

**T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI**



**İSTANBUL KENT
ÜNİVERSİTESİ**

**ERKEN EVRE VE REMİSYONDAKİ MEME KANSERİ KADINLARDA
METAKOGNİTİF İNANÇLAR VE KANSERE TEPKİ TARZLARININ
ANKSİYETE DÜZEYİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İlayda CEBECİLER

İSTANBUL- 2023

**T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI**

**ERKEN EVRE VE REMİSYONDAKİ MEME KANSERİ KADINLARDA
METAKOGNİTİF İNANÇLAR VE KANSERE TEPKİ TARZLARININ
ANKSİYETE DÜZEYİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İlayda CEBECİLER

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Esra SAVAŞ

İSTANBUL- 2023

KABUL VE ONAY

İlayda CEBECİLER tarafından hazırlanan “Erken Evre ve Remisyonadaki Meme Kanseri Kadınlarda Metakognitif İnançlar ve Kansere Tepki Tarzlarının Anksiyete Düzeyine Etkisi” adlı tez çalışmasının savunma tarihi 18/10/2023 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen jüri tarafından oy birliği ile İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Esra SAVAŞ

.....

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Rukiye KÖROĞLU

.....

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Hakan BALCI

.....

İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun
tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Doç. Dr. Bülent DEMİR

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıflarda bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

İlayda CEBECİLER

18/10/2023



ÖN SÖZ

Başta Türk toplumunda kadınları her anlamda daha görünür kılan ve bugün bir kadın olarak bilimin ışığında bu çalışmayı gerçekleştirebilmeme olanak sağlayan Mustafa Kemal ATATÜRK'e, gönlümden geçeni hayata geçirmeme vesile olan, sevgisini, ilgisini, bilgisini ve sabrını benden bir an olsun esirgemeyen tez danışmanım, kıymetli hocam Esra SAVAŞ'a, araştırmamın tıbbi ayağından bana büyük destek veren değerli hocalarım Özgür TANRIVERDİ ve Nilay ŞENGÜL'e, süreç içerisinde deneyim ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli hocam İbrahim GÜNDOĞMUŞ'a, bizlere yalnızca sevdiklerimizi yapmayı değil yaptıklarımızı sevmeyi öğütleyen sevgili hocam Mehmet Zihni SUNGUR'a, yüksek lisans eğitimim boyunca ufkumu genişleten değerli hocam Anıl GÜNDÜZ'e, etik değerler doğrultusunda bir meslek icra etmeyi kendisinden öğrendiğim değerli hocam Burcu SEVİM'e, eğitim ve öğretime başladığım günden bu yana üstümde emeği olan tüm öğretmenlerime saygı ve şükranlarımı sunuyorum. Hayatta attığım her adımda arkamda duran, haklarını asla ödeyemeyeceğim canım aileme ve her daim destekçilerim sevgili arkadaşlarıma tüm kalbimle sevgilerimi gönderiyor, teşekkür ediyorum.

İlayda CEBECİLER

18/10/2023

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	i
TABLO LİSTESİ.....	ii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: LİTERATÜR TARAMASI	6
1.1. Meme Kanseri.....	6
1.1.1. Memenin Tanımı ve Kadındaki Yeri.....	6
1.1.2. Kanserin Tanımı	6
1.1.3. Meme Kanserinin Tanımı	7
1.1.4. Meme Kanserinin Türleri ve Evreleri.....	8
1.1.5. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi	9
1.1.6. Meme Kanserinde Risk Faktörleri.....	9
1.1.7. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları	12
1.1.8. Meme Kanserinde Uygulanan Tıbbi Tedavi Yöntemleri	13
1.1.9. Meme Kanserinin Tanı ve Tedavi Evresinde Yaşanan Biyopsikososyal Problemler ve Risk Faktörleri.....	14
1.1.10. Meme Kanserinde Tedavi Sonrası İyileşme Döneminde Yaşanan Biyopsikososyal Problemler ve Risk Faktörleri	17
1.1.11. Meme Kanserinde Uygulanan Psikoterapi Yöntemleri	20
1.2. Metakognisyon	22
1.2.1. Metakognisyonun Tanımı	22
1.2.2. Metakognitif Kuram	23
1.2.3. Kanseri ve Metakognisyonlar Arasındaki İlişki	24
1.2.4. Meme Kanseri ve Metakognisyonlar Arasındaki İlişki	25
1.3. Anksiyete	26
1.3.1. Anksiyetenin Tanımı	26
1.3.2. Anksiyete Belirtileri.....	27
1.3.3. Anksiyete Bozukluklarının Türleri ve Yaygınlığı	28
1.3.4. Anksiyete Bozukluklarında Tedavi Yöntemleri	28
1.3.4.1. Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulamaları.....	28
1.3.4.2. Metakognitif Terapi Uygulamaları	29

1.3.5. Anksiyete Bozukluklarında Risk Faktörleri	31
1.3.5.1. Anksiyete ve Kadın Olmak.....	32
1.3.6. Anksiyete ve Kansere Arasındaki İlişki	33
1.3.7. Meme Kanseri Tanısı İtibariyle Anksiyete.....	34
1.3.8. Meme Kanserinden İyileşmiş Kadınlarda Anksiyete	36
1.3.8.1. Nüks Korkusu	36
1.3.9. Meme Kansere Bağlı Gelişen Psikolojik Tepkiler	38
1.3.9.1. Meme Kanseri, Hastalıkla Başa Çıkma Tarzları ve Anksiyete Arasındaki İlişki.....	39
1.3.10. Meme Kanseri, Metakognisyonlar ve Anksiyete Arasındaki İlişki.....	41
BÖLÜM 2: YÖNTEM.....	44
2.1. Araştırmanın Yöntemi	44
2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:.....	44
2.3. Veri Toplama Aracı ve Araştırma Verilerinin Toplanması	44
2.4. Kullanılan Araç ve Gereçler	45
2.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	45
2.4.2. Üst Biliş Ölçeği (ÜBÖ-30)	45
2.4.3. Yaygın Anksiyete Ölçeği – Revize Edilmiş (GADS-R).....	46
2.4.4. Kanser Tepki Tarzı Ölçeği.....	46
2.5. Verilerin İstatistiksel Analizi	47
BÖLÜM 3: BULGULAR	48
BÖLÜM 4: TARTIŞMA	72
4.1. Hastalığın Evresi ve Sosyo-demografik Değişkenlere Göre Üst Biliş Ölçeği, Kanser Tepki Tarzı Ölçeği ve Yaygın Anksiyete Ölçeğinden Alınan Puanların Farklılaşmasına Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi	72
4.2. Üst Biliş Ölçeği ve Kanser Tepki Tarzları Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi	78
4.3. Yaygın Anksiyete Ölçeği Puanları ile Üst Biliş Ölçeği ve Kanser Tepki Tarzları Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi	82
SONUÇ VE ÖNERİLER	84
KAYNAKÇA.....	89
EKLER	111
ÖZ GEÇMİŞ	120

KISALTMALAR

AJCC	: American Joint Comitte on Cancer
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
CAS	: Cognitive Attentional Syndrome
DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FCR	: Fear of Cancer Recurrence
GADS-R	: Generalized Anxiety Disorder Scale-Revised
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
MBSR	: Mindfulness-Based Stress Reduction
MKT	: Meta Kognitif Terapi
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
ÜBÖ-30	: Üst Biliş Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
S-REF	: Self-Regulatory Executive Function
TNM	: Tümörün özellikleri, Lenf nodu ve Metastaz

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Özellikleri	48
Tablo 2: Katılımcıların Üst Biliş Ölçeği, Kansere Tepki Tarzları Ölçeği ve Yaygın Anksiyete Ölçeği Puanları	50
Tablo 3: Katılımcıların Yaşlarına Göre Üst Biliş Ölçeği Puanları	51
Tablo 4: Katılımcıların Yaşadıkları Yerlere Göre Üst Biliş Ölçeği Puanları	52
Tablo 5: Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Üst Biliş Ölçeği Puanları	53
Tablo 6: Katılımcıların Çalışma Durumlarına Göre Üst Biliş Ölçeği Puanları	54
Tablo 7: Katılımcıların Hastalık Evrelerine Göre Üst Biliş Ölçeği Puanları	55
Tablo 8: Katılımcıların Hastalık Hakkında Yeterli Düzeyde Bilgilenmelerine Göre Üst Biliş Ölçeği Puanları	56
Tablo 9: Katılımcıların Eşlik Eden Psikolojik Rahatsızlık Varlığına Göre Üst Biliş Ölçeği Puanları	57
Tablo 10: Katılımcıların Eşlik Eden Kronik Hastalık Varlığına Göre Üst Biliş Ölçeği Puanları	57
Tablo 11: Katılımcıların Yaşlarına Göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Puanları	58
Tablo 12: Katılımcıların Yaşadıkları Yerlere Göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Puanları	59
Tablo 13: Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Puanları	61
Tablo 14: Katılımcıların Çalışma Durumlarına Göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Puanları	62
Tablo 15: Katılımcıların Hastalık Evrelerine Göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Puanları	63
Tablo 16: Katılımcıların Hastalık Hakkında Yeterli Düzeyde Bilgilenmelerine Göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Puanları	64
Tablo 17: Katılımcıların Eşlik Eden Psikolojik Rahatsızlık Varlığına Göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Puanları	65
Tablo 18: Katılımcıların Eşlik Eden Kronik Hastalık Varlığına Göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Puanları	65
Tablo 19: Katılımcıların Yaşlarına Göre Yaygın Anksiyete Ölçeği Puanları	66
Tablo 20: Katılımcıların Yaşadıkları Yerlere Göre Yaygın Anksiyete Ölçeği Puanları	66
Tablo 21: Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Yaygın Anksiyete Ölçeği Puanları	67
Tablo 22: Katılımcıların Çalışma Durumlarına Göre Yaygın Anksiyete Ölçeği Puanları	67

Tablo 23: Katılımcıların Hastalık Evrelerine Göre Yaygın Anksiyete Ölçeği Puanları.....	67
Tablo 24: Katılımcıların Hastalık Hakkında Yeterli Düzeyde Bilgilenmelerine Göre Yaygın Anksiyete Ölçeği Puanları	68
Tablo 25: Katılımcıların Eşlik Eden Psikolojik Rahatsızlık Varlığına Göre Yaygın Anksiyete Ölçeği Puanları.....	68
Tablo 26: Katılımcıların Eşlik Eden Kronik Hastalık Varlığına Göre Yaygın Anksiyete Ölçeği Puanları.....	69
Tablo 27: Katılımcıların Yaygın Anksiyete Ölçeği Puanları ile Üst Biliş Ölçeği ve Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki.....	69
Tablo 28: Katılımcıların Üst Biliş Ölçeği Puanları ile Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki.....	70

ÖZET

İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Erken Evre ve Remisyonadaki Meme Kanseri Kadınlarda Metakognitif İnançlar ve
Kansere Tepki Tarzlarının Anksiyete Düzeyine Etkisi

İlayda CEBECİLER

Yüksek Lisans Tezi

Psikoloji Anabilim Dalı / Klinik Psikoloji Bilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Esra SAVAŞ

Ekim, 2023 – 120

Araştırmada erken evre (evre I, II) meme kanseri tanısı almış ve meme kanseri sonrası remisyon döneminden geçen kadınların kansere tepki tarzları ve meta-kognitif inançlarındaki farklılıkların anksiyete düzeyi üzerindeki etkisini incelemek hedeflenmiştir. Örneklem 23-65 yaş arasında bulunan toplam 110 kadın katılımcıdan oluşmuştur. Araştırmaya onay veren katılımcılara kişisel bilgi formu, Üst Biliş Ölçeği, Kansere Tepki Tarzları Ölçeği ve Yaygın Anksiyete Ölçeği- Revize Edilmiş anket şeklinde internet aracılığıyla ve elden verilmek suretiyle uygulanmıştır.

Veriler SPSS 27.0 programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizi %95 güven aralığında ($p=0,05$) incelemeye alınmıştır. Yapılan analiz sonucunda uygulanan ölçeklerin alt boyutları arasında pozitif ve negatif yönlü; yüksek, orta ve zayıf dereceli ilişkiler saptanmış; belli başlı sosyodemografik değişkenlerin kişilerin meta-kognitif inançları, kansere tepki tarzları ve anksiyete düzeyleri üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Meme kanserinin erken evresinde bulunan kadın katılımcıların uygulanan ölçeklerden aldığı tüm toplam puanlar hastalığın remisyon döneminde bulunan katılımcılara göre yüksek bulunmuştur. Başta anksiyete olmak üzere katılımcılarda hastalığın dönemi fark etmeksizin en sık görülen psikolojik sıkıntılar daha önceki çalışmaları destekleyen şekilde depresyon ve obsesyonlar olmuştur. Sonuçlar bulgular doğrultusunda tartışılmış ve gelecekte yapılabilecek olası çalışmalar için öneriler derlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Erken Evre Meme Kanseri, Remisyon Dönemi, Meta-Kognitif İnançlar, Kansere Tepki Tarzları, Anksiyete

ABSTRACT

Istanbul Kent University Institute of Graduate Studies

**The Effect of Metacognitive Beliefs and Cancer Response Styles on Anxiety Levels in
Women with Breast Cancer in Early Stage and Remission**

Ilayda CEBECİLER

Master's Thesis

Department of Psychology / Division of Clinical Psychology

Advisor: Dr. Lecturer Esra SAVAS

October, 2023 - 120

The aim of the study was to examine the effect of differences in cancer response styles and meta-cognitive beliefs on the anxiety level of women diagnosed with early stage (stage I, II) breast cancer and going through a post-breast cancer remission period. The sample consisted of a total of 110 female participants between the ages of 23 and 65. A personal information form was applied to the participants who consented to the study in the form of a Metacognition Scale, Cancer Response Styles Scale and Generalized Anxiety Scale- Revised questionnaire via the internet and hand-delivered.

The data were analyzed with SPSS 27.0 program. The analysis of the data was examined at a 95% confidence interval ($p=0.05$). As a result of the analysis, positive and negative aspect; high, medium and weak relationships were found between the sub-dimensions of the scales applied; certain sociodemographic variables have been shown to have an impact on people's meta-cognitive beliefs, cancer response styles and anxiety levels. All the total scores of female participants at the early stage of breast cancer from the applied scales were found to be higher than the participants in the remission period of the disease. Regardless of the period of illness, the most common psychological distress in the participants, especially anxiety, were depression and obsessions, which supported previous studies. The results were discussed in line with the findings and suggestions for possible future studies were compiled.

Keywords: Early-Stage Breast Cancer, Remission Period, Meta-Cognitive Beliefs, Cancer Response Styles, Anxiety

GİRİŞ

Beden ve ruh sağılığı bir bütündür. Birinde yaşanan bir problem bir diğeri az ya da çok ama muhakkak etkilemektedir. Kanseri, çağımız hastalıklardan insan bedenini, yaşamını ciddi boyutta tehdit eden, içinde kişiyeye özgü süreçler barındıran, aşamalı ve yoğun bir tedavi alımı gerektiren önemli bir hastalıktır (Babayiğit, 2023: 259). Bir diğeri yönü ile ise kanseri, ismi itibari ile dahi insanlarda korku, çaresizlik, umutsuzluk, kaygı gibi duygu ve düşünceler uyandırmaktadır. Günümüzde biyopsikososyal bir hastalık olarak ele alınan kanseri hastalığı yalnızca bedeni etkilemekle kalmayan, kişiyeye yaşamına maddi manevi birçok olumsuz etkisi olabilen bir durum olarak kabul edilmektedir (Ülger ve ark., 2014: 85; Tunç, 2021: 34).

Meme kanseri bahsedilen kanseri hastalığının çok büyük oranda kadınları etkileyen türlerinden bir tanesidir. Genetik yatkınlık, çevresel koşullar ve beslenme gibi çok çeşitli faktörler sonucunda oluşabildiğı bilinen meme kanseri, dünyada ve ülkemizde kadınlarda en sık görünen kanseri türü olarak belirlenmiştir (Bollinger, 2018: 133; World Health Organization).

Meme kanseri, tanının alındığı ilk günden tedavi sonrası iyileşme dönemine kadar tüm aşamalarında birçok duygusal ve davranışsal tepkiyi içinde barındırmaktadır (Tünel ve ark., 2012: 194). Kanseri kendisi ve tedavi sürecinin bir getirisi olarak annelik, cinsellik ve dişilik sembolü olarak kabul edilen memenin tehlikeye girmesi çeşitli fiziksel ve ruhsal sıkıntıların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır (Babayiğit, 2023: 260). Ek olarak tedavi sürecinde yaşanan mecburi değışim ve yenilikler kadınların benlik imajlarında zedelenmelere, sosyal hayatlarında zorlanmalara, kendileri ve diğeri ile kurdukları ilişkilerde sorunlar yaşamalarına sebep olabilmektedir (Zimmermann, Heinrichs, Baucom, 2007: 225). Hastalıkla beraber ortaya çıkan olumsuzluklar, semptom ve tepkiler her bireyin birbirinden oldukça farklı özellikler taşıması, hastalığın seyri, tedavi olanakları, algılanan sosyal destek ve başa çıkma stratejileri gibi çeşitli faktörlerle ilişkili olarak farklı form ve şiddetlerde kendini gösterebilmektedir (Babayiğit, 2023: 263).

Meme kanseri kadınlarda sürecin farklı dönemlerinde birtakım ruh sağılığı problemlerinin ortaya çıktığı veya hali hazırda var olan psikolojik sıkıntıların şiddetlenebildiğı bilinmektedir (İzci ve ark., 2016: 94). Depresyon ve uyum bozuklukları başta olmak üzere, anksiyete, uzamış yas, kronikleşen uyku sorunları ve duygu durum bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklar bu hastalık grubundaki kadınlarda yeni tanı alınan dönemde, tedavi sürecinde veya tedavi sonrası dönemde sıkça gözlemlenebilmektedir (Tünel ve ark., 2012: 189). Hastalıkla

birlikte ortaya çıkan veya şiddetlenen psikolojik sıkıntılar en genel ifadesiyle kişilerin yaşam kalitesini ciddi anlamda bozabilmektedir. Yaşanan duygusal zorlanmaların tıbbi tedaviye uyum sürecini zorlaştırması dolayısıyla meme kanseri sürecinin tüm aşamalarında hastalığın psikolojik boyutunun da detaylıca ele alınması gerekmektedir (Cherry ve ark., 2019: 2).

Anksiyete, halk arasında kaygı olarak bilinmekle birlikte kişinin ortada somut bir neden olmaksızın yaşadığı içsel bir sıkıntı hali olarak tanımlanmaktadır. Anksiyete sırasında zihin gelecekte oluşabilecek olumsuz bir duruma odaklanıp olası bir tehlikeye karşı önlem alma davranışları sergilerken; kişide kalp çarpıntısı, terleme, farklı bir şeye odaklanmada zorlanma, diken üstünde olma hali gibi fiziksel ve bilişsel belirtiler de meydana gelmektedir. Anksiyete belirtilerinin süregelen hale gelmesi ve kişinin işlevselliğinde sıkıntılar yaratmaya başlaması ile anksiyete bir bozukluk olarak ele alınmaya başlamaktadır. Anksiyete bozuklukları günümüz toplumlarında oldukça yaygın olmakla birlikte, çeşitli nedenler sonucu meme kanseri tanısı almış kadınlarda da sık görülen ruh sağlığı problemleri arasındadır ve ayrıca müdahale gerektirmektedir (Lueboonthavatchai, 2007). Meme kanserinde hastayı ve bedeni koruyucu etkin ve güncel tıbbi tedavi yöntemleri ile eskiye oranla daha az fiziksel sıkıntı yaşamak ve deformasyonu mümkün olduğunca önlemek aynı zamanda bilişsel davranışçı terapi gibi bilimsel temelli psikoterapi yöntemleri ile ise hastalığın psikolojik boyutuna değinmek mümkün olsa da bu dönemde depresif belirtiler ve anksiyete meme kanseri tanılı ve tedavileri sonlanmış kadınlarda halen sıklıkla gözlemlenmektedir (Akyolcu, Özhanlı, Kandemir, 2019: 583; Ganz, 2008).

Meme kanseri olan kadınlarda anksiyeteye dair belirtiler çok çeşitli şekillerde var olabilmekte, farklı zaman dilimlerinde şiddetleri artıp azalabilmekte ve kişiden kişiye farklılıklar gösterebilmektedir. Gözlemlenen anksiyete semptomlarına hastalığın ölümü ve kaybı çağrıştırmaları, sürecin genel belirsizliği, değişik açılardan yaşanan tedaviye uyum sorunları, hayat rutininde, beden görüntüsünde, cinsel ve ekonomik yaşamda hastalığa bağlı mecburi değişiklikler, sosyal ve tıbbi desteğin yetersizliği, nüks korkusu ve kendine dönük suçlama gibi birçok faktör neden olabilmektedir. Ortada somut bir yaşam tehdidi olması dolayısıyla meme kanserinde uyanan kaygı ve bu kaygının belirli bir düzeyde kendini zaman zaman hatırlatıyor olması bir derecede olağan kabul edilmektedir. Öte yandan ruhsal patoloji, kansere ek olarak beliren anksiyete sürecinin bedensel ve zihinsel olarak yerleşmesi üzerine başlamaktadır. Kronikleşmeye neden olabilecek durumlar günümüzde irdelenmekle birlikte araştırmada da benzer şekilde anksiyete belirtilerinin sıklaşması ve süregelen hale gelmesindeki olası faktörler üzerinde durulmuştur. Buna göre araştırmada özellikle kansere yönelik tepki

tarzlarındaki ve sahip olunan metakognitif inançlardaki farklılıkların deneyimlenen yoğun anksiyete üzerinde anlamlı bir etkisi olup olmadığı incelenmiştir.

Meme kanseri döneminde hastalığa yönelik verilen psikolojik tepkiler Elizabeth Kübler Ross tarafından temelde beş aşamada tanımlanmıştır (Alamış, 2017: 7) Bunlar inkâr ve izolasyon, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme şeklindedir. Öte yandan kanser tanısı almış kişilerde bu aşamalar farklı zaman dilimlerinde kendini gösterebilmekte ve belirtilen sırayı takip etmeyebilmektedir. Dahası kanser tanısı almış olmakla birlikte kişinin geçtiği mecburi tedavi ve değişimler, hayaller, beklentiler ve olumsuz etkilerin bir sürece yayılması dolayısıyla sıralanan beş aşama birçok defa kendini tekrar edebilmektedir (Savaş, 2023). Ek olarak kişilerin meme kanserini algılayış şekillerinde, kansere yönelik tutum ve tepkilerinde ve baş etme tarzlarında da değişkenlikler bulunması süreci oldukça kişiye özel ve kompleks bir hale getirmektedir (Balcı ve Şener, 2022: 347). Örneğin bazı kadınlar hastalığı mücadelecî bir ruh ile karşılarken bazı hastalarda çaresizlik ve ümitsizlik baskın olabilmektedir (Uludağ, Türkcü ve Özkan, 2022: 364). Bahsedilen tutumsal ve davranışsal farklılıklarla ilişkili olarak hastalık döneminde ve/veya sonrasında kişinin hastalığa ve tedaviye uyumu olumlu ya da olumsuz yönde etkilenebilmekte ve anksiyete bozuklukları gibi ruh sağlığı problemleri oluşabilmekte veya yerleşik bir hale gelebilmektedir (Özdemir, 2016).

Kronik hastalıklarda ve meme kanserinde ortaya sıkça çıkan kaygı belirtilerinin katılaşmasında ve şiddetlenmesinde önemli bulunan bir diğer faktör ise günümüzde yeni yeni üzerinde durulmaya başlanan metakognisyonlardır (Yazar ve Tolan, 2020: 172; Anderson ve ark., 2019: 1). Metakognisyon; meta (üstünde, ötesinde, sonra) ve kognisyon (biliş) sözcüklerinin birleşiminden meydana gelen, böylece Türkçeye üst biliş şeklinde çevrilebilen, temelde bilişin üstünde bir seviyeyi işaret eden bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Meme kanseri süresince ve sonrasında yaşanan ruhsal sıkıntılar ve üst bilişlerin ilişkisi günümüzde incelenmeye başlanan yeni bir konudur (Elzami ve ark., 2015; Somayeh ve ark., 2022; Zahedian ve ark., 2020). Üçüncü nesil terapi yöntemlerinden kabul edilen metakognitif terapi yaklaşımına göre kişilerde herhangi bir dönemde psikolojik sıkıntıyı yaratan ve bu durumu kronik hale getiren bilişin içeriği değil; içeriğe verilen önem ve buna bağlı beliren düşünceye zihinsel düzlemde yanıt vermeyi sürdürme halidir. Kişilerde meme kanseriyle birlikte ortaya çıkan anksiyete semptomları olumlu ve olumsuz üst bilişsel inançların etkisi ile yanıt almaya devam ettikçe zihinsel uğraş hali ve sıkıntı verici anksiyete semptomları devamlılık göstermektedir (Tosun, 2008: 67). Metakognitif yaklaşımların uygulamalarında ise en temelde amaçlanan bilişin içeriği ne hakkında olursa olsun düşünce ile uğraşı azaltmaya yöneliktir.

Araştırmanın Konusu:

Yapılan araştırmanın konusu, evre I ve II meme kanseri tanısı almış ve meme kanseri tedavisi sonrası remisyon döneminde bulunan 23-65 yaş aralığındaki kadınların, kansere tepki tarzları ve metakognitif inançlarının anksiyete düzeylerine etkisinin incelenmesidir.

Araştırmanın Amacı:

Bu araştırma özellikle erken evrede yeni tanı almış meme kanseri kadınlar ve meme kanseri sonrası iyileşme döneminde olan kadın gruplarını ele almaktadır. Araştırma; meme kanserinde farklı dönemlerde bulunan kadınların kansere yönelik tepki tarzlarının ve metakognitif inançlarındaki benzerlik ve farklılıkları belirlemek, hastalığa verilen tepkiler ve üst bilişsel inançların anksiyete düzeylerine etkilerini bulgular yoluyla değerlendirmek ayrıca ana temalar arasında anlamlı ilişkiler saptamayı amaçlamaktadır. Bu sebeple çalışmada aşağıdaki hipotezler üzerinde çalışılmıştır;

Araştırmanın Hipotezleri:

H1: Hastalığın iki farklı döneminde bulunan kadınlarda kansere tepki tarzları, metakognitif inançlar ve anksiyete düzeyleri sosyo- demografik verilerle ilişkili olarak değişim göstermektedir.

H2: Hastalığın iki farklı döneminde bulunan kadınlarda anksiyete düzeyleri, kansere tepki tarzları ve metakognitif inançları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H3: Her iki dönemde de kadınlarda kansere tepki tarzları ve metakognitif inançlar arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H4: Hastalığın her iki döneminde de kadınlarda kansere tepki tarzı, metakognitif inançlar ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırmanın Önemi:

Meme kanseri kadınlarda akciğer kanserinden sonra ölüme neden olan ikinci kanser türü olarak belirlenmiştir (Aydıntuğ, 2004). Kanser tanısı alan her 4 kadından 1'i meme kanseridir (Bobar, 2019: 6). Ülkemiz ve dünyada görülme oranı giderek artan meme kanseri biyopsikososyal bir hastalıktır ve günümüzde detaylı incelemeler yapılması gereken bir çalışma alanıdır (Özçınar ve ark., 2010).

Çalışmanın bir diğer ana teması olan anksiyete ise günümüz dünyasında ve meme kanseri kadınlarda sıkça gözlemlenen ruhsal bir bozukluktur. Tedavinin ve hastalığın getirdiği fiziksel olumsuzlukların yanı sıra meme kanseri kadınlar, süreç içerisinde çeşitli nedenlere bağlı olarak göz ardı edilemeyecek oranda anksiyete ve duygu durum bozuklukları gibi ruhsal sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır (İzci ve ark., 2016; Karabulutlu ve ark., 2010).

Bu çalışmada, meme kanseri kadın hastalarda sıklıkla görülen anksiyete belirtilerinin olası yordayıcıları olarak belirlenen kansere yönelik tepki tarzları ve üst bilişsel inanç farklılıkların göz önünde bulundurularak da incelenmesi gerektiğini vurgulanmaktadır. Evre I ve II meme kanseri teşhisi alan kadınların psikolojik sıkıntı çekme ve buna dair baş etme biçimleri son yıllarda araştırmalara konu olsa henüz literatürde bu noktalara değinen çalışmalar oldukça azdır (Andritsch ve ark., 2003). Benzer şekilde kişilerin bilişleri hakkındaki bilişlerinin yani metabilişlerinin ruhsal patolojilerin ortaya çıkışında ve süregelen hale gelmesindeki etkisi günümüzde yeni yeni incelenmeye başlanan bir konudur. Meme kanseri kadınlarda hastalığın farklı dönemlerinde ortaya çıkan ve kronikleşen anksiyete semptomlarının altında yatan faktörlerin araştırılması psikolojik müdahalelerin etkinliğinin artırılması açısından da önemli bulunmaktadır. Çalışma boyunca ele alınan temalar arasındaki olası ilişkilerin, iki farklı grup örneklemini üzerinden ulaşılan bulgular doğrultusunda sonuçlandırılacağı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Varsayımları:

- Katılımcılara verilen ölçekler ve formlar geçerlilik ve güvenilirliği olan, gerekli bilgileri almaya yönelik faydalı olacak bilgi toplama araçlarıdır.
- Katılımcılar, kendilerine sunulan soruları samimiyetle ve dürüst bir şekilde cevaplamışlardır.
- Örneklemin, evreni temsil ettiği var sayılmaktadır.
- Araştırmanın bulgularını elde etmek için kullanılan istatistiksel analiz yöntemlerinin geçerli olduğu varsayılmaktadır.

Araştırmanın Sınırlılıkları:

- Araştırmanın bulguları yalnızca kullanılan ölçeklerle sınırlandırılmıştır.
- Araştırma değişkenlerinin ölçülmesinde kullanılan veri ölçüm araçlarının içerdiği maddelerle sınırlı olduğu kabul edilmektedir.

BÖLÜM 1: LİTERATÜR TARAMASI

1.1. Meme Kanseri

1.1.1. Memenin Tanımı ve Kadındaki Yeri

Meme; derinin bir uzantısı olup, büyük oranda yağdan, yaklaşık olarak 15-20 lobdan, süt bezleri ve süt kanallarından oluşan, temel görevi süt salgılamak olan bir salgı bezidir (Meme Sağlığı Derneği, 2016; İğci, 2021: 6).

Yaşamın ilk yıllarından ergenliğe kadar olan sürede kadın ve erkek cinsiyette koyu renkli meme ucunun bulunduğu ve memenin hemen hemen herkeste aynı boyutta olduğu gözlemlenmektedir. Buna karşın kızlarda, erkeklerden farklı olarak östrojen üretiminin ergenlik döneminde artması, memelerde büyümenin ve gelişmenin devam etmesini sağlamaktadır. Görüntüsü ve fonksiyonları itibari ile meme; en temelde kadın cinsiyetle ilişkilendirilmiştir bir dokudur. Anne olmak, emzirmek gibi durumlarla ilişkisinin de yüksek olması bu bağlantıyı kuvvetlendirmiştir (Işık, 2014: 60).

Toplumun değişen beden algısı ile memenin bedensel bir doku olarak biyolojik işlevinin yanı sıra kadınlık, cinsellik ve çekici olma hali ile de ilişkilendirilmesi kadın için memenin önemini zaman içerisinde arttırmıştır (Alamış, 2017: 1; Tünel ve ark., 2012: 191). Çağımızda meme; cinselliğin önemli bir sembolü olarak algılanmaktadır. Meme ile ilgili herhangi bir sorun yaşama veya memeyi kaybetme gibi bir durumla karşı karşıya kalma halinde yaşanan istenmeyen fiziksel değişimin verdiği sıkıntıya ek olarak kadınlar, memeye verilen önem ve yüklenen anlamın büyüklüğü ile doğru; ulaşılabilen sosyal, psikolojik, tıbbi destek ve işlevsel baş etme şekillerinin kullanımıyla ters orantılı olarak gündelik hayatlarında ruhsal ve fiziksel birtakım olumsuzluklar yaşayabilmektedir (Çavdar, 2005: 64; Özkan ve Alçalar, 2008: 60; Karakartal, 2017: 533).

1.1.2. Kanserin Tanımı

Kanser; bir doku veya organ üzerindeki hücrelerin kontrolsüzce bölünüp çoğalmasıyla oluşan kötü huylu yumrular olarak tanımlanmıştır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017). Bir başka kaynakta ise kanser; vücutta beliren normal dışı hücrelerin çoğalması ve bu hücrelerin tam olarak kansere dönüşmeden önce bağışıklık sistemi tarafından yok edilememesinden kaynaklanan bir durumdur. (Kutluk ve Kars, 1994: 14). Yapılan bu tanıma göre kanser;

temelinde bağışıklık sisteminin görevini yerine getirmesi sırasında ortaya çıkan bir sorunun sonucudur (Bollinger, 2018: 133).

Kanser, tanının alındığı andan itibaren insan yaşamının birçok alanında değişikliğe yol açabilen; kökeni, oluşu, gelişimi ve tedavisi üzerinde hala bilmediğimiz çok şey olan, bu anlamda hakkında bilimsel araştırmaların devam ettiği, psikolojik ve sosyal olumsuz getirileri olabilen biyolojik bir hastalıktır (Arda, 2011: 4) Ayrıca bu hastalık türünde ölüm riskinin yüksek olması toplum sağlığı adına alanda yapılan çalışmaları arttırmıştır (Kutluk ve Kars, 1994: 14).

Ulusal Kanser Enstitüsüne göre kanser çok büyük oranda genetik kökenli bir hastalıktır. Buna karşın kanserin bireylerde hem genetik nedenler sonucunda hem de toksik maruziyet ve beslenme gibi çevresel koşulların etkisiyle ortaya çıkabileceği günümüzde artık bilinenler arasındadır (Bollinger, 2018: 131).

Kanserler köklendikleri ve oluşmaya başladıkları organ temelinde isimlendirilmektedirler (Kutluk ve Kars, 1994: 14). Genel manada en sık görünenleri: deri, akciğer, meme, sindirim ve üreme ile ilgili kanser türleridir (T.C. Sağlık Bakanlığı). Öyle ki ülkemizde ve dünyada kanser; sık görünen kronik sağlık sorunlarından biri olmasının yanında aynı zamanda en yaygın ikinci ölüm nedeni olarak belirtilmiştir (İzci ve ark., 2016: 94). Böyle bakıldığında günümüzde birçok ailenin sıralanan kanserler türlerinden biri ile karşılaşmış olma olasılığı oldukça yüksektir.

Kanser; tanı, tedavi ve nüks gibi farklı epizodlarında yaşama getirdiği fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik olumsuzluklarıyla kişiyi ve hayat kalitesini direkt olarak etkileyen kompleks bir hastalık olarak kabul edilmektedir (Ülger ve ark., 2014: 85, Akçay ve Gözüm, 2012: 191). Kanser türü, ortaya çıkış nedenleri, gelişim süreci, hastalığın seyri ve tedavisi kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Bu nedenle her aşaması kişiye özel ve farklı disiplinlerden yararlanılarak değerlendirilmesi gereken bir hastalık olarak ele alınmaktadır (Yıldırım ve Gürkan, 2010: 87).

1.1.3. Meme Kanserinin Tanımı

Meme kanseri; memede bulunan süt bezleri ve süt kanallarını çevreleyen hücrelerde kontrolsüz bir çoğalmayla başlangıç gösteren ve bu çoğalmanın hızlı, sürekli ve sistematik bir

şekilde çevre dokulara yayılması ile devam eden bir hastalık olarak tanımlanmıştır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017; Kanmaz, 2019: 7).

KontROLSÜZ ve işlevsiz şekilde çoğalan hücreler oluşması durumunda beliren yumrulara “tümör”, “ur” gibi isimler verilmektedir. Öte yandan oluşan her tümör kanser demek değildir. Tümörler her organda ortaya çıkabilecekleri gibi üzerinde çoğaldıkları organ üzerinden isimlendirilirlerken aynı zamanda iyi huylu (benign) ve kötü huylu (malign) olmak üzere de ikiye ayrılırlar. Bilinen, yalnızca kötü huylu olarak tespit edilen tümörlerin kanseri işaret etmektedir. Meme dokusu üzerinde de kontROLSÜZ bir çoğalma gösteren hücrelerin “malign” olması durumunda meme kanserinden bahsetmek mümkün olmaktadır.

1.1.4. Meme Kanserinin Türleri ve Evreleri

Meme kanseri; süt kanalları ve süt bezlerinde temellenebilen, hastalığın ileri dönemlerinde farklı organlara yayılım gösterebilen ve evreleri bulunan bir hastalıktır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017). Uygulanacak tedavinin türünü belirlemek ve süreç boyunca hasta için izlenecek yolun doğru ön görülmesi açısından hastalığı iyi tanımlamak ve bulunduğu evreyi netçe tespit etmek oldukça önemlidir (Altıntaş, 2019: 13).

Günümüzde kanserin evresini belirlemek için AJCC tarafından hazırlanılmış TNM evreleme sistemi kullanılmaktadır. Buna göre hekimler meme kanserinin bulunduğu epizodu belirleme sırasında, tümörün boyutuna (T), lenf nodlarına yayılıp yayılmama (N) ve kanserin vücudun farklı bölgelerine yayılıp yayılmama (M) durumuna bakmaktadırlar. Sıralanan üç faktör göz önünde bulundurularak kadındaki meme kanserinin evresini belirlemek mümkün olmaktadır.

Evreler romen rakamlarıyla belirtilmekte olup, 1’den 4’e kadar olmak üzere, I, II, III ve IV şeklindedir. Evre I ve II meme kanserinde erken evreyi temsil ederken; evre III lokal ileri evre, evre IV metastatik evre olarak anılmaktadır (Kamsız, 2018: 15). “Karsinoma in situ” olarak da adlandırılan evre 0 ise hastaya kanser teşhisi konulmuş olmakla birlikte kanser oluşumunun yalnız başladığı bölge ile sınırlı olduğu dönemi ifade etmek için kullanılmaktadır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017).

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser türü olmasına karşın 5 yıllık sağ kalım oranının %75 olarak belirlenmesi dolayısıyla yaşam süresi bakımından en uzun süreye sahip kanser türü olarak tespit edilmiştir (Çavdar, 2015: 64). Bu anlamda meme kanserinde sağ kalma

oranı, malign kitlenin tespit edildiği evreye, hastalığın seyrine, gelişim hızına, türüne ve hastanın yaşı gibi kişisel özelliklere bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir (Geyikçi, 2017: 6).

1.1.5. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi

Meme kanseri, kadınlarda görülen tüm kanser türlerinin yaklaşık olarak %30'unu oluşturmakta ve bu anlamda kadınlarda en sık görülen kanser türü olarak bilinmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı; Etiaslan ve Gürkan, 2007: 63). Ülkemizde 2002 yılında kadınlarda en sık görülen kanser türleri içerisinde meme kanseri türünde yeni olgu oranı 31,9 ile birinci sırayı temsil ederken; 2020 yılında yayınlanan son verilere göre Türkiye’de kadınlarda meme kanseri insidansı 46,6 olarak belirlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı). Paralel şekilde meme kanseri, kadınların kanserden ölüm oranının önemli bir yüzdesini temsil etmektedir (Gençtürk, 2010: 72).

Dünya geneline bakıldığında özellikle gelişmiş ülkelerde ve ülkemizin batı kesimlerinde meme kanserinin daha yaygın olduğu göze çarpmaktadır (Jemal ve ark.,2006: 51; Özmen, 2008: 7). Meme kanseri; Kuzey İrlanda, İngiltere, ABD, Danimarka ve Hollanda gibi ülkelerde daha sık; Japonya, Meksika, Venezüella gibi ülkelerde çok daha seyrek görülmektedir (Kanmaz, 2019: 8).

Elde edilen veriler sonucu çeşitli kanser türlerinin günümüz modern dünyasında oldukça yaygın olduğu bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) ve 2020 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı son veriler tümüyle gözden geçirildiğinde meme kanseri de dünyada ve ülkemizde giderek artış göstermektedir. Mümkün olduğunca erken tanı ve tedaviye olabildiğince erken ulaşma hastalığın seyri ve ölüm riskini azaltma açısından önemli bir noktada durmaktadır (World Health Organization; T.C. Sağlık Bakanlığı; Kankaya ve diğerleri, 2019: 8).

1.1.6. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Meme kanseri için günümüzde bilinen en önemli ve birincil risk faktörü cinsiyettir. Yalnızca kadın olmanın meme kanseri riskini yaklaşık olarak 100 kat arttırdığı bilinmektedir (Tünel ve ark., 2012: 191). Kadın bedenindeki hormonlar meme kanseri gelişiminde önemli bir faktör olarak göze çarpmaktadır. Özellikle östrojen hormonuna uzun süreler maruz kalma

(örneğin 12 yaşından önce regl görmek ya da 55 yaş ve üzerinde menopoza girmek) gibi durumlarda meme kanseri riskinin arttığı bilinmektedir. Östrojenin kısa süreli ve düşük oranda alınıyor olması meme kanserinde risk azaltma adına istenen bir durumdur (Hsieh, Trichopoulos, Katsouyanni ve Yuasa, 1990: 796; Koçak ve ark., 2011: 51).

Yaş; meme kanserinde kritik bir rol oynayan diğer etkidir. İleri yaş meme kanserinde en önemli risk faktörlerinden biri olarak belirlenmiştir (Koçak ve ark., 2011: 48). Kadınlarda 20 yaş ve öncesinde meme kanserine çok sık rastlanmamakla birlikte 30 yaş başlangıçlı olmak üzere 60 yaşa kadar risk giderek artmaktadır (Etiaslan ve Gürkan: 2007: 64). Yaşla ilişkili olarak kadınlarda ilk doğum yapma yaşı da meme kanseri gelişiminde önemli bulunmaktadır. Buna göre gerçekleştirilen ilk doğumun 30 yaş ve sonrasında olması meme kanseri riskini yaklaşık 4 kat arttırmaktadır. Hiç doğum yapmama ve buna annenin emzirmemesinin de eşlik etmesi meme kanserine yönelik riski artırıcı faktörlerdendir (Altıntaş, 2019: 8).

Kadın olmanın, hormonal durumların ve yaşın etkisinin yanı sıra meme kanseri için bir diğer önemli risk faktörü genetik yatkınlıktır. Kişinin aile öyküsünde veya bireysel geçmişinde meme kanseri olması meme kanseri gelişimine yol açabilmektedir (Açıkgöz ve Yıldız, 2017: 45). Buna karşın var olan genetik etki kimi zaman tek başına kansere yol açmamaktadır. Günümüzde kanser gelişiminde oldukça çeşitli faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir (Koçak ve ark., 2011: 48). Beslenme şekli, kirlilik ve elektromanyetik alana ve genetiği değiştirilmiş organizmalara sıkça maruz kalmak meme kanserine neden olabilen çevresel durumlardan birkaçıdır (Bollinger, 2018: 135-150). Özellikle kadının ergenlik dönemi sırasında yani meme yapısının tam da gelişmekte olduğu zaman diliminde radyasyona sıkça maruz kalması kişide meme kanseri riskini arttırmaktadır (Kelsey, 1979: 74). Radyasyon maruziyetine benzer şekilde sık alkol kullanımı, aşırı kilo ve obezite sorunu meme kanseri gelişiminin önünü açabilmektedir (Suzuki ve ark., 2005: 1607; Kanmaz, 2019: 9; Koçak ve ark., 2011: 48). Meme kanseri açısından yüksek sosyo-ekonomik düzey de beslenme ve yaşayış tarzındaki alışkanlıklar dolayısıyla önemli bir risk faktörü olarak belirlenmiştir (Koçak ve ark., 2011). Tüm bu bilgiler kişiye özgü koşullar ve çevresel etmenlerin de en az genetik faktörler kadar bireylerde meme kanserinin ortaya çıkışını ve seyrini etkileyebileceğini göstermektedir.

Kanser gelişimi adına değinilmesi gereken bir diğer nokta kişilik özellikleri ve psikososyal faktörlerdir. Kanser hastaları genel manada kaygılı, aşırı düzeyde kontrollü, duygusal, stres, gerginlik ve olumsuz duygularını ifade etmekte ve boşaltmakta zorlanan, gözle görülür biçimde bastırma ve yadsıma gibi baş etme mekanizmalarını kullanan, çokça sabırlı,

kendini feda eden, ihtiyaç ve isteklerini büyük ölçüde geri planda tutan ve kolaylıkla memnun edilebilen kişiler olarak tanımlanmıştır (Şener ve ark., 1999: 254). Morris ve arkadaşları da (1981) benzer şekilde bu grup hastalarda işbirlikçi olma, tartışma ve çatışma yerine kabul ve uyumu seçme, sabırlı olma, girişken olmama ve olumsuz duyguları dışa vurmaktan kaçınma gibi kişilik özelliklerinin gözlemlendiğinin altını çizmiştir. Prospektif çalışmalar belirli kişilik özelliklerinin, davranış kalıplarına (Ör: sigara içmek, sık alkol tüketmek, sağlıksız beslenmek, az hareket etme vb.) ve yaşam tarzına etki ederek kanser gelişimini etkileyebileceği görüşünü desteklemektedir (Schwarz, Messerschmidt ve Dören, 2007; Kruk, 2007). Psikolojik parametrelerin bağışıklık sistemini ve endokrin işlevi değiştirebileceği ve bu yolla psikososyal faktörlerin kanser insidansını etkileyebileceği uzun yıllar boyu üzerinde durulmuş bir konudur (Schwarz, Messerschmidt ve Dören, 2007). Psikososyal faktörler ve kanser gelişimini ele alan ilk çalışmalar psikososyal etkenleri kanser oluşumunda risk faktörleri içerisine almıştır. Öte yandan sonraki araştırmalar psikososyal faktörlerin kanser oluşumunda diğer risk faktörlerine nazaran daha küçük bir rol oynadığı sonucuna ulaşmıştır. Edwards ve arkadaşlarının (1990) psikososyal faktörler (yaşam olayları, başa çıkma biçimleri, sosyal desteğin mevcudiyeti) ve meme kanseri başlangıcı arasındaki ilişkiyi ele aldıkları çalışmalarında ikili arasında çok az anlamlı ilişki bulunmuştur. Benzer şekilde kanserin ortaya çıkışında psikolojik faktörlerin rolünü araştıran bir başka çalışmada ikili arasında yine doğrudan bir bağlantı kurulamamıştır (Levenson ve Bemis, 1991). Psikolojik olayların kanser için bir risk faktörü olarak kabul edilip edilmemesi gerektiğini araştıran bir diğer çalışmada ise, yaşam olaylarının, kişilik özelliklerinin ve süregelen depresyon gibi durumların kanser oluşumunda bir rolü olduğu hususunda kesin bir yargıya ulaşılamadığı belirtilmiştir. (Schraub, Garnier ve Velten, 2009). Kruk ve Aboul-Enein'in (2004) psikolojik stres ve meme kanseri konulu kontrol çalışması sonucunda ise majör yaşam olayları ve meme kanseri arasında bir ilişki olduğunu düşündüren bulgulara ulaşılmıştır. Kruk'un (2012) daha sonrasında kendi kendine bildirilen psikolojik stres ve meme kanseri riski arasında ilişkiyi araştırdığı 858 meme kanseri kadınla oluşturduğu çalışmada bulgular bir önceki çalışmayla çok büyük oranda benzerlik göstermiştir. Var olan çelişkili sonuçlar doğrultusunda geçmişten günümüze kanser gelişiminde psikososyal faktörlerin etkisi doğrulamaya yönelik araştırma sonuçlarının henüz yetersiz olduğunu söylemek mümkündür (Nielsen ve Grønbaek, 2006). Yapılan araştırmalar doğrultusunda varılan en genel sonuç psikososyal faktörler, başa çıkma biçimleri ve kişilik özelliklerin kanserin oluşumundan ziyade kanserin gelişim ve seyri üzerine bir etkisi olduğu yönündedir (Şener ve ark., 1999: 255).

Genel manada bakıldığında kansere dair 17. Yüzyıldan önce herhangi bir bulgu ya da kayıt ele geçmemiştir (Bollinger, 2018: 122). Bu durum bahsedilen tüm risk faktörleri ışığında kanserin bir modern çağ hastalığı olarak tanımlanmasının önünü açmaktadır. İnsan türünün zamanla değişen yaşam tarzı, beslenme şekli, dünyanın her alanında artan kirlilik ve maruz kaldığı çevresel koşullar genel manada kanser hastalığının artış göstermesinde etkili olmuş ve meme kanseri de benzer şekilde tüm bu değişimden olumsuz yönde etkilenmiştir. Verilen bu bilgi doğrultusunda bilinen: beslenme ve yaşam tarzının kentsel yaşama nazaran daha temiz olduğu, doğaya ve doğala daha yakın olan toplum ve kişilerde, geçmişte olduğu gibi kansere daha az rastlandığıdır (Bollinger, 2018: 123) Dünyadan güncel veriler; gelişmiş, kentleşmiş ülkelerde tedaviye ulaşım olanaklarının iyiliği ve erken teşhisin mümkünliğünün olumlu etkilerinin yanı sıra bu ülkelerde meme kanserinin yaygınlığının altını çizirken; Sağlık bakanlığının ve Meme Hastalıkları Federasyonunun güncel verileri de Türkiye'nin batı kesimlerinde doğu kesimlere göre meme kanserinin daha yaygın olduğunu belirtmekte ve bu görüşü desteklemektedir (World Health Organization; Tünel ve ark., 2012; Koçak ve ark., 2011: 48).

1.1.7. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları

Kadınlar, meme kanseriyle birlikte diğer tüm kanser türlerinde olduğu gibi hastalığın kendisinin yol açtığı çeşitli fiziksel belirtiler ile karşılaşabilmektedir (Kutluk ve Kars, 1994: 36).

Meme kanserinin ortaya çıkışıyla birlikte ilk fiziksel belirtiler; tek bir meme üzerinde kızamık görüntü, meme üzerindeki deride kalınlaşma, meme ucunda değişiklik (içe çekilme, meme başından gelen kan), meme üzerinde ya da koltuk altına doğru temas edildiğinde hareket edebilen bir kitle veya görece daha sert, sınırları düzensiz ve çevre dokulardan farklı olarak ele gelen, çoğunlukla tek ve herhangi bir ağrıya yol açmayan kitle şeklinde fark edilebilmektedir (Meme Sağlığı Derneği, 2016).

Meme kanserleri çoğunlukla ilk kez hastanın kendisi, kendi kendine yaptığı muayeneler aracılığıyla keşfedilmektedir. Özellikle yüksek risk grubuna giren (verilere göre 30 – 60 yaş aralığında bulunan kadınlar) kadınların adet dönemi bitiminde kendi kendilerine yaptıkları muayeneye (KKMM) hastalığa dair erken farkındalık kazanmak açısından oldukça önemlidir. Erken teşhisin tedavi seyri ve ölüm riskini azaltma açısından önemi göz önünde bulundurulduğunda kadınların kendi kendine yaptıkları kontrollerin yanında düzenli gidilen

doktor muayeneleri ve gerekli görülen sıklıkta yaptırılan meme sağığı testleri (mamografi, ultrasonografi (USG), meme manyetik rezonans görüntüleme (MRG) vb.) belirtilerin erken teşhis edilmesinde ve uygun tedaviye en kısa zamanda ulaşma açısından ihmal edilmemesi gerekenler arasında bulunmaktadır (İğci, 2021: 7).

Amerikan Kanser Birliğı hiçbir belirti olmaksızın 20-39 yaş aralığında bulunan kadınların her ay KKMM ve 3 yılda bir klinik muayene; 40 yaş ve üzeri kadınlar için ise her ay KKMM, her yıl klinik muayene ve her yıl mamografi gerekliliğinin altını çizmektedir (Uçar, 2008: 11). Ülkemizde uygulanan meme kanseri tarama protokolü de Amerikan Kanser Birliğinin belirttiğı protokolle büyük ölçüde benzerlik göstermektedir (Halk Sağığı Genel Müdürlüğü)

1.1.8. Meme Kanseri Uygulanan Tıbbi Tedavi Yöntemleri

Kadın sağığı açısından önemli, yaygın ve ölüm riski taşıyan meme kanseri için günümüz dünyasında birçok tıbbi tedavi yöntemi uygulanabilmekte ve halen etkili tedavi arayışları sürdürölmektedir (Akyolcu, Özhanlı, Kandemir, 2019: 583).

Meme kanseri, kişilerde kesin olarak teşhis edildiğinde başvuru olan tedavi yöntemlerinden ilkinin cerrahi müdahale olduğı bilinmektedir (Akyolcu, Özhanlı, Kandemir, 2019: 588). Temelde meme dokusunda bulunan kanserli hücrenin cerrahi yollarla çıkarılmasına mastektomi denilmektedir. Mastektomi hastalığın seyri ve gelişim aşamasına göre farklı şekillerde uygulanabilen bir müdahale türüdür. Subkutan mastektomi, basit mastektomi, modifiye radikal mastektomi, radikal mastektomi gibi hastalığın farklı dönemlerinde uygulanabilen çeşitli türleri bulunmaktadır (Akyolcu, Özhanlı, Kandemir, 2019: 589). Bunun yanında günümüzde meme koruyucu cerrahi (MKC) uygulamaları ile de kansere müdahale edilebilmektedir. (Karanlık ve ark., 2006: 89) Süreçle ilişkili olarak özellikle hastayı ve memeyi koruma tutumu ön planda tutulmaktadır (Kanmaz, 2019: 14). Memenin tamamıyla alındığı durumda memeye silikon takılması (meme rekonstrüksiyonu) görüntü değişimine bağı duygusal ve psikolojik olarak sıkıntı yaşayan kadınlarda yeniden meme görüntüsü elde edebilmek adına uygulanan ek yöntemlerden biridir (Tünel ve ark., 2012: 202).

Cerrahi müdahale haricinde, günümüzde meme dokusundaki kanserli hücreleri küçöltmek ve kesin olarak yok etmek amacıyla kemoterapi, radyoterapi (ışın tedavisi) ve hormonoterapi (hormon tedavisi) gibi tıbbi müdahalelerden de sıklıkla faydalanılmaktadır

(Kanmaz, 2019: 14,15). Radyoterapi özellikle erken evrede tespit edilen meme kanserinde meme koruyucu cerrahi uygulamayı destekler bir tedavi yöntemi olmakla birlikte mastektomi uygulaması öncesi kitleyi küçültmek için de kullanılabilir (Varghese ve ark., 2008; Uçar, 2008: 16). Meme kanserinde hormon tedavisi ise meme kanseri gelişiminde rol oynadığı düşünülen östrojen hormonunun reseptörlerinin bloke edilmesini amaçlamaktadır (Uçar, 2008: 17). Buna karşın kemoterapi; radyoterapi ve tek bir kitleyi bedenden çıkarma odaklı cerrahi girişimler gibi lokal tedavi yöntemlerinin aksine sistematik ve yayılımcı bir tedavi yöntemidir. Kemoterapide amaçlanan antikanser ilaçların, ağız, damar, enjeksiyon ya da cilt üstüne direkt uygulama yoluyla alımıyla hastalığı tedavi etmek, erken evrede sağ kalım oranını arttırmak ve nüks riskini olabildiğince azaltmaktır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; İğci, 2021: 8). Tüm tedavi yöntemlerinde ortak olarak hastalıkta erken evrede tespit ve tedavinin olabildiğince erken başlaması tedaviden olumlu sonuç alma oranını arttırmaktadır (Bollinger, 2018: 135; Karanlık ve ark., 2006: 91).

Meme kanseri oluşmadan önce kişi tarafından birtakım önlemler alınması da mümkün ve istenilen bir durumdur. Erken yaşlardan itibaren toplumdaki bireylerin meme kanseri hakkında bilinçlendirilmesi ve risk azaltıcı şekilde bir yaşam sürdürüyor olmak önemlidir. Sağlıklı beslenme, egzersiz, erken doğum yapma, doğum sonrası emzirme, alkol ve sigara kullanımının kısıtlanması gibi önleyici tutum ve davranışlar meme kanseri tedavisinde koruyucu ve destekleyici bir noktada durmaktadır (Gençtürk, 2010: 73,75).

1.1.9. Meme Kanserinin Tanı ve Tedavi Evresinde Yaşanan Biyopsikososyal Problemler ve Risk Faktörleri

Meme kanseri, kadınların hayat kalitesini her yönüyle olumsuz yönde etkileyebilen, uzun soluklu bir süreçtir (Yazgı ve Yılmaz, 2020: 62). Bu süreç içerisinde hastalar, bir dizi fiziksel değişim yaşamanın yanı sıra sıklıkla huzursuzluk, kaygı, çaresizlik, öfke, ölüm korkusu, yorgunluk, çökkünlük ve bitkinlik gibi durumlar deneyimlemektedir (Okanlı, 2004: 3). Kanser hastalığı sürecinde yaşanan tüm bu fiziksel ve ruhsal değişim ise bireylerde birtakım psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkışına zemin hazırlayabilmektedir (Güleç ve Büyükkınacı, 2011: 344).

Kanser tanısı almış hastalar %29 ile %47 aralığında, başta uyum bozuklukları olmak üzere, depresyon, anksiyete ve duygu durum bozuklukları gibi psikolojik rahatsızlıklar yaşamaktadır (İzci ve ark., 2016: 94). Gözlemlenen bozuklukların çoğu bu evrede hastalığın

kendisi ve tedavi süreci ile ilgilidir (Tünel ve ark., 2012: 189). Meme kanseri tedavi süresince kişilerin stres seviyesinde yoğun artış, uyum sorunları, anksiyete, majör depresyon, uyku bozuklukları, uzamış yas, deliryum, öz kıyım gibi psikiyatrik bozukluklar bir hastalık olarak kanserin kendisini, kanser sürecini ve tedaviyi algılayış şekli ile ilişkili olarak farklı şekil ve şiddetlerde ortaya çıkabilmektedir (Tünel ve ark., 2012: 189). Toplam 167 meme kanseri teşhisi almış kadınla oluşturulan bir çalışmanın 18 aylık takibi sonucunda katılımcıların önemli bir yüzdesinde hastalıkla birlikte kaygı ve depresyon semptomlarının yükseldiği tespit edilmiştir (Vahdaninia, Omidvari ve Montazeri, 2010). Yanı sıra kişinin yaşam öyküsünde var olan veya süregelen bir kişilik bozukluğu tanısı var ise meme kanserinin teşhisi ile bu tanı şiddetlenebilmektedir (Güleç ve Büyükkınacı, 2011: 344).

Meme kanserinin teşhisiyle birlikte kadınlar duygusal olarak sıkıntı yaşama konusunda tehdit altındadır ve yaş ortaya çıkan psikolojik zorlanmalar hususunda önemli bir risk faktörü olarak belirlenmiştir. Yapılan çalışmalar meme kanserinde özellikle genç yaşın anksiyete ve depresyon gibi semptomları deneyimlemenin bir yordayıcısı olduğunu göstermiştir (Epping-Jordan ve ark., 1999; Baider ve ark., 2003). Küdüs ve Graz kentlerinde genç (49 yaş ve altı), orta yaşlı (50-64) ve yaşlı (65 ve üzeri) grupları olmak üzere toplam 424 kişi ile yürütülen bir çalışmada deneyimlenen psikolojik sıkıntılar, başa çıkma becerileri ve farklı hastalık algılamalarının yaş deneyimlerindeki sosyalleşme farklılıklarına bağlı olarak çeşitlilik gösterebileceği sonucuna ulaşılmıştır (Baider ve ark., 2003). İlişkili olarak Mosher ve Danoff-Burg'un (2005) meme kanserine psikolojik uyumda yaş farklılıklarını literatürde yapılan çalışmalarla birlikte gözden geçirdikleri bir makalede yaşça büyük kadınların, kaygı, depresyon ve travma sonrası stres belirtileri açısından daha az psikolojik sıkıntı deneyimlediklerinin altı çizilmiştir. Bir başka çalışmada meme kanserinde başa çıkma ve ortaya çıkan duygusal sıkıntılarda yaşa bağlı farklılıkları bazında, yeni meme kanseri teşhisi alan 36-80 yaşları aralığında bulunan toplam 80 kadında tanıyı alma anına yakın ve tanı alımından 3 ve 6 ay sonra anksiyete ve depresyon semptomları ve aynı zamanda hastalık şiddeti ve başa çıkma tarzları araştırılmıştır. Anksiyete, depresyon belirtileri ve yaş tanı alınan anda negatif korelasyon göstermiştir buna karşın önceki çalışmaları destekleyen şekilde yaşa bağlı başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon belirtileri üzerindeki etkisine doğrudan aracılık ettiği bulunmuştur. Araştırma bulguları sonucunda genç kadınlarda görece daha az uyumlu ve işlevsel olmayan başa çıkma yollarına başvurulması ve daha fazla duygusal sıkıntı yaşanması nedeniyle meme kanseri teşhisinin ilk zamanlarına yakın bir vakitte psikolojik uyumda yaşın dikkate alınması gerektiğinin altını çizilmiştir (Compas ve ark., 1999). Bu bağlamda başa çıkma

ve hastalık algılarının psikososyal müdahalelerde ele alınmak üzere hedeflenebileceği öne sürülmüştür (Gibbons, Groarke ve Sweeney, 2016; Groarke, Curtis ve Kerin, 2013; Lashbrook ve ark., 2018; Wang ve ark., 2014; Boyes ve ark., 2011).

Hastalığın psikolojik ve sosyal yankıları hastalığın evresine ve alınan tedavinin türlerine bağlı olarak da çeşitlilik gösterebilmektedir. Özellikle cerrahi uygulamalarla birlikte bedenin deforme olması, memenin alınması gibi durumlar oldukça travmatik bir deneyim olarak algılanabilmekte ve bununla ilişkili olarak kadınlar özellikle cinsel yaşamlarında birtakım zorlanma ve sıkıntılar yaşayabilmektedir (Arıkan, 2000: 43). Barni ve Mondin'in (1997), en az 1 yıl önce cerrahi müdahale görmüş 20-60 yaş aralığındaki meme kanserli kadınları ele aldıkları çalışmalarında katılımcıların hemen hemen hepsinde cinsel istek azlığı, cinsel istek yokluğu, orgazm olamama, ağrı ve vajinal kuruluk olmak üzere bir veya birden fazla cinsel sorun deneyimlediği bulunmuştur (Arıkan, 2000:43). Hutchinson ve arkadaşlarının (1979) yaptığı bir çalışma sonucunda benzer şekilde 1 yıl önce meme kaybı yaşayan kadınların %39'unda anlamlı düzeyde kaygı ve cinsel sorunlar yaşandığı belirtilmiştir (Arıkan, 2000:43) Morris ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada ise meme alındıktan 2 yıl sonra dahi yaşanan bu değişime bağlı olarak kendilik değerinde düşüş ve aynı şekilde cinsel sorunlar yaşandığı belirtilmiştir (Arıkan, 2000:43). Bu durum ileri seviyelerinde cinsel ilişkiden kaçınma ve iletişim bozukluğu gibi cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir. Mastektomi uygulamasının iyileştirmeye dair pozitif etkinliğine karşın cinsel işlevler bazında değerlendirildiğinde MKC uygulanan kadınlardan tüm memenin alınması gibi yöntemler uygulanan kadınlara nazaran daha iyi sonuçlar alınmıştır (Akyolcu, 2008: 77).

Meme kanserinde cerrahi müdahaleler genel manada kadınlarda beden algısı, öz saygı ve çiftler arası uyum üzerinde olumsuz yönde etkili bulunmuştur (Uçar, 2008) Beden imajına dair yaşanan kaygı ve sıkıntı genç ve evli olan kadınlarda en yüksek düzeyde tespit edilmiştir (Sertöz ve ark., 2004). Meme protezleri dış görünüşte kaybı onarıyor gibi görünse de genç kadınlarda bu uygulama sonrasında da beden algısında bozulmanın devam edebildiği bilinmektedir. Kadınlar operasyon sonrası sıklıkla bir şekilde “tam” hissedemediklerini, akranlarından, diğer kadınlardan “farklı” hissettiklerini ifade edebilmektedir (Al- Ghazal, Fallowfield ve Blamey, 2000; Campbell-Enns ve Woodgate, 2015). Üstelik memeye verilen önem arttıkça meme rekonstrüksiyonundan sonra memnun olma düzeyi aynı oranda düşmektedir (Schmidt ve ark., 2017). Sonuç olarak meme kanseri; büyük oranda biyolojik değişime uğratan ve ölüm riski taşıyan bir hastalık olmasının yanı sıra bedene ve dışılığın

önemli bir sembolü kabul edilen memeye tehdit oluşturmaları dolayısıyla sosyal ve ruhsal yönleriyle de araştırılmış kanser türlerinden biri olarak belirlenmiştir (Arıkan, 2000; Schain, 1991; Baider ve ark., 2003).

Cerrahi müdahaleler kadınlarda dönemsel olarak da farklı davranışsal ve duygusal tepkilere yol açabilmektedir (Harcourt ve ark., 2003). Buna göre ameliyat öncesi dönemde yaşanan sıkıntıların daha çok kaygı ve iletişim problemleri ile ilişkili olarak ortaya çıktığı; operasyon sonrası dönemde ise kadının beden imajıyla, hastalık ve sürece dair korku ve endişe ile ilişkili olarak arttığı gözlemlenmiştir. Cossileth ve Steinfeld (1987) mastektomi sonrası bazı kadınlarda depresif belirtiler veya kızgınlık tepkilerinin ortaya çıktığını belirtmiştir. Ek olarak cerrahi girişime kemoterapi tedavisi eklendiğinde psikiyatrik bir bozulma yaşanma oranında gözle görülür bir artış tespit edilmiştir (McCartney ve ark., 1989). Doğaları gereği kemoterapi ve radyoterapi gibi meme kanserinde uygulanan diğer tedavi yöntemlerinin saç dökülmesi, bulantı, cilt renginde değişiklikler ve çökkünlük gibi durumlara sebep olması dolayısıyla kadınlar bu süreç içerisinde de fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal olarak yoğun sıkıntı ve bunalma, işlevsellikte düşüş deneyimleyebilmektedir (Grassi ve ark., 2015).

1.1.10. Meme Kanseri Tedavi Sonrası İyileşme Döneminde Yaşanan Biyopsikososyal Problemler ve Risk Faktörleri

Meme kanseri tedavisi görmüş ve güncel olarak kansere bağlı herhangi bir fiziksel sorun yaşamayan kadınlarda dahi tedavi sonrası dönemde birtakım biyopsikososyal sorunlar gözlemlendiği bilinmektedir. Kanser hastalığında aktif tedavi süreci sonlandıktan sonra tıbbi kontrol ve takipler sonlanmamaktadır. Bu takip, hayatlarının bir döneminde meme kanseri tanısı almış kadınların meme kanserini atlattıktan sonra da hastalığın kendisi ile karşılaşmaya devam ettikleri anlamına gelmektedir.

Özkorumak ve arkadaşlarının (2012: 29) meme kanseri tanısı almış kadınların tedavi ve iyileşme dönemlerindeki psikolojik stres seviyelerini ele alan bir çalışmada hastalığın her iki epizodunda da benzer düzeyde psikolojik stres gözlemlendiği sonucuna ulaşılmıştır. İkinci bir kanser yaşanması durumunda ise meme kanseri yıllar boyu süren stresli bir durum olarak kabul edilebilmektedir. Sonuç olarak bu grup hastalarda gelecekle ilgili yaşanan korku ve kaygı, psikososyal müdahaleler sırasında özellikle üzerinde durulması gereken bir konu olarak belirlenmiştir (Lebel, Rosberger ve Devins, 2007).

Remisyon döneminde aktif tedavi evresine benzer şekilde kişinin hastalığı algılama ve yorumlama şekli, ulaşabilen tıbbi uygulamaların ve sosyal desteğin yeterliliği, hastanın baş etme şekli ve mizacı, hastalığın ve tedavinin yarattığı ve genele yayılmış fiziksel ağrı şiddeti gibi çok çeşitli faktörlerin kişinin psikolojik açıdan hastalığa uyumlanmasında önemli ölçüde etkili olduğu bilinmektedir (Gümüş, 2006: 109).

Yaş, meme kanserinin tedavi sonrası döneminde de psikolojik iyilik hali üzerinde rol oynadığı düşünülen faktörlerden biridir. Genel manada meme kanseri genç kadınlar yaşam kalitelerini yaşlı kadınlara göre daha düşük seviyede değerlendirmektedir. Beden görüntüsü, ilişkisel problemler ve gelecek kaygısının yanı sıra genç kadınlar yaşlı kadınlara oranla kariyerleri ve mali durumları hakkında da daha fazla endişeye sahip olabilmektedir. Meme kanserinden sağ kalan yaşlı kadınlar genç kadınlara göre daha fazla sağlık sorunu ile karşılaşmaları sebebiyle genel yaşam kalitelerinde düşüş yaşarken; yaşam deneyimlerine bağlı olarak (başkalarının da kanser teşhisine tanık olmak, sağlık sisteminin içinde halihazırda bulunuyor olmak, daha az rekabet ve kıyas içinde olmak vb.) zihinsel sağlık, psikosoyal uyum ve hastalıkla başa çıkma bakımından genç kadınlara oranla daha iyi durumdadır (Campbell-Enns ve Woodgate, 2015). Başa çıkma şekillerinin tedavileri sonlanmış, hastalık sonrası hayatta kalan kadınların psikolojik iyilik halini ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini öngördüğü dolayısıyla hastalığın bu evresinde de kritik bir rol oynadığı saptanmıştır (Cheng ve ark., 2019). Genel manada çaresizlik/ umutsuzluk ve kaygılı meşguliyet gibi başa çıkma tarzlarının sıklıkla kullanımı bu dönemdeki yüksek psikolojik sıkıntıyla ilişkili bulunmuştur. Çok çeşitli faktörler sonucunda farklılıklar gösterebilen başa çıkma biçimlerinin, tedavi döneminde kemoterapi almış olmak ve stresli, olumsuz yaşam olayları deneyimlemiş olmak gibi faktörler sonucunda teşhisten 5 yıl sonra dahi değişim gösterebildiği prospektif bir çalışma sonucunda ortaya konmuştur (Bredal, Ekeberg ve Karesen, 2021).

Remisyon süresince ortaya çıkan biyopsikososyal etkiler ve tepkiler kültürel bağlamlar içerisinde de çeşitlilik gösterebilmektedir. Farklı coğrafi ve kültürel ortamlarını meme kanserinden iyileşme döneminde olan kadınların deneyimledikleri psikolojik sıkıntıları çeşitli şekillerde etkileyip etkilemediğini ve şayet bir etki varsa bunun olası nedenlerini araştıran, Avusturya'nın Graz kentinden ve İsrail'in Kudüs kentinden olmak üzere toplam 424 meme kanseri kadınla yürütülen bir çalışma sonucunda Graz popülasyonundaki katılımcıların kansere zihinsel uyumu deneyimledikleri psikolojik sıkıntılar üzerinde doğrudan etkili bulunurken; her iki popülasyonda psikolojik sıkıntıyı en çok etkileyen faktörlerin geçirilen yıl boyunca yaşanan stresli yaşam olaylarının sayısı, bedensel olarak rahatsızlık duyma ve ekonomik problemler

olduğu tespit edilmiştir (Baider ve ark., 2003). Psikososyal sıkıntıda düşük gelir, özellikle bir risk faktörü olarak belirlenmiştir (Campbell-Enns ve Woodgate, 2015). Kore’de 126 meme kanseri hastası kadının katıldığı bir başka çalışma bahsedilen çalışmanın bulgularını destekler şekilde sosyoekonomik durumun meme kanseriyle birlikte değişen fiziksel görünüm sıkıntısı, beden imajı ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu ortaya çıkarmıştır (Chang ve ark., 2014).

Meme kanseri sonrası dönemde kadınlarda olumlu değişimler de gözlemlenmektedir (Ghavami, 2015: 23). Literatürde bahsedilen olumlu değişime ışık tutmaya yönelik yapılan çalışmaların az olduğu göze çarpmaktadır. Buna karşın var olan çalışmalar meme kanserinden sağ kalan kadınlarda post-travmatik büyüme ve gelişme, hayata bakış açısında olumlu değişimler, manevi ve ruhsal anlamda gelişim, empati yeteneğinde kuvvetlenme, daha sağlıklı ve işlevsel yaşam alışkanlıkları edinme ve genel manada ilişkilerde güçlenmenin de yaşanabildiğini göstermiştir (Hendricks ve Gibson, 2006; Lauver, Nelson ve Vang, 2007; Levine ve ark., 2007; Mols ve ark., 2009; Rosadale, 2009). Spesifik olarak bazı hastalar belirtilen çok çeşitli bireysel ve çevresel farklılıklar sonucunda kanser döneminde ya da sonrasında hastalıkla etkin ve uyumlu tarzda baş edebilmekte, günlük hayatlarına işlevsel bir şekilde devam edebilmektedir (Işık, 2014: 59). Bununla birlikte iyileşme döneminde çevresel güçlendirmenin, samimi sosyal desteğin ve özellikle yakın aile ilişkilerinin varlığının yaşam kalitesi ile doğrudan ilişkili olduğu belirtilmiştir (Duran ve Sarandöl, 2022; Gonzalez-Fernandez ve ark., 2017; Fong ve ark., 2017; Campbell-Enns ve Woodgate, 2015).

Olumlu değişimlerin yanı sıra hastalık grubundaki kişilerin meme kanserinde tedavi döneminde olduğu gibi tedavi sonrası dönemde de profesyonel düzeyde verilen psikososyal desteğe ihtiyaç duyduğu ulaşılan genel bir sonuçtur (Özbek ve ark., 2003: 189; Vivar ve McQueen, 2005; Tünel, 2011). Meme kanserinden sağ kalım sonrası karşılanmamış fakat süregelen ihtiyaçların tespit edilmesi ve detaylı bir biçimde ele alınıyor olması oldukça önemli bulunmuştur. İlişkili olarak yapılan bir çalışmada meme kanserinden kurtulanlar için farkındalık temelli stres azaltma (MBSR) programının bir denemesi gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda tedavi tamamlandıktan sonra 6 haftalık meme MBSR programı almanın bilindik ve olağan bakıma kıyasla psikolojik durum ve hayat kalitesinde önemli olumlu etkileri olduğu tespit edilmiştir (Lengacher ve ark., 2016). Remisyon döneminde çeşitli uygulamalar içeren psikososyal müdahalelerden yararlanmak mümkün olsa da benzer çerçevede yapılan diğer çalışmalar sonucunda MBSR programının ve genel manada farkındalık temelli müdahalelerin meme kanserini atlatan ve hali hazırda kanser tedavileri sonlanmış kadınlar için etkili bir yöntem olduğunu destekleyen bulgulara ulaşılmıştır (Hoffman ve ark., 2012; Carlson

ve ark., 2013; Zimmerman, Burrell ve Jordan, 2018; Stafford ve ark., 2013; Stafford ve ark., 2015).

1.1.11. Meme Kanserinde Uygulanan Psikoterapi Yöntemleri

Beden ve ruh sağlığı birbirinden ayrı düşünülememektedir. Bu nedenle fiziksel bir problem yaşamakta olan meme kanseri kadınlar, alınan farmakolojik tedavinin yanı sıra bu süreçte ruh sağlığını korumaya veya güçlendirmeye yönelik de bir müdahaleye ihtiyaç duyabilmektedir (Soylu, 2014: 258). Zaman içerisinde farmakolojik tedaviye ek olarak, destekleyici tedavi, sosyal beceri ve problem çözme eğitimi gibi etkili tedavi yöntemleri geliştirilmiş ve halihazırda uygulanıyor olsa da meme kanserinde en sık başvuru psikoterapi yöntemi bilimsel çerçevede temellendirilmiş ve etkinliği kanıtlanmış olan bilişsel davranışçı terapidir (Moyer ve ark., 2009: 474; Jacobsen ve Jim, 2008: 217; Zimmermann, Heinrichs, Baucom, 2007: 226). Kanser türleri ve ortaya çıkan psikolojik zorlanmalar üzerinde BDT'nin etkinliğini araştıran birçok çalışma yapılmıştır. Williams ve Dale (2006: 372) tarafından yapılan bir meta analiz çalışması sonucunda farmakolojik tedavi ve BDT uygulamalarının ortaya çıkan olumsuz semptomlar üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde Jassim ve arkadaşlarının (2015: 2) yaptığı bir çalışmada kanser sürecinde ortaya sıkça çıktığı bilinen anksiyete, duygu durum bozuklukları ve depresif semptomların iyileşmesi üzerinde BDT'nin olumlu etkisi olduğunu vurgulanmıştır. Bir başka çalışma Matthews ve arkadaşları (2014: 250) tarafından, uyku problemi yaşayan meme kanserli kadınları ele alarak oluşturulmuştur. Çalışma sırasında örneklem, tedavi grubu ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmıştır. Bir grup hastaya (n=60) BDT uygulanırken kontrol grubuna (n=30) plasebo tedavi verilmiştir. Çalışma sonucunda BDT uygulanan hastalarda bilişsel ve fiziksel işlevsellikte artma; uyku süresinde de uzama gözlemlenmiştir.

Meme kanserli kadınlarda gözlemlenen biyopsikososyal sıkıntılar üzerinde bilişsel davranışçı terapinin etkinliğini inceleyen bir çalışmada ise BDT ve BDT'ye dayalı Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT) ve Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (BFTBT) ile kişilere müdahale edilmiştir. Yapılan çalışma sonucunda ise BDT'lerin depresif belirtiler, uykusuzluk, bilişsel bozulma, menopoz belirtileri, yorgunluk, fiziksel ve psikososyal uyum, ağrı, öz saygı, cinsel işlev bozuklukları ve genel olarak yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Tunç, 2021: 34).

BDT hem kişiyle birebir uygulanabilen hem de grup terapisi şeklinde uygulanabilen yapılandırılmış bir psikososyal mşdahale tşrşdşr (Soylu, 2014: 257). Bahsedilen terapi yşntemi meme kanseri sşrecindeki kadınların hastalığın kendisini ve içinde bulundukları sşreci nasıl algıladıkları ve bununla nasıl baş ettikleri şzerinde durmaktadır. Uyumsuz ve faydasız baş etme şekillerini tespit edip, yeniden dşzenlemekte; tanı evresinde, tedavi sşrecinde, hastalık şncesinde ya da sonrasında ortaya çıkmış, çarpıtılmış dşşşnceler ve inanışları, işlevini yitirmiş duygu ve davranışları sistematik bir şekilde, hastalar ile iş birliği içerisinde ele alıp, yeniden çerçevelemektedir (Aksan, 2021: 36). Dahası hastalar, BDT temelinde duygu durumu şzerinde çokça etkili olduğu dşşşnşlen otomatik dşşşnceler ve temel inançları keşfetmek amacı ile yeni, bilişsel teknikler řęrenmektedir (Savaş, 2020: 20). BDT uygulamalarında davranışsal mşdahalelerin bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri ile eş zamanlı sşrdşrşlşyor olması tedaviden alınan faydayı arttırmaktadır (Hopko ve ark., 2008). Faydasız ve olumsuz uygulanımı pekiştiren baş etme tarzları yerine, işlevsel baş etme becerilerinin kazanılması ve sağlamlaştırılmasının hastaların halihazırda sşregelen tıbbi tedavi sşrelerine uyumlarını da arttırdığı bilinmektedir (Andersen ve ark., 2008: 3449). Bununla ilişkili olarak Yanez ve arkadaşlarının (2009: 730) yaptığı bir araştırma sonucunda kişilerde kanser hastalığına uyumda bir artış yaşanmasının hayatı anlamlı ve huzurlu bulma hali şzerinde pozitif etkisinin olduğu belirtilmiştir. Bu açıdan bakıldığında genel manada bilişsel davranışçı terapi, hastalarda kanser ile bağlantılı olarak beliren stres, şfke ve kayęı gibi yoğun duygulara dışarıdan bir gşzle bakabilmeyi ve bunları yşnetebilmeye başlamayı sağlamayı da amaçlamaktadır.

Psikososyal mşdahaleler sırasında, psikoeğitim, zaman zaman ortaya çıkabilen yoğun fiziksel belirtiler ve duygu durumlarında nefes, kas ve gevşeme pratikleri, sistematik duyarsızlaştırma gibi tekniklerden de yararlanılmaktadır (Jassim ve ark., 2015: 6). Osborn, Demoncada ve Feurstein'in (2006: 27) yřrřttřęř 1492 kanser hastasını ele alan, BDT ve pskoeğitimin anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi ve ağrı yşnetimi şzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada ağrı yşnetimi dışındaki bağımlı değişkenlerle BDT'nin gşlş, pozitif yşnlş korelasyonu bulunmuştur. Aynı çalışmada psikoeğitimden benzer bir sonuç alınamamıştır. Antoni ve arkadaşlarının (2008: 580) yřrřttřęř bir başka çalışmada I ve III evre meme kanserinde bulunan kadınlar 10 haftalık grup tabanlı bilişsel davranışsal stres yşnetimi mşdahalesine (CBSM) veya 1 gşnlşk psikoeğitimsel kontrol grubuna alınmıştır. Çalışma sonucunda CBSM mşdahalesini alan grupta daha iyi bir psikososyal uyum yakalanmış; kansere şzgş bildirilen ve gşzlemlenen kayęıda belirgin dşşşş ve fizyolojik uyum gşzlemlenmiştir. Barsevick, Sweeney, Haney ve Chung'ın (2002: 73) kanser hastaları şzerinden yşrşttşkleri

metaanaliz ve dokuz klinik inceleme içeren çalışmaları sonucunda ise psikoeğitim ve BDTnin birlikte uygulanmasının depresif belirtiler üzerinde daha olumlu bir sonuca yol açtığı belirlenmiştir.

Bahsedilen tüm yönleriyle birlikte BDT aynı zamanda şemsiye bir terimdir. Çatısının altında birçok yeni teknik ve çeşitli terapi yöntemleri bulundurmaktadır (Hayes ve Hofmann, 2017: 245). Son dönemde bilişsel davranışçı terapi temelinde geliştirilmiş Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT), Farkındalık Temelli Bilişsel Terapiler (FTBT) ve Metakognitif Terapi gibi tarafsız ve yargısızca “şu anda” olup bitenlere dikkat verme pratikleri içeren, 3. nesil yaklaşımlar olarak bilinen psikolojik müdahale türleri de meme kanserinde kullanılmaya başlamıştır (Aksan, 2021: 34). Altı çizilen tüm uygulamalarının amacına ulaşabilmesi adına unutulmaması gereken en önemli noktalardan biri, uygulamaların profesyonel bir ekip tarafından, kanserinin evresine, tedavinin gidişatına bağlı, kişinin ihtiyaç ve koşullarına göre, hastayla birlikte, bireye özgü tasarlanması gerektiğidir (Özkan ve Armay, 2007: 158).

1.2. Metakognisyon

1.2.1. Metakognisyonun Tanımı

Metakognisyon, meta ve kognisyon kelimelerinin birleşiminden meydana gelmiş bir sözcüktür. Meta “ötesinde” “sonra” ve “üstünde” gibi anlamlara gelmektedir. Kognisyon ise biliş demektir. Biliş; kişinin anlama, hatırlama, öğrenme gibi zihinde olup biten süreçlerini içermekte ve bireyin bildiği her şeyi kapsamaktadır. (Perişan, 2018: 15). Yapılan iki tanım sonucu Türkçeye üst biliş şeklinde uyarlanabilen metakognisyon; temelde bilişin üstünde bir mekanizmanın varlığını işaret etmektedir (Irak, 2005: 98). Zaman zaman biliş üstü (Kılınç ve Doğan, 2014), biliş ötesi (Okçu ve Kahyaoğlu, 2007), bilişsel farkındalık (Demir ve Kaya, 2015) ve yürütücü biliş (Çalışkan ve Sünbül, 2011) olarak da ifade edilebilen bu kavram, genel manada kişinin kendi bilişsel süreçleri hakkındaki bilişleri olarak tanımlanmaktadır (Altınok, 2020: 51). Metakognitif düzeyde kişi kendinde olup biten düşünce ve duyguları farkındadır ve bunlara yanıt verebilme, düzenleyebilme, yönetebilme gibi bir kontrole sahiptir. (Schraw, 1998; Dunlosky ve Metcalfe, 2008: 3) Böyle bakıldığında biliş ve biliş üstü kavramları arasında anlam farkını yaratan bireylerdeki farkında olma, bilişi kavrama halidir.

Metakognisyonun tanımı ilk kez 1970’li yıllarda Flavell tarafından gelişim psikolojisi alanında yapılmıştır (Şenormancı ve ark., 2012: 339). Günümüzde de kabul gören Flavell’in tanımında metakognisyon temelde iki ögeye ayrılarak ele alınmıştır. Buna göre

metakognisyonun iki alt ögesi “bilgi” ve “düzenleme” şeklinde tanımlanmıştır. Metakognitif bilgi kişinin kendi düşünceleri hakkındaki düşüncelerini işaret eden bilme halini; metakognitif düzenleme ise gelen bilgiyi, zihinsel aktiviteleri kontrol etme gibi zihinsel süreçlerini işaret eden stratejilerini kapsamaktır. Tanıma göre üst biliş; kişinin bilişlerini fark ederek bilmesi ve bunları düzenleyebilmesi olmak üzere iki farklı süreci aynı anda içermektedir (Irak, 2005: 98). Ek olarak metakognisyon; metakognitif bilgi ile bilişi değerlendirmeye dönük metakognitif izleme ve bilişsel süreci kontrol edebilmeyi kapsayan metakognitif denetleme olarak üç aşamalı olarak da kabul görebilmektedir (Tosun, 2008: 68; Perişan, 2018: 16).

1.2.2. Metakognitif Kuram

Düşünceler ve duygular istem dışında beliren ve kişiden herhangi bir yanıt alamadığında bir süre sonra yine kendiliğinden sönümlenen zihin ve beden aktiviteleridir (Gündüz, 2021). Her gün, her bireyin aklına milyonlarca farklı içerikte düşünce geldiği bilinmektedir. Düşüncelerin içeriği ise her şey ile ilgili olabilmektedir. Metakognitif teori bilişin kişiye ne söylediğinden, içeriğinden çok düşünceye verilen anlamın önemi üzerinde durmaktadır. Metakognitif yaklaşım, en temelde ortaya çıkan yoğun ve sıkıntı veren duyguların ve psikolojik zorlanmaların beliren düşüncelere, bilişlere bağlı olarak gelişmediğini savunmaktadır. Metakognitif modele göre zihinde beliren düşünceler ile yaşanan yoğun duygusal rahatsızlık ancak o düşünceye verilen önem ve paralel şekilde yanıt vermeyi sürdürme doğrultusunda artmaktadır. Buna göre bilişler herkeste vardır, olağandır, kendiliğinden belirip kendiliğinden sönümlenecektir fakat bahsedilen duygu durum farklılıklarını yaratan temel sebep bireylerdeki üst bilişlerdir. Kişinin karşılaştığı olayları yorumlaması, değerlendirmesi ve duruma yönelik seçimler yapması benzer şekilde kişilerin metakognisyonlarıyla kuvvetle ilişkilidir (Wells, 1995; İğci, 2021: 22; Tosun, 2008: 67).

Modele göre zaman zaman ortaya çıkabilen ve işlevsel olmayan zihinsel süreçlerde (endişe, remisyon vb.) ve bu süreçlerle başa çıkma tarzlarında kişilerde bulunan olumlu ve olumsuz olarak belirtilen üst bilişsel inançlar kritik bir rol oynamaktadır. Olumlu üst bilişler işlevsel olmayan düşünce süreçlerinin yararlarına ve gerekliliğine dair inançları kapsarken (Ör: “Endişe etmek gelecekteki problemlerimden kaçınmama yardımcı olur.”); olumsuz üst bilişsel inançlar işlevsel olmayan zihinsel süreçlerin olumsuz durumlara yol açacağına, tehlikeliliğine, kontrol edilemezliğine vurgu yapmaktadır (Ör: “Endişelenmekten çıldırabilirim.”). Olumlu ve olumsuz üst bilişsel inançlar nedeniyle gelen düşüncelere yanıt verme süresinde uzama veya düşünceyi yok etmeye çalışma gibi düşünceye yönelik uyumsuz tepki tarzları da

gözlemlenebilmektedir. Bu durum özellikle kaygı bozuklukları ve OKB gibi ruh sağlığı sorunlarında sıklıkla gözlemlenen, bilişin tekrar tekrar zihne gelmesine ve bununla uğraşma sürecini temsil eden ruminasyon ve endişe gibi işlevsel olmayan düşünce süreçlerinin kronikleşmesine yol açabilmektedir (Tosun, 2008: 67).

Metakognitif kuram, belirtilen kuramsal çerçevede yaşam içerisinde yapılan tüm zihinsel değerlendirmeler ve sonucunda eyleme geçme sürecinde temelde var olan iki modun aktivasyonun altını çizmektedir. Bu iki mod “nesne modu” ve “üst biliş modu” olarak tanımlanmıştır. Nesne modunda bireyler zihne gelen düşüncelerle kaynaşmış haldelerdir. Bu modda kişi düşünce ile kendini “bir” gibi kabul etmektedir. Biliş; kişinin farkındalık alanında beliren bir zihinsel aktivite olarak fark edilip, kabul edilmekten ziyade kişi için büyük oranda gerçekliği temsil eden bir konumda durmaktadır. Üst biliş modunda ise kişinin farkındalık düzeyi nesne moduna göre çok daha yüksektir. Bu modda kişi zihninde beliren düşüncelere bir üst perdeden ve mesafelenelerek bakabilmekte; zihninden geçenler ve gerçeklik arasındaki ayrımı daha net yapabilmektedir. Bu sayede ortaya çıkan sürece dair yorumlama ve bakış açısı daha geniş, objektif ve rasyonel bir alanı kapsamaktadır (Gündüz, 2021).

1.2.3. Kanser ve Metakognisyonlar Arasındaki İlişki

Günümüzde üst bilişler ve kronik sağlık problemleri arasındaki ilişki araştırılmaktadır (Anderson ve ark., 2019; Lenzo ve ark., 2020; Ranieri, Guerra ve Giacomo, 2020). Kanser hastalığı ve üst bilişler arasındaki olası ilişkiler ise yeni yeni incelenmeye başlanan bir konudur. (Mutlu ve ark., 2018). Bugüne kadar konu ile ilgili yapılan çalışmalarda en genel manada ulaşılan sonuç: kanser hastalığı yaşayan bireylerin metakognitif işlevlerinde birtakım bozulmalar gözlemlenebilmektedir (İnci ve ark., 2020: 956). Kanser, zihinsel süreçte tehlike, yıkım gibi anlamlara gelmektedir ve bu da psikolojik sağlamlık ve yaşam dengesinde krize neden olabilmektedir (İnci ve ark., 2020: 956). Mutlu ve arkadaşlarının (2018: 1283) kanser hastalığı geçirmekte olan ve hasta olmayan kişileri ele alarak yürüttükleri, kanserin evresi, kanserin türü ve alınan tedavi şeklinin kişilerdeki üst bilişler üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışma sonucunda kanser hastalarında daha fazla olumsuz üst bilişe rastlanıldığı görülmüştür.

Kanser hastalarının zihinlerinde kanserin kendisi hakkında veya alınacak tedavinin olası etkileri, belirsizlik ve ölüm hakkında olmak üzere kansere bağlı yaşanabilecek olası süreçler ile ilgili birçok düşünce var olabilmektedir. Kanserin tespit edilmesinden sonra zihnin kanser hastalığı ile yoğun meşguliyeti, duygusal ve psikolojik zorlanmalar anlaşılır bulunmakla

birlikte bu zorlanmanın süreklilik kazanması ve şiddetlenmesinin kişi üzerinde hastalığına ek olarak fiziksel ve ruhsal başka sorunlara yol açtığı bilinmektedir (Cook ve ark., 2015: 207). Hastalığın kendisine ek olarak ortaya çıkan sorunlar neticesinde kanser hastalarında işlevsel olmayan zihinsel süreçlerin kronikleşmesine neden olabilecek olası faktörler üzerinde durulmuştur ve üst bilişler de bunlardan biridir. Kanser hastalığı süresince ortaya çıkan depresif belirtiler ve anksiyete gibi ruh sağlığı problemlerinin uyumsuz üst biliş fonksiyonları ile ilişkisini elen alan çalışmalarda ikili arasında pozitif yönde bir ilişki ortaya konmuştur (Yazar ve Tolan, 2020: 172; Anderson ve ark., 2019: 1; Somayeh ve ark., 2022: 47; Thewes, Bell ve Butow, 2013). Metakognitif yaklaşım, belirtilen ruh hallerinde kanser hastalarında süregelen katı üst bilişlerin önemini ve olası etkisini vurgulamaktadır (Cook ve ark., 2014: 52). Belirtilen bu katılık benzer şekilde hastalık ve olası süreçler hakkında akla gelen düşüncelerle ilgilenmenin yararlarına dair olumlu üst bilişsel inançlarla ve bu süreçlerin tehlikeliliği ve kontrol edilemezliğine dair olumsuz üst bilişsel inançlar ile bağlantılı olarak ortaya çıkabilmektedir (Fisher ve ark., 2019: 2; Cook ve ark., 2015: 208).

1.2.4. Meme Kanseri ve Metakognisyonlar Arasındaki İlişki

Literatüre bakıldığında spesifik olarak meme kanseri süresince gözlemlenen duygusal zorlanmalar ve ruh sağlığı problemlerinin üst bilişlerin etkisi göz önünde bulundurularak incelendiği göze çarpmaktadır. Yapılan çalışmalar meme kanserinde diğer kanser türlerine benzer nitelikte deneyimlenen duygusal zorlanmalar ve üst bilişsel fonksiyonlar arasında anlamlı ilişkiler bulunduğunu göstermektedir. Meme kanseri hastalarında yaş, cinsiyet, hastalığı algılama şekli ve kişilerde var olan olumlu ve olumsuz üst bilişlerle bağlantılı olarak anksiyete, depresif belirtiler ve bazı travma tepkilerinin gözlemlenebileceği bilinmektedir (İğci, 2021: 25).

Meme kanseri hastalığına sahip kadınlar ve sağlıklı kadın gruplarının metakognitif inançlarını karşılaştıran bir çalışma sonucunda iki grup arasında önemli bir fark göze çarpmıştır. Ulaşılan sonuçtan yola çıkarak meme kanseri grubundaki kadınların metakognitif terapi ihtiyacı duyduğu belirtilmiştir (Jektaji ve Khalkalı, 2015). Meme kanseri hastalarında gözlemlenen depresyon durumuna yönelik metakognitif terapi uygulamalarının etkisini incelemeyi amaçlayan çalışmalarda olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Meme kanserli kadınlarda üst bilişsel terapinin depresif belirtileri azaltmaya dair etkinliğini incelemeyi amaçlayan bir çalışma sonucunda uygulanan metakognitif terapinin belirtilen genel sonuçları destekleyen şekilde kişilerdeki tekrarlayıcı şekilde düşünme halini ve buna bağlı olarak depresif belirtileri

önemli derecede azalttığı gözlemlenmiştir (Elzami ve ark., 2015: 94). Metakognitif terapi bu grup hastalarda geleneksel BDT yaklaşımının izlediği yolun aksine gelen düşüncelerin içeriği ile uğraşmadan yalnızca gelen düşüncelerle meşgul olma süresini azaltarak duygusal sıkıntıyı hafifletmenin mümkün olabileceğini göstermiştir (Cherry ve ark., 2019: 2).

Nüks korkusu meme kanseri geçirmiş ve tedavileri sonlanmış kadınlarda sıklıkla gözlemlenen ve üzerinde durulması gereken bir diğer önemli noktadır (Huizer ve ark., 2022: 880). Kanserinin yinelemesine dair yaşanan korku (FCR) ve üst bilişler arasındaki ilişkiyi araştıran, erken evre meme kanserinden iyileşen kadınlarla yürütülen bir çalışma sonucunda kadınlardaki işlevsiz üst bilişlerin FCR’de önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir (Thewes, Bell ve Butow, 2013). Benzer şekilde FCR, üst biliş ve nevrozluğun ilişkisini inceleyen; örneklemi kanser hastalığından kurtulan Çinli bireylerden oluşan bir başka çalışmada özellikle olumsuz üst bilişlerin FCR gelişimde etkili olduğunun altı çizilmiştir (Ng ve ark., 2019).

1.3. Anksiyete

1.3.1. Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete; kaslarda gerginleşme ve bir takım kaçınma davranışlarıyla kendini gösteren, geleceğe yönelik endişeli bir bekleme hali olarak belirtilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği). Geçmişten günümüze farklı kuramlar üzerinden ele alınan anksiyete, kaygı ile ilgili bir aşırılık yaşama halini temsil ederken; en temelde kişinin hali hazırda elle tutulur bir tehlike olmamasına karşın, nedeni belli olmayan şekilde yaşadığı tedirginlik, huzursuzluk ve diken üstünde olma hali olarak tanımlanmaktadır (Şahin, 2019: 121). Anksiyete, çoğunlukla dışarıda somut bir tehdit bulunmadan olası bir tehlike haline karşı kişide beliren rahatsız edici içsel bir tepkidir. Böyle bakıldığında bir semptom olarak anksiyete; şaşırtıcı olmayan bir biçimde çeşitli ruh sağlığı problemlerinde de kendini gösterebilmektedir (Özakkaş, 2014: 5, Baykal, 2017: 543).

Anksiyete; geçmiş deneyimlerden temellenen fakat büyük ölçüde gelecek zaman dilimi ile ilişkili bir kavramdır. Anksiyetede geleceğe dair “beklenen” bir olumsuzluk, felaket hakimiyetinden söz etmek mümkündür. Kişi bu süreçte yoğun şekilde korku duygusu hissedebilmekte; kontrol ve önlem almaya dair yeni davranış kalıpları geliştirilebilmekte ve zihnen olası olumsuz durumla çokça meşgul olmaktadır. Anksiyeteye sıklıkla korku duygusu ve endişe sürecinin de eşlik ettiği bilinenler arasındadır. (Türkçapar, 2004: 13). Bedende korkunun duyumsamaları (üşüme, terleme, titreme vb.) hissedilirken; zihinde “Bir şey olacak.” benzeri düşüncelere rastlanmaktadır.

Belirli bir oranda ve kişinin işlevselliğini bozmayan düzeyde kaygının zaman zaman her bireyde görülebileceği unutulmamalıdır (Baykal, 2017: 540). Korku ve kaygı duyma hali canlı ve hala hayatta olmanın bir getirisidir. Normal kabul edilen, işlevsel ve normal sınırı aşan (patolojik) kaygı birbirinden ayrı değerlendirilmektedir. Kaygının patolojik boyutunda beliren uyarının şiddeti ve kişide ortaya çıkan anksiyetenin yoğunluğu arasında bir orantısızlık hali, zamanla şiddetlenen bir tablo, titreme, terleme, kalp çarpıntısı ve kas gerginliği benzeri yoğun fiziksel belirtilerin süregelen hale gelmesi, sıkıntı, bunalma hali ve işlevsellikte büyük ölçüde bozulma gözlemlenmektedir (Bal, Çakmak ve Uğuz, 2013: 441; Karamustafaoğlu ve Yumrukçal, 2011: 69). Kaygının bir bozukluk olarak ele alınması ancak böyle bir tabloda mümkün olmaktadır.

1.3.2. Anksiyete Belirtileri

Anksiyetenin çok çeşitli fiziksel duyumsamaları, mental ve davranışsal belirtileri bulunmaktadır. Kişiler anksiyete halindeyken aşırı düzeyde terleme, ateş basması, ağız kuruması, kalp çarpıntısı, titreme, üşüme, kulakta çınlama ve uğuldama, genel bir sersemlik hali, sık sık idrara çıkma isteği, göğüs bölgesinde sıkışma, ağrı ve baskı hissi, baş dönmesi, bulantı ve kusacakmış gibi hissetme, ellerde ve ayaklarda uyuşma ve karıncalanma yaşayabilmektedirler (Ünüvar, 2017: 21). Bahsedilen fiziksel belirtiler biyolojik açıklamasıyla en temelde sempatik sinir sisteminin aşırı aktifleşmesi, duygu yönetimiyle ilişkili olan beyin bölgesi amigdalanın tetiklenmesi ve buna bağlı olarak kas gerginliğinin artması sonucu ortaya çıkmaktadır (Özakkaş, 2014: 6).

Ek olarak huzursuzluk, odaklanma ve konsantrasyon sağlamada zorlanma, uykuya dalmada güçlük, sürekli bir şekilde diken üstünde olma, etrafta dolanıp durma, hareket etme isteği, irritabilite, gerçeklikten kopma (derealizasyon), kendine ve çevreye yabancılaşma (depersonalizasyon), çıldırmaya ve ölüme dair yoğun korku duyma gibi bilişsel ve davranışsal belirtiler de anksiyete halinde göze çarpan durumlar arasındadır (Türkçapar, 2004: 13).

Anksiyeteye dair belirtiler gözlemlenebildiği üzere oldukça geniş bir alanı kapsamaktadır ve kişiden kişiye farklı form ve şiddetlerde kendini gösterebilmektedir. Belirtilen özellikleriyle anksiyete, zaman zaman oldukça zorlayıcı olabilmekte; deneyimleyen kişinin hayat kalitesini farklı açılardan olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

1.3.3. Anksiyete Bozukluklarının Türleri ve Yaygınlığı

Anksiyete bozuklukları DSM- 5'te alt başlıklarla sıralanarak, ayrı ayrı ele alınmıştır. Buna göre anksiyete bozuklukları: panik bozukluk, agorafobi, ayrılma kaygısı bozukluğu (AKB), seçici konuşmazlık (selektif mutizm), özgül fobi, toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi), yaygın kaygı bozukluğu (YAB), maddenin yol açtığı kaygı bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu, başka türlü adlandırılmayan kaygı bozukluğu (diğer tanımlanmış ve tanımlanmamış kaygı bozukluğu) şeklindedir.

Anksiyeteye dair bozuklukları günümüzde en sık görülen psikiyatrik bozukluklar arasındadır (Doğan, 2012: 158). Dünya çapındaki yaygınlığı yaklaşık olarak %7.3 civarındadır. Toplumda en yaygın görülen anksiyete bozukluğu ise özgül fobilerdir. Özgül fobileri sırasıyla panik bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu takip etmektedir (Çıtak, 2018: 141).

1.3.4. Anksiyete Bozukluklarında Tedavi Yöntemleri

Patolojik anksiyetenin tedavisinde en çok kullanılan yöntemler psikoterapi ve psikofarmakolojik tedavidir. Anksiyete bozukluklarının tedavisinde her iki yöntem birlikte uygulanabileceği gibi zaman zaman yalnızca psikoterapiyle zaman zamansa yalnızca ilaç tedavisi ile bozukluğa müdahale edilebilmektedir. Tedavi süreci, birçok değişken göz önünde bulundurularak, kişiye ve bozukluğun seyrine özel tasarlanmaktadır.

Anksiyete bozukluklarına farklı ruh sağlığı problemleri de eşlik edebilmektedir. Özellikle somatik bozukluklar, majör depresyon, madde kötüye kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları kaygı bozuklukları ile sıklıkla bir arada gözlemlenenler arasındadır (Çıtak, 2018: 141). Böyle bir durumda tedavi, akut soruna ve yaşanan ruhsal sıkıntının şiddetine göre yeniden yapılandırılmaktadır.

1.3.4.1. Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulamaları

Anksiyete bozukluklarının tedavisinin psikoterapi kolunda sıklıkla kanıta dayalı bilişsel davranışçı terapi uygulamalarına yer verilmektedir. 1960'lı yıllarda Aaron Beck tarafından geliştirilen bilişsel davranışçı terapi anksiyete bozuklukları başta olmak üzere birçok ruh sağlığı problemi üzerinde olumlu yönde etkili bulunmuştur (Özcan ve Çelik, 2017: 115).

Bilişsel davranışçı terapi, kişilerdeki psikolojik problemlerin altta yatan işlevsel olmayan düşüncelerin duygu ve davranışları etkilemesi sonucu ortaya çıktığını savunmaktadır.

Düşünce, duygu ve davranış üçlüsünün birbiri ile olan etkileşimin ele alınmasının yanı sıra bozukluklarının tedavisinde kişi değişkenleri (geçmiş deneyimler, öğrenmeler, mizaç farklılıkları vb.), bozukluğa zemin hazırlayan öncüller ve sorun davranışlar belirlenmekte ve bu davranışların kısa ve uzun vadeli getirileri üzerinde durulmaktadır. Genel manada tedavinin seyri bu çerçeve üzerinden ilerlemektedir.

Anksiyete bozukluklarında kişilerde sıklıkla felaketleştirme, abartılmış risk algısı ve belirsizliğe tahammülsüzlük gibi bilişsel hatalar ve birtakım kaçınma davranışları göze çıkmaktadır. Bilişsel davranışçı yaklaşıma göre kişi, gelen bir düşünce sonucu tehdit algılamakta, yoğun kaygı ve korku duymaktadır dolayısıyla bunun fiziksel (Ör: kalp çarpıntısı), bilişsel (Ör: “Yardım alamayacağım, rezil olacağım”) ve davranışsal (Ör: Ortamdan kaçma) sonuçları olmaktadır. Modele göre kişi zamanla bu belirtileri deneyimlememek adına tehdit oluşturabileceğini düşündüğü durumlara hiç girmemeye (kaçınma), girse dahi hemen uzaklaşmaya (kaçma) ve/veya girdiğinde baş etmesine yardımcı olacağını düşünerek yanında bir kişi ya da bir nesne taşımaya (güvenlik arama) başlayabilmektedir. Bu şekilde zamanla kişi tehdidi bu şekilde deneyimlemediğine, tek yolun bu olduğuna inanmaktadır. Zaman geçtikçe normal şartlarda bir işlevi olan hayat içerisindeki riskleri değerlendirme hali çarpıtılmaya, abartılmaya ve işlevini kaybetmeye başlamaktadır. Kişiyi kısa vadede rahatlama sağlayan kaçma, kaçınma ve güvenlik arama davranışları uzun vadede kısır bir döngüye girmekte, çarpıtılmış inanışları pekiştirmekte, hayat kalitesini düşürmekte ve kişiyi yapmak istediği şeylerden alıkoymaktadır.

Anksiyete bozukluklarının bilişsel davranışçı tedavisinde temel amaç: sokratik diyalog gibi, kişinin kendine dönük bir içsel farkındalık kazanmasını sağlayan uygulamalarla kısa vadeli konfor sağlayan ve döngünün sürmesine sebebiyet veren sorun davranışların sıkıntı verici uzun vadeli sonuçlarını gözlemlemesine alan açarak, bilişsel hataları tespit edip yeniden yapılandırarak ve sistematik şekilde kişiyi kaçındığı durumlarla karşı karşıya getirerek ortaya çıkan yoğun korku ve kaygıyı işlevsel düzeye, dengeye getirmektir. Kişiler bu müdahalelerle birlikte kaçınmadıklarında gerçekten ne olduğunu görme fırsatı yakalamakta ve belirsizliğe dair toleransları artmaktadır. Aynı zamanda süreç içerisinde durumlarla baş edebildiklerini gördükçe öz yetkinliklerinde de kuvvetlenme olabilmektedir.

1.3.4.2. Metakognitif Terapi Uygulamaları

Günümüzde patolojik boyuta gelen kaygı durumlarında metakognitif temelli müdahalelere de yer verilmektedir (Gündüz, 2019: 28). Özellikle hayatın geneline yayılmış,

yaygın anksiyete durumlarında metakognitif uygulamalardan sıklıkla yararlanılmaktadır. (McEvoy, 2019).

Metakognitif yaklaşım kişinin hangi ruhsal problemi deneyimlediğinde bağımsız olarak öncelikle düşünce ve duyguların doğasının kavranmasının önemine vurgu yapmaktadır. Kişilerde duygular ve düşünceler doğaları gereği kendiliğinden beliren ve aynı zamanda kendi hallerine bırakıldıklarında sönümlenen durumlardır. Metakognitif yaklaşıma göre her ruh sağlığı problemi bu sönümlenmeye, doğalında akışkan sürece birtakım zihinsel ve davranışsal müdahaleler ile izin verilmemesinden kaynaklanmaktadır. Metakognitif yaklaşım, tüm patolojilerin kişinin kendi içsel sistemiyle, kendinde olan bitenlerle savaşıması sonucu ortaya çıktığını savunmaktadır. Metakognitif yaklaşıma göre anksiyete bozukluklarında da sıkıntının kaynağı: kişinin gelen düşünce içeriğine önem vermesi, gerçeklik ve zihinsel aktivite arasındaki farkı görememesi, düşünceye gerçeklikmiş gibi yanıt vermesi, onu beslemesi, genişletmesi ve bunun sonucunda da zihnin aynı konu üzerinde uğraşının kronikleşmesidir. Bu şekilde herhangi bir yanıt alamadığında kendiliğinde sönümlenecek olan içerik sönümlenememiş olmaktadır. Metakognitif yaklaşımın Self- regulatory executive function (S-REF) modelinde (Wells ve Matthews, 1994) kişinin düşüncelerle, duygularla ve ortaya çıkan stresle başa çıkma tarzı geri tepmekte ve bu durum duygusal stresin şiddetlenmesi ve devam etmesine yol açmaktadır dolayısıyla beliren düşünce ile içerikten bağımsız olarak mesafelenme pratikleri ve yanıt verme süresinde azalma sağlama metakognitif uygulamaların oldukça önemli bir parçasını oluşturmaktadır (Fisher ve Wells, 2009: 7).

Aynı zamanda patolojik anksiyetede ortaya çıkan yoğun bir endişe halinden bahsedilmektedir. Endişe ise başlı başına zihinsel bir süreci temsil etmektedir. “Ya ise” sorusuna cevap aramakta ve bir düşünce zinciri oluşturmaktadır. İnsan zihni evrimsel olarak olumsuz meyletmektedir ve sürekli bir şekilde içsel ve dışsal olarak değerlendirme yapmakta, tehdit aramaktadır. Zihin olumsuzluğu farklı içeriklerde düşünceler olarak kendiliğinden var edebilir, doğası böyledir. Anksiyete bozukluklarında da sıklıkla farklı içeriklerde kendiliğinden düşünceler belirlemektedir. Kişinin bu içerikleri var olan olumlu ve olumsuz metakognitif inançları sebebiyle yok etmeye çalışması ya da içeriğe yanıt vermeyi sürdürmesi bilişsel dikkat kilitlenmesi sendromuna (CAS) yol açmaktadır. CAS kişinin kendi bedeninde ve zihninde olan bitenleri bir tehdit olarak algılaması ve yalnızca ona kilitlenip kalması anlamına gelmektedir. CAS süresince aşırı düşünme (endişe), sürekli bir şekilde negatif bilgi arama ve kaçınma davranışları gibi birtakım işlevsiz baş etme stratejileri göze çarpmaktadır. Yoğun kaygı ise tüm

bu süreç sonucunda ortaya çıkan bir yanıttır. Tek bir düşünce ya da içerik kişinin kaygılanmasına yol açmamaktadır, kişinin içeriğe verdiği önem yanıtındaki farkı yaratmaktadır.

MKT böyle bakıldığında anksiyeteye dair bozuklukların ortaya çıkışını ve şiddetlenişlerini bir sürece yaymakta ve müdahalelerinde de bahsedilen kilit noktaları hedef almaktadır. Metakognitif terapide kişinin düşünce zincirini devam ettirdiği anları, metakognitif inançlarını fark etmesi ve döngüyü sürdüren, pekiştiren işlevsiz baş etme stratejilerinin süreçten mesafelenme, bir üst perdeden bakma, yanıt vermeme gibi döngü kırıcı olanlarla değiştirilmesi amaçlanmaktadır. En temel hedef ise kişinin zihin dünyasından ayrışmasını sağlamak, gerçek hayatta olup bitenlerle, gerçekliğin kendisi ile olan temasını arttırmaktır.

Metakognitif terapi yöntemleri bilişsel davranışçı terapiye benzer şekilde temelde bilişle ilgilenmektedir. Öte yandan iki yaklaşımın temel farkı düşünmenin farklı yönlerine tuttıkları ışık ve bilişin bozukluğu nasıl sürdürdüğüne dair yaptıkları açıklamalardır. MKT yaklaşımı ortaya çıkan psikolojik bozukluğun işlevsiz zihinsel aktiviteler ile (endişe ve ruminasyon) kendini tekrarlayan şekilde döngüsel düşünceleri içeren ve dikkati büyük oranda tehdide odaklayan belirli bir düşünme tarzıyla bağlantılı olduğunu öne sürmektedir (Fisher ve Wells, 2009: 5). Endişe etme ve zihinsel geviş getirme olarak da adlandırılan ruminasyon, metakognitif yaklaşımda evrensel süreçler olarak kabul edilirken bu süreçler sıklıkla düşünceye yanıt verme ve faydasız öz düzenleme stratejileri hakkındaki olumlu ve olumsuz inançlarla ilişkilidir (Popescu, 2009). MKT'nin bu yaklaşımına karşın Beck'in teorisi bilişin kontrolünü daha genel inançlara atfetmekte bu inançların önyargılı bir içeriğe yol açarak sıkıntıya yol açtığını savunmaktadır (Fisher ve Wells, 2009: 5).

1.3.5. Anksiyete Bozukluklarında Risk Faktörleri

Anksiyete bozukluklarının ortaya çıkışında tüm ruh sağlığı problemlerinde olduğu gibi bazı belli başlı risk faktörleri belirlenmiştir. Buna göre anksiyete bozukluklarında ilk akla gelen risk faktörü kişinin aile bireylerinde anksiyeteye dair bir bozukluk olup olmadığı yani genetik yatkınlıktır (Bal, Çakmak ve Uğuz, 2013: 450).

Biyolojik etkinin yanı sıra anksiyete ve anksiyeteye dair geliştirilen davranışlar gözlemlenebilir bir boyuttadır. Kişi, birebir deneyimlediği yaşantılar haricinde ailesinden, yakın çevresinden ve toplum tepkilerinden kaygıya dair birçok şey öğrenebilmektedir. Kişide ortaya çıkan kaygının sıklaşmasında, yerleşmesinde ve zamanla bir bozukluk haline gelmesinde sosyal öğrenme, ilişkiler ve modellemelerin önemi kritiktir. Ergenlik ve erken

erişkinlik dönemi anksiyete bozukluklarının ve buna dair belirtilerin ortaya çıkması açısından riskin en yüksek olduğu dönem olarak kabul edilmiştir. (Tamam ve Demirkol, 2019: 1642).

Çocukluk döneminde kişinin bakım vereniyle kurduğu güvenli ilişki anksiyete gelişiminde ele alınması gereken bir diğer önemli risk faktörüdür. Genel manada kurulan ilk ilişkilerde güven duygusunu hissedemeyen çocuklar sistematik olarak kendi güvenliğinden endişe etme ve bununla başa çıkmaya yönelik birtakım inançlar ve davranış kalıpları geliştirebilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 355) Zaman içerisinde genele yayılmış kaygı ve endişe kişiyle birlikte büyüebilmektedir.

Ek olarak stresli ve mevcut hayat düzeninde ani değişikliklere sebep olan yaşam olayları (hastalıklar, ani yer ve düzen değişimleri vb.), geçmiş olumsuz deneyimler, çocukluk yaşantıları, mizaç ve kişilik özelliklerindeki farklılıklar kişilerde anksiyete bozukluklarının ortaya çıkmasında, şiddetlenmesinde veya kronikleşmesinde oldukça etkili olabilmektedir (Yıldırım, 2018: 8).

1.3.5.1. Anksiyete ve Kadın Olmak

Anksiyete bozukluklarında kadın olmak da önemli bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Kadınlarda erkeklere oranla anksiyete bozukluklarının görülme sıklığı 1.5-2 kat daha fazladır (Çıtak, 2018: 141). Ergenlik dönemi, adet öncesi zaman dilimi, hamilelik süreci, hamilelik sonrası ve menapoz gibi hormonların dalgalanma gösterdiği dönemlerde kadınların anksiyete düzeylerinde artış gözlemlenebilmektedir.

Anksiyete bozukluklarının cinsiyete göre dağılımını inceleyen daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulsa da genel olarak kadınların erkeklere oranla hemen hemen her alanda, yaşam boyu daha fazla anksiyete deneyimledikleri göze çarpmaktadır (Bal, Çakmak ve Uğuz, 2013, 454). Bununla birlikte ABD’de anksiyete bozukluklarında cinsiyetin ek tanı ve hastalık yükü ile ilişkisini ele alan 20.000’den fazla yetişkin katılımcı ile gerçekleştirilen bir çalışmada yaşam boyu herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısı almış kadınların başka bir anksiyete bozukluğu, majör depresyon ve bulimia nevroza gibi tanılar alma olasılığı erkeklere oranla fazla bulunmuştur (McLean ve ark., 2011). Bu durum anksiyete bozukluklarının başka ruh sağlığı problemleri ile komorbid gözlemlenebileceği anlamına gelmektedir.

1.3.6. Anksiyete ve Kanser Arasındaki İlişki

Canlıların hayat içerisindeki varlığını tehdit eden her türlü olay organizmayı alarm haline geçirir, korku ve kaygıya neden olur (Şahin, 2019: 117). Kanseri yalnızca kelime olarak kullanımında dahi çağrıştırdığı anlamlarla kişilerde anksiyete semptomlarının belirmesine neden olabilir (Stark ve House, 2000: 1263). Düşünülürken kanser; hayatı gerçekten de kaybetmeye yol açabilecek bir hastalık olduğu gibi içerisinde birçok belirsizlik de bulunduran, yaşam düzenini büyük ölçüde aniden değiştiren, çok yönlü bir süreçtir. İnsanın en temel ihtiyacının güvende olmak ve kendini korumak olduğu göz önünde bulundurulduğunda kanser hastalığında hali hazırda var olan gerçek bir yaşam tehdidin yanı sıra şimdi ne olacağına dair kafa karışıklığı kaygının ortaya çıkışında büyük bir tetikleyicidir.

Kanser hastalığının farklı dönemlerinde ortaya çıkabildiği açıkça bilinen anksiyete, bu hastalığa sahip kişilerde en sık gözlemlenen ruh sağlığı problemlerinden biri olarak tespit edilmiştir. Buna göre kanser hastalarının yaklaşık olarak %30'unda kronik anksiyete gözlemlenmektedir (Marrs, 2007: 319). Ek olarak anksiyete yaşayan bireyler kanser ve tedavisi ile ilgili daha fazla semptom deneyimlemekte ve buna yönelik daha fazla bildirimde bulunmaktadırlar (Stark ve House, 2000: 1261). Kanser hastalığına yakalanan bireyde “Neden ben?” “Şimdi ne olacak?” ve/veya “Beni kimse kurtaramayacak.” gibi düşünceler ortaya çıkabilmekte ve zihin sürekli bir şekilde hastalık ve hastalığa bağlı süreçlerle meşgul olabilmektedir. Bireylerde kanser hastalığı tanısı ve süreci sırasında psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma riski artmakta veya halihazırda var olan ruh sağlığı problemleri şiddetlenmektedir (Aydoğan ve ark., 2012: 55).

Kişinin hayatını tehdit eden, kötü, zorlu bir haber aldığı anda yaşanan yoğun kaygı durumu oldukça olağan kabul edilmektedir. Buna karşın kaygı düzeyinin ortaya çıkan tehdidin yakınlığına, özelliklerine göre değerlendirilmesi uygun görülmektedir. Kanserin görünürlüğü, derecesi, kendine özgü süreci ve detaylarıyla birçok değişkene göre normal kabul edilen kaygı düzeyi de değişkenlik gösterir. Öyle ki belirli durumlarda kişinin bu süreçte çok az kaygı deneyimlemesi de harekete geçmeye yönelik uyum sorunlarına yol açabilmektedir (Stark ve House, 2000: 1261).

Kanser hastalarında anksiyete belirtilerinin fark ediliyor olması ve bu belirtilerin kişiye, koşullara ve sürece özgü olarak değerlendirilip ele alınıyor olması süregelen tedaviye uyumu arttırmakla birlikte kişilerin genel yaşam kalitesi üzerinde de olumlu yönde bir etkiye sahiptir

(Akçay, 2019: 13). Kanser hastalığında yaşanan anksiyete durumuna dair tedavinin, hastalığın fiziksel tedavisine benzer şekilde kapsamlı bir şekilde ilerliyor olması önemli bulunmaktadır (Tünel ve ark., 2012: 204).

1.3.7. Meme Kanseri Tanısı İtibariyle Anksiyete

Meme kanseri teşhisinde duruma verilen ilk psikolojik yanıtlardan biri kaygıdır (Aksan ve Gizir, 2019: 639). Kanser, tanısı itibari ile stres, yoğun korku ve yıkım gibi duyguları ortaya çıkarabileceğinden posttravmatik belirtiler ile oldukça ilişkilidir (Babayiğit, 2023: 263). Meme kanseri hastalığının psikolojik boyutunda özellikle anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklar ile oldukça sık karşılaşıldığı göze çarpmaktadır (Ateşçi ve ark., 2003: 145; Lueboonthavatchai, 2007). Yıldırım ve arkadaşlarının (2009: 175) meme kanserli hastalarda tedavi öncesi ve sonrası dönemleri baz alan ve bu kişilerin yaşam kalitesini, anksiyete ve depresyon düzeylerini inceledikleri bir çalışma sonucunda örneklemdaki bireylerde tanı alındığı noktadan itibaren anksiyete ve depresyon riskinin yüksek olduğu ve bu riskin birinci yılda da devam ettiği bulunmuştur. Destekleyen şekilde çalışmalar, erken evre meme kanseri tanısı almış kadınların %7 ile %46 arasındaki popülasyonun ilk 6 ay içinde anlamlı düzeylerde depresif belirtiler aynı zamanda %32 ile %45'i için klinik olarak anlamlı kaygı rapor edilmiştir (Gallagher, Parle ve Cairns, 2002). Tsaras ve arkadaşlarının (2018) 18 yaş ve üzeri, 152 meme kanseri hastası ile yürüttükleri bir araştırmada ise kadınların %32,2'lik kısmında anksiyete belirtileri gözlemlenmiştir. Anksiyete ve depresif belirtiler süreç içerisinde birbirini yordayabileceği gibi var olan sıkıntı verici semptomların pekişmesine de yol açabilmektedir. En temelde tıbbi faktörler, hastalığın seyri ve gelişimi, sosyal desteğin yeterliliği ve hastanın psikolojik dayanıklılığına göre meme kanseri döneminde kadınlarda gözlemlenen anksiyete belirtilerinin şiddeti ve görünürlükleri değişkenlik göstermektedir. Meme kanserinin tespit edildiği dönemde yoğun kaygı, çeşitli sebepler dolayısıyla ortaya çıkabilmektedir. Müdahalelerin etkinliğinin artırılması açısından altta yatan olası nedenlerin her birinin ayrı ayrı ele alınması gerekmektedir (Kanmaz, 2019: 20).

Tanı alımıyla birlikte süreç içerisinde süregelen fiziksel ağrı, yapılan testler, muayeneler, doktor kontrolleri ve bunun yanında hastalık sebebi ile kendini suçlama meme kanserinde beliren anksiyete ve depresif belirtiler ile ilişkili bulunmuştur (Bannet ve ark., 2005; Çapar, 2010). Buna ek olarak meme kanseri tanısıyla birlikte yaşanan fiziksel, sosyal ve ekonomik mecburi değişimler, tedavi sırasında kullanılan ilaç ve alınan tedavinin türü bu grup hastalarda anksiyete belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (İğci, 2021: 13).

Anksiyete semptomlarını tedavi öncesi veya sonrası dönemlerde sosyal iletişim ve aile desteğinin yetersizliği, problem çözme şekillerindeki uyumsuzluklar, beliren ağrılar ve buna bağlı olarak ortaya çıkan yorgunluk ve bitkinlik olumsuz yönde etkilemektedir (Lueboonthavatchai, 2007).

Meme kanseri hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen olası faktörlerin araştırıldığı bir başka çalışmanın bulguları çocuk sayısı, aile tipi, eğitim durumu, meslek ve gelir düzeyinin hastalığa uyumu etkileyen faktörler olduğunu göstermektedir. Tek çocuğu olan, yalnız yaşayan, gelir düzeyi düşük ve yeni tanı almış hastaların psikososyal uyumu düşük; eğitim düzeyi yüksek ve emekli olan hastaların psikososyal uyumları yüksek bulunmuştur (Çam, Saka ve Gümüş, 2009: 73).

Kanser hastalığında özellikle cerrahi müdahale öncesi kişileri hastalığın kendisi, süreç ve tedavi hakkında yeterli düzeyde bilgilendirmenin de anksiyete semptomlarına ve psikososyal uyuma olumlu etki ettiği saptanan bir başka durumdur (Turgut ve ark., 2009: 92). Bilgi edinme, kişinin baş etmesi gereken durumun ne olduğunu idrak etmesine ve genel manada daha güçlü hissetmesine olanak sağlamaktadır (Babayiğit, 2023: 260). Bu görüşü destekleyen şekilde hastalığı hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığını düşünen ve romantik ilişkisinde değişim gözlemlediğini vurgulayan kadınlarda daha yüksek oranlarda anksiyeteye rastlanmıştır (Geyikçi, 2017: 66). Bu noktada ameliyat öncesi dönemde hastanın psikolojik olarak sürece hazırlanması ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek olası tıbbi, davranışsal ve psikolojik yan etkileri azaltma yönünde de etkili bulunun yollardan biridir (Özkan ve Alçalar, 2009: 60).

Hastalığın kendisinin yarattığı sıkıntının yanı sıra birbirini destekleyen şekilde anksiyeteye birlikte uyku problemlerinde, deneyimlenen fiziksel ağrı ve sıkıntılarda artış yaşanmakta ve bu durum başlı başına tedaviye uyumun önüne geçmektedir (Akçay, 2019: 2; Kocaman Yıldırım ve ark., 2013: 155). Böyle bakıldığında sosyal destek ile etkin sorun çözme becerilerinin hastalık süreci ve tedaviye uyumla anlamlı pozitif ilişkisi göz önünde bulundurulduğunda bu grup hastalarda ameliyat öncesi dönemde ve tüm tedavi süresince psikososyal bir destek alıyor olmanın ameliyat sonrası dönemde yaşanan kaygı düzeyi ve psikolojik zorlanmalar üzerinde de olumlu yönde etkili olabileceği düşünülmektedir (Lueboonthavatchai, 2007: 2165; Özkan ve Alçalar, 2009: 62).

1.3.8. Meme Kanserinden İyileşmiş Kadınlarda Anksiyete

Meme kanserinin tanı ve tedavi aşamasının yanı sıra tedavi sonrası iyileşme döneminde de kadınlarda psikolojik sıkıntılar gözlemlenebilmektedir. Meme kanseri sonrası kadınlarda yaklaşık %30 oranında çeşitli psikolojik problemlere rastlanmaktadır (Işık, 2014: 59). Kadınlar meme kanserini atlatmış olsalar dahi hastalık süresince gerek hastalığın kendisine gerekse tedaviye bağlı birçok mecburi değişimden geçmişlerdir. Tedavi sonrası dönemde tedavi süresince uygulanan tedaviye bağlı olarak meme kaybı, saçlarda dökülme ve kiloda değişiklikler yaşama gibi durumlar kadınların beden ve benlik imajlarında zedelenmelere, cinsel ve sosyal yaşantılarında da birtakım psikolojik zorlanmalar yaşamalarına sebep olabilmektedir (Zimmermann, Heinrichs, Baucom, 2007: 225). Öyle ki mastektomi uygulaması kadının alıştığı beden görüntüsünde ciddi bir değişime sebep olmaktadır (Işık, 2014: 60).

Her kadın için hastalığın farklı dönemlerinde şiddetleri değişkenlik gösterebilen ve çeşitli formlarda gözlemlenebilen kansere bağlı psikolojik problemlerin başında remisyon döneminde de depresyon gelmektedir. Bununla birlikte tedavi sonrası sosyal destek eksikliği, yaşamın ve geleceğin belirsizliği ve özellikle iyileşmenin ilk yıllarında nüks korkusuna bağlı olarak anksiyetenin bu grupta sıklıkla gözlemlenen psikolojik sorunlar arasında olduğu tespit edilmiştir (Gümüş, 2006: 108). Araştırmalar, meme kanseri tedavisi görmüş ve hastalığı atlatmış kadınlarda en yaygın endişelerin sağlık durumları, kadınsılık, iş ve ekonomik durum, aile içerisindeki roller, belirsizlikler ve ölüm ihtimali ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (Ziner ve ark., 2012; Anusasananun ve ark., 2013; Leal ve ark., 2015). Bu dönemde özellikle nüks etme ihtimali anksiyete semptomları üzerinde oldukça kritik bulunmuş; ayrıca ele alınması gereken bir konu olarak belirlenmiştir (Huizer ve ark., 2022: 880).

1.3.8.1. Nüks Korkusu

Nüks korkusu, en genel manada kişinin hastalık dönemini atlattıktan sonra hastalığın yinelemesine dair taşıdığı korku ve endişe sürecini ifade etmektedir. Kansere dair nüks korkusunun gelişmesi için kişinin bir defa hastalık tanısı almış olması yeterli görülmektedir. Ölüm ihtimali, fiziksel ve duygusal zorlanmalar ve memenin kaybedilmesi gibi nedenler dolayısıyla ortaya çıkabilen ve çeşitli etkenler sonucu şiddet düzeyinde iniş çıkışlar olabilen nüks korkusu, sürecin getirdiği olağan bir içsel tepki olarak kabul edilmekle birlikte özellikle kötümser karakter özellikleri taşıyan, yaşamı genel manada negatif yönleriyle değerlendiren kişilerde beklenen bir durumdur (Johnson Vickberg, 2001: 238) Yaşamı genel manada olumsuz anlamlandıran kişilerin daha şiddetli boyutlarda nüks korkusu deneyimlediği gözlemlenmiştir

(Savaş, 2020: 19). İstatistiki veriler incelendiğinde genel manada kanser hastalarının %67'sinde nüks korkusu, %50'sinde ise ölüm korkusu olduğu ortaya konmuştur (Kanmaz, 2019: 3).

Nüks korkusu, dönemsel ve kısa süreli olabildiği gibi kişi hayatında süregelen hale de gelebilmektedir. Öte yandan kanser hastalığı sonrasında nüks korkusunun şiddetlenmesi ve kronikleşmesi kişinin hayat kalitesinde ciddi bozulmalara yol açtığından sorun teşkil eden bir noktada durmaktadır (Savaş, 2020: 19). Meme kanseri kadınları ele alarak yapılan ilgili bir çalışmada göz ardı edilemeyecek kadar büyük bir oranda nüks ve ölüme dair korkulara ve yaşanabilecek olası cinsel problemlerle ilişkili olarak kişilerde anksiyete belirtilerinin gözlemlendiği belirtilmiştir (Alamış, 2017: 12). Bu anlamda günümüzde kanserde nüks korkusu; büyük oranda işlevsellikte bozulmalar, yaşamda stres, anksiyete, depresif semptomlar ve psikolojik zorlanmalar ile ilişkilendirilmiştir (Koch ve ark., 2012).

Nüks korkusuyla birlikte kişilerde ortaya çıkan her ağrıyı kanser hastalığı ile bağdaştırma, kendini sürekli bir biçimde kontrol etme/ettirme ve yeni testlerden geçme talebi gibi sağlık durumlarını kontrol etmeye yönelik davranışsal tepkiler de gelişebilmektedir (Işık, 2014: 60; İğci, 2021: 21). Aynı zamanda yine nüks korkusuyla bağlantılı olarak “Ya yeniden kanser olursam?” benzeri düşünceler; “Endişeli olduğum için hastalığım nüks edecek.” ve/veya “Sağlığım hakkında endişelenmeliyim çünkü bu beni olası bir tehlikeden koruyacak.” benzeri olumlu ve olumsuz üst bilişsel inançlar remisyon döneminden geçen kadınlarda sıklıkla gözlemlenebilmektedir. Belirtilen şekilde davranışsal ve bilişsel yanıtlar kişilerde olumsuz duygulanımı pekiştirirken ortaya çıkan kaygının artmasıyla yaşanan somatik belirtiler kişiler tarafından yine hastalıkla ilişkilendirilebilmekte dolayısıyla nüks korkusunu daha da şiddetli bir hale gelebilmektedir (van Helmond ve ark., 2016: 2). Ek olarak süregelen hale gelen nüks korkusu, anksiyete semptomlarına benzer şekilde şaşırtıcı olmayan bir biçimde kişinin uyku düzeninde, odaklanma gücünde ve genel manada işlevselliğinde sıkıntılara yol açabilmektedir (Stark ve House, 2000: 1261). Kanser sonrası kendi kendine beden kontrolleri ve zihnin zaman zaman kansere yönelik endişeli düşüncelerle meşgul olması anlaşılır bulunsa da kişinin yaşantısını bu denli olumsuz etkileyen ve işlevselliğini bozan seviyelerde görülen nüks korkusu patolojik olarak değerlendirilebilmektedir. Konu ile ilgili yapılan bir çalışmada tedavi sonrası dönemde bulunan kişilerin %21 ila %40'lık bir kısmında nüks korkusuna yönelik müdahale ihtiyacı duyduğu belirtilmiş; ortaya çıkan bu sonuç doğrultusunda iyileşme döneminde belirebilecek patolojik nüks korkusunun gözden kaçırılmaması gerektiğinin altı çizilmiştir (Butow, 2013: 2).

1.3.9. Meme Kanserine Bağlı Gelişen Psikolojik Tepkiler

Her kadının meme kanseri tanısı aldıktan sonra veya kanseri atlattıktan sonra anksiyete semptomları deneyimlemediği veya herhangi bir psikiyatrik bozukluk geliştirmedeği unutulmamalıdır (Tünel ve ark., 2012: 194). Ortaya çıkan bu farklılıkta kişilerin mizacı ve sosyal faktörlerin yanı sıra kansere yönelik tepki tarzlarındaki çeşitlilikler ve hastalığa bağlı geliştirilen psikolojik tepkiler önemli bulunmuştur.

Meme kanseri, hastalık doğası itibari ile kişilerde genel manada olumsuz duygulanım ve düşüncelere yol açmaktadır. Buna karşın bu tanıyı alan kişilerin kansere yönelik tutumlarında, kanserin kendisine ve sürece verdikleri tepkilerde ve baş etme mekanizmalarında kişinin değerleri, inançları, bilgi düzeyi ve deneyimlerindeki çeşitliliklerle ilişkili olarak birtakım farklılıklar gözlemlenebilmektedir (Balcı ve Şener, 2022: 347). Bu farklılıkların kanserin tanı, tedavi ve tedavi sonrası dönemlerinde kişilerin ve ailelerinin ruh sağlığını ve genel manada hayat kalitesini çeşitli şekillerde etkileyebileceği bilinenler arasındadır (Özbaş, 2006: 115).

Meme kanseri tanısı ile farklı şiddetlerde, sıralamalarda ve sürelerde yaşanan psikolojik zorlanmalar sonucu hastalarda görülebilecek en temel kriz dönemlerini Elizabeth Kübler Ross “Ölüm ve Ölmek Üzerine” isimli kitabında 5 aşamada tanımlamış ve toparlamıştır (Alamış, 2017: 7). Bu aşamalar genel geçer sırasıyla: inkâr (yadsıma) ve izolasyon (yalıtma), öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme şeklindedir.

İnkâr ve izolasyon, tanının alındığı ilk aşamada hastanın girdiği şok sürecini temsil etmektedir. Bu dönemde kadınlarda kendisinde hastalığın var olduğuna inanmama, yok sayma eğilimi gözlenmektedir. Ayrıca bu dönemde kişi tanıyı kabul edememe sonucu yeniden tıbbi değerlendirmelerden geçme istediği içerisinde olabilmektedir. Kişinin tanıyı alana kadarki yaşayış tarzına ve inanışlarına ters düşen bu durumda kişi hastalığı inkâr etmeyi bir baş etme mekanizması olarak kullanmaktadır (Gümüş, 2006: 109).

Bu grup hastalarda verilen tepkiler içerisinde öfke, sıkça gözlemlenen bir durumdur ve ikinci aşama olarak kabul edilmektedir. Beliren öfke, kişinin kendisine, doktorlarına ve genel manada ilişki içerisinde kurduğu herkese karşı olabilmektedir. Hastalığın bir getirisi olarak yaşanan fiziksel sıkıntılar ise öfkenin şiddeti artabilmektedir (Gümüş, 2006: 109).

Bir sonraki aşama ise kişinin pazarlık yapmaya başladığı dönemi işaret etmektedir. Bu dönemde hastanın tedaviye uyumlanmasında genel bir artış gözlemlenirken; hasta doktorları ve çevresindekiler ile olası bir hayatı kaybetme durumu dolayısıyla zamansal pazarlıklar yapmaya, maddi ve manevi üretkenlikler için alanlar yaratmaya, hastalıkla pozitif anlamda savaşmaya başlamaktadır (Uçar, 2008: 19).

Pazarlıktan sonra hastalarda depresyon dönemi görülebilmektedir. Bu aşamada uygulanan tedavilerin ve sürecin ağırlaşması kişide fiziksel ve mental yorgunluğa, enerjisizliğe yol açabilmekte ve sonucunda depresif belirtiler gözlemlenebilmektedir (Güleç ve Büyükkıncı, 2011: 346).

Beşinci ve son aşama ise kabuldür. Kabul, genel manada var olan durum karşısında olup biteni yargısızca karşılamayı, her şeyin ortaya çıktığı zaman diliminde, şu anda var olmasına izin vermeyi ve buna yönelik etkili eylemler araştırmayı ve gerçekleştirmeyi kapsamaktadır (Atalay, 2021). Meme kanserinin kabullenme aşamasında hastalarda güncel yaşantılarına hastalıkla ve süregelen tedavileriyle birlikte uyum sağlama durumu gözlemlenebilmektedir (Uçar, 2008: 20)

1.3.9.1. Meme Kanseri, Hastalıkla Başa Çıkma Tarzları ve Anksiyete Arasındaki İlişki

Kişilerde hastalığa yönelik tepkiler sırasında çok çeşitli duyguların (öfke, korku, kaygı, üzüntü, utanç, suçlama, umut etme, umutsuzluğa kapılma vb.), davranışların (içe kapanma, kendini geri çekme, hastalığı gizleme, tedaviyi reddetme vb.) ve bilişsel yanıtların (endişe, ruminasyon, bastırma vb.) olduğu gözlemlenmektedir. Bu durum hastalığı oldukça subjektif bir boyuta taşımakta ve kişilerin verdiği psikolojik yanıtları kolaylıkla anlamayı, kadınların ruhsal deneyimlerini tek bir çerçeveden ele almayı mümkün kılmamaktadır (Kocaman, 2008: 102).

Meme kanseri tanısı ve süreciyle birlikte kadınlardaki hastalık algısı ve hastalığa yönelik çeşitli tutumlara bağlı olarak da anksiyete düzeylerinde farklılıklar gözlemlenebilmektedir. Buna göre bireyin hastalık ile mücadele etme tarzı, ortaya çıkan stresi, var olan hastalığı nasıl algıladığı, süreci kabullenme düzeyi ve kişinin genel uyumu psikolojik durumunu etkileyebilmekte ve ortaya çıkan anksiyete düzeylerinde farklılıklar yaratabilmektedir dolayısıyla kişilerdeki anksiyete belirtilerinin ortaya çıkışında ve şiddetlenmesinde hastalığın ve sürecin algılanışı, yorumlanması ve bununla baş etme şekilleri kritik bir noktada durmaktadır (Güleç ve Büyükkıncı, 2011: 349; Knowles ve ark., 2011; Geyikçi ve ark., 2018: 246).

2010 yılında meme kanseri olan Türk kadınlarla yürütülen bir çalışma sonucunda %81,3 oranında depresyon ve %61,5 oranında anksiyete tespit edilmiştir. Aynı çalışmada kadınların başa çıkma yöntemlerinde ise en fazla sosyal destek arama stratejisi ve daha sonrasında problem çözme ve kaçınma stratejilerinin kullanıldığı belirlenmiştir. Kişilerdeki kaçınma stratejilerinin kullanımı arttıkça kaygı düzeylerinde de artış gözlemlenmiştir (Karabulutlu ve ark., 2010).

Kadınlar, hastalığın tüm aşamalarında ortaya çıkan durumlarla duygu odaklı stratejilerle (stresli duyguları düzenleme) veya problem çözme odaklı (sıkıntıya neden olan sorunla uğraşmak) olarak baş edebilmektedir. Bunun yanında dinsel inançlara yönelme ve maneviyat gelişimi bu dönemde birçok kişi için yaygın bir baş etme tepkisi olarak göze çarpmaktadır (Babayiğit, 2023: 261). Maneviyat, meme kanseri tanısı almış kişilerde çok boyutlu ve oldukça sübjektif anlam vermeye işaret eden bir kavramken; duygu odaklı başa çıkma daha çok ortaya çıkan duyguları temel alan ve onları düzenleme ile ilişkilidir. Problem odaklı başa çıkma tarzı ise daha çok problemi değerlendirmeye, yönetmeye, eyleme geçmeye ve alternatif çözümler üretmeyi kapsamaktadır. Duygu odaklı başa çıkma ile problem çözme odaklı başa çıkma stratejileri arasında negatif yönlü bir ilişki olsa da kadınlar her iki yolun stratejilerini de zaman zaman kullanabilmektedir (Aksan ve Gizir, 2019: 643). Kadınlar, hastalığı makul düzeyde anlama ve anlamlandırma konusunda sıkıntı yaşadıklarında (Ör: “Bu neden benim başıma geldi?” “Ben neden hasta oldum?” vb.) duygu odaklı baş etmede ve inkâr ve izolasyon gibi stratejileri kullanma sıklıklarında artış gözlemlenebilmektedir (Aksan ve Gizir: 2019, 641). Meme kanseri tanısı almış 103 kadının hastalık temsilleri ve başa çıkma tarzlarının kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma sonucunda kadınların kaygı düzeylerinin duygu odaklı başa çıkma ile pozitif, problem odaklı başa çıkma ile ise negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Aksan ve Gizir: 2019, 641). Ek olarak alanda yapılan ilgili çalışmalar belirtilen çalışma bulgusunu destekler nitelikte başa çıkma tarzlarının kaygı ile anlamlı derecede ilişkili olduğunun altını çizmiştir (Aydoğan ve ark., 2012; Karabulutlu ve ark., 2010; Knowles ve ark., 2011; Saniah ve Zainal, 2010; Wang ve ark., 2012).

Meme kanserinde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımını inceleyen bir başka çalışmada kendini suçlama, felaketleştirme, ruminasyon gibi bilişsel stratejilerin hastalıkla baş etmede olumsuz etkisi olduğu belirlenmiştir. Buna karşın olumlu değerlendirme

yapma ve odaklanma, kabul etme ve uyum hastalıkla baş etme ile olumlu yönde ilişkilendirilmiştir (Alçalar, 2018). Kanser hastalarında otomatik düşüncelerin ve hastalığa yönelik fonksiyonel olmayan tutumların kaygı düzeylerini yordayıcı gücünü inceleyen bir çalışma sonucunda ise otomatik düşünce ve fonksiyonel olmayan tutumların kişilerdeki durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini anlamlı derecede yordadığı bulunmuştur (Ağca, 2021).

Ele alınan çerçevede ağrı azaltıcı tedavilerin yanı sıra hastalığın psikolojik boyutunda bireyin hastalığa, sürece ve koşullara verdikleri duygusal ve bilişsel tepkileri farkında olmanın, iş birliği içerisinde işlevsel başa çıkma stratejileri araştırmanın ve bu anlamda yürütülen yakın takibin önemi açıkça vurgulanmaktadır (Aydoğan, 2012: 55; Lueboonthavatchai, 2007). Uygun başa çıkma ve hastalık sürecine uyum, süregelen kronik hastalıklarla makul şekilde yüzleşmede oldukça kritiktir (Babayiğit, 2023: 261). Kanser hastalarında pozitif baş etmeyi etkileyen faktörler arasında ise sosyal destek, evlilik memnuniyeti, dini kaynak ve sorun çözme kabiliyeti gibi faktörlerin altı çizilmiştir (Babayiğit, 2023: 262).

1.3.10. Meme Kanseri, Metakognisyonlar ve Anksiyete Arasındaki İlişki

Günümüzde kronik hastalıklardan biri olan kanser hastalığı süresince ortaya çıkan depresif belirtiler ve anksiyete gibi ruh sağlığı problemlerinin bir diğer yordayıcısı üst biliş fonksiyonları olarak belirlenmiştir. Genel manada anksiyete ve üst bilişlerin ilişkisini ele alan çalışmalarda pozitif yönde bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır (Yazar ve Tolan, 2020: 172; Anderson ve ark., 2019: 1). Anderson ve arkadaşlarının (2019: 1) kalp hastaları, meme ve prostat kanseri olan kişilerle yürüttüğü bir çalışmada bu kişilerin üst bilişsel inançları ile kaygı ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığına bakılmıştır. Çalışmanın sonucunda özellikle kişilerdeki kontrol edilemezliğe dair ve tehlike içerikli üst bilişlerin kaygı düzeyleri üzerinde doğrudan etkisi olduğu bulunmuştur. Cook ve arkadaşlarının (2014: 51) yaptığı meme ve prostat kanseri teşhisi konan hasta gruplarında endişeye dair olumlu ve olumsuz üst bilişlerin depresyon, anksiyete ve travmatik semptomlarla ilişkisini ele alan bir başka çalışmada ise bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yapılan araştırma sonucunda üst bilişsel inançların psikolojik sıkıntı üzerinde doğrudan etkili olduğu ortaya çıkmıştır. Yapılan bu çalışmanın bulguları doğrultusunda kanser hastalarında üst bilişsel inançların belirlenmesi ve bunlarla ilgili düzenlemeler yapılması halinde sıklıkla görülen depresyon ve kaygı durumlarının şiddetlerinde azalma görülebileceği savunulmuştur (Cook ve ark., 2014: 51; İnci ve ark., 2020: 956; Fisher ve ark., 2019: 1).

Üst bilişsel inançlar genel manada anksiyete, depresyon ve TSSB semptomları ile ilişkili bulunmuştur ve en temelde kanser hastalarında karşılaşılan psikolojik ve duygusal sıkıntıların kaynağı ve kronikleşmesinin nedeni olarak belirtilmiştir (Cook ve ark., 2015: 207). Self-regulatory executive function (S-REF) modelinde, sorun ortadan kalksa dahi devam eden psikolojik sıkıntı ve zorlanmaların kaynağı üst bilişsel inançlar olarak belirtilmiştir (İğci, 2021:24). Olumsuz üst bilişsel inançlar (Ör: Kaygılandığım için hastalığım nüks edecek.”) ile kadınlar hastalığa yönelik kaygı duymanın kendilerine bir şekilde zarar vereceklerine inanırken doğrudan duygusal bir sıkıntı deneyimlemektedirler. Diğer taraftan olumlu üst bilişsel inançlar (Ör: Yeteri kadar endişelenirsem önlem alabilirim.”) görünen yüzeyde duygusal sıkıntı yaratmamasına karşın kaygının var olması ve gelen düşüncelere takılı kalarak süregelen hale gelmesinde etkili olabilmektedir. Meme kanseri hastalarda bahsedilen şekilde üst bilişsel inançlarla desteklenerek sürekli tehlike ve tehdit arayışı, zihnin olası durumlarla yoğun meşguliyeti metakognitif yaklaşımda CAS modelini işaret etmektedir. CAS var olan metakognitif inançları pekiştirirken, kişide tehlike arayışı yoğunlaşmakta, odak yalnızca olası probleme kaymakta ve dikkat yanlılığı baş göstermeye başlamaktadır (İğci, 2021: 24). CAS şaşırtıcı olmayan bir biçimde zamanla sürecin daha katı ve işlevsiz bir hale gelmesini sağlamaktadır. Anksiyete ve depresyon gibi patolojilerin metakognitif temelli tedavilerinde CAS üzerinde durulmakta, model detaylıca ele alınmaktadır (Cook ve ark., 2015: 52).

İyileşme sonrası yoğun şekilde yaşanan nüks korkusu, ortaya çıkan anksiyete semptomlarının tehlikeliğine dair olumsuz üst bilişsel inançlar ile ilişkili bulunan bir başka temadır (Dunn ve ark., 2015). Süregelen üst bilişsel inançlar neticesinde nüks korkusunun gelişebileceğini savunan bir karşılaştırma çalışmasında erken evre kanser hastalarının metastatik evre kanser hastalarına göre olumsuz üst bilişleri daha yüksek seviyede tespit edilmiştir ve bu durumsal farklılıkta hastalığın genel belirsizliğinin etkili olabileceği düşünülmüştür (Mutlu ve ark.,2018). Kişilerdeki üst bilişsel süreçleri anlamının remisyon döneminde sıklıkla gözlemlenen nüks korkusu ve buna bağlı anksiyete düzeylerindeki değişimin de anlaşılması bakımından etkili olacağı savunulmaktadır (Maheu ve ark., 2019: 2).

Meme kanserinde nüks korkusu ve üst bilişsel müdahalelerin etkisini değerlendirmek adına daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulsa da belirtilen konuyu üst biliş ve farkındalık temelli müdahaleler temelinde inceleyen bir çalışma yapılmıştır. Cheli ve arkadaşlarının (2019) yürüttüğü pilot çalışma meme kanserinden iyileşen toplam 114 kişi ile oluşturulmuş olup 8 hafta sürmüştür. Şiddetli psikopatolojik belirtiler gösteren kişilere bireysel (n= 76) müdahale

edilmiş, daha az şiddetli olanlar ise grup (n= 114) müdahalesine alınmıştır. Çalışmanın sonucunda her iki grupta da anksiyete, depresif belirtiler ve travma sonrası semptomların anlamlı ölçüde azaldığı gözlemlenmiştir. Yapılan çalışmaların belirtilen sonuçlarından yola çıkarak meme kanserinde uygulanan güncel tedavilerde ve gelecek tedavi yapılandırmalarında üst bilişlere yönelik müdahalelerin geliştirilmesi ve uygulanma sıklığının artırılması beklenmektedir (Cheli ve ark., 2019; Thewes, Bell ve Butow, 2013).



BÖLÜM 2: YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Yöntemi

Öncelikli olarak çalışmanın içeriği ve çerçevesi tanımlanmıştır. Veri toplamak amacıyla kullanılacak içeriğe uygun araç ve gereçler belirlendikten sonra çalışmanın amacını ve sürecini kapsayan, araştırmayı tanıtan nitelikte bilgilendirilmiş onam formu ve araştırmanın amacı ile bağlantılı olabileceği düşünülen sorulardan oluşan Kişisel Bilgi Formu hazırlanmıştır. Ardından form ve ölçekler katılımcılara ulaştırılmak üzere internet üzerinden ve elden dağıtılmak üzere yayınlanmıştır. Çalışmaya onay veren katılımcılar belirlenen ölçekleri tamamlayıp araştırmacıya bir bütün halinde ulaştırmıştır. Ölçeklerin doldurulma süresi yaklaşık olarak 10-15 dakika sürmüştür. Katılım tamamıyla gönüllülük esasına dayandırılmış olup, kişilerin isim ve soy isimleri alınmamıştır. Çalışma boyunca katılımcıların bireysel sonuçları değil grup sonuçları değerlendirilmiştir. Belirlenen yaş aralığının altında ya da üzerinde bulunan, hastalığın ileri evresinde ya da nüks gibi dönemlerinde olduğu belirlenen kişiler araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmanın türü nicel ve ilişkisel (bağlantısal) tarama modelindedir.

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmaya İstanbul ve Muğla illeri ağırlıklı olmak üzere Türkiye'nin farklı şehirlerinde yaşayan toplam 111 kadın katılım göstermiştir. Bir katılımcının nüks döneminden geçtiği tespit edildikten sonra verileri araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmaya meme kanseri hastalığının erken evresinde (evre I, II) bulunan 56 kadın katılımcı ve meme kanseri tedavileri sonlanmış, remisyon döneminde bulunan 54 kadın katılımcı dahil edilmiştir. Erken evre meme kanseri olan katılımcıların 50'si Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi onkoloji servisine başvuran kadınlardan oluşmaktadır. Hastalığın remisyon döneminde bulunan katılımcılar ise farklı şehirlerde ikamet etmektedir. Katılımcıların tümü 23 ila 65 yaş aralığındadır. Örneklem, seçkisiz bir şekilde, araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireylerden oluşturulmuştur.

2.3. Veri Toplama Aracı ve Araştırma Verilerinin Toplanması

Katılım göstermek isteyen bireylere araştırmanın amacına dair bilgilendirilmiş onam formu, kişisel bilgi formu ve veri analizi için belirlenen ölçekler internet üzerinden ve elden verilmek suretiyle ulaştırılmıştır.

2.4. Kullanılan Araç ve Gereçler

Katılım gösterecek kişilere öncelikle bilgilendirilmiş onam formu ulaştırılmıştır. Ardından araştırmaya katılım göstermeyi onaylayan gönüllü katılımcılara, Kişisel Bilgi Formu, Kansere Tepki Tarzı Ölçeği, Üst Biliş Ölçeği (ÜBÖ-30) ve Yaygın Anksiyete Ölçeği – Revize Edilmiş (GADS-R) uygulanmıştır.

2.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu çalışmanın amacına paralel olduğu düşünülen kişisel bilgileri almaya yönelik soruları kapsamaktadır ve araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Form; katılımcıların yaşı, yaşadıkları yer, eğitim düzeyi, meslek ve çalışma durumları, hastalıklarının evresi, hastalık hakkında bilgi sahibi olma düzeyleri, alınan tedaviden memnuniyet, eşlik eden psikolojik rahatsızlık ve kronik hastalıklar gibi soruları kapsamaktadır.

2.4.2. Üst Biliş Ölçeği (ÜBÖ-30)

Bu ölçek 2004 yılında Wells ve Cartwright-Hatton tarafından geliştirilmiş olup Türkçe hali 2008 yılında Tosun ve Irak tarafından geliştirilmiştir. Amacı üst bilişsel inanç ve yargıları değerlendirmek üzerinedir. Toplam 30 maddeden oluşur ve 4'lü Likert tipi derecelendirme ölçeğinde cevaplanır. Ayrıca 5 alt ölçekten oluşur. Bunlar; endişe ile ilgili olumlu inançlar (1.,7.,10., 20., 23. ve 28. maddeler) (Ör: “Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder.”), kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili düşünceler hakkında olumsuz inançlar (2., 4., 9., 11., 16. ve 22. maddeler) (Ör: “Endişelenmem benim için tehlikelidir.”), bilişsel güven (8.,14.,18., 24., 26., 29. maddeler) (Ör: “Kelimeler ve isimler konusunda belleğime pek güvenim yoktur.”), düşünceleri kontrol etme ihtiyacına ilişkin inançlar (6., 13., 15., 21., 25. ve 27. maddeler) (Ör: “Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.”) ve bilişsel öz-bilinç (3., 5., 12., 17., 19. ve 30. maddeler) (Ör: “Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım.”) şeklindedir. Bütün alt ölçeklerden alınan puanlar toplanır ve bu anlamda ölçekten alınabilecek puan aralığı 30-120 arasında olmuş olur. Katılım gösteren kişinin toplam puanında artış oldukça paralel olarak patolojik üst bilişsel aktivite seviyesi de artmaktadır. Belirtilen bu ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,86 olarak bulunmuştur.

2.4.3. Yaygın Anksiyete Ölçeği – Revize Edilmiş (GADS-R)

GADS-R 2009 yılında Wells tarafından geliştirilmiştir. Amacı endişeyle ilgili olumlu ve olumsuz üst bilişsel inançları, endişenin düzeyi ve bu endişeyle geçirilen süreyi, başa çıkmak ve endişe ve tehlikeden kaçınmak için kullanılan davranış türlerini incelemektir. Ölçekte toplam 28 madde bulunur. Bunlardan ilk 2 madde endişenin şiddetini ve sıklığını değerlendirir (Ör: Son 1 hafta boyunca olaylar üzerine ne kadar süre endişelendiniz?). Sonraki dokuz madde önlemeye yönelik başa çıkma stratejilerinin sıklığı ile ilgilidir ve bu anlamda bir değerlendirme içerir (Ör: Son 1 hafta boyunca endişelerinizle başa çıkabilmek için ne sıklıkla dikkatinizi dağıtmaya çalıştınız?). Sonraki beş madde endişeden kaçınmayı ele alır (Ör: Son 1 hafta boyunca endişelenmenizi önlemek için sosyal ortamlardan ne sıklıkla kaçındınız?). Sonraki altı maddede ise olumsuz üst bilişsel inançların düzeyini değerlendiren maddeler bulunmaktadır (Ör: “Endişelenmek bana zarar verir.” inancına ne kadar inanırsınız?) En sonda bulunan altı madde ise kişilerdeki endişe ve başa çıkma stratejilerine ilişkin olumlu üst bilişsel inanç düzeylerini içermektedir (Ör: “Endişelenmek beni güvende tutar.” inancına ne kadar inanırsınız?). Katılımcıların aldığı toplam puan arttıkça anksiyete düzeylerinin de arttığı kabul edilmektedir. İlk 16 madde 0-8 Likert tipi ile; son 12 madde ise 0-100 arası puanlama sistemi ile değerlendirilir. Toplam puanın hesaplanması için ilk 16 maddenin puanlaması 0-100 arası puanlamaya dönüştürülmüştür (İlk 16 maddenin puanları 12,5 katına çıkarılmıştır). En sonda ise toplam puanı bulmak adına 28 madde toplanmıştır.

2.4.4. Kansere Tepki Tarzı Ölçeği

Watson ve ark. tarafından geliştirilen ve orijinal adı “Mental Adjustment to Cancer Scale” olan bu ölçekte toplam 40 madde vardır ve spesifik olarak kanser hastalarına uygulanmaktadır. Amacı kanser hastalarının hastalığa nasıl tepki verdiklerini incelemek üzerinedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Natan tarafından yapılmıştır. Toplamda ölçeğin 5 alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar: çaresizlik/ümitsizlik (ÇÜ) (2., 9., 17., 23., 25. ve 36. maddeler) (Ör: “Kendimi neşelendirmek için bir şeyler yapabileceğim düşüncesinde değilim.”) endişeli bekleyiş (EB) (1., 3., 10., 14., 19., 21., 22., 29. ve 37. maddeler) (Ör: “Kanserin tekrarlamasından veya ilerlemesinden endişe ediyorum.”), inkâr/kaçınma (İK) (38. madde) (Ör: “Gerçekten kansere yakalandığıma inanamıyorum.”), kadercilik (K) (7., 8., 12., 15., 24., 30., 33. ve 35. maddeler) (Ör: “Hastalığım hakkında kaderciyim.”) ve mücadeleci ruh (MR) (4., 5., 6., 11., 13., 16., 18., 20., 26., 27., 28., 31., 32., 34., 39. ve 40. maddeler) (Ör: “Hastalıkla savaşılmaya çalışıyorum.”) şeklindedir. Kişilerin alt

testlerden aldığı puanlara göre kansere yönelik tepki tarzları belirlenmektedir (Örneğin kadercilik alt boyut sorularından alınan toplam puanın diğer alt boyutlardan yüksek olması durumunda katılımcının hastalığı kaderci boyutta karşıladığı sonucuna ulaşılmaktadır). Alt testler arasında anlamlı korelasyonlar bulunmaktadır. Toplamda 40 ile 160 arasında bir puan alabilmek mümkündür. 4'lü puan sistemi üzerinden değerlendirilir (4= kesinlikle bana uyuyor, 1= kesinlikle bana uymuyor). Alt ölçeklerin Cronbach alfa güvenirlik katsayıları .72 ile .58 arasında bulunmuştur.

2.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 27.0 versiyon paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin dağılımı tanımlayıcı analiz parametreleri (ortalama, medyan, standart sapma, minimum, maksimum, frekans, yüzde) ile gösterilmiştir. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile analiz edilmiştir. İki bağımsız grup arasındaki sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında verilerin normal dağılıma uyması durumunda Bağımsız Örneklem t Testi, verilerin normal dağılıma uymaması durumunda ise Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. İki'den fazla bağımsız grup arasındaki sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında ise verilerin normal dağılıma uymaması nedeniyle Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis H Testi ile fark bulunması durumunda farklı grupların tespiti Bonferroni Posthoc Testi ile yapılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki Spearman's Korelasyon ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizi %95 güven aralığında ($p=0,05$) incelemeye alınmıştır.

BÖLÜM 3: BULGULAR

Araştırmada yer alan katılımcıların demografik özellikleri değerlendirilmiştir (Tablo 1). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların yaşlarının ortalaması $44,73 \pm 9,23$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %47,3'ünün büyükşehir, %48,2'sinin şehir ve %4,5'inin ilçede yaşadığı saptanmıştır. Katılımcıların %10'unun ilkokul, %27,3'ünün lise, %40'ının lisans, %19,1'inin yüksek lisans ve %3,6'sının doktora mezunu olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %54,5'inin çalıştığı, %40'ının çalışmadığı ve %5,5'inin emekli olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %50,9'unun hastalığın erken evresinde, %49,1'inin hastalığının tedavi sonrası iyileşme evresinde olduğu saptanmıştır.

Tablo 1
Katılımcıların Demografik Özellikleri

	X $\pm$ SS	Min - Max
Yaş	44,73 $\pm$ 9,23	23 - 64
	N	%
Yaşanılan Yer		
Büyükşehir	52	47,3
Şehir	53	48,2
İlçe	5	4,5
Eğitim Düzeyi		
İlkokul	11	10,0
Lise	30	27,3
Lisans	44	40,0
Yüksek lisans	21	19,1
Doktora	4	3,6
Meslek		
Ev Hanımı	28	25,5
Bankacı	5	4,5
Memur	12	10,9
Hemşire	5	4,5
Doktor	3	2,7
Öğretmen	11	10,0
Satış Elemanı (Destek Uzman, Pazarlama, Temsilci vb.)	4	3,6
Muhasebeci	4	3,6
Emekli	1	,9
Araştırma Görevlisi / Öğretim Üyesi	5	4,5
Grafik Tasarımcı	3	2,7
Esnaf	2	1,8
Diğer	27	24,5
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	60	54,5
Çalışmıyor	44	40,0
Emekli	6	5,5
Hastalık Evresi		
Tanı Evresi	56	50,9
Tedavi Sonrası İyileşme Evresi	54	49,1
Hastalık Hakkında Yeterli Düzeyde Bilgilenme		
Evet	103	93,6
Hayır	7	6,4

Katılımcıların Demografik Özellikleri

Alınan Tedaviden Memnuniyet		
Çok Memnunum	36	32,7
Memnunum	54	49,1
Kararsızım	15	13,6
Memnun Değilim	3	2,7
Hiç Memnun Değilim	2	1,8
Tanı Konmuş ve Devam Eden Psikolojik Rahatsızlık		
Var	11	10,0
Yok	99	90,0
Tanı Konmuş ve Devam Eden Psikolojik Rahatsızlıklar		
Anksiyete	5	4,5
Depresyon	2	1,8
Obsesyon	2	1,8
Bipolar	1	0,9
Kaygı Bozukluğu	1	0,9
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	1	0,9
Başka Bir Kronik Hastalık		
Var	19	17,3
Yok	91	82,7
Başka Bir Kronik Hastalıklar		
Hipertansiyon	9	8,2
Kolesterol	1	0,9
Fibromiyalji	2	1,8
Hipotiroidi	2	1,8
Diyabet	4	3,6
Tiroid	3	2,7
Kalp Hastalığı	1	0,9
Anklozan Spondilit	1	0,9
Alerjik Astım	1	0,9
Epilepsi	1	0,9
Bel Fıtığı	1	0,9
Toplam	110	100

Katılımcıların %93,6'sının hastalık hakkında yeterli düzeyde bilgilendiği tespit edilmiştir. Alınan tedaviden memnuniyet düzeyini katılımcıların % 32,7'sinin “çok memnunum”, %49,1'inin “memnunum”, %13,6'sının “kararsızım”, %2,7'sinin “memnun değilim” ve %1,8'inin “hiç memnun değilim” olarak ifade ettiği belirlenmiştir. Katılımcıların %10'unun tanı konmuş ve devam eden psikolojik rahatsızlığı, %17,3'ünün başka bir kronik hastalığı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2**Katılımcıların Üst Biliş Ölçeği, Kansere Tepki Tarzları Ölçeği ve Yaygın Anksiyete Ölçeği Puanları**

	X ± SS	M (Min - Max)
Üst Biliş Ölçeği		
Olumlu İnançlar	10,85 ± 4,71	10,0 (6 - 24)
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	16,21 ± 5,07	16,0 (6 - 24)
Bilişsel Güven	11,55 ± 4,72	11,0 (6 - 24)
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	13,34 ± 4,13	12,0 (6 - 24)
Bilişsel Farkındalık	17,54 ± 4,09	17,5 (6 - 24)
Üst Biliş Ölçeği Toplam	69,49 ± 15,06	68,5 (30 - 104)
Kansere Tepki Tarzları Ölçeği		
Çaresizlik/Ümitsizlik	10,49 ± 4,64	9,0 (6 - 23)
Endişeli Bekleyiş	25,24 ± 5,59	26,0 (12 - 35)
İnkâr/Kaçınma	2,25 ± 1,16	2,0 (1 - 4)
Kadercilik	19,31 ± 4,89	20,0 (10 - 32)
Mücadeleci Ruh	49,83 ± 8,85	51,0 (19 - 64)
Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Toplam	107,11 ± 15,00	109,5 (54 - 146)
Yaygın Anksiyete Ölçeği	1440,57 ± 400,57	1465,0 (358 - 2253)

Katılımcıların Üst Biliş Ölçeği, Kansere Tepki Tarzları Ölçeği ve Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları değerlendirilmiştir (Tablo 2). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların Üst Biliş Ölçeği'nin Olumlu İnançlar alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması $10,85 \pm 4,71$, Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması $16,21 \pm 5,07$, Bilişsel Güven alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması $11,55 \pm 4,72$, Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması $13,34 \pm 4,13$, Bilişsel Farkındalık alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması $17,54 \pm 4,09$ ve Üst Biliş Ölçeği toplam puanlarının ortalaması $69,49 \pm 15,06$ olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların Kansere Tepki Tarzları Ölçeği'nin Çaresizlik/Ümitsizlik alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması $10,49 \pm 4,64$, Endişeli Bekleyiş alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması $25,24 \pm 5,59$, İnkâr/Kaçınma alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması $2,25 \pm 1,16$, Kadercilik alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması $19,31 \pm 4,89$, Mücadeleci Ruh alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması $49,83 \pm 8,85$ ve Kansere Tepki Tarzları Ölçeği toplam puanlarının ortalaması $107,11 \pm 15,00$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların Yaygın Anksiyete Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalaması $1440,57 \pm 400,57$ olarak saptanmıştır.

Tablo 3**Katılımcıların Yaşlarına Göre Üst Biliş Ölçeği Puanları**

	Yaş	N	X ± SS	M (Min - Max)	İstatistik
Olumlu İnançlar	45 Altı	52	10,13 ± 4,19	9,0 (6 - 24)	Z=-1,318
	45 ve Üstü	58	11,50 ± 5,08	10,0 (6 - 24)	p=0,187
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	45 Altı	52	15,17 ± 4,92	15,0 (6 - 24)	t=-2,058
	45 ve Üstü	58	17,14 ± 5,07	17,5 (6 - 24)	p=0,042*
Bilişsel Güven	45 Altı	52	10,60 ± 4,56	9,5 (6 - 23)	Z=-2,140
	45 ve Üstü	58	12,41 ± 4,74	12,0 (6 - 24)	p=0,032*
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	45 Altı	52	13,08 ± 3,99	12,0 (6 - 22)	Z=-0,550
	45 ve Üstü	58	13,57 ± 4,27	13,0 (6 - 24)	p=0,582
Bilişsel Farkındalık	45 Altı	52	17,33 ± 3,81	17,0 (10 - 24)	t=-0,507
	45 ve Üstü	58	17,72 ± 4,36	18,0 (6 - 24)	p=0,614
Üst Biliş Ölçeği Toplam	45 Altı	52	66,31 ± 13,33	63,5 (40 - 104)	t=-2,133
	45 ve Üstü	58	72,34 ± 16,03	72,0 (30 - 103)	p=0,035*

t: Bağımsız Örneklem t Testi, Z: Mann Whitney U Testi, *p<0,05

Katılımcıların yaşlarına göre Üst Biliş Ölçeği puanları değerlendirilmiştir (Tablo 3). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması 45 altı yaş grubunda yer alanlarda $15,17 \pm 4,92$, 45 ve üstü yaş grubunda yer alanlarda $17,14 \pm 5,07$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların yaşlarına göre Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t=-2,058; p<0,05). 45 altı yaş grubunda yer alanların Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutu puanlarının 45 ve üstü yaş grubunda yer alanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Bilişsel Güven alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması 45 altı yaş grubunda yer alanlarda $10,60 \pm 4,56$, 45 ve üstü yaş grubunda yer alanlarda $12,41 \pm 4,74$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların yaşlarına göre Bilişsel Güven alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-2,140; p<0,05). 45 altı yaş grubunda yer alanların Bilişsel Güven alt boyutu puanlarının 45 ve üstü yaş grubunda yer alanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Üst Biliş Ölçeği'nin toplamından aldıkları puanların ortalaması 45 altı yaş grubunda yer alanlarda $66,31 \pm 13,33$, 45 ve üstü yaş grubunda yer alanlarda $72,34 \pm 16,03$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların yaşlarına göre Üst Biliş Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t=-2,133; p<0,05). 45 altı yaş grubunda yer alanların Üst Biliş Ölçeği toplam puanlarının 45 ve üstü yaş grubunda yer alanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 4

Katılımcıların Yaşadıkları Yerlere Göre Üst Biliş Ölçeği Puanları

	Yaşanılan Yer	N	X ± SS	M (Min - Max)	İstatistik
Olumlu İnançlar	Büyükşehir (1)	52	10,46 ± 3,90	10,0 (6 - 21)	KW=1,249 p=0,536
	Şehir (2)	53	11,45 ± 5,48	10,0 (6 - 24)	
	İlçe (3)	5	8,60 ± 2,61	9,0 (6 - 12)	
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	Büyükşehir (1)	52	14,06 ± 4,38	15,0 (6 - 22)	KW=23,996 p=0,000* 1<2, 2>3 ^a
	Şehir (2)	53	18,74 ± 4,52	20,0 (9 - 24)	
	İlçe (3)	5	11,80 ± 4,76	11,0 (6 - 18)	
Bilişsel Güven	Büyükşehir (1)	52	11,40 ± 4,60	10,5 (6 - 22)	KW=0,186 p=0,911
	Şehir (2)	53	11,81 ± 5,02	11,0 (6 - 24)	
	İlçe (3)	5	10,40 ± 2,70	10,0 (7 - 14)	
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	Büyükşehir (1)	52	12,94 ± 3,99	12,5 (6 - 21)	KW=2,298 p=0,317
	Şehir (2)	53	13,92 ± 4,37	13,0 (6 - 24)	
	İlçe (3)	5	11,20 ± 0,45	11,0 (11 - 12)	
Bilişsel Farkındalık	Büyükşehir (1)	52	15,96 ± 3,61	16,0 (6 - 23)	KW=20,232 p=0,000* 1<2, 2>3 ^a
	Şehir (2)	53	19,32 ± 3,98	19,0 (10 - 24)	
	İlçe (3)	5	15,00 ± 1,22	15,0 (14 - 17)	
Üst Biliş Ölçeği Toplam	Büyükşehir (1)	52	64,83 ± 14,90	64,5 (30 - 103)	KW=17,439 p=0,000* 1<2, 2>3 ^a
	Şehir (2)	53	75,25 ± 13,55	74,0 (39 - 104)	
	İlçe (3)	5	57,00 ± 6,89	59,0 (45 - 62)	

Kruskal Wallis H Testi, *p<0,05, a: Bonferroni Posthoc Testi

Katılımcıların yaşadıkları yere göre Üst Biliş Ölçeği puanları değerlendirilmiştir (Tablo 4). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması büyükşehirde yaşayanlarda 14,06 ± 4,38, şehirde yaşayanlarda 18,74 ± 4,52 ve ilçede yaşayanlarda 11,80 ± 4,76 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların yaşadıkları yere göre Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=23,996; p<0,05). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; şehirde yaşayanların Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutu puanlarının büyükşehir ve ilçede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Bilişsel Farkındalık alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması büyükşehirde yaşayanlarda 15,96 ± 3,61, şehirde yaşayanlarda 19,32 ± 3,98 ve ilçede yaşayanlarda 15,00 ± 1,22 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların yaşadıkları yere göre Bilişsel Farkındalık alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=20,232; p<0,05). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; şehirde yaşayanların Bilişsel Farkındalık alt boyutu puanlarının büyükşehir ve ilçede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Üst Biliş Ölçeği'nin toplamından aldıkları puanların ortalaması büyükşehirde yaşayanlarda $64,83 \pm 14,90$, şehirde yaşayanlarda $75,25 \pm 13,55$ ve ilçede yaşayanlarda $57,00 \pm 6,89$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların yaşadıkları yere göre Üst Biliş Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=17,439; $p<0,05$). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; şehirde yaşayanların Üst Biliş Ölçeği toplam puanlarının büyükşehir ve ilçede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 5

Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Üst Biliş Ölçeği Puanları

	Eğitim Düzeyi	N	X ± SS	M (Min - Max)	İstatistik
Olumlu İnançlar	İlkokul (1)	11	9,27 ± 2,94	10,0 (6 - 13)	KW=5,164 p=0,271
	Lise (2)	30	10,60 ± 4,64	9,0 (6 - 24)	
	Lisans (3)	44	10,64 ± 5,06	9,0 (6 - 24)	
	Yükseklisans (4)	21	11,62 ± 4,12	10,0 (6 - 18)	
	Doktora (5)	4	15,50 ± 6,76	15,0 (8 - 24)	
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	İlkokul (1)	11	18,45 ± 4,68	18,0 (11 - 24)	KW=6,142 p=0,189
	Lise (2)	30	16,37 ± 6,23	17,0 (6 - 24)	
	Lisans (3)	44	15,11 ± 4,35	15,0 (7 - 24)	
	Yükseklisans (4)	21	16,48 ± 4,87	16,0 (6 - 24)	
	Doktora (5)	4	19,50 ± 2,38	19,5 (17 - 22)	
Bilişsel Güven	İlkokul (1)	11	14,18 ± 4,73	13,0 (7 - 24)	KW=11,603 p=0,021* 1>5 ^a
	Lise (2)	30	12,57 ± 4,52	12,5 (6 - 21)	
	Lisans (3)	44	11,09 ± 4,92	10,0 (6 - 23)	
	Yükseklisans (4)	21	10,62 ± 4,13	10,0 (6 - 18)	
	Doktora (5)	4	6,75 ± 1,50	6,0 (6 - 9)	
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	İlkokul (1)	11	14,09 ± 4,21	12,0 (9 - 21)	KW=5,239 p=0,264
	Lise (2)	30	14,40 ± 4,64	14,0 (6 - 21)	
	Lisans (3)	44	13,16 ± 4,03	12,0 (7 - 24)	
	Yükseklisans (4)	21	12,19 ± 3,59	12,0 (6 - 18)	
	Doktora (5)	4	11,25 ± 2,06	11,5 (9 - 13)	
Bilişsel Farkındalık	İlkokul (1)	11	19,36 ± 3,75	19,0 (14 - 24)	KW=5,724 p=0,221
	Lise (2)	30	16,80 ± 4,77	16,0 (6 - 24)	
	Lisans (3)	44	17,32 ± 3,56	17,0 (10 - 24)	
	Yükseklisans (4)	21	17,52 ± 4,30	17,0 (11 - 24)	
	Doktora (5)	4	20,50 ± 2,65	20,0 (18 - 24)	
Üst Biliş Ölçeği Toplam	İlkokul (1)	11	75,36 ± 13,06	73,0 (58 - 93)	KW=4,412 p=0,353
	Lise (2)	30	70,73 ± 18,09	72,5 (30 - 104)	
	Lisans (3)	44	67,32 ± 13,86	63,0 (40 - 103)	
	Yükseklisans (4)	21	68,43 ± 14,08	68,0 (38 - 91)	
	Doktora (5)	4	73,50 ± 13,89	73,0 (59 - 89)	

Kruskal Wallis H Testi, * $p<0,05$, a: Bonferroni Posthoc Testi

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre Üst Biliş Ölçeği puanları değerlendirilmiştir (Tablo 5). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların Bilişsel Güven alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması ilkokul mezunlarında $14,18 \pm 4,73$, lise mezunlarında $12,57 \pm 4,52$, lisans mezunlarında $11,09 \pm 4,92$, yüksek lisans mezunlarında $10,62 \pm 4,13$ ve doktora mezunlarında $6,75 \pm 1,50$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların eğitim düzeylerine göre Bilişsel Güven alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=11,603; $p<0,05$). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; ilkokul mezunlarının Bilişsel Güven alt boyutu puanlarının doktora mezunlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 6
Katılımcıların Çalışma Durumlarına Göre Üst Biliş Ölçeği Puanları

	Çalışma Durumu	N	X ± SS	M (Min - Max)	İstatistik
Olumlu İnançlar	Çalışıyor (1)	60	11,08 ± 5,08	10,0 (6 - 24)	KW=3,922 p=0,141
	Çalışmıyor (2)	44	10,09 ± 4,02	9,0 (6 - 21)	
	Emekli (3)	6	14,17 ± 4,62	15,0 (6 - 18)	
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	Çalışıyor (1)	60	15,45 ± 4,99	15,0 (6 - 24)	KW=2,811 p=0,245
	Çalışmıyor (2)	44	17,11 ± 5,23	17,0 (6 - 24)	
	Emekli (3)	6	17,17 ± 4,07	16,5 (13 - 24)	
Bilişsel Güven	Çalışıyor (1)	60	10,55 ± 4,13	10,0 (6 - 19)	KW=5,976 p=0,050
	Çalışmıyor (2)	44	12,55 ± 5,16	12,0 (6 - 24)	
	Emekli (3)	6	14,33 ± 5,13	15,5 (7 - 21)	
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	Çalışıyor (1)	60	12,08 ± 3,86	11,5 (6 - 24)	KW=12,046 p=0,002* 1<2 ^a
	Çalışmıyor (2)	44	14,84 ± 4,09	14,0 (9 - 22)	
	Emekli (3)	6	14,83 ± 3,19	15,0 (11 - 18)	
Bilişsel Farkındalık	Çalışıyor (1)	60	16,95 ± 4,43	16,5 (6 - 24)	KW=3,208 p=0,201
	Çalışmıyor (2)	44	18,18 ± 3,61	18,0 (8 - 24)	
	Emekli (3)	6	18,67 ± 3,50	19,0 (14 - 24)	
Üst Biliş Ölçeği Toplam	Çalışıyor (1)	60	66,12 ± 14,38	65,0 (30 - 95)	KW=6,728 p=0,035* 1<3 ^a
	Çalışmıyor (2)	44	72,77 ± 15,29	72,5 (45 - 104)	
	Emekli (3)	6	79,17 ± 12,14	81,5 (61 - 91)	

Kruskal Wallis H Testi, * $p<0,05$, a: Bonferroni Posthoc Testi

Katılımcıların çalışma durumlarına göre Üst Biliş Ölçeği puanları değerlendirilmiştir (Tablo 6). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması çalışanlarda $12,08 \pm 3,86$, çalışmayanlarda $14,84 \pm 4,09$ ve emeklilerde $14,83 \pm 3,19$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların çalışma durumlarına göre Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=12,046; $p<0,05$). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; çalışanların Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutu puanlarının çalışmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 7**Katılımcıların Hastalık Evrelerine Göre Üst Biliş Ölçeği Puanları**

	Hastalık Evresi	N	X ± SS	M (Min - Max)	İstatistik
Olumlu İnançlar	Tanı Evresi	56	11,43 ± 5,55	10,0 (6 - 24)	Z=-0,497
	Tedavi Sonrası	54	10,26 ± 3,59	9,5 (6 - 18)	p=0,619
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	Tanı Evresi	56	18,87 ± 4,49	20,0 (9 - 24)	Z=-5,612
	Tedavi Sonrası	54	13,44 ± 4,09	14,0 (6 - 22)	p=0,000*
Bilişsel Güven	Tanı Evresi	56	11,57 ± 4,94	11,0 (6 - 24)	Z=-0,142
	Tedavi Sonrası	54	11,54 ± 4,53	11,0 (6 - 23)	p=0,887
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	Tanı Evresi	56	13,59 ± 4,33	12,0 (6 - 24)	Z=-0,234
	Tedavi Sonrası	54	13,07 ± 3,93	13,0 (6 - 22)	p=0,815
Bilişsel Farkındalık	Tanı Evresi	56	19,30 ± 3,94	19,0 (10 - 24)	Z=-4,610
	Tedavi Sonrası	54	15,70 ± 3,41	16,0 (6 - 23)	p=0,000*
Üst Biliş Ölçeği Toplam	Tanı Evresi	56	74,77 ± 14,28	73,0 (39 - 104)	t=3,991
	Tedavi Sonrası	54	64,02 ± 13,95	64,5 (30 - 91)	p=0,000*

t: Bağımsız Örneklem t Testi, Z: Mann Whitney U Testi, *p<0,05

Katılımcıların hastalık evrelerine göre Üst Biliş Ölçeği puanları değerlendirilmiştir (Tablo 7). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması erken evrede olanlarda $18,87 \pm 4,49$, remisyonda olanlarda $13,44 \pm 4,09$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların hastalık evrelerine göre Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($Z=-5,612$; $p<0,05$). Hastalığın erken evresinde olanların Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutu puanlarının remisyonda olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Bilişsel Farkındalık alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması hastalık tanı evresinde olanlarda $19,30 \pm 3,94$, hastalık tedavi sonrası evrede olanlarda $15,70 \pm 3,41$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların hastalık evrelerine göre Bilişsel Farkındalık alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($Z=-4,610$; $p<0,05$). Hastalığın erken evresinde olanların Bilişsel Farkındalık alt boyutu puanlarının remisyonda olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Üst Biliş Ölçeği'nin toplamından aldıkları puanların ortalaması hastalık tanı evresinde olanlarda $74,77 \pm 14,28$, hastalık tedavi sonrası evrede olanlarda $64,02 \pm 13,95$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların hastalık evrelerine göre Üst Biliş Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=3,991$; $p<0,05$). Hastalığın erken evresinde olanların Üst Biliş Ölçeği toplam puanlarının remisyonda olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 8**Katılımcıların Hastalık Hakkında Yeterli Düzeyde Bilgilenmelerine Göre Üst Biliş Ölçeği Puanları**

	Hastalık Hakkında Yeterli Bilgilenme	N	X ± SS	M (Min - Max)	İstatistik
Olumlu İnançlar	Evet	103	10,86 ± 4,79	10,0 (6 - 24)	Z=-0,271
	Hayır	7	10,71 ± 3,64	9,0 (6 - 16)	p=0,786
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	Evet	103	16,24 ± 5,10	16,0 (6 - 24)	Z=-0,375
	Hayır	7	15,71 ± 5,06	15,0 (8 - 24)	p=0,708
Bilişsel Güven	Evet	103	11,45 ± 4,64	11,0 (6 - 24)	Z=-0,771
	Hayır	7	13,14 ± 5,98	12,0 (6 - 23)	p=0,441
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	Evet	103	13,09 ± 4,00	12,0 (6 - 24)	Z=-2,132
	Hayır	7	17,00 ± 4,55	18,0 (11 - 22)	p=0,033*
Bilişsel Farkındalık	Evet	103	17,50 ± 4,13	17,0 (6 - 24)	Z=-0,252
	Hayır	7	18,00 ± 3,65	18,0 (13 - 24)	p=0,801
Üst Biliş Ölçeği Toplam	Evet	103	69,15 ± 15,35	68,0 (30 - 104)	Z=-1,078
	Hayır	7	74,57 ± 9,03	75,0 (62 - 85)	p=0,281

Mann Whitney U Testi, *p<0,05

Katılımcıların hastalık hakkında yeterli düzeyde bilgilenmelerine göre Üst Biliş Ölçeği puanları değerlendirilmiştir (Tablo 8). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması hastalık hakkında yeterli düzeyde bilgilenenlerde $13,09 \pm 4,00$, yeterli düzeyde bilgilenmeyenlerde $17,00 \pm 4,55$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların hastalık hakkında yeterli düzeyde bilgilenmelerine göre Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($Z=-2,132$; $p<0,05$). Hastalık hakkında yeterli düzeyde bilgilenenlerin Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutu puanlarının hastalık hakkında yeterli düzeyde bilgilenmeyenlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 9**Katılımcıların Eşlik Eden Psikolojik Rahatsızlık Varlığına Göre Üst Biliş Ölçeği Puanları**

	Psikolojik Rahatsızlık	N	X ± SS	M (Min - Max)	İstatistik
Olumlu İnançlar	Var	11	9,91 ± 2,63	9,0 (6 - 13)	Z=-0,176
	Yok	99	10,96 ± 4,88	10,0 (6 - 24)	p=0,861
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	Var	11	14,73 ± 3,82	14,0 (9 - 22)	Z=-1,114
	Yok	99	16,37 ± 5,18	16,0 (6 - 24)	p=0,265
Bilişsel Güven	Var	11	13,36 ± 5,18	11,0 (7 - 23)	Z=-1,314
	Yok	99	11,35 ± 4,65	11,0 (6 - 24)	p=0,189
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	Var	11	14,82 ± 4,51	14,0 (9 - 22)	Z=-1,105
	Yok	99	13,17 ± 4,07	12,0 (6 - 24)	p=0,269
Bilişsel Farkındalık	Var	11	15,27 ± 3,82	15,0 (8 - 23)	Z=-2,031
	Yok	99	17,79 ± 4,06	18,0 (6 - 24)	p=0,042*
Üst Biliş Ölçeği Toplam	Var	11	68,09 ± 13,24	69,0 (45 - 85)	Z=-0,389
	Yok	99	69,65 ± 15,30	68,0 (30 - 104)	p=0,697

Mann Whitney U Testi, *p<0,05

Katılımcıların psikolojik rahatsızlık bulunmasına göre Üst Biliş Ölçeği puanları değerlendirilmiştir (Tablo 9). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların Bilişsel Farkındalık alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması psikolojik rahatsızlığı olanlarda $15,27 \pm 3,82$, psikolojik rahatsızlığı olmayanlarda $17,79 \pm 4,06$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların psikolojik rahatsızlık bulunmasına göre Bilişsel Farkındalık alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($Z=-2,031$; $p<0,05$). Psikolojik rahatsızlığı olanların Bilişsel Farkındalık alt boyutu puanlarının psikolojik rahatsızlığı olmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 10**Katılımcıların Eşlik Eden Kronik Hastalık Varlığına Göre Üst Biliş Ölçeği Puanları**

	Kronik Hastalık	N	X ± SS	M (Min - Max)	İstatistik
Olumlu İnançlar	Var	19	11,21 ± 3,84	12,0 (6 - 18)	Z=-0,924
	Yok	91	10,78 ± 4,89	9,0 (6 - 24)	p=0,355
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	Var	19	16,05 ± 4,56	16,0 (7 - 24)	Z=-0,226
	Yok	91	16,24 ± 5,20	16,0 (6 - 24)	p=0,821
Bilişsel Güven	Var	19	12,79 ± 5,06	14,0 (6 - 24)	Z=-1,318
	Yok	91	11,30 ± 4,63	11,0 (6 - 23)	p=0,188
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	Var	19	12,95 ± 3,49	13,0 (8 - 20)	Z=-0,357
	Yok	91	13,42 ± 4,26	12,0 (6 - 24)	p=0,721
Bilişsel Farkındalık	Var	19	16,42 ± 4,29	16,0 (8 - 24)	Z=-1,354
	Yok	91	17,77 ± 4,04	18,0 (6 - 24)	p=0,176
Üst Biliş Ölçeği Toplam	Var	19	69,42 ± 13,53	69,0 (40 - 93)	Z=-0,142
	Yok	91	69,51 ± 15,43	68,0 (30 - 104)	p=0,887

Mann Whitney U Testi

Katılımcıların kronik hastalık bulunmasına göre Üst Biliş Ölçeği puanları değerlendirilmiştir (Tablo 10). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların kronik hastalık bulunmasına göre Üst Biliş Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 11

Katılımcıların Yaşlarına Göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Puanları

	Yaş	N	X ± SS	M (Min - Max)	İstatistik
Çaresizlik/Ümitsizlik	45 Altı	52	9,79 ± 3,90	9,0 (6 - 20)	Z=-1,213
	45 ve Üstü	58	11,12 ± 5,17	9,5 (6 - 23)	p=0,225
Endişeli Bekleyiş	45 Altı	52	24,50 ± 5,10	24,5 (13 - 35)	Z=-1,557
	45 ve Üstü	58	25,90 ± 5,96	27,5 (12 - 35)	p=0,120
İnkâr/Kaçınma	45 Altı	52	2,10 ± 1,18	2,0 (1 - 4)	Z=-1,411
	45 ve Üstü	58	2,38 ± 1,14	2,0 (1 - 4)	p=0,158
Kadercilik	45 Altı	52	18,23 ± 4,85	17,5 (10 - 28)	Z=-2,163
	45 ve Üstü	58	20,28 ± 4,76	21,0 (10 - 32)	p=0,031*
Mücadeleci Ruh	45 Altı	52	51,04 ± 7,99	51,0 (32 - 64)	Z=-1,091
	45 ve Üstü	58	48,74 ± 9,49	49,5 (19 - 64)	p=0,275
Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Toplam	45 Altı	52	105,65 ± 13,33	105,0 (77 - 137)	Z=-1,291
	45 ve Üstü	58	108,41 ± 16,35	113,5 (54 - 146)	p=0,197

Mann Whitney U Testi, * $p<0,05$

Katılımcıların yaşlarına göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği puanları değerlendirilmiştir (Tablo 11). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların Kadercilik alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması 45 altı yaş grubunda yer alanlarda $18,23 \pm 4,85$, 45 ve üstü yaş grubunda yer alanlarda $20,28 \pm 4,76$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların yaşlarına göre Kadercilik alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($Z=-2,163$; $p<0,05$). 45 altı yaş grubunda yer alanların Kadercilik alt boyutu puanlarının 45 ve üstü yaş grubunda yer alanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 12

Katılımcıların Yaşadıkları Yerlere Göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Puanları

	Yaşanılan Yer	N	X ± SS	M (Min - Max)	İstatistik
Çaresizlik/Ümitsizlik	Büyükşehir (1)	52	9,06 ± 3,69	8,0 (6 - 21)	KW=13,254
	Şehir (2)	53	12,17 ± 5,03	12,0 (6 - 23)	p=0,001*
	İlçe (3)	5	7,60 ± 3,05	6,0 (6 - 13)	1<2 ^a
Endişeli Bekleyiş	Büyükşehir (1)	52	22,08 ± 5,08	22,0 (12 - 33)	KW=41,277
	Şehir (2)	53	28,72 ± 4,01	29,0 (19 - 35)	p=0,000*
	İlçe (3)	5	21,20 ± 1,64	22,0 (19 - 23)	1<2, 2>3 ^a
İnkâr/Kaçınma	Büyükşehir (1)	52	1,73 ± 0,89	1,5 (1 - 4)	KW=28,358
	Şehir (2)	53	2,85 ± 1,13	3,0 (1 - 4)	p=0,000*
	İlçe (3)	5	1,20 ± 0,45	1,0 (1 - 2)	1<2, 2>3 ^a
Kadercilik	Büyükşehir (1)	52	16,46 ± 4,59	16,0 (10 - 32)	KW=47,551
	Şehir (2)	53	22,45 ± 3,04	23,0 (12 - 28)	p=0,000*
	İlçe (3)	5	15,60 ± 2,97	16,0 (11 - 19)	1<2, 2>3 ^a
Mücadeleci Ruh	Büyükşehir (1)	52	49,88 ± 8,53	50,5 (19 - 64)	KW=0,116
	Şehir (2)	53	49,81 ± 9,44	52,0 (27 - 64)	p=0,943
	İlçe (3)	5	49,40 ± 6,88	53,0 (39 - 56)	
Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Toplam	Büyükşehir (1)	52	99,21 ± 14,82	98,0 (54 - 146)	KW=42,139
	Şehir (2)	53	116,00 ± 9,84	118,0 (90 - 137)	p=0,000*
	İlçe (3)	5	95,00 ± 5,34	96,0 (86 - 99)	1<2, 2>3 ^a

Kruskal Wallis H Testi, *p<0,05, a: Bonferroni Posthoc Testi

Katılımcıların yaşadıkları yere göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği puanları değerlendirilmiştir (Tablo 12). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların Çaresizlik/Ümitsizlik alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması büyükşehirde yaşayanlarda $9,06 \pm 3,69$, şehirde yaşayanlarda $12,17 \pm 5,03$ ve ilçede yaşayanlarda $7,60 \pm 3,05$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların yaşadıkları yere göre Çaresizlik/Ümitsizlik alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=13,254; p<0,05). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; şehirde yaşayanların Çaresizlik/Ümitsizlik alt boyutu puanlarının büyükşehirde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Endişeli Bekleyiş alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması büyükşehirde yaşayanlarda $22,08 \pm 5,08$, şehirde yaşayanlarda $28,72 \pm 4,01$ ve ilçede yaşayanlarda $21,20 \pm 1,64$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların yaşadıkları yere göre Endişeli Bekleyiş alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=41,277; p<0,05). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; şehirde yaşayanların Endişeli Bekleyiş alt boyutu puanlarının büyükşehir ve ilçede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların İnkâr/Kaçınma alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması büyükşehirde yaşayanlarda $1,73 \pm 0,89$, şehirde yaşayanlarda $2,85 \pm 1,13$ ve ilçede yaşayanlarda $1,20 \pm 0,45$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların yaşadıkları yere göre İnkâr/Kaçınma alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=28,358; $p<0,05$). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; şehirde yaşayanların İnkâr/Kaçınma alt boyutu puanlarının büyükşehir ve ilçede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Kadercilik alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması büyükşehirde yaşayanlarda $16,46 \pm 4,59$, şehirde yaşayanlarda $22,45 \pm 3,04$ ve ilçede yaşayanlarda $15,60 \pm 2,97$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların yaşadıkları yere göre Kadercilik alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=47,551; $p<0,05$). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; şehirde yaşayanların Kadercilik alt boyutu puanlarının büyükşehir ve ilçede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Kansere Tepki Tarzları Ölçeği'nin toplamından aldıkları puanların ortalaması büyükşehirde yaşayanlarda $99,21 \pm 14,82$, şehirde yaşayanlarda $116,00 \pm 9,84$ ve ilçede yaşayanlarda $95,00 \pm 5,34$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların yaşadıkları yere göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=42,139; $p<0,05$). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; şehirde yaşayanların Kansere Tepki Tarzları Ölçeği toplam puanlarının büyükşehir ve ilçede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 13

Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Puanları

	Eğitim Düzeyi	N	X ± SS	M (Min - Max)	İstatistik
Çaresizlik/Ümitsizlik	İlkokul (1)	11	13,27 ± 4,58	14,0 (6 - 20)	KW=8,736 p=0,068
	Lise (2)	30	11,63 ± 5,32	10,0 (6 - 22)	
	Lisans (3)	44	9,43 ± 4,39	8,0 (6 - 23)	
	Yükseklisans (4)	21	9,71 ± 3,81	8,0 (6 - 19)	
	Doktora (5)	4	10,00 ± 1,83	10,0 (8 - 12)	
Endişeli Bekleyiş	İlkokul (1)	11	27,36 ± 5,16	28,0 (19 - 33)	KW=5,994 p=0,199
	Lise (2)	30	25,63 ± 5,95	26,5 (12 - 35)	
	Lisans (3)	44	23,86 ± 5,49	23,0 (13 - 33)	
	Yükseklisans (4)	21	25,81 ± 5,23	26,0 (14 - 33)	
	Doktora (5)	4	28,50 ± 5,20	29,0 (22 - 34)	
İnkâr/Kaçınma	İlkokul (1)	11	2,82 ± 1,33	3,0 (1 - 4)	KW=10,206 p=0,037*
	Lise (2)	30	2,63 ± 1,30	3,0 (1 - 4)	
	Lisans (3)	44	1,84 ± 1,01	2,0 (1 - 4)	
	Yükseklisans (4)	21	2,24 ± 1,00	2,0 (1 - 4)	
	Doktora (5)	4	2,25 ± 0,50	2,0 (2 - 3)	
Kadercilik	İlkokul (1)	11	23,27 ± 1,56	24,0 (20 - 26)	KW=13,113 p=0,011* 1>3, 1>4 ^a
	Lise (2)	30	19,20 ± 5,25	20,5 (10 - 26)	
	Lisans (3)	44	18,52 ± 5,12	17,0 (10 - 32)	
	Yükseklisans (4)	21	18,38 ± 3,99	19,0 (10 - 25)	
	Doktora (5)	4	22,75 ± 4,79	23,0 (17 - 28)	
Mücadeleci Ruh	İlkokul (1)	11	47,91 ± 10,62	48,0 (31 - 63)	KW=10,865 p=0,028* 2<3, 2<5 ^a
	Lise (2)	30	45,40 ± 10,08	48,5 (19 - 60)	
	Lisans (3)	44	51,93 ± 7,85	53,5 (33 - 64)	
	Yükseklisans (4)	21	51,67 ± 6,13	51,0 (40 - 64)	
	Doktora (5)	4	55,50 ± 3,70	56,0 (51 - 59)	
Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Toplam	İlkokul (1)	11	114,64 ± 12,48	118,0 (94 - 132)	KW=8,069 p=0,089
	Lise (2)	30	104,50 ± 17,33	110,0 (54 - 125)	
	Lisans (3)	44	105,59 ± 14,33	103,5 (79 - 146)	
	Yükseklisans (4)	21	107,81 ± 13,78	110,0 (84 - 137)	
	Doktora (5)	4	119,00 ± 6,16	121,0 (110 - 124)	

Kruskal Wallis H Testi, *p<0,05, a: Bonferroni Posthoc Testi

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği puanları değerlendirilmiştir (Tablo 13). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların İnkâr/Kaçınma alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması ilkokul mezunlarında $2,82 \pm 1,33$, lise mezunlarında $2,63 \pm 1,30$, lisans mezunlarında $1,84 \pm 1,01$, yükseklisans mezunlarında $2,24 \pm 1,00$ ve doktora mezunlarında $2,25 \pm 0,50$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların eğitim düzeylerine göre İnkâr/Kaçınma alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=10,206; p<0,05).

Katılımcıların Kadercilik alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması ilkökul mezunlarında $23,27 \pm 1,56$, lise mezunlarında $19,20 \pm 5,25$, lisans mezunlarında $18,52 \pm 5,12$, yüksek lisans mezunlarında $18,38 \pm 3,99$ ve doktora mezunlarında $22,75 \pm 4,79$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların eğitim düzeylerine göre Kadercilik alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=13,113; $p<0,05$). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; ilkökul mezunlarının Kadercilik alt boyutu puanlarının lisans ve yüksek lisans mezunlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Mücadeleci Ruh alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması ilkökul mezunlarında $47,91 \pm 10,62$, lise mezunlarında $45,40 \pm 10,08$, lisans mezunlarında $51,93 \pm 7,85$, yüksek lisans mezunlarında $51,67 \pm 6,13$ ve doktora mezunlarında $55,50 \pm 3,70$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların eğitim düzeylerine göre Mücadeleci Ruh alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=10,865; $p<0,05$). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; lise mezunlarının Mücadeleci Ruh alt boyutu puanlarının lisans ve doktora mezunlarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 14

Katılımcıların Çalışma Durumlarına Göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Puanları

	Çalışma Durumu	N	X ± SS	M (Min - Max)	İstatistik
Çaresizlik/Ümitsizlik	Çalışıyor	60	9,65 ± 4,30	8,0 (6 - 23)	KW=5,371 p=0,068
	Çalışmıyor	44	11,75 ± 4,92	10,0 (6 - 22)	
	Emekli	6	9,67 ± 4,46	8,0 (6 - 16)	
Endişeli Bekleyiş	Çalışıyor	60	24,37 ± 5,76	25,0 (13 - 34)	KW=2,964 p=0,227
	Çalışmıyor	44	26,27 ± 5,57	27,5 (12 - 35)	
	Emekli	6	26,33 ± 1,63	26,5 (24 - 28)	
İnkâr/Kaçınma	Çalışıyor	60	2,10 ± 1,07	2,0 (1 - 4)	KW=1,078 p=0,372
	Çalışmıyor	44	2,48 ± 1,30	2,0 (1 - 4)	
	Emekli	6	2,00 ± 0,63	2,0 (1 - 3)	
Kadercilik	Çalışıyor	60	18,67 ± 5,13	18,0 (10 - 32)	KW=5,696 p=0,058
	Çalışmıyor	44	20,43 ± 4,64	22,5 (10 - 26)	
	Emekli	6	17,50 ± 2,26	18,0 (14 - 20)	
Mücadeleci Ruh	Çalışıyor	60	51,33 ± 8,22	52,0 (27 - 64)	KW=4,248 p=0,120
	Çalışmıyor	44	47,55 ± 9,51	49,0 (19 - 63)	
	Emekli	6	51,50 ± 7,56	50,5 (43 - 64)	
Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Toplam	Çalışıyor	60	106,12 ± 15,03	107,0 (66 - 146)	KW=1,538 p=0,464
	Çalışmıyor	44	108,48 ± 15,62	112,5 (54 - 132)	
	Emekli	6	107,00 ± 10,53	109,0 (95 - 119)	

Kruskal Wallis H Testi

Katılımcıların çalışma durumlarına göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği puanları değerlendirilmiştir (Tablo 14). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların çalışma durumlarına göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15

Katılımcıların Hastalık Evrelerine Göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Puanları

	Hastalık Evresi	N	X $\pm$ SS	M (Min - Max)	İstatistik
Çaresizlik/Ümitsizlik	Tanı Evresi	56	12,20 $\pm$ 5,04	11,5 (6 - 23)	Z=-3,864
	Tedavi Sonrası	54	8,72 $\pm$ 3,42	7,0 (6 - 21)	p=0,000*
Endişeli Bekleyiş	Tanı Evresi	56	28,34 $\pm$ 4,33	28,0 (16 - 35)	Z=-6,012
	Tedavi Sonrası	54	22,02 $\pm$ 4,91	22,0 (12 - 33)	p=0,000*
İnkâr/Kaçınma	Tanı Evresi	56	2,79 $\pm$ 1,14	3,0 (1 - 4)	Z=-4,922
	Tedavi Sonrası	54	1,69 $\pm$ 0,89	1,0 (1 - 4)	p=0,000*
Kadercilik	Tanı Evresi	56	22,20 $\pm$ 3,42	23,0 (11 - 28)	Z=-6,725
	Tedavi Sonrası	54	16,31 $\pm$ 4,36	16,5 (10 - 32)	p=0,000*
Mücadeleci Ruh	Tanı Evresi	56	49,52 $\pm$ 9,86	52,0 (27 - 64)	t=-0,372
	Tedavi Sonrası	54	50,15 $\pm$ 7,74	51,0 (19 - 62)	p=0,711
Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Toplam	Tanı Evresi	56	115,04 $\pm$ 11,13	117,5 (79 - 137)	Z=-6,116
	Tedavi Sonrası	54	98,89 $\pm$ 14,10	98,0 (54 - 146)	p=0,000*

t: Bağımsız Örneklem t Testi, Z: Mann Whitney U Testi, * $p<0,05$

Katılımcıların hastalık evrelerine göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği puanları değerlendirilmiştir (Tablo 15). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların Çaresizlik/Ümitsizlik alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması hastalık tanı evresinde olanlarda 12,20 $\pm$ 5,04, hastalık tedavi sonrası evrede olanlarda 8,72 $\pm$ 3,42 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların hastalık evrelerine göre Çaresizlik/Ümitsizlik alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-3,864; $p<0,05$). Hastalığın erken evresinde olanların Çaresizlik/Ümitsizlik alt boyutu puanlarının remisyonda olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Endişeli Bekleyiş alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması hastalık tanı evresinde olanlarda 28,34 $\pm$ 4,33, hastalık tedavi sonrası evrede olanlarda 22,02 $\pm$ 4,91 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların hastalık evrelerine göre Endişeli Bekleyiş alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-6,012; $p<0,05$). Hastalığın erken evresinde olanların Endişeli Bekleyiş alt boyutu puanlarının remisyonda olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların İnkâr/Kaçınma alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması hastalık tanı evresinde olanlarda $2,79 \pm 1,14$, hastalık tedavi sonrası evrede olanlarda $1,69 \pm 0,89$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların hastalık evrelerine göre İnkâr/Kaçınma alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($Z=-4,922$; $p<0,05$). Hastalığın erken evresinde olanların İnkâr/Kaçınma alt boyutu puanlarının remisyonda olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Kadercilik alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması hastalık tanı evresinde olanlarda $22,20 \pm 3,42$, hastalık tedavi sonrası evrede olanlarda $16,31 \pm 4,36$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların hastalık evrelerine göre Kadercilik alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($Z=-6,725$; $p<0,05$). Hastalığın erken evresinde olanların Kadercilik alt boyutu puanlarının remisyonda olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Kansere Tepki Tarzları Ölçeği'nin toplamından aldıkları puanların ortalaması hastalık tanı evresinde olanlarda $115,04 \pm 11,13$, hastalık tedavi sonrası evrede olanlarda $98,89 \pm 14,10$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların hastalık evrelerine göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($Z=-6,116$; $p<0,05$). Hastalığın erken evresinde olanların Kansere Tepki Tarzları Ölçeği toplam puanlarının remisyonda olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 16

Katılımcıların Hastalık Hakkında Yeterli Düzeyde Bilgilenmelerine Göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Puanları

	Hastalık Hakkında Yeterli Bilgilenme	N	X ± SS	M (Min - Max)	İstatistik
Çaresizlik/Ümitsizlik	Evet	103	$10,42 \pm 4,63$	9,0 (6 - 23)	$Z=-0,800$
	Hayır	7	$11,57 \pm 5,00$	10,0 (6 - 21)	$p=0,424$
Endişeli Bekleyiş	Evet	103	$25,02 \pm 5,62$	26,0 (12 - 35)	$Z=-1,564$
	Hayır	7	$28,43 \pm 4,24$	29,0 (22 - 33)	$p=0,118$
İnkâr/Kaçınma	Evet	103	$2,22 \pm 1,15$	2,0 (1 - 4)	$Z=-0,683$
	Hayır	7	$2,57 \pm 1,40$	2,0 (1 - 4)	$p=0,495$
Kadercilik	Evet	103	$19,19 \pm 4,82$	20,0 (10 - 28)	$Z=-0,387$
	Hayır	7	$21,00 \pm 5,89$	20,0 (14 - 32)	$p=0,699$
Mücadeleci Ruh	Evet	103	$49,75 \pm 9,01$	51,0 (19 - 64)	$Z=-0,270$
	Hayır	7	$51,00 \pm 6,43$	52,0 (39 - 59)	$p=0,787$
Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Toplam	Evet	103	$106,60 \pm 14,77$	109,0 (54 - 137)	$Z=-0,998$
	Hayır	7	$114,57 \pm 17,52$	111,0 (95 - 146)	$p=0,318$

Mann Whitney U Testi

Katılımcıların hastalık hakkında yeterli düzeyde bilgilenmelerine göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği puanları değerlendirilmiştir (Tablo 16). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların hastalık hakkında yeterli düzeyde bilgilenmelerine göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17

Katılımcıların Eşlik Eden Psikolojik Rahatsızlık Varlığına Göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Puanları

	Psikolojik Rahatsızlık	N	X ± SS	M (Min - Max)	İstatistik
Çaresizlik/Ümitsizlik	Var	11	9,18 ± 3,40	8,0 (6 - 16)	Z=-0,691
	Yok	99	10,64 ± 4,75	9,0 (6 - 23)	p=0,489
Endişeli Bekleyiş	Var	11	22,09 ± 7,15	23,0 (12 - 32)	Z=-1,557
	Yok	99	25,59 ± 5,32	26,0 (14 - 35)	p=0,119
İnkâr/Kaçınma	Var	11	1,82 ± 1,17	1,0 (1 - 4)	Z=-1,392
	Yok	99	2,29 ± 1,15	2,0 (1 - 4)	p=0,164
Kadercilik	Var	11	17,18 ± 4,40	19,0 (10 - 23)	Z=-1,710
	Yok	99	19,55 ± 4,90	21,0 (10 - 32)	p=0,087
Mücadeleci Ruh	Var	11	48,18 ± 11,03	50,0 (19 - 61)	Z=-0,404
	Yok	99	50,01 ± 8,62	51,0 (27 - 64)	p=0,686
Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Toplam	Var	11	98,45 ± 17,96	99,0 (54 - 122)	Z=-1,510
	Yok	99	108,07 ± 14,42	110,0 (66 - 146)	p=0,131

Mann Whitney U Testi

Katılımcıların psikolojik rahatsızlık bulunmasına göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği puanları değerlendirilmiştir (Tablo 17). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların psikolojik rahatsızlık bulunmasına göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18

Katılımcıların Eşlik Eden Kronik Hastalık Varlığına Göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Puanları

	Kronik Hastalık	N	X ± SS	M (Min - Max)	İstatistik
Çaresizlik/Ümitsizlik	Var	19	9,42 ± 4,49	8,0 (6 - 20)	Z=-1,214
	Yok	91	10,71 ± 4,66	9,0 (6 - 23)	p=0,225
Endişeli Bekleyiş	Var	19	22,89 ± 6,29	22,0 (12 - 35)	Z=-1,937
	Yok	91	25,73 ± 5,34	27,0 (13 - 35)	p=0,053
İnkâr/Kaçınma	Var	19	1,95 ± 1,03	2,0 (1 - 4)	Z=-1,167
	Yok	91	2,31 ± 1,18	2,0 (1 - 4)	p=0,243
Kadercilik	Var	19	18,53 ± 4,87	20,0 (10 - 26)	Z=-0,726
	Yok	91	19,47 ± 4,90	20,0 (10 - 32)	p=0,468
Mücadeleci Ruh	Var	19	47,58 ± 11,43	48,0 (19 - 61)	Z=-0,649
	Yok	91	50,30 ± 8,21	51,0 (27 - 64)	p=0,516
Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Toplam	Var	19	100,37 ± 17,93	99,0 (54 - 122)	Z=-1,551
	Yok	91	108,52 ± 14,02	111,0 (77 - 146)	p=0,121

Mann Whitney U Testi

Katılımcıların kronik hastalık bulunmasına göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği puanları değerlendirilmiştir (Tablo 18). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların kronik hastalık bulunmasına göre Kansere Tepki Tarzları Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 19

Katılımcıların Yaşlarına Göre Yaygın Anksiyete Ölçeği Puanları

	Yaş	N	X ± SS	M (Min - Max)	İstatistik
Yaygın Anksiyete Ölçeği	45 Altı	52	1401,15 ± 366,50	1432,5 (448 - 2253)	t=-0,977
	45 ve Üstü	58	1475,91 ± 428,92	1543,8 (358 - 2175)	p=0,331

Bağımsız Örneklem t Testi

Katılımcıların yaşlarına göre Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları değerlendirilmiştir (Tablo 19). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların yaşlarına göre Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 20

Katılımcıların Yaşadıkları Yerlere Göre Yaygın Anksiyete Ölçeği Puanları

	Yaşanılan Yer	N	X ± SS	M (Min - Max)	İstatistik
Yaygın Anksiyete Ölçeği	Büyükşehir (1)	52	1355,05 ± 432,92	1360,0 (358 - 2088)	KW=8,341
	Şehir (2)	53	1555,14 ± 326,91	1587,5 (518 - 2253)	p=0,015*
	İlçe (3)	5	1115,50 ± 438,77	1360,0 (370 - 1418)	1<2, 2>3 ^a

*Kruskal Wallis H Testi, *p<0,05, a: Bonferroni Posthoc Testi*

Katılımcıların yaşadıkları yere göre Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları değerlendirilmiştir (Tablo 20). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların Yaygın Anksiyete Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalaması büyükşehirde yaşayanlarda 1355,05 ± 432,92, şehirde yaşayanlarda 1555,14 ± 326,91 ve ilçede yaşayanlarda 1115,50 ± 438,77 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların yaşadıkları yere göre Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=8,341; $p<0,05$). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; şehirde yaşayanların Yaygın Anksiyete Ölçeği puanlarının büyükşehir ve ilçede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 21**Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Yaygın Anksiyete Ölçeği Puanları**

	Eğitim Düzeyi	N	X ± SS	M (Min - Max)	İstatistik
Yaygın Anksiyete Ölçeği	İlkokul	11	1530,68 ± 280,21	1515,0 (1050 - 2175)	KW=5,215 p=0,266
	Lise	30	1326,50 ± 448,28	1447,5 (358 - 2075)	
	Lisans	44	1418,75 ± 371,11	1403,8 (448 - 2033)	
	Yükseklisans	21	1562,50 ± 432,52	1590,0 (538 - 2253)	
	Doktora	4	1648,13 ± 275,85	1706,3 (1263 - 1918)	

Kruskal Wallis H Testi

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları değerlendirilmiştir (Tablo 21). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların eğitim düzeylerine göre Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 22**Katılımcıların Çalışma Durumlarına Göre Yaygın Anksiyete Ölçeği Puanları**

	Çalışma Durumu	N	X ± SS	M (Min - Max)	İstatistik
Yaygın Anksiyete Ölçeği	Çalışıyor	60	1438,79 ± 425,12	1516,3 (358 - 2253)	KW=0,320 p=0,852
	Çalışmıyor	44	1429,15 ± 374,40	1433,8 (370 - 2175)	
	Emekli	6	1542,08 ± 382,59	1521,3 (1030 - 2055)	

Kruskal Wallis H Testi

Katılımcıların çalışma durumlarına göre Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları değerlendirilmiştir (Tablo 23). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların çalışma durumlarına göre Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 23**Katılımcıların Hastalık Evrelerine Göre Yaygın Anksiyete Ölçeği Puanları**

	Hastalık Evresi	N	X ± SS	M (Min - Max)	İstatistik
Yaygın Anksiyete Ölçeği	Tanı Evresi	56	1591,12 ± 282,62	1588,8 (1020 - 2253)	t=4,328 p=0,000*
	Tedavi Sonrası	54	1284,44 ± 445,34	1357,5 (358 - 2075)	

*Bağımsız Örneklem t Testi, *p<0,05*

Katılımcıların hastalık evrelerine göre Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları değerlendirilmiştir (Tablo 23). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların Yaygın Anksiyete Ölçeği aldıkları puanların ortalaması hastalık tanı evresinde olanlarda $1591,12 \pm 282,62$, hastalık tedavi sonrası evrede olanlarda $1284,44 \pm 445,34$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların hastalık evrelerine göre Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=4,328$; $p<0,05$). Hastalığın erken evresinde olanların Yaygın Anksiyete Ölçeği puanlarının remisyonda olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 24

Katılımcıların Hastalık Hakkında Yeterli Düzeyde Bilgilenmelerine Göre Yaygın Anksiyete Ölçeği Puanları

	Hastalık Hakkında Yeterli Düzeyde Bilgilenme	N	X $\pm$ SS	M (Min - Max)	İstatistik
Yaygın Anksiyete Ölçeği	Evet	103	1433,93 $\pm$ 408,83	1447,5 (358 - 2253)	Z=-0,820
	Hayır	7	1538,21 $\pm$ 248,33	1665,0 (1103 - 1823)	p=0,412

Mann Whitney U Testi

Katılımcıların hastalık hakkında yeterli düzeyde bilgilenmelerine göre Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları değerlendirilmiştir (Tablo 24). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların hastalık hakkında yeterli düzeyde bilgilenmelerine göre Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 25

Katılımcıların Eşlik Eden Psikolojik Rahatsızlık Varlığına Göre Yaygın Anksiyete Ölçeği Puanları

	Psikolojik Rahatsızlık	N	X $\pm$ SS	M (Min - Max)	İstatistik
Yaygın Anksiyete Ölçeği	Var	11	1357,95 $\pm$ 354,61	1385,0 (420 - 1758)	Z=-0,777
	Yok	99	1449,75 $\pm$ 405,94	1537,5 (358 - 2253)	p=0,437

Mann Whitney U Testi

Katılımcıların psikolojik rahatsızlık bulunmasına göre Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları değerlendirilmiştir (Tablo 25). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların psikolojik rahatsızlık bulunmasına göre Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 26**Katılımcıların Eşlik Eden Kronik Hastalık Varlığına Göre Yaygın Anksiyete Ölçeği Puanları**

	Kronik Hastalık	N	X ± SS	M (Min - Max)	İstatistik
Yaygın Anksiyete Ölçeği	Var	19	1266,45 ± 421,69	1385,0 (420 - 1838)	Z=-1,799
	Yok	91	1476,92 ± 388,63	1540,0 (358 - 2253)	p=0,072

Mann Whitney U Testi

Katılımcıların kronik hastalık bulunmasına göre Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları değerlendirilmiştir (Tablo 26). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların kronik hastalık bulunmasına göre Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 27**Katılımcıların Yaygın Anksiyete Ölçeği Puanları ile Üst Biliş Ölçeği ve Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki**

	Yaygın Anksiyete Ölçeği	
	r	p
Üst Biliş Ölçeği		
Olumlu İnançlar	0,218	0,022*
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	0,471	0,000*
Bilişsel Güven	0,003	0,978
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	0,163	0,088
Bilişsel Farkındalık	0,450	0,000*
Üst Biliş Ölçeği Toplam	0,375	0,000*
Kansere Tepki Tarzları Ölçeği		
Çaresizlik/Ümitsizlik	0,218	0,022*
Endişeli Bekleyiş	0,478	0,000*
İnkar/Kaçınma	0,332	0,000*
Kadercilik	0,393	0,000*
Mücadeleci Ruh	0,128	0,182
Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Toplam	0,480	0,000*

*Spearman's Korelasyon, * $p<0,05$*

Katılımcıların Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları ile Üst Biliş Ölçeği ve Kansere Tepki Tarzları Ölçeği puanları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir (Tablo 27). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları ile Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutu ($r=0,471$) ve Bilişsel Farkındalık alt boyutu ($r=0,450$) puanları arasında pozitif yönlü orta düzey ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Katılımcıların Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları ile Olumlu İnançlar alt boyutu ($r=0,218$) ve Üst Biliş Ölçeği toplam ($r=0,375$) puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzey ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcıların Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları ile Endişeli Bekleyiş alt boyutu ($r=0,478$) ve Kansere Tepki Tarzları Ölçeği toplam ($r=0,480$) puanları arasında pozitif yönlü orta düzey ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). Katılımcıların Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları ile Çaresizlik/Ümitsizlik alt boyutu ($r=0,218$), İnkâr/Kaçınma ($r=0,332$) ve Kadercilik alt boyutu ($r=0,393$) puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzey ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 28

Katılımcıların Üst Biliş Ölçeği Puanları ile Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

	Kansere Tepki Tarzları Ölçeği											
	Çaresizlik/ Ümitsizlik		Endişeli Bekleyiş		İnkâr/ Kaçınma		Kadercilik		Mücadeleci Ruh		Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Toplam	
Üst Biliş Ölçeği	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Olumlu İnançlar	0,220	0,021*	0,211	0,027*	0,106	0,272	0,118	0,221	-0,039	0,683	0,179	0,061
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	0,276	0,004*	0,635	0,000*	0,527	0,000*	0,552	0,000*	0,117	0,225	0,656	0,000*
Bilişsel Güven	0,293	0,002*	0,026	0,784	0,180	0,059	0,200	0,036*	-0,320	0,001*	0,030	0,758
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	0,238	0,012*	0,247	0,009*	0,239	0,012*	0,233	0,014*	-0,063	0,516	0,271	0,004*
Bilişsel Farkındalık	0,045	0,638	0,575	0,000*	0,240	0,012*	0,349	0,000*	0,431	0,000*	0,656	0,000*
Üst Biliş Ölçeği Toplam	0,322	0,001*	0,540	0,000*	0,407	0,000*	0,462	0,000*	0,045	0,640	0,563	0,000*

*Spearman's Korelasyon, * $p<0,05$*

Katılımcıların Üst Biliş Ölçeği puanları ile Kansere Tepki Tarzları Ölçeği puanları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir (Tablo 28). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların Kansere Tepki Tarzları Ölçeği'nin Çaresizlik/Ümitsizlik alt boyutu puanları ile Üst Biliş Ölçeği'nin Olumlu İnançlar alt boyutu ($r=0,220$), Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutu ($r=0,276$), Bilişsel Güven alt boyutu ($r=0,293$), Kontrol Edilmezlik ve Tehlike alt boyutu ($r=0,238$) ve Üst Biliş Ölçeği toplam ($r=0,322$) puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzey ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Katılımcıların Kansere Tepki Tarzları Ölçeği'nin Endişeli Bekleyiş alt boyutu puanları ile Üst Biliş Ölçeği'nin Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutu puanları arasında pozitif yönlü yüksek düzey ilişki bulunmuştur ($r=0,635$; $p<0,05$). Katılımcıların Kansere Tepki Tarzları Ölçeği'nin Endişeli Bekleyiş alt boyutu puanları ile Üst Biliş Ölçeği'nin Bilişsel Farkındalık

alt boyutu ($r=0,575$) ve Üst Biliş Ölçeği toplam ($r=0,540$) puanları arasında pozitif yönlü orta düzey ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). Katılımcıların Kansere Tepki Tarzları Ölçeği'nin Endişeli Bekleyiş alt boyutu puanları ile Üst Biliş Ölçeği'nin Olumlu İnançlar alt boyutu ($r=0,211$) ve Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutu ($r=0,247$) puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzey ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcıların Kansere Tepki Tarzları Ölçeği'nin İnkâr/Kaçınma alt boyutu puanları ile Üst Biliş Ölçeği'nin Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutu ($r=0,527$) ve Üst Biliş Ölçeği toplam ($r=0,407$) puanları arasında pozitif yönlü orta düzey ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). Katılımcıların Kansere Tepki Tarzları Ölçeği'nin İnkâr/Kaçınma alt boyutu puanları ile Üst Biliş Ölçeği'nin Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutu ($r=0,239$) ve Bilişsel Farkındalık alt boyutu ($r=0,240$) puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzey ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Katılımcıların Kansere Tepki Tarzları Ölçeği'nin Kadercilik alt boyutu puanları ile Üst Biliş Ölçeği'nin Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutu ($r=0,552$) ve Üst Biliş Ölçeği toplam ($r=0,462$) puanları arasında pozitif yönlü orta düzey ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). Katılımcıların Kansere Tepki Tarzları Ölçeği'nin Kadercilik alt boyutu puanları ile Üst Biliş Ölçeği'nin Bilişsel Güven alt boyutu ($r=0,200$), Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutu ($r=0,233$) ve Bilişsel Farkındalık alt boyutu ($r=0,349$) puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzey ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcıların Kansere Tepki Tarzları Ölçeği'nin Mücadeleci Ruh alt boyutu puanları ile Üst Biliş Ölçeği'nin Bilişsel Farkındalık alt boyutu puanları arasında pozitif yönlü orta düzey ilişki belirlenmiştir ($r=0,431$; $p<0,05$). Katılımcıların Kansere Tepki Tarzları Ölçeği'nin Mücadeleci Ruh alt boyutu puanları ile Üst Biliş Ölçeği'nin Bilişsel Güven alt boyutu puanları arasında negatif yönlü zayıf düzey ilişki bulunmuştur ($r=-0,320$; $p<0,05$).

Katılımcıların Kansere Tepki Tarzları Ölçeği toplam puanları ile Üst Biliş Ölçeği'nin Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutu ($r=0,656$) ve Bilişsel Farkındalık alt boyutu ($r=0,656$) puanları arasında pozitif yönlü yüksek düzey ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Katılımcıların Kansere Tepki Tarzları Ölçeği toplam puanları ile Üst Biliş Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönlü orta düzey ilişki bulunmuştur ($r=0,563$; $p<0,05$). Katılımcıların Kansere Tepki Tarzları Ölçeği toplam puanları ile Üst Biliş Ölçeği'nin Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutu puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzey ilişki saptanmıştır ($r=0,271$; $p<0,05$).

BÖLÜM 4: TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde ulaşılan bulguların literatür ile ele alınmış tartışmaları bulunmaktadır.

4.1. Hastalığın Evresi ve Sosyo-demografik Değişkenlere Göre Üst Biliş Ölçeği, Kansere Tepki Tarzı Ölçeği ve Yaygın Anksiyete Ölçeğinden Alınan Puanların Farklılaşmasına Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi

Yapılan çalışmalar sosyo- demografik farklılıklara bağlı olarak kadınların kansere tepki tarzlarında, metakognitif inançlarında ve anksiyete düzeylerinde değişiklikler gözlemlendiğini vurgulamaktadır (Tünel ve ark., 2012: 189; Epping-Jordan ve ark., 1999; Baider ve ark., 2003) Benzer şekilde araştırma bulguları sonucunda katılımcıların yaşı, çalışma durumları, hastalığın evresi, hastalık hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olduğunu düşünme gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak kişilerin kansere tepki tarzlarında, üst bilişsel inançlarındaki artış ve azalmalarda ve anksiyete düzeylerinde bazı farklılaşmalar tespit edilmiştir.

Araştırmanın hipotezleri en temelde, 23-65 yaş aralığında bulunan, meme kanserinin erken evre tanı ve remisyon dönemlerinden geçen kadınların kaygı düzeylerini tespit etmek, düzeylerdeki benzerlik ve farklılıkları incelemek ve üst bilişsel inançlar ve kansere tepki tarzlarının bu çeşitlilik üzerindeki etkisini anlamaya yönelik ilişkiler saptamak üzerine tasarlanmıştır. Bu bakımdan gönüllü kadın katılımcıların meme kanserinin hangi döneminde bulundukları araştırmada kritik bir değişken olarak belirlenmiştir.

Bugüne değin alanda yapılan araştırmaların istatistiki verileri meme kanseri süresince kadınlarda en sık rastlanılan ruh sağlığı problemlerinin depresyon ve anksiyete olduğunu göstermiştir. (Tünel ve ark., 2012: 189; Lueboonthavatchai, 2007; İzci ve ark., 2016: 94) Araştırma sonucunda elde edilen veriler, otaya konan bu bulguyu tamamiyle desteklemiştir. Katılımcılar, içinde bulundukları hastalık evresi fark etmeksizin meme kanseri tanısı ve sonrasında en fazla anksiyete ve depresyon tanısı aldıklarını veya herhangi bir tanı almamış olsalar dahi sıklıkla kaygılı ve depresif semptomlar deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Hastalığın iki dönemi için de geçerli olan bu ortak bulgunun yanında bir başka önemli bulgu hastalığın erken evresinde bulunanların Üst Biliş Ölçeği, Kansere Tepki Tarzları Ölçeği ve Yaygın Anksiyete Ölçeği toplam puanlarının remisyonda olanlara göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu sonuca göre meme kanserinin erken evresinde tanı almış kişilerin patolojik üst bilişsel aktiviteleri ve genel kaygı seviyeleri remisyon döneminden geçen kadınlara kıyasla

daha fazla bulunmuştur. Ölçeklerden alınan puanlara göre toplanan veriler detaylıca incelendiğinde tanı evresinde bulunan kadınların düşüncelerini kontrol ihtiyacı ve ilişkili olarak bilişsel aktivitelerine yönelik farkındalıkları hastalıktan iyileşmiş kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Destekleyen şekilde araştırma sırasında hastalığın erken evresinde bulunan bazı katılımcılarda suicidal risk tespit edilmiş, psikiyatri yönlendirmesi yapılmıştır.

Üst bilişsel aktivite değişikliklerinin yanı sıra meme kanserinin farklı dönemlerinde kişilerin çeşitli faktörlerin etkisiyle kanseri karşılayış tarzlarında ve baş etme şekillerinde farklılıklar olduğu gözlemlenmiştir (Balcı ve Şener, 2022: 347; Aksan ve Gizir, 2019: 643). Araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda tanı evresindeki kişilerin Mücadelecilik alt boyutu hariç diğer tüm alt boyutlardan remisyon döneminden geçen kadınlara oranla daha yüksek puan aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç, araştırmaya dahil olan ve hastalığın tanı evresinde bulunan katılımcıların hastalığa tepki tarzlarının büyük çoğunlukta çaresizlik/ümitsizlik, inkâr/kaçınma, endişeli bekleyiş halinde ve kaderci olduğunu göstermiştir. Araştırma boyunca hastalığın tanı evresinde bulunan kadınların sıkça kullandığı tespit edilen bu strateji ve kansere tepki tarzları literatürde duygu odaklı ve kişiye süreç boyunca pek de yardımcı olmayan baş etme şekilleri olarak geçmektedir (Aksan ve Gizir: 2019, 641). Daha önce yapılan çalışmaların bulguları hastalık hakkında böylesi tutumlarda olmanın baş etme stillerini, tedavi uyumunu ve genel manada psikolojik iyilik halini işlevsel olmayan şekillerde etkilediğini göstermektedir (Alçalar, 2018). Ek olarak kişilerin kaygı ve depresyon düzeyleri ile hastalık temsilleri ve başa çıkma biçimleri arasında kuvvetli ilişkiler bulunmaktadır (Aydoğan ve ark., 2012; Karabulutlu ve ark., 2010; Knowles ve ark., 2011; Saniah ve Zainal, 2010; Wang ve ark., 2012). Belirtilen bu çerçevede kanser hastalığında evre fark etmeksizin hastalığa yönelik tutum ve baş etme stratejilerinin inceleniyor olmasının önemi bir kez daha pekişmiştir.

Kanser hastalığıyla birlikte ortaya çıkan ve/veya yerleşik hale gelen anksiyete ve majör depresyon gibi ruh sağlığı problemlerinin yanı sıra süreç içerisinde kadınların özellikle meme kaybı veya deformasyonuna bağlı, beden görüntüsüne ilişkin sıkıntılar, sosyal, cinsel ve ilişki problemler yaşayabildiği de bilinenler arasındadır (Arıkan, 2000: 43, Barni ve Mondin, 1979 Akyolcu, 2008: 77). Araştırmaya partner ve çift ilişkileri gibi değişkenlerin dahil edilmemesi dolayısıyla bu bulguyu doğrulayan ya da karşı çıkan doğrudan herhangi bir bilgiye ulaşılamamıştır. Buna karşın araştırma sırasında yapılan gözlemler daha önceki çalışmaların sonuçlarını destekler niteliktedir. Kanser tedavileri sırasında memelerinden bir veya ikisi alınan kadınların iyileşme dönemlerinde dahi bu değişime ilişkin birtakım psikolojik zorlanmalar,

depresif semptomlar ifade ettikleri gözlemlenmiştir. Oldukça travmatize edici olabilen bedensel değişimlerin kişilerin kadınlık ve benlik algısında bozulmalara yol açabildiği, cinsel yaşamlarını olumsuz yönde etkileyebildiği açıkça görünenler arasındadır (Al- Ghazal, Fallowfield ve Blamey, 2000; Campbell-Enns ve Woodgate, 2015). Araştırma sırasında yazılı olarak ifade edilen veya tanısı konulan ilişkisel ve cinsel yaşantıda yaşanan olumsuz etkilere dönük herhangi bir veriye ulaşılamasa da sözlü ifadeler bunun tam tersini göstermektedir. Ortaya çıkan bu zıtlığın kültürel ve bireysel değişkenler sebebiyle yaşanabileceği düşünülmektedir. Kişilerin kendilerini güvende hissettiği, baskı ve yargılardan uzak profesyonel bir ortamda göz yapılan detaylı psikolojik değerlendirmeler ile çelişkilerin ortadan kalkabileceği düşünülmektedir. Araştırmanın bu aşamasında meme kanserinin tüm dönemlerinde ortaya çıkan çeşitli ruh sağlığı problemlerinin araştırılması hususunda çift ve partner ilişkilerinin göz önünden bulunduruluyor olmasının önemi bir kez daha gün yüzüne çıkmıştır.

Kişilerin yaşadıkları ortamdan doğrudan veya dolaylı yollardan biyolojik ve ruhsal olarak etkilendikleri bilinmektedir. Jemal ve ark.,2006: 51; Özmen, 2008: 7; Kanmaz, 2019: 8; Bollinger, 2018: 123) Bu bilgi doğrultusunda araştırmada kişilerin yaşadıkları yerler de göz önünde bulundurulmuştur. Meme kanseri erken evrede tanı almış ve araştırmaya dahil edilen 56 katılımcıdan 50'si Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi onkoloji servisine başvuran kadınlardan oluşmaktadır dolayısıyla bu kişiler ağırlıklı olarak Muğla ve çevresinde bulunan illerde yaşamlarını sürdürdüklerini belirtmişlerdir. Bu gruptaki verilerin şehir yaşamı süren katılımcılardan gelmesi ve bu katılımcıların belirtildiği üzere meme kanseri erken evre tanısı alan kadınlar olması dolayısıyla hastalığın evresi değişkeni ile yaşanan yer değişkeninin bulguları paralel şekilde ilerlemiştir. Bu çerçevede, şehirde yaşayan kadınların da Üst Biliş Ölçeği, Kansere Tepki Tarzı Ölçeği ve Yaygın Anksiyete Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar büyükşehir ve ilçede yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Verilerin büyük çoğunluğunun belirli bir yerden toplanması dolayısıyla kanser sürecinde değişim gösteren üst bilişsel inançlar, kansere yönelik tepki tarzları ve deneyimlenen anksiyete kişilerin yaşadıkları yerlerle bağlantılı olarak objektif bir biçimde ilişkilenebilmiştir. Araştırmaya dahil edilen katılımcıların homojen bir şekilde dağılması durumunda bu sorunun ortadan kalkabileceği düşünülmektedir.

Yaş, meme kanseri tanısı almış ve meme kanserinden iyileşmiş kadınların kansere tepki tarzları, üst bilişsel inançları ve genel manada hastalıkla birlikte ortaya çıkan ve/veya şiddetlenen anksiyete semptomları üzerinde etkili bulunmuş öncelikli değişkenlerden biri

olarak belirlenmiştir (Compas ve ark., 1999). Kişiler yaşlarıyla ilişkili olarak hastalığın farklı dönemlerinde farklı şiddetler zihinsel süreçler deneyimleyebildikleri, kanseri karşılayış ve algılayış tarzlarında değişimler olabildiği ve yaşadıkları psikolojik zorlanmaların çeşitlenebildiği bilinmektedir. Yaşla ilişkili olarak ortaya çıkan ve farklılaşan üst bilişsel inançların, başa çıkma ve hastalık algılarının psikososyal müdahalelerde ele alınmak üzere hedeflenebilecek önemli bir nokta olabileceği çalışmalarca öne sürülmektedir (Gibbons, Groarke ve Sweeney, 2016; Groarke, Curtis ve Kerin, 2013; Lashbrook ve ark., 2018; Wang ve ark., 2014; Boyes ve ark., 2011). Araştırma boyunca yapılan gözlemler ve ortaya konan bulgular doğrultusunda bu görüş tamamıyla desteklenmektedir. Kişilerin içinde bulundukları yaşamsal dönem, psikolojik müdahaleler sırasında göz önünde bulundurulması gereken önemli bir değişken olarak kabul edilmektedir.

Bu zamana kadar yapılan çalışmalar özellikle genç yaşta meme kanserine yakalanan kadınların genel manada yaşam kalitelerini daha düşük seviyelerde değerlendirdiklerini; depresyon ve anksiyete gibi semptomları sık deneyimlediklerini göstermiştir (Epping-Jordan ve ark., 1999; Baider ve ark., 2003; Baider ve ark., 2003; Mosher ve Danoff-Burg, 2005; Sertöz ve ark., 2004). Genç yaşta meme kanseri tanısı alan ve/veya meme kanseri atlatmış kadınlarda yaşça büyük kadınlara kıyasla sürece daha az uyumlu ve işlevsiz baş etme stilleri gözlemlenebilmektedir (Campbell-Enns ve Woodgate, 2015). Belirsizlik, eşlik eden gelecek ve beden görüntüsüne yönelik kaygı, ilişkisel ve ekonomik süreçler hakkında endişe ve sürekli olası felaket senaryolarını düşünme gibi durumlar bu durumun olası nedenleri olarak gösterilmiştir. Bahsedilen bulgular doğrultusunda genç ve yaşça büyük kadınlar arasında gözlemlenebileceği düşünülen olası farklılıkları yakından takip etmek adına araştırmada yaş, 45 altı ve 45 ve üstü yaş olarak iki gruba ayrılarak incelenmiştir. En temelde kişilerin yaşları ve anksiyete düzeyleri arasında doğrudan anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Öte yandan araştırma sonucunda 45 yaş ve üstü yaş grubunda bulunan kadın katılımcıların Üst Biliş Ölçeği toplam puanları 45 altı yaş grubuna oranla yüksek çıkmıştır. Bu sonuç araştırmaya katılan yaşça büyük kadınlarla patolojik üst bilişsel aktivite seviyesinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ek olarak 45 yaş ve üstü katılımcıların bilişsel güven puanlarının daha fazla çıkması yaşça büyük kadınların bilişlerine daha az güvendikleri anlamına gelmektedir. Son bulguya karşın, bu araştırma özelinde yaşça büyük kadın katılımcılarda genç kadınlara kıyasla psikolojik zorlanma yaşanma olasılığının daha kuvvetli olabileceğini söylemek mümkündür. Yaşça büyük kadınların Üst Biliş Ölçeği'nin Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyut puanlarının 45 yaş altı gruba göre anlamlı derecede yüksek olması ve 45 yaş ve üstü katılımcıların Kansere Tepki

Tarzı Ölçeği'nin Kadercilik alt boyutundan aldıkları puanların 45 altı yaş grubuna göre yüksek çıkması bu ihtimali destekleyen bulgular arasında kabul edilmektedir. Görüldüğü üzere elde edilen veriler doğrultusunda yaşla ilişkili olarak ortaya konan bulgular daha önce yapılan çalışmalarla görece ters düşmektedir. Ortaya konan bu zıtlığın olası nedenleri üzerine daha detaylı incelemeler yapmak gerekmektedir.

Meme kanseri süresince genel manada psikososyal uyumu etkileyen olası faktörler geçmiş çalışmalarda çokça araştırılmıştır. Yaş ve hastalığın evresi dışında, çocuk sayısı, aile düzeni ve meslek ve ekonomik durum gibi faktörler göz önünde bulundurularak da bazı sonuçlara ulaşılmıştır. Araştırma bulguları genel değerlendirmede tek çocuk sahibi olan, görece bireysel bir hayat süren, gelir düzeyi düşük ve kanserin henüz yeni tanı alma döneminde bulunan kişilerin psikososyal uyumlarını düşük; eğitim düzeyi yüksek ve emeklilik döneminde olan kişilerinkinin ise yüksek seviyelerde olduğu işaret etmiştir (Çam, Saka ve Gümüş, 2009: 73). Araştırmada partner bilgisi, çocuk sayısı ve sosyal etkileşim süre ve niteliklerine yer verilmemesi dolayısıyla bu anlamda destekleyici ve/veya karşı çıkan bir bulguya ulaşılamamıştır. Buna karşın araştırmada, kadınların eğitim düzeyi ve çalışma durumlarının üst bilişsel aktivite, kansere tepki tarzı ve genel manada anksiyete düzeylerine ilişkin olası etkileri incelenmiştir.

Araştırma sonucunda çalışan kadınların çalışmayan katılımcılara kıyasla Üst Biliş Ölçeği'nin Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutundan daha düşük puan almış olmaları meme kanseri süresince veya remisyon döneminde çalışma hayatına katılmayan kadınlarda “Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım endişe verici düşüncelerim devam eder.” ve/veya “Endişelenmem benim için tehlikelidir.” gibi kendini kısıtlama, endişeli düşünceler konusunda kontrolsüz hissetme ve zorundallığa dönük üst bilişsel inançlara çalışan kadınlara göre daha sık rastlanıldığını anlamına gelmektedir. Araştırma bulguları iki grup arasındaki bu üst bilişsel farkın kişilerdeki anksiyete seviyeleri ve kansere tepki tarzları üzerinde doğrudan bir değişim yaratmadığını vurgulamaktadır. Buna karşın üst bilişsel aktivitedeki bu fark, kanser tedavisi süresince ve remisyon döneminde hayata aktif katılıyor, iş yaşamını sürdürüyor olmanın, ruminasyon süreleri, süreç boyunca deneyimlenen kaygı, depresif belirtiler, gerginlik, uykusuzluk, kendine dönük eleştiri gibi psikolojik ve bedensel olarak sıkıntı verici durumların şiddetinde değişiklikler yaratabileceğini düşündürmektedir.

Araştırma sırasında eğitim düzeyine bağlı olarak da kadınların üst biliş ölçeği puanlarında ve kansere tepki tarzlarında bazı değişiklikler olduğu belirlenmiştir. Ölçeklerden

alınan puanlar doğrultusunda ilkokul mezunlarının doktora mezunlarına kıyasla belleklerine daha az güvendikleri; lisans ve yüksek lisans mezunlarına göre hastalığı daha kaderci bir boyutta karşıladığı gözlemlenmiştir. Lisans ve doktora mezunlarının ise lise mezunlarına kıyasla hastalığı daha fazla mücadeleci bir ruhla karşıladığı sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların anksiyete seviyeleri ve eğitim düzeyleri arasında doğrudan kuvvetli bir ilişki bulunmasa da yukarıda sıralanan ayırıcı bulgular daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarını destekler şekilde eğitim düzeyi yüksek kişilerin psikososyal uyumunun eğitim düzeyi düşük kişilere göre daha yüksek olabileceğinin olası olduğu göstermektedir.

Alınan tıbbi tedaviden memnuniyet ve hastalık hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olduğunu düşünme halinin meme kanserinin farklı evrelerinde bulunan kadınların hastalık algılarını, üst bilişsel inançlarını ve kaygı düzeylerini etkileyebileceği düşünülmüş, bu nedenle araştırmaya dahil edilmiştir. Bugüne değin yapılan tüm çalışmalarda kişinin hastalık süresince aldığı tıbbi tedaviden memnuniyetinin hastalığa ve tedaviye işlevsel şekilde uyumlanmada büyük oranda yardımcı, kritik bir faktör olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde kişinin hastalık ve süreç hakkında yeterli düzeyde bilgilendiriliyor ve sürece aktif katılım sağlıyor olmasının hastalığın dönemi fark etmeksizin genel manada psikososyal uyuma olumlu etki ettiği saptanmıştır (Turgut ve ark., 2009: 92). İsmen dahi korku uyandırabilen, ölümü çağrıştıran, endişe verici olabilen ve içinde kendine ve kişiye özel süreçler bulunduran kanser hastalığının yeterli ölçüde ne olduğunu anlamak ve şimdi ne olacağına dair fikir sahibi olmak psikolojik sağlamlık bakımından önemli bulunmuştur (Babayiğit, 2023: 260). Şaşırtıcı olmayan bir biçimde kişiler doktorlarına güvendikçe, içinden geçtikleri tedaviden memnuniyetleri arttıkça anksiyete düzeylerinde düşüş gerçekleşmiştir. Aynı zamanda yapılan bir başka araştırmanın sonucunda hastalık ve süreç hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadığını düşünen kadınların, bilgi sahibi olduğunu düşünenlere göre daha fazla anksiyete semptomları deneyimlediği sonucuna ulaşılması daha önceden ortaya konmuş sonuçları desteklemiştir (Geyikçi, 2017: 66). Yapılan araştırmanın sonuçları, hastalık hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olmanın genel manada deneyimlenen anksiyete semptomları ve kişilerin kansere tepki tarzları ile bir ilişkisi olduğuna yönelik böylesine doğrudan bir bilgi ortaya koymamıştır. Öte yandan hastalık hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olduğunu düşünen katılımcılarda hastalığın kontrol edilemezliği ve tehlikeliliği ile ilişkili üst bilişsel inançların yeterli düzeyde bilgi sahibi olmayanlara göre daha düşük çıkması önemli ve üzerine düşünülmesi gereken bir bulgu olarak değerlendirilmiştir. Ortaya çıkan bu bulgu, çalışıp çalışmama durumuna benzer şekilde en temelde hastalık hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olmayan kadınlarda “Endişe

ede ede kendimi hasta edebilirim.” “Endişelenmek beni delirtebilir.” veya “Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.” benzeri düşüncelerin engellenemez, kontrol edilemez ve oldukça tehlikeli olduğuna yönelik üst bilişsel inançların sıkça aktive olduğunu belirtmektedir. Bu aktivasyonun meme kanserinin erken evresinde yeni tanı almış ve meme kanserinden iyileşmiş kadınlarda azımsanmayacak oranda sık belirlenen ve bu çalışmada da açıkça gözlemlenen nüks korkusu, hastalığın şiddetlenmesine yönelik ortaya çıkan kaygı ile birleşmesi durumunda deneyimlenen psikolojik zorlanmalarının şiddetinin de paralel şekilde artış gösterebileceği düşünülmektedir.

Eşlik eden kronik bir sağlık sorunu veya psikolojik bir sıkıntının varlığı araştırmada göz önünde bulundurulmuş diğer değişkenler olarak belirlenmiştir. Araştırmalar, özellikle meme kanserinde yeni tanı alınan dönemde ve remisyon döneminde nüks korkusuyla kuvvetle ilişkili olarak var olan patolojilerin yerleşik hale gelebileceğini, bu dönemde beden kontrolünün artabileceğini vurgulamıştır (Özdemir, 2016) Ortaya konan bu bilgi doğrultusunda araştırmanın başlangıcında eşlik eden farklı kronik sağlık sorunlarının ve/veya halihazırda deneyimlenen psikolojik problemlerin bulunmasının meme kanseri tanısıyla birlikte ortaya çıkan veya şiddetlenebilen anksiyete belirtileri üzerinde etkili olabileceği düşünülmüştür. Buna karşın araştırma bulguları bu görüşü destekleyen ve bir ilişki tespit eden herhangi bir veriye ulaşamamıştır. Bu anlamda araştırma sonucunda yalnızca süregelen bir psikolojik rahatsızlığı bulunan katılımcıların Üst Biliş Ölçeği’nin Bilişsel Güven alt boyutundan aldıkları puanların herhangi bir psikolojik rahatsızlık yaşamayan kişilere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu bulgu psikolojik rahatsızlık bulunmayan kişilerde “Zayıf bir belleğim vardır.” “Belleğime güvenmem.” gibi bilişsel güvene dönük üst bilişsel inançlara daha sık rastlanıldığı anlamına gelmektedir. Araştırmaya katılım gösteren gönüllü kadın sayısının artırılması ve yapılacak bir sonraki araştırmalarda hipotezlerin bu alanlarda özelleştirilmesiyle birlikte araştırmanın bu noktasına dönük daha anlamlı ilişkilerin tespit edilmesi mümkün görülmektedir.

4.2. Üst Biliş Ölçeği ve Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi

Sosyo-demografik değişkenlere bağlı kansere tepki tarzları, üst bilişsel aktiviteler ve anksiyete düzeylerinde gözlemlenen bazı değişimlerin yanında meme kanseri erken evre ve meme kanserinden iyileşmiş kadınların üst biliş ölçeği ile kansere tepki tarzları ölçeği puanları arasında da bazı ilişkiler tespit edilmiştir. Ortaya konan bu ilişkilerin kronik hastalıklar ve kanser hastalığının farklı dönemlerinde ortaya çıkan psikolojik zorlanmaların üst bilişsel

aktivitenin artışı ve kanseri karşılama tarzlarında olası zeminlerin anlaşılması ve yeni hipotezlerin ortaya çıkması ve araştırılması açısından detaylandırılması önemli bulunmuştur.

Araştırma sonucunda Kansere Tepki Tarzı Ölçeği ve Üst Biliş Ölçeğinin alt boyutları arasında pozitif yönlü yüksek düzey bir ilişki tespit edilmiştir. Buna göre katılımcıların Endişeli Bekleyiş alt boyutundan aldığı puanlar ile Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutundan aldığı puanlar arasında kuvvetli bir bağ vardır. Kişilerin Kansere Tepki Tarzı Ölçeğinin Endişeli Bekleyiş alt boyutundan aldığı puanlar arttıkça paralel şekilde Üst Biliş Ölçeği Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutundan aldığı puanlar da artmaktadır. Bu sonuç en kısa ifadesiyle kansere karşı endişeli bir bekleyiş hali içinde olduğunda beliren düşünceleri kontrol etmeye dönük ihtiyacın da arttığını göstermektedir. Kişilerde “Kanserin tekrarlamasından veya ilerlemesinden endişe ediyorum.” “Hastalığım hakkında büyük endişe duyuyorum.” gibi endişe temelli bir algı olduğunda “Eğer beni endişelendiren bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse bu benim hatam olur.” “Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.” benzeri üst bilişsel inançlar da artış göstermektedir. Bu bağlantı alanda yeni yeni araştırılmaya başlayan meme kanseri sürecinde yaşanan duygusal, zihinsel ve davranışsal zorlantıların üst bilişsel fonksiyonlardaki değişim bakımından incelenmesiyle ortaya konan diğer ilişkileri besler niteliktedir (İğci, 2021: 25; Yazar ve Tolan, 2020: 172; Anderson ve ark., 2019: 1).

Hastalığı algılama, yorumlama ve karşılama şeklinin meme kanseri kadınlarda anksiyete belirtileri gibi ruhsal sıkıntılara zemin hazırlayabildiği ise konuyla ilişkili, çalışmalarca vurgulanan başka bir bulgudur. (Güleç ve Büyükkınacı, 2011: 349; Knowles ve ark., 2011; Geyikçi ve ark., 2018: 246). Araştırma sonucunda iki ölçek arasında ortaya konan bir diğer pozitif ve kuvvetli ilişki ise Kansere Tepki Tarzları Ölçeği toplam puanları ile Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutu ve Bilişsel Farkındalık alt boyutları arasında saptanmıştır. Buna göre kişilerin Kansere Tepki Tarzı Ölçeğinden aldıkları toplam puan arttıkça kişilerin kendi düşüncelerine yönelik farkındalıkları ve bu düşünceleri kontrol etmeye yönelik ihtiyaçlarında artış görülmektedir. Ulaşılan sonuçlar doğrultusunda üst bilişsel inançlar bakımından düşünceleri kontrol etmeye dönük ihtiyacı yüksek olan kadınlarda psikolojik müdahalelerin bu bilişlere gerçekleştirilmesinin kanseri endişeli bir düzeyde karşılama ve yorumlama halinin azaltma veya tamamıyla ortadan kaldırma bakımından anlamlı bulunmaktadır.

Endişeli bekleyiş, bilişsel farkındalık ve toplam üst bilişsel puanlar arasında pozitif yönlü orta düzey bir ilişki bulunmuştur. Buna göre kişilerde endişeli bekleyiş halinin yükseldiği

durumlarda düşüncelere yönelik farkındalıklar ve genel üst bilişsel aktivite düzeyi artış gösterebilmektedir. Bilişlere yönelik farkındalığın artması ve kişilerin düşüncelerini izleme, besleme durumuna geçmesi halinde endişeli bekleyişin döngüsel olarak devam edebileceği düşünülmektedir.

İnkâr/kaçınma hali, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve üst biliş ölçeğinden alınan toplam puanlar arasında da pozitif yönlü orta düzey bir ilişki tespit edilmiştir. Bu bulgu şaşırtıcı olmayan bir biçimde kansere inkâr ve kaçınma tarzında yaklaşımın arttığı denklenme kişilerdeki düşünceleri kontrol etmeye dönük ihtiyacın da arttığını göstermiştir dolayısıyla üst bilişsel aktivite de paralel şekilde artmaktadır.

Kaderci tarz, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve üst biliş ölçeğinden alınan toplam puanlar arasında yine orta düzey pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Bu bulgu kişilerin “Her şeyi doktorlara bıraktım.” Veya “Kendimi tanrının ellerine bıraktım.” şeklindeki ifadelerine karşın “Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.” benzeri üst bilişsel inançların varlığına işaret etmektedir. Sonuç olarak kişiler her ne kadar hastalık hakkında kaderci bir tutum sergilese de zihinsel süreçleri hakkında kontrol ihtiyacı içinde olabilmektedir.

Mücadeleci ruh ile kansere tepki verme ile bilişsel farkındalık araştırma sonucunda anlamlı şekilde ilişkilendirilmiştir. Bağlantı orta düzey olsa da elde edilen bulgu kanserle mücadeleci tarzda baş eden kişilerin zihinsel aktivitelerini, bilişlerini fark ettikleri yönündedir. Bu noktada mücadeleci tarzın genel manada hastalığı kabul eden ve onunla işlevsel yollarla, problem çözme odaklı baş etmeyi temsil eden bir tarz olarak kabul edilmesi ve anksiyete seviyeleri görece yüksek bulunan katılımcıların daha çok inkâr/kaçınma, kadercilik ve çaresizlik/ümitsizlik baş etme stratejilerini kullanıyor oldukları bulgusu doğrultusunda kişilerde bilişsel farkındalığın artmasına karşın kaygı düzeyinin yükselmiyor olması incelenmesi gereken bir bulgudur. Ortaya çıkan bu farkta mücadeleci ruh tarzını kullanan katılımcıların bilişlerini sıklıkla fark etmelerine karşın bu bilişlere yönelik kuvvetli olumlu ve olumsuz üst bilişsel inançlar beslemiyor olma ve beliren düşünceleri fark ettikten sonra zihinsel aktiviteyi sürdürmüyor olma ihtimalinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çaresizlik/ümitsizlik alt boyut puanları ve endişe ile ilgili olumlu inançlar, düşünceleri kontrol etme, bilişsel güven, kontrol edilemezlik ve tehlikeye ilişkin üst bilişler ve anlaşılır şekilde toplam üst bilişsel aktivite arasında pozitif yönlü zayıf düzey bir ilişki gözlemlenmiştir. Ortaya çıkan bu tablo “Düzenliliğimi sürdürebilmek için endişe etmeye ihtiyacım var.” “Belleğime pek güvenmem.” “Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.” “Endişe

ede ede kendimi hasta edebilirim.” benzeri üst bilişsel inançların sıklaştığı durumlarda hastalığa ümitsiz, çaresiz yaklaşımın da artabileceğini göstermektedir. Ek olarak endişeli bekleyiş alt boyut puanları ile olumlu inançlar ve kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutları arasında da pozitif yönlü zayıf düzey ilişki saptanmıştır. Kişiler “Kanserin tekrarlamasında veya ilerlemesinden endişe ediyorum.” şeklinde bir tutumda olduklarında endişe etmeye dair olumlu üst bilişsel inançlar ve bir diğer taraftan çelişkili bir biçimde “Endişelerim beni delirtebilir.” benzeri endişenin kontrol edilemezliğine ve tehlikeli olduğuna dair olumsuz üst bilişsel inançlar artış gösterebilmektedir. Bu iki zayıf düzey bulgu en temelde kişilerde birbiri ile zıt düşen üst bilişsel inançların var olabileceğini göstermektedir ve kansere tepki tarzlarından çaresizlik ve endişeli bekleyiş halleriyle ilişkilendirilmiştir. Bahsedilen bu inançların tespit edilmesi ve hasta ile paylaşılması hastalıkla baş etme şekillerinde değişim yaratabileceği ve kişiyi psikolojik olarak sıkıştırabileceği düşünüldüğünden bu inançların tespit edilmesi ve hasta ile paylaşılması önemli bulunmaktadır.

Bir diğer zayıf düzey pozitif yönlü bulgu inkâr/kaçınma alt boyutu puanları ile kontrol edilemezlik ve tehlikeye ilişkin üst bilişsel inançlar ve bilişlere yönelik farkındalık düzeyleri ile ilgilidir. Elde edilen bulguya göre kişilerde hastalığı reddetme, kaçınma gibi tarzların sıklıkla kullanılıyor olduğu durumlarda bilişsel farkındalık artabilmekte ve gelen düşüncelerin kontrol edilemez, tehlikeli olduğuna yönelik olumsuz üst bilişsel inançlar fazlalaşabilmektedir. Sonuç doğrultusunda genel manada hastalığa ilişkin kaçınmacı tarzın hastalıkla ilgili gelen düşüncelerin de tehlikeli olduğuna ve bunlardan da kaçınmak gerektiği üst bilişsel inancı pekiştirebilir gözükmemektedir. Süregelen bu gibi olumsuz üst bilişsel inançlar ise inkârı sürdürebilmektedir. Bu bakımdan ilişkiler istatistiksel olarak zayıf olsa da sonuç anlamlı bulunmaktadır.

Kansere Tepki Tarzı Ölçeği’nin Kadercilik alt boyutu ile bilişsel güven ve farkındalık, kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutları arasında yine pozitif yönlü zayıf kuvvette ilişkiler tespit edilmiştir. Kişilerde kaderci bir tutum baskın olduğunda bilişsel güvenleri düşmekte, farkındalık artmakta ve gelen düşüncelerin kontrol edilemeyeceğine dair üst bilişsel inançlar fazlalaşmaktadır. Bu tablo kişilerde kaderci boyutta gözlemlenen “Her şeyi tanrının ellerine bıraktım.” “Olup bitenleri kontrol edemiyorum.” Şeklindeki ifadelerden alınan yüksek puanlarla örtüşmektedir. Belleğe güven duymama, gelen düşünceleri kontrol edemeyeceğine dair inançlar ve böylesi ifadeler kaderci baş etme tarzıyla örtüşmekte ve inançları yararlı olmayan bir biçimde pekiştirebilmektedir.

İki ölçeğin alt boyutları arasında negatif yönlü zayıf düzey bir ilişki de saptanmıştır. Bu ilişki, hastalıkla mücadeleci bir ruhla baş etme ve bilişsel güven ile alakalıdır. Araştırma sonuçlarına göre kanseri mücadeleci tarzda karşılayan katılımcılarda bilişsel farkındalık seviyelerinin ve biliş ve belleklerine duydukları güvenin diğer tarzlara göre daha yüksek olabileceğini söylemek mümkündür.

4.3. Yaygın Anksiyete Ölçeği Puanları ile Üst Biliş Ölçeği ve Kansere Tepki Tarzları Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırma sırasında kullanılan üç ölçek toplam puanları arasında ve bu ölçeklerin alt boyutları arasında da bazı orta ve zayıf düzey ilişkiler görülmüştür.

Elde edilen sonuçlara göre katılımcıların anksiyete düzeylerindeki artış, bilişleri farkında olma ve bilişleri kontrol etme ihtiyacı ile orta düzeyde pozitif yönlü olarak ilişkilendirilmiştir. Bu sonuç, kanserle birlikte anksiyete düzeyleri artış göstermiş kadınlarda düşüncelere yönelik farkındalığın yüksek ve bunları kontrol etmeye yönelik ihtiyacın fazla olabileceğini işaret etmiştir. Bulgu, bu gibi kişilerde rüminasyon gibi işlevsiz baş etme şekillerinin var olabileceğini düşündürmektedir. Elde edilen bu sonuç, metakognitif terapi modelinde düşünceleri yoğun düzeyde fark etme ve farkındalıksız bir şekilde peşine takılma halinin kaygı düzeyini arttıran önemli bir faktör olduğu bilgisi ile örtüşmektedir (Ağca, 2021; Elzami ve ark., 2015: 94).

Ortaya konan bir diğer orta düzey pozitif yönlü bulgu kişilerin anksiyete ölçeği puanları, endişeli bekleyiş alt boyut puanları ve kansere tepki tarzı toplam puanları ile ilgilidir. Sonuca göre anksiyete seviyeleri yüksek kişiler hastalığa tepki şekillerinden endişeli bekleyiş tarzını benimseyebilmekte bu anlamda toplam puanları da artış gösterebilmektedir. Kişilerde anksiyete düzeyinin artması ile pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunan başka alt boyutlar ise Üst Biliş Ölçeği toplam puanları ve olumlu inançlardır. Bu ilişki kaygı seviyesi yüksek bulunan kişilerde endişe etmeye, düşünceler hakkında düşünmeye devam etmenin gerekli ve faydalı olduğuna dair birtakım inançların (Ör: “Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeme yardım eder.”) var olabileceğini söylemektedir. Bu çerçevede bir üst bulguda verilen bilgi ile bu sonuç bağlantılı bir biçimde yorumlanabilmektedir. Kişilerde düşüncelere dair olumlu üst bilişsel inançlar bulunduğu, endişeli bekleyiş tarzının görülme sıklığı artmakta ve gün sonunda kaygı düzeyi yükselebilmektedir.

Araştırmanın son bulgusu kişilerdeki anksiyete seviyesi yükselmesi halinde çaresizlik/ümitsizlik, inkâr/kaçınma ve kadercilik gibi hastalığa verilen tepki tarzlarının benimsenebileceğini söylemiştir. Ortaya konan bu ilişkinin zayıf bir bağlantı ortaya koymasına karşın kişideki kaygı seviyesinin hastalığa yönelik tutumları etkileyebileceği ve benzer şekilde hastalığa yönelik tutumların da kaygı seviyesini yordayabileceği bilinenler arasında olduğundan önemli bir bulgu olarak kabul edilmektedir.

Elde edilen tüm yüksek, orta ve zayıf ilişkiler meme kanserinin kendisinin, hastalığa yönelik tepki tarzlarının ve değişen üst bilişsel aktivitelerin kişilerin anksiyete düzeylerine çeşitli etkileri olduğunu göstermiştir. Meme kanserinin erken tanı evresinde bulunan katılımcılarda patolojik üst bilişsel aktivitenin remisyon dönemindekilere oranla yüksek çıkması ve bu gruptaki kadınların hastalığı çaresiz, endişeli, kaçınmacı ve kaderci tarzda karşılamasına yönelik sonuçlar bu dönemde kadınların psikolojik destek ve metakognitif terapi ihtiyacını bir kez daha gözler önüne sermiştir. Literatürle eşleşen ve literatürle ters düşen bulgular doğrultusunda alanda yapılan çalışmaların, daha fazla katılımcı ile artırılmasını gerektiği sonucu ise pekişmiştir (Jektaji ve Khalkalı, 2015). Meme kanseri süresince kişilerin hastalık algıları, kanserle baş etme süreçleri ve değişen ana üst bilişsel inançlar mümkün olduğu kadar hastalığın erken dönemlerinde tespit edilmelidir. Etkili psikolojik müdahalelerin tıbbi tedaviler ile eş zamanlı sürdürülüyor olmasının hastalığın her döneminde ortaya çıkabilecek olası psikolojik problemlerin önüne geçilmesi açısından kıymetli olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın bulguları doğrultusunda varılan en genel ve temel sonuçlar aşağıda belirtilen şekilde özetlenebilmektedir:

45 altı yaş grubunda yer alan katılımcıların Düşünceleri Kontrol İhtiyacı ve Bilişsel Güven alt boyutu puanlarının 45 ve üstü yaş grubunda yer alanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. 45 altı yaş grubunda yer alan katılımcıların Üst Biliş Ölçeği toplam puanlarının 45 ve üstü yaş grubunda yer alanlara göre daha düşük olduğu yaş değişkeni doğrultusunda ortaya konan bir diğer bulgudur. Katılımcıların yaşlarına göre kansere tepki tarzları incelendiğinde 45 altı yaş grubunda yer alanların Kadercilik alt boyutu puanlarının 45 ve üstü yaş grubunda yer alanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Katılımcıların yaşlarına göre anksiyete düzeyleri ise bu araştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir.

Hastalığın erken evresinde bulunan katılımcıların Düşünceleri Kontrol İhtiyacı ve Bilişsel Farkındalık alt boyutu puanlarının remisyon döneminde olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde hastalığın erken evresinde olanların Çaresizlik/Ümitsizlik, Endişeli Bekleyiş, İnkâr/Kaçınma ve Kadercilik alt boyut puanlarının remisyon döneminde olanlara göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Hastalığın erken evresinde olanların Üst Biliş Ölçeği, Kanser Tepki Tarzları Ölçeği ve Yaygın Anksiyete Ölçeği toplam puanlarının hastalığın tedavi sonrası evresinde olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre Bilişsel Güven alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu fark, ilkökul mezunlarının Bilişsel Güven alt boyutu puanlarının doktora mezunlarına göre daha yüksek olduğunu saptamıştır. İlkokul mezunlarının Kadercilik alt boyut puanları lisans ve yüksek lisans mezunlarına göre yüksek bulunmuştur. Lise mezunlarının Mücadeleci Ruh alt boyutundan aldığı puanların lisans ve doktora mezunlarına göre daha düşük olduğu araştırma sonucunda ortaya konan bir diğer bulgudur. Katılımcıların eğitim seviyeleri ve anksiyete düzeyleri arasında ise herhangi bir anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Çalışan kadınların Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutu puanlarının çalışmayanlara göre daha düşük olduğu araştırma sonucunda ortaya çıkmıştır. Çalışıp çalışmama durumu Kanser Tepki Tarzı Ölçeğinden alınan puanlar ve katılımcıların anksiyete düzeyleri ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişkilendirilmemiştir.

Hastalık hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olduğunu düşünen katılımcıların Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutu puanlarının yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadığını düşünenlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu araştırmada hastalık hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olduğunu düşünme ile Kansere Tepki Tarzları Ölçeği ve Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark ortaya konmamıştır.

Psikolojik rahatsızlığı bulunan katılımcıların Bilişsel Farkındalık alt boyut puanlarının herhangi bir psikolojik sıkıntı yaşamayan kişilere oranla daha düşük olduğu belirlenmiştir. Toplanan veriler doğrultusunda kişilerde kanserle birlikte psikolojik rahatsızlık bulunması durumu Kansere Tepki Tarzları Ölçeği ve Yaygın Anksiyete Ölçeğinden alınan puanları etkilememektedir.

Kansere eşlik eden başka bir kronik hastalığın varlığı ve katılımcıların Üst Biliş Ölçeği, Kansere Tepki Tarzı Ölçeği ve Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır.

Araştırma sonucunda ek olarak alt boyutlar arasında pozitif ve negatif yönlü olmak üzere bazı yüksek, orta ve zayıf düzey ilişkiler ortaya konmuştur:

Katılımcıların Kansere Tepki Tarzları Ölçeği'nin Endişeli Bekleyiş alt boyutu puanları ile Üst Biliş Ölçeği'nin Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutu puanları ve Kansere Tepki Tarzları Ölçeği toplam puanları arasında ve Üst Biliş Ölçeği'nin Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutu ve Bilişsel Farkındalık alt boyutu puanları arasında pozitif yönlü yüksek düzey ilişki bulunmuştur.

Katılımcıların Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları ile Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutu ve Bilişsel Farkındalık alt boyutu, Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları ile Endişeli Bekleyiş alt boyutu ve Kansere Tepki Tarzları Ölçeği toplam puanları, Kansere Tepki Tarzları Ölçeği'nin Endişeli Bekleyiş alt boyutu puanları ile Üst Biliş Ölçeği'nin Bilişsel Farkındalık alt boyutu ve Üst Biliş Ölçeği toplam puanları, Kansere Tepki Tarzları Ölçeği'nin İnkâr/Kaçınma alt boyutu puanları ile Üst Biliş Ölçeği'nin Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutu ve Üst Biliş Ölçeği toplam puanları, Kansere Tepki Tarzları Ölçeği'nin Kadercilik alt boyutu puanları ile Üst Biliş Ölçeği'nin Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutu ve Üst Biliş Ölçeği toplam puanları, Kansere Tepki Tarzları Ölçeği'nin Mücadeleci Ruh alt boyutu puanları ile Üst Biliş Ölçeği'nin Bilişsel Farkındalık alt boyutu puanları ve Kansere Tepki Tarzları

Ölçeği toplam puanları ile Üst Biliş Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönlü orta düzey ilişki bulunmuştur.

Katılımcıların Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları ile Olumlu İnançlar alt boyutu ve Üst Biliş Ölçeği toplam puanları, Yaygın Anksiyete Ölçeği puanları ile Çaresizlik/Ümitsizlik alt boyutu, İnkâr/Kaçınma ve Kadercilik alt boyutu, Kansere Tepki Tarzları Ölçeği'nin Çaresizlik/Ümitsizlik alt boyutu puanları ile Üst Biliş Ölçeği'nin Olumlu İnançlar alt boyutu, Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutu, Bilişsel Güven alt boyutu, Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutu ve Üst Biliş Ölçeği toplam puanları, Kansere Tepki Tarzları Ölçeği'nin Endişeli Bekleyiş alt boyutu puanları ile Üst Biliş Ölçeği'nin Olumlu İnançlar alt boyutu ve Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutu puanları, Kansere Tepki Tarzları Ölçeği'nin İnkâr/Kaçınma alt boyutu puanları ile Üst Biliş Ölçeği'nin Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutu ve Bilişsel Farkındalık alt boyutu puanları, Kansere Tepki Tarzları Ölçeği'nin Kadercilik alt boyutu puanları ile Üst Biliş Ölçeği'nin Bilişsel Güven alt boyutu, Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutu ve Bilişsel Farkındalık alt boyutu puanları, Kansere Tepki Tarzları Ölçeği toplam puanları ile Üst Biliş Ölçeği'nin Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutu puanları arasında pozitif yönlü; katılımcıların Kansere Tepki Tarzları Ölçeği'nin Mücadeleci Ruh alt boyutu puanları ile Üst Biliş Ölçeği'nin Bilişsel Güven alt boyutu puanları arasında ise negatif yönlü zayıf düzey ilişki bulunmuştur.

Öneriler

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda gelecekte yapılan araştırmaya benzer bir araştırma yapmak isteyenler için çalışmanın sınırlılıkları göz önünde bulundurularak ve ulaşılan sonuçlardan yola çıkılarak bazı öneriler derlenmiştir.

- Çalışma sürecinde toplam 110 kişiye ulaşılabilmiş ve örneklem belirtilen sayı ve kadın katılımcılarla sınırlandırılmıştır. Belirtilen bu sayı, ülkemizde ve dünyada meme kanserinin yaygınlığı göz önünde bulundurulduğunda oldukça küçük bir grubu temsil etmektedir. Veriler üzerinden ulaşılan bulguların geçerliğine katkı sağlaması ve çalışmanın geliştirilmesi açısından benzer bir çalışmanın daha çok katılımcı ile yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.
- Araştırma boyunca göz önünde bulundurulan sosyodemografik veriler dışında kişilerin medeni durumu, partner bilgisi, çocuk sahibi olup olmama durumları, çocuklar ve hoşagiden sosyal aktiviteler ile geçirilen zaman gibi maddelerin de göz önünde

bulundurularak benzer çalışmalar üretilmesi meme kanserinin farklı dönemlerinde ortaya çıkan ruh sağlığı problemleri üzerindeki sosyodemografik, romantik ilişkiler ve yaşamsal alışkanlıklar değişkenleri bakımından etkisinin incelenmesi bakımından önemli bulunmaktadır. Daha önce ortaya konmuş araştırmalar ve bu araştırmanın sonuçları doğrultusunda vurgulanan değişkenlerin st bilişsel inançlar ve kansere tepki tarzlarında da değişimler yaratabilme olasılığı oldukça mümkün görünmektedir.

- Meme kanseri farklı evrelerden ve aşamalardan oluşan bir hastalıktır. Bu çalışmada spesifik olarak meme kanserinde erken evre (evre I ve II) ve remisyon dönemlerine odaklanılmış olup III ve IV evre kanser grubunda ve hastalığın terminal döneminde bulunan kişiler araştırmaya dahil edilememiştir. Belirtilen bu dönemlerin kanserde ileri evre olarak bilinmesi, tedavinin bedensel ve psikolojik olarak zorlayıcı dönemlerini kapsaması ve bu dönemlerde ruh sağlığı problemleri ile sık karşılaşılması dolayısıyla çalışmada ele alınamayan epizodlar üzerinden de yola çıkılarak çalışmalar türetilmesinin literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.
- Araştırma yapısı gereğince meme kanseri tedavisi gören ve iyileşme dönemindeki kadınların anksiyete düzeyleri üzerinde etkisi olabileceği düşünülen, güncel ve halihazırda süregelen st bilişsel inançlarını ve kansere yönelik tepki tarzlarını incelemiştir. Bununla birlikte kanserin farklı aşamalarında kadınlarda çok farklı st bilişsel inançların ve duygusal tepkilerin aynı anda yaşanabileceği ve bunların zamanla değişip, eşitlenebildiği gözlemlenmiş; katılımcılar tarafından sözlü olarak ifade edilmiştir. Konunun bu noktası göz önünde bulundurulduğunda çalışmanın aralıklarla yenilenmesinin veya daha uzun süreli bir takibin araştırmayı detaylandırma olasılığı yüksek görülmektedir.
- Araştırma kansere tepki tarzları ve st bilişlerin meme kanseri hastalığının ilk evrelerinde bulunan ve iyileşme dönemi içerisinde olan kadınların anksiyete düzeyleri ile ilişkisini incelemiştir. Buna karşın anksiyete haricinde meme kanserinde kadınlarda yoğun depresif belirtiler, travma tepkileri, kendine ve çevreye yönelik öfke gibi çok çeşitli ruhsal sıkıntılar yaşandığı açıkça bilinmektedir. Bu anlamda benzer bir çalışmanın farklı bağımlı değişkenler ile de incelenmesi faydalı bulunmaktadır.

- Araştırmanın formatı farklı kanser türleri için de uyarlanabilir bir düzendedir. Bu anlamda araştırma meme kanseri dışında toplumda görülen tüm kanser türleri için uyarlanabilir düzeyde bulunmaktadır. Kanser tanısı alındıktan sonra yaşanan duygusal ve psikolojik sıkıntıların ortaya çıkmasına ve süregelenleşmesine etki eden faktörleri ve güncel gelişmelerin etkinliğini araştırmanın literatüre sağladığı katkının yanında pratikte uygulanan güncel psikolojik müdahalelerin de gelişimine de katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.



KAYNAKÇA

- Açıkgöz, A. ve Yıldız, E.A. (2017). Meme kanseri etiyolojisi ve riskleri yayıldı. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 5 (1), 45-56.
- Ağca, M. A. (2021). *Kanser hastalarında otomatik düşünce ve fonksiyonel olmayan tutumların kaygı düzeylerini yordayıcı gücü*. [Yüksek Lisans Tezi]. Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.
- Akçay, D. (2005). *Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda kemoterapinin yan etkilerine ilişkin eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisi*. [Yüksek Lisans Tezi]. Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Akçay, G. (2019). *Kanser hastalarında kişilik yapısı, anksiyete düzeyi ve rahatsızlığa dayanma gücü arasındaki ilişki*. [Yüksek Lisans Tezi]. T.C. Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Aksan, A. T. (2021). Meme kanserli kadınlarda bilişsel davranışçı terapilerin etkililiği: sistematik derleme çalışması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(1), 34-51.
- Akyolcu, N., Özhanlı, Y. ve Kandemir, D. (2019). Meme kanserinde güncel gelişmeler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6 (3), 583-594.
- Al-Ghazal, S. K., Fallowfield, L. ve Blamey, R. W. (2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European journal of cancer (Oxford, England: 1990)*, 36(15), 1938–1943. [https://doi.org/10.1016/s0959-8049\(00\)00197-0](https://doi.org/10.1016/s0959-8049(00)00197-0)
- Alamış, B. (2017). *Meme kanseri tanılı hastalarda hastalık algısı, anksiyete, depresyon ve eş uyumlu ilişkisi: Kontrollü bir çalışma*. [Yüksek Lisans Tezi]. Işık Üniversitesi, İstanbul.
- Altınok, M. (2020). *Yeme tutumları, duygusal yeme, farkındalıkla yeme ve ortoreksiyanın metakognisyonlar açısından incelenmesi*. [Yüksek Lisans Tezi]. Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, İstanbul.
- Altıntaş, B. (2019). *Yeni tanı almış meme kanseri hastalarının kansere tepkileriyle dini baş etmeleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.

- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2015) Ruhsal bozuklukların tanısıl ve sayımsal el kitabı, Beşinci Baskı (DSM-V) (Çev.: Köroğlu, E.) *Hekimler Yayın Birliği*, Ankara.
- Andersen, B. L., Yang, H. C., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D. M., Emery, C. F., Thornton, L. M., Young, D. C. ve Carson, W. E., 3. (2008). Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients: a randomized clinical trial. *Cancer*, 113(12), 3450–3458. <https://doi.org/10.1002/cncr.23969>
- Anderson, R., Capobianco, L., Fisher, P., Reeves, D., Heal, C., Faija, C. L., Gaffney, H. ve Wells, A. (2019). Testing relationships between metacognitive beliefs, anxiety and depression in cardiac and cancer patients: Are they transdiagnostic? *Journal of psychosomatic research*, 124, 109738. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109738>
- Andritsch, E., Goldzweig, G., Samonigg, H., Uziely, B., Ever-Hadani, P., Hoffman, G., Krenn, G. ve Baider, L. (2004). Changes in psychological distress of women in long-term remission from breast cancer in two different geographical settings: a randomized study. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 12(1), 10–18. <https://doi.org/10.1007/s00520-003-0531-z>
- Antoni, M. H., Lechner, S., Diaz, A., Vargas, S., Holley, H., Phillips, K., McGregor, B., Carver, C. S. ve Blomberg, B. (2009). Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain, behavior, and immunity*, 23(5), 580–591. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2008.09.005>
- Anusasananun, B.A., Pothiban, L., Kasemkitwatana, S., Soivong, P. ve Trakultivakorn, H. (2013). Coping behaviors and predicting factors among breast cancer survivors during each phase of cancer survivorship. *Pacific Rim international journal of nursing research*, 17, 148-166.
- Arda, Ş. (2011). *Kanser hastalarında yaşamda anlamın incelenmesi*. [Yüksek lisans tezi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi'nden edinilmiştir. (Tez No. 302683).
- Arıkan, R. N. (2000). Travmatik bir yaşantı: Meme kanseri ve mastektomi. *Kriz Dergisi*, 9(1) 39-46.

- Aslan, F. E. ve Gürkan, A. (2007). Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 3, 63-68.
- Atalay, Z. Bireysel terapide mindfulness eğitim notları. *Mindfulness Institute*, 25.12.2021.
- Ateşçi, F. Ç., Oğuzhanoglu, N. K., Baltalarlı, B., Karadağ, F., Özdel, O. ve Karagöz, N. (2003). Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(2): 145-152.
- Aydıntuğ, S. (2004). Meme kanserinde erken tanı. *Sted*, 13(6), 226-228.
- Aydoğan, Ü., Çetin Doğaner, Y., Borazan, E., Kömürcü, Ş., Koçak, N., Öztürk, B., Özet, A. ve Sağlam, K. (2012). Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 16(2).
- Aygül, T. (2021). Meme kanserli kadınlarda bilişsel davranışçı terapilerin etkililiği: Sistematiik derleme çalışması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13 (1), 34-51.
- Babacan, G. A. (2006). Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme sağlığı dergisi*, 2(3), 108-114.
- Babayiğit, A. (2023). Meme kanseri, baş etme stratejileri ve kanser sonrası büyüme: Bir vaka sunumu. *Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi*, 6(2), 257-278.
- Baider, L., Andritsch, E., Uziely, B., Ever-Hadani, P., Goldzweig, G., Hofmann, G. ve Samonigg, H. (2003). Do different cultural settings affect the psychological distress of women with breast cancer? A randomized study. *European journal of cancer care*, 12(3), 263-273. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2354.2003.00412.x>
- Baider, L., Andritsch, E., Uziely, B., Goldzweig, G., Ever-Hadani, P., Hofman, G., Krenn, G. ve Samonigg, H. (2003). Effects of age on coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer: review of literature and analysis of two different geographical settings. *Critical reviews in oncology/hematology*, 46(1), 5-16. [https://doi.org/10.1016/s1040-8428\(02\)00134-8](https://doi.org/10.1016/s1040-8428(02)00134-8)
- Balcı, H. ve Şener, Ş. B. (2022). Meme kanseri cerrahisi geçiren kadınlarda psikolojik dayanıklılık. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 8(3), 347-353.

- Barni, S. ve Mondin, R. (1997). Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology*, 8(2), 149–153. <https://doi.org/10.1023/a:1008298615272>
- Barsevick, A. M., Sweeney, C., Haney, E. ve Chung, E. (2002). A systematic qualitative analysis of psychoeducational interventions for depression in patients with cancer. *Oncology nursing forum*, 29(1), 73–87. <https://doi.org/10.1188/02.ONF.73-87>
- Başer Baykal, N. F. (2017). Yaygın anksiyete bozukluğunun Türkiye’deki yaygınlığı, ek tanıları ve tedavisinin incelenmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi/ASOS Journal*.
- Bennett, K. K., Compas, B. E., Beckjord, E. ve Glinder, J. G. (2005). Self-blame and distress among women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of behavioral medicine*, 28(4), 313–323. <https://doi.org/10.1007/s10865-005-9000-0>
- Bobar, F. T. (2019). *Müziğin meme kanserli hastalarda anksiyete ve uyku kalitesi üzerine etkisi*. [Yüksek Lisans Tezi]. Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Bollinger, T. M. (2018). *The truth about cancer: What you need to know about Cancer’s history, treatment and prevention*. Salon Yayınları.
- Boutin, D. L. (2007). Effectiveness of cognitive behavioral and supportive-expressive group therapy for women diagnosed with breast cancer: A review of the literature. *The Journal for Specialists in Group Work*, 32(3), 267-284.
- Boyes, A. W., Girgis, A., D’Este, C. ve Zucca, A. C. (2011). Flourishing or floundering? Prevalence and correlates of anxiety and depression among a population-based sample of adult cancer survivors 6months after diagnosis. *Journal of affective disorders*, 135(1-3), 184–192. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.07.016>
- Butow, P. N., Bell, M. L., Smith, A. B., Fardell, J. E., Thewes, B., Turner, J., Gilchrist, J., Beith, J., Girgis, A., Sharpe, L., Shih, S., Mihalopoulos, C. ve members of the Conquer Fear Authorship Group (2013). Conquer fear: protocol of a randomised controlled trial of a psychological intervention to reduce fear of cancer recurrence. *BMC cancer*, 13, 201. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-13-201>

- Campbell-Enns, H. ve Woodgate, R. (2015). The psychosocial experiences of women with breast cancer across the lifespan: a systematic review protocol. *JBIR database of systematic reviews and implementation reports*, 13(1), 112–121. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1795>
- Carlson, L. E., Doll, R., Stephen, J., Faris, P., Tamagawa, R., Drysdale, E. ve Speca, M. (2013). Randomized controlled trial of Mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy for distressed survivors of breast cancer. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 31(25), 3119–3126. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.47.5210>
- Cassileth, B. R. ve Steinfeld, A. D. (1987). Psychological preparation of the patient and family. *Cancer*, 60(3 Suppl), 547–552. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19870801\)60:3+<547: aid-cncr2820601518>3.0.co;2-w](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19870801)60:3+<547: aid-cncr2820601518>3.0.co;2-w)
- Chang, O., Choi, E. K., Kim, I. R., Nam, S. J., Lee, J. E., Lee, S. K., Im, Y. H., Park, Y. H. ve Cho, J. (2014). Association between socioeconomic status and altered appearance distress, body image, and quality of life among breast cancer patients. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 15(20), 8607–8612. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.20.8607>
- Cheli, S., Caligiani, L., Martella, F., De Bartolo, P., Mancini, F. ve Fioretto, L. (2019). Mindfulness and metacognition in facing with fear of recurrence: A proof-of-concept study with breast-cancer women. *Psycho-oncology*, 28(3), 600–606. <https://doi.org/10.1002/pon.4984>
- Cherry, M. G., Salmon, P., Byrne, A., Ullmer, H., Abbey, G. ve Fisher, P. L. (2019). Qualitative evaluation of cancer survivor's experiences of metacognitive therapy: A new perspective on psychotherapy in cancer care. *Frontiers in psychology*, 10, 949. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00949>
- Compas, B. E., Stoll, M. F., Thomsen, A. H., Oppedisano, G., Epping-Jordan, J. E. ve Krag, D. N. (1999). Adjustment to breast cancer: age-related differences in coping and emotional distress. *Breast cancer research and treatment*, 54(3), 195–203. <https://doi.org/10.1023/a:1006164928474>

- Cook, S. A., Salmon, P., Dunn, G., Holcombe, C., Cornford, P. ve Fisher, P. (2015). The association of metacognitive beliefs with emotional distress after diagnosis of cancer. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 34(3), 207–215. <https://doi.org/10.1037/hea0000096>
- Cook, S. A., Salmon, P., Dunn, G., Holcombe, C., Cornford, P. ve Fisher, P. (2015). A prospective study of the association of metacognitive beliefs and processes with persistent emotional distress after diagnosis of cancer. *Cognitive therapy and research*, 39(1), 51–60. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9640-x>
- Çalışkan, M. ve Sünbül, A. M. (2011). Öğrenme stratejileri öğretiminin yürütücü biliş bilgisine, yürütücü biliş becerilerini kullanmaya ve başarıya etkisi (ilköğretim 6. sınıf Türkçe dersi örneği). *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 11(1), 133-153.
- Çam, O., Saka, Ş. ve Gümüş, A. B. (2009). Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Meme sağlığı dergisi, Cilt: 5, Sayı 2*, 73-81.
- Çapar, G. (2010). *Kemoterapi gören kanserli hastalarda ağrı ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*. [Yüksek Lisans Tezi]. Trakya Üniversitesi, Trakya.
- Çavdar, İ. (2006). Meme kanserli hastalarda cinsel sorunlar. *Meme sağlığı dergisi*, 2(2), 64-66.
- Çıtak, S. (2018). Anksiyete bozukluklarında tedavi yaklaşımları: Psikoterapi ve farmakoterapi. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 9(3), 141-149.
- Demir, Ö. D. ve Kaya, H. İ. (2015). Öğretmen adaylarının bilişsel farkındalık beceri düzeylerinin eleştirel düşünme durumları ile ilişkilerinin incelenmesi. *Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi*, 5(1), 35-68.
- Doğan, O. (2012). Anksiyete bozukluklarının epidemiyolojisi/Anksiyete gidişinin epidemiyolojisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 158.
- Dunlosky, J. ve Metcalfe, J. (2008). Metacognition [Üst biliş]. *Bilge Yayınları*.
- Dunn, L. B., Langford, D. J., Paul, S. M., Berman, M. B., Shumay, D. M., Kober, K., Merriman, J. D., West, C., Neuhaus, J. M. ve Miaskowski, C. (2015). Trajectories of fear of recurrence in women with breast cancer. *Supportive care in cancer: official journal of*

the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 23(7), 2033–2043.
<https://doi.org/10.1007/s00520-014-2513-8>

Duran, K. ve Sarandöl, A. (2022). Meme kanseri hastalarında eşler arası uyum ve sosyal destek düzeyinin depresyon, anksiyete, benlik saygısı ve cinsellik üzerine etkilerinin incelenmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 48 (3), 349-355. DOI: 10.32708/uutfd.1159556

Edwards, J. R., Cooper, C. L., Pearl, S. G., de Paredes, E. S., O'Leary, T. ve Wilhelm, M. C. (1990). The relationship between psychosocial factors and breast cancer: some unexpected results. *Behavioral medicine (Washington, D.C.)*, 16(1), 5–14.
<https://doi.org/10.1080/08964289.1990.9934586>

Elzami, M., Bahmani, B., Kermani Ranjbar, T., Azkhosh, M., Anbiaee, R. ve Karimnejad Azar, F. (2015). Metacognitive therapy and depression of women with breast cancer. *Practice in Clinical Psychology*, 3(1), 69-77.

Epping-Jordan, J. E., Compas, B. E., Osowiecki, D. M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K. ve Krag, D. N. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 18(4), 315–326.
<https://doi.org/10.1037//0278-6133.18.4.315>

Fisher, P. ve Wells, A. (2009). Metacognitive therapy: Distinctive features (Cilt 1). Routledge.

Fisher, P. L., Byrne, A., Fairburn, L., Ullmer, H., Abbey, G. ve Salmon, P. (2019). Brief metacognitive therapy for emotional distress in adult cancer survivors. *Frontiers in psychology*, 10, 162. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00162>

Gallagher, J., Parle, M. ve Cairns, D. (2002). Appraisal and psychological distress six months after diagnosis of breast cancer. *British journal of health psychology*, 7(3), 365-376.

Ganz, P. A. (2008). Psychological and social aspects of breast cancer. *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 22(6), 642–653.

Gençtürk, N. (2007). Meme kanserinde korunma. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4), 72-82.

- Geyikçi, R. (2017). *Birinci yılını tamamlamış meme kanseri hastalarında anksiyete ve depresyon düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumları*. [Yüksek Lisans Tezi]. Çağ Üniversitesi, Mersin.
- Geyikçi, R., Çakmak, S., Demirkol, M. E. ve Uğuz, Ş. (2018). Meme kanseri tanısı olan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin hastalıkla başa çıkma tutumları ve sosyo demografik özellikleri ile ilişkisi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 31, 246-57.
- Ghavami, H. (2015). *Meme kanserli hastalarda yaşam tarzı müdahalelerinin fiziksel ve psikolojik sağlık durumu üzerine etkisi*. [Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Gibbons, A., Groarke, A. ve Sweeney, K. (2016). Predicting general and cancer-related distress in women with newly diagnosed breast cancer. *BMC cancer*, 16(1), 935. <https://doi.org/10.1186/s12885-016-2964-z>
- Gibson, L.M. ve Hendricks, C.S. (2006). Integrative review of spirituality in African American breast cancer survivors. *ABNF J.* 17(2): 67-72. PMID: 18402346.
- González-Fernández, S., Fernández-Rodríguez, C., Mota-Alonso, M. J., García-Tejido, P., Pedrosa, I. ve Pérez-Álvarez, M. (2017). Emotional state and psychological flexibility in breast cancer survivors. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 30, 75–83. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.08.006>
- Grassi, L., Berardi, M. A., Ruffilli, F., Meggiolaro, E., Andritsch, E., Sirgo, A., Caruso, R., Juan Linares, E., Bellé, M., Massarenti, S., Nanni, M. G. ve IOR-IRST Psycho-Oncology and UniFE Psychiatry Co-Authors (2015). Role of psychosocial variables on chemotherapy-induced nausea and vomiting and health-related quality of life among cancer patients: a European study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(6), 339–347. <https://doi.org/10.1159/000431256>
- Groarke, A., Curtis, R. ve Kerin, M. (2013). Global stress predicts both positive and negative emotional adjustment at diagnosis and post-surgery in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 22(1), 177–185. <https://doi.org/10.1002/pon.2071>
- Güleç, G. ve Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 3(2), 343-367.

- Gündüz, A. (2019). Yaygın anksiyete bozukluğunda bilişsel davranışçı terapiler. *Türkiye Klinikleri*, 28-34.
- Gündüz, A. (2021). Metakognitif terapi ders notları. *İstanbul Kent Üniversitesi*, Hafta 2,3.
- Gündüz, A., Gündoğmuş, İ., Sertçelik, S., Engin, B. H., İşler, A., Yaşar, A. B., Gönül, H., Çipil, A. ve Gündüz, E. B. U. (2021). Validity and reliability of the turkish version of generalized anxiety disorder scale-revised. *Psychiatry investigation*, 18(10), 949–957. <https://doi.org/10.30773/pi.2021.0174>
- Harcourt, D. M., Rumsey, N. J., Ambler, N. R., Cawthorn, S. J., Reid, C. D., Maddox, P. R., Kenealy, J. M., Rainsbury, R. M. ve Umpleby, H. C. (2003). The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: a prospective, multicenter study. *Plastic and reconstructive surgery*, 111(3), 1060–1068. <https://doi.org/10.1097/01.PRS.0000046249.33122.76>
- Hashemizadeh, S., Salehi, M., Rafiepoor, A. ve Ghanbaripناه, A. (2022). Psychological distress based on cognitive, metacognitive, and meta-emotional components in cancer patients. *Iranian Journal of Health Psychology; Vol*, 5(2).
- Hayes, S. C. ve Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process- based care. *World psychiatry*, 16(3), 245.
- Hoffman, C. J., Ersser, S. J., Hopkinson, J. B., Nicholls, P. G., Harrington, J. E. ve Thomas, P. W. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast- and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: a randomized, controlled trial. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 30(12), 1335–1342. <https://doi.org/10.1200/JCO.2010.34.0331>
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M., Robertson, S., Mullane, C., Wolf, N. ve Lejuez, C. W. (2008). Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. *Behavior therapy*, 39(2), 126–136. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.05.007>
- Hsieh, C. C., Trichopoulos, D., Katsouyanni, K. ve Yuasa, S. (1990). Age at menarche, age at menopause, height and obesity as risk factors for breast cancer: associations and interactions in an international case-control study. *International journal of cancer*, 46(5), 796–800. <https://doi.org/10.1002/ijc.2910460508>

- Inci, H., Inci, F., Ersoy, S., Karatas, F. ve Adahan, D. (2021). Self-esteem, metacognition, and coping strategies in cancer patients: A case–control study. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 17(4), 956-962.
- Irak, M. (2005). Üst-Bilis Mi? Yönetici İşlevler Mi? Bilme hissinin nöropsikolojik testlerle ölçülen dikkat süreçlerinden yordanması. *Türk psikoloji dergisi*, 20(56), 97.
- Işık, I. (2013). Meme kanseri hastalarında tedavi sonrası dönemde gelişen psikososyal sorunlar ve destekleyici hemşirelik girişimleri. *Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(3): 58-64.
- İğci, E. (2021). *Meme kanseri hastası kadınların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası meta-kognitif inançlarının depresyon, anksiyete seviyeleri ve nüks korkusu seviyeleri üzerindeki etkisinin karşılaştırılması*. [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Kent Üniversitesi, İstanbul.
- İzci, F., İlğün, A.S, Fındıklı, E., ve Özmen, V. (2016). Meme kanserli hastalarda psikiyatrik belirtiler ve psikososyal sorunlar. *Meme Sağlığı Dergisi/Meme Sağlığı Dergisi*, 12 (3).
- Jacobsen, P. B. ve Jim, H. S. (2008). Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges. *CA: a cancer journal for clinicians*, 58(4), 214–230. <https://doi.org/10.3322/CA.2008.0003>
- Jassim, G. A., Whitford, D. L., Hickey, A. ve Carter, B. (2015). Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. *The Cochrane database of systematic reviews*, (5), CD008729. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008729.pub2>
- Jektaji, M. G. ve Khalkalı, V. (2015). Compare of metacognitive beliefs in women with breast cancer and healthy women. *Fen Bilimleri Dergisi (CFD)*, 36(4).
- Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Murray, T., Xu, J., Smigal, C. ve Thun, M. J. (2006). Cancer statistics, 2006. *CA: a cancer journal for clinicians*, 56(2), 106–130. <https://doi.org/10.3322/canjclin.56.2.106>
- Johnson Vickberg, S. M. (2001). Fears about breast cancer recurrence. *Cancer practice*, 9(5), 237–243. <https://doi.org/10.1046/j.1523-5394.2001.009005237.x>

- Kamsız, C. (2018). *Meme kanserinde mastektomi geçirmenin psikolojisi: Meme kanseri tanılı ve sağlıklı kadınlar arasında bir karşılaştırma*. [Yüksek Lisans Tezi]. T.C. Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Kanmaz, Z. (2019). *Meme kanseri hastalarında mastektomi ve mastektomi sonrası rekonstrüktif cerrahinin depresyon, benlik saygısı ve öz yeterlik inancı üzerindeki etkisinin incelenmesi*. [Yüksek Lisans Tezi]. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, İstanbul.
- Karabulutlu, E. Y., Bilici, M., Çayır, K., Tekin, S. B. ve Kantarcı, R. (2010). Coping, anxiety and depression in Turkish patients with cancer. *European Journal of General Medicine*, 7(3), 296- 302.
- Karakartal, D. (2017). Kanser tanısı almış hastaların ruh sağlıkları ile kişisel yardım ve destekleri. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 30(2), 583-599.
- Karanlık, H., Özmen, V., Asoğlu, O., İğci, A., Keçer, M., Tuzlalı, S., Müslümanoğlu, M., Aslay, I. ve Topuz, E. (2006). Meme kanseri cerrahi tedavisinin uzun dönem sonuçları. *Meme Sağlığı Dergisi* 2, 2.
- Kelsey, J. L. (1979). A review of the epidemiology of human breast cancer. *Epidemiologic reviews*, 1, 74-109.
- Kılınç, M. ve Doğan, A. (2014). Oortaokul 7. ve 8. sınıf öğrencilerinin internet bağımlılığı ile biliş üstü farkındalıklarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Electronic Turkish Studies*, 9(5).
- Knowles, S. R., Wilson, J. L., Connell, W. R. ve Kamm, M. A. (2011). Preliminary examination of the relations between disease activity, illness perceptions, coping strategies, and psychological morbidity in Crohn's disease guided by the common sense model of illness. *Inflammatory bowel diseases*, 17(12), 2551–2557. <https://doi.org/10.1002/ibd.21650>
- Kocaman, Yıldırım, N., Kaçmaz, N. ve Özkan, M. (2013) İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(3):153-158.
- Kocaman, N. (2008). Hastaların psikososyal tepkilerini etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 11:1, 101-112.

- Koch, L., Jansen, L., Brenner, H. ve Arndt, V. (2013). Fear of recurrence and disease progression in long-term (≥ 5 years) cancer survivors--a systematic review of quantitative studies. *Psycho-oncology*, 22(1), 1–11. <https://doi.org/10.1002/pon.3022>
- Koçak, S., Çelik, L., Özbaş, S., Sak, S. D., Tükün, A. ve Yalçın, B. (2011). Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 7(2).
- Kruk, J. (2007). Lifetime physical activity and the risk of breast cancer: a case-control study. *Cancer detection and prevention*, 31(1), 18–28. <https://doi.org/10.1016/j.cdp.2006.12.003>
- Kruk, J. (2012). Self-reported psychological stress and the risk of breast cancer; a case-control study. *Stress (Amsterdam, Netherlands)*, 15(2), 162-171.
- Kruk, J. ve Aboul-Enein, H. Y. (2004). Psychological stress and the risk of breast cancer: a case-control study. *Cancer detection and prevention*, 28(6), 399–408. <https://doi.org/10.1016/j.cdp.2004.07.009>
- Kutluk, T. ve Kars, A. (1998). Kanser konusunda genel bilgiler. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı, *Ankara: Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları*, 40-7,109-112.
- Kübler-Ross E. (1997). Ölüm ve Ölmek Üzerine. *Boyner Holding Yayınları*, İstanbul.
- Lashbrook, M. P., Valery, P. C., Knott, V., Kirshbaum, M. N. ve Bernardes, C. M. (2018). Coping strategies used by breast, prostate, and colorectal cancer survivors: A literature review. *Cancer nursing*, 41(5), E23–E39. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000528>
- Lauver, D.R., Connolly-Nelson, K. ve Vang, P. (2007). Stressors and coping strategies among female cancer survivors after treatments. *Cancer Nurs.* 30(2): 101-11. doi: 10.1097/01.NCC.0000265003.56817.2c. PMID: 17413775.
- Leal, I., Engebretson, J., Cohen, L., Rodriguez, A., Wangyal, T., Lopez, G. ve Chaoul, A. (2015). Experiences of paradox: a qualitative analysis of living with cancer using a framework approach. *Psycho-oncology*, 24(2), 138–146. <https://doi.org/10.1002/pon.3578>

- Lebel, S., Rosberger, Z., Edgar, L. ve Devins, G. M. (2007). Comparison of four common stressors across the breast cancer trajectory. *Journal of psychosomatic research*, 63(3), 225–232. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.02.002>
- Lengacher, C. A., Reich, R. R., Paterson, C. L., Ramesar, S., Park, J. Y., Alinat, C., Johnson-Mallard, V., Moscoso, M., Budhrani-Shani, P., Miladinovic, B., Jacobsen, P. B., Cox, C. E., Goodman, M. ve Kip, K. E. (2016). Examination of broad symptom improvement resulting from mindfulness-based stress reduction in breast cancer survivors: A randomized controlled trial. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 34(24), 2827–2834. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.65.7874>
- Lenzo, V., Sardella, A., Martino, G. ve Quattropani, M. C. (2020). A systematic review of metacognitive beliefs in chronic medical conditions. *Frontiers in psychology*, 10, 2875.
- Levenson, J. L. ve Bemis, C. (1991). The role of psychological factors in cancer onset and progression. *Psychosomatics*, 32(2), 124–132. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(91\)72083-5](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(91)72083-5)
- Levine, E.G., Yoo, G., Aviv, C., Ewing, C. ve Au, A. (2007). Ethnicity and spirituality in breast cancer survivors. *J Cancer Surviv*. Eylül;1(3): 212-25. doi: 10.1007/s11764-007-0024-z. PMID: 18648972.
- Lueboonthavatchai, P. (2007). Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmai het thangphaet*, 90(10), 2164–2174.
- Maheu, C., Hébert, M., Louli, J., Yao, T. R., Lambert, S., Cooke, A., Black, A. ve Kyriacou, J. (2019). Revision of the fear of cancer recurrence cognitive and emotional model by Lee-Jones et al with women with breast cancer. *Cancer reports (Hoboken, N.J.)*, 2(4), e1172. <https://doi.org/10.1002/cnr2.1172>
- Marrs, J. A. (2006). Stress, fears, and phobias: the impact of anxiety. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(3), 319.
- Matthews, E. E., Berger, A. M., Schmiede, S. J., Cook, P. F., McCarthy, M. S., Moore, C. M. ve Aloia, M. S. (2014). Cognitive behavioral therapy for insomnia outcomes in women after primary breast cancer treatment: a randomized, controlled trial. *Oncology nursing forum*, 41(3), 241–253. <https://doi.org/10.1188/14.ONF.41-03AP>

- McCartney, C. F., Cahill, P., Larson, D. B., Lyons, J. S., Wada, C. Y. ve Pincus, H. A. (1989). Effect of a psychiatric liaison program on consultation rates and on detection of minor psychiatric disorders in cancer patients. *The American journal of psychiatry*, 146(7), 898–901. <https://doi.org/10.1176/ajp.146.7.898>
- McEvoy, P. M. (2019). Metacognitive therapy for anxiety disorders: A review of recent advances and future research directions. *Curr Psychiatry Rep* 21, 29. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1014-3>
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T. ve Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of psychiatric research*, 45(8), 1027–1035. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>
- Meme Sağlığı Derneği, Belirtiler ve tanı. (2016). ([Http://memeder.org/meme-sagligi/meme-kanseri/belirtiler-ve-tani/](http://memeder.org/meme-sagligi/meme-kanseri/belirtiler-ve-tani/)) Erişim Tarihi: 22.02.2023
- Mols, F., Vingerhoets, A.J., Coebergh, J.W. ve van de Poll-Franse, L.V. (2009). Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychol Health*. Jun;24(5): 583-95. doi: 10.1080/08870440701671362. PMID: 20205013.
- Moorey, S., Greer, S., ve Greer, S. (2002). *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. (pp. 3-24). Oxford: Oxford University Press.
- Morris, T., Greer, S., Pettingale, K. W. ve Watson, M. (1981). Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *Journal of psychosomatic research*, 25(2), 111–117. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(81\)90098-2](https://doi.org/10.1016/0022-3999(81)90098-2)
- Mosher, C. E. ve Danoff-Burg, S. (2005). A review of age differences in psychological adjustment to breast cancer. *Journal of psychosocial oncology*, 23(2-3), 101–114. https://doi.org/10.1300/j077v23n02_07
- Moyer, A., Sohl, S. J., Knapp-Oliver, S. K. ve Schneider, S. (2009). Characteristics and methodological quality of 25 years of research investigating psychosocial interventions for cancer patients. *Cancer treatment reviews*, 35(5), 475–484. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2009.02.003>

- Mutlu, H. H., Bilican, F. I., Mutlu, H. H. ve Gümüş, M. (2018). A comparison of metacognitive factors among patients with cancer and the control group. *Psycho- oncology*, 27(4), 1277-1283.
- Natan, İ. (2000). *Kanser teşhisi almış hastalarda, kansere tepki tarzı ölçeğinin (mental adjustment to cancer scale) güvenilirlik ve geçerlik yönünden incelenmesi*, [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Ng, D. W. L., Kwong, A., Suen, D., Chan, M., Or, A., Ng, S. S., Foo, C. C., Fielding, B. F. S. ve Lam, W. W. T. (2019). Fear of cancer recurrence among Chinese cancer survivors: Prevalence and associations with metacognition and neuroticism. *Psycho- oncology*, 28(6), 1243–1251. <https://doi.org/10.1002/pon.5073>
- Nielsen, N. R. ve Grønbaek, M. (2006). Stress and breast cancer: a systematic update on the current knowledge. *Nature clinical practice. Oncology*, 3(11), 612–620. <https://doi.org/10.1038/ncponc0652>
- Okanlı, A. (2011). Kadınlarda mastektominin psikososyal etkileri. *Journal of Human Sciences*, 8(1).
- Osborn, R. L., Demoncada, A. C. ve Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *International journal of psychiatry in medicine*, 36(1), 13–34. <https://doi.org/10.2190/EUFN-RV1K-Y3TR-FK0L>
- Özakkaş, T. (2014). Anksiyete bozuklukları ve tedavisi. *Psikoterapi Enstitüsü, Eğitim Yayınları*, No:2.
- Özbaş, A. (2006). Meme kanserli ailelerde sorunlar ve çözümler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2 (3), 115-117.
- Özbek Güni, Ö., Özşenol, F., Oysul, K. ve Beyzadeoğlu, M. (2003). Radyoterapi uygulanan kanser hastalarının psikososyal yönden değerlendirilmesi. *T Klin J Med Sci*, 23, 189-93.
- Özcan, Ö. ve Çelik, G. G. (2017). Bilişsel davranışçı terapi. *Türkiye Klinikleri*, 3(2), 115-120.
- Özçınar, B., Güler, S. A., Özmen, V., Güllüoğlu, B. M., Kocaman, N., Özkan, M., Sarıçam, G., Müslümanoğlu, M., İğci, A. ve Keçer, M. (2010). Meme kanserinde lokal/bölgesel

- tedavi sonrası görülen komplikasyonlar ve bunların hasta yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 6(1).
- Özkan, S. ve Armay, Z. (2007). Psiko-onkoloji (1. Baskı). İstanbul: Novartis Oncology: 158
- Özkan, S. ve Alçalar, N. (2009). Meme kanserinin cerrahi tedavisinde psikolojik tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 5(2).
- Özkorumak, E., Tiryaki, A., Arslan, F. C. ve Yavuz, M. N. (2012). Psychological distress of women with breast cancer: Remission versus treatment. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 8(1).
- Özmen, V. (2008). Breast cancer in the world and Turkey [Dünyada ve Türkiye’de meme kanseri]. *The journal of breast health*, 4: 1-4.
- Perişan, N. (2018). *Kaygı, psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma yolları arasındaki ilişki: Üst bilişin aracı rolü*. [Yüksek Lisans Tezi]. T.C. Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Popescu, B. (2009). Metacognitive therapy [Üstbilişsel terapi]. The CBT distinctive features series. *Europe’s Journal of Psychology*, 5(4), 146-149. <https://doi.org/10.5964/ejop.v5i4.245>
- Ranieri, J., Guerra, F. ve Di Giacomo, D. (2020). Role of metacognition thinking and psychological traits in breast cancer survivorship. *Behavioral sciences (Basel, İsviçre)*, 10(9), 135. <https://doi.org/10.3390/bs10090135>
- Rosedale, M. (2009). Survivor loneliness of women following breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. Mart;36(2):175-83. doi: 10.1188/09.ONF.175-183. PMID: 19273406.
- Rosner, B., Colditz, G. A. ve Willett, W. C. (1994). Reproductive risk factors in a prospective study of breast cancer: the nurse’s health study. *American journal of epidemiology*, 139(8), 819–835. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a117079>
- Saniah, A. ve Zainal, M. (2010). Early anxiety, depression and coping strategies in breast cancer. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 19(2), 1-6.
- Savaş, E. (2023). Kanser sürecinde kognitif davranışsal temelli stres yönetim programı (1. Baskı). Nobel Akademik Yayıncılık, İstanbul.

- Savaş, E. (2020). Psikoonkoloji & Güncel Yaklaşımlar. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(2), 15-22.
- Schain, W. S. (1991). Breast reconstruction. Update of psychosocial and pragmatic concerns. *Cancer*, 68(5 Suppl), 1170–1175. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19910901\)68:5+<1170: aid-cnrcr2820681309>3.0.co;2-a](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19910901)68:5+<1170: aid-cnrcr2820681309>3.0.co;2-a)
- Schmidt, J. L., Wetzell, C. M., Lange, K. W., Heine, N. ve Ortmann, O. (2017). Patient's experience of breast reconstruction after mastectomy and its influence on postoperative satisfaction. *Archives of gynecology and obstetrics*, 296(4), 827–834. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4495-5>
- Schraw, G. (1998). Promoting general metacognitive awareness. *Instructional science*, 26(1-2), 113-125.
- Schwarz, S., Messerschmidt, H. ve Dören, M. (2007). Psychosoziale Einflussfaktoren für die Krebsentstehung. *Medizinische Klinik (Munich, Almanya: 1983)*, 102(12), 967–979. <https://doi.org/10.1007/s00063-007-1128-y>
- Sertöz, Ö., Mete, E., Noyan, A., Alper, M. ve Kapkaç, M. (2004). Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel davranış, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4), 264- 275.
- Soylu, C. (2014). Kanser hastalarında bilissel davranışçı terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(3), 257.
- Stafford, L., Foley, E., Judd, F., Gibson, P., Kiropoulos, L. ve Couper, J. (2013). Mindfulness-based cognitive group therapy for women with breast and gynecologic cancer: a pilot study to determine effectiveness and feasibility. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 21(11), 3009–3019. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1880-x>
- Stafford, L., Thomas, N., Foley, E., Judd, F., Gibson, P., Komiti, A., Couper, J. ve Kiropoulos, L. (2015). Comparison of the acceptability and benefits of two mindfulness-based interventions in women with breast or gynecologic cancer: a pilot study. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 23(4), 1063–1071. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2442-6>

- Stark, D. P. ve House, A. (200). Anxiety in cancer patients. *British journal of cancer*, 83(10), 1261-1267. <https://doi.org/10.1054/bjoc.2000.1405>
- Suzuki, R., Ye, W., Rylander-Rudqvist, T., Saji, S., Colditz, G. A. ve Wolk, A. (2005). Alcohol and postmenopausal breast cancer risk defined by estrogen and progesterone receptor status: a prospective cohort study. *Journal of the National Cancer Institute*, 97(21), 1601–1608. <https://doi.org/10.1093/jnci/dji341>
- Şahin, M. (2019). Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(10), 117-135.
- Şener, Ş., Günel, N., Akçalı, Z., Şenol, S. ve Koçkar A.İ. (1999). Meme kanserinin ruhsal ve sosyal etkileri üzerine bir çalışma. *Klinik Psikiyatri*, 2:254-260.
- Şenormancı, Ö., Konkan, R., Güçlü, O. G. ve Sungur, M. Z. (2012). Obsesif kompulsif bozukluğun metakognitif modeli. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(3), 335-349.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser nedir (2017). <https://hsgmdstek.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri> Erişim Tarihi: 17.02.2023
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Meme kanseri (2017). <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/meme-kanseri.html> Erişim Tarihi: 17.02.2023
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Türkiye kanser istatistikleri (2020). https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/Trkiye_Kanser_statistikleri_2015.pdf Erişim Tarihi: 17.02.2023
- Tamam, L. ve Demirkol, M. E. (2019). Anksiyete bozuklukları. *Bütüncül Tıp: Birinci Basamakta ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı-Tedavi*, 1641, 1644.
- Thewes, B., Bell, M. L. ve Butow, P. (2013). Fear of cancer recurrence in young early-stage breast cancer survivors: the role of metacognitive style and disease-related factors. *Psycho-oncology*, 22(9), 2059–2063. <https://doi.org/10.1002/pon.3252>
- Thewes, B., Bell, M. L. ve Butow, P. (2013). Fear of cancer recurrence in young early-stage breast cancer survivors: the role of metacognitive style and disease-related factors. *Psycho-oncology*, 22(9), 2059–2063. <https://doi.org/10.1002/pon.3252>

- Tosun, A. ve Irak, M. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe uyarlaması, geçerliği, güvenirliği, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 67-80.
- Tsaras, K., Papathanasiou, I. V., Mitsi, D., Veneti, A., Kelesi, M., Zyga, S. ve Fradelos, E. C. (2018). Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: prevalence and associated factors. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 19(6), 1661.
- Tunç Aksan, A. ve Gizir, C. A. (2019). Meme kanseri tanısı almış kadınların hastalık temsilleri ve başa çıkma tarzları ile kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 9 (54), 623-658.
- Turgut, G. E., Yüksel, B.C., Polat, E., Yıldız, Y., Berkem, H., Özel, H. ve Hengirmen, S. (2009). Meme yakınması ile başvuran kadınlardaki kaygıyı [anksiyeteyi] etkileyen faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi, Cilt: 5, Sayı: 2*, 92-97.
- Tünel, M. (2011). *Meme kanserli hastalarda cerrahi tedavi öncesi ve sonrası anksiyete ve depresyon düzeyi*. [Uzmanlık Tezi]. Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Tünel, M., Vural, A., Evlice, Y. E. ve Tamam, L. (2012). Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(3), 189-219.
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 4, 12-16.
- Uçar, T. (2008). *Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı ve eş uyumu üzerine etkisinin incelenmesi*. [Yüksek Lisans Tezi]. İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Ufuk, B., Çakmak, S. ve Şükrü, U. (2013). Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4), 441-459.
- Uludağ, E., Türkcü, S. G. ve Özkan, S. (2022). Jinekolojik kanser tanısı konulan kadınların kansere karşı tepki tarzları ile öz bakım gücü arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 14(2): 364-371.
- Ülger, E., Alacalıoğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L. ve Tarhan, M. O. (2014). Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2), 85-92.

- Ünüvar, E. (2017). *Erken evre kanser hastalarında psikoeğitimin anksiyete ve depresyon üzerindeki etkisi*. [Yüksek Lisans Tezi]. Ege Üniversitesi, İzmir.
- van Helmondt, S. J., van der Lee, M. L. ve de Vries, J. (2016). Study protocol of the CAREST-trial: a randomised controlled trial on the (cost-) effectiveness of a CBT-based online self-help training for fear of cancer recurrence in women with curatively treated breast cancer. *BMC cancer*, 16, 527. <https://doi.org/10.1186/s12885-016-2562-0>
- Varghese, P., Gattuso, J. M., Mostafa, A. I., Abdel-Rahman, A. T., Shenton, K. C., Ryan, D. A., Jones, J. L., Wells, C. A., Mair, G., Kakkar, A. K. ve Carpenter, R. (2008). The role of radiotherapy in treating small early invasive breast cancer. *European journal of surgical oncology: the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*, 34(4), 369–376. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2007.04.008>
- Veysel, O. ve Kahyaoğlu, M. (2007). İlköğretim öğretmenlerinin biliş ötesi öğrenme stratejilerin belirlenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (6), 129-146.
- Vivar, C. G. ve McQueen, A. (2005). Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer. *Journal of advanced nursing*, 51(5), 520–528. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03524.x>
- Wang, F., Liu, J., Liu, L., Wang, F., Ma, Z., Gao, D., Zhang, Q. ve Yu, Z. (2014). The status and correlates of depression and anxiety among breast-cancer survivors in Eastern China: a population-based, cross-sectional case-control study. *BMC public health*, 14, 326. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-326>
- Wang, X., Wang, S. S., Peng, R. J., Qin, T., Shi, Y. X., Teng, X. Y., Liu, D. G., Chen, W. Q. ve Yuan, Z. Y. (2012). Interaction of coping styles and psychological stress on anxious and depressive symptoms in Chinese breast cancer patients. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 13(4), 1645–1649. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2012.13.4.1645>
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 23(3), 301-320.

- Williams, S. ve Dale, J. (2006). The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. *British journal of cancer*, 94(3), 372–390. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6602949>
- World Health Organization, Breast cancer: Prevention and control. Erişim Tarihi: 17.02.2023
- World Health Organization, Cancer. Erişim Tarihi: 17.02. 2023
- Yanez, B., Edmondson, D., Stanton, A. L., Park, C. L., Kwan, L., Ganz, P. A. ve Blank, T. O. (2009). Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: relative contributions of having faith and finding meaning. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(4), 730–741. <https://doi.org/10.1037/a0015820>
- Yazar, R. ve Tolan, Ö. (2020). Investigation of the relationships between metacognitive functions and subjective well-being and depression, anxiety and stress levels in adult individuals. *Research on Education and Psychology*, 4(2), 172-193.
- Yıldırım, E. (2018). *Anksiyete bozukluğu olgularında ölüm anksiyetesi sıklığının incelenmesi*. [Yüksek Lisans Tezi]. T.C. Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Yıldırım, S. ve Gürkan, A. (2010). Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 26(1), 87-98.
- Yılmaz, M. ve Yazgı, Z. G. (2019). Onkoloji hastalarının yaşadığı psikososyal sorunlarla baş etmesinde hemşirenin rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 60-70.
- Yıldırım, N. K., Özkan, M., Özkan, S., Özçınar, B., Güler, S. A. ve Özmen, V. (2009). Meme kanserli hastaların tedavi öncesi ve sonrası anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi: Bir Yıllık Prospektif Değerlendirme Sonuçları. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 46(4), 175.
- Zahedian, E., Bahreini, M., Ghasemi, N. ve Mirzaei, K. (2020). The effectiveness of group meta-cognitive therapy on depression, cognitive emotional regulation, and meta-cognitive beliefs in women with breast cancer: A randomized clinical trial.
- Zimmermann, F. F., Burrell, B. ve Jordan, J. (2018). The acceptability and potential benefits of mindfulness-based interventions in improving psychological well-being for adults with advanced cancer: A systematic review. *Complementary therapies in clinical practice*, 30, 68–78. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.12.014>

- Zimmermann, T., Heinrichs, N. ve Baucom, D. H. (2007). "Does one size fit all?" moderators in psychosocial interventions for breast cancer patients: a meta-analysis. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 34(3), 225–239. <https://doi.org/10.1007/BF02874548>
- Ziner, K.W., Sledge, G.W., Bell, C.J., Johns, S., Miller, K.D. ve Champion, V.L. (2012) Predicting fear of breast cancer recurrence and self-efficacy in survivors by age at diagnosis. *Oncol Nurs Forum*, *Mayıs:1*;39(3): 287-295. doi: 10.1188/12.ONF.287-295. PMID: 22543387; PMCID: PMC5018900.



EKLER

EK 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli katılımcı, bu formun amacı katılmanız rica edilen araştırma ile ilgili olarak sizi bilgilendirmek ve katılmanız ile ilgili izin almaktır.

Bu tez çalışması, Dr. Öğr. Üyesi Esra Savaş danışmanlığında, İstanbul Kent Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programı öğrencisi İlayda Cebeciler tarafından yürütülmektedir. Çalışma spesifik olarak erken evrede meme kanseri tanısı almış (1. ve 2. evre kanser grubunda olarak tanımlanan) ve meme kanseri sonrası iyileşme döneminde bulunan 23 – 65 yaş aralığındaki kadın gruplarını ele almaktadır. Çalışmada her iki grupta meme kanseriyle birlikte sıkça gözlemlenen anksiyete belirtilerinin üzerindeki üst bilişlerin ve kansere tepki tarzlarının etkisini incelemek amaçlanmaktadır.

Katılım gönüllülük esasına dayalı olup, bu çalışmadan elde edilecek bilgiler, tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Verileriniz kimliğinizi yansıtmayacak şekilde yayın amacı ile kullanılabilir. Araştırmada ve yayında bireysel sonuçlar değil grup sonuçları değerlendirilecektir.

Katılmaya karar verdikten sonra istediğiniz zaman çalışmayı kesme hakkınız bulunmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, tüm soruları eksiksiz doldurmanız ve cevaplar arasında size en uygun geleni işaretlemenizdir.

Katılımınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederiz.

Araştırmanın bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı açıklama aşağıda belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı İmzası:

Tarih:

Sorumlu Araştırmacının Adı, Soyadı: İlayda Cebeciler

Araştırmanın Adı: Erken evre ve remisyondaki meme kanseri kadınlarda metakognitif inançlar ve kansere tepki tarzlarının anksiyete düzeyine etkisi

EK 2. Sosyo-demografik Veri Formu

Yaş:

Yaşadığınız Yer:

Büyükşehir () Şehir () İlçe () Köy ()

Eğitim Düzeyi:

İlkokul () Lise () Lisans () Lisansüstü () Doktora ()

Mesleğiniz:

Çalışma Durumunuz:

Çalışıyor () Çalışmıyor () Emekli () Öğrenci ()

Hastalığınızın evresi:

Tanı Evresi (Evre I veya II) () Tedavi Sonrası İyileşme Dönemi () Nüks ()

Hastalığınız hakkında bilginiz yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet () Hayır ()

Aldığınız tedaviden memnuniyetiz:

() Çok memnunum () Memnunum () Kararsızım () Memnun değilim () Hiç memnun değilim

Tanısı konmuş ve devam eden bir psikolojik rahatsızlığınız mevcut mu?

Evet () Hayır ()

Evet ise belirtiniz:

Başka bir kronik hastalığınız var mı?

Evet () Hayır () Evet ise belirtiniz:

EK 3. Üst Biliş Ölçeği (ÜBÖ)

Bu anket kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafından ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz (1: kesinlikle katılmıyorum; 2: kısmen katılmıyorum; 3 kısmen katılıyorum; 4: kesinlikle katılıyorum). Lütfen tüm maddeleri cevaplandırınız. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

	Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Endişelenmem benim için tehlikelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Eğer beni endişelendiren bir düşüncüyü kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Düşüncelerimi izlerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Belleğim zaman zaman beni yanıltır.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Endişelerim beni delirtebilir.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Düşündüğümün her an farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Zayıf bir belleğim vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeme yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Belirli şeyleri düşünmek kötüdür.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Belleğime güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm	(1)	(2)	(3)	(4)

© MCQ-30 Questionnaire telif hakkı sahiplerinin izniyle araştırma amaçlı kullanılmaktadır [Kaynak: Wells, A & Cartwright-Hatton, S. (2004). *Beh. Res. and Therapy*, 42; 385–396.]. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması için Tosun, A., & Irak M. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe uyarlaması, geçerliği, güvenirliği, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 67-80.

Ek 4. Kansere Tepki Tarzı Ölçeği

Aşağıda insanların kanser hastası olmaya verdikleri tepkileri tanımlayan ifadeler vardır. Her bir ifadenin sağında bulunan, ifadenin sizin şu anki durumunuza uygunluk derecesini gösteren rakamlardan birini işaretleyiniz. Örneğin ifade size kesinlikle uymuyorsa ilk sütundaki bir numarayı daire içine almalısınız.

TEPKİLER	Kesinlikle Bana Uymuyor	Bana Uymuyor	Bana Uyuyor	Kesinlikle Bana Uyuyor
1.Sağlığımı düzelteceğine inandığım şeyleri yapmaktayım. Ör: Beslenmemi değiştirdim.	1	2	3	4
2.Kendimi neşelendirmek için bir şeyler yapabileceğim düşüncesinde değilim.	1	2	3	4
3.Sağlık problemlerim, gelecekle ilgili problemlerimi engelliyor.	1	2	3	4
4.Olumlu düşüncelerimin sağlığıma yararlı olacağına inanıyorum.	1	2	3	4
5.Hastalığımın üzerinde durmuyorum.	1	2	3	4
6.İyileşeceğime kesinlikle inanıyorum.	1	2	3	4
7.Ne yaparsam yapayım değişen bir şey olmayacak.	1	2	3	4
8.Her şeyi doktorlara bıraktım.	1	2	3	4
9. Hayattan umut kestim.	1	2	3	4
10.Sağlığımı düzelteceğine inandığım şeyler yapmaktayım. Ör: Egzersiz yapıyorum.	1	2	3	4
11.Kanser teşhisinden beri				

hayatın ne kadar değerli olduğunu anladım, onu daha iyi değerlendirmeye çalışıyorum.	1	2	3	4
12.Kendimi tanrının ellerine bıraktım.	1	2	3	4
13.Geleceğe yönelik planlarım var. Ör: tatil, ev, iş değiştirme	1	2	3	4
14.Kanserin tekrarlamasından veya ilerlemesinden endişe ediyorum.	1	2	3	4
15. İyi bir hayatım oldu. Geriye kalanı bir hediye olarak görüyorum.	1	2	3	4
16.Moralimin sağlığını çok etkileyebileceğini düşünüyorum.	1	2	3	4
17.Kendime yardım edebilmek için yapabileceğim bir şey olduğunu sanmıyorum	1	2	3	4
18. Hayatımı her zamanki gibi sürdürmeye çalışıyorum	1	2	3	4
19. Benimle aynı durumdaki insanlarla görüşmek isterim.	1	2	3	4
20. Kanserle ilgili her şeyi geçmişte bırakmaya kararlıyım.	1	2	3	4
21. Bunun benim başıma nasıl geldiğine inanmakta güçlük çekiyorum.	1	2	3	4
22.Hastalığım hakkında büyük endişe duyuyorum.	1	2	3	4
23. Gelecekte pek umudum yok.	1	2	3	4
24.İçinde bulunduğum günü yaşıyorum, geleceği düşünemiyorum.	1	2	3	4
25.Pes edesim geliyor.	1	2	3	4
26.Hastalığımla ilgili şakalar yapmaya çalışıyorum.	1	2	3	4

27. Başka insanlar benim için benden fazla endişeleniyorlar.	1	2	3	4
28. Durumu daha da kötü olan insanları düşünüyorum.	1	2	3	4
29. Kanserle ilgili edinebileceğim bütün bilgileri edinmeye çalışıyorum.	1	2	3	4
30. Olup bitenleri kontrol edemiyorum.	1	2	3	4
31. Yapabildiğimce olumlu bir tutum içinde olmaya çalışıyorum.	1	2	3	4
32. Kendimi başka şeylerle meşgul ediyorum. Böylece hastalığımı düşünmek için vaktim olmuyorum.	1	2	3	4
33. Kanser hakkında daha fazla şeyler öğrenmekten kaçınıyorum.	1	2	3	4
34. Hastalığımı mücadele olarak görüyorum.	1	2	3	4
35. Hastalığım hakkında kaderciyim.	1	2	3	4
36. Ne yapacağımı bilemiyorum.	1	2	3	4
37. Başıma gelenlerden dolayı çok öfkeliyim.	1	2	3	4
38. Gerçekten kansere yakalandığıma inanmıyorum.	1	2	3	4
39. Tanrı'nın bana verdiklerine şükrediyorum.	1	2	3	4
40. Hastalıkla savaşılmaya çalışıyorum.	1	2	3	4

Ek 5. Yaygın Anksiyete Ölçeği- Revizeli (GADS- R)

Endişelenmek*: evham yapmak, gelecekte olabilecek kötü olay ve sıkıntılar hakkında düşünüp durmak, kurmak

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ – REVİZE EDİLMİŞ (GADS-R)

1. Son 1 hafta boyunca endişeleriniz* sizin için ne kadar sıkıntı verici/engelleyici oldu? (Aşağıdaki sayılardan birini daire içine alın.)

1	2	3	4	5	6	7	8
Hiç			Orta düzeyde			Aşırı düzeyde- olabileceğinin en kötüsü	

2. Son 1 hafta boyunca olaylar üzerine ne kadar süre endişelendiniz*? (Aşağıdaki sayılardan birini daire içine alın.)

1	2	3	4	5	6	7	8
Hiç			Zamanın yarısında			Her zaman	

3. Son 1 hafta boyunca endişenizle* başa çıkabilmek için aşağıdakilerin her birini ne sıklıkla yaptınız? (Her bir maddenin yanına aşağıdaki ölçekten bir sayı yerleştirin.)

1	2	3	4	5	6	7	8
Hiç			Zamanın yarısında			Her zaman	

Dikkatimi dağıtmaya çalıştım ____	Bir şeyleri düşünmemeye çalıştım ____
Düşünmemi kontrol altına almaya çalıştım ____	Kanıt aradım ____
Bir şeyleri çözümlemeye çalıştım ____	Temkinli davrandım ____
Rahatlamak için güvence aradım ____	Eğer endişelerim doğru çıkarsa nasıl baş edebileceğimi planladım ____
Kendimle/kendi kendime konuştum ____	

4. Son 1 hafta boyunca endişelenmenizi* önlemek için ne sıklıkla aşağıdakilerden kaçındınız?
(Her bir maddenin yanına aşağıdaki ölçekten bir sayı yerleştirin.)

1	2	3	4	5	6	7	8
Hiç			Zamanın			Her zaman	
			yarısını				

Yeni konular/sorunlar/durumlar	Hastalık düşünceleri
Sosyal ortamlar	Kayıp/Kaza ile ilgili düşünceler
Belirsizlik	Diğer (belirtiniz):

5.Aşağıda insanların endişeleri* hakkındaki birtakım inançları yer almaktadır. Her maddeye ne kadar inandığınızı aşağıdaki ölçekten bir sayıyı yanlarına yerleştirerek belirtiniz.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Buna hiç inanmıyorum.								Bunun doğruluğuna tamamen inanıyorum		

Endişelenmekten* çıldırabilirim	Endişelenmek* sorunlarla baş etmeme yardımcı olur.
Endişelenmek* bana zarar verebilir	Eğer endişelenirsem* önceden hazırlıklı olurum.
Endişelenmek* vücuduma yük bindirir	Endişelenmek* beni güvende tutar
Eğer endişemi* kontrol edemezsem, endişelerim beni kontrol edecektir	Endişelenmek* işleri halletmeme yardımcı olur
Endişelenmem* kontrol altına alınamaz/kontrol edilemez.	Eğer endişelenmeseydim*, kötü birşey olurdu
Eğer çok endişelenirsem* kontrolü kaybedebilirim	Endişelenmek* sorunları çözmeme yardımcı olur

ÖZ GEÇMİŞ

2020 yılında İstanbul Bilgi Üniversitesi İngilizce Psikoloji bölümünden mezun oldu. Lisans öğrenimi boyunca özel bir hastanede klinik psikoloji stajını tamamladı, özel öğrenme güçlüğü alanında çocuklar ve aileleri ile çalıştı. Bilişsel davranışçı terapi ve onun alt ekolleri olan farkındalık temelli teknikler, metakognitif terapiler gibi üçüncü nesil terapiler üzerine çeşitli eğitimler aldı. Klinik psikoloji yüksek lisans eğitim sırasında özel bir hastanenin geropsikiyatri servisinde gönüllü psikolog olarak görev aldı, çevrimiçi bir psikolojik danışmanlık sitesinde içerik yazarı olarak çalışmaya ve yetişkin danışanlar görmeye başladı. Son olarak İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi tıbbi onkoloji servisinde ve Psiko-onkologlar Derneğinde gönüllü psikolog olarak görev aldı. Şu an alana dair eğitimler almayı sürdürmekle birlikte onkoloji hastalarıyla da çalışmakta olup, danışan görmeye devam etmektedir.