım, SDB: sosyal desteğe başvurma, BTO_T: belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği toplam puanı, HADÖ-A: HADÖ - anksiyete alt ölçeği toplam puanı, HADÖ-D: HADÖ - Depresyon alt ölçeği toplam puanı, TSBÖ_T: travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanı, COVID: COVID-19 risk algısı

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

4.4.2. Cinsiyet Etkisi Kontrol Edilerek Yapılan Korelasyon Sonuçları

Hasta grubunda cinsiyet etkisi kontrol edilerek yapılan korelasyon sonuçları:

Hasta grubu cinsiyet açısından kontrol edilerek araştırma değişkenleri açısından incelendiğinde ZÖ-K ile ÇY ($r = .516, p < .01$) arasında, ZÖ-K ile PO ($r = .498, p < .01$) arasında, ZÖ-K ile HADÖ-D ($r = .509, p < .01$) arasında, Ment-T ile HADÖ-D ($r = .503, p < .01$) arasında, KA ile ÇY ($r = .526, p < .01$) arasında, KA ile TSBÖ_T ($r = .649, p < .01$) arasında, PD_T ile HADÖ-D ($r = .544, p < .01$) arasında, PD_T ile TSBÖ_T ($r = .519, p < .01$) arasında negatif yönde kuvvetli ilişki bulunmaktadır. ZÖ-K ile DO ($r = .632, p < .01$) arasında, KGY ile ZÖ-D ($r = .531, p < .01$) arasında, KGY ile ZÖ_T ($r = .589, p < .01$) arasında, KGY ile KA arasında ($r = .510, p < .01$) arasında, ÇY ile HADÖ-A ($r = .537, p < .01$) arasında, ÇY ile HADÖ-D ($r = .524, p < .01$) arasında, ÇY ile TSBÖ_T ($r = .699, p < .01$) arasında, HADÖ-A ile HADÖ-D ($r = .7, p < .01$) arasında, HADÖ-A ile TSBÖ_T ($r = .503, p < .01$) arasında ve HADÖ-D ile TSBÖ_T ($r = .503, p < .01$) arasında pozitif yönde kuvvetli ilişki bulunmaktadır.

ZÖ-K ile BEY ($r = .485, p < .01$) arasında, ZÖ-K ile HADÖ-A ($r = .461, p < .01$) arasında, ZÖ-K ile TSBÖ_T ($r = .477, p < .01$) arasında, ZÖ_T ile ÇY ($r = .411, p < .01$) arasında, ZÖ_T ile BEY ($r = .376, p < .01$) arasında, ZÖ_T ile HADÖ-A ($r = .402, p < .01$) arasında, ZÖ_T ile TSBÖ_T ($r = .397, p < .01$) arasında, GA ile HADÖ-A ($r = .434, p < .01$) arasında, GA ile HADÖ-D ($r = .437, p < .01$) arasında, GA ile TSBÖ_T ($r = .403, p < .01$) arasında negatif yönde orta derecede ilişki bulunmaktadır. ZÖ-K ile KA arasında ($r = .417, p < .01$) arasında, ZÖ-K ile KGY arasında ($r = .548, p < .01$) arasında, ZÖ-K ile İY ($r = .338, p < .01$) arasında, ZÖ_T ile PD_T ($r = .305, p < .01$) arasında pozitif yönde orta derecede ilişki bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Hasta grubunda cinsiyet etkisi kontrol edilerek yapılan korelasyon sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Yaş																				
2. ZÖ-K	-.094																			
3.ZÖ-D	.067	.469**																		
4. ZÖ-M	-.026	.388**	.672**																	
5. ZÖ_T	-.029	.786**	.851**	.822**																
6. YS	.123	.059	.190*	.254**	.198*															
7. KA	.143	.417**	.239*	.187*	.354**	.398**														
8. GA	-.066	.234*	.172	.221*	.258**	.351**	.554**													
9. SY	-.133	.225*	.096	.188*	.213*	.120	.394**	.442**												
10. AU	.010	-.012	-.017	.036	.002	.154	.167	.144	.182											
11.SK	-.038	.065	.102	.189*	.142	.242*	.273**	.281**	.467**	.404**										
12.PD_T	.009	.275**	.199*	.268**	.305**	.539**	.743**	.713**	.696**	.528**	.660**									
13. KGY	.056	.448**	.531**	.473**	.589**	.227*	.510**	.331**	.217*	.148	.223*	.435**								
14. SDB	-.084	.208*	.154	.176	.222*	.007	.043	.073	.302**	.003	.476**	.222*	.281**							
15. İY	.116	.338**	.388**	.329**	.428**	.202*	.454**	.250**	.292**	.194*	.111	.404**	.702**	.166						
16. ÇY	-.030	-.516**	-.208*	-.246**	-.411**	-.106	-.526**	-.356**	-.296**	-.069	-.078	-.393**	-.465**	-.208*	-.315**					
17. BEY	.165	-.485**	-.205*	-.195*	-.376**	-.126	-.325**	-.222*	-.105	-.057	.015	-.223*	-.245**	-.160	-.015	.636**				
18. BTO_T	-.136	-.191*	.039	.291**	.042	.217*	-.235*	-.237*	-.097	-.004	.018	-.112	-.114	.026	-.203*	.313**	.060			
19. HADÖ-A	-.166	-.461**	-.229*	-.268**	-.402**	-.144	-.480**	-.434**	-.272**	-.138	-.162	-.435**	-.383**	-.106	-.489**	.537**	.261**	.422**		
20. HADÖ-D	-.001	-.509**	-.348**	-.356**	-.503**	-.188*	-.438**	-.437**	-.401**	-.223*	-.405**	-.544**	-.442**	-.244**	-.390**	.524**	.329**	.232*	.700**	
21. TSBÖ_T	-.102	-.477**	-.246**	-.220*	-.397**	-.163	-.649**	-.403**	-.373**	-.085	-.257**	-.519**	-.463**	-.178	-.454**	.699**	.401**	.361**	.601**	.620**

ZÖ-K: kendilik temelli zihinselleştirme, ZÖ-D: diğerleri temelli zihinselleştirme, ZÖ-M: zihinselleştirme motivasyonu, ZÖ_T: zihinselleştirme ölçeği toplam puanı, YS: yapısal stil, KA: kendilik algısı, GA: gelecek algısı, SY: sosyal yeterlilik, AU: aile uyumu, SK: sosyal kaynaklar, PD_T: psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı, KGY: kendine güvenli yaklaşım, ÇY: çaresiz yaklaşım, BEY: boyu eğici yaklaşım, İY: iyimser yaklaşım, SDB: sosyal desteğe başvurma, BTO_T: belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği toplam puanı, HADÖ-A: HADÖ - anksiyete alt ölçeği toplam puanı, HADÖ-D: HADÖ - Depresyon alt ölçeği toplam puanı, TSBÖ_T: travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanı

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Kontrol grubunda cinsiyet etkisi kontrol edilerek yapılan korelasyon sonuçları:

Kontrol grubu cinsiyet açısından kontrol edilerek araştırma değişkenleri açısından incelendiğinde KA ile KGY ($r = .521$, $p < .01$) arasında ve HADÖ-A ile HADÖ-D ($r = .684$, $p < .01$) arasında pozitif yönde kuvvetli ilişki bulunmaktadır.

ZÖ-K ile ÇY ($r = .389$, $p < .01$) arasında, ZÖ-K ile HADÖ-A ($r = .302$, $p < .01$) arasında, KA ile BTÖ_T ($r = .310$, $p < .01$) arasında, KA ile HADÖ-A ($r = .495$, $p < .01$) arasında, KA ile HADÖ-D ($r = .428$, $p < .01$) arasında, GA ile HADÖ-D ($r = .475$, $p < .01$) arasında, PD_T ile HADÖ-A ($r = .425$, $p < .01$) arasında, PD_T ile HADÖ-D ($r = .498$, $p < .01$) arasında negatif yönde orta derecede ilişki bulunmuştur. ZÖ-K ile KA ($r = .379$, $p < .01$) arasında, ZÖ-K ile PD_T ($r = .316$, $p < .01$) arasında, ZÖ_T ile PD_T ($r = .401$, $p < .01$) arasında, KA ile İY ($r = .474$, $p < .01$) arasında, BTÖ_T ile HADÖ-A ($r = .423$, $p < .01$) arasında, BTÖ_T ile HADÖ-D ($r = .379$, $p < .01$) arasında pozitif yönde orta derecede ilişki bulunmuştur. Korelasyon sonuçlarına ilişkin detaylı bilgi Tablo 4.18’de verilmiştir.

Tablo 4.18. Kontrol grubunda cinsiyet etkisi kontrol edilerek yapılan korelasyon sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. Yaş																			
2. ZÖ-K	.053																		
3.ZÖ-D	.058	.130*																	
4. ZÖ-M	-.001	.036	.697**																
5. ZÖ_T	.055	.553**	.852**	.765**															
6. YS	.181**	.278**	.192**	.176**	.299**														
7. KA	.113	.379**	.351**	.170**	.428**	.393**													
8. GA	.046	.233**	.246**	.166**	.302**	.481**	.562**												
9. SY	.037	.152**	.299**	.205**	.307**	.215**	.425**	.351**											
10. AU	-.063	.097	.084	.023	.098	.255**	.274**	.351**	.258**										
11.SK	-.010	.184**	.169**	.144*	.230**	.234**	.286**	.285**	.417**	.500**									
12.PD_T	.064	.316**	.327**	.210**	.401**	.590**	.721**	.721**	.672**	.681**	.676**								
13. KGY	.044	.278**	.397**	.262**	.439**	.248**	.521**	.441**	.250**	.233**	.198**	.462**							
14. SDB	.011	.149*	.168**	.188**	.230**	.119*	.127*	.144*	.163**	.201**	.400**	.284**	.217**						
15. İY	.051	.291**	.257**	.122*	.318**	.211**	.474**	.324**	.182**	.182**	.172**	.378**	.691**	.180**					
16. ÇY	-.055	-.389**	-.066	.126*	-.170**	-.292**	-.429**	-.384**	-.105	-.167**	-.213**	-.379**	-.198**	-.085	-.296**				
17. BEY	.000	-.138*	-.102	-.041	-.134*	-.210**	-.171**	-.119*	-.022	-.090	-.163**	-.182**	.005	-.124*	.115*	.467**			
18. BTO_T	-.086	-.265**	.002	.111	-.082	-.001	-.310**	-.225**	-.170**	-.033	-.134*	-.216**	-.208**	-.188**	-.320**	.292**	.115*		
19. HADÖ-A	-.145*	-.302**	-.121*	-.035	-.219**	-.262**	-.495**	-.381**	-.146*	-.207**	-.266**	-.425**	-.409**	-.222**	-.447**	.465**	.165**	.423**	
20. HADÖ-D	-.055	-.255**	-.139*	-.093	-.229**	-.267**	-.428**	-.475**	-.246**	-.294**	-.337**	-.498**	-.399**	-.251**	-.451**	.397**	.159**	.379**	.684**

ZÖ-K: kendilik temelli zihinselleştirme, ZÖ-D: diğerleri temelli zihinselleştirme, ZÖ-M: zihinselleştirme motivasyonu, ZÖ_T: zihinselleştirme ölçeği toplam puanı, YS: yapısal stil, KA: kendilik algısı, GA: gelecek algısı, SY: sosyal yeterlilik, AU: aile uyumu, SK: sosyal kaynaklar, PD_T: psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı, KGY: kendine güvenli yaklaşım, ÇY: çaresiz yaklaşım, BEY: boyu eğici yaklaşım, İY: iyimser yaklaşım, SDB: sosyal desteğe başvurma, BTO_T: belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği toplam puanı, HADÖ-A: HADÖ - anksiyete alt ölçeği toplam puanı, HADÖ-D: HADÖ - Depresyon alt ölçeği toplam puanı

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Tüm örnekleme cinsiyet etkisi kontrol edilerek yapılan korelasyon sonuçları:

Tüm örneklem cinsiyet açısından kontrol edilerek araştırma değişkenleri açısından incelendiğinde KA ile KGY ($r = .518, p < .01$) arasında ve HADÖ-A ile HADÖ-D ($r = .683, p < .01$) arasında pozitif yönde kuvvetli ilişki bulunmaktadır.

ZÖ-K ile ÇY ($r = .427, p < .01$) arasında, ZÖ-K ile HADÖ-A ($r = .345, p < .01$) arasında, ZÖ-K ile HADÖ-D ($r = .341, p < .01$) arasında, KA ile HADÖ-A ($r = .483, p < .01$) arasında, KA ile HADÖ-D ($r = .422, p < .01$) arasında, GA ile HADÖ-A ($r = .395, p < .01$) arasında, GA ile HADÖ-D ($r = .461, p < .01$) arasında, PD_T ile HADÖ-A ($r = .418, p < .01$) arasında, PD_T ile HADÖ-D ($r = .492, p < .01$) arasında negatif yönde orta derecede ilişki bulunmuştur. ZÖ-K ile KA ($r = .370, p < .01$) arasında, ZÖ_T ile PD_T ($r = .351, p < .01$) arasında, KA ile İY ($r = .474, p < .01$) arasında, BTÖ_T ile HADÖ-A ($r = .422, p < .01$) arasında, BTÖ_T ile HADÖ-D ($r = .331, p < .01$) arasında pozitif yönde orta derecede ilişki bulunmuştur.

Eğitim düzeyi ile ZÖ-K ($r = .2, p < .01$) arasında pozitif yönde ve eğitim düzeyleri ile ÇY ($r = .214, p < .01$) arasında negatif yönde düşük derecede ilişki bulunmuştur.

Korelasyon sonuçlarına ilişkin detaylı bilgi Tablo 4.19'da verilmiştir.

Tablo 4.19. Tüm örneklemede cinsiyet etkisi kontrol edilerek yapılan korelasyon sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. Yaş																			
2. ZÖ-K	-.056																		
3.ZÖ-D	.067	.204**																	
4. ZÖ-M	-.036	.159**	.674**																
5. ZÖ_T	-.008	.630**	.835**	.784**															
6. YS	.199**	.187**	.194**	.188**	.254**														
7. KA	.147**	.370**	.318**	.167**	.391**	.401**													
8. GA	.011	.231**	.223**	.184**	.287**	.435**	.556**												
9. SY	.016	.162**	.247**	.192**	.269**	.193**	.418**	.380**											
10. AU	.042	.033	.066	.012	.052	.244**	.251**	.283**	.243**										
11.SK	.054	.119*	.159**	.139**	.186**	.254**	.292**	.278**	.435**	.492**									
12.PD_T	.111*	.270**	.297**	.211**	.351**	.584**	.729**	.707**	.680**	.649**	.681**								
13. KGY	.053	.323**	.427**	.326**	.483**	.245**	.518**	.405**	.241**	.209**	.208**	.453**							
14. SDB	-.020	.168**	.160**	.183**	.227**	.080	.095	.119*	.211**	.135**	.411**	.258**	.238**						
15. İY	.138**	.263**	.290**	.164**	.326**	.231**	.474**	.293**	.226**	.214**	.189**	.407**	.686**	.169**					
16. ÇY	-.030	-.427**	-.094	-.007	-.249**	-.218**	-.450**	-.371**	-.161**	-.127*	-.155**	-.364**	-.277**	-.127*	-.271**				
17. BEY	.089	-.256**	-.107*	-.106*	-.213**	-.147**	-.195**	-.147**	-.032	-.052	-.070	-.154**	-.058	-.131**	.123*	.533**			
18. BTO_T	-.097	-.237**	.011	.169**	-.041	.064	-.284**	-.229**	-.147**	-.027	-.092	-.184**	-.178**	-.115*	-.279**	.297**	.094		
19. HADÖ-A	-.134**	-.345**	-.142**	-.107*	-.272**	-.222**	-.483**	-.395**	-.181**	-.183**	-.231**	-.418**	-.397**	-.183**	-.440**	.487**	.197**	.422**	
20. HADÖ-D	-.004	-.341**	-.188**	-.180**	-.320**	-.233**	-.422**	-.461**	-.290**	-.252**	-.338**	-.492**	-.411**	-.248**	-.412**	.430**	.203**	.331**	.683**

ZÖ-K: kendilik temelli zihinselleştirme, ZÖ-D: diğerleri temelli zihinselleştirme, ZÖ-M: zihinselleştirme motivasyonu, ZÖ_T: zihinselleştirme ölçeği toplam puanı, YS: yapısal stil, KA: kendilik algısı, GA: gelecek algısı, SY: sosyal yeterlilik, AU: aile uyumu, SK: sosyal kaynaklar, PD_T: psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı, KGY: kendine güvenli yaklaşım, ÇY: çaresiz yaklaşım, BEY: boyu eğici yaklaşım, İY: iyimser yaklaşım, SDB: sosyal desteğe başvurma, BTO_T: belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği toplam puanı, HADÖ-A: HADÖ - anksiyete alt ölçeği toplam puanı, HADÖ-D: HADÖ - Depresyon alt ölçeği toplam puanı

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

4.4.3. Cinsiyet ve Grup Etkisi Kontrol Edilerek Yapılan Korelasyon Sonuçları

Tüm örneklem, araştırma değişkenleri cinsiyet ve grup açısından kontrol edilerek incelendiğinde PD_T ile HADÖ-D ($r = .512$, $p < .01$) arasında, KA ile KGY ($r = .517$, $p < .01$) arasında ve HADÖ-A ile HADÖ-D ($r = .684$, $p < .01$) arasında pozitif yönde kuvvetli ilişki bulunmaktadır.

ZÖ-K ile ÇY ($r = .425$, $p < .01$) arasında, ZÖ-K ile HADÖ-A ($r = .347$, $p < .01$) arasında, ZÖ-K ile HADÖ-D ($r = .335$, $p < .01$) arasında, ZÖ_T ile HADÖ-D ($r = .316$, $p < .01$) arasında, KA ile ÇY ($r = .458$, $p < .01$) arasında, KA ile HADÖ-A ($r = .487$, $p < .01$) arasında, KA ile HADÖ-D ($r = .431$, $p < .01$) arasında, GA ile HADÖ-A ($r = .395$, $p < .01$) arasında, GA ile HADÖ-D ($r = .462$, $p < .01$) arasında, PD_T ile ÇY ($r = .378$, $p < .01$) arasında, PD_T ile DO ($r = .36$, $p < .01$) arasında PD_T ile HADÖ-A ($r = .427$, $p < .01$) arasında negatif yönde orta derecede ilişki bulunmuştur. ZÖ-K ile KA ($r = .392$, $p < .01$) arasında, ZÖ-K ile PD_T ($r = .304$, $p < .01$) arasında, ZÖ_T ile PD_T ($r = .488$, $p < .01$) arasında, PD_T ile KGY ($r = .454$, $p < .01$) arasında, PD_T ile İY ($r = .385$, $p < .01$) arasında, PD_T ile PO ($r = .495$, $p < .01$) arasında BTÖ_T ile HADÖ-A ($r = .423$, $p < .01$) arasında, BTÖ_T ile HADÖ-D ($r = .333$, $p < .01$) arasında pozitif yönde orta derecede ilişki bulunmuştur.

Korelasyon sonuçlarına ilişkin detaylı bilgi Tablo 4.20’de verilmiştir.

Tablo 4.20. Tüm örneklemede cinsiyet ve grup etkisi kontrol edilerek yapılan korelasyon sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. Yaş																			
2. ZÖ-K	.009																		
3.ZÖ-D	.056	.212**																	
4. ZÖ-M	-.007	.149**	.679**																
5. ZÖ_T	.028	.627**	.842**	.782**															
6. YS	.161**	.212**	.191**	.200**	.268**														
7. KA	.119*	.392**	.316**	.175**	.403**	.394**													
8. GA	.012	.234**	.224**	.184**	.288**	.439**	.559**												
9. SY	-.014	.176**	.245**	.199**	.277**	.186**	.414**	.381**											
10. AU	-.041	.065	.060	.027	.070	.225**	.238**	.288**	.235**										
11.SK	-.020	.151**	.155**	.155**	.205**	.237**	.280**	.282**	.430**	.474**									
12.PD_T	.047	.304**	.295**	.227**	.372**	.575**	.726**	.717**	.679**	.638**	.671**								
13. KGY	.043	.333**	.427**	.329**	.488**	.243**	.517**	.405**	.240**	.206**	.206**	.454**							
14. SDB	-.019	.169**	.161**	.183**	.227**	.082	.096	.119*	.212**	.139**	.419**	.263**	.239**						
15. İY	.060	.306**	.288**	.184**	.353**	.210**	.466**	.300**	.217**	.181**	.158**	.385**	.694**	.175**					
16. ÇY	-.056	-.425**	-.096	-.003	-.246**	-.227**	-.458**	-.371**	-.166**	-.140**	-.167**	-.378**	-.279**	-.127*	-.289**				
17. BEY	.028	-.238**	-.114*	-.095	-.203**	-.171**	-.214**	-.148**	-.044	-.086	-.101*	-.186**	-.064	-.131**	.093	.532**			
18. BTO_T	-.100*	-.242**	.011	.169**	-.042	.066	-.284**	-.229**	-.146**	-.025	-.091	-.185**	-.178**	-.115*	-.283**	.298**	.097		
19. HADÖ-A	-.153**	-.347**	-.143**	-.106*	-.272**	-.226**	-.487**	-.395**	-.183**	-.190**	-.237**	-.427**	-.398**	-.183**	-.453**	.487**	.197**	.423**	
20. HADÖ-D	-.034	-.335**	-.191**	-.176**	-.316**	-.244**	-.431**	-.462**	-.296**	-.271**	-.356**	-.512**	-.414**	-.248**	-.436**	.428**	.195**	.333**	.684**

ZÖ-K: kendilik temelli zihinselleştirme, ZÖ-D: diğerleri temelli zihinselleştirme, ZÖ-M: zihinselleştirme motivasyonu, ZÖ_T: zihinselleştirme ölçeği toplam puanı, YS: yapısal stil, KA: kendilik algısı, GA: gelecek algısı, SY: sosyal yeterlilik, AU: aile uyumu, SK: sosyal kaynaklar, PD_T: psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı, KGY: kendine güvenli yaklaşım, ÇY: çaresiz yaklaşım, BEY: boyu eğici yaklaşım, İY: iyimser yaklaşım, SDB: sosyal desteğe başvurma, BTO_T: belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği toplam puanı, HADÖ-A: HADÖ - anksiyete alt ölçeği toplam puanı, HADÖ-D: HADÖ - Depresyon alt ölçeği toplam puanı

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

4.4.4. Kanser Hastalarında Evre Etkisi Kontrol Edilerek Yapılan Korelasyon Sonuçları

Kanser hastalarında araştırma değişkenleri evre (uzak organ metastazı) açısından kontrol edilerek incelendiğinde ZÖ_T ile KGY ($r = .577$, $p < .01$) arasında, KA ile KGY ($r = .51$, $p < .01$) arasında, ZÖ_T ile PO ($r = .558$, $p < .01$) arasında, DO ile TSBÖ_T ($r = .622$, $p < .01$) arasında, ÇY ile HADÖ-A ($r = .541$, $p < .01$) arasında ve ÇY ile TSBÖ_T ($r = .692$, $p < .01$) arasında pozitif yönde; ZÖ-K ile HADÖ-D ($r = .508$, $p < .01$) arasında, ZÖ_T ile HADÖ-D ($r = .503$, $p < .01$) arasında, PD_T ile HADÖ-D ($r = .556$, $p < .01$) arasında ve PD_T ile TSBÖ_T ($r = .518$, $p < .01$) arasında negatif yönde kuvvetli ilişki bulunmaktadır.

ZÖ-K ile PO ($r = .444$, $p < .01$) arasında ZÖ_T ile İY ($r = .427$, $p < .01$) arasında, PD_T ile PO ($r = .471$, $p < .01$) arasında, ÇY ile HADÖ-D ($r = .470$, $p < .01$) arasında pozitif yönde; ZÖ-K ile DO ($r = .499$, $p < .01$) arasında, PD_T ile HADÖ-A ($r = .446$, $p < .01$) arasında, PD_T ile DO ($r = .322$, $p < .01$) arasında, PO ile HADÖ-A ($r = .43$, $p < .01$), PO ile HADÖ-D ($r = .473$, $p < .01$) ve PO ile TSBÖ_T ($r = .483$, $p < .01$) arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki bulunmaktadır.

Korelasyon sonuçlarına ilişkin detaylı bilgi Tablo 4.21’de verilmiştir.

Tablo 4.21. Kanser hastalarında metastaz etkisi kontrol edilerek yapılan korelasyon sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1. ZÖ-K																					
2.ZÖ-D	,469**																				
3. ZÖ-M	,386**	,684**																			
4. ZÖ_T	,783**	,857**	,823**																		
5. YS	,06	,192*	,259**	,201*																	
6. KA	,415**	,228*	,183	,346**	,396**																
7. GA	,244*	,163	,241*	,266**	,353**	,562**															
8. SY	,235*	,106	,209*	,228*	,122	,395**	,434**														
9.SK	,071	,147	,2*	,165	,243**	,259**	,28**	,476**													
10.PD_T	,281**	,205*	,282**	,315**	,54**	,743**	,711**	,696**	,659**												
11. KGY	,444**	,513**	,466**	,577**	,226*	,51**	,339**	,22*	,209*	,436**											
12. SDB	,215*	,158	,193*	,233*	,008	,043	,063	,299**	,478**	,221*	,284**										
13. İY	,336**	,391**	,325**	,427**	,204*	,452**	,262**	,303**	,115	,412**	,699**	,174									
14. ÇY	-,479**	-,139	-,190*	-,344**	-,094	-,515**	-,372**	-,281**	-,001	-,374**	-,453**	-,202*	-,282**								
15. BEY	-,427**	-,101	-,135	-,285**	-,103	-,309**	-,219*	-,076	,105	-,188*	-,234*	-,136	,008	,672**							
16. PO	,444**	,484**	,444**	,558**	,205*	,467**	,308**	,336**	,318**	,471**	,911**	,555**	,824**	-,423**	-,171						
17. DO	-,499**	-,134	-,182	-,348**	-,107	-,467**	-,335**	-,212*	,048	-,322**	-,393**	-,19*	-,174	,94**	,884**	-,346**					
18. BTO_T	-,193*	,043	,289**	,041	,218*	-,236*	-,235*	-,092	,020	-,109	-,116	,029	-,206*	,315**	,065	-,132	,228*				
19. HADÖ-A	-,446**	-,196*	-,222*	-,363**	-,141	-,487**	-,478**	-,287**	-,109	-,446**	-,383**	-,119	-,471**	,541**	,297**	-,43**	,478**	,441**			
20. HADÖ-D	-,508**	-,36**	-,35**	-,503**	-,191*	-,435**	-,455**	-,419**	-,409**	-,556**	-,437**	-,258**	-,386**	,470**	,268**	-,473**	,42**	,236*	,672**		
21. TSBÖ_T	-,468**	-,221*	-,199*	-,374**	-,159	-,649**	-,419**	-,375**	-,224*	-,518**	-,462**	-,18	-,443**	,692**	,402**	-,483**	,622**	,374**	,605**	,605**	
22. COVID	,036	-,099	-,005	-,023	-,042	,153	,216*	,119	-,006	,166	,147	-,081	,165	-,22*	-,179	,117	-,221*	-,211*	-,338**	-,266**	-,346**

ZÖ-K: kendilik temelli zihinselleştirme, ZÖ-D: diğerleri temelli zihinselleştirme, ZÖ-M: zihinselleştirme motivasyonu, ZÖ_T: zihinselleştirme ölçeği toplam puanı, YS: yapısal stil, KA: kendilik algısı, GA: gelecek algısı, SY: sosyal yeterlilik, SK: sosyal kaynaklar, PD_T: psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı, KGY: kendine güvenli yaklaşım, ÇY: çaresiz yaklaşım, BEY: boyu eğici yaklaşım, İY: iyimser yaklaşım, SDB: sosyal desteğe başvurma, BTO_T: belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği toplam puanı, HADÖ-A: HADÖ - anksiyete alt ölçeği toplam puanı, HADÖ-D: HADÖ - Depresyon alt ölçeği toplam puanı, TSBÖ_T: travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanı, COVID: COVID-19 risk algısı

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

4.5. Hastalarda Regresyon Analizi Bulguları

Bu bölümde kanser hastalarında anksiyete, depresyon ve TSSB düzeylerine ilişkin regresyon analizi bulguları sunulmaktadır.

4.5.1. Anksiyete Düzeyi Farklarına Yönelik İki Basamaklı Regresyon Analizi Bulguları

Kanser hastalarında kendilik temelli zihinselleştirme ile anksiyete düzeyleri ilişkisinde KA, GA, SY, KGY, ÇY, BEY ve İY'nin aracı rolünün değerlendirildiği iki basamaklı regresyon analizi yapılmıştır. Birinci basamakta değerlendirilenlerden GA'daki 1 birimlik artışın anksiyetede .24 birim azalmaya neden olacağı; İY'deki 1 birimlik artışın anksiyetede .57 birim azalmaya neden olacağı ve ÇY'deki 1 birimlik artışın anksiyetede .33 birim artmaya neden olacağı belirlenmiştir. Rezidülerin dağılımı da kontrol edilmiş ve normal dağılımda oldukları görüldükten sonra ikinci basamağa geçilmiştir. İkinci basamakta ise kendilik temelli zihinselleştirmedeki (ZÖ-K) 1 birimlik artışın anksiyetede .11 birim azalmaya neden olacağı belirlenmiştir.

Detaylı bilgi Tablo 4.22'de verilmiştir.

Tablo 4.22. Anksiyete düzeyleri için iki basamaklı regresyon analizi

	R	R²	F	B	SH	β	p
1.BASAMAK	.691 ^a	.478	13.731				
KA				-.052	.080	-.066	.511
GA				-.241	.091	-.237	.009**
SY				.057	.068	.069	.406
KGY				.197	.103	.209	.059
ÇY				.332	.086	.431	.000***
BEY				.001	.107	.000	.996
İY				-.579	.144	-.426	.000***
2. BASAMAK	.707 ^b	.500	4.650				
GA				-.252	.089	-.248	.006**
ÇY				.316	.084	.410	.000***
İY				-.552	.143	-.407	.000***
ZÖ-K				-.113	.053	-.186	.033*

ZÖ-K: kendilik temelli zihinselleştirme, KA: kendilik algısı, GA: gelecek algısı, SY: sosyal yeterlilik, KGY: kendine güvenli yaklaşım, ÇY: çaresiz yaklaşım, BEY: boyu eğici yaklaşım, İY: iyimser yaklaşım

* p<.05, **p<.01, ***p<.00

4.5.2. Depresyon Düzeyi Farklarına Yönelik İki Basamaklı Regresyon Analizi Bulguları

Kanser hastalarında kendilik temelli zihinselleştirme ile depresyon düzeyleri ilişkisinde KA, GA, SY, AU, SK, KGY, ÇY, BEY, İY ve SDB'nin aracı rolünün değerlendirilmesi amacıyla iki basamaklı regresyon analizi yapılmıştır. Birinci basamakta

değerlendirilenlerden SK'daki 1 birimlik artışın depresyonda .46 birim azalmaya neden olacağı; İY'deki 1 birimlik artışın depresyonda .33 birim azalmaya neden olacağı ve ÇY'deki 1 birimlik artışın depresyonda .27 birim artmaya neden olacağı belirlenmiştir. Rezidülerin dağılımı da kontrol edilmiş ve normal dağılımda oldukları görüldükten sonra ikinci basamağa geçilmiştir. İkinci basamakta ise kendilik temelli zihinselleştirmedeki (ZÖ-K) 1 birimlik artışın depresyonda .2 birim azalmaya neden olacağı belirlenmiştir.

(Bkz. Tablo 4.23) .

Tablo 4.23. Depresyon düzeyleri için iki basamaklı regresyon analizi

	R	R²	F	B	SH	β	p
1.BASAMAK	.687 ^a	.472	9.109				
KA				.068	.092	.080	.458
GA				-.184	.100	-.168	.069
SY				-.039	.083	-.043	.645
AU				.024	.081	.025	.766
SK				-.468	.134	-.383	.001**
KGY				-.030	.119	-.029	.803
ÇY				.271	.095	.328	.005**
BEY				.096	.122	.083	.434
İY				-.336	.166	-.230	.046*
SDB				.125	.157	.075	.429
2. BASAMAK	.730 ^b	.533	13.364				
SK				-.462	.126	-.378	.000***
ÇY				.246	.090	.297	.007**
İY				-.275	.158	-.189	.085
ZÖ-K				-.205	.056	-.313	.000***

ZÖ-K: kendilik temelli zihinselleştirme, KA: kendilik algısı, GA: gelecek algısı, SY: sosyal yeterlilik, AU: aile uyumu, SK: sosyal kaynaklar, KGY: kendine güvenli yaklaşım, ÇY: çaresiz yaklaşım, BEY: boyu eğici yaklaşım, İY: iyimser yaklaşım, SDB: sosyal desteğe başvurma

* p<.05, **p<.01, ***p<.00

4.5.3. TSSB Düzeyi Farklarına Yönelik İki Basamaklı Regresyon Analizi Bulguları

Kanser hastalarında kendilik temelli zihinselleştirme ile TSSB düzeyleri ilişkisinde KA, GA, SY, SK, KGY, ÇY, BEY, İY'nin aracı rolünün değerlendirilmesi amacıyla iki basamaklı regresyon analizi yapılmıştır. Birinci basamakta değerlendirilenlerden KA'daki 1 birimlik artışın TSSB'de 2.2 birim azalmaya neden olacağı; İY'deki 1 birimlik artışın TSSB'de 2.8 birim azalmaya neden olacağı, SK'daki 1 birimlik artışın TSSB'de 1.5 birim azalmaya neden olacağı ve ÇY'deki 1 birimlik artışın TSSB'de 3.9 birim artmaya neden olacağı belirlenmiştir. Rezidülerin dağılımı da kontrol edilmiş ve normal dağılımda oldukları görüldükten sonra ikinci basamağa geçilmiştir. İkinci basamakta ise kendilik

temelli zihinselleştirmedeki (ZÖ-K) ile TSSB arasında anlamlı artma/azalma ilişkisi saptanmamıştır.

Detaylı bilgi Tablo 4.24'te verilmiştir.

Tablo 4.24. TSSB düzeyleri için iki basamaklı regresyon analizi

	R	R²	F	B	SH	β	p
1.BASAMAK	.800 ^a	.639	23.040				
KA				-2.275	.642	-.299	.001**
GA				.021	.728	.002	.978
SY				-.011	.604	-.001	.985
SK				-1.558	.778	-.143	.048*
KGY				1.016	.854	.112	.237
ÇY				3.907	.691	.529	.000***
BEY				-.010	.868	-.001	.991
İY				-2.869	1.185	-.220	.017*
2. BASAMAK	.803 ^b	.644	1.448				
SK				-1.571	.776	-.144	.046*
ÇY				3.835	.692	.519	.000***
İY				-2.754	1.186	-.212	.022*
ZÖ-K				-.515	.428	-.088	.232

ZÖ-K: kendilik temelli zihinselleştirme, KA: kendilik algısı, GA: gelecek algısı, SY: sosyal yeterlilik, SK: sosyal kaynaklar, KGY: kendine güvenli yaklaşım, ÇY: çaresiz yaklaşım, BEY: boyu eğici yaklaşım, İY: iyimser yaklaşım

* p<.05, **p<.01, ***p<.00

5. TARTIŞMA

5.1. Tüm Katılımcıların Yer Aldığı Analizlere İlişkin Tartışma

COVID-19 pandemisi sırasında tedavi almakta olan kanser hastaları ve sağlıklı kontroller ile gerçekleştirilen bu çalışmada, katılımcıların BT düzeyleri, stresle başa çıkma tarzları, PD düzeyleri, zihinselleştirme kapasiteleri, anksiyete, depresyon, COVID-19 risk algısı düzeyleri ve kanser hastalarının travma sonrası bilişleri ile TSSB düzeyleri incelenmiştir; tüm katılımcılarda COVID-19 pandemisi sürecinde ve kanser hastalarında tedavi sürecinde ruhsal sorunlara temel oluşturabilecek değişkenlerin belirlenmesi hedeflenmiştir. Bu bölümde yukarıda belirtilen amaç doğrultusunda yapılmış olan çalışmanın sonuçları alanyazın ışığında tartışılmıştır.

COVID-19 pandemisi kronik ve immunsupresif hastalığı olan bireyler kadar sağlıklı bireyleri için de risk oluşturan, rutin yaşamın seyrini aniden değiştiren bir stres faktörüdür. Ani değişim, sosyal hayatın kısıtlanması, ekonomik problemler gibi birçok nedenle COVID-19 pandemisinin anksiyete, depresyon ve intihar düşüncesi gibi etkilerinin ortaya çıkmaya başladığı bildirilmiştir [116].

Kesme puanlarına göre değerlendirildiğinde araştırmamızdaki katılımcıların 185'inin anksiyete (%45,6), 63'ünün depresyon (%15,5) riski altında olduğu görülmektedir. Pandemi döneminde Türkiye'de yapılan bir çalışmada bildirilen anksiyete (%45,1) ve depresyon (%23,6) oranları anksiyete riski açısından çalışmamızla uyumludur [427]. Bu oranlar Çin'de yapılan bir çalışma [127] ile karşılaştırıldığında (anksiyete bozukluğu belirtileri %35.1, depresif belirtiler %20.1) örneklemimizde anksiyetenin daha fazla, depresyonun daha az görüldüğü söylenebilir.

Çin'de, 214 sağlık çalışanı ve 1577 sağlık çalışanı olmayan katılımcı ile çevrimiçi anketler aracılığıyla yapılan bir başka çalışmada sağlık çalışanı olmayan katılımcıların yaklaşık beşte birinde olası kaygı (%23.8) ve olası depresyon (%19.2) tespit edildiği bildirmiştir [428]. İngiltere'de 842 kişinin yer aldığı bir çalışmada ise katılımcıların %24,3'ünde anksiyete; %25,6'sında depresyon belirti düzeylerinin yüksek olduğu ve bu oranlar pandemi öncesi dönemde yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında oranlarda belirgin bir artış olduğu bildirilmiştir [429].

Pandemiden önceki yıllarda Çelikel ve Erkorkmaz tarafından üniversite öğrencileri ile yapılmış bir çalışmada depresyon belirti oranı %35,2 olarak bildirmiştir [430]. Türkiye'deki epidemiyolojik çalışmaları gözden geçiren Küey ve Güleç'in çalışmasında ise toplumda klinik düzeyde depresyon prevalansının yaklaşık %10 olduğu bildirilmiştir [237].

Binbay ve arkadaşları tarafından Türkiye örnekleminde yapılan epidemiyoloji çalışmasında YAB yaygınlığının %6.9 olduğu belirtilmiştir [230]. Qin, Wang ve Hsieh, geniş ölçekli boylamsal çalışmalarında depresif belirti sıklığını %37.8 olarak bildirmişlerdir [431]. Alanyazındaki hem pandemi öncesi hem de pandemi sürecindeki çalışmalarla karşılaştırıldığında çalışmamızda anksiyete riskinin daha yüksek olması risk grubunda yer alan kanser hastalarının dahil edilmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda, tüm grupta yapılan istatistiksel değerlendirmelerin sonucunda katılımcılarda yaş değişkeni ile COVID-19 risk algısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır; anksiyete ve depresyon belirti düzeyleri ile yaş arasında ise anlamlı fark vardır. Ulusal alanyazında 18 – 65 yaş arasındaki erişkinlerin dahil edildiği bir araştırmada 18-29 yaşındaki katılımcıların anksiyete düzeyleri diğer yaş gruplarından yüksek bulunmuştur [432]. Çin'de yapılan, 7.236 katılımcının yer aldığı bir çalışmada da gençlerde anksiyete bozukluklarının ve depresif belirtilerin yaşlılara göre daha sık görüldüğü bildirilmiştir [127].

Pandemi sürecinden önce ülkemizde yapılan bir araştırmada yaş arttıkça depresyon ve anksiyete belirti puanlarının arttığı bildirilmektedir [433]. Dugas ve arkadaşları ise yaş ve anksiyete arasında bir ilişki olmadığını belirtmiştir [390].

Çalışmamızda yer alan kadın katılımcılar ile erkek katılımcılar arasında COVID-19 risk algısı ve anksiyete belirti düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır; kadınlarda COVID-19 risk algısı ve anksiyete belirti düzeyi erkeklerden daha yüksektir; depresyon belirti düzeyleri arasında ise cinsiyet değişkeni açısından fark saptanmamıştır.

Ulusal alanyazın incelendiğinde, pandemi sürecinde yapılmış bir çalışmada anksiyete ve depresyon düzeyleri kesme puanlarına göre değerlendirilmiş ve kesme puanı üzerinde yer alma oranlarının kadınlarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir [427]. Kesme puanlarına göre depresyon riskini inceleyen bir başka çalışmada depresyon riskinin [434]; bir diğer çalışmada ise COVID-19 korkusu düzeylerinin kadınlarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir [432].

Çin'de yapılan ve COVID-19 dönemindeki ruh sağlığını değerlendirmeyi amaçlayan toplum bazlı bir çalışmada, kadın olmak daha yüksek kaygı ve depresyon belirti düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur [128]. İspanya'da yapılan bir çalışmada anksiyete, depresyon ve TSSB belirti düzeylerinin kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir [435]. 41 ülkeden 1091 katılımcının yer aldığı COVID-19 pandemisinin ruhsal etkilerinin değerlendirildiği bir başka çalışmada ise kadınlarda ve gençlerde psikiyatrik belirti sıklığının daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir [436].

Pandemi sürecinden önce ülkemizde yapılmış olan çalışmalarda sosyal anksiyete bozukluğu dışında tüm anksiyete bozukluklarının yaşam boyu tanı oranlarının kadınlarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir [231]. Uluslararası alanyazında da kadınlarda anksiyetenin daha fazla görüldüğü ve daha yüksek belirti şiddetinde olduğunu [437]; depresyon belirti düzeyleri arasında fark olmadığını [418] veya depresyon sıklığı ve şiddetinin kadınlarda daha yüksek olduğunu [438] bildiren çalışmalar bulunmaktadır.

Çalışmamızda tüm grup değerlendirildiğinde eğitim düzeyleri ile anksiyete, depresyon ve COVID-19 RA düzeyleri arasında anlamlı fark ve ilişki saptanmamıştır. Alanyazın incelendiğinde, Wuhan'da ikamet eden 1242 katılımcının yer aldığı bir çalışmada katılımcıların %27.5'inin kaygı, %29.3'ünün depresyon için risk altında olduğu; ayrıca kadın olmanın, evli olmanın ve yüksek eğitim seviyelerine sahip olmanın kaygı düzeylerinde yükselme ile ilişkili olduğu bildirilmiştir [439].

Pandemi sürecinden önce ülkemizde birinci basamak tedavi hizmetlerine kronik hastalık sebebi ile başvuran bireylerde yapılan bir araştırmada eğitim düzeyi arttıkça depresyon seviyelerinin azaldığı bildirilmiştir [440]. Uluslararası alanyazında, eğitim durumu ile anksiyete arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile eğitim seviyelerinin ters yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir [441]. Fryers ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka çalışmada [442] ve Lorant ve arkadaşları tarafından yapılan bir meta-analizde de [443], eğitim durumunun depresyon ve anksiyete üzerindeki etkisine ilişkin benzer sonuçlar bildirilmiştir.

Çalışmamızda yer alan 406 katılımcıdan kanser dışında kronik hastalığı olanlar ve olmayanlar arasında anksiyete ve depresyon düzeyleri açısından fark saptanmadı; ancak ek hastalık varlığı ve COVID-19 risk algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Ek hastalık varlığı ve sayısı ile anksiyete, depresyon ve COVID-19 risk algısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu bulgular beklenenle ve alanyazınla uyusmamaktadır.

Ulusal alanyazında bir çalışmada kronik hastalığı olan bireylerde COVID-19 korkusu düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir [434].

Hong-Kong'da 761 yetişkin ile yapılan bir anket çalışmasında katılımcılar ölçek kesme puanlarına göre değerlendirildiğinde, katılımcıların %26.9'unun anksiyete, %18.3'ünün depresyon ve %28.6'sının TSSB kesme puanlarının üzerinde yer aldığı; yaşlılarda (60 ila 79 yaş) depresyon düzeylerinin genç yetişkinlerden (18-39 yaş) daha düşük saptandığı ve bulgularla cinsiyet arasında ilişki olmadığı ancak kronik hastalık varlığı ile ölçek puanları arasında ilişki saptandığı bildirilmiştir [444].

Pandemi sürecinden önce ülkemizde 174 astım hastası ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %30,6'sında anksiyete, %45,6'sında depresyon belirtisi varlığı saptanmıştır. Çin'de 893 DM hastasının yer aldığı bir çalışmada depresyon oranı %56,1 ve anksiyete oranı %43,6 olarak saptanmış, bu oranların Çin toplumundaki genel oranlardan yüksek olduğu bildirilmiştir [445].

Çalışmamızda kronik hastalık varlığı ve sayısı ile COVID-19 risk algısı, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında ilişki saptanmamasının nedeni kanser dışında ek hastalığı olan katılımcıların hastalıklarının kontrol altında ve günlük yaşamlarında ek sıkıntıya neden olmuyor olması olabilir.

Katılımcıların sosyal medyada harcadığı zamanın artması/azalması ile COVID-19 risk algısı, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu durumun nedeni katılımcıların COVID-19 pandemisi ile ilgili olarak değil toplam sosyal medya kullanım sürelerine göre yanıt vermeleri olabilir. Katılımcılar sosyal medyada harcadıkları süreye göre ortalama altındakiler ve üstündekiler olarak gruplandırıldıklarında sosyal medyada daha fazla zaman harcayan katılımcılarda COVID-19 risk algısı ve anksiyete düzeyleri anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Ulusal alanyazında internet/sosyal medya kullanma süreleri ile COVID-19 pandemisi sürecindeki psikopatolojilerin ilişkisini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Uluslararası alanyazındaki çalışmaların sonuçları çalışmamızla uyumludur.

Çin'de yapılan bir çalışmada sağlık çalışanı olmayan katılımcıların yaklaşık üçte birinin COVID-19 haberleri ile ilgili olarak sosyal medya aracılığıyla günde 2 saat ve üzerinde harcadığı; COVID-19 geçirmiş bireylerle yakın temasta olmanın ve sosyal medya yoluyla COVID-19 haberlerine günde 2 saat ve üzerinde vakit harcamanın olası kaygı ve depresyon ile ilişkilendirildiği bildirilmiştir [428]. Fullana ve arkadaşları çalışmalarında, sağlıklı / dengeli bir diyetin ve COVID-19 ile ilgili haber / güncellemeleri daha az okumanın, daha düşük anksiyete belirtisi şiddetinin en iyi belirleyicileri olduğunu bildirmiştir [446]. Çin'de 908 katılımcı ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %12'sinde en az orta derecede depresyon ve %24'ünde orta derecede kaygı olduğu; COVID-19 kaygısı, anksiyete ve depresyon düzeylerinin, birbirleriyle ve sorunlu akıllı telefon kullanımı (SATK) ile ilişkili olduğu ve SATK etkisi kontrol edilerek yapılan analizlerde genel anksiyete ve depresyon belirtisi şiddeti ile COVID-19 anksiyetesi şiddeti arasındaki belirleyici ilişkinin kaybolduğu bildirilmiştir [447].

Çalışmamızdaki katılımcıların %28,6'sı uyku sürelerinde artma, %24,1'i azalma; %31,3'ü iştah artışı, %12,4'ü iştahlarında azalma ve %14,8'i dikkati sürdürebilme becerilerinde artma, %44,4'ü dikkati sürdürebilme becerilerinde azalma bildirmişlerdir. Ulusal alanyazında benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır. Uluslararası alanyazın çalışmamızla uyumludur. Amerika'da yapılan anketlerde de bireyler benzer oranlarda daha az uyuduklarını, uyumsuz yeme davranışlarında artış olduğunu, odaklanmada güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir [118, 120].

Çalışmamızdaki katılımcıların %44,4'ü pandemi ile ilgili toplumsal tepkilerden, %56,4'ü ise basına yansıyan haberlerden olumsuz etkilendiklerini; %44,3'ü devlet kurumlarının, %59,6'sı sağlık çalışanlarının pandemi sürecine yaklaşımlarından olumlu etkilendiklerini belirtmişlerdir. Ulusal alanyazında benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır. Kanada'da yapılan iki çalışmanın sonucunda, medyadan edinilen abartılı veya yanlış bilgilerin toplumda kamu ve sağlık otoritelerine olan güvenin azalmasına neden olabileceği sonucuna ulaşmıştır [114, 115].

Ölçek ve alt ölçeklerin COVID-19 RA, anksiyete ve depresyon kesme puanları ve birbirleriyle ilişkileri incelenmiştir. Tüm örneklem cinsiyet ve cinsiyet + grup etkisi açısından kontrol edildiğinde ZÖ_T ile COVID-RA arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır; depresyon ve anksiyete riski ile ZÖ_T arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Eğitim düzeyleri ile ZÖ_T ve ZÖ-K puanları arasında anlamlı fark vardır. ZÖ_T ile PD_T arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki bulunmaktadır; bu durum bireylerin kendilerine ve çevrelerine ilişkin zihinselleştirme kapasitesinin daha yüksek olması halinde PD düzeylerinin de daha yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir. ZÖ_T ile AU hariç tüm PD alt ölçekleri arasında ilişki vardır. Zihinselleştirme ölçeği alt ölçeklerine ilişkin değerlendirme yapıldığında ZÖ-K'in PD_T ile pozitif yönde orta düzeyde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca ZÖ-K puanları ile anksiyete, depresyon, ÇY düzeyleri arasında negatif yönde; KA ve eğitim düzeyleri arasında ise pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu gösterilmiştir. Bireyin zihinselleştirme becerilerinin artması halinde duruma daha uygun bir risk değerlendirmesi yapabilmesi, stresle başa çıkma için daha uygun mekanizmaları seçerek mevcut duruma ilişkin kontrolünü sağlayabilmesi ve depresyon, anksiyete düzeylerinin daha düşük olması beklenen bir durumdur. Ulusal ve uluslararası alanyazında benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamız Zihinselleştirme Ölçeği kullanılarak COVID-RA, anksiyete ve depresyon düzeylerinin değerlendirildiği ilk çalışmadır. Luyten ve arkadaşları, zihinselleştirmeyi farklı yöntemlerle değerlendirdikleri çalışmalarında, zihinselleştirme

kapasitesindeki yetersizliklerin depresif duyguduruma, depresif duygudurumun da zihinselleştirmede bozulmaya eşlik ettiğini ve bunun da depresif belirtileri artırdığını bildirmişlerdir [448].

ZÖ-K alt ölçeğine ilişkin detaylı tartışmaya kanser hastaları ile ilgili tartışma kısmında yer verilmiştir.

Çalışmamızda cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyleri ile BT düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Grup ve cinsiyet etkisi kontrol edilerek yapılan korelasyon analizlerinde ise BT düzeylerinin anksiyete, depresyon ve COVID-19 risk algısı düzeyleri ile pozitif yönde ve orta derecede ilişkisi olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızla uyumlu olarak, Türkiye'deki 81 ilin 79'undan 18-73 yaş arası 1772 katılımcı ile yapılan bir çalışmada COVID-19 korkusu ile BT ve ruminasyon düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir [449]. Yine ülkemizde yapılmış olan bir başka çalışmada BT düzeyleri ile COVID-19 korkusu arasında ilişki saptanmıştır [434].

İngiltere'de yapılan bir çalışmada BT düzeyleri ile psikopatoloji ve uyuma yönelik olmayan başa çıkma tarzları kullanımı arasında pozitif yönde ilişki olduğu bildirilmiştir [429]. Yunanistan'da 2247 katılımcı ile yapılan ve pandemi sürecinde insomniayı değerlendirmeyi amaçlayan bir araştırmada COVID-19 kaygısı ve BT düzeylerinin uykusuzluk ile pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmiş ancak bu çalışmada BT düzeyleri ile COVID-19 kaygısı arasındaki ilişkiye değinilmemiştir [450].

Çalışmamızdaki BT düzeylerinin yaş değişkeninden etkilenmediği bulgusu ulusal ve uluslararası alanyazındaki çalışmalarla uyumludur [390] ancak tıp öğrencileriyle yapılmış bir çalışmada BT ile psikolojik stres arasında pozitif yönde ilişki olduğu; ayrıca yaşı daha büyük öğrencilerin küçük olanlara göre belirsizliğe daha tahammüllü oldukları bildirilmiştir [403]. İmmün yetmezliği ve AIDS hastaları üzerine yapılan bir çalışmada, yaş ile algılanan hastalığa ilişkin belirsizlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir [451].

Pandemi öncesi dönemde ülkemizde yapılan bir tez çalışmasının sonucunda BT, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında pozitif ilişki bulunduğu; BT, anksiyete ve depresyon düzeylerinin yaş değişkeninden etkilenmediği; BT ve depresyonun cinsiyet değişkeninden etkilenmediği ancak anksiyetenin kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görüldüğü belirtilmiştir [452].

Uluslararası alanyazında bu bulguyu destekleyen [380] ve kadınlarda BT düzeylerinin daha yüksek olduğunu [453] bildiren çalışmalar mevcuttur. Tolin ve

arkadaşları, anksiyete bozukluğu yaşayan bireylerin anksiyete bozukluğu yaşamayan bireylere göre BT puanlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir [454]. Bir çalışma sonucuna göre BT düzeyi düştükçe endişe azaltmakta, BT düzeyi yükseldikçe endişe de artmaktadır [381].

BT ile kaygı ve depresyon ilişkisinin klinik bozukluğu olan örneklemde ele alındığı bir çalışmada sosyal kaygı bozukluğu olan kişilerin, panik bozukluğu olan kişilere göre BTÖ-12'den daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır [400]. Kanadalı bir grup tarafından yapılan bir çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlüğün endişe ve kaygı için kilit bir rol oynadığı ve aralarında güçlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir [388]. Yapılan diğer birçok çalışmanın sonuçları da bu ilişkiyi destekler niteliktedir [380, 389, 391]. Ayrıca alanyazında belirsizliğe tahammülsüzlüğün depresyon düzeyleri ile pozitif yönde ilişkili olduğunu bildiren çok sayıda çalışma bulunmaktadır [393, 394, 455]. Mahoney ve McEvoy, BT ile anksiyete ve depresyon bozuklukları ilişkisini bu çalışmada da kullanılan BTÖ-Kısa Formu ile değerlendirmişler ve çalışmanın sonucunda BT ile anksiyete ve depresyon bozuklukları ilişkisinde cinsiyet açısından farklılık saptamadıklarını bildirmişlerdir [456]. Robichaud da çalışmasında, BT düzeylerinin anksiyetenin önemli bir belirleyicisi olduğunu ancak BT düzeyleri ile anksiyete arasındaki ilişki cinsiyet açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadığını bildirmiştir [457].

Ülkemizde yapılan yayınlanmamış bir tez çalışmasında, BT ve stresle başa çıkma tarzları PO yaklaşım alt boyutları arasında negatif yönde ve orta düzeyde; sosyal destek arama alt boyutu ile BT arasında ise negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir [405].

Çalışmamızda hasta ve kontrol gruplarında, kadınlarda ve erkeklerde en fazla kullanılan baş etme tarzının KGY olduğu gösterilmiştir. Kadınlarda DO başa çıkma, erkeklerde ise PO başa çıkma puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Erkeklerde COVID-19 RA düzeyleri daha düşük bulunmuştur. COVID-19 RA'nın daha düşük olması erkeklerin aktif başa çıkma tarzlarını daha fazla kullanıyor olmaları ve COVID-19 ile ilgili risk değerlendirmesini daha başarılı yapıyor olmaları ile ilgili olabilir.

Ayrıca grup, cinsiyet ve aynı anda cinsiyet ve grup etkisi kontrol edilerek yapılan korelasyonların tümünde SBÇ alt ölçeklerinin hepsi, DO ve PO başa çıkma tarzları ile anksiyete ve depresyon belirti düzeyleri arasında ilişki saptanmıştır. Bu ilişki SDB, KGY ve İY ile negatif; ÇY ve BEY ile pozitif yöndedir. Anksiyete ve depresyon belirti düzeylerinin en kuvvetli ilişkili olduğu alt ölçekler sırasıyla ÇY, İY ve KGY'dir. SBÇ alt

ölçeklerinde sadece ÇY ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır; eğitim düzeyi arttıkça ÇY kullanımı azalmaktadır.

COVID-19 RA düzeyleri kesme puanına göre değerlendirildiğinde PO ve DO baş etme tarzları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır; ancak DO baş etme tarzları ile COVID-19 RA düzeyleri arasında pozitif yönde düşük düzeyde ilişki vardır.

Uluslararası alanyazın incelendiğinde ABD’de yapılan bir çalışmada stresle başa çıkma yöntemlerinden sosyal destek arayışının COVID-19 sırasında en yaygın kullanılan baş etme stratejilerinden biri olduğu bildirilmiştir [183]. Almanya’da yapılan bir çalışmada araştırmamızla uyumlu olarak, COVID-19 ile başa çıkmada problem odaklı stratejilerin daha yaygın olduğu; duygu odaklı başa çıkmada kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark olduğu ve kadınların duygu odaklı stratejileri erkeklerden daha sık kullandıkları bildirilmiştir. Çin’de 7.800 üniversite öğrencisinin yer aldığı bir çalışmada COVID-19 ile ilgili stresli deneyimlerin akut stres bozukluğu puanlarını artırdığı ve bu ilişkiye PD, başa çıkma stratejileri ve sosyal destek arayışının aracılık ettiği bildirilmiştir [458]. Çin’de yapılan ve 1599 katılımcının yer aldığı bir çalışma, olumsuz başa çıkma stiline sahip kişilerin olumlu başa çıkma stiline sahip kişilere göre daha yüksek düzeyde psikolojik sıkıntıya sahip olduklarını göstermektedir [184]. Amerika’da yapılan 1015 katılımcının yer aldığı başka bir çalışmada, en yaygın kullanılan baş etme stratejilerinin dikkat dağıtma, aktif baş etme ve duygusal-sosyal destek arama olduğu; kadınların duygu odaklı stratejileri daha fazla kullandığı; gençlerin, LGBTİ bireylerin ve ekonomik açıdan dezavantajlı grupta olanların genellikle madde kullanımı gibi daha az verimli stratejileri daha fazla kullandıkları bildirilmiştir [183]. Kronik hastalığı olan 267 katılımcının yer aldığı bir çalışmada korelasyon analizleri COVID-19 ile ilgili algılanan stresin, dikkat dağılması, inkâr, madde kullanımı ve kendini suçlama gibi başa çıkma stratejileri ile pozitif ilişkili olduğunu göstermiştir. Hiyerarşik regresyon analizleri sonucunda aktif başa çıkma, inkâr, duygusal destek kullanımı, mizah, din ve kendini suçlamanın, demografik ve psikolojik özellikler kontrol edildikten sonra katılımcıların iyi oluşları ile ilişkili olduğu saptanmıştır [185].

Pandemi öncesi yapılan çalışmalarda ulusal ve uluslararası alanyazın incelendiğinde, başa çıkma yolları ve kaygı arasında güçlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Kaygı kaynakları arttığında ve sürekli hale geldiğinde, kişinin baş etme kaynaklarının pasifleştiği görülmektedir ve sosyal desteğin baş etme yollarını aktive ettiği vurgulanmaktadır [459]. Yüksel ve Özgür çalışmalarında, depresif belirtileri yüksek

olanlarda “boyun eğici”, “çaresiz” yaklaşımların kullanıldığını, “kendine güvenli” ve “iyimser” yaklaşımları kullananlarda ise depresif belirtilerin daha az görüldüğünü bildirmişlerdir [460].

Bir çalışmada erkeklerin aktif ve sorun odaklı başa çıkarma tarzlarını kullandıkları; kadınların ise DO başa çıkma tarzlarını kullandıkları ve daha yüksek anksiyete yaşadıkları bildirilmiştir [461]. Milaniak ve arkadaşları, transplantasyon hastaları ile yaptıkları araştırmada baş etme biçimi olarak sosyal destekten yararlananların ve algılanan sosyal destek düzeyleri yüksek olanların depresyon ve stres açısından daha az kırılgan olduğunu bildirmiştir [462]. Bir başka çalışmada da psikolojik dayanıklılığın, problem odaklı baş etme ile güçlü ve pozitif yönde ilişkili olduğu bildirilmiştir [463].

COVID-19'a özgü endişeler ve yorgunluk düzeylerinin, sosyal ilişki düzeyleri ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada daha yüksek düzeylerde sosyal iletişim içinde olmanın daha düşük stres, yorgunluk ve yaygın anksiyete düzeyleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca bu çalışmada daha fazla sosyal ilişki içinde olanların COVID-19'a özgü endişeleri de daha az yaşadıkları belirtilmiştir. Sosyal iletişim içinde olmanın psikolojik dayanıklılığı artırarak etki göstermiş olabileceği belirtilmiştir [126].

Çalışmamızda sosyal ilişki düzeylerine yönelik sorular yer almamıştır ancak artan PD düzeyleri ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında cinsiyet etkisi kontrol edildiğinde negatif yönde orta düzeyde; cinsiyet ve grup etkisi kontrol edildiğinde ise negatif yönde kuvvetli ilişki saptanmıştır; PD düzeyleri ile COVID-19 RA arasında ise ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ile PD_T arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ve ilişki saptanmamıştır. PD alt boyutları incelendiğinde KA ve GA ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır. Ayrıca PD_T ile stresle başa çıkma tarzlarından PO, İY ve KGY arasında pozitif yönde; DO ve ÇY ile negatif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır.

Ülkemizde COVID- 19 pandemisinin ilk 6 haftasını kapsayan ve çevrimiçi veri toplama metodu ile 220 katılımcının yer aldığı bir çalışmada psikolojik dayanıklılığın öznel iyi oluş ve psikolojik sağlık üzerinde anlamlı ve doğrudan belirleyici etkisi olduğu bildirilmiştir [334].

Amerika Birleşik Devletleri'nde 50 eyaletten 18–35 yaşları arasında 1004 katılımcı ile yapılan bir çevrimiçi anket çalışmasında, PD puanlarının düşük olmasının, depresyon ve anksiyete şiddetinin ve intihar düşüncesi sıklığının yüksek olması ile ilişkili bulunduğu bildirilmiştir [464]. Çin'in 32 eyaletinde ikamet edenlerden toplam 3088 katılımcının çevrim içi anketler yoluyla dahil edildiği bir araştırmada kadın cinsiyet, 45 yaşından genç

olmak, yüksek eğitim düzeyi, pandemi ile ilgili harcanan zamanın artması, psikolojik dayanıklılığın düşük olması ve işsiz olmanın psikolojik stres düzeylerini artırdıkları için risk faktörleri olarak değerlendirilebilecekleri bildirilmiştir. Bu sonuçlar Çin’de yapılmış olan diğer çalışmalarla da uyumludur. Ayrıca erkeklerde PD düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiş; bu durumun COVID-19 pandemisi sırasında daha az stres düzeyi yaşıyor olmalarını açıklayabileceği yorumu yapılmıştır [127].

Stres yanıtında gözlenen cinsiyet farklılıkları genellikle bireylerin sosyal çevresel, psikodinamik ve bilişsel süreçleri üzerindeki farklı etkilere atfedilir [465, 466]. Bu farklılıklara bağlı olarak erkeklerin stresle başa çıkma yanıtlarını kendi kendine yönetme olasılığı daha yüksekken, kadınların dış veya profesyonel yardım alma olasılığı daha yüksektir [425].

Panik bozukluk hastaları ile yapılan bir çalışmada hastaların yarısına 12 seanslık BDT grup terapisi sonrasında ek olarak dört seanslık dayanıklılık ve başa çıkma stratejisi eğitimi verilmiş; hastaların semptom şiddeti, dayanıklılık düzeyleri, başa çıkma stratejileri ve yaşam kaliteleri başlangıçta ve terapi sonrasında değerlendirilmiştir. Terapi sonrasında semptom şiddeti ve uyumsuz başa çıkma stratejilerinin her iki grupta da önemli ölçüde azaldığı; buna ek olarak PD ve başa çıkma yöntemleri eğitimi verilen grupta yaşam kalitesi ve PD düzeylerinde de artma olduğu bildirilmiştir [467].

Pandemi öncesi döneme ilişkin alanyazın incelendiğinde de çalışmamızdaki bulguların alanyazın ile uyumlu olduğu görülmektedir. Ülkemizde yapılan yayınlanmamış bir tez çalışmasında depresif belirtileri olan ve olmayan bireylerin PD düzeyleri karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark gözlemlendiği ve depresif belirtileri olmayan grubun PD puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir [318].

Bir çalışmada yüksek psikolojik dayanıklılığın stres yaratabilecek olaylarda depresif belirtileri önlediği bildirilmiştir [314]. Bir çalışmada şiddet mağduru kadınlarda SCL- 90 ölçeği ile psikolojik belirtiler taranmış; psikolojik dayanıklılığı daha yüksek olan kadınların hem daha az hem de daha düşük şiddette fiziksel ve psikolojik belirti gösterdiği bildirilmiştir [315].

Alanyazında psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireylerin etkin problem çözme baş etme tarzlarını kullanırken [278]; düşük olan bireylerin ise kaçınma ve inkar etme başa çıkma tarzlarını kullandıkları bilgisi yer almaktadır [320]. Sill ve arkadaşları tarafından genç erişkinlerle yapılan bir çalışmada, PD ve psikiyatrik belirtilerin ilişkili olduğunu, başa çıkma tarzları ve kişilik özelliklerinin de bu süreçte aracı değişkenler olabileceğini belirtilmiştir [33].

Bu çalışmada da alanyazınla uyumlu olarak problem odaklı baş etme tarzlarının yüksek psikolojik dayanıklılıkla, duygu odaklı baş etme tarzlarının ise düşük psikolojik dayanıklılıkla ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Bu sonuçlar, psikolojik dayanıklılığın anksiyete ve özellikle depresif belirtilere karşı koruyucu olabileceğini düşündürmektedir ancak bu etkinin ne düzeyde ve hangi mekanizmalar aracılığıyla sağlandığının anlaşılması için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.2. Kanser Hastaları ile İlgili Tartışma

Kanser günümüzde daha sık görülmekte ve tıp bilimi geliştikçe kanser hastalarının hayatta kalma oranları yükselmektedir. Bu nedenle kanser hastalarının ruhsal durumlarının daha iyi anlaşılması, daha etkin müdahale yöntemleri geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılması ve hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi giderek önem kazanmaktadır.

Çalışmamızda kanser hastaları ile kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Kanser hastalarında COVID-19 risk algısı sağlıklı kontrollerden yüksek bulunmuştur; anksiyete ve depresyon düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Fakat hastalarda cinsiyet etkisi kontrol edilerek yapılan analizlerde anksiyete ile depresyon, anksiyete ile TSSB ve depresyon ile TSSB arasında pozitif yönde kuvvetli ilişki saptanmıştır. Ulusal ve uluslararası alanyazında kanser hastaları ve sağlıklı kontrollerin COVID-19 risk algılarını karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Uluslararası alanyazında Hong-Kong'ta yapılan, kanser hastalarında ve sağlıklı kontrollerde COVID-19 risk algısı düzeylerini değil, riske ilişkin felaketleştirme düzeylerini ölçen bir çalışmanın ön sonuçları yer almaktadır. Çalışmada kanser hastalarında felaketleştirmenin daha yüksek düzeylerde olmasına rağmen anksiyetenin daha düşük düzeylerde saptandığı bildirilmiştir [468]. Kanser hastalarında COVID-19 risk algısı, hem hastalığa yakalanma risklerinin daha yüksek ve sağ kalım şanslarının daha düşük olduğunu biliyor olmaları hem de pandemi sürecinde almakta oldukları tedavilerin aksayacağını, bazı tedavilerinin erteleneceğini, hekimlerine ve sağlık hizmetlerine ulaşımının zorlaşacağını düşünmeleri nedeniyle daha yüksek düzeylerde olabilir.

Türkiye'de 1549 hasta ile yapılan bir çalışmada ülkemizde ilk COVID vakasının görüldüğü tarihten sonraki 60 gün içeriğinde KT randevusu ertelenen 220 hastanın %13,6'sının COVID-19 korkusu ve kaygısı nedeniyle randevularını ertelediği, teletıp görüşmelerinden sonra sadece 3 hastanın randevularına gelmemeye devam ettiği bildirilmiştir [469]. Çalışmamızda kanser hastalarının %49,6'sında anksiyete, %20'sinde

ise depresyon riski olduğu belirlenmiştir. Kadın ve erkek bireyler arasında anksiyete düzeyleri açısından fark varken; COVID-RA ve depresyon açısından fark saptanmamıştır. Kadınlarda anksiyete düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

İngiltere’de 18-35 yaş arasında 177 kanser hastası ile yapılan bir çalışmada, pandemi döneminde hastaların 1/3’ünün stres seviyelerinin arttığı, yaklaşık %60’ının ise pandemi öncesi döneme göre daha kaygılı hissettikleri bildirilmiştir [470]. ABD’de 603 over kanseri hastası ile yapılan bir başka çalışmada hastaların %51.4’ü eşik altı veya patolojik düzeyde anksiyete, %26.5’si ise eşik altı veya patolojik düzeyde depresif belirti bildirmişlerdir [471]. Bu çalışmada bildirilen anksiyete ve depresyon belirti düzeylerinin yüksekliği çalışmaya tedavi alan, tedavi bekleyen, tedavisi ertelenmiş hastaların dahil edilmesi ve bir arada değerlendirilmesi ile ilgili olabilir. Wuhan’da 127 kanser hastasının yer aldığı ve HADÖ kullanılan bir çalışmada hastaların %53’ünde anksiyete ve %50’sinde depresyon düzeyleri kesme puanlarının üzerinde saptanmıştır. Hastaların %98’i hayatlarının pandemi sürecinden etkilendiğini, %70’i ise bu süreçte psikolojik destek almaya ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir [428]. Çalışmamızda sadece 3 hasta pandemi süreciyle ilgili olarak psikolojik destek aldığını bildirmiştir. Oranların bu kadar farklı olması çalışmanın, pandeminin en şiddetli olduğu bölgede ve dönemde yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Pandemi döneminde kanser hastaları ile toplumdaki risk algısı, kaygı ve depresyon düzeylerini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Toplum temelli çalışmalarda çalışmamızdan farklı olarak sağlık çalışanlarına da yer verilmiş olması kaygı ve depresyon düzeylerini karşılaştırmamızı zorlaştırmaktadır.

Kanser tanısı alan hastaların yaklaşık %50’sinde psikiyatrik bozukluk geliştiği ve bunun yaklaşık %90’ının hastalığa ve tedaviye tepki olarak ortaya çıktığı pandemi döneminden önce yapılan çalışmalarda bildirilmiştir [7]. Ayrıca psikopatoloji türlerinin ve sıklıklarının, kanserin türüne, evresine, uygulanan tedavi yöntemine ve yan etkilerine bağlı olarak değişkenlik gösterdiği [6]; en sık karşılaşılan psikopatolojinin majör depresyon olduğu [2] ve MDB sıklığının genel popülasyondan 2-3 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Anksiyete bozuklukları ise depresyondan sonra kanser hastalarında en sık görülen ruhsal bozukluklardır [7, 96]. Depresyon ve anksiyete bozuklukları, kanserin tüm aşamalarında yaygın görülmekte ve kanserin evresi ilerledikçe yaygınlıkları artmaktadır. Psikiyatrik komorbidite için en riskli hastalar; geçirilmiş psikiyatrik bozukluk öyküsü olan, başa çıkma stratejileri zayıf olan ve sosyal desteği az olan hastalar olarak değerlendirilmiştir [472].

Çalışmalarda genç olmak, kadın cinsiyet, yetersiz ağrı kontrolü, ileri evre hastalıklar, fonksiyonel kapasite düşüklüğü, hastalığın nüks etmesi, öz saygının düşük olması, aşırı stres, kötü fiziksel şartlar, geçmiş depresyon ve alkol-madde kullanım bozukluğu öyküsü depresyon gelişimi açısından risklerle ilişkili bulunmuştur [245]. Uluslararası bir çalışmada, kadınların (%24,0) erkeklere (%12,9) kıyasla daha yüksek anksiyete oranı bildirdikleri bildirilmiştir [473].

Çalışmamızda kanser hastaları evrelerine göre gruplandırıldığında sadece anksiyete düzeyleri açısından anlamlı farklılık saptanmıştır ve ileri evrelerde olan hastalarda anksiyete düzeyleri daha yüksektir; COVID-19 RA, depresyon ve TSSB düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

13 çalışmadan elde edilen verilerle 1659 mesane kanseri hastasını kapsayan sistematik bir derlemede, depresyon ve anksiyete prevalansının %70'lere kadar çıkabildiği; coğrafi olarak ve tanı öncesi, tedavi sırasında ve sonrasında oranlarda büyük değişiklikler olduğu bildirilmiştir [474].

KT almakta olan kanser hastalarında depresyon risk faktörlerinin belirlenmesi için yapılan 5988 ilişkili olabilecek makalenin tarandığı ve 43 çalışmanın dahil edildiği bir sistematik gözden geçirme çalışmasında, kanser hastalarında yalnızca sosyal destek, kaygı, algılanan stres ve öz yeterlik düzeyleri depresyon ile tutarlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur. Kemoterapi gören kanser hastalarında diğer 61 faktör ile depresyon arasındaki bağlantıyı destekleyecek yeterli kanıt bulunamamıştır [475]. Çalışmamızda hastaların kanser tedavisi için aldıkları ilaçlar ve uygulanan kür sayısı ile araştırma değişkenlerinin ilişkisinin incelenmesi hedeflenmiş ancak bu bilgilerin kayıtlarda yer almaması ve hastalar tarafından bilgi verilememesi nedeniyle bu hedef gerçekleştirilememiştir.

Meme kanseri nedeniyle cerrahi geçiren hastaların ruhsal işlev bozukluğu oranları (%30-47) ile yapılan cerrahi tipleri arasında anlamlı bir fark olmadığı; ameliyattan 1 yıl sonra hastaların % 20-45'inin; 6 yıl sonra ise % 10'unun psikiyatrik sorunlarının hala ciddi şekilde devam ettiği gösterilmiştir [476].

Karabulutlu ve arkadaşları, kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada örneklemin %81,3'ünde depresyon, %61,5'inde anksiyete olduğunu bildirmişlerdir [477]. Akciğer kanseri olan hastalarla yapılan bir çalışmada, hastalarda kötü uyku kalitesi, anksiyete ve depresyon prevalansları sırasıyla % 56.1, % 48.9 ve % 56.1 olarak bildirilmiştir [478]. Başka bir çalışmada ise kanserli hastaların %66'sının depresyon ve anksiyete yaşadıkları bildirilmiştir [479]. Radyoterapi almakta olan 41 kanser hastası ve 20 sağlıklı gönüllü ile yapılan bir araştırmada kanser hastalarında somatik semptom yaygınlığı, depresyon ve

anksiyete düzeyleri sağlıklı kontrollerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek; benlik saygısı ve yaşam kalitesi ise anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Benlik saygısındaki düşme anksiyete düzeylerindeki yükselme anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur [480]. Çin’de 15-39 yaş arasında 551 kanser hastası ile yapılan bir çalışmada ruhsal sıkıntı prevalansı %89,1 olarak bildirilmiştir. Stres termometresi puanlarının 21-25 yaş arası hastalarda en yüksek olduğu; puanların anksiyete ve depresyon ile pozitif; SDB ile negatif korelasyon gösterdiği bildirilmiştir [481]. 303 hastadan oluşan bir çalışmada cerrahi uygulanan meme kanseri hastalarının %27’sinde minör depresyon,%9,6’ında major depresyon, %8,6’sında anksiyete, %6,9’unda fobik bozukluk ve %20’sinde 2 veya daha fazla ruhsal bozukluk olduğu gösterilmiştir [482]. Lübnan’da yapılan ve 115 kanser hastasının yer aldığı bir araştırmada hastaların %29’unda anksiyete, %32’sinde ise depresyon saptandığı; kadınlarda erkeklere göre daha yüksek oranlarda psikopaatoloj gördüğü bildirilmiştir [483]. Gastrointestinal kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada, kanser hastalarının %47,2’sinin anksiyete ve %57’sinin depresyon ölçeklerinden yüksek puan aldıkları görülmüştür [414].

Çalışmamızda hastaların %22,1’inde TSSB puanı kesme noktasının üzerinde yer almıştır. Tokgöz ve arkadaşları, kanser hastaları ile yaptıkları çalışmalarında TSSB yaygınlığının % 6-19 oranlarında değiştiğini bildirmişlerdir [242]. Uluslararası alanyazında kanser hastalarında %32’ye varan oranlarda travma sonrası stres bozukluğu, %80’e varan oranlarda ise kısmi travma sonrası stres bozukluğu belirtileri görüldüğü; bu oranların tedavinin uzaması ve prognozun kötüleşmesi ile daha da artabileceği bildirilmiştir ancak bu konuda yapılan çalışmalar sınırlıdır [5]. Çalışmalarda kanser tanısı aldıktan sonra gelişen akut stresin temel inançlar ve bilgiler ile başarılı bir şekilde bütünleştirildiğinde zamanla azalması beklendiği; bu bütünleşme gerçekleşmediğinde ise TSSB ortaya çıkacağı düşünüldüğü bildirilmektedir [484].

Hastalar ailelerinde kanser öyküsü olanlar ve olmayanlar olarak gruplandırıldıklarında, gruplar arasında anksiyete, depresyon ve TSSB yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Hastaların bildirdikleri YE sayıları ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı ilişki vardır. Hastalar, yaşadıkları YE sayısına göre, ortalama YE sayısı kesme noktası kabul edilecek şekilde, gruplandırıldığında YE sayısı ile COVID-19 RA, depresyon ve TSSB düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken; anksiyete düzeyleri ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ve YE sayısı yüksek olan grupta anksiyete puanları daha yüksektir.

Çalışmamızda yer alan kanser hastalarının %53.9'unda kanser dışında en az bir kronik hastalık tanısı vardır. Hastalar ek hastalıkları olup olmamasına göre gruplandırıldıklarında ise gruplar arasında COVID-19 risk algısı, anksiyete, depresyon ve TSSB ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. COVID-19 risk algısı kesme puanına göre değerlendirildiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; ek hastalığı olan kanser hastalarında risk algısı düzeyleri daha yüksektir.

Alanyazın incelendiğinde, kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada hastaların %74.9'unda bir veya daha fazla ek hastalık olduğu; hastaların %28,2'sinde anksiyete ve %48,2'sinde depresyon olduğu bildirilmiş; diyabet dışındaki tüm kronik hastalıklar ile anksiyete ve tüm kronik hastalıklar ile depresyon varlığı arasında ilişki gösterilmiştir. Ayrıca kronik hastalık sayısının yüksek olmasının anksiyete ve depresyon riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [485].

Çalışmamızda hasta ve kontrol grubu arasında, kadın ve erkek arasında, yaş grupları ve eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında BT düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Hastalar evre ve ek hastalıklarına göre ayrı ayrı gruplandırıldıklarında gruplar arasında BT düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Hasta grubunda cinsiyet etkisi kontrol edildikten sonra BTÖ_T ile anksiyete ve TSSB düzeyleri arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır.

Ulusal ve uluslararası alanyazında pandemi sürecinde kanser hastalarında BT düzeyleri inceleyen bir çalışmaya rastlanmadı.

Pandemi öncesinde kanser hastalarıyla yapılan birçok çalışmada algılanan belirsizlik düzeylerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri ile istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir [486, 487]. Belirsizlik, kanser hastalarının iyileşmeye dair umutlarını azaltabilir, tedavi sürecine ilişkin olumsuz düşünceleri arttırabilir.

İran'da 163 kanser hastasının yer aldığı ve HADÖ kullanılarak yapılan bir çalışmada hastalığa ilişkin algılanan belirsizlik düzeyleri ile anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu, ancak depresyon düzeyleri ile anlamlı ilişki saptanmadığı bildirilmiştir [488]. Hastalığa ilişkin belirsizlik düzeylerinin artmasının yaşam kalitesinde düşme ve depresyon düzeylerinde yükselme ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır [489-491]. Bir çalışmada yaş ve belirsizlik arasında ters yönde ilişki olduğu, yaş arttıkça belirsizliğin azaldığı göstermiştir [492]. 15 çalışmayı kapsayan bir sistematik gözden geçirme çalışmasında elde edilen bulgular, belirsizlik ve psikolojik

rahatsızlık düzeylerinin, kanserin türü, evresi ve hastanın kanser tedavisinin hangi aşamasında olduğu ile önemli ölçüde ilişkili olduğuna dair kanıt sağlamıştır. Ayrıca bu çalışmaların bazılarında duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin BT ve psikopatoloji düzeyleri arasındaki ilişkide aracı rol oynadığı gösterilmiştir [493]. Prostat kanseri olan erkeklerle yapılan bir çalışmada BT düzeyleri, yaygın ve prostat kanserine özgü anksiyete ile anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur [409].

Çalışmamızda hasta ve kontrol grubu stresle başa çıkma tarzları açısından değerlendirildiğinde, BEY, İY ve DO yaklaşım açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Hastalarda duygusal odaklı yaklaşım puanları daha yüksektir. Bu durum bireylerin stresi çözemeyeceğine inandıklarında ya da stres kaynağına uyum sağlaması gereken durumlarda genellikle duygu odaklı başa çıkmayı kullandığı bilgisi ile açıklanabilir. Yani kanser gibi kontrol edilemeyecek olan ve uyum sağlanması gereken süreçte bireylerin DO başa çıkma mekanizmalarını kullanması beklenen bir durumdur. Durumu kabullenme, yadsıma, kendini eleştirme, duygularını açıklama, olumlu açıdan bakmaya çalışma, toplumsal destek arama, kaçınma gibi davranışlar bu tarzla ilişkilidir [150]. Bir çalışmada kronik hastalıklarla baş etmenin en etkin yolunun hastalığa uyum sağlama [166] olduğu; kronik hastalıklar ve baş etme stratejileri ilişkisine bakılan bir araştırmada, duygusal baş etme stratejilerini kullanan hastaların, olumsuz duygulanıma sahip oldukları, özsayıgılarının düşük olduğu ve uyum göstermekte zorlandıkları bildirilmiştir [167]

Hasta grubu cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınlar ve erkekler arasında DO yaklaşım açısından anlamlı fark vardır ve kadınların daha fazla DO kullandıkları görülmektedir. Cinsiyet değişkeni kontrol edilerek yapılan analizlerde ÇY ile anksiyete, depresyon, TSSB; DO ile TSSB düzeyleri arasında pozitif yönde kuvvetli ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca PO yaklaşım ile anksiyete, depresyon ve TSSB düzeyleri arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır.

Jinekolojik kanseri olan kadınlarla yapılan bir çalışmada eğitim seviyeleri ve algılanan sosyal destek puanları yüksek olan hastaların DO başa çıkma tarzlarını daha az, PO başa çıkma tarzlarını daha çok kullandıkları gösterilmiştir [494]. Çalışmamızda kadın hastalarda öğretim düzeyleri ile DO başa çıkma tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır, eğitim düzeyi arttıkça DO puanları azalmaktadır; PO başa çıkma tarzları ile kadın hastaların eğitim düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Erkek hastalarda ise PO başa çıkma tarzları öğretim düzeyleri ile anlamlı olarak ilişkili

bulunmuştur, eğitim düzeyi arttıkça PO puanları artmaktadır. Çalışmamızın bulguları alanyazındaki çalışmalarla uyumludur [495-497].

Aksan tarafından yapılan bir çalışmada, ayakta tedavi görmekte olan birincil meme kanserli kadınlardan oluşan örnekleme stresle duygu odaklı başa çıkma tarzları ile depresyon düzeyleri arasında olumlu yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yani stresle duygu odaklı başa çıkma tarzını kullanma puanları arttıkça, depresyon düzeyi de artmaktadır. Depresif belirti ile stresle problem odaklı başa çıkma tarzları arasında orta düzeyde olumsuz yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur [498]. Yurtiçi alanyazındaki diğer çalışmalar bu çalışmanın bulgularıyla paralellik göstermektedir. Uluslararası alanyazında ise yine bu çalışmanın bulgusuyla paralel olarak depresif belirti ile duygu odaklı başa çıkma tarzları arasında olumlu yönde; problem odaklı başa çıkma tarzları ile olumsuz yönde anlamlı bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir [499].

Meme kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada, en çok kullanılan başa çıkma tarzının SDB olduğu; ayrıca SDB kullanan hastalarda stres düzeylerinin daha düşük, yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir [500].

Williams ve arkadaşları PD ve hastalık arasındaki ilişkide aracı olarak başa çıkma yöntemlerini inceledikleri araştırmalarının sonucunda, PD ile uyum sağlayıcı başa çıkma stratejileri arasında pozitif yönlü; uyum sağlayıcı olmayan stratejilerle ise negatif yönlü bir ilişki saptandığını bildirmişlerdir [320].

Çalışmamızda PD_T açısından hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Hastalarda PD puanları daha yüksektir. PD travmalar sonucu gelişen dinamik bir kavramdır. Hayatı tehdit eden, bireylerin hayatında köklü değişimler meydana getiren, bireyin fonksiyonel, fiziksel, psikolojik, bilişsel, sosyo-ekonomik kapasitelerini olumsuz yönde etkileyen, ciddi bir travma olan kanseri yaşayan hastaların psikolojik dayanıklılıkları bu travma ile güçlenmiş olabilir.

Hasta grubunda kadınlar ve erkekler arasında PD_T puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Tüm hasta grubunda PD_T ile depresyon, anksiyete, TSSB düzeyleri ve DO ile aralarında negatif yönde; PD_T ile PO, ZÖ-K ve ZÖ_T arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Evre etkisi kontrol edildiğinde PD_T ile depresyon ve TSSB düzeyleri arasında negatif yönde kuvvetli; anksiyete düzeyleri ve DO arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır. Ayrıca PD_T ile PO arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ilişki saptanmıştır. Cinsiyet etkisi kontrol edildiğinde ise PD_T ile depresyon ve TSSB düzeyleri arasında negatif yönde kuvvetli ilişki saptanmıştır.

Psikolojik dayanıklılığı yüksek olan kanser hastalarının problem çözme yeteneklerinin yüksek olduğu, stres ile daha kolay baş edebildikleri, yaşamlarının kontrolünü ellerinde bulundurdukları ve yaşadıkları zorlu süreci tehdit olarak algılamak yerine becerilerinin değerlendirildiği bir fırsat olarak algıladıkları bilinmektedir.

Alanyazın incelendiğinde psikolojik dayanıklılığın doğal afetlerden sonra depresyon, TSSB ve genel sağlık için önemli bir koruyucu faktör olduğu gösterilmiştir [333]. ABD’de, COVID-19 pandemisi sürecinde depresyon, anksiyete, TSSB düzeyleri ile ilişkili faktörleri incelemek amacıyla yapılan, genç erişkinlerin yer aldığı bir çalışmada, yüksek yalnızlık ve düşük sıkıntıya tolerans düzeyleri yüksek depresyon, anksiyete ve TSSB düzeyleri ile; yüksek PD seviyeleri ise düşük kaygı ile ilişkili bulunmuştur. Aileden gelen sosyal destek, düşük depresyon ve TSSB belirtileri ile ilişkiliyken, eşlerden veya arkadaşlardan gelen destek herhangi bir sonuç ile ilişkili değildir. Yüksek enstrümental destek seviyeleri, düşük depresyon seviyeleri ile ilişkili bulunmuştur [336].

Ülkemizde yapılan bir çalışmada 20-60 yaş arası, 196 bireyin PD düzeyleri sosyodemografik özellikler ve COVID-19 ile ilgili değişkenler açısından incelenmiştir. Araştırma sonucunda cinsiyet ile PD arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p<.01$) ve kadınların psikolojik dayanıklılıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir [335].

77’si kanser hastası olan toplamda 430 yetişkinin yer aldığı bir çalışmada PO başa çıkma tarzları PD düzeyleri ile pozitif; DO başa çıkma tarzları ile negatif yönde kuvvetli ilişki göstermiştir [501]. Başka bir çalışmada PD düzeyleri düşük olan meme kanseri hastalarının beden imgelerini daha olumsuz algıladıkları ve tedavi yan etkilerinden daha çok şikâyet ettikleri bildirilmiştir [502]. Alanyazında, PD düzeyleri yüksek olan kanser hastalarının düşük psikolojik stres, anksiyete ve depresyon yaşadıkları, yan etkilerle daha rahat baş ettikleri, fiziksel olarak daha aktif oldukları ve yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir [102, 502]. Bir çalışmada ise yoğun strese ve korkuya yol açan metastatik kanser türlerinde PD düzeylerinin yüksek oluşunun duygusal strese karşı koruyucu olduğu bildirilmiştir [317].

Meme kanseri olan hastalar ile yapılan bir araştırmanın sonucunda, psikolojik dayanıklılığa sahip bireylerin sorun odaklı stresle baş etme stratejilerini kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğu ve bunun da travma sonrası büyümenin gelişimini desteklediği bulunmuştur [329].

Sharpley ve arkadaşlarının 425 prostat kanseri hastası ile yaptıkları araştırmaya göre psikolojik dayanıklılığın varlığı sayesinde kanser hastalarının tanı ve tedavi sürecinin getirdiği olumsuzluklarla daha kolay baş ettikleri ve psikolojik dayanıklılığın depresyon

gelişimi açısından koruyucu bir faktör olduğu belirtilmiştir [330]. Türkiye’de Yalçın’ın meme kanserli hastalarda yapmış olduğu çalışmada psikolojik dayanıklılığın stres yaratan yaşam olaylarının negatif etkilerini azaltmada ve psikiyatrik problemlerin oluşmasını önlemede koruyucu bir faktör olduğu belirtilmiştir [331].

Beardslee ve Gladstone, dayanıklılığın artmasıyla hayat olaylarına uyumun artacağını vurgulamışlardır [327]. Kronik hastalık tanısı almış bireylerle yapılan bir çalışmada PD özelliği güçlü olan bireylerin hastalık süreçlerini zihinlerini aktif tutarak, geleceğe dönük yaşayarak ve iyi hissetmelerine sebep olan aktiviteler yaparak geçirdikleri ve bu sayede işlevselliklerini korudukları görülmüştür [503]. Kanser adı bile, terk edilme, korku, çaresizlik, ümitsizlik, tükenmişlik gibi duyguları ve ölümü çağrıştırır. Bu süreçte PD düzeyi, bireylerin tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini doğrudan etkileyerek sürece pozitif yönde katkıda bulunmaktadır [92, 328].

Psikolojik açıdan dayanıklı bireyler travma ile baş edebilme becerisi yüksek olduğu için olumsuz durumlar karşısında daha az stres yaşamakta ve değişen duruma uyumları daha kolay olmaktadır [98]. Yapılan çalışmalarda kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu ve bu durumun yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği, yaşadıkları olumsuz yaşam tecrübeleri sebebiyle psikososyal desteğe ihtiyaç duydukları gösterilmiştir [504].

Çalışmamızda PD alt ölçek puanları incelendiğinde hasta ve kontrol grupları arasında bazı alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur; ulusal ve uluslararası alanyazında alt ölçeklere ilişkin çalışmaya rastlanmamıştır.

Hastalarda AU puanı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. AU, aile üyelerinde paylaşılan değerler, ortak zevkler, aileyle birlikte güzel vakit geçirme, aile içi sadakat ile ilgilidir. Hastalarda AU puanlarının daha yüksek olmasının nedeni hastaların kendiliklerinden çekilen yatırımı ailelerine ve çevrelerine vermeleri, yaşamlarının kısaldığını düşünerek sevdikleri ile daha fazla vakit geçirmek istemeleri ve birlikte geçen vaktin daha kıymetli olduğunu düşünmeleri olabilir.

Hastalarda SK puanının kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Hem kanser hastalarında hem de kadınlarda SK puanları yüksektir. Bu durumun hasta grubundaki kadın sayısının yüksekliği ile açıklanıp açıklanmayacağına ilişkin ileri incelemeler yapılmış ve sonucunda hem kadın hem erkek hastalarda SK kullanımının kanser grubunda daha yüksek olduğu; kontrol grubu ile hasta grubu arasındaki farkın ise kadınlarda daha belirgin olduğu görülmüştür. SK puanlarına hastalığın evresinin etkisi olabileceği düşünülerek erkek ve kadın hastalarda metastaz ve

SK puanlarının ilişkisi değerlendirilmiştir. Her iki grupta da SK puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bu bulgu hastalığın evresinden bağımsız olarak SK kullanımının kanser tanısı ile birlikte arttığı ancak bu artışın kadınlarda daha yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir. SK, arkadaşlar arasında bağlılık hissi, aile dışında birinin desteği, cesaret verme ve alma, takdir edilme gibi durumları ifade eder. Türk kültürü gibi doğu kültürlerinde hasta olan birey çoğunlukla, ailesi ve çevresi tarafından desteklenir ve korunur, hasta olan bireye karşı ilgi artar, hasta ilginin merkezi haline gelir. Bu durum hastalarda sosyal kaynaklar puanlarının sağlıklı kontrollerden daha yüksek olmasının nedeni olabilir.

Ayrıca hasta grubunda GA ile anksiyete, depresyon ve TSSB düzeyleri arasında negatif yönde ve orta şiddette ilişki olduğu saptanmıştır. Geleceğe iyimser bakabilmek, gerçekçi gelecek algısı ve geleceği planlama becerisiyle ilişkili sorularda GA alt ölçeği puanlarının yükselmesi ile psikopatoloji düzeylerinin düşmesi beklentisi çalışmamızın sonuçlarıyla da doğrulanmıştır.

Cinsiyet ve grup etkisi kontrol edilerek yapılan korelasyonlarda zihinselleştirme kapasitesi ile PD arasında ilişki olduğu ve en güçlü ilişkinin KA ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

5.3. Zihinselleştirme Ölçeği ile İlgili Tartışma

Hasta ve kontrol grubu arasında ZÖ_T puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Tüm katılımcılar değerlendirildiğinde ZÖ_T ile KA, PD_T ve PO arasında pozitif yönde, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile arasında ise negatif yönde ilişki saptanmıştır.

Zihinselleştirme ölçeği alt ölçeklerine göre incelendiğinde ise kontrol grubunda ZÖ-K puanları hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Alanyazında sağlıklı bireyler ve kanser hastalarında kendilik temelli zihinselleştirmeye dair çalışma bulunmamaktadır. Bunun nedeni kanser tanısı ile birlikte sağlıklı kendiliğin darbe alması, tehdit altında olması ve hatta kaybedilmesi sonucunda, hastalarda bu süreçle başa çıkmak için zihinselleştirme yatırımının kendiliğin üzerinden çekilmesi ve hastaların dış kaynaklara, sosyal desteğe başvurarak bu süreci yönetmeye çalışması olabilir. Zihinselleştirme potansiyeli çocuklukta gelişir; bu nedenle erişkin dönemde yaşanan stresli yaşam olayları sonucunda zihinselleştirme becerisinin tamamen kaybedilmesi değil zihinselleştirme odağının değişmesi daha olası olabilir. Freyberger'e göre "ikincil aleksitimi" kanser gibi ölümcül veya son evre böbrek hastalığı ve diyaliz

süreci gibi kronik stresli durumlardan sonra ortaya çıkar. Psikanalitik kurama göre bu tür stresli durumlar neredeyse psikotik düzeydeki inkâr gibi savunma mekanizmalarını tetikler ve sonrasında yavaş yavaş aleksitimik özellikler ortaya çıkmaya başlar [505]. Kanser hastalarındaki kendilik temelli zihinselleştirme puanlarındaki düşüklük sekonder aleksitimiden kaynaklanıyor olabilir. Sekonder aleksitimi ve mentalizasyon ilişkini inceleyecek daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda kullanılan zihinselleştirme ölçeğinin bir öz değerlendirme ölçeği olması nedeniyle çalışmanın başında hastaların kendi zihni hakkında doğru değerlendirmeyi yapıyor olduğunu kabul etmemiz gerekmektedir. Zihinselleştirme Ölçeği (ZÖ) zihinselleştirme kapasitesinin yanında bireylerin zihinselleştirme becerilerinin dağılımını da göstermektedir. Hastalarda, projektif çalışmalarla zihinselleştirme becerilerinde azalma olup olmadığının değerlendirilmesinin ardından öz değerlendirme ölçeğinin kullanılması halinde zihinselleştirme becerisinin kendilikten ötekine kaydığına ilişkin hipotez daha net değerlendirilebilir.

Kanser hastalarında araştırma değişkenleri evre açısından kontrol edilerek incelendiğinde ZÖ_T ile KGY, ZÖ_T ile PO arasında pozitif yönde; ZÖ_T ile depresyon düzeyleri arasında negatif yönde kuvvetli; ZÖ_T ile İY arasında ise pozitif yönde orta düzeyde ilişki bulunmuştur. Cinsiyet değişkeni açısından kontrol edildiğinde ise ZÖ_T ile KGY arasında pozitif yönde; ZÖ_T ile depresyon düzeyleri arasında negatif yönde kuvvetli ilişki bulunmaktadır. Ayrıca ZÖ_T ile BEY, ÇY, anksiyete ve TSSB düzeyleri negatif yönde orta düzeyde ilişkilidir. Bu bulgular toplam zihinselleştirme puanları arttığında PO başa çıkma tarzlarının daha çok, DO yaklaşımlarının ise daha az kullanıldığı ve psikopatoloji düzeylerinin zihinselleştirme kapasitesi arttıkça azaldığı şeklinde yorumlanabilir.

Hastalar evre etkisi kontrol edilerek değerlendirildiğinde zihinselleştirme ölçeği alt ölçeklerinden sadece ZÖ-K ile araştırma değişkenleri arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. ZÖ-K düzeyleri ile depresyon arasında negatif yönde kuvvetli, DO başa çıkma tarzları ile negatif yönde ve orta düzeyde; PO ile ise pozitif yönde ve orta düzeyde ilişki olduğu görülmektedir.

Hastalar cinsiyet etkisi kontrol edilerek değerlendirildiğinde ise ZÖ-D ile KGY arasında kuvvetli, ZÖ-D ile PD_T puanları arasında ise orta düzeyde pozitif yönde ilişki olduğu görülmektedir. ZÖ-K ile depresyon, anksiyete, TSSB düzeyleri ve DO negatif yönde; PO, KA, KGY, İY ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Yani hastaların başkalarına ilişkin zihinselleştirme becerileri arttıkça kendilerine güvenli yaklaşımları ve

psikolojik dayanıklılıkları artmakta; kendilerine ilişkin zihinselleştirmeleri arttıkça psikopatoloji düzeyleri azalmaktadır.

Bu bulgular kanser hastalarında zihinselleştirmenin kendilik temelinden uzaklaşarak ötekine yöneldiği hipotezimizi desteklemektedir. Ayrıca bu bulgular psikopatolojiler ve toplam zihinselleştirme kapasitesi ilişkileri açısından asıl farklılığı yaratanın kendilik temelli zihinselleştirmeden kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Bu hipotezi test etmek amacıyla hastalar ZÖ-K puan ortalamalarına göre gruplandırılarak araştırma değişkenlerine ilişkin analizler tekrarlanmış ve SBÇÖ, PD_T alt ölçek puanları ve psikopatoloji düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmıştır. ZÖ-K puanı 26 ve altında olan hastalarda BEY, ÇY, DO kullanımı ve psikopatoloji düzeyleri; ZÖ-K puanı 26 üzerinde olan hastalarda ise YS, KA, SY, KGY, İY ve PO puanları daha yüksektir. Yani kendilik temelli zihinselleştirme kapasitesi puanları yüksek olan hastalar kanser tanısı almış olmalarına rağmen psikopatoloji düzeyleri daha azdır. Bu hastalardaki ZÖ-K puanı yüksekliğinin mevcut kapasitesinin kanser tanısı sonrasında korunmasından mı, yoksa bazal kapasite yüksekliğinden mi kaynaklandığı izlem çalışmaları yapılarak değerlendirilebilir.

Ayrıca gruplandırma yapıldıktan sonra hastalık evresi ve araştırma değişkenlerinin ilişkisi değerlendirilmiştir. ZÖ-K puanı 26 üzerinde olan katılımcılarda hastalık evresi ile ölçek ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmazken; ZÖ-K puanı 26 ve altında olan hastalarda dan ÇY, DO ve anksiyete düzeyleri açısından fark saptanmış ve metastazı olmayanlarda ÇY, DO ve anksiyete düzeylerinin metastazı olan hastalardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

ZÖ-K düzeylerine göre oluşturulmuş gruplarda karşılaştırma yapıldığında tüm TSBÖ alt ölçeklerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış; kendilik temelli zihinselleştirme kapasiteleri daha düşük olanlarda kendisi ve dünya ile ilgili olumsuz bilişler ve kendini suçlama puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Kanser hastalarında kendilik temelli zihinselleştirme ile psikopatoloji ilişkisinin değerlendirildiği iki basamaklı regreyon analizleri yapılmış; kendilik temelli zihinselleştirmenin anksiyete ve depresyon ile negatif yöndeki ilişkisinin düzeyi bu analizlerle de doğrulanmıştır.

Anksiyete için ilk basamakta GA ve İY ile anksiyete düzeyleri arasında negatif ve ÇY ile pozitif anlamlı ilişki saptanmış; ikinci basamakta ise kendilik temelli zihinselleştirme ile anksiyete düzeyleri arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Depresyon için ilk basamakta SK ve İY ile negatif, ÇY ile pozitif ilişki saptanmış; ikinci basamakta kendilik temelli zihinselleştirme ile depresyon düzeyleri arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

TSSB için ilk basamakta KA, SK ve İY ile negatif, ÇY ile pozitif ilişki saptanmıştır ancak ikinci basamakta ise kendilik temelli zihinselleştirme ile TSSB düzeyleri arasında negatif yönde ilişki olmasına rağmen bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

Alanyazında zihinselleştirme ile psikopatoloji ilişkisini inceleyen çalışmalar kişilik bozuklukları üzerine yoğunlaşmıştır. Yakın zamanda zihinselleştirme ile duygudurum bozuklukları arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalar da yapılmaya başlanmıştır. Luyten ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada depresif duygudurumun zihinselleştirmede bozulmaya eşlik ettiği ve bunun da depresif belirtileri arttırdığı gösterilmiştir [448]. Psikopatolojilerle zihinselleştirme ve zihinselleştirmenin hangi boyutunun ilişkili olabileceğine dair ileri çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. İlki, çalışmanın kesitsel olarak tasarlanması nedeniyle nedensel çıkarımları yapmanın güç olmasıdır; izlem çalışmaları planlanarak bu durumun önüne geçilebilir. İkincisi, pandeminin aniden ortaya çıkmış olması nedeniyle pandemi öncesinde bireyin ruh sağlığı yükünü değerlendirememiş olmamızdır. Üçüncü olarak pandemi sürecinde olası enfeksiyonlardan kaçınmak için kanser hastası olmayan katılımcılar ile yüz yüze görüşme yapılamaması nedeniyle elde edilen verilerin ölçek verileri ile sınırlı olması ve katılımcıların çevrimiçi anket formları ile çalışmaya alınmaları nedeniyle seçim yanlılığı olasılığı dikkate alınmalıdır. Sadece Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Birimi'nden alınan hastalarla çalışılmış olması nedeniyle örneklemin kısıtlı olması; çalışmanın, prognozu ve tedavisi farklı olan, farklı kanser türlerinden hastalarla yapılmış olması; sadece aktif tedavi gören hastaların çalışmaya dahil edilmiş olması da çalışmanın kısıtlılıkları arasında sayılabilir. Son olarak araştırma ölçek bataryasında soru sayısının fazla olması katılımcılarda anketleri doldurmakla ilgili isteksizlik yaratmış ve isteksizlik soruların dikkatli biçimde okunup anlaşılmasında ve yanıtlanmasında bir sınırlama yaratmış olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, COVID-19 pandemisi sürecinde tedavi almakta olan kanser hastaları ve kanser hastası olmayan kişiler, PD ve ilişkili olabilecek diğer değişkenler açısından değerlendirilmiştir. Hastalarda PD, stresle başa çıkma tutumları ve zihinselleştirme kapasitesinin anksiyete, depresyon, TSSB ile ilişkili olduğu söylenebilir. PD ve ilişkili faktörlerin incelendiği bu çalışmada kanser hastalarında tedavi sırasında ortaya çıkabilecek psikopatolojilerde PD, başa çıkma tarzları ve kendiliğe ilişkin zihinselleştirme kapasitesinin desteklenmesinin önemi vurgulanmaktadır. Çalışmamızın sonuçları şu şekilde sıralanabilir;

1. Kesme puanlarına göre değerlendirildiğinde araştırmamızdaki katılımcıların %45,6'sı anksiyete, %15,5'i depresyon riski altındadır. Çevrim içi anketler yardımıyla pandemi döneminde toplum ruh sağlığına yönelik taramalar yapılabilir, risk faktörleri belirlenip koruyucu önlemler alınabilir.
2. COVID-19 pandemisi ile ilgili olarak sosyal medyada harcanan sürenin yüksek olması anksiyete ve depresyon riskinde yükselme ile ilişkilidir. Pandemi döneminde internet, teletıp uygulamaları ve günlük rutinleri yeniden sağlamak için kullanılabilir ancak çevrimiçi sosyal ağlar aracılığıyla hem infodemi (aşırı ve asılsız bilgi veya haber salgını) hem de duygusal bulaş göz önüne alındığında, sosyal medyada COVID-19 haberlerine harcanan aşırı zaman konusunda dikkatli olunması gerekmektedir. Asılsız ve aşırı haberlere yönelik önlemler alınması bu durumun yarattığı riskleri azaltabilir.
3. Kanser hastalarının %49,6'sında anksiyete, %20'sinde ise depresyon riski olduğu belirlenmiştir. Kanser tedavisi görmekte olan hastalara psikopatolojilere yönelik tarama programları geliştirilerek psikopatoloji risklerini erkenden belirleyip bunları azaltarak hastaların tedaviye uyumu ve yaşam kaliteleri artırılabilir.
4. Kanser hastalarında kendilik temelli zihinselleştirme (ZÖ-K) anksiyete, depresyon ve TSSB düzeyleri ile ilişkilidir. Hastalarda zihinselleştirme kapasitesini artıracak müdahalelerde bulunulması kanser hastalarının psikopatoloji düzeylerini azaltabilir ve bu sayede yaşam kaliteleri, tedavi uyumları, tedavi başarısı artırılabilir.
5. Hastalığın kabullenilmesinin ardından yapılacak stres yönetimini hedef alan becerilere dayalı müdahaleler; hedef belirleme, bilişsel yeniden yapılandırma,

anlam bulma, iletişim becerileri geliştirme ve sosyal kaynakları kullanma gibi bazı müdahalelerle hastaların psikolojik dayanıklılıklarının gelişmesine katkı sağlanabilir.



KAYNAKLAR

1. Bektaş, H.A., Akdemir, N. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 26(5): 488-499, 2006.
2. Tokgöz, G., et al. Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 9(2): 59-66, 2008.
3. National Comprehensive Cancer Network clinical practice guidelines in oncology: distress management, 2014.
4. Watson, M., et al. Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. The Lancet. 354(9187): 1331-1336, 1999.
5. Breitbart, W.S., Alici Y. Psycho-Oncology. Harvard Review of Psychiatry. 17(6): 361-376, 2009.
6. Ülger, E., et al. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 28(2): 85-92, 2014.
7. Güleç, G. and A. Büyükkınacı, Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar/Cancer and Psychiatric Disorders. Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar. 3(2): 343, 2011.
8. WHO, Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard.
Erişim: <https://covid19.who.int/> Erişim tarihi: 30/08/2020
9. T.C.Sağlık Bakanlığı: COVID-19 bilgilendirme sayfası.
Erişim: <https://covid19.saglik.gov.tr/> Erişim tarihi: 30/08/2020
10. Brooks, S.K., et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The Lancet, 2020.
11. Kamboj, M., Sepkowitz K.A. Nosocomial infections in patients with cancer. The lancet oncology. 10(6): 589-597, 2009.
12. Longbottom, E.R., et al. Features of postoperative immune suppression are reversible with interferon gamma and independent of interleukin-6 pathways. Annals of surgery. 264(2): 370-377, 2016.
13. Liang, W., et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. The Lancet Oncology. 21(3): 335-337, 2020.
14. American College of Surgeons. COVID-19 Guidelines for Triage of Gynecology Patients. 2020.
15. Cortiula, F., et al. Managing COVID-19 in the oncology clinic and avoiding the distraction effect. Annals of oncology. 31(5): 553-555, 2020.
16. Lazarus, R.S., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. 1984: Springer Publishing Company.
17. Şahin, H.N., İş Yerinizdeki Kronik Stres Kaynakları: Stresle Basa Çıkma Olumlu Bir Yaklaşım. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1994.
18. Ollonen, P., Lehtonen, J., Eskelinen, M. Stressful and adverse life experiences in patients with breast symptoms; a prospective case-control study in Kuopio, Finland. Anticancer research. 25(1B): 531-536, 2005.
19. Özgen, F., Aydın H. Travma sonrası stres bozukluğu. Klinik Psikiyatri. 1(34-41), 1999.
20. Kubany, E.S., Ralston, T.C., Hill, E.E. Intense fear, helplessness, "and" horror? An empirical investigation of DSM-IV PTSD Criterion A2. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2(2): 77, 2010.
21. Pearlman, L.A. and K.W. Saakvitne, Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. 1995: WW Norton & Co.

22. Carleton, R.N., Norton, M.P.J., Asmundson, G.J. Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of anxiety disorders*. 21(1): 105-117, 2007.
23. Koerner, N., Dugas, M.J. An investigation of appraisals in individuals vulnerable to excessive worry: The role of intolerance of uncertainty. *Cognitive Therapy and Research*. 32(5): 619-638, 2008.
24. Gentes, E.L., Ruscio, A.M. A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology review*. 31(6): 923-933, 2011.
25. Barahmand, U., Haji, A. The impact of intolerance of uncertainty, worry and irritability on quality of life in persons with epilepsy: Irritability as mediator. *Epilepsy research*. 108(8): 1335-1344, 2014.
26. Choi-Kain, L.W., Gunderson, J.G. Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 165(9): 1127-1135, 2008.
27. Bateman, A.W., Fonagy, P.E. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishing, 2012.
28. Allen, J., Fonagy, P., Bateman, A. *Klinik uygulamada zihinselleştirme*. S. Yelkener, Çev.). Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları, İstanbul, p. 37, 2013.
29. Surtees, P., Pharoah, P., Wainwright, N. A follow-up study of new users of a university counselling service. *British Journal of Guidance and Counselling*. 26(2): 255-272, 1998.
30. Klohnen, E.C. Conceptual analysis and measurement of the construct of ego-resiliency. *Journal of personality and social psychology*. 70(5): 1067, 1996.
31. Luthar, S.S., Cicchetti, D., Becker, B. Research on resilience: Response to commentaries. *Child development*. 71(3): 573-575, 2000.
32. Luthar, S.S., Zigler, E. Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American journal of Orthopsychiatry*. 61(1): 6-22, 1991.
33. Campbell-Sills, L., Cohan, S.L., Stein, M.B. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour research and therapy*. 44(4): 585-599, 2006.
34. Khee, K.S., et al. The psychological impact of SARS on health care providers. *Critical Care and Shock*: 100-106, 2004.
35. Wu, K.K., Chan, S.K., Ma, T.M. Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*. 18(1): 39-42, 2005.
36. Qian, Y., et al. A Survey on Physical and Mental Distress among Cancer Patients during the COVID-19 Epidemic in Wuhan, China. *Journal of Palliative Medicine*, 2020.
37. Cinar, P., et al. Safety at the time of the COVID-19 pandemic: how to keep our oncology patients and healthcare workers safe. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 1(aop): 1-6, 2020.
38. Tsamakis, K., et al. Oncology during the COVID-19 pandemic: challenges, dilemmas and the psychosocial impact on cancer patients. *Oncology Letters*. 20(1): 441-447, 2020.
39. American Cancer Society. What Is Cancer? Erişim: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/what-is-cancer.html>. Erişim tarihi: 20/07/2020.

40. Kumar, V., et al. Robbins Basic Pathology. Elsevier. p. 189 - 243. 2017.
41. Kutluk, T. Kanser konusunda genel bilgiler. TC Sağlık Bak. Kanser Savaş Daire Bşk. Türk Kanser Arş. ve Savaş Kurumu. 1996.
42. Sigerist, H.E. Annual Graduate Fortnight: "Tumors", October 17 to 28, 1932: The Historical Development of the Pathology and Therapy of Cancer. Bulletin of the New York Academy of Medicine. 8(11): 642, 1932.
43. Mukherjee, S. The emperor of all maladies: a biography of cancer. Simon and Schuster. 2010.
44. Boyle, P., Levin, B. Dünya Sağlık Örgütü Uluslar arası Kanser Araştırma Kurumu Dünya Kanser Raporu. Lyon, 2008.
45. Gültekin, M., Boztaş, G. Türkiye kanser istatistikleri. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 43: 12-32, 2014.
46. IARC. All cancers - Global Cancer Observatory. 2018
Erişim: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>. Erişim tarihi: 02.08.2020
47. TÜİK, Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019. Haber bülteni Sayı: 33710 2019
Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33710>.
Erişim Tarihi: 02.08.2020
48. IARC, Dünya Kanser Raporu. Erişim: <https://www.iarc.fr/>.
Erişim tarihi: 02.08.2020
49. GLOBOCAN, World statistics. 2018
Erişim: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>. Erişim Tarihi: 21.07.2020
50. GLOBOCAN, Turkey statistics. 2018
Erişim: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf>. Erişim Tarihi: 21.07.2020
51. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Kanser Daire Başkanlığı. Türkiye Kanser İstatistikleri Raporu. 2019 Erişim: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_statistikleri_2018.pdf. Erişim Tarihi. 02.08.2020
52. American Cancer Society, Sign and Symptoms of Cancer. 2020
Erişim: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/signs-and-symptoms-of-cancer.html>. Erişim Tarihi: 21.07.2020
53. CDC, Cancer Prevention and Control.
Erişim: <https://www.cdc.gov/cancer/dcpc/prevention/screening.htm>
Erişim Tarihi: 21.07.2020
54. Tuncer, M. Kanser in ülkemiz ve dünyadaki önemi, hastalık yükü ve kanser kontrol politikaları. Türkiye’de Kanser Kontrolü, Sağlık Bakanlığı Yayınları. (707): 5-9, 2007.
55. Nil Molinas-Mandel , H.O. Kanser Hastasına Yaklaşım: Tanı, Tedavi, Takipte Sorular. 2 ed. Nobel Tıp Kitabevleri, 2011.
56. ASCO. Cancer Screening 2019 Erişim: <https://www.cancer.net/navigating-cancer-care/prevention-and-healthy-living/cancer-screening>. Erişim Tarihi: 02.08.2020
57. Smith, R.A., et al. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer. CA Cancer J Clin. 52(1): 8-22, 2002.
58. Topuz, E., Aydın A., Dalay N., Kanser Biyolojisi. Klinik Onkoloji. 2000, İstanbul: Tunç Matbaası. 48-53.
59. American Cancer Society, Stages of Cancer. 2020
Erişim: <https://www.cancer.net/navigating-cancer-care/diagnosing-cancer/stages-cancer>. Erişim Tarihi: 21.07.2020

60. ASCO. Cancer Staging System. Erişim: <https://www.cancerstaging.org/references-tools/Pages/What-is-Cancer-Staging.aspx>. Erişim Tarihi: 02.08.2020
61. AJCC Kanser Evreleme Atlası, ed. E. S. 2013, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
62. American Cancer Society, Cancer Treatment.
Erişim: <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types.html>. Erişim Tarihi: 21.07.2020
63. National Cancer Institute, Cancer treatment. Erişim: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment>. Erişim Tarihi: 21.07.2020
64. DeVita, V.T., Chu, E. A history of cancer chemotherapy. Cancer research. 68(21): p. 8643-8653, 2008.
65. Sudhakar, A. History of cancer, ancient and modern treatment methods. Journal of cancer science & therapy. 1(2): 1, 2009.
66. Urruticoechea, A., et al. Recent advances in cancer therapy: an overview. Current pharmaceutical design. 16(1): 3-10, 2010.
67. Baykara, O., Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 5(3): 154-165, 2016..
68. Delaney, G., et al. The role of radiotherapy in cancer treatment: estimating optimal utilization from a review of evidence-based clinical guidelines. Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society. 104(6): p. 1129-1137, 2005.
69. Baskar, R., et al. Cancer and radiation therapy: current advances and future directions. International journal of medical sciences. 9(3): 193, 2012.
70. Conforti, F., et al. Cancer immunotherapy efficacy and patients' sex: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Oncology. 19(6): 737-746, 2018.
71. American Cancer Society, Cancer Treatment Side Effects.
Erişim: <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types.html>. Erişim Tarihi: 21.07.2020
72. Browall, M., et al. A prospective exploration of symptom burden clusters in women with breast cancer during chemotherapy treatment. Supportive Care in Cancer. 25(5): 1423-1429, 2017.
73. Lavdaniti, M., Tsitsis, N. Definitions and conceptual models of quality of life in cancer patients. Health Science Journal. 9(2): 1, 2015.
74. Portenoy, R.K., Itri, L.M. Cancer-related fatigue: guidelines for evaluation and management. Oncologist. 4(1): 1-10, 1999.
75. Rhodes, V.A., McDaniel, R.W. Nausea, vomiting, and retching: complex problems in palliative care. CA: A cancer journal for clinicians. 51(4): 232-248, 2001.
76. Marx, W., et al. Chemotherapy-induced nausea and vomiting: a narrative review to inform dietetics practice. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. 116(5): 819-827, 2016.
77. Mancini, I., Bruera, E. Constipation in advanced cancer patients. Supportive Care in Cancer. 6(4): 356-364, 1998.
78. Arnold, R., et al. Clinical implications of chemotherapy-induced diarrhea in patients with cancer. The journal of supportive oncology. 3(3): 227-232, 2005.
79. Ben-Aharon, I., et al. Interventions for alleviating cancer-related dyspnea: a systematic review, in Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]. 2008, Centre for Reviews and Dissemination (UK).
80. Suhag, V. Palliative therapy in cancer patients: an overview. JK Science. 7(2): 67-72, 2005.

81. Iwamoto, T. Clinical application of drug delivery systems in cancer chemotherapy: review of the efficacy and side effects of approved drugs. *Biological and Pharmaceutical Bulletin*. 36(5): 715-718, 2013.
82. Lavdaniti, M. Assessment of symptoms in cancer patients undergoing chemotherapy in Northern Greece. *Materia socio-medica*. 27(4): 255, 2015.
83. Batmazoğlu, M., et al. Kemoterapiye Bağlı Gelişen Nöropatiye Karşı Venlafaksin Koruyucu Etkinliğinin Araştırılması. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 28(4): 25-36, 2008.
84. Yavuzşen, T., et al. Kanser ve uyku bozuklukları. *Türk Onkoloji Dergisi*. 29(3): 112-119, 2014.
85. Arıkan, K., Kanser hastalarında psikolojik destek. *Klinik gelişim*. 17: 77-86, 2004.
86. Maduro, J., et al., Acute and long-term toxicity following radiotherapy alone or in combination with chemotherapy for locally advanced cervical cancer. *Cancer treatment reviews*. 29(6):471-488, 2003.
87. Derogatis, L.R., et al., The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Jama*. 249(6): 751-757, 1983.
88. Atıcı, E., Tıp tarihinde kanser ve lösemi. *Türk onkoloji dergisi*. 22(4): 197-204, 2007.
89. Lesko, L., Holland, J. Psychological issues in patients with hematological malignancies, in *Supportive Care in Cancer Patients*. 1988, Springer. p. 243-270.
90. Kübler-Ross, E., *On Death and Dying: What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy and Their Own Families*. 2009, Taylor & Francis. p. 9-112.
91. Parkes, C.M., Elisabeth Kübler-Ross, *On death and dying: a reappraisal*. *Mortality*. 18(1): 94-97, 2013.
92. Özkan, S., *Psikoonkoloji*. 2007, İstanbul: Form Reklam Hizmetleri.
93. Green, B.L., et al., Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer. *Psychosomatics*. 39(2): 102-111, 1998.
94. Özkan, S., *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon - Liyezon Psikiyatrisi*. 1993, İstanbul: Roche Yayınları.
95. Avuçan, E.E., İmrek, M., Karaboğa, I. Kanserin Psikososyal Yönleri. *Türk Psikoloji Bülteni*. 12(38): 81-91, 2006.
96. Benjamin J. Sadock, V.A.S., Pedro Ruiz, Kaplan and Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 2017, Lippincott Williams & Wilkins. p. 2250 - 2287.
97. Cho, J., et al., Association between cancer stigma and depression among cancer survivors: a nationwide survey in Korea. *Psycho-Oncology*. 22(10): 2372-2378, 2013.
98. Özçetin, Y.S.Ü., Hiçdurmaz, D. Kanser deneyiminde travma sonrası büyüme ve psikolojik sağlamlık. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 9(4): 388-397, 2017.
99. Ell, K., et al., Economic stress among low-income women with cancer: effects on quality of life. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*. 112(3): 616-625, 2008.
100. Brunault, P., et al., Major depressive disorder, personality disorders, and coping strategies are independent risk factors for lower quality of life in non-metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*. 25(5): 513-520, 2016.
101. Carey, M.P., Burish, T.G. Etiology and treatment of the psychological side effects associated with cancer chemotherapy: A critical review and discussion. *Psychological bulletin*. 104(3): 307, 1988.
102. Hong, J., J. Tian, Wu, L. The influence of chemotherapy-induced neurotoxicity on psychological distress and sleep disturbance in cancer patients. *Current Oncology*. 21(4): 174, 2014.

103. Fallowfield, L.J., et al., Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. British medical journal, 1990. 301(6752): p. 575-580.
104. Yildirim, N.K., et al., Meme Kanserli Hastaların Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi: Bir Yıllık Prospektif Değerlendirme Sonuçları. Noro-Psikiyatri Arsivi. 46(4): 175, 2009.
105. WHO, Coronavirus. Erişim: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab_1 Erişim tarihi: 02/08/2020
106. CDC, Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - Symptoms of Coronavirus. Erişim: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>. Erişim tarihi: 02/08/2020.
107. CDC, Testing for COVID-19. Erişim: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/testing.html> Erişim tarihi: 04/08/2020
108. WHO, Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) - Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Erişim: [https://www.who.int/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Erişim tarihi: 02/08/2020.
109. WHO, WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Erişim: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Erişim tarihi: 02/08/2020
110. Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Layton, J.B. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. PLoS medicine. 7(7): p. e1000316, 2010.
111. Holt-Lunstad, J., Why social relationships are important for physical health: A systems approach to understanding and modifying risk and protection. Annual review of psychology. 69: 437-458, 2018.
112. Kumar, A. and A. Somani, Dealing with Corona virus anxiety and OCD. Asian Journal of Psychiatry, 2020: p. 102053.
113. WHO, Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. Erişim: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf> Erişim tarihi: 02/08/2020
114. Asmundson, G.J., Taylor, S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. Journal of anxiety disorders. 70: 102196, 2020.
115. Asmundson, G.J., Taylor, S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. Journal of Anxiety Disorders. 71: 102211, 2020.
116. Killgore, W.D., et al., Loneliness: A signature mental health concern in the era of COVID-19. Psychiatry Research. 113117, 2020.
117. Mohammed, A., et al., An evaluation of psychological distress and social support of survivors and contacts of Ebola virus disease infection and their relatives in Lagos, Nigeria: a cross sectional study– 2014. BMC Public Health. 15(1):1-8, 2015.
118. Stremikis, K. In COVID-19 Tracking Poll, Californians Report Worsening Mental Health, Cost Worries. Erişim: <https://www.chef.org/blog/covid-19-tracking-poll-californians-report-worsening-mental-health-cost-worries/>. Erişim tarihi: 02/08/2020
119. Ashley Kirzinger, A.K., Liz Hamel and Mollyann Brodie. KFF Health Tracking Poll - Early April 2020: The Impact Of Coronavirus On Life In America. 2020

- Erişim: <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/report/kff-health-tracking-poll-early-april-2020/>. Erişim tarihi: 02/08/2020
120. Association, A.P. New Poll: COVID-19 Impacting Mental Well-Being: Americans Feeling Anxious, Especially for Loved Ones; Older Adults are Less Anxious. 2020 Erişim: <https://www.psychiatry.org/newsroom/news-releases/new-poll-covid-19-impacting-mental-well-being-americans-feeling-anxious-especially-for-loved-ones-older-adults-are-less-anxious>. Erişim tarihi: 02/08/2020
 121. Cacioppo, J.T., Cacioppo, S. Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and personality psychology compass*. 8(2): 58-72, 2014.
 122. Christiansen, J., Larsen, F.B., Lasgaard, M. Do stress, health behavior, and sleep mediate the association between loneliness and adverse health conditions among older people? *Social Science & Medicine*. 152: 80-86, 2016.
 123. Dickerson, S.S., Kemeny, M.E. Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological bulletin*. 130(3): 355, 2004.
 124. Cho, J.H.-J., et al., Associations of objective versus subjective social isolation with sleep disturbance, depression, and fatigue in community-dwelling older adults. *Aging & Mental Health*. 23(9): 1130-1138, 2019.
 125. Juster, R.-P., McEwen, B.S., Lupien, S.J. Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 35(1): 2-16, 2010.
 126. Nitschke, J.P., et al., Resilience During Uncertainty. Greater Social Connectedness During COVID-19 Lockdown is Associated with Reduced Distress and Fatigue. 2020.
 127. Huang, Y., Zhao, N. Chinese mental health burden during the COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry*. 51: 102052, 2020.
 128. Wang, C., et al., Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*. 17(5): 1729, 2020.
 129. T.C.Sağlık Bakanlığı, COVID – 19 Bilgilendirme sayfası. Kurum ve Kuruluşlara Yönelik Önlemler. Erişim: <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/alinan-karalar.html>. Erişim tarihi: 02/08/2020
 130. Rajkumar R. P. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian journal of psychiatry*, 52, 102066, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>.
 131. Downar, J., Seccareccia, D. Life, Palliating a pandemic: “all patients must be cared for”. *Journal of pain and symptom management*. 39(2): 291-295, 2010.
 132. Yu J, Ouyang W, Chua MLK, Xie C. SARS-CoV-2 Transmission in Patients With Cancer at a Tertiary Care Hospital in Wuhan, China. *JAMA Oncol*. 6(7):1108–1110, 2020. doi:10.1001/jamaoncol.2020.0980
 133. Kutikov, A., Weinberg, D. S., Edelman, M. J., Horwitz, E. M., Uzzo, R. G., & Fisher, R. I. A War on Two Fronts: Cancer Care in the Time of COVID-19. *Annals of internal medicine*, 172(11), 756–758, 2020. <https://doi.org/10.7326/M20-1133>
 134. American Society of Clinical Oncology. COVID 19 Patient Care Information. 2020. Erişim: <https://www.asco.org/asco-coronavirus-information/care-individuals-cancer-during-covid-19>. Erişim tarihi: 15/08/2020
 135. Salako, O., et al., Upheaval in cancer care during the COVID-19 outbreak. *ecancermedicalscience*, 2020. 14. doi: [10.3332/ecancer.2020.ed97](https://doi.org/10.3332/ecancer.2020.ed97)

136. Tsamakidis, K., et al., COVID-19 related stress exacerbates common physical and mental pathologies and affects treatment. *Experimental and Therapeutic Medicine*. 20(1): 159-162, 2020.
137. de Boer, A.G., et al., Long-term work retention after treatment for cancer: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Cancer Survivorship*: 14(2):135-150, 2020.
138. Van Egmond, M., et al., Barriers and facilitators for return to work in cancer survivors with job loss experience: a focus group study. *European journal of cancer care*. 26(5): e12420, 2017.
139. Reed, S.C., et al., Fear of cancer recurrence and associations with mental health status and individual characteristics among cancer survivors: Findings from a nationally representative sample. 2018, American Society of Clinical Oncology.
140. Carrera, P.M., Kantarjian, H.M., Blinder, V.S. The financial burden and distress of patients with cancer: understanding and stepping-up action on the financial toxicity of cancer treatment. *CA: a cancer journal for clinicians*. 68(2): 153-165, 2018.
141. Online Etymology Dictionary-Stress.
Erişim: <https://www.etymonline.com/word/stress>. Erişim tarihi: 09/08/2020
142. Selye, H., The Evolution of the Stress Concept: The originator of the concept traces its development from the discovery in 1936 of the alarm reaction to modern therapeutic applications of syntoxic and catatonic hormones. *American scientist*. 61(6): 692-699, 1973.
143. Goldstein, D.S., Kopin, I.J. Evolution of concepts of stress. *Stress*. 10(2): 109-120, 2007.
144. Selye, H., Fortier, C. Adaptive reaction to stress. *Psychosomatic medicine*, 1950.
145. Freud, S., *Ketvurmalar, Belirtiler ve Anksiyete*. 1926: p. 93.
146. Demir, V., Bilinçli farkındalık temelli hazırlanan eğitim programının bireylerin depresyon ve stres düzeyleri üzerine etkisi. 2014, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
147. Ceylan, M., Stresle başa çıkmada bilişsel stratejilerin kullanılmasında cinsiyet ve kişilik değişkeninin etkisi. Unpublished master's thesis). Ege University, İzmir, Turkey, 2005.
148. Kaya, M., et al., Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 18(2): 137-146, 2007.
149. Atkinson, M., Violato, C. Neuroticism and coping with anger: The trans-situational consistency of coping responses. *Personality and Individual Differences*. 17(6): 769-782, 1994.
150. Atkinson, R.L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J. ve Nolen-Hoeksema, S., *Psikolojiye Giriş* 3ed. 2006: Arkadaş Yayınevi.
151. Endler, N.S., Parker, J. D. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 58(5): 844- 854, 1990.
152. Folkman, S., Lazarus, R.S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*. 21(3):219-239, 1980.
153. Folkman, S., Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of personality and social psychology*. 46(4): 839, 1984.
154. Billings, A.G., Moos, R.H. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of behavioral medicine*. 4(2): 139-157, 1981.

155. Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*. 56(2):267, 1989.
156. Fleishman, J.A., Personality characteristics and coping patterns. *Journal of health and social behavior*. 25(2): 229-244, 1984.
157. Folkman, S., et al., Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*. 50(5): 992, 1986.
158. Bryant, R.A., Harvey, A.G. Avoidant coping style and post-traumatic stress following motor vehicle accidents. *Behaviour research and therapy*. 33(6): 631-635, 1995.
159. Parkes, K.R., Coping in stressful episodes: The role of individual differences, environmental factors, and situational characteristics. *Journal of personality and social psychology*. 51(6): 1277, 1986.
160. Vingerhoets, A.J., Van Heck, G.L. Gender, coping and psychosomatic symptoms. *Psychological medicine*. 20(1): 125-135, 1990.
161. Jorgensen, R.S., Dusek, J.B. Adolescent adjustment and coping strategies. *Journal of personality*. 58(3): 503-513, 1990.
162. Wingo, A.P., Baldessarini, R.J., Windle, M. Coping styles: Longitudinal development from ages 17 to 33 and associations with psychiatric disorders. *Psychiatry research*. 225(3): 299-304, 2015.
163. Soderstrom, M., et al., The relationship of hardiness, coping strategies, and perceived stress to symptoms of illness. *Journal of behavioral medicine*. 23(3): 311-328, 2000.
164. Arslan, G., Psychological maltreatment, coping strategies, and mental health problems: A brief and effective measure of psychological maltreatment in adolescents. *Child Abuse & Neglect*. 68: 96-106, 2017.
165. Matud, M.P., Gender differences in stress and coping styles. *Personality and individual differences*. 37(7): 1401-1415, 2004.
166. Seki Öz, H., Multiple Sklerozlu Hastaların Stresle Baş Etme Tarzlarının ve Psikiyatrik Belirtilerinin Değerlendirilmesi. 2013.
167. Felton, B.J., Revenson, T.A. Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *J Consult Clin Psychol*. 52(3): 343-53, 1984.
168. Allgöwer, A., Wardle, J., Steptoe, A. Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women. *Health psychology*. 20(3): 223, 2001.
169. Penland, E.A., et al., Possible selves, depression and coping skills in university students. *Personality and Individual Differences*. 29(5): 963-969, 2000.
170. Bilge, A., Çam, O. Kanseri önlemede önemli bir faktör olarak kadınların stres ile başa çıkma tarzları ve sağlık inanışlarının incelenmesi*/Investigation of women's styles of coping with stress in the prevention of cancer and their health beliefs. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 9(1): p. 16, 2008,
171. Aydoğan, T., et al., Güncel Çevresel Risk Faktörlerinin Meme Kanserine Etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 9: 176-182, 2013.
172. Xiang, Y.-T., et al., Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*. 7(3): 228-229, 2020.
173. Kang, L., et al., The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*. 7(3): p. e14, 2020.

174. Lau, J., et al., Monitoring of perceptions, anticipated behavioral, and psychological responses related to H5N1 influenza. *Infection*. 38(4): p. 275-283, 2010.
175. Hollifield, M., et al., Symptoms and coping in Sri Lanka 20–21 months after the 2004 tsunami. *The British Journal of Psychiatry*. 192(1): 39-44, 2008.
176. Huang, J., et al., Post-traumatic stress disorder status in a rescue group after the Wenchuan earthquake relief. *Neural regeneration research*. 8(20): 1898, 2013.
177. Scheenen, M.E., et al., Patients “at risk” of suffering from persistent complaints after mild traumatic brain injury: the role of coping, mood disorders, and post-traumatic stress. *Journal of neurotrauma*. 34(1): 31-37, 2017.
178. Taylor, M.R., et al., Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: data from Australia's first outbreak of equine influenza. *BMC public health*. 8(1): 347, 2008.
179. Westerhuis, W., et al., Coping style and quality of life in patients with epilepsy: a cross-sectional study. *Journal of neurology*. 258(1): 37-43, 2011.
180. Sliter, M., Kale, A., Yuan, Z. Is humor the best medicine? The buffering effect of coping humor on traumatic stressors in firefighters. *Journal of Organizational Behavior*. 35(2): 257-272, 2014.
181. Wu, K.K., Chan, S.K., Ma, T.M. Posttraumatic stress after SARS. *Emerging infectious diseases*. 11(8): 1297, 2005.
182. Leung, G., et al., The impact of community psychological responses on outbreak control for severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 57(11): 857-863, 2003.
183. Park, C.L., et al., Americans' COVID-19 Stress, Coping, and Adherence to CDC Guidelines. *Journal of General Internal Medicine*, 2020: p. 1.
184. Wang, H., et al., The psychological distress and coping styles in the early stages of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic in the general mainland Chinese population: A web-based survey. *Plos one*. 15(5): p. e0233410, 2020.
185. Umucu, E., Lee, B. Examining the impact of COVID-19 on stress and coping strategies in individuals with disabilities and chronic conditions. *Rehabilitation Psychology*, 2020.
186. Doğan, S., Deprem ve işkence sonrası oluşan travma sonrası stres bozukluğunun karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi, in *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı*. 2001, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi: Ankara. p. 14-35.
187. Amerikan Psikiyatr Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. 2013, Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 146-151.
188. Briere, J.N., Scott, C. , Travma Terapisinin İlkeleri Belirtiler, Değerlendirme, ve Tedavi için Bir Kılavuz - DSM-5 için Güncellenmiş. 2016, İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
189. Herman, J.L., Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror. 1992, New York: New York: Basic Books.
190. De Bellis, M.D., Van Dillen, T. Childhood post-traumatic stress disorder: An overview. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2005.
191. Ellenberger, H., The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry. Vol. 1. 1970, New York: New York: Basic Books.
192. OCCWG, Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 35(7): 667-681, 1997.
193. Türkçapar, H., Bilişsel Terapi, Temel İlkeler ve Uygulama. 10 ed. 2017, Ankara: Boylam Psikiyatri Enstitüsü.

194. Janoff-Bulman, R., Victims of Violence. Psychotraumatology., ed. D. Meichanbaum. 1995, New York: Plenum Pres.
195. Koss, M.P., Figueredo, A.J., Prince, R.J. Cognitive mediation of rape's mental, physical and social health impact: Tests of four models in cross-sectional data. *Journal of consulting and clinical psychology*. 70(4): 926, 2002.
196. Ehlers, A., Clark, D.M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*. 38(4): 319-345, 2000.
197. Holman, E.A., Silver, R.C. Getting" stuck" in the past: temporal orientation and coping with trauma. *Journal of personality and social psychology*. 74(5):1146, 1998.
198. Janoff-Bulman, R., Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social cognition*. 7(2): 113-136, 1989.
199. Dekel, R., et al., World assumptions and combat-related posttraumatic stress disorder. *The Journal of social psychology*. 144(4): 407-420, 2004.
200. Lilly, M.M., Howell, K.H., Graham-Bermann, S. World assumptions, religiosity, and PTSD in survivors of intimate partner violence. *Violence against women*. 21(1): 87-104, 2015.
201. Freh, F.M., Chung, M.C., Dallos, R. In the shadow of terror: Posttraumatic stress and psychiatric co-morbidity following bombing in Iraq: The role of shattered world assumptions and altered self-capacities. *Journal of psychiatric research*. 47(2): 215-225, 2013.
202. Amir, M., Kaplan, Z., Kotler, M. Type of trauma, severity of posttraumatic stress disorder core symptoms, and associated features. *The Journal of General Psychology*. 123(4): 341-351, 1996.
203. Foa, E.B., et al., The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological assessment*. 11(3): 303, 1999.
204. Dunmore, E., Clark, D.M., Ehlers, A. Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour research and therapy*. 37(9): 809-829, 1999.
205. Foa, E.B., Jaycox, L.H. Cognitive-behavioral theory and treatment of posttraumatic stress disorder. 1999: p. 23-61.
206. Wenninger, K., Ehlers, A. Dysfunctional cognitions and adult psychological functioning in child sexual abuse survivors. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*. 11(2): 281-300, 1998.
207. Moser, J.S., et al., Posttraumatic stress disorder symptoms in trauma-exposed college students: The role of trauma-related cognitions, gender, and negative affect. *Journal of Anxiety Disorders*. 21(8): 1039-1049, 2007.
208. Ehlers, A., Maercker, A., Boos, A. Posttraumatic stress disorder following political imprisonment: The role of mental defeat, alienation, and perceived permanent change. *Journal of abnormal psychology*. 109(1): 45, 2000.
209. Cieslak, R., Benight, C.C., Lehman, V.C. Coping self-efficacy mediates the effects of negative cognitions on posttraumatic distress. *Behaviour research and therapy*. 46(7): 788-798, 2008.
210. Hatcher, M.B., Whitaker, C., Karl, A. What predicts post-traumatic stress following spinal cord injury. *British journal of health psychology*. 14(3): 541-561, 2009.
211. Agar, E., Kennedy, P., King, N.S. The role of negative cognitive appraisals in PTSD symptoms following spinal cord injuries. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 34(4): 437, 2006.

212. Beck, A., Cognitive therapy and the emotional disorders. 1976, New York: International Universities Press.
213. Gyllensköld, K., On having breast cancer--psychologic reactions at discovery and information about the diagnosis. *Lakartidningen*. 71(24): 2471, 1974.
214. Kanat, B.B., Özpolat, A.G.Y. Kanser hastalarında travma sonrası büyüme kavramı. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*. 7(4): 106-110, 2016.
215. Ziyalar, A., Beden İmajı Kavramı. Yeni Sempozyum, Cerahpasa Tıp Fakültesi Dergisi: 1-2, 1985.
216. Kavradım S, Özer, Z., Hope in Patients with Cancer. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 6(2): 154-164, 2016.
217. Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. " Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological inquiry*. 15(1): 1-18, 2004.
218. Tünel, M., et al., Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 21(3): 189-219, 2012.
219. Kılıç, C., Ruhsal travma sonrası stres bozukluğu gelişiminin belirleyicileri: Bir gözden geçirme. *Psikolojik travma ve sonuçları*, 2003: p. 51-77.
220. Gallagher, M.W., et al., The unexpected impact of expressive writing on posttraumatic stress and growth in Chinese American breast cancer survivors. *Journal of clinical psychology*. 74(10): 1673-1686, 2018.
221. Carlson, L.E., Bultz, B.D. Cancer distress screening: needs, models, and methods. *Journal of psychosomatic research*. 55(5): 403-409, 2003.
222. Berrios, G., Anxiety disorders: A conceptual history. *Journal of affective disorders*, 1999.
223. Şeref, Ö., Anksiyete Bozuklukları. 2006, TPD Yayınları: Ankara. p. 3-4.
224. Arkonaç, O., Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü. 1999, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
225. Stanley M.A., Beck, G.J. Anxiety disorders. *Clin Psychol Rev*. 20 (6): 731– 754, 2000.
226. Uzbay, İ.T., Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 5(1): 5-13, 2002.
227. Beck, A.T., Emery, G., Greenberg, R. L., Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. 2005: Basic Books.
228. Newman, M.G., et al., Worry and generalized anxiety disorder: a review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. *Annual review of clinical psychology*. 9: 275-297, 2013.
229. Remes, O., Brayne, C., Lafortune, L. The prevalence of anxiety disorders across the life course: a systematic review of reviews. *The Lancet*. 384: S66, 2014.
230. Binbay, T., et al., Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Derg*. 25: 264-81, 2014.
231. McLean, C.P., et al., Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of psychiatric research*. 45(8): 1027-1035, 2011.
232. Aydemir, Y., et al., Kronik solunum ve kalp hastalıklarında anksiyete ve depresyon sıklığı ve ilişkili özelliklerin değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*. 5(4): 199-203, 2015.
233. Ateşçi, F.Ç., et al., Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Derg*. 14: 145-152, 2003.
234. Özkan, S., Alçalar, N. Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 2009. 5(2).

235. Benjamin Sadock, Pedro Ruiz, Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Science/Clinical Psychiatry. 2015, Lippincott Williams & Wilkins. p. 348.
236. Hasin, D.S., et al., Epidemiology of adult DSM-5 major depressive disorder and its specifiers in the United States. *JAMA psychiatry*. 75(4): 336-346, 2018.
237. Küey, L., Güleç, C. Depresyonun epidemiyolojisi. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1993: 53-68.
238. Üniversitesi, B., Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi: MaliyetEtkilik Final Raporu. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı, 2004. 129.
239. Ralph W., Swindle, J., Cronkite, R.C., Moos, R.H. Risk factors for sustained nonremission of depressive symptoms: a 4-year follow-up. *The Journal of nervous and mental disease*. 186(8): 462-469, 1998.
240. Szádóczy, E., et al., Predictors for 2-year outcome of major depressive episode. *Journal of Affective Disorders*. 83(1): 49-57, 2004.
241. Oltmans, F.T., Neale, J.M., Davison, G.C. , Anormal Davranışlar Psikolojisinde Vak'a Çalışmaları. 2003, Türk Psikologlar Derneği Yayınları: Ankara. p. 107-128.
242. Tokgöz, G., et al. Kanserli hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ruhsal gelişim. *Yeni Symposium*. 46(2):51-61, 2008.
243. Kadan-Lottick, N.S., et al., Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*. 104(12): 2872-2881, 2005.
244. Miovic, M., Block, S. Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer*. 110(8): 1665-1676, 2007.
245. Mete, H., Önen Ö, Kanserli hastalarda depresyon. *Duygudurum Dizisi*. 4: 184-191, 2001.
246. Wasan, A.D., Artamonov, M., Nedeljkovic, S.S. Delirium, depression, and anxiety in the treatment of cancer pain. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*. 9(3): 139-144, 2005.
247. Wilson, K.G., et al., Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *Journal of pain and symptom management*. 33(2): 118-129, 2007.
248. Whitlock, F., Siskind, M. Depression and cancer: A follow-up study. *Psychological Medicine*. 9(4): 747-752, 1979.
249. Guo, Y., et al., The diagnosis of major depression in patients with cancer: a comparative approach. *Psychosomatics*. 47(5): 376-384, 2006.
250. Lim, L., Diagnosis and management of depression in terminal cancer. *Chinese Journal of Medical Education Research*. 16(2): 88-96, 2007.
251. Elbi, H., Kanser ve psikiyatrik sorunlar. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri-Özel Konular*. 7(4): 5-10, 2014.
252. Thompson, L.M., et al., Pain, Depression, and Anxiety in Cancer, in *Handbook of Pain and Palliative Care*. 2018, Springer. p. 625-651.
253. Marrs, J.A., Stress, fears, and phobias: the impact of anxiety. *Clin J Oncol Nurs*. 10(3): 319-22, 2006.
254. Karakoyun-Celik, O., et al., Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Medical Oncology*. 27(1): 108-113, 2010.
255. Fletcher, D., Sarkar, M. Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European psychologist*. 18(1): 12, 2013.
256. Soanes, C., Stevenson, A., *Oxford dictionary of English*. 2 ed. 2006, Oxford, UK: Oxford University Press.

257. Kobasa, S.C., Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*. 37(1): 1-11, 1979.
258. Earvolino-Ramirez, M. Resilience: A concept analysis. in *Nursing forum*. 2007. Wiley Online Library.
259. Maddi, S.R., On hardiness and other pathways to resilience. *American Psychologist*. 60(3): 261-262, 2005.
260. Rutter, M., Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British journal of psychiatry*. 147(6): 598-611, 1985.
261. Basim, H.N., Çetin, F. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2), 104-114, 2011.
262. Şahin, M., Yetim, A., Çelik, A. Psikolojik sağlamlığın gelişiminde koruyucu bir faktör olarak spor ve fiziksel aktivite. *The Journal of Academic Social Science Studies*. 5(8): 373-380, 2012.
263. Kobasa, S.C., Maddi, S.R., Kahn, S. Hardiness and health: a prospective study. *Journal of personality and social psychology*. 42(1): 168, 1982.
264. Gentry, W.D., Kobasa, S. Social and psychological resources mediating stress-illness relationships in humans. *Handbook of behavioral medicine*. 1: 87-116, 1984.
265. Funk, S.C., Hardiness: a review of theory and research. *Health psychology*. 11(5): 335, 1992.
266. Masten, A.S., et al., Competence under stress: risk and protective factors, in *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology*, A.S. Masten, et al., Editors. 1990, Cambridge University Press: Cambridge. p. 236-256.
267. Masten, A.S., Best, K.M., Garmezy, N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and psychopathology*. 2(4): 425-444, 1990.
268. Hunter, A.J., A cross-cultural comparison of resilience in adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*. 16(3): 172-179, 2001.
269. Fraser, M.W., Galinsky, M.J., Richman, J.M. Risk, protection, and resilience: Toward a conceptual framework for social work practice. *Social work research*. 23(3): 131-143, 1999.
270. Felten, B.S., Hall, J.M. Conceptualizing resilience in women older than 85. *Journal of gerontological nursing*. 27(11): 46-53, 2001.
271. Yates, T.M., Egeland, B., Sroufe, L.A. Rethinking resilience: A developmental process perspective. 2003.
272. Rutter, M., Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1094(1): 1-12, 2006.
273. Bartone, P.T., et al., Psychological hardiness predicts success in US Army Special Forces candidates. *International Journal of Selection and Assessment*. 16(1): 78-81, 2008.
274. Cicchetti, D., Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World Psychiatry*. 9(3): 145, 2010.
275. Öztürk, M.O., Uluşahin, A., *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 13 ed. 2015, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
276. Akyüz, M., *Meme Kanseri Tanılı Hastalarda, Dindarlık Düzeyi İle Psikolojik Dayanıklılık ve Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişkinin Araştırılması*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya, 2017.
277. Maddi, S.R., et al., The personality construct of hardiness, III: Relationships with repression, innovativeness, authoritarianism, and performance. *Journal of personality*. 74(2): 575-598, 2006.

278. Nowack, K.M., Coping style, cognitive hardiness, and health status. *Journal of behavioral medicine*. 12(2): 145-158, 1989.
279. Sinclair, R.R., Tetrick, L.E. Implications of item wording for hardiness structure, relation with neuroticism, and stress buffering. *Journal of research in personality*. 34(1): 1-25, 2000.
280. Kamya, H.A., Hardiness and spiritual well-being among social work students: Implications for social work education. *Journal of social work education*. 36(2): 231-240, 2000.
281. Holt, P., Fine, M.J., Tollefson, N. Mediating stress: Survival of the hardy. *Psychology in the Schools*. 24(1): 51-58, 1987.
282. Kobasa, S.C., Puccetti, M.C. Personality and social resources in stress resistance. *Journal of personality and social psychology*. 45(4): 839, 1983.
283. Friberg, O., et al., A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International journal of methods in psychiatric research*. 12(2): 65-76, 2003.
284. Friberg, O., et al., Resilience in relation to personality and intelligence. *International journal of methods in psychiatric research*. 14(1): 29-42, 2005.
285. Çetin, F., Yeloğlu, H.O., Basım, H.N. Psikolojik dayanıklılığın açıklanmasında beş faktör kişilik özelliklerinin rolü: Bir kanonik ilişki analizi. *Türk Psikoloji Dergisi*. 30(75): 81-92, 2015.
286. Bitmiş, M., Sökmen, A., Turgut, H. Psikolojik dayanıklılığın tükenmişlik üzerine etkisi: örgütsel özdeşleşmenin aracılık rolü. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 15(2): 27, 2013.
287. Florian, V., Mikulincer, M., Taubman, O. Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping. *Journal of personality and social psychology*. 68(4): 687, 1995.
288. Crowley, B.J., The relationship between hardiness and responses to life events in adulthood. 1997, University of North Texas.
289. Maddi, S.R., Hightower, M. Hardiness and optimism as expressed in coping patterns. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*. 51(2): 95, 1999.
290. Tugade, M.M., Fredrickson, B.L., Feldman Barrett, L. Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of personality*. 72(6): 1161-1190, 2004.
291. Haase, J.E., The adolescent resilience model as a guide to interventions. *Journal of Pediatric oncology nursing*. 21(5): 289-299, 2004.
292. Hawley, D.R., DeHaan, L. Toward a definition of family resilience: Integrating life-span and family perspectives. *Family process*. 35(3): 283-298, 1996.
293. Garnezy, N., Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*. 56(1): 127-136, 1993.
294. Masten, A.S., Reed, M.-G.J. Resilience in development, in *Oxford Handbook of Positive Psychology*, 2009. p. 117-132.
295. Masten, A.S., Shaffer, A. , How families matter in child development: Reflections from research on risk and resilience, in *Families count: Effects on child and adolescent development* J.D. A. Clarke-Stewart, Editor. 2006, Cambridge University Press. p. 5-25.
296. Masten, A.S., Obradović, J. Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1094(1): 13-27, 2006.
297. Masten, A.S., Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and psychopathology*. 19(3): 921-930, 2007.

298. Masten, A.S., Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity: Challenges and prospects, in Educational resilience in inner city America: Challenges and prospects. 1994, Lawrence Erlbaum. p. 3-25.
299. Garnezy, N., Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American behavioral scientist*. 34(4): 416-430, 1991.
300. Garnezy, N., Streitleman, S. Children at risk: The search for the antecedents of schizophrenia: I. Conceptual models and research methods. *Schizophrenia Bulletin*. 1(8): 14, 1974.
301. Erikson, E.H., İnsan 8 Evresi. 2014: Okuyan Us Yayınları.
302. Nash, J.K., Fraser, M.W. After-school care for children: A resilience-based approach. *Families in Society*. 79(4): 370-383, 1998.
303. O'Dwyer, S.T., et al., In their own words: How family carers of people with dementia understand resilience. *Behavioral Sciences*. 7(3): 57, 2017.
304. Wright, M.O.D., Masten, A.S. Resilience processes in development, in *Handbook of resilience in children*. 2005, Springer. p. 17-37.
305. Masten, A.S., Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*. 56(3): 227, 2001.
306. Rutter, M., Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of family therapy*. 21(2): 119-144, 1999.
307. Dearden, J., Resilience: A study of risk and protective factors from the perspective of young people with experience of local authority care. *Support for learning*. 19(4): 187-193, 2004.
308. Rutter, M., Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American journal of orthopsychiatry*. 57(3): 316-331, 1987.
309. Masten, A.S., Coatsworth, J.D. The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American psychologist*. 53(2): 205, 1998.
310. Walsh, F., Strengthening family resilience. 2015: Guilford publications.
311. Coleman, J., Hagell, A. The nature of risk and resilience in adolescence. *Adolescence, risk and resilience: Against the odds*. 3: 2-16, 2007.
312. Kararımak, Ö., Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 3(26): 129-142, 2006.
313. American Psychiatric Association,. The Road to Resilience. Erişim: <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx> Erişim tarihi: 17/08/2020
314. Yoshikawa, E., et al., Role of resilience for the association between trait hostility and depressive symptoms in Japanese company workers. *Current Psychology*: 1-8, 2019.
315. Humphreys, J., Resilience in sheltered battered women. *Issues in mental health nursing*. 24(2): 137-152, 2003.
316. Robinson, J.S., Larson, C.L., Cahill, S.P. Relations between resilience, positive and negative emotionality, and symptoms of anxiety and depression. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 6(S1): S92, 2014.
317. Min, J.-A., et al., Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Quality of Life Research*. 22(2): 231-241, 2013.
318. Sağ, B., Erken dönem uyumsuz şemalar ve pozitif algının, psikolojik dayanıklılık, depresyon ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkinin incelenmesi. 2016, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
319. Pietrzak, R.H., et al., Psychosocial buffers of traumatic stress, depressive symptoms, and psychosocial difficulties in veterans of Operations Enduring

- Freedom and Iraqi Freedom: the role of resilience, unit support, and postdeployment social support. *J Affect Disord.* 120(1-3): 188-92, 2010.
320. Williams, P.G., Wiebe, D.J., Smith, T.W. Coping processes as mediators of the relationship between hardiness and health. *Journal of behavioral medicine.* 15(3): 237-255, 1992.
 321. Sandler, I.N., Wolchik, S.A., Ayers, T.S. Resilience rather than recovery: A contextual framework on adaptation following bereavement. *Death studies.* 32(1): 59-73, 2007.
 322. Wiebe, D.J., Hardiness and stress moderation: A test of proposed mechanisms. *Journal of personality and social psychology.* 60(1): 89, 1991.
 323. Wiebe, D.J., McCallum, D.M. Health practices and hardiness as mediators in the stress-illness relationship. *Health Psychology.* 5(5): 425, 1986.
 324. Beasley, M., Thompson, T., Davidson, J. Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual differences.* 34(1): 77-95, 2003.
 325. Zang, Y., et al., The impact of social support, unit cohesion, and trait resilience on PTSD in treatment-seeking military personnel with PTSD: The role of posttraumatic cognitions. *Journal of psychiatric research.* 86: 18-25, 2017.
 326. Wingo, A.P., et al., Psychological resilience is associated with more intact social functioning in veterans with post-traumatic stress disorder and depression. *Psychiatry research.* 249: 206-211, 2017.
 327. Garber, J., et al., Prevention of depression in at-risk adolescents: a randomized controlled trial. *Jama.* 301(21): 2215-2224, 2009.
 328. Connor, K.M., Zhang, W. Resilience: Determinants, measurement, and treatment responsiveness. *CNS spectrums.* 11(S12): 5-12, 2006.
 329. Büyükaşık-Çolak, C., Gündoğdu-Aktürk, E., Bozo, Ö. Mediating role of coping in the dispositional optimism–posttraumatic growth relation in breast cancer patients. *The Journal of Psychology.* 146(5): 471-483, 2012.
 330. Sharpley, C.F., et al., Does resilience ‘buffer’ against depression in prostate cancer patients? A multi-site replication study. *European journal of cancer care.* 23(4): 545-552, 2014.
 331. Yalçın, Y., Meme kanseri tanısı almış hastaların teşhisten önce stresli yaşam olaylarıyla karşılaşma durumları ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin belirlenmesi, in *Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı.* 2015, Gaziantep Üniversitesi: Gaziantep.
 332. Alim, T.N., et al., Trauma, resilience, and recovery in a high-risk African-American population. *American Journal of Psychiatry.* 165(12): 1566-1575, 2008.
 333. Kukihara, H., et al., Trauma, depression, and resilience of earthquake/tsunami/nuclear disaster survivors of Hirono, Fukushima, Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences.* 68(7): 524-533, 2014.
 334. Yildirim, M., Arslan, G. Exploring the associations between resilience, dispositional hope, subjective well-being, and psychological health among adults during early stage of COVID-19. 2020. <https://doi.org/10.31234/osf.io/vpu5q>
 335. Tönbul, Ö., Koronavirüs (Covid-19) Salgını Sonrası 20-60 Yaş Arası Bireylerin Psikolojik Dayanıklılıklarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Humanistic Perspective.* 2(2): 159-174.
 336. Liu, C.H., et al., Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for US young adult mental health. *Psychiatry Research.* 113172, 2020.

337. Allen, J.G. What is mentalizing and why do it? Erişim: <https://www.youtube.com/watch?v=NLT7ieO3hTk>. Erişim tarihi: 18/08/2020
338. Allen, J., Fonagy, P., Bateman, A., Mentalizing in Clinical Practice. 2008, Washington: American Psychiatric Publishing.
339. Bateman, A., Fonagy, P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry*. 9(1):11, 2010.
340. Fonagy, P., Allison, E. What is mentalization? The concept and its foundations in developmental research. *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families*. 11-34, 2012.
341. Fonagy, P., Target, M. Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Dev Psychopathol*. 9(4): 679-700, 1997.
342. Fonagy, P., Target, M. Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*. 22(3): 307-335, 2002.
343. Fonagy, P., et al., Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PLoS One*. 11(7): e0158678, 2016.
344. Fonagy, P., The mentalization-focused approach to social development. 2006: p. 53-100.
345. Bouchard, M.-A., et al., Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*. 25(1): 47, 2008.
346. Fonagy, P. What is Mentalization? Erişim: <https://www.youtube.com/watch?v=MJ1Y9zw-n7U>. Erişim tarihi: 18/08/2020
347. Gergely, G., et al., Affect regulation, mentalization, and the development of the self. *Int. J. Psycho Anal*. 77: 217-234, 2002.
348. Möller, C., et al., Mentalizing in young offenders. *Psychoanalytic psychology*. 31(1): 84, 2014.
349. Fonagy, P., Target, M. Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic dialogues*. 8(1): 87-114, 1998.
350. Hughes, C., Dunn, J. Understanding mind and emotion: longitudinal associations with mental-state talk between young friends. *Developmental psychology*. 34(5): 1026, 1998.
351. Astington, J.W. and A. Gopnik, Knowing you've changed your mind: Children's understanding of representational change. 1988.
352. Wellman, H.M., Phillips, A.T., Rodriguez, T. Young children's understanding of perception, desire, and emotion. *Child development*. 71(4): 895-912, 2000.
353. Dyer, J.R., Shatz, M., Wellman, H.M. Young children's storybooks as a source of mental state information. *Cognitive Development*. 15(1): 17-37, 2000.
354. McElwain, N.L., Booth-LaForce, C., Wu, X. Infant–mother attachment and children's friendship quality: Maternal mental-state talk as an intervening mechanism. *Developmental Psychology*. 47(5): 1295, 2011.
355. Fonagy, P., Attachment theory and psychoanalysis. 2018: Routledge.
356. Kelly, K., Slade, A., Grienenberger, J.F. Maternal reflective functioning, mother–infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & human development*. 7(3): 299-311, 2005.
357. Bateman, A., Fonagy, P. Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic inquiry*. 33(6): 595-613, 2013.

358. Hawkes, L., With you and me in mind: Mentalization and transactional analysis. *Transactional Analysis Journal*. 41(3): 230-240, 2011.
359. Marty, P., Zihinselleştirme ve Psikosomatik. *Düş / Düşün Dizisi*. 2012, İstanbul: Bağlam Yayınları.
360. Gubb, K., Psychosomatics today: a review of contemporary theory and practice. *The Psychoanalytic Review*. 100(1): 103-142, 2013.
361. Sloate, P.L., From fetish object to transitional object: the analysis of a chronically self-mutilating bulimic patient. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*. 36(1): 69-88, 2008.
362. Krystal, H., Desomatization and the consequences of infantile psychic trauma. *Psychoanalytic Inquiry*. 17(2): 126-150, 1997.
363. Skårderud, F., Eating one's words, Part I: 'concretised metaphors' and reflective function in anorexia nervosa—An interview study. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*. 15(3): 163-174, 2007.
364. Skårderud, F., Eating one's words, part II: The embodied mind and reflective function in anorexia nervosa—theory. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*. 15(4): 243-252, 2007.
365. Luyten P, F.P., Lemma A., Target M., Depression., in *Handbook of mentalizing in mental health practice*, F.P. Bateman A, Editor. 2012, American Psychiatric Association: Washington, DC. p. 385-417.
366. Bo, S., et al., Hypermentalizing, attachment, and epistemic trust in adolescent BPD: Clinical illustrations. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 8(2): 172, 2017.
367. Taubner, S., et al., Attachment-related mentalization moderates the relationship between psychopathic traits and proactive aggression in adolescence. *Journal of abnormal child psychology*. 41(6): 929-938, 2013.
368. Atanassov, N., Savov, S. Mentalization and personality organization in heroin addicted patients: a narrative analysis. *Language and Psychoanalysis*. 5(1): 14-30, 2016.
369. Baron-Cohen, S., Leslie, A.M., Frith, U. Mechanical, behavioural and intentional understanding of picture stories in autistic children. *British Journal of developmental psychology*. 4(2): 113-125, 1986.
370. Baron-Cohen, S., Theory of mind in normal development and autism. *Prisme*. 34(1): 74-183, 2001.
371. Weijers, J., et al., Mentalization-based treatment for psychotic disorder: protocol of a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*. 16(1): 1-10, 2016.
372. Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlük. Erişim: <https://sozluk.gov.tr>. Erişim tarihi: 18/08/2020
373. Keren, G., Gerritsen, L.E. On the robustness and possible accounts of ambiguity aversion. *Acta Psychologica*. 103(1-2): 149-172, 1999.
374. Cambridge English Dictionary. Erişim: <https://dictionary.cambridge.org>. Erişim tarihi: 20/08/2020
375. Frenkel-Brunswik, E., Intolerance of ambiguity as an emotional and perceptual personality variable. *Journal of personality*, 1949.
376. Stanley Budner, N., Intolerance of ambiguity as a personality variable 1. *Journal of personality*. 30(1): 29-50, 1962.
377. Freeston, M.H., et al., Why do people worry? Personality and individual differences. 17(6): 791-802, 1994.

378. Rosen, N.O., Ivanova, E., Knäuper, B. Differentiating intolerance of uncertainty from three related but distinct constructs. *Anxiety, Stress & Coping*. 27(1): 55-73, 2014.
379. Grenier, S., Barrette, A.-M., Ladouceur, R. Intolerance of uncertainty and intolerance of ambiguity: Similarities and differences. *Personality and individual differences*. 39(3): 593-600, 2005.
380. Buhr, K., Dugas, M.J. The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour research and therapy*. 40(8): 931-945, 2002.
381. Ladouceur, R., Gosselin, P., Dugas, M.J. Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour research and therapy*. 38(9): 933-941, 2000.
382. Krohne, H.W., *Stress and Coping Theories*. International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences, ed. N.S.S.a.P.B. Baltes. 2001, Amsterdam: Elsevier.
383. Atak, H., et al., Yeni Bir Nöropsikolojik Kavram Olarak Tamamlanma İhtiyacı. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimler*. 8(3), 2016.
384. Dugas, M.J., et al., Intolerance of uncertainty and information processing: Evidence of biased recall and interpretations. *Cognitive Therapy and Research*. 29(1): 57-70, 2005.
385. Krohne, H.W., *Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research*. 1993.
386. Laugesen, N., Dugas, M.J., Bukowski, W.M. Understanding adolescent worry: The application of a cognitive model. *Journal of abnormal child psychology*. 31(1): 55-64, 2003.
387. Dugas, M.J., Marchand, A., Ladouceur, R. Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorders*. 19(3): 329-343, 2005.
388. Dugas, M.J., et al., Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour research and therapy*. 36(2): 215-226, 1998.
389. Dugas, M.J., Freeston, M.H., Ladouceur, R. Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive therapy and research*. 21(6): 593-606, 1997.
390. Dugas, M.J., Gosselin, P., Ladouceur, R. Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive therapy and Research*. 25(5): 551-558, 2001.
391. Dugas, M.J., K. Buhr, and R. Ladouceur, The Role of Intolerance of Uncertainty in Etiology and Maintenance, in *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. 2004, The Guilford Press: New York, NY, US. p. 143-163.
392. McEvoy, P.M., Mahoney, A.E. To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behavior therapy*. 43(3): 533-545, 2012.
393. Yook, K., et al., Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*. 24(6): 623-628, 2010.
394. Miranda, R., Fontes, M., Marroquín, B. Cognitive content-specificity in future expectancies: Role of hopelessness and intolerance of uncertainty in depression and GAD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*. 46(10): 1151-1159, 2008.
395. Tolin, D.F., et al., Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*. 17(2): 233-242, 2003.
396. Norr, A.M., et al., Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria. *Journal of Affective Disorders*. 174: 64-69, 2015.

397. Carleton, R.N., Collimore, K.C., Asmundson, G.J. "It's not just the judgements—It's that I don't know": Intolerance of uncertainty as a predictor of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*. 24(2): 189-195, 2010.
398. Sternheim, L., Startup, H., Schmidt, U. An experimental exploration of behavioral and cognitive–emotional aspects of intolerance of uncertainty in eating disorder patients. *Journal of anxiety disorders*. 25(6): 806-812, 2011.
399. Buhr, K., Dugas, M.J. The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry: An experimental manipulation. *Behaviour Research and Therapy*. 47(3): 215-223, 2009.
400. Carleton, R.N., et al., "But it might be a heart attack": intolerance of uncertainty and panic disorder symptoms. *Journal of anxiety disorders*. 28(5): 463-470, 2014.
401. Boelen, P.A., Reijntjes, A. Intolerance of uncertainty and social anxiety. *Journal of anxiety disorders*. 23(1): 130-135, 2009.
402. Krohne, H.W., The concept of coping modes: Relating cognitive person variables to actual coping behavior. *Advances in behaviour research and therapy*. 11(4): 235-248, 1989.
403. Lally, J., Cantillon, P. Uncertainty and ambiguity and their association with psychological distress in medical students. *Academic Psychiatry*. 38(3): 339-344, 2014.
404. Greco, V., Roger, D. Uncertainty, stress, and health. *Personality and Individual differences*. 34(6): 1057-1068, 2003.
405. Coşkun, E., Duygusal Zeka ve Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Stresle Başa Çıkma Tarzlarına Etkisinin İncelenmesi. 2019, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
406. Ladouceur, R., Talbot, F., Dugas, M.J. Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry: Experimental findings. *Behavior Modification*. 21(3): 355-371, 1997.
407. Eisenberg, S., et al., Intolerance of uncertainty, cognitive complaints, and cancer-related distress in prostate cancer survivors. *Psycho-oncology*. 24, 2015.
408. Kurita, K., et al., Uncertainty and psychological adjustment in patients with lung cancer. *Psycho-Oncology*. 22(6): 1396-1401, 2013.
409. Tan, H.-J., et al., The relationship between intolerance of uncertainty and anxiety in men on active surveillance for prostate cancer. *The Journal of urology*. 195(6): 1724-1730, 2016.
410. Wu, P., et al., The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 54(5): 302-311, 2009.
411. Chong, M.-Y., et al., Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *The British Journal of Psychiatry*. 185(2): 127-133, 2004.
412. Eşsizoğlu, A., et al., The risk factors of possible PTSD in individuals exposed to a suicide attack in Turkey. *Psychiatry research*. 253: 274-280, 2017.
413. Sarıçam, H., et al., The Turkish short version of the Intolerance of Uncertainty (IUS-12) Scale: The study of validity and reliability. *Route Educational and Social Science Journal*. 1(3): 148-157, 2014.
414. Coates, A., et al., On the receiving end—patient perception of the side-effects of cancer chemotherapy. *European Journal of Cancer and Clinical Oncology*. 19(2): 203-208, 1983.
415. Şahin, N.H., Durak, A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 10(34): 56-73, 1995.

416. Leibenluft, E., Goldberg, R.L. The suicidal, terminally ill patient with depression. *Psychosomatics*. 29(4): p. 379-386, 1988.
417. Zigmond, A.S., Snaith, R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*. 67(6): p. 361-370, 1983.
418. Aydemir, O., Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg.* 8: 187-280, 1997.
419. Aylard, P., et al., A validation study of three anxiety and depression self-assessment scales. *Journal of psychosomatic research*. 31(2): 261-268, 1987.
420. Hopwood, P., Howell, A., Maguire, P. Screening for psychiatric morbidity in patients with advanced breast cancer: validation of two self-report questionnaires. *British Journal of Cancer*. 64(2): 353-356, 1991.
421. Ibbotson, T., et al., Screening for anxiety and depression in cancer patients: the effects of disease and treatment. *European Journal of Cancer*. 30(1): 37-40, 1994.
422. Razavi, D., et al., Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *The British Journal of Psychiatry*. 156(1): 79-83, 1990.
423. Yağcı Yetkiner, D., Travma Sonrası Bilişler Ölçeği (Posttraumatic Cognitions Inventory) Türkçe uyarlama ve üniversite öğrencileri üzerinde geçerlik güvenirlik çalışması. 2010, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
424. Gravetter, F., Wallnau, L. Introduction to the t statistic. *Essentials of statistics for the behavioral sciences*. 8: 252, 2014.
425. Hou, F., et al., Sex differences and Psychological Stress: Responses to the COVID-19 epidemic in China. 2020.
426. Cohen, J., *Statistical power analysis for the behavioural sciences*, 2nd edn. (Hillsdale, NJ: L. Erlbaum Associates). 1988.
427. Özdin, S., Bayrak Özdin, Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*. 0020764020927051, 2020.
428. Ni MY, Y.L., Leung CM, Li N, Yao XI, Wang Y, Leung GM, Cowling BJ, Liao Q, Mental health, risk factors, and social media use during the COVID-19 epidemic and cordon sanitaire among the community and health professionals in Wuhan, China. *JMIR Mental Health*. 19009, 2020.
429. Rettie, H., Daniels, J. Coping and tolerance of uncertainty: Predictors and mediators of mental health during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 2020.
430. Cam Celikel, F., Erkorkmaz, U. Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler ve Umutsuzluk Düzeyleri ile İlişkili Etmenler. *Noropsikiatri Arsivi*. 45(4), 2008.
431. Qin, X., Wang, S., Hsieh, C.-R. The prevalence of depression and depressive symptoms among adults in China: estimation based on a National Household Survey. *China Economic Review*. 51: 271-282, 2018.
432. Ustun, G., Determining depression and related factors in a society affected by COVID-19 pandemic. *The International Journal of Social Psychiatry*, 2020.
433. Ünalın, D., et al., Determining of the effects of depression on quality of life in patients with tuberculosis in active, inactive and control groups. *Turkish Journal of Clinical Psychiatry*. 10(3): 113-124, 2007.
434. Bakioğlu, F., Korkmaz, O., Ercan, H. Fear of COVID-19 and Positivity: Mediating Role of Intolerance of Uncertainty, Depression, Anxiety, and Stress. *International Journal of Mental Health and Addiction*. p. 1, 2020.

435. Ausín, B., et al., Gender-related differences in the psychological impact of confinement as a consequence of COVID-19 in Spain. *Journal of Gender Studies*. 1-10, 2020.
436. Limcaoco, R.S.G., et al., Anxiety, worry and perceived stress in the world due to the COVID-19 pandemic, March 2020. Preliminary results. *medRxiv*, 2020.
437. Kendler, K.S., Twin studies of psychiatric illness: current status and future directions. *Archives of general psychiatry*. 50(11): 905-915, 1993.
438. Dökmen, Z.Y., Çalışma, cinsiyet ve cinsiyet rolleri ile ev işleri ve depresyon ilişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*. 12(39): 39-56, 1997.
439. Fu, W., et al., Psychological health, sleep quality, and coping styles to stress facing the COVID-19 in Wuhan, China. *Translational psychiatry*. 10(1): 1-9, 2020.
440. Hacıhasanoğlu, R., et al., Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 9(3): 209-216, 2010.
441. Bjelland, I., et al., Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social science & medicine*. 66(6): 1334-1345, 2008.
442. Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R. Social inequalities and the common mental disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 38(5): 229-237, 2003.
443. Lorant, V., et al., Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American journal of epidemiology*. 157(2): 98-112, 2003.
444. Lau, B.H.P., Chan, C.L.W., Ng, S.-M. Resilience of Hong Kong people in the COVID-19 pandemic: lessons learned from a survey at the peak of the pandemic in Spring 2020. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*. p. 1-10, 2020.
445. Sun, N., et al., Prevalence and determinants of depressive and anxiety symptoms in adults with type 2 diabetes in China: a cross-sectional study. *BMJ open*. 6(8), 2016.
446. Fullana, M.A., et al., Coping behaviors associated with decreased anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Journal of Affective Disorders*, 2020.
447. Elhai, J.D., et al., COVID-19 anxiety symptoms associated with problematic smartphone use severity in Chinese adults. *Journal of Affective Disorders*, 2020.
448. Fischer-Kern, M., et al., Mentalizing in female inpatients with major depressive disorder. *The Journal of nervous and mental disease*. 201(3): 202-207, 2013.
449. Satici, B., et al., Intolerance of uncertainty and mental wellbeing: serial mediation by rumination and fear of COVID-19. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 2020.
450. Voitsidis, P., et al., Insomnia during the COVID-19 pandemic in a Greek population. *Psychiatry Research*. p. 113076 , 2020
451. Sajjadi, M., et al., The correlation between perceived social support and illness uncertainty in people with human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome in Iran. *Indian Journal of Palliative Care*. 21(2): 231, 2015.
452. Belge, J., Bir grup yetişkinde depresif semptomlar, anksiyete semptomları ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkinin belirlenmesi. 2019, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
453. Freeston, M.H., et al., Cognitive—behavioral treatment of obsessive thoughts: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 65(3): 405, 1997.
454. Tolin, D.F., Worhunsky, P., Maltby, N. Are “obsessive” beliefs specific to OCD?: A comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*. 44(4): 469-480, 2006.
455. Berenbaum, H., Bredemeier, K., Thompson, R.J. Intolerance of uncertainty: Exploring its dimensionality and associations with need for cognitive closure,

- psychopathology, and personality. *Journal of Anxiety Disorders*. 22(1): 117-125, 2008.
456. Mahoney, A.E., McEvoy, P.M. Trait versus situation-specific intolerance of uncertainty in a clinical sample with anxiety and depressive disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*. 41(1): 26-39, 2012.
 457. Robichaud, M., Dugas, M.J., Conway, M. Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *Journal of anxiety disorders*. 17(5): 501-516, 2003.
 458. Ye, Z., et al., Resilience, Social Support, and Coping as Mediators between COVID-19-related Stressful Experiences and Acute Stress Disorder among College Students in China. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 2020.
 459. Lewis, K.M., Byrd, D.A., Ollendick, T.H. Anxiety symptoms in African-American and Caucasian youth: Relations to negative life events, social support, and coping. *Journal of Anxiety disorders*. 26(1): 32-39, 2012.
 460. Yüksel, Ç.T., Özgür, G. Hemşirelerin stresle baş etme tarzları ile depresyon belirti düzeyleri arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 24(1): 67-82, 2008.
 461. McLean, C.P., Anderson, E.R. Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical psychology review*. 29(6): 496-505, 2009.
 462. Milaniak, I., et al., Relationship Between Types of Social Support, Coping Strategies and Depression in Heart Transplant Recipients. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*. 34(4): S313-S314, 2015.
 463. Vulpe, A. and I. Dafinoiu, Positive emotions, coping strategies and ego-resiliency: A mediation model. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 33: 308-312, 2012.
 464. Killgore, W.D., et al., Psychological Resilience During the COVID-19 Lockdown. *Psychiatry Research*. 113216, 2020.
 465. Slavich, G.M., Sacher, J. Stress, sex hormones, inflammation, and major depressive disorder: Extending Social Signal Transduction Theory of Depression to account for sex differences in mood disorders. *Psychopharmacology*. 1-17, 2019.
 466. Stevens, J.S., van Rooij, S.J., Jovanovic, T. Developmental contributors to trauma response: the importance of sensitive periods, early environment, and sex differences, in *Behavioral Neurobiology of PTSD*. Springer. p. 1-22, 2016.
 467. Wesner, A.C., et al., Resilience and coping strategies in cognitive behavioral group therapy for patients with panic disorder. *Archives of psychiatric nursing*. 33(4): 428-433, 2019.
 468. Ng, D.W., et al., Psychological distress during the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) pandemic among cancer survivors and healthy controls. *Psycho-oncology*, 2020.
 469. Karacin, C., et al., How does COVID-19 fear and anxiety affect chemotherapy adherence in patients with cancer. *Future Oncology*, 2020(0).
 470. Kosir, Urska & Loades, Maria & Wild, Jennifer & Wiedemann, Milan & Krajnc, Alen & Roškar, Sanja & Bowes, Lucy. What was the impact of COVID-19 on Adolescent and Young Adult cancer care and their wellbeing? Results from a cross-sectional online survey conducted in the early stages of the pandemic. [10.31234/osf.io/kb6t5](https://doi.org/10.31234/osf.io/kb6t5). 2020.
 471. Frey, M.K., et al., Impact of the COVID-19 Pandemic on Quality of Life for Women with Ovarian Cancer. *American journal of obstetrics and gynecology*, 2020.

472. Fertig, D.L., Depression in patients with breast cancer: prevalence, diagnosis, and treatment. *The Breast Journal*. 3(5): 292-302, 1997.
473. Linden, W., et al., Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of affective disorders*. 141(2-3): 343-351, 2012.
474. Vartolomei, L., et al., Systematic review: depression and anxiety prevalence in bladder cancer patients. *Bladder Cancer*. 4(3): 319-326, 2018.
475. Wen, S., Xiao, H., Yang, Y. The risk factors for depression in cancer patients undergoing chemotherapy: a systematic review. *Supportive Care in Cancer*. 27(1): 57-67, 2019.
476. Moyer A. Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: a meta-analytic review. *Health Psychol*. 16(3):284-298, 1997.
477. Karabulutlu, E.Y., et al., Coping, Anxiety and Depression in Turkish Patients with Cancer. *European Journal of General Medicine*. 7(3) , 2010.
478. He, Y., et al., Sleep quality, anxiety and depression in advanced lung cancer: patients and caregivers. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2020.
479. Jadoon, N.A., et al., Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study. *BMC cancer*. 10(1): 594, 2010.
480. Jeong, C.-Y., et al., Psychopathology, self esteem and quality of life in cancer patients with radiotherapy. *Korean Journal of Psychosomatic Medicine*. 10(2): 92-100, 2002.
481. Xie, J., et al., A prevalence study of psychosocial distress in adolescents and young adults with cancer. *Cancer Nursing*. 40(3): 217-223, 2017.
482. Kissane, D.W., et al., Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early-stage breast cancer: a cross-sectional survey. *Medical Journal of Australia*. 169(4): 192-196, 1998.
483. Abou Chaar, E., et al., Evaluating the impact of spirituality on the quality of life, anxiety, and depression among patients with cancer: an observational transversal study. *Supportive Care in Cancer*. 26(8): 2581-2590, 2018.
484. Jim, H.S., Jacobsen, P.B. Posttraumatic stress and posttraumatic growth in cancer survivorship: a review. *The Cancer Journal*. 14(6): 414-419, 2008.
485. Yan, R., et al., Association between anxiety, depression, and comorbid chronic diseases among cancer survivors. *Psycho-oncology*. 28(6): 1269-1277, 2019.
486. Galfin, J.M., Watkins, E.R. Construal level, rumination, and psychological distress in palliative care. *Psycho-Oncology*. 21(6): 680-683, 2012.
487. Lien, C.Y., et al., Perceived uncertainty, social support and psychological adjustment in older patients with cancer being treated with surgery. *Journal of Clinical Nursing*. 18(16): 2311-2319, 2009.
488. Tarhani, M., et al., Uncertainty, anxiety, depression and the quality of life in patients with cancer. *Onkologia i Radioterapia*. 13(4): 124-130, 2020.
489. Hagen, K.B., et al., Illness uncertainty in breast cancer patients: Validation of the 5-item short form of the Mishel Uncertainty in Illness Scale. *European Journal of Oncology Nursing*. 19(2): 113-119, 2015.
490. Zhang, Y., Kwekkeboom, K., Petrini, M. Uncertainty, self-efficacy, and self-care behavior in patients with breast cancer undergoing chemotherapy in China. *Cancer Nursing*. 38(3): p. E19-E26, 2015.
491. Sharif, S.P., Locus of control, quality of life, anxiety, and depression among Malaysian breast cancer patients: The mediating role of uncertainty. *European Journal of Oncology Nursing*. 27: 28-35, 2017.

492. Haisfield-Wolfe, M.E., et al., Prevalence and correlates of symptoms and uncertainty in illness among head and neck cancer patients receiving definitive radiation with or without chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*. 20(8): 1885-1893, 2012.
493. Slater, H., Experiences of psychological distress, uncertainty, and coping amongst people with cancer. 2020, Lancaster University.
494. Yilmaz, S.D., et al., Ways of coping with stress and perceived social support in gynecologic cancer patients. *Cancer nursing*. 38(2): p. E57-E62, 2015.
495. Zucca, A.C., et al., Life is precious and I'm making the best of it: coping strategies of long-term cancer survivors. *Psycho-oncology*. 19(12): 1268-1276, 2010.
496. Lauver, D.R., Connolly-Nelson, K., Vang, P. Stressors and coping strategies among female cancer survivors after treatments. *Cancer nursing*. 30(2): p. 101-111, 2007.
497. Parelkar, P., et al., Stress coping and changes in health behavior among cancer survivors: a report from the American Cancer Society's Study of Cancer Survivors-II (SCS-II). *Journal of psychosocial oncology*. 31(2): 136-152, 2013.
498. Aksan, A.T., Gizir, C.A. Meme Kanseri Tanısı Almış Kadınların Hastalık Temsilleri ve Başa Çıkma Tarzları ile Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*. 9(54) , 2019.
499. Ravindran, A.V., et al., Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *Journal of affective disorders*. 71(1-3): 121-130, 2002.
500. Wonghongkul, T., et al., Uncertainty appraisal coping and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer nursing*. 29(3): 250-257, 2006.
501. Rodríguez Rey, R., et al., Coping, personality, and resilience: Prediction of subjective resilience from coping strategies and protective personality factors. 2019.
502. Ristevska-Dimitrovska, G., et al., Resilience and quality of life in breast cancer patients. *Open access Macedonian journal of medical sciences*. 3(4): p. 727, 2015.
503. Becker, G., Newsom, E. Resilience in the face of serious illness among chronically ill African Americans in later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 60(4): p. S214-S223, 2005.
504. Mahendran, R., et al., Psychosocial concerns of cancer patients in Singapore. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*. 13(2): p. e96-e103, 2017.
505. Freyberger, H. Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 28(1/4), 337-342, 1977.

EKLER

EK-1: Sosyodemografik Veri Formu

Tarih:

Adı – soyadı:

Telefon No:

Yaşı:

E-mail adresi:

Cinsiyeti:

1. Erkek () 2. Kadın ()

Medeni durum:

1. Bekar () 2. Evli () 3. Boşanmış/Ayrılmış () 4. Dul ()

Çocuk sayısı: (rakamla belirtiniz)

Aile şekli – kimlerle yaşadığı:

1. Eşi ve çocukları ile () 2. Eşi ile () 3. Anne ve/veya baba ile ()
4. Yakınları ile () 5. Yalnız () 6. Arkadaş ile ()

Yaşadığı şehir:

Eğitim durumu:

1. Eğitimsiz () 2. Okur-yazar () 3. İlkokul ()
4. Ortaokul () 5. Lise () 6. Yüksekokul ()
7. Üniversite () 8. Yüksek lisans/doktora ()

Mesleği:

1. Memur () 2. İşçi () 3. Esnaf ()
4. Emekli () 5. Ev hanımı () 6. Diğer

İş Durumu:

1. Çalışıyor () 2. Çalışmıyor ()

Bulunduğunuz çevre ile kıyasladığınızda ekonomik düzeyinizi nasıl tarif edersiniz?

1. Çok iyi () 2. İyi () 3. Orta () 4. Kötü () 5. Çok kötü ()

Sigara kullanıyor musunuz?

1. Kullanıyorum ()..... (miktar ve yıl belirtiniz)
2. Bir süre kullandım bıraktım ()..... (miktar ve yıl belirtiniz)
3. Hiç kullanmadım ()

Alkol kullanıyor musunuz?

1. Kullanıyorum ()..... (tür, miktar ve yıl belirtiniz)
2. Bir süre kullandım, bıraktım ().....(tür, miktar ve yıl belirtiniz)
3. Hiç kullanmadım ()

Teşhis edilmiş tıbbi ek hastalık:

1. Hipertansiyon ()
2. Diyabet ()
3. Kalp Hastalığı ()
4. Akciğer Hastalığı ()
5. Diğer.....

Geçmişte veya halen hekim tarafından konmuş psikiyatrik hastalık tanısı:

1. Depresyon ()
2. Kaygı bozukluğu ()
3. OKB ()
4. Diğer.....
5. Yok ()

Psikiyatrik ilaç kullanımı:

1. Var ()(belirtiniz)
2. Yok ()

Ailenizde geçmişte veya halen hekim tarafından konmuş psikiyatrik hastalık tanısı:

1. Depresyon ()
2. Kaygı bozukluğu ()
3. OKB ()
4. Diğer.....
5. Yok ()

Ailenizde psikiyatrik ilaç kullanımı:

1. Var ()(belirtiniz)
2. Yok ()

Göç etme, doğal afet, kaza, çocukluk döneminde aileden ayrılık, ebeveyn kaybı, kardeş kaybı gibi bir durum yaşadınız mı?

1. Evet ()
 2. Hayır ()
- Varsa ne zaman yaşadığınızı ve ne olduğunu belirtiniz.....
-

EK-2: Kanser Hastaları Tarafından Doldurulan Veri Formu

Hastalığım ve tedavi sürecim için psikiyatrik/psikolojik destek:

1. Aldım ()

2. Almadım ()

Ailede kanser öyküsü:

1. Var ()(yakınlık derecesi ve tanısı) 2. Yok ()

Kanser tanısı almadan önceki dönemde göç etme, doğal afet, kaza; çocukluk döneminde ebeveyn/birinci derece yakın kaybı, aileden ayrılık gibi bir durum yaşadınız mı?

1. Evet ()

2. Hayır ()

Varsa ne zaman yaşadığınızı ve ne olduğunu belirtiniz.....

Aşağıda kanser tedavisi sürecinde görülebilecek olan olası yan etkiler yer almaktadır. Sizin yaşadığınız yan etkileri işaretleyiniz.

- ☐ Bulantı
- ☐ Kusma
- ☐ İştahsızlık
- ☐ Halsizlik - yorgunluk
- ☐ Kilo kaybı
- ☐ Kilo artışı
- ☐ Saçlarda ve vücut kıllarında dökülme
- ☐ Ağız içinde yaralar
- ☐ İshal
- ☐ Kabızlık
- ☐ Ödem
- ☐ Sinirlilik
- ☐ Baş ağrısı
- ☐ Kas ve eklem ağrıları
- ☐ Baş dönmesi
- ☐ Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
- ☐ Çarpıntı
- ☐ Ateş
- ☐ Kansızlık
- ☐ Çabuk morarma veya kanama
- ☐ Ellerde veya ayaklarda hissizlik, iğne batması, uyuşmalar
- ☐ Tırnaklarda veya ciltte kuruluk, renk değişikliği
- ☐ Cinsel ilgi ve istek azalması
- ☐ Diğer

EK-3: Kanser Hastalarının Medikal Bilgilerine İlişkin Hekim Tarafından Doldurulan Veri Formu

Tanı:

Evre:

Alınan KT:

Alınan KT kür sayısı:

Alınan RT kür sayısı:

Planlanan tedavi biçimi:

- | | | |
|------------------------|-----------------------|---------------------|
| 1. Cerrahi () | 2. Kemoterapi () | 3. Radyoterapi () |
| 4. Hormon tedavisi () | 5. Akıllı Molekül () | 6. İmmünoterapi () |

EK-4: COVID-19 Değerlendirme Formu

COVID – 19 pandemisi sürecinde COVID tanısı aldınız mı veya COVID şüphesiyle takip edildiniz mi?

1. Evet () 2. Hayır ()

COVID – 19 pandemisi sürecinde yakınlarınızdan veya tanıdıklarınızdan COVID tanısı alan oldu mu?

1. Evet ()..... (yakınlık derecesini belirtiniz)
2. Hayır ()

COVID – 19 pandemisi sürecinde yakınlarınızdan veya tanıdıklarınızdan COVID şüphesi ile takip edilen oldu mu?

1. Evet ()..... (yakınlık derecesini belirtiniz)
2. Hayır ()

COVID – 19 Pandemisi başladıktan sonra sosyal medyada harcadığınız süre

1. Belirgin olarak arttı () 2. Kısmen arttı () 3. Değişmedi ()
4. Kısmen azaldı () 5. Belirgin olarak azaldı () 6. Kullanmıyorum ()

Sosyal medyada COVID Pandemisi ile ilgili günlük olarak harcadığınız tahmini süre (saat olarak).....

COVID – 19 Pandemisi başladıktan sonra

Uyku sürem

1. Belirgin olarak arttı () 2. Kısmen arttı () 3. Değişmedi ()
4. Kısmen azaldı () 5. Belirgin olarak azaldı ()

Uyku kalitem

1. Belirgin olarak arttı () 2. Kısmen arttı () 3. Değişmedi ()
4. Kısmen azaldı () 5. Belirgin olarak azaldı ()

İştahım

1. Belirgin olarak arttı () 2. Kısmen arttı () 3. Değişmedi ()
4. Kısmen azaldı () 5. Belirgin olarak azaldı ()

Dikkatimi Sürdürme Becerim

1. Belirgin olarak arttı () 2. Kısmen arttı () 3. Değişmedi ()
4. Kısmen azaldı () 5. Belirgin olarak azaldı ()

COVID-19 Pandemisi ile ilgili olarak (Kanser hastaları için)

	Kesinlikle Katlıyorum	Kısmen Katlıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Hastalığımın beni ciddi ölçüde riske attığına inanıyorum					
Hastalığım için tedavi alırken hastanede fazladan stres hissettim					
COVID-19 hastalığına yakalanmaktan korkuyorum					
COVID-19 hastalığına yakalanıp yakalanmayacağım konusunda çok az kontrole sahip olduğumu hissediyorum					
COVID-19 hastalığına yakalanırsam hayatta kalamayacağımı düşünüyorum					
Hastalığım nedeniyle almakta olduğum tedaviyi bu süreçte bırakmayı düşündüm					
COVID-19 hastalığını başkalarına taşımaktan korkuyorum					
COVID-19 hastalığı hakkında düşünmek beni endişelendiriyor					
COVID-19 hastalığına yakalanma riskimi düşündüğümde gergin hissediyorum					
Başka bir COVID-19 salgını olma olasılığı konusunda oldukça endişeli hissediyorum					

COVID-19 Pandemisi ile ilgili olarak (Kontrol grubu için)

	Kesinlikle Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Ciddi ölçüde risk altında olduğuma inanıyorum					
Gündelik hayatımda fazladan stres hissediyorum					
COVID-19 hastalığına yakalanmaktan korkuyorum					
COVID-19 hastalığına yakalanıp yakalanmayacağım konusunda çok az kontrole sahip olduğumu hissediyorum					
COVID-19 hastalığına yakalanırsam hayatta kalamayacağımı düşünüyorum					
Kullanmakta olduğum ilaçları/ tedavileri bu süreçte bırakmayı düşündüm					
COVID-19 hastalığını başkalarına taşımaktan korkuyorum					
COVID-19 hastalığı hakkında düşünmek beni endişelendiriyor					
COVID-19 hastalığına yakalanma riskimi düşündüğümde gergin hissediyorum					
Başka bir COVID-19 salgını olma olasılığı konusunda oldukça endişeli hissediyorum					

	Çok Olumlu Etkiledi	Olumlu etkiledi	Ne olumlu ne de olumsuz etkiledi	Olumsuz etkiledi	Çok olumsuz etkiledi
COVID – 19 pandemisi ile ilgili toplumsal tepkiler sizi nasıl etkiledi?	1	2	3	4	5
COVID – 19 pandemisi ile ilgili olarak basına yansıyan haberler sizi nasıl etkiledi?	1	2	3	4	5
COVID – 19 pandemisinden sonra arkadaşlarınızın sizinle olan ilişkilerindeki tutumları sizi nasıl etkiledi?	1	2	3	4	5
COVID – 19 pandemisinden sonra birlikte yaşadığınız kişilerin tutumları sizi nasıl etkiledi?	1	2	3	4	5
COVID – 19 pandemisine sivil toplum kuruluşlarının yaklaşımı sizi nasıl etkiledi?	1	2	3	4	5
COVID – 19 pandemisine devlet kurumlarının yaklaşımı sizi nasıl etkiledi?	1	2	3	4	5
COVID – 19 pandemisinden sonra sağlık çalışanlarının (doktor, hemşire, diğer sağlık personeli) size karşı tutumları sizi nasıl etkiledi?	1	2	3	4	5

COVID-19 salgını sürecinde olumsuz duygularla baş etmek için hangi yollara başvurdunuz?

- () Kullanmakta olduğum sigara miktarını arttırdım
- () İçtiğim alkol miktarını ve sıklığını arttırdım
- () Reçetesiz satılan ve/veya bitkisel bir ilaç kullandım
- () Salgın hakkında yeterli ve doğru bilgi sahibi olmaya gayret ettim
- () Salgınla ilgili koruyucu önlemleri öğrendim ve onları uyguladım
- () Sosyal medya kullanımımı sınırlandırdım
- () Ailemle, arkadaşarımla düzenli olarak görüştim
- () Evde düzenli olarak egzersiz/spor yaptım
- () İşle ilgili konulara dikkatimi vermeye çalıştım
- () Kitap okudum, dizi/film izledim, oyun oynadım
- () Olumsuz duygularla baş etmek için hiçbir şey yapmadım
- () Diğer

COVID-19 salgını nedeniyle psikiyatrik /psikolojik destek almak için başvurdunuz mu?

1. Başvurdum () 2. Başvurmadım ()

Başvurduysanız destek alma biçiminizi belirtiniz.

1. Bir psikiyatrist ya da psikologla yüz yüze görüşme ()
2. Bir psikiyatrist ya da psikologla online (internet üzerinden) görüşme ()
3. Bir psikiyatrist ya da psikologla telefonla görüşme ()

EK-5: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği-Kısa Formu (BTÖ-12)

Aşağıda hayatın belirsizliklerine insanların nasıl tepki gösterdiklerini tanımlayan bir dizi ifade yer almaktadır. Bu ifadelerin sizi ne derece doğru yansıttığını, yanındaki rakamlardan size uygun olanı daire içine alarak belirtiniz.

1	2	3	4	5
Bana hiç uygun değil		Bana biraz uygun		Bana tamamen uygun

1	Beklenmedik olaylar canımı çok sıkar.	1	2	3	4	5
2	Bir durumda ihtiyacım olan tüm bilgilere sahip değilsem sinirlerim bozulur.	1	2	3	4	5
3	İnsan sürprizlerden kaçınmak için daima ileriye bakmalıdır.	1	2	3	4	5
4	En iyi planlamayı yapsam bile beklenmedik küçük bir olay her şeyi mahvedebilir.	1	2	3	4	5
5	Geleceğin bana neler getireceğini her zaman bilmek isterim.	1	2	3	4	5
6	Bir duruma hazırlıksız yakalanmaya katlanamam.	1	2	3	4	5
7	Her şeyi önceden ayrıntılı bir şekilde organize edebilmeliyim.	1	2	3	4	5
8	Belirsizlik beni hayatı dolu dolu yaşamaktan alıkoyar.	1	2	3	4	5
9	Harekete geçme zamanı geldiğinde, belirsizlik elimi kolumu bağlar.	1	2	3	4	5
10	Belirsizlik yaşadığımda pek iyi çalışmam.	1	2	3	4	5
11	En küçük bir şüphe bile hareket etmemi engeller.	1	2	3	4	5
12	Tüm belirsiz durumlardan uzak durmak zorundayım.	1	2	3	4	5

EK-6: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...						
Her zaman bir çözüm bulurum						Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...						
Başarılması zordur						Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...						
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda						Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum						
Diğer kişilerle birlikte						Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...						
Benimkinden farklıdır						Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...						
Hiç kimseyle tartışmam						Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...						
Çözemem						Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...						
Nasıl başaracağımı bilirim						Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir iş/projeye başladığımda ...						
İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım						Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak						
Önemli değildir						Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissedirim						
Çok mutlu						Çok mutsuz
12. Beni ...						
Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir						Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...						
Olduğuna çok inanırım						Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum						
Ümit verici						Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...						
Zamanımı planlama						Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir						
Kolayca yapabildiğim						Yapmakta zorlandığım

17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...	
Birbirinden bağımsız	Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımın arasındaki ilişkiler ...	
Zayıftır	Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...	
Çok fazla güvenmem	Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...	
Belirsizdir	İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...	
Günlük yaşamımda yoktur	Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...	
Benim için zordur	Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...	
Geleceğe pozitif bakar	Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...	
Bana hemen haber verilir	Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken	
Kolayca gülerim	Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:	
Birbirlerini desteklemez biçimde	Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım	
Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden	Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır	
Her şeyi umutsuzca gören bir	Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...	
Zordur	Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...	
Bana yardım edebilecek kimse yoktur	Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...	
Başa çıkmaya çalışırım	Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...	
İşleri bağımsız olarak yapmayı	İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ...	
Yeteneklerimi beğenirler	Yeteneklerimi beğenmezler

EK-7: Zihinselleştirme Ölçeği (ZÖ) – Örnek Sorular

Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve size en uygun seçeneği 1 ile 5 arasında işaretleyiniz.

1	2	3	4	5
Tamamen yanlış	Çoğunlukla yanlış	Hem doğru hem yanlış	Çoğunlukla doğru	Tamamen doğru

1.Davranışlarıma yol açan nedenleri anlamayı önemserim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.Başkalarının duygularını paylaşabilirim (örn. acısını/sevincini paylaşmak gibi).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10.Başkalarının düşünce ve duygularını bildiğimde davranışları hakkında doğru tahminlerde bulunabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15.Bir kişinin davranışını anlamak için düşünce, duygu ve isteklerini bilmemiz gerekir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20.Yakın olduğum insanların belirgin özelliklerini doğru ve ayrıntılı biçimde tarif edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24.İnsanların neden belirli şekillerde davrandıkları hep ilgimi çekmiştir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27.Hepimiz hayat şartlarına tabi olduğumuz için başkalarının niyetlerini veya isteklerini düşünmek anlamsızdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK-8: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarımızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin.

Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına işaret koyun.

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

EK-9: Hastane Anksiyete – Depresyon Ölçeği (HADÖ)

Lütfen son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutucuğu işaretleyin.

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, bazen
- ☐ Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hâlâ zevk alıyorum.

- ☐ Aynı eskisi kadar
- ☐ Pek eskisi kadar değil
- ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐ Biraz, ama beni endişelendiriyor
- ☐ Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Şimdi pek o kadar değil
- ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil
- ☐ Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil
- ☐ Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Sık değil
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Genellikle
- ☐ Sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çok sık
- ☐ Bazen
- ☐ Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- ☐ Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- ☐ Gerçekten de çok fazla
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Çok fazla değil
- ☐ Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Bazen
- ☐ Pek sık değil
- ☐ Çok seyrek

EK-10: Travma Sonrası Bilişler Ölçeği (TSBÖ)

Yaşamış olduğunuz ve sizi ruhsal olarak çok etkileyen ve yaralayan bir olaydan (travmatik olay) sonra gelişen düşüncelerinizi öğrenmek istiyoruz. Aşağıda bu düşüncelerinize yakın veya uzak çeşitli örnekler göreceksiniz. Lütfen, her cümleyi dikkatlice okuyun ve her birine ne kadar katılıp katılmadığınızı belirtin. Travmatik olaylara karşı insanlar farklı tepkiler verecekleri için, aşağıda belirtilen cümlelerin doğrusu veya yanlışı yoktur.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Pek katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Bu olay benim davranışım yüzünden oldu.	1	2	3	4	5	6	7
2. Doğru şeyi yapacağım konusunda kendime güvenemiyorum.	1	2	3	4	5	6	7
3. Güçsüz biriyim.	1	2	3	4	5	6	7
4. Öfkemi kontrol edemeyip korkunç bir şey yapabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
5. En ufak bir hayal kırıklığıyla bile baş edemiyorum.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eskiden mutlu bir insandım şimdiyse hep mutsuzum.	1	2	3	4	5	6	7
7. İnsanlara güven olmaz.	1	2	3	4	5	6	7
8. Her zaman tetikte olmalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
9. İçimde bir şeylerin öldüğünü hissediyorum.	1	2	3	4	5	6	7
10. Kimden zarar geleceği hiçbir zaman bilinemez.	1	2	3	4	5	6	7
11. Çok dikkatli olmalıyım çünkü bundan sonra ne olacağı hiç belli olmaz.	1	2	3	4	5	6	7
12. Yetersiz bir insanım.	1	2	3	4	5	6	7
13. Duygularımı kontrol edemeyeceğim ve korkunç bir şey olacak.	1	2	3	4	5	6	7
14. Eğer olayı düşünürsem, bununla başa çıkamayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
15. Böyle bir insan olduğum için bu olay benim başıma geldi.	1	2	3	4	5	6	7
16. Bu olaydan beri verdiğim tepkiler, benim aklıma kaçırılmakta olduğumu gösteriyor.	1	2	3	4	5	6	7

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Pek katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
17. Bir daha asla normal duygular hissedemeyeceğim.	1	2	3	4	5	6	7
18. Dünya tehlikeli bir yer.	1	2	3	4	5	6	7
19. Bir başkası olsa bu olayın olmasını engelleyebilirdi.	1	2	3	4	5	6	7
20. Kalıcı bir biçimde kötü yönde değiştim.	1	2	3	4	5	6	7
21. Kendimi insan değil, eşya gibi hissediyorum.	1	2	3	4	5	6	7
22. Benim yerimde başkası olsa bu duruma düşmezdi.	1	2	3	4	5	6	7
23. İnsanlara güvenemem.	1	2	3	4	5	6	7
24. Kendimi insanlardan kopmuş ve yalnız hissediyorum.	1	2	3	4	5	6	7
25. Bir geleceğim kalmadı.	1	2	3	4	5	6	7
26. Kötü şeylerin başıma gelmesini engelleyemem.	1	2	3	4	5	6	7
27. İnsanlar göründükleri gibi değil.	1	2	3	4	5	6	7
28. Yaşadığım olay hayatımı mahvetti.	1	2	3	4	5	6	7
29. Bende yanlış giden bir şeyler var.	1	2	3	4	5	6	7
30. Bu olaydan beri verdiğim tepkiler, benim olayla başa çıkmayı beceremediğimi gösteriyor.	1	2	3	4	5	6	7
31. Bu olayın gerçekleşmesine neden olan, benimle ilgili bir şeyler var.	1	2	3	4	5	6	7
32. Bu olayla ilgili düşüncelerime tahammül edemeyip dağılılabiliyorum.	1	2	3	4	5	6	7
33. Artık kendimi tanıyanmıyorum.	1	2	3	4	5	6	7
34. İnsanın başına ne zaman kötü bir şey geleceği asla bilinemez.	1	2	3	4	5	6	7
35. Kendime güvenemiyorum.	1	2	3	4	5	6	7
36. Bundan sonra başıma iyi bir şey gelemez.	1	2	3	4	5	6	7