

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**MEME KANSERİ HASTASI KADINLARIN AMELİYAT
ÖNCESİ VE AMELİYAT SONRASI META-KOGNİTİF
İNANÇLARININ DEPRESYON, ANKSİYETE SEVİYELERİ
VE NÜKS KORKUSU SEVİYELERİ ÜZERİNDEKİ
ETKİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ecenaz İĞCİ

Enstitü Anabilim Dalı: Psikoloji

Enstitü Bilim Dalı: Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Anıl GÜNDÜZ

İSTANBUL –2021

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**MEME KANSERİ HASTASI KADINLARIN AMELİYAT
ÖNCESİ VE AMELİYAT SONRASI META-KOGNİTİF
İNANÇLARININ DEPRESYON, ANKSİYETE SEVİYELERİ
VE NÜKS KORKUSU SEVİYELERİ ÜZERİNDEKİ
ETKİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ecenaz İĞCİ

Enstitü Anabilim Dalı: Psikoloji

Enstitü Bilim Dalı: Klinik Psikoloji

“Bu tez ____/____/2021 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği/Oyçokluğu ile kabul
edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta 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.

Ecenaz İĞCİ

15.06.2021



ÖNSÖZ

Bu tez, planlanma aşamasından itibaren alanında uzman birçok doktorun emeğiyle birlikte tarafımda özenle yazılmıştır. Yüksek lisans eğitim sürecimde kendisinden ders dinlemiş olduğum için kendimi şanslı hissettiğim çok değerli hocam Dr. Anıl Gündüz'e tezimin planlanma ve yazılma aşamasında benimle bilgi ve birikimlerini paylaşması ve danışmanım olarak bana yol gösterici olması sebebiyle teşekkürü bir borç bilirim.

Yeğeni olmaktan onur ve gurur duyduğum, hayatımın her alanında benden desteğini esirgemeyen çok kıymetli amcam Prof. Dr. Abdullah İğci bu tezin yazılmasında büyük öneme sahiptir. Kendisine katkılarından dolayı minnettarım.

Meme kanseri alanında benimle gerek tıbbi gerek akademik bilgilerini paylaşan ve benden desteklerini esirgemeyen Prof. Dr. Nazmiye Kocaman Yıldırım, Dr. Nilüfer Yıldırım, Dr. Enver Özkurt ve Atilla Bozdoğan'a şükranlarımı sunmakla birlikte araştırma sürecimde yardımları ve güler yüzlü çalışma ortamları sayesinde kendimi evimde gibi hissetmemi sağlayan İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Meme Hastalıkları ve Cerrahisi C Servisi doktorları, hemşireleri ve tüm çalışanlarına teşekkürlerimi ve sevgilerimi iletmek isterim.

Son olarak hayatım boyunca benim için ve benimle birlikte emek harcayan annem, babam ve abime göstermiş oldukları sabır ve destek için teşekkürlerimi sunarım.

Ecenaz İGÇİ

15.06.2021

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

KISALTMALAR	i
TABLO LİSTESİ	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: LİTERATÜR TARAMASI	6
1.1.Meme Kanseri.....	6
1.1.1. Memenin Tanımı.....	6
1.1.2. Meme Kanserinin Tanımı ve Türleri	6
1.1.3. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi	6
1.1.4. Meme Kanserinin Belirtileri	6
1.1.5. Meme Kanseri Risk Faktörleri.....	7
1.1.6. Meme Kanseri Tedavi Yöntemleri.....	7
1.2. Anksiyete	9
1.2.1.Anksiyete Bozuklukları Türleri	10
1.2.2. Anksiyete Belirtileri.....	10
1.2.3. Anksiyete Risk Faktörleri	11
1.2.4. Anksiyetenin Tedavi Yöntemleri.....	11
1.2.5. Meme Kanseri ve Anksiyete	12
1.3. Depresyon	14
1.3.1.Depresyon Bozuklukları Türleri	15
1.3.2.Depresyonun Belirtileri.....	15
1.3.3. Depresyonun Risk Faktörleri	15
1.3.4. Depresyonun Tedavi Yöntemleri.....	16
1.3.5. Meme Kanseri ve Depresyon.....	16
1.4. Nüks Korkusu	19
1.5. Metakognisyon	21
1.6. Kanser ve Metakognisyon Arasındaki İlişki	23
1.7. Meme Kanseri ve Metakognisyon Arasındaki İlişki	25
1.8. Nüks Korkusu ve Metakognisyon Arasındaki İlişki.....	25
1.9. Meme Kanserinde Nüks Korkusu ve Metakognisyon Arasındaki İlişki	26

BÖLÜM 2: YÖNTEM	28
2.1.Yöntem	28
2.2.Örnekleme	28
2.3.Kullanılan Araç ve Gereçler	29
2.3.1.Sosyo-Demografik Veri Formu	29
2.3.2.Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği.....	29
2.3.3.Kanser Nüks Korkusu Envanteri	29
2.3.4.Üst Biliş Ölçeği.....	30
BÖLÜM 3: BULGULAR	31
SONUÇ VE DEĞERLENDİRME	44
KAYNAKÇA	50
EKLER	59
ÖZGEÇMİŞ	69

KISALTMALAR

CAS	: Cognitive Attentional Syndrome
DSM 5	: Diagnostic Statistical and Manual of Mental Disorders 5
FCRI	: Fear of Cancer Recurrence Inventory
HAD	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
KNKE	: Kanser Nüks Korkusu Envanteri
MCQ-30	: Meta-Cognition Questionnaire
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SREF	: Self-Regulatory Executive Function
ÜBÖ-30	: Üst Biliş Ölçeği

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1: Olguların Demografik Özellikleri(N=45)	31
Tablo 2: Olguların Meme Kanseri ve Psikolojik Risk Faktörleri	32
Tablo 3: Olguların Tanı ve Tedavi Özellikleri	33
Tablo 4: Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Olguların HAD Ölçeği Puanları	34
Tablo 5: Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Olguların Üstbilis Ölçeği-30 Puanları	35
Tablo 6: Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Olguların KNKE Puanları	36
Tablo 7: Ameliyat Öncesi ve Sonrası HAD, KNKE ve Üstbilis Ölçeği-30 Ölçekleri Arasındaki İlişki Düzeyi	37
Tablo 8: Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Hastaların Ameliyat Sonrası Anksiyete Düşüş Oranları ve Hastalarda Ameliyat Sonrası Anksiyetede Düşüş Görülme Durumuna Göre HAD Ölçeği Üstbilis Ölçeği ve KNKE Puan Ortalamaları (N=45)38	
Tablo 9: Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Hastaların Ameliyat Sonrası İşlevsel Bozukluk Artış Oranları ve Hastalarda Ameliyat Sonrası İşlevsel Bozukluk Artışı Görülme Durumuna Göre HAD Ölçeği Üstbilis Ölçeği ve KNKE Puan Ortalamaları (N=45)	40
Tablo 10: Ameliyat Sonrası Anksiyete Düşüşü ile İlişkili Faktörler- Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları	42
Tablo 11: Ameliyat Sonrası İşlevsel Bozukluk Artışı ile İlişkili Faktörler- Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları.....	43

ÖZET

İstanbul Kent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü - Yüksek Lisans Tez Özeti

Tezin Başlığı: Meme Kanseri Hastası Kadınların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Meta-Kognitif İnançlarının Depresyon, Anksiyete Seviyeleri ve Nüks Korkusu Seviyeleri Üzerindeki Etkisinin Karşılaştırılması

Tez Sahibi: Ecenaz İĞCİ

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Anıl GÜNDÜZ

Kabul Tarihi: 15.06.2021

Sayfa Sayısı: iv (ön kısım) + 58 (tez) + 7 (ek)

Anabilim Dalı: Psikoloji

Bilim Dalı: Klinik Psikoloji

Araştırmanın hedefi meme kanseri hastası kadınların meta-kognisyonlarının depresyon, anksiyete seviyeleri ve kanser nüks korkusu seviyelerine olan etkisini ameliyat öncesinde ve ameliyat sonrasında karşılaştırmak ve değişkenlerin değerleri arasında oluşacak farkı etkileyen faktörleri belirlemektir. Araştırmanın örneklemi İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Meme Hastalıkları ve Cerrahisi Kliniğine başvurup meme kanseri tanısı alan 45 kadın katılımcıdan oluşmaktadır. “Sosyodemografik Veri Formu”, “Üst Biliş Ölçeği 30 (ÜSÖ 30)”, “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)” ve “Kanser Nüks Korkusu Envanteri (KNKE)” ile araştırmanın verileri toplanmıştır. Araştırmanın veri analizi yapılırken SPSS 25.0 programı kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda; ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde anksiyete, depresyon, üst biliş ve nüks korkusu puanları arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Ek olarak ameliyat öncesine kıyasla ameliyat sonrası anksiyete puanında anlamlı derece bir düşme ve KNKE’nin işlevsel bozukluklar alt ölçeği puanında anlamlı derecede bir artış gözlenmektedir. Anksiyete ve işlevsel bozukluklar puanlarındaki anlamlı değişimi etkileyen faktörler ise lojistik regresyon analizi ile açıklanmıştır. Bu çalışmadan elde edilen bulgular geçmişte yapılmış araştırma bulguları eşliğinde tartışılarak açıklanmış ve gelecekte yapılması planlanan araştırmalar için önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: meme kanseri, meta-kognisyon, anksiyete, depresyon, nüks korkusu

ABSTRACT

İstanbul Kent University, Institute of Social Sciences – Abstract of Master’s Thesis

Title of the Thesis: Comparison of the Effects of Preoperative and Postoperative Meta-Cognitive Beliefs of Women with Breast Cancer on Depression, Anxiety Levels and Fear of Relapse

Author: Ecenaz İĞCİ

Supervisor: Dr. Lecturer Anıl GÜNDÜZ

Date: 15.06.2021

Nu. of pages: iv (pre text) + 58 (main body) + 7 (App.)

Department: Psychology

Subfield: Clinical Psychology

The aim of this study is to compare the effects of meta-cognitions of women with breast cancer on their depression, anxiety levels and fear of cancer recurrence levels before and after surgery and to determine the factors that affect the difference between the values of the variables. The sample of the study consists of 45 female participants who applied to the Breast Diseases and Surgery Clinic of Istanbul University Istanbul Medical Faculty Hospital, Department of General Surgery and were diagnosed with breast cancer. The data of the study were collected using "Sociodemographic Data Form", "Meta-Cognitions Questionnaire 30 (MCQ 30)", "Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)" and "Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI)". While analyzing the data of the research, SPSS 25.0 program was used. As a result of the analysis made; There is a positive correlation between anxiety, depression, metacognition and fear of recurrence scores in the preoperative and postoperative periods. In addition, while a significant decrease in postoperative anxiety score was revealed compared to preoperative, a significant increase was found in the functioning impairments subscale score of FCRI. Factors affecting the significant change in anxiety and functioning impairments scores were explained by logistic regression analysis. The findings of this study were discussed and explained with the past research findings and recommendations were made for future studies.

Keywords: breast cancer, metacognition, anxiety, depression, fear of cancer recurrence

GİRİŞ

Meme, hem kadında hem erkekte bulunan bir organ olmasına karşın, kadınlar için daha işlevsel olan ve çeşitli anlamların yüklendiği önemli bir organdır. Her kadın için farklı bir anlamı olan meme; bebek emziren kadınlar için “annelik” anlamına gelebileceği gibi, kimi kadınlar için; güzellik, cinsellik, dişilik gibi anlamlara sahip olabilir. Kadınlar için birçok yönden anlam taşıyabilen ve bireylerin beden algısını etkileyen meme, hem fiziksel olarak hem psikolojik olarak büyük bir etkiye sahiptir. Böyle önemli bir organın “ölümcül” olarak algılanan kanserli hücrelere sahip olması durumunda da kişiler psikolojik olarak olumsuz etkilenebilirler.

Tıp alanında her geçen gün ilerleyici gelişmeler olmasına rağmen çoğunlukla insanlar için kanser hastalığı “ölüm, acı çekme, ağrı ve acı ile ölme, başkasının bakımına ihtiyaç duyma, yaşamının kontrolüne sahip olamama” gibi anlamlara gelmektedir (Noyan, 2012: 305). Kanser hastalığı ile ilgili bu algı ve özellikle meme kanseri hastalarında gerektiğinde memenin alınması yani mastektomi uygulanması ile birlikte hastanın memeye yüklediği anlamları kaybedecek olması psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasına zemin hazırlayan sebeplerdir. Literatüre bakıldığında kanser hastalarında komorbid olarak psikiyatrik hastalığa rastlanma oranının %30-40 olduğu görülmektedir (Tokgöz ve ark., 2008: 60). Özellikle, geleceğin belirsizliği, umut yitimi ve kayıp algısı gibi duygu ve düşünceler anksiyete ve depresyon gelişmesine neden olur. Bunlara ek olarak, meme kanseri hastalarının hastalıklarının seviyesi ve tedavi türleri fark etmeksizin hastalıklarının herhangi bir döneminde depresyon ve anksiyete gibi psikolojik rahatsızlıklar meydana gelmesi beklenmektedir. Sağlıklı kadınlar ile karşılaştırıldıklarında meme kanseri hastası kadınlarda depresyon ve anksiyete görülme oranının 2 kat daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır (İzci ve ark., 2018: 106). Hastalarda sıklıkla karşılaşılan depresyon ve anksiyetenin bir arada görülme oranı da yapılan bir araştırmada, depresyonu olan hastaların %58’in de anksiyetenin komorbid olarak görüldüğü, anksiyete bozukluğu olan hastaların da %68’in de depresyonun eşlik ettiği şeklinde belirtilmektedir (Türkçapar, 2004: 14).

Bazı araştırma sonuçları, her 10 meme kanseri hastasının 4’ünde yüksek seviyede anksiyete veya depresyon ile karşılaşıldığını bildirmektedir (Kocaman Yıldırım ve ark., 2009: 176). Bir başka araştırmada ise kanser hastalarında karşılaşılan psikiyatrik hastalıkların oranları %13 yüksek düzey depresyon ve %4 anksiyete bozukluğu şeklinde belirtilirken; radyoterapi tedavisi alan kanser hastalarında görülen depresyonun sıklığı ise %81 gibi büyük bir orana sahiptir (Ülger ve ark., 2014: 89).

Psikiyatrik bozuklukların varlığında hastanın tedaviye uyumunun ve yaşam kalitesinin azaldığı yapılan çalışmalarca belirtilen önemli bir noktadır (Kocaman Yıldırım ve ark., 2009: 176). Bununla birlikte, psikiyatrik bozukluklardan biri olan majör depresyonun komorbid olduğu kanser hastalarında ölüm riskinin yüksek olduğu (Tokgöz ve ark., 2008: 60) da psikiyatrik hastalıkların fark edilmesinin ve tedavi edilmesinin önemini gösteren bir araştırma sonucudur. Bu sebep ile hastalarda bu belirtilerin gözlenmesi beklenen bir durum iken şiddetinin fazla olması istenmeyen ve önüne geçilmesi gereken bir durumdur.

Kimi hastalarda, hastalık ortadan kalkmış olsa dahi hastalığın nüks etmesi ile ilgili korku yaşadıkları ve buna bağlı olarak anksiyete gibi endişeye bağlı psikiyatrik bozukluklar yaşadıkları gözlemlenen bir durumdur. Hastaların tanı anı, tedavi sırası ve sonrası gibi epizotlarda gözlem altında olmaları hem fiziksel hem psikolojik belirtileri açısından fayda sağlayacaktır. Bu sebep ile araştırmada hastaların nüks korkusunun incelenmesine karar verilmiştir. Bunlara ek olarak, ameliyat olmak hastalar için korku ve endişe sebebi olabileceği gibi onlarda kayıp algısı da uyandırabilecek bir durumdur (Kocaman Yıldırım ve ark., 2009: 176). Hastaların algısını etkileyen bu tedavi yönteminin öncesinde ve sonrasında meydana gelen değişimleri incelemek de araştırma konusuna dahil edilen önemli bir noktadır.

Hastalarda beliren ve psikiyatrik bozukluklara sebep olabilecek olumsuz düşünceler ve hastaların bu düşünceleri hakkındaki düşünceleri ise metakognisyonları ile doğrudan bağlantılıdır. Metakognisyonlar, kişideki bu rahatsızlık verici düşüncelerin şiddetinin ne kadar olacağını ve düşüncelerin kalıcı mı yoksa geçici mi olacağını belirleyen önemli faktörlerdir. Yapılan çalışmalarda metakognisyonları gelişmiş kişilerin olumsuz düşüncelerle baş etme açısından daha dayanıklı oldukları ortaya koyulmuştur (Perişan, 2018: 3). Bu bilgi göz önünde bulundurulduğunda, meme kanseri hastalarında da olumsuz düşüncelere bağlı olarak gelişen depresyon ve anksiyete tedavisinde hastaların metakognisyonları ile çalışılmasının faydalı olacağı söylenebilir. Metakognitif inançların ve tedavinin psikiyatrik açıdan önemi son yıllarda vurgulanmakta; ancak Türkiye’de henüz yeteri kadar araştırma konusu olmamaktadır. Alana katkı sağlamak ve yeni bir bakış açısı oluşturmak adına hastaların metakognitif inançlarının değerlendirilmesine karar verilmiştir.

Ek olarak; hastalığın öznel olması ve her hastanın hastalığı kendine özgü şekilde deneyimleyerek yine kendine özgü şekilde hastalığa tepki vereceği göz önünde bulundurulması gereken bir noktadır. Hastaların vereceği tepkiler duygusal (umut, umutsuzluk, üzüntü, öfke vb.) olabileceği gibi davranışsal (tedavi reddi, kendini sosyal çevresinden soyutlama, uzmanlaşma vb.) da olabilir (Kocaman, 2008: 102). Kanser tanısı almak da kişileri ruhsal ve

davranışsal olarak etkileyen bir durumdur. Her insan bu durumu farklı tepkiler ile karşılar. Öfke veya depresif duygular ile hastalık tanısına tepki gösteren insanlar olduğu gibi hastalığı yok sayarak onun yarattığı psikolojik rahatsızlık ile baş etmeye çalışan insanlar da vardır. Bu tepkilerin farklılığının kaynağı; kişinin sahip olduğu kanser hastalığının özellikleri, kişilik özellikleri ve psiko-sosyal özellikleridir.

Kanser tanısı alan kişilerin bunu nasıl karşıladıklarını ve yaşadıkları psikolojik süreçleri Elizabeth Kübler Ross 5 aşamada tanımlamıştır. Bu aşamaların ilki yani hastalığın başlangıç aşaması “inkar”dır. Kişi, tanısını öğrendikten sonra buna inanmak istemez, inkar eder ve yeniden tahlil ve tetkikler yaptırmak, farklı bir doktora muayene olmak gibi süreçlerden geçer. Beklenmeyen ve istenmeyen bir durum ile karşılaşıldığında bunu inkar etmek, kişilerin durumu kabullenmesi için belirli bir zaman kazandırması açısından sağlıklı bir tepkidir. Kısaca özetleyecek olursak inkar geçici bir savunma mekanizmasıdır ve bu sürecin sonunda kişideki inkar, yerini kabullenmeye bırakır. Kişi, hastalığı kabullendikten sonra ise ikinci aşamaya yani öfke duyma aşamasına geçer. Yaşanan öfke duygusu ile birlikte kişi içinde bulunduğu durumu sorgulamaya ve “neden ben, neden bir başkası değil?” gibi düşüncelere kapılır. Böyle bir durumda kişinin öfkesinin kaynağı araştırılmalıdır. Aksi halde ifade edilememiş öfke duygusu kişide depresyonun gelişmesine yol açabilir. Üçüncü aşamada ise kişilerin pazarlık, anlaşma yaptığı görülmektedir. Bu pazarlığın amacı; iyileşmek veya belki de kaçınılmaz olan olumsuz sonu ertelemek için çaba harcamaktır. Genellikle Tanrı ile yapılan anlaşmalarda kişiler amaçlarına ulaşabilmek için daha iyi bir insan olma, daha iyi davranışlarda bulunma, ömrünü Tanrı’ya adama gibi vaatlerde bulunabilirler. Böylelikle hastalarda tedaviye uyum ve iş birliği özellikleri gözlemlenir. Hastalığın ilerlemesiyle kişi dördüncü aşamaya geçer. Bu aşamanın belirgin özelliği kişinin umutsuzluk ve kayıp duygularını yaşaması ve yaşam kalitesinin düşmesi ile birlikte depresyon gelişmesidir. Depresyonun gelişmesine neden olan kayıp duygusu yaşanmış veya yaşamakta olan bir kayba yönelik olabilir. Ancak bu dönemde kişiyi rahatlatmaya çalışmanın ve ona üzülmemesini söylemenin bir yararı olmayacaktır. Bu şekilde davranmak, kişiye onu olumsuz etkileyen durumu düşünmemesi gerektiği anlamına gelecektir. Kişinin bunu düşünmemesi kabullenmesine engel olacağı için, bu dönemde kendini ifade edebilmesine izin vermek önemlidir. Bütün bu süreçlerden geçen kişi son olarak kabullenme aşamasına geçer. Bu dönem, kişinin mücadelesinin bittiği, dinlenmek ve huzur bulmak istediği bir dönemdir. Kişi bu dönemde hem daha fazla desteğe ihtiyaç duyar hem de daha fazla sessizlik ister. Genel olarak bakıldığında, hasta insanların kendilerini ifade etmelerine izin verilmesi halinde içinde bulundukları durum ile baş etmeleri daha kolay olacaktır. Bu aşamalar sırayla yaşanabileceği gibi, her hastada farklı olarak bazı aşamalar yaşanmayabilir veya aynı anda birkaç aşama yaşanabilir. (Kübler-Ross, 1997)

Araştırmanın Amacı:

Bu araştırmanın amacı meme kanseri hastası kadın katılımcıların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası meta-kognisyonlarının depresyon, anksiyete seviyeleri ve kanser nüks korkusu seviyelerine olan etkisini karşılaştırmak ve değişkenlerin değerleri arasındaki farkı etkileyen faktörleri ortaya çıkartmaktır. Literatüre bakıldığında meme kanseri hastalarının hem tedavi hem de iyileşme dönemlerinde benzer seviyede psikolojik strese sahip oldukları (Işık, 2014: 60) görülürken, bu araştırmadan elde edilecek sonuçlar doğrultusunda hastaların değişkenlerinin hangi aşamada daha yüksek seviyede olduğunun tespiti yapılarak hastalara gerekli psikolojik müdahalenin yapılması ve fiziksel tedavilerine psikolojik açıdan destek sağlanması hedeflenmiştir.

Araştırmanın Önemi:

Onkoloji hastalarının tedavileri planlanırken temel hedef çoğunlukla tümörün yok edilmesi ve hastanın yaşamına devam etmesini sağlama olarak belirtilir (Bag, 2014). Ancak hastanın psikolojik sağlığı yetersiz kaldığında yaşam kalitesinin düşeceğini ve fiziksel iyileşmesinin de mümkün olmayacağını göz önünde bulundurmak gerekir. Hastalık algısının hem beyne hem bedene etkisinin olması nedeniyle dünyada psiko-onkoloji alanına büyük önem verilmektedir. Bu doğrultuda Dünya Sağlık Örgütü bir rapor yayınlarak psiko-onkoloji desteğinin tıbbi tedavinin bir parçası olarak tüm kanser hastalarına sunulması gerektiğini bildirmiştir (Kanmaz, 2019: 15). Bu amaç için onkoloji hastalarına hizmet veren sağlık çalışanlarının kanser hastalarında görülebilecek psikiyatrik bozuklukların belirtilerine karşı duyarlı olmaları (Bag, 2014: 187) ve gerektiğinde yönlendirici olmaları beklenmektedir. Yapılan araştırmalar ile hastanede tıbbi tedavi gören meme kanseri hastaları ile tıbbi tedavisine ek olarak kognitif davranışçı terapi eğitimi almış hemşireler tarafından terapi görmüş meme kanserli hastaların karşılaştırıldığı araştırmanın sonuçlarına bakıldığında hemşireler tarafından terapi görmüş hastaların yaşam kalitelerindeki olumlu gelişim görülmektedir (Işık, 2014: 61). Ülkemizde henüz gelişmekte olan psiko-onkoloji alanı için bu araştırma sonuçları ile katkı sağlayacaktır. Ek olarak yapılacak çalışmada, Türkiye’de yine henüz gelişmekte olan metakognitif kuramının gelişimine katkı sağlayacak bulgular elde edilecektir.

Araştırma Yöntemi:

Araştırma; İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Meme Hastalıkları ve Cerrahisi Kliniğine başvurup meme kanseri tanısı alan kadın meme kanseri hastaları ile birlikte ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası olmak üzere

yürütülmüştür. Araştırmada 70 kişilik bir hasta grubu ile tedavilerinin akut dönemine ek olarak 3. ve 6. ayları dahil olmak üzere çalışılmak planlanmış, ancak pandemi dönemi koşulları nedeni ile 45 kişilik bir hasta grubu ile yalnızca akut dönemlerinde çalışılarak araştırma tamamlanmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri:

- Hastaların metakognitif inançları ile depresyon, anksiyete seviyeleri ve nüks korkusu seviyeleri arasında anlamlı derecede bir ilişki vardır.
- Hastaların metakognitif inançlarının, ameliyat sonrasındaki anksiyete ve depresyon seviyelerini arttırması beklenmektedir.

Araştırmanın Sayıltıları:

- Katılımcılara verilen ölçekler ve demografik veri formu geçerlilik ve güvenilirliği olan ve gerekli bilgileri almaya yönelik faydalı olacak bilgi toplama araçlarıdır.
- Katılımcılar, kendilerine sunulan soruları içtenlikle ve dürüstçe cevaplamışlardır.

Araştırmanın Sınırlılıkları:

- Kadın cinsiyet sınırlandırılması vardır.
- Araştırmanın tek merkezde yapılmış olması araştırmanın sınırlılıklarındandır.
- Araştırmaya katılmadan önce hastaların henüz ameliyat olmamış olmaları gerekmektedir.
- Araştırmaya katılacak gönüllü katılımcıların meme kanseri tanısı almış olmaları gerekmektedir.
- Araştırmanın bulguları elde edilirken anket soruları ile sınırlandırılmıştır.
- Araştırmanın ölçekleri pandemi dönemi nedeni ile ameliyat öncesindeki ve sonrasındaki 1 haftalık akut dönemde uygulanmıştır.
- Araştırmaya katılan gönüllü sayısı pandemi dönemi nedeni ile hedeflenen gönüllü sayısına ulaşamamıştır.

BÖLÜM 1: LİTERATÜR TARAMASI

1.1.Meme Kanseri

1.1.1. Memenin Tanımı

Meme, dokusunda süt bezleri ve süt kanalları bulunan, yaklaşık 15-20 adet lobdan oluşan bir organdır. Loblara ait süt kanallarının birleştiği nokta ise koyu renkli bölgede bulunan meme başıdır. Memeler, cinsiyet hormonlarına bağlı olarak büyüme gösterirler. Ergenlik dönemindeki erkeklerde bu hormonlara bağlı olarak büyüme dururken, kızlarda adet öncesi dönemde büyüme gözlemlenir. Memenin boyutu, her kadında kişiye özgüdür. (Özmen ve Özmen, 2018: 9)

1.1.2. Meme Kanserinin Tanımı ve Türleri

Süt bezlerinde veya süt kanallarında bulunan hücrelerin çoğalması ile meme kanseri meydana gelir. Süt bezlerinde oluşan meme kanseri türü “lobüler karsinom”, süt kanallarında oluşan meme kanseri türü ise “duktal karsinom” olarak adlandırılmaktadır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017). Hastalığın yeni geliştiği dönemde sayısı az olan kanser hücreleri (in situ kanser), ilerleyen dönemlerde çevresindeki dokulara, kan damarları ve lenf kanalları içerisine yayılma göstererek koltuk altı lenf bezleri ve farklı organlara sıçrayabilirler (invaziv kanser) (Özmen ve Özmen, 2018:41). Bu sebep ile erken tanı ve tedavi hastalığın seyrinin önüne geçmek açısından büyük önem taşımaktadır.

1.1.3. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü’nün yayınladığı verilere bakıldığında; meme kanserinin yılda 2,1 milyon kadını etkilediği ve görülme oranının gelişmiş ülkelerde daha yüksek olmakla birlikte, tüm dünyada artış gösterdiği görülmektedir (World Health Organization). T.C. Sağlık Bakanlığı’nın verilerine bakıldığında ise Türkiye’de 2015 yılında ortalama 67.200 kadının kanser tanısı aldığı görülmektedir. İstatistiklere bakıldığında, Türkiye’de her 8 kadından 1’inde meme kanseri gelişme riski ve her 4 kadın kanser hastasından 1’inde meme kanseri görülmektedir. (T.C. Sağlık Bakanlığı)

1.1.4. Meme Kanserinin Belirtileri

Meme kanserinin belirtileri dışarıdan bakılarak da fark edilebilir olduğundan, kadınların bu belirtiler hakkında bilinçlendirilmeleri erken tanı açısından yararlı olacaktır. Erken tanıda en önemli rol kişinin kendisine düşmektedir. Kendi kendine her ay regl sonrasında el ile muayene

yapan kadın, böylelikle olası kitleleri fark edebilir. Aynı şekilde doktor muayenesi ve mamografi taramaları erken tanı adına ihmal edilmemesi gereken önemli noktalaradır.

Meme kanserinin belirtileri her insanda farklılık göstermekle birlikte bir veya birden fazla belirtinin görülmesi de mümkündür. Bu belirtileri aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- Meme üzerinde veya koltukaltına doğru olan bölgede el ile fark edilebilen kitle,
- Meme derisinde kızarma veya kalınlaşma gibi değişiklikler,
- Meme ucunda değişiklik veya meme başında kanlı akıntı olması meme kanserini işaret eden en temel belirtilerdir. (Meme Sağlığı Derneği, 2016)

1.1.5. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Meme kanserinin gelişmesinde başta genetik faktörler olmak üzere; kişinin sosyo-ekonomik durumu, beslenme şekli, regl olma durumu, doğum yapma ve emzirme durumu, hormon ilacı kullanımı gibi nedenler de bu hastalık için risk faktörü olabilirler. Kişinin 12 yaşından önce regl olması veya 55 yaşından sonra menapoz olmuş olmasına bağlı olarak uzun süre östrojen hormonuna maruz kalmasının meme kanseri risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Tünel ve ark., 2012: 192). Dünyada gelişen kentleşme, bireylerin yaşam beklentisinin artması ve batı kültürünü yaşam tarzı olarak benimsemesi meme kanserine risk faktörü olarak gösterilmekle birlikte; erken tanı ve teşhisin sağ kalımda önemli etkilerinin olduğu, ancak orta ve az gelişmiş ülkelerde hastalığın geç teşhis edilmesine ve yeterli tedavi olanaklarına sahip olunmamasına bağlı olarak sağ kalımın olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (World Health Organization). Bu bilgiler ışığında yapılan araştırmalarda meme kanseri hastalarının sağ kalma oranlarının Kuzey Amerika, İsveç ve Japonya gibi gelişmiş ülkelerde %80 ve üzerinde, orta seviyede gelişmiş ülkelerde %60, az gelişmiş ülkelerde ise %40 ve aşağısında olduğu ortaya koyulmuştur (World Health Organization). Ülkemizde yapılan araştırma sonuçları, Doğu bölgemiz ile karşılaştırıldığında Batı bölgemizde yaşayan kadınlarda daha sık meme kanserine rastlanılması, batı tarzı yaşam tarzının meme kanserinin oluşumunda etkisi olduğu bilgisini doğrular niteliktedir (Tünel ve ark., 2012: 192). Aynı zamanda yaşın ilerlemesi ile hastalığın görülme sıklığının arttığı da bilinmektedir.

1.1.6. Meme Kanseri Tedavi Yöntemleri

Her hastalığın belirtilerinin ve seyrinin kişiye özgü gelişmesi gibi hastalıkların tedavi planları da kişiye özgü olarak farklılık gösterir. Çeşitli tedavi yöntemleri içerisinde en doğru

tedavi planı alanda uzman hekimlerce belirlenir ve kişiye sunularak alınan ortak karar sonucunda uygulamaya geçilir.

Hekimlerin meme kanseri tedavisi uygularken öncelikli hedefleri, hastaların uzun ve hastalıksız yaşama sahip olmalarını sağlamakla birlikte estetik açıdan iyi bir sonuç almak ve tedavide çok fazla komplikasyon oluşmamasını sağlamaktır (Özçınar ve ark., 2010: 10). Tedavi yöntemi seçme aşamasında hekimlerin ilk olarak dikkat ettikleri nokta hastalığın evresidir. Meme kanserinin 4 evresi olmakla birlikte bu evreleri 3 başlık olarak incelemek mümkündür. Bu başlıklar; erken evre (1.-2. Evre), lokal ileri evre (3. Evre) ve metastatik evre (4. Evre) şeklindedir (Kamsız, 2018: 15). Hastalık tanısı erken evrede koyulduysa hekimler tarafından cerrahi işlem uygulanarak tedavisi gerçekleştirilir. Cerrahi işlemden önce hekim, hastalığın durumunu göz önünde bulundurarak, memenin tamamının alınması (mastektomi) veya yalnızca kitlenin alınarak memenin korunması gibi kararları hastanın da onayını alarak belirler. Meme koruyucu cerrahi ve mastektomi uygulanan hastaların tıbbi seyrinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, günümüze kıyasla geçmişte mastektomi uygulanmasının sıklıkla tercih edilen yöntem olduğu, ancak hastaların hayatta kalma oranları açısından iki tedavi yöntemi arasında anlamlı bir farkın tespit edilmediği belirtilmiştir (Karanlık ve ark., 2006: 91). Aynı çalışmada, hastalardaki lokal nüks oranının meme koruyucu cerrahi uygulanması ile %6, mastektomi uygulanması ile ise %4 olduğu ortaya koyulmuştur (Karanlık ve ark., 2006: 91). Hastaya uygulanan meme cerrahisi işleminde omuzda hareket yetersizliği, duyu problemi ve lenf ödem gibi komplikasyonlar olduğu da bilinmektedir (Özçınar ve ark., 2010: 10). Memenin tamamen alınması ile görsel ve psikolojik olarak rahatsızlık yaşayan hastalar için meme rekonstrüksiyonu uygulanması yani memeye silikon takılması tercihe bağlı olarak estetik açıdan uygulanan tedaviye ek bir yöntemdir (Tünel ve ark., 2012: 202). Tıp alanındaki gelişmeler sayesinde erken tanı ve tedavi yöntemleri geliştirilmiş ve hastaların sağ kalım oranı %30 arttırılmıştır. Ancak toplumun ve özellikle kadınların hastalık hakkında bilgilerinin ve farkındalıklarının yetersiz olması halinde erken tanı ve tedavi yöntemlerinin de etkisiz olacağı bilinmektedir. Bu sebep ile hekimlerce hastalığın iyileşmesi için toplumun bilinçlenmesinin gerekliliği belirtilmiştir (Kankaya ve ark., 2019: 9). İleri evrede olan hastalara ise cerrahi tedaviden önce kemoterapi yani ilaç tedavisi uygulanabilir (Özmen ve Özmen, 2018: 66). Kemoterapi tedavisi, erken evre hastalarda ise sağ kalım oranını arttırmak ve nüks riskini azaltmak için kullanılan bir tedavi çeşitidir. Ancak iyileştirici etkisinin yanında kemoterapi tedavisinin günlük hayatı zorlaştırıcı ve işlevselliği düşürücü olumsuz etkileri de hastalarda gözlemlenmektedir.

Ek olarak, radyoterapi (ışın tedavisi) ve hormonoterapi (hormon tedavisi) uygulanabilecek tedavi yöntemleri arasındadır. Radyoterapi, bölgesel tedavi yöntemi olmakla birlikte; tümörün çıkartıldığı bölgede veya etrafındaki meme dokusunda kalmış olabilecek tümör hücrelerinin yok edilmesinde etkilidir. Radyoterapi yönteminin uygulanmaya başlaması ile birlikte meme koruyucu cerrahi yönteminin tercih edilme oranının da arttığı ve iyileştirme etkinliğinin mastektomi kadar yüksek olduğu yapılan araştırmalarca belirtilmiştir (Kankaya ve ark., 2019: 8). Hormonoterapi ise meme kanserine neden olan kadınlık hormonlarının (östrojen ve progesteron) etkisini ortadan kaldırmaya yönelik bir ilaç tedavisidir. (Özmen ve Özmen, 2018: 78-79)

Kanser tedavisinde uygulanan yöntemleri 3 gruba ayırmak mümkündür. Bunlar; iyileştirici, destekleyici ve palyatif tedavilerdir. *İyileştirici (küratif) tedaviler*, kanseri tamamen yok ederek tıbbi açıdan iyileşmeye yönelik uygulanan tedavilerdir. Bu tedavilerin mide bulantısı ve saç dökülmesi gibi hastaya rahatsızlık verici yan etkileri olabilmektedir. *Destekleyici (adjuvan) tedaviler*, kemoterapi ve radyoterapi gibi kanserli hücreleri tamamen yok etmek veya tekrar oluşumunu engellemek için uygulanan cerrahi tedaviye ek olarak uygulanan tedavilerdir. *Palyatif tedavi* ise, hastanın yaşam kalitesini arttırarak yaşam süresini uzatmayı hedefler. (Özkan ve Armay, 2007: 43,44)

1.2. Anksiyete

Kökeni Latince olan ve “anxiete” olarak Fransızca türetilen; Türkçesi anksiyete olan kelime boğulma, bunaltı, sıkıntı anlamlarına gelmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 337). Amerikan Psikoloji Derneği’nin yaptığı tanıma göre anksiyete; gerginlik, kan basıncının artması gibi fiziksel etkileri olan ve endişe verici düşüncelere sebep olan bir duygudur. Amerikan Psikiyatri Derneği ise anksiyeteyi kas gerginliği ve kaçınma davranışına sebep olan geleceğe yönelik endişe beklentisi olarak tanımlar.

İnsanlar hayatları boyunca belirli durumlar hakkında belirli bir seviyede anksiyeteye sahip olabilirler. Bireyin geleceğin belirsizliği ve kendisini tehdit altında hissetmesi ile birlikte yaşadığı olumsuz duygular anksiyeteye ortam hazırlar. Bu kişilerde tekrarlayan rahatsız edici düşünceler gözlemlenir (APA). Yapılan araştırmalarda anksiyeteye sahip insanların duygularını, anksiyeteye sahip olmayan insanlara göre, daha yoğun ve ifade etmede yetersizlikler yaşadıkları; buna ek olarak sorunlarıyla baş etme becerilerinin de yetersiz kaldığı ortaya konulmuştur (Şeker, 2019: 15).

Anksiyete, kişiler için motive edici veya koruyucu özellikte de olabilir (Parekh, 2017). Ancak anksiyete seviyesinin artması; belirli bir durumda değil, risk veya tehlike olmaksızın, her durumda en kötü sonuca odaklanmaya neden olur. Bu durumda kişi uzun süre boyunca nedensiz kaygı, gerginlik halinde olur ve günlük yaşamı olumsuz etkilenir. Bu doğrultuda kişide ortaya çıkan anksiyete duygusunu akut (kısa süreli) ve kronik (uzun süreli) olarak sınıflandırmak mümkündür. Akut anksiyete, tehdit hissedilen anlarda veya belirli bir durumda kişide görülen endişe duygusu iken, kronik anksiyetede kişi uzun süre boyunca hayatının birçok alanında bu duyguya sahiptir (İşkey, 2008: 15).

1.2.1. Anksiyete Bozuklukları Türleri

Anksiyetinin belirtileri, şiddeti ve sıklığı kişiden kişiye farklılıklar gösterir ve bunların seviyesinin yüksek olması kişide “Anksiyete Bozukluğu” olarak tanımlanabilir. DSM 5’de Anksiyete Bozuklukları alt başlıklardan oluşmaktadır. Bunlar; ayrılma kaygısı bozukluğu, seçici konuşmazlık (mutizm), özgül fobi, toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi), panik bozukluğu, agorafobi, yaygın anksiyete bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu, tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu, tanımlanmamış kaygı bozukluğu şeklindedir.

1.2.2. Anksiyete Belirtileri

Anksiyete psikolojik bir rahatsızlık olsa dahi belirtisi yalnızca psikolojik değil, fizyolojik olarak da kendini göstermektedir.

Anksiyetenin psikolojik belirtileri; huzursuzluk hissi, konsantre olamama, halsizlik, endişe, üzüntü, korku, panik gibi duygular şeklinde ortaya çıkmaktadır.

Anksiyetenin fizyolojik belirtileri ise; terleme, hızlı kalp atışı, uyku ile ilgili sorunlar, nefes güçlüğü, gerginlik, baş ağrısı, mide bulantısı gibi olumsuz etkilerdir. (Polat, 2016: 6)

Kaygılarını veya kuruntularını kontrol etmekte güçlük çeken kişi, hayatındaki işlevsellik gerektiren alanlarda da düşüş yaşamaktadır (DSM-5, APA). Kişide yarattığı olumsuz etkiler, günlük hayatlarındaki sorunlar ve yaşam kalitelerindeki düşüş nedeni ile anksiyete tedavi edilmesi gereken psikolojik bir bozukluktur. Ancak kişiler fizyolojik etkiler yaşamaları sebebi ile psikolog veya psikiyatriste başvurmadan önce bedensel belirtileri ile ilgilenecek bir hekime gitmeyi tercih ederler. Böyle bir durumda hekimlerin anksiyetenin varlığını fark ederek hastaları doğru bölüme yönlendirmeleri, hastaların hızlıca tedaviye başlayarak iyileşme yönünde adım atması açısından önemlidir.

1.2.3. Anksiyete Risk Faktörleri

Anksiyete en sık gözlenen psikolojik bozukluk olmakla birlikte kadın cinsiyet ve ilerleyen yaş anksiyete için birer risk faktörüdür. Menopoz dönemindeki kadınlar ile yapılan bir araştırmada, anksiyete seviyelerinin artması ile birlikte kadınlarda yaşam kalitelerinin düştüğü gözlemlenmesi de bu bilgiyi doğrular niteliktedir (Özmel Çıkar, 2008: 24). Buna ek olarak genetik faktörler, kişilik özellikleri ve stresli yaşam olayları kişide anksiyete ortaya çıkmasına neden olabilecek unsurlardır.

Kişide anksiyete aktif olduğunda beyinde bulunan amigdala tetiklenmektedir. Bu tetiklenme ile kişide savaş ya da kaç (fight or flight) tepkisi görülür. Konu ile ilgili olarak hayvanlar üzerinde yapılan deneylerde ise amigdalası zarar gören hayvanların korku ve endişe duygusu göstermedikleri ortaya konulmuştur. Kısacası; anksiyetenin kaynağı genetik olabileceği gibi, kişinin sosyal gelişimi, mizacı, geçmiş yaşam tecrübeleri gibi psikoloji temelli de olabilir (Yıldırım, 2018: 8). Kişinin mizaç özelliklerine bağlı olarak çocukluk dönemindeki yabancı olarak gördüğü ortamlarda bulunmama, bakım gördüğü kişiye aşırı bağlanma ve sıklıkla ağlama gibi davranışları yetişkinlik dönemine de aktarılmakta ve anksiyete oluşumuna neden olmaktadır. Bununla birlikte, bakım gördüğü kişi ile arasında güven duygusu olmayan bir ilişkide çocuk hem kendisi hem bakım gördüğü kişi için endişe etmeye başlar ve yetişkinlik döneminde yaşadığı yerin tehlikeli olduğu ve bununla baş etmesi için endişe etmesi gerektiği fikrine kapılır. (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 355)

1.2.4. Anksiyetenin Tedavi Yöntemleri

Anksiyete kimi zaman tek başına, kimi zaman psikiyatrik bir hastalık ile kimi zaman ise fiziksel bir hastalık ile birlikte görülebilir. Genellikle depresyon ile birlikte görülen anksiyete, kişide nörolojik hastalıklar ve kalp ve damar hastalıkları gibi hastalıkların varlığında da meydana gelebilir (Yıldırım, 2018: 18).

Anksiyete tedavisinde ise hem ilaç hem psikoterapi yöntemleri (özellikle bilişsel davranışçı terapi) tercih edilebilen tedavi yöntemleridir (Yıldırım, 2018: 18). İki tedavi yönteminin birlikte uygulanmasının iyileşme yönünde etkisinin daha yüksek olduğu ise yapılan araştırmalarca ortaya konmuştur.

1.2.5. Meme Kanseri ve Anksiyete

Tıbbi hastalıklarda ikincil hastalık olarak psikiyatrik hastalıkların görülmesi beklenen bir durumdur. Tıbbi hastalığı olan hastalarda anksiyete görülme oranının ise %10 ila %30 arasında değiştiği belirtilmektedir (Cimilli, 2001: 182).

Anksiyete ve kanser hastalığı ilişkisine ait kısıtlı kaynaklar olmasına karşın, yapılan birçok çalışmada kanser hastalarında anksiyeteye rastlanıldığı ortaya koyulmuştur. Kanser hastalığının kişinin yaşamı için tehdit oluşturduğu düşüncesi ve anksiyetenin de hayatın içerisinde tehdit olarak algılanılan durumlara verilen bir tepki olduğu düşünüldüğünde, kanser hastalığı ve anksiyetenin komorbid olmasını beklemek doğru olacaktır (Stark ve House, 2000: 1261). Ayrıca, kanser hastalarında depresyon ve anksiyetenin sıklıkla birlikte görüldüğü ve depresyonun tedavi edilmesi ile anksiyete belirtilerinin de iyileştirileceği ifade edilen önemli bir bulgudur (Stark ve House, 2000: 1262).

Kaygı verici duygu ve düşüncelerin oluşmasında ise kanser tanı ve tedavisi almanın önemli bir etkisi vardır. Tahlil sonucu beklemek, ilaçların yan etkilerinin görülmesi, nüks ve ölüm ihtimali olması gibi özellikle belirsizlik ve tehditkârlık içeren durumlar karşısında hastada yüksek düzeyde anksiyete meydana gelebilir (Özkan ve Armay, 2007: 87). Örneğin; kemoterapi tedavisi gören hastalarda yan etki olarak ortaya çıkan anksiyete; yüksek düzeyde korku ve kaygı duygusu ile açıklanabileceği gibi belirsiz bir durum veya olumsuz sonuca odaklanan düşünceler ile de ifade edilebilmektedir (Yücetürk Şahin, 2016: 7).

DSM 5'e göre kişiye anksiyete tanısı koyulabilmesi için 6 aylık bir süreç yaşamış olması gerekmesine karşın; kanser tanısı almış kişilerde 6 aylık bir süre olmasını beklemek yerine anksiyete semptomlarının tedavi edilmesi hastalığın tedavi aşamasında faydalı olacaktır (Tünel, 2011: 14).

Anksiyetenin şiddetini belirleyen faktörleri; hastanın tıbbi gelişimi, psikolojik dayanıklılığı ve sosyal desteği olarak sıralamak mümkündür (Kanmaz, 2019: 20).

Kanser tanısı alan hastanın artan anksiyete seviyesi ile birlikte tedaviye uyum sürecinde sorunlar yaşadığı yapılan araştırmalarda ortaya koyulmuştur (Akçay, 2019: 2). Yüksek anksiyete seviyesine sahip olan hastalarda ameliyatın ardından daha fazla komplikasyon görüldüğü ve buna bağlı olarak hastaların hastaneden taburcu olma sürelerinin uzadığı belirtilmektedir (Cimilli, 2001: 182). Anksiyete seviyesi azaltılan hastanın, tedaviye gösterdiği uyumun artması da beklenen bir sonuçtur (Aydoğan ve ark., 2012: 56). Benzer çalışmalarda,

ileri seviyede kanser hastalarında görülen uyku problemleri ve şiddetli ağrıların anksiyeteye bağlı olarak yükselme gösterdiği ve anksiyetenin kontrol edilmesiyle bu sorunlarda da düşüş görüleceği belirtilmiştir (Kocaman Yıldırım ve ark., 2013: 155). Buna ek olarak bazı araştırmalarda hastalığın tedavi edilmesi ile birlikte anksiyete seviyesinin de azalacağı, ancak kanser tanısı almadan önceki anksiyete seviyesine ulaşamayacağı belirtilmiştir (Stark ve House, 2000).

Meme kanseri olan kadınlar düşünüldüğünde, sosyal rollerdeki değişiklik ve kişiler arası iletişimdeki bozulmalar gibi kişinin beklemediği durumlar içerisinde olması anksiyete görülmesine sebep olabilecek faktörlerdir. Bu durum hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemekle birlikte, tedaviye uyum süreçlerinde de bozulmaya neden olacaktır. Belirtilen kaygıların azalmasında ise sosyal destek büyük önem taşır. Bazı kaynaklara göre sosyal destek 3 farklı şekilde hastalara gösterilebilmektedir. Hastalar; ailesi ve arkadaşları tarafından maddi destek, manevi destek ve bilgilendirme desteği olarak farklı alanlarda desteğe ihtiyaç duyabilirler. Bu desteklerin varlığı hastalar için olumlu kaynaklar olup, sorun çözme becerilerinde gelişmeye yardımcı olur. Geçmişteki çalışmalara bakıldığında yüksek sosyal desteğin ve sorun çözme becerilerine sahip olmanın meme kanseri hastalarındaki psikiyatrik bozulmalarda düşüş meydana getirdiği görülmektedir (Lueboonthavatchai, 2007: 2165). Ek olarak, özellikle ameliyat öncesinde hastalık ve tedavi süreci hakkında eğitim verilen hastalarda yalnızca kaygı seviyesinde değil, acı ve ağrı şiddetlerinde de azalma olacağı ön görülmektedir (Polat, 2016: 1). Bazı kaynaklarda hastaların hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmalarının depresyon ve anksiyete seviyelerinde düşüşe neden olmasından dolayı, pre-op dönemde psikolojik destek almanın hastanın post-op dönemine olumlu etkisi olacağı belirtilmiştir (Özkan ve Nalçalar, 2009: 62) Ancak, hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını düşünen ve hastalıktan sonra partneri ile ilişkisinde değişiklik olduğunu belirten kadınlarda anksiyete seviyelerinin daha yüksek olduğu yapılan araştırmalarda ortaya konmuştur (Geyikçi, 2017: 66). Bununla birlikte, sosyal destek eksikliği ve izole yaşam tarzı ile geçirilen hastalık sürecinin hastalarının hayatta kalma durumuna olumsuz etkilerinin olduğu bilinmektedir (Kroenke ve ark., 2006: 1105).

Anksiyeteye sahip olan hastaların, gelecek ile ilgili yoğun endişeleri vardır. Tedavinin işe yaramayacağı düşüncesi, olumsuz sonuca odaklanma gibi yüksek anksiyete belirtileri yaşayan hastanın, hastalığın nüks etmesine yönelik inanç ve korkusunun da yüksek seviyede olacağını söylemek mümkündür. Özellikle hastalığın tedavisinden sonra anksiyetenin görülmesine neden olan faktörleri; nüks korkusu, gelecek endişesi, sosyal desteğin yetersizliği,

tedavinin olumsuz etkilerinin tedaviden sonra da devam etmesi olarak sıralamak mümkündür (Işık, 2014: 59). Meme kanseri kadınlar ile yapılan bir araştırmaya göre araştırmaya katılan kadınların %80 gibi büyük bir kısmında nüks korkusu, ölüm korkusu ve hastalığın yol açacağı cinsel problemlerle ilgili anksiyeteye sahip oldukları belirtilmiştir (Alamış, 2017: 12).

1.3. Depresyon

Her insanın kendiliğinden ortaya çıkan ve aniden beliren düşünceleri vardır. Bu düşünceler, belirli bir düşünce örgüsünün ürünü olmamasından dolayı “otomatik düşünce” olarak adlandırılırlar. Otomatik düşünceler, yaşanan bir olaya verilen tepki sırasında oluşan bilişsel çarpıtmalar sonucunda ortaya çıkarlar. Bilişsel çarpıtmaların bazıları şu şekildedir; felaketleştirme, keyfi çıkarsama, seçici odaklanma, kişiselleştirme, aşırı genelleme, hep ya da hiç düşünme şekli, küçümseme veya büyütmedir. Bu bilişsel çarpıtmalardan kişide yalnızca biri bulunabileceği gibi kişi birkaç farklı bilişsel çarpıtmaya da sahip olabilir. Bilişsel çarpıtmaları içeren otomatik düşünceler, yaşanan durum ile uyumlu olmamasından dolayı kişide olumsuz duyguların ortaya çıkmasına neden olur. Örneğin; ilk iş görüşmesinde başarılı olamayan biri hep ya da hiç düşüncesi ile birlikte bir daha hiçbir iş görüşmesinde başarılı olamayacağını düşünerek umutsuzluğa kapılabilir. Bu gibi durumlarda kişide depresyon belirtilerinin ortaya çıkması beklenen bir sonuçtur. (Sungur, 2007)

Depresyon çeşitli durumlarda kullanılabilen psikiyatrik bir terimdir. Bu kullanım alanlarından ilki, insanların yaşanan kaybın ardından içinde bulundukları duygusal sıkıntının etkisiyle hüzünlü ruh haline sahip olmaları durumu olmakla birlikte bazı dönemlerde ve bazı olayların etkisi ile her insanın deneyimleyebileceği bir duygu durum halidir. İkinci kullanım alanı ise insanların olağan dışı bir şekilde günlük yaşantılarında üzgün ve kederli duygu durumun hakim olmasıdır. Bu anlamda depresyon, ruhsal bir hastalık belirtisidir ve farklı psikiyatrik veya tıbbi hastalıklarla birlikte görülebilir. Depresyon teriminin kullanıldığı bir başka alan ise, hayatın belirli dönemlerinde ortaya çıkan ve sabit belirtileri olan ruhsal bir sorundur. (Türkçapar, 2004: 12)

Çökkünlük olarak da adlandırılabilen depresyon; yoğun üzüntü ve bunaltı hali ile birlikte düşünme, konuşma ve hareketlilikte azalma ve aynı zamanda umutsuzluk, ilgisizlik, güçsüzlük gibi belirtilerin bir arada bulunduğu bir psikiyatrik hastalıktır. Bu hastalığı; bedensel veya başka bir ruhsal hastalığa bağlı olmayan depresyon (birincil depresyon) ve bedensel veya başka bir ruhsal hastalığa bağlı olan depresyon (ikincil depresyon) olarak ele almak gerekmektedir. Birincil ve ikincil depresyonun belirtileri birbirinden farklı olmamakla birlikte,

ortaya çıkış nedenleri farklıdır. DSM 5’de “*bedensel hastalığa bağlı depresyon*” ve “*bir maddenin fizyolojik etkilerine bağlı depresyon*” olarak kategorize edilen ikincil depresyonun; farklı bir hastalığa veya ilaç yan etkisine bağlı olarak gelişmesinde dolayı, bu hastalığın iyileşmesi veya ilaç kullanımının kesilmesi ile belirtilerinin ortadan kalkacağı düşünülmektedir. Farklı kaynaklarda ise depresyonun kişisel yatkınlığa bağlı olarak geliştiği ve diğer hastalıkların veya ilaçların kişide tetikleyici etki yaratmasından dolayı iyileşmenin bunlara bağlı olmadığı görüşü savunulmaktadır. (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 264)

Depresyon; halk arasında ne yazık ki hafife alınan ancak kişide ciddi boyutta rahatsızlıklara ve olumsuz sonuçlara neden olabilecek psikiyatrik bir hastalıktır. Kişide intihar etme gibi sonuçlar doğurabilecek depresyon, fiziksel birçok hastalığa da neden olmasından dolayı ölümcül hastalık olarak ifade edilebilmektedir. Dünyadaki verilere bakıldığında depresyonun gelecekte yaygınlığının artacağı ve en sık karşılaşılan hastalıklarda ilk sıralarda yer alacağı öne sürülmektedir (Akçagöz, 2017: 27). Depresyona sahip bir kişinin hayatının sosyal, fiziki ve psikolojik gibi her alanında bunun etkilerini görmek mümkündür.

1.3.1. Depresyon Bozuklukları Türleri

DSM 5’de Depresyon Bozuklukları başlığı altında farklı depresyon türlerinin varlığından söz edilmiştir. Bunlar; yıkıcı duygu durum düzensizliği bozukluğu, majör depresyon bozukluğu, distimi, premenstrüel disfori bozukluğu, maddenin/ ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu, bir başka sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu, tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu ve tanımlanmamış depresyon bozukluğu şeklindedir.

1.3.2. Depresyonun Belirtileri

Bir insana depresyon tanısı koyulabilmesi için bazı kriterlere sahip olması gerekir. Kişide çökkün duygu durum, ilgi-istek azalması, iştah yoksunluğu veya fazlalığı, uyku seviyesinin azalması veya artması, psiko-motor yavaşlama ya da ajitasyon, sürekli bitkinlik hissi, değersizlik hissi, konsantrasyon güçlüğü ve intihar eğilimi gibi kriterlerden en az 5 tanesinin en az 2 haftalık dönem boyunca görülmesi ile depresyon tanısı koyulabilir. Belirtilerin sıklığı ve şiddetine bağlı olarak depresyonun seviyesini ağır olmayan, orta derecede ve ağır olarak kategorize etmek mümkündür. (DSM-5)

1.3.3. Depresyonun Risk Faktörleri

Depresyon; bütün ırklardan genç, yaşlı, zengin, fakir fark etmeksizin her insanda görülme olasılığı olan ve dünya genelinde 264 milyondan fazla insanın sahip olduğu bilinen bir

hastalıktır (World Health Organization). Kişide depresyon belirtilerinin gözlemlenmesine etki eden bazı risk faktörleri vardır. Bunlar; daha önce depresyon tanısı alınması, ailede depresyon öyküsünün olması, alkol/madde kullanımı, düşük sosyo-ekonomik düzey, kayıp yaşanması, fiziksel hastalığa sahip olma ve bunun tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkisi olarak depresif belirtilerin görülmesi olarak sıralanabilir.

1.3.4. Depresyonun Tedavi Yöntemleri

Depresyon, tedavi edilebilen bir hastalıktır ve erken tedavi ile yoğunluğunun önüne geçebilmek mümkündür. Ancak gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde insanların %76 ile %85 gibi büyük bir oranının ruh sağlığı alanında tedavi görmediği Dünya Sağlık Örgütü tarafından açıklanan veriler arasındadır (World Health Organization). Depresyonda genetik yatkınlığın varlığından dolayı tedavisinde antidepresan ilaçların kullanımı tercih edilen bir yöntemdir. Buna ek olarak kişilik özellikleri ve kişilerin yaşadıkları olayların da depresyonu tetikleyebilmesinden dolayı kişilere terapi yönteminin de uygulanması yararlı olan bir tedavi yöntemidir. İlaç tedavisinin ve terapi yolu ile tedavinin bir arada uygulanması ise bireyin iyileşme göstermesinde etkiyi arttırabilmektedir.

1.3.5. Meme Kanseri ve Depresyon

Kanser hastalığı tanı ve tedavisi almak, bireyin hayatını pek çok açıdan etkileyen bir durumdur. Her insanın kendine özgü bilişleri, duyguları, baş etme stilleri olduğu düşünüldüğünde; hastalığı nasıl algıladığının ve bu duruma nasıl tepki verdiğinin de buna bağlı olarak farklılıklar göstereceğini söylemek doğru olacaktır. Araştırmalara bakıldığında, özellikle meme kanseri hastalarında, felaketleştirme, tekrarlayıcı şekilde düşünme (ruminasyon) ve kendini suçlamaya yönelik düşünme şekillerinin hastalıkla baş etmede negatif etkisi olduğu; kabullenme, pozitif yeniden odaklama ve pozitif yeniden değerlendirme düşünce şekillerinin ise hastalıkla baş etme de pozitif etkisi olduğu görülmektedir (Alçalar, 2018). Hastalarda düşük öz yeterlilik seviyesi ile bağlantılı olarak olumsuz düşünce stillerinin ortaya çıktığı ve depresyona ortam hazırladığı da farklı çalışmalarda belirtilen önemli bir noktadır (Kanmaz, 2019: 30). Yapılan araştırmalara göre, kanser hastalarının, kanser hastası olmayan insanlara göre 2-3 kat daha fazla depresyon tanısı aldıkları ortaya konulmuştur (Tünel, 2011: 17).

Kanser hastalığına verilen üzüntü ve yas tepkileri her evrede beklenen ve normal karşılanan bir durumdur. Ancak depresyon tanısı koyulabilmesi için yalnızca bu tepkilerin olması yeterli değildir. Majör depresif bozukluk ile depresif belirtilerin varlığı birbiri ile karıştırılmamalıdır. Örneğin; Meme kanseri hastalarındaki anksiyete ve depresyonun

yaygınlığını ve psikososyal faktörlerini inceleyen bir çalışmada, hastaların depresyon tanısı alma oranı %9 olarak belirtilirken, depresif belirtiler gösteren hastaların oranı %16 olarak belirtilmiştir (Lueboonthavatchai, 2007: 2170). 2004 yılında kanser hastaları ile yapılan benzer bir çalışmada depresyon belirtilerinin görülme oranı %58 olarak tespit edilirken, majör depresyon tanısı alan hastaların oranı %38 olarak ifade edilmiştir (Elzami ve ark., 2015: 70). Buna ek olarak, normal olarak adlandırılan depresif tepkilerin tedavi edilmeyeceğini söylemek de doğru olmayacaktır (Özkan ve Armay, 2007). Ancak ne yazık ki meme kanseri hastalarındaki depresyon sıklıkla fark edilememesinden dolayı tedavi de edilmemektedir (Fann, 2008: 112).

Uyku, depresyon tanısının konulmasındaki önemli faktörlerden biridir. Tokgöz ve arkadaşlarının (2008) yürüttüğü bir araştırmada, depresyonun eşlik ettiği kanser hastalarında uyku problemi görülme oranının %50 olduğu, meme kanseri hastalarında ise bu oranın %20 olduğu ortaya çıkmıştır. Psiko-sosyal faktörler kanser hastalarının direnci için önemlidir. Bunlardan biri olan uyku da çoğu zaman kanser tanı ve tedavisinde normal veya geçici bir durum olarak görüldüğünden ihmal edilen bir problemdir (Güleç ve Büyükkınacı, 2011: 357).

Kanser hastalığının eşlik ettiği depresyon tanılı hastalar ile sadece depresyon tanısı olan toplam 1356 hastanın karşılaştırıldığı bir çalışmada, komorbid tıbbi hastalığın olması durumunda depresyonun seyrinin daha şiddetli olduğu sonucuna varılmıştır (Greenberg, 2004: 127). Konu ile ilgili benzer araştırmalarda, kansere bağlı gelişen depresyonda primer psikiyatrik depresyona kıyasla ileri seviyede iştah bozukluğu, yüksek anksiyete seviyesi, gelecek ile ilgili kaygılar ve çaresizlik hissinin gözlemlendiği; ek olarak kanser hastalarında gelişen depresyonda fiziksel performanslarında ve işlevselliklerinde bozulma, ağrı seviyelerinde ise artış olduğu bildirilmiştir (Özkan ve Armay, 2007: 74). Kanser hastalarındaki depresyonun yaş gruplarına göre incelendiği bir çalışmada ise ileri yaş grubunda depresyona daha az rastlanması ile birlikte, depresyon belirtilerinin yaş gruplarına göre farklılıklar gösterdiği ve ileri yaş grubundaki hastalarda depresyonun etkisinin daha çok bedensel ağrı olarak yansıdığı belirtilmiştir (Tünel ve ark., 2012: 207). Genç yaş grubunda olan hastalar için beden imajında oluşan bozulma, diğer insanlar ile fiziksel iletişim kurma kısıtlılığı, sosyal ortamlardan soyutlanmış hissetme ve bunlara bağlı olarak gelişen gelecek kaygısı ve nüks korkusu gibi nedenlerin özellikle sosyal destek eksikliğinin de etkisi ile depresyona zemin hazırladığı bilinmektedir (Özçınar ve ark., 2010: 14).

Literatüre bakıldığında fiziksel sağlık ile depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğu ve kadınlarda erkeklere oranla daha sık depresyona rastlandığı görülmektedir (World Health

Organization). Fiziksel hastalığa sahip olmanın ve kadın cinsiyetin depresyon gelişmesinde risk faktörü olmasından dolayı meme kanserine sahip kadınlarda depresyonun gözlenmesi beklenen bir durumdur. Benzer şekilde; fiziksel görünüşten memnun olmama, bedenini olduğundan farklı algılama ve kendini çirkin görme gibi depresyon belirtileri (Mike, 2018) meme kanseri kadınlarda bedenlerinde değişiklikler olabileceği göz önünde bulundurulduğunda (memenin alınması gibi) komorbid olarak gözlemlenmesi beklenebilir. Konu ile ilgili çalışmalarda, mastektomi geçirmiş hastalarda depresyon görüldüğünü ve mastektomi etkisi ile gelişen depresyonda hastanın öz saygısında düşme olduğunu ifade edilmiştir (Kanmaz, 2019: 29).

Hastanın kişilik özellikleri, tanı kriterleri ve tümörün türüne bağlı olarak depresyonun görülme sıklığı farklılıklar göstermektedir (Özkan ve Armay, 2007: 73). Örneğin; meme kanseri hastaları ile yapılan bir çalışmada dışa dönük kişilik özellikleri gösteren hastaların düşük düzey depresyon ve anksiyete seviyesine sahip oldukları, ek olarak yaşam kalitesi seviyelerinin de yüksek olduğu belirtilmiştir (İzci ve ark., 2018: 106). Bununla birlikte; uygulanan tedavi yöntemine bağlı olarak da hastada depresyon görülebildiği bilinmektedir. Örneğin; kemoterapi gören hastalarda kullanılan ilaçların beyin kimyasını etkilemesi sonucu depresyon görülmesi beklenen bir sonuçtur (Özkan ve Armay, 2007: 73). Tıbbi hastalığı olan hastalarda depresyon ile karşılaşma sıklığının, depresyon tanısı koymak için hastaya uygulanan değerlendirme yöntemlerine göre farklılıklar gösterdiği de yapılan araştırmalarda tespit edilen bir bulgudur. Örneğin; hastalarla yapılan psikiyatrik görüşmelerde depresyon ile karşılaşılma sıklığı %10.8-27 iken, hastalara uygulanan öz bildirim ölçeklerinde bu sıklık %8-60 oranında değişmektedir (Boztaş ve Arısoy, 2010: 320).

Meme kanseri, kanser hastalığının bir türü olması ve sonucunda fiziksel olarak kayıplar yaşayabilmeleri sebebi ile kadınlar için psikolojik anlamda rahatsızlık verici bir hastalıktır. Hastalık ile ilgili düşünceleri kadınlarda gerginlik, huzursuzluk, içe kapanma gibi bazı olumsuz duygular ortaya çıkartır. İçerisinde bulundukları ruhsal durum ve hastalığın seyri nedeni ile kadınlar evlilik, ilişki, aile ile iletişim gibi alanlarda da problemler yaşayabilirler. Kimi kanser hastası ölüm korkusu yaşayıp bu duygu ile baş etmek için alkol gibi maddelere başvururken, kimi kanser hastası intihar düşüncesine kapılıp, bunun için girişimde bulunabilir. Örneğin; kanser hastalarındaki intihar riskinin incelendiği bir çalışmada, hastalarının yoğun psikolojik stres etkisi altında oldukları ve intihar etme düşüncesine sahip olan hastalarda yüksek düzeyde depresyon ve umutsuzluk belirtilerinin gözlemlendiği belirtilmiştir (Karakartal,2017: 585). Benzer şekilde, Tokgöz ve arkadaşları (2008) tarafından yürütülen bir araştırmada ise kanser hastalarının %11'lik bir oranında intihar düşüncesinin olduğu ve bu düşüncenin ileri yaş

grubunda daha sık görüldüğü ve tanı konmasının ardından geçen sürenin uzaması ile bu düşüncenin azalma gösterdiği ifade edilmiştir. Geçmişte depresif bozukluk tanısı alan, ileri seviyede alkol tüketimi olan, sosyal desteği yeterli düzeyde olmayan ve kanseri ileri seviyede olan hastaların, hastalık süreçlerinde depresyon belirtileri gösterme ihtimalleri daha yüksektir. (Özkan ve Armay, 2007: 73). Bir araştırmada; hastaların yeteri kadar psiko-sosyal destek görememelerinin depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olduğu belirtilmekle birlikte, bir başka benzer çalışmada da psiko-sosyal destek gören hastaların hastalıklarının gidişatında pozitif yönde bir ilerleme gözlemlendiği ifade edilmiştir (Karakartal, 2017: 593).

Meme kanseri kadınlarda görülen duygu ve düşünce değişikliklerine bağlı olarak depresyon gelişir ve bunun sonucunda hastalarda stres seviyesinde artma, cinsel dürtülerde azalma, enerji seviyesinde azalma ve doktoru ile arasında iletişim sorunları gibi olumsuz etkiler meydana gelir (Elzami ve ark., 2015: 70).

Meme kanseri hastaları ile yapılan ve tanıdan itibaren geçen 5 yılı kapsayan bir araştırmada, hastaların depresyon oranının tanı aldıktan sonraki ilk yılda %48 ile en yüksek orana sahip olduğu gözlemlenmiştir (Kocaman Yıldırım ve ark., 2009: 179).

1.4. Nüks Korkusu

Kanseri atlatan kişiler incelendiğinde en yaygın karşılanmamış ihtiyaçlarının kanser nüks korkusunun giderilmesine yönelik ihtiyaçları olduğu saptanmıştır. Bunun ile ilgili yapılan çalışmada, kanseri atlatmış kişilerin %21-40'lık bir bölümünün kanser nüks korkusunun giderilmesine ihtiyaç duyduklarını bildirmiştir (Butow, 2013: 2).

Ölümcül olarak değerlendirilen kanser hastalığına 1 kez tanı almış olmak bile insanlar için istenmeyen bir durum iken, fiziksel ve psikolojik açıdan zorlu bir hastalık süreci geçirmiş olan insanların kanserin yeniden ortaya çıkmasından, farklı bir organa sıçramasından veya hastalık sürecinin bitmeyecek olmasından korkmaları beklenen ve sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Pek çok hasta bununla ilgili olarak olası nükse uyum sağlamanın kanser tanısı aldıkları anda gösterdikleri uyumdan daha zor olacağını bildirmiştir (Fardell ve ark., 2016). Bu duruma bağlı olarak hastaların yaşadıkları korku ve endişe duyguları kanser nüks korkusu olarak adlandırılır.

Kanser nüks korkusunu tanımlayan ve ilişkili bileşenleri açıklayan ilk model Lee-Jones ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur. Lee-Jones modelinde kanser nüks korkusunun 3 bilişsel etkeni; geçmiş kanser tecrübesi ve tedavisi, kanser hastalığı ve tedavisi ile ilgili sahip

olunan bilgiler ve başlangıçtaki kanserin ortadan kaldırılmasına dair inançlardır. Kişinin bu etkenler hakkındaki inançları kendi nüks riskine yönelik düşüncesini etkiler ve yüksek seviyede nüks korkusu gelişmesine sebep olur. Bu modele ait duygusal bileşenler ise; kanserin geri dönmesine yönelik endişe, kanser hakkında endişe ve tedavi tercihlerinden dolayı vicdan azabını içermektedir. Ancak bu bileşenler hakkında ayrıntılı çalışılmamıştır. (Maheu ve ark., 2019)

Kanser nüks korkusu, literatürde, işlevsellik bozukluğu, psikolojik sıkıntı, düşük yaşam kalitesi ve stresli yaşam tarzı ile ilişkilendirilmiştir (Koch ve ark., 2012). Bunlara ek olarak farklı bir kaynaktan ise kanser nüks korkusu; fiziksel ve zihinsel yorgunluk, yüksek depresyon ve anksiyete ile bağdaştırılmıştır (Butow ve ark., 2013: 2). Özellikle anksiyete yaşayan kişilerde meydana gelen kalp atışının hızlanması, nefes darlığı ve baş dönmesi gibi bedensel belirtiler kanser nüks korkusunu tetiklemekte ve bu bedensel belirtilerin yanlış yorumlanmasına bağlı olarak olumsuz düşüncelere neden olmaktadır. Bu sebep ile kanser hastalarına verilecek psiko eğitimlerle bedensel korku mekanizmaları gösterilmelidir (van Helmondt ve ark., 2016: 2).

Kanser nüks korkusu, hastaların hastalık süreçleri ile ilgili adaptif bir reaksiyondur ve her hastanın yaşayabileceği bir duygudur. Özellikle hastalık döneminden önce de pesimist kişilik özelliğine sahip kişilerin bu duyguyu yaşamaları beklenir. Ancak kanser nüks korkusunun şiddetli olması psikolojik olarak sorunlara yol açmaktadır (Savaş, 2020: 19). Şiddetli kanser nüks korkusuna sahip kişilerin varlığı yaygın olmakla birlikte literatürde %42-70 oranlarında olduğu ifade edilmektedir (Butow ve ark., 2013: 2). Kişideki kanser nüks korkusunun varlığının, olumsuz psikolojik belirtiler meydana getirdiği ve yaşam kalitesinde düşmeye sebep olduğu bilinmekle birlikte bu konu ile ilgili literatürdeki araştırmalar sınırlıdır (Butow ve ark., 2013: 2). Literatürdeki çalışmalarda kanser hastalarına ait istatistiksel veriler incelendiğinde, hastaların %67'sinin nüks korkusu, %50'sinin ise ölüm korkusu yaşadığı görülmektedir (Kanmaz, 2019: 3). Hastalar tarafından nüks korkusunun nedenleri olarak ölüm, meme kaybı, ağrı, aile üyelerinin acı çekmesi ve duygusal sıkıntılar olarak belirtilmiştir (Johnson Vickberg, 2001: 238). Kahraman ve Hiçdurmaz (2016) tarafından yürütülen araştırmada akciğer kanseri, metastaz ve nüks oluşumu, yaşı genç olanlar, iş sahipleri, tek başına yaşayanlar, tanı alınmasının ardından bir seneden kısa süre geçmiş olanlar ve yaşama negatif anlam verenlerin daha şiddetli kanser nüks korkusu yaşadıkları gözlemlenmiştir (Savaş, 2020: 19).

Kişilerde yaşanan bu korku, geçici olabileceği gibi uzun süreli olarak kişilerin yaşam kalitelerinin düşmesine, sağlıkları ile ilgili fazla düşünmelerine ve çözüm yolu arayışına girmelerine neden olabilir. Hastaların kanser nüks korkusuna yönelik gösterdikleri duygusal veya davranışsal tepkiler hastalık ve hastalık tehdidi ile ilgili düşünceleri ile ilişkilidir (Anderson ve ark., 2019: 2). Bu tepkiler hastalık belirtisinin daha fazla kontrol edilmesine veya güvenlik arayışına neden olabilir (Anderson ve ark., 2019: 2). Kişinin şiddetli nüks korkusunun giderilmesine yönelik ihtiyacının karşılanması, bu kişilerdeki çeşitli doktorlara gitme, testler yaptırma vb. sağlık davranışlarının önüne geçeceğinden sağlık sistemi için önemli bir tasarruf kaynağı olacaktır (Butow ve ark., 2013: 2). Nüks korkusuna sahip hastalarda, doktorların iyileşme için yeterli tedaviyi uygulayamayacağı inancı ile birlikte bedenlerinde hissettikleri her türlü ağrı veya acıyı kanser ile bağdaştırmaları gözlemlenen bir durumdur (Işık, 2014: 60).

Ek olarak hastalıkla ve onun nüksetmesi ile ilgili rahatsız edici duygu ve düşüncelerin; kişilerin işlevselliğinde, uyku düzeyinde ve konsantrasyon seviyesinde düşüşe neden olduğu belirtilen etkilerdendir (Stark ve House, 2000: 1261). Bu sebep ile kişiler fiziksel olarak sağlığa kavuştuklarında, psikolojik olarak sağlıklı olmaları için de bu korkuları üzerinde çalışılmalıdır. Psikolojik süreçleri ile çalışılan hastalarda temel hedef, hastaların korkularını yok etmek değil, korkularının seviyelerini azaltmak, hastalara korkuları ile birlikte yaşayabilme becerisi kazandırmak ve hayattaki amaçlarını, motivasyonlarını bulmada yardımcı olmaktır. Bu amaçlar doğrultusunda bilişsel terapi, metakognitif terapi, mindfulness çalışmaları, meditasyon ve kas egzersizleri uygulanan ve etkili olan yöntemlerdir (Savaş, 2020: 19). Ek olarak kişide anksiyete yarattığı bilinen nüks korkusunun, tedaviden sonraki 5 yıllık sağ kalımdan sonra azaldığı ve buna bağlı olarak deneysel bir çalışmada bilişsel davranışçı terapinin kişinin anksiyetesini %29 oranında düşürdüğü saptanmıştır (Çömlekçi ve ark., 2018: 1349).

1.5. Metakognisyon

Meta, Yunanca bir kelime olup “üstünde, ötesinde” gibi anlamlara gelmektedir. Kognisyon, Türkçeye biliş olarak çevrilen ve kişinin tüm zihinsel süreçlerini kapsayan bir kavramdır (<https://www.selcukbesli.com>). Metakognisyon ise bilişin kontrolü ve değerlendirilmesi ile ilgili bilgi, inanç ve bilişsel süreçleri ifade etmektedir (Cook ve ark., 2014: 1). Metakognisyonlar ile yapılan araştırmalar, psikolojik bozuklukların gelişiminde ve sürdürülmesinde metakognisyonların etkisi olduğuna dikkat çekmektedir (Lenzo ve ark., 2020: 1).

İlk olarak John Flavell tarafından 1970’li yıllarda ifade edilen metakognisyon, Fisher ve Wells tarafından 2009 yılında kişinin bilişsel süreçlerine ve bu süreçlere verdikleri tepkilerine odaklanan bir kavram olarak tanımlanmıştır.

İnsan; duygu, düşünce ve davranışları olan bir canlıdır ve insanın sahip olduğu bu özellikler birbiri ile etkileşim içindedir. Düşünceler duyguları, duygular ise davranışları etkilemektedir.

Düşünceler, insan hayatının bir parçasıdır. Bir günde ortalama 60.000 civarında olumlu ve olumsuz düşünce bireyin zihninden otomatik bir şekilde geçer. Ancak bu binlerce düşüncenin hepsini hatırlamak mümkün değildir. Bir düşüncenin hatırlanması, kişinin o düşünceye verdiği önem ve tepkiye bağlı olarak artar. Kişinin düşüncelere ve duygulara nasıl tepki verdiğini ise yine kişinin metakognisyonları yani üst bilişleri belirler.

Metakognitif teori, kişinin düşünce içeriğine odaklanmayan, nasıl düşündüğüne dayanan bir kuramdır. Kısacası, kontrolsüz bir şekilde zihinde dolaşan düşüncelere yanıt vermek ve o düşünceyle uğraşmak kişinin kendi kontrolünde olan ve üst bilişlerle açıklanan bir durumdur. Dolayısıyla, metakognisyonları sebebi ile uyumsuz ve uzun süreli düşünce kalıpları olan bir kişinin rahatsızlık verici duygu ve düşünceleri psikolojik sıkıntının oluşmasına ve sürdürülmesine meydan oluşturacaktır (Cook ve ark., 2014: 1).

Adrian Wells, metakognisyonlar üzerine yapmış olduğu çalışmalar sonucunda kişinin düşünceleri hakkında düşünmesini ve yapmış olduğu seçimleri kişinin nesne veya meta modda olması ile ilişkilendirmiştir (Perişan, 2018: 16). Nesne modunda olan kişi yalnızca düşüncenin içeriğine odaklanırken, nesne modun üst seviyesi olan meta moddaki kişi ise var olan düşüncesine nasıl tepki verdiğine odaklanır.

Metakognitif teoriye göre, kişinin sahip olduğu düşünce içeriği yaşanabilecek psikolojik sorunun çeşidini belirler. Metakognisyonlar, depresyon ve anksiyetenin ortaya çıkmasında ve devam ettirilmesinde önemli rol oynarlar (Anderson ve ark., 2019). Örneğin; kişinin değersizlik ile ilgili yoğun düşünceleri var ise bu düşünceler depresyonun gelişmesine, geleceğin belirsizliği ile ilgili rahatsızlık verici düşünceleri var ise bunlar anksiyete gelişmesine ortam hazırlayabilir. Ancak bu gibi düşüncelere sahip olan her bireyde psikolojik sorun gözükmesini beklemek yanlış olacaktır. Bu düşüncelerin bireyde psikolojik soruna yol açması, bireyin bu düşüncelerine ne kadar önem verdiğine ve nasıl tepki verdiğine bağlıdır.

Metakognisyonları bilgi, deneyim ve strateji alt başlıklarına ayırarak incelemek daha iyi anlaşılmasına yardımcı olacaktır. *Metakognitif bilgi*, insanların düşünceleri hakkındaki inançları anlamına gelmektedir. Bir öğrencinin, endişe etmesi nedeniyle sınavında başarısız olacağını düşünmesi meta-kognitif bilgiye örnek olarak gösterilebilir. Kişinin meta-kognitif bilgisi, onun düşüncelerine nasıl tepki vereceğini anlamada yol gösterici olmaktadır. Bu doğrultuda, meta-kognisyonları pozitif meta-kognitif inançlar ve negatif meta-kognitif inançlar olarak ele almak gerekir. Pozitif meta-kognitif inançlar, kişinin düşüncelerinin veya uyguladığı baş etme yöntemlerinin yararlı olduğuna yönelik inancıdır. Örneğin; geleceğe yönelik tekrarlayan şekilde düşüncelere sahip olan biri “geleceğim hakkında çok düşünmek, kendime daha mutlu bir hayat kurmama yardımcı olur.” düşüncesine sahip olursa bu onun pozitif meta-kognisyonu olduğunu göstermektedir. Buna göre yaygın anksiyete bozukluğu olan bir insanın endişelenmeyi meta-kognisyonları aracılığı ile bir baş etme yöntemi olarak algıladığını söylemek de doğru olacaktır (Öztürk ve Uluşahin, 2014: 354). Negatif meta-kognitif inançlar ise; kişinin duygu ve düşüncelerini kontrol edemediğine veya uyguladığı baş etme yöntemlerinin tehlikeli olduğuna yönelik inancıdır. Örneğin; geçmiş yaşantıları hakkında sık sık düşünceler aklına gelen biri “düşüncelerin gelmemesini kontrol edemiyorum, bu sebep ile güçsüz biriyim.” inancına kapıldığında, bu onun negatif meta-kognisyonu olacaktır. Meta-kognitif yaklaşıma göre; endişelenme süreci pozitif meta-kognitif inançlar ile başlar ve böylelikle kişinin tehlike arayışı artar. Akabinde negatif meta-kognitif inançlar ortaya çıkar ve kişi bununla baş etmeye çalışır. Böylelikle kişi kendisini rahatsız eden düşünceleri pekiştirmiş olur (Öztürk ve Uluşahin, 2014: 354). *Meta-kognitif deneyim*, kişinin içinde bulunduğu zihinsel süreçleri ile ilgili yorumları ve hisleri anlamına gelmektedir. Kişinin sahip olduğu endişelerine yönelik olarak endişe verici düşüncelerinin olması buna bir örnektir. *Meta-kognitif stratejiler*, bireylerin kendilerini rahatsız eden duygu ve düşüncelerini değiştirmek veya kontrol etmek amacı ile uyguladıkları yöntemlerdir. Bunun için bireyler; bastırma, kaçınma, yok sayma gibi çeşitli yöntemler kullanabilirler. Kişilerin sahip oldukları meta-kognitif bilgileri, deneyimleri ve stratejileri birbirleri ile etkileşim içindedir.

1.6. Kanser ve Metakognisyon Arasındaki İlişki

Herhangi bir hastalık türünün varlığında, kişinin işlevsiz metakognitif inançları anksiyete ve depresyon ile doğrudan ilişkili olup tedaviye uyumu da olumsuz etkileyen bir faktör oluşturmaktadır. Ancak son yıllarda araştırmacılar işlevsiz metakognitif inançlar ile kronik hastalıklar arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedirler.

Kronik hastalıklar içerisinde kişiyi fiziksel ve psikolojik olarak önemli derece de etkileyen bir hastalık türüdür, kanser (Anderson ve ark., 2019: 1). Kanser tanısı almak kimi hasta için travmatik bir olay olabileceken, kişinin içerisinde bulunduğu durumu anlamlandırması ve tedaviye uyumu metakognisyonlarına bağlı olarak gelişir. Sağlıklı insanlar ile kanser tanısı almış insanların karşılaştırıldığı bir çalışmada, kanser tanısı almış insanların daha fazla olumsuz metakognitif inanca sahip oldukları belirtilmiştir (Mutlu ve ark., 2018).

Kanser hastalarında gözlemlenen psikolojik sorunlar normal olarak karşılanır ve fiziksel iyileşme hali ile psikolojik iyileşmenin de olması beklenir. Ancak kimi hastada psikolojik sorunların hastalığın bitmesinin ardından da devam ettiği görülebilmektedir. Hastalar, hastalıkları ile ilgili olarak olumsuz düşüncelerine şiddetli endişe duygusu ile tepki verirler ise psikolojik sorunlar ciddi boyuta ulaşabilir ve böylelikle olumsuz düşünceler kalıcı psikolojik sorunlara dönüşebilir.

Meta-kognitif inançlar, kanser hastalarında ortaya çıkan duygusal sıkıntıların kaynağı olarak gösterilmektedir. Hastalarda olumsuz duygu ve düşüncelere takılı kalma hali ve hastalıkları ile ilgili esnek düşünememe, uyumsuz meta-kognitif model ile açıklanmaktadır (Cook ve ark., 2015: 52). Hastalar kendisini çaresiz hissetmeye ve hastalıkları ile ilgili olumsuz düşüncelere kapılmaya başladıklarında, meta-kognitif inançlarının etkisi ile depresyon ve anksiyete belirtilerinin gözlemlenmekte (Anderson ve ark., 2019: 2) ve tedaviye uyumları azalmaktadır (Lenzo ve ark., 2020: 2). Yapılan araştırmalar, kanser hastalarının, metakognitif inançlarına bağlı olarak, kendilerini tehlikede görme, endişeli olma ve kontrolü kaybetme düşüncelerinin görüldüğünü ortaya çıkartmıştır (İnci ve ark., 2020). Hastalarda oluşacak bu belirtiler (kalıcı tekrarlayan düşünceler, kalıcı endişeler, tehdite odaklanma vb.) literatürde Cognitive Attenditonal Syndrome (CAS) olarak adlandırılmaktadır (Cook ve ark., 2015: 52). Hastaların kanser ile ilgili olumsuz düşünceleri onların sahip oldukları meta-kognitif inançlarını tetikleyerek CAS modelinin aktive olmasına, kısaca tehlike arayışına odaklanmasının artması ile dikkat yanlılığı göstermelerine neden olur. Hastalardaki meta-kognitif inançları değiştirmek ve CAS modelinin önüne geçmek onlarda oluşan depresyon ve anksiyetenin tedavisinde kullanılan bir yöntemdir (Cook ve ark., 2015: 52).

Hastaların sürekli endişeye sahip olmaları sebebi ile dikkatleri tehdit arayışında olur ve işlevsiz baş etme yöntemleri geliştirirler. Self-regulatory executive function (S-REF) modelinde, sorun ortadan kalkmasına rağmen devam eden psikolojik sorunların kaynağı uyumsuz üst bilişsel inançlar olarak ifade edilmektedir. Kısacası, bu modele göre kanser hakkındaki olumsuz düşünceler meta kognitif inançları ve endişe duygusunu tetikler. Sref

modeli, hastalık ile ilgili olumsuz düşüncelerin kişide olumsuz duygusal stresin oluşmasındaki etkisini iki bileşen ile açıklamıştır. İlk olarak, meta-kognitif inançların olumsuz hastalık algısına ek olarak olumsuz duygusal strese neden olduğu ve ikinci bileşen olarak, meta-kognitif inançların ve olumsuz duygusal stresin endişe ile meydana geleceği belirtilmiştir. Ayrıca, olumsuz meta-kognitif inançlar direkt olarak duygusal strese ve duygusal tepkilere neden olurken, olumlu meta-kognitif inançlar ise doğrudan bir etkisi olmaksızın endişenin tetiklenmesi ile duygusal strese neden olabilirler. (Cook ve ark., 2015: 208)

Metakognitif terapi alan kanser hastaları, terapi seanslarının ardından düşüncelerini farklı açılardan değerlendirdiklerini ve bu sayede kanser tanısı ve tedavisinden sonra oluşabilecek zorluklarla ilgili endişelerden uzak bir hayat sürdüklerini bildirmişlerdir (Cherry ve ark., 2019).

1.7. Meme Kanseri ve Metakognisyon Arasındaki İlişki

Yapılan araştırmalara neticesinde, meme kanseri hastalarının endişe hakkındaki pozitif ve negatif metakognitif inançlarının yaş, cinsiyet ve hastalık hakkındaki düşüncelerine bağlı olarak hastalarda anksiyete, depresyon ve travma belirtileri gözlemlenebileceği bilinmektedir (Cook ve ark., 2015: 52). Meme kanserine sahip kadınların metakognitif inançları ile sağlıklı kadınların metakognitif inançları karşılaştırıldığında anlamlı derecede bir farklılık gözlemlenmiş ve meme kanserine sahip kadınların meta-kognitif terapiye ihtiyaçları olduğu gözlemlenmiştir (Jektaji ve Khalkalı, 2015). Meme kanseri hastalarında düşen performans ve yaşam kalitesi ve hastalığa bağlı gelişen stresli yaşam biçimine bağlı olarak düşen yaşam ile ilgili gelecek beklentisi psikolojik müdahaleler ile arttırılabilmektedir. Metakognitif yaklaşım sayesinde meme kanseri kadınların olumlu ve olumsuz metakognitif inançlarının etkisinin azaltıldığı literatürdeki farklı çalışmalarca desteklenmiştir. Bu çalışmaları destekleyen bir başka araştırma sonucunda ise; metakognitif terapi gören meme kanseri hastalarının depresyon ve ruminatif düşüncelerinde etkili derecede bir düşüş olduğu saptanmıştır (Elzami ve ark., 2015: 72). Benzer bir başka çalışmada ise meme kanseri kadınların tedavi takip döneminde metakognitif terapi almalarının depresyon düzeyini %90 oranında düşürdüğünü tespit edilmiştir (94).

1.8. Nüks Korkusu ve Metakognisyon Arasındaki İlişki

Kanser hastaları ile oluşturulan pek çok araştırma konusu olduğu gibi nüks korkusunun metakognisyonlar bağlamında incelenmesi de bu konulardan biri olmuştur. Yapılan incelemeler ise nüks korkusunun kişinin metakognisyonları ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Quattropani

ve ark., 2016: 224). Benzer şekilde Fardell'de kişinin bilişsel süreçlerinin ve metakognisyonlarının anlaşılmasının yüksek nüks korkusu seviyelerinin açıklanmasına yarayacağını ifade etmiştir (Maheu ve ark., 2019: 2).

Kişinin metakognisyonları nedeniyle sahip olduğu endişe nüks korkusunun oluşmasında ve sürdürülmesinde önemli bir etkidir. Örneğin; pozitif metakognitif inançlara sahip olan bir birey, hastalığının nüksü hakkında endişelenmenin belirtileri erken fark edip tedavi olması ve iyileşmesi yönünde yararlı olacağına dair inançlara sahip olabilirken; negatif metakognitif inançlara sahip olan kişi ise nüks hakkında düşünmeden durmadığına dair inançlara sahip olabilir ve psikolojik olarak sıkıntı yaşayabilir (Cook ve ark., 2015: 52).

Kişinin yüksek seviyede kanser nüks korkusuna sahip olması; metakognisyonlarına bağlı olarak gelişen olası nüks ile ilgili tekrarlayan düşüncelerinin olması, aşırı önlem alma veya kaçınma hareketlerinin olması, sahip olduğu strese, kendisine ve hastalığa odaklanmaları ile ilişkilendirilmiştir. (Thewes ve ark., 2012)

Çin'de meme ve kolon kanseri hastalarıyla ameliyatlarından sonraki 8.haftada yapılan bir araştırmada; kişilerin sahip olduğu negatif veya pozitif metakognisyonların nüks korkusunu geliştirmesi ile birlikte, özellikle endişe hakkındaki negatif inançlarının ve yüksek nevrozite seviyesinin nüks korkusuna sahip olma ihtimalini arttırdığı belirtilmiştir (Ng ve ark., 2019: 1246).

Metakognisyonların hastalarda nüks korkusu geliştirebileceğini destekleyen bir başka çalışmada ise erken evre kanser hastalarının metastatik evredeki kanser hastalarına göre negatif metakognisyon seviyelerinin daha yüksek olduğu belirtilmiş ve bu durum hastalığın seyrinin belirsizliği ile ilişkilendirilmiştir (Mutlu ve ark., 2018).

1.9. Meme Kanseri Nüks Korkusu ve Metakognisyon Arasındaki İlişki

Kanserin türü fark etmeksizin birçok kanser hastasında nüks korkusu yaşanması beklenen bir durumdur. Son yıllarda meme kanserine yakalanma sıklığında artış olması gibi meme kanserini atlatmış ve atlattıktan sonra buna bağlı olarak psikolojik etkilerin geliştiği hasta sayısında da artışların olduğu gözlemlenmiştir (Berhili ve ark., 2017: 27). Psikolojik müdahalelere duyulan ihtiyaçtan dolayı, kişiler için kolay ulaşılabilir profesyonel psikolojik desteklerin sağlanması büyük önem taşımaktadır.

Meme kanseri kadınlar ile yapılan bir araştırmada; mamografi çekimi öncesi akut dönemde hastaların nüks korkusunda artış gözlemlenirken, negatif sonucu aldıklarından

sonraki akut dönemde ise nüks korkuların düştüğü ancak zamanla yeniden artma gösterdiği tespit edilmiştir (McGinty ve ark., 2015: 2). Farklı bir çalışmada ise, öz yeterlilik seviyesi yüksek olan meme kanseri kadınların düşük seviyede kanser nüks korkusuna sahip oldukları tespit edilmiş, öz yeterliliğin hastalar için önemine vurgu yapılmıştır (Helmond ve ark., 2016: 2).

Erken meme kanseri tanısı almış ve yüksek nüks korkusu seviyesine sahip kadınların bu durum ile baş etme yöntemi olarak doktora gitme sıklıklarının fazla olduğu literatürde yer alan bilgilerdendir (Butow ve ark., 2013: 2). Benzer bir çalışmada ise meme kanseri geçirmiş kadınların büyük bir çoğunluğunun yaşadıkları nüks korkusu ile baş etmek için duygu odaklı stratejiler kullandıkları, geri kalanlarının ise kaçınmacı başa çıkma stratejileri kullandıkları elde edilen bulgulardandır (De Vries ve ark., 2014).

Buna ek olarak, olumsuz metakognisyonların, meme kanseri hastalarında nüks korkusunu etkileyen önemli bir etken olduğu yapılan araştırmalarda ortaya konulmuştur (Thewes ve ark., 2013: 2059). Literatür incelendiğinde, yoğun endişe duygusunun zararlı olduğuna dair inançlar, yani olumsuz metakognisyonlar, meme kanseri hastalarında yüksek seviyede nüks korkusu ile ilişkilendirildiğine vurgu yapıldığı görülmektedir (Dunn ve ark., 2015). Kişiler; olumsuz metakognisyonları nedeni ile yalnızca nüks endişesi yaşamakla kalmayıp, aynı zamanda kanserin yeniden gelecek olmasının nedeni olarak bu endişelerini görmektedirler (Smith ve ark., 2018). Ek olarak, meme kanseri hastalarındaki yoğun endişeye bağlı olarak gelişen nüks korkusu, hastaların tedaviye uyumunu ve tedavi sonrası gözetimini de etkilemektedir (Liu ve ark., 2011: 166). Hastalarda yaşanan bu korku ve endişelerin uzun süreli olması metakognitif kuramdaki S-REF modeli ile açıklanmaktadır (Cook ve ark., 2015: 208).

Yapılan araştırmalar, farkındalık (mindfulness) ve meta-kognitif müdahaleleri uygulanan meme kanseri hastalarının kontrol kaybı, belirsizliğin artması ve üst bilişsel becerilerin azalması ile tanımlanan kanser nüks korkusu seviyelerinde anlamlı derecede bir azalma olduğunu kanıtlamıştır (Cheli ve ark., 2019).

BÖLÜM 2: YÖNTEM

2.1.Yöntem

Bu araştırmanın türü nicel araştırmadır. Görüşmeler hastalar ile yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Sorumlu araştırmacı tarafından öncelikle çalışma tanıtılmış, akabinde katılım göstermek isteyip istemedikleri sorularak gönüllü olmaları durumunda bilgilendirilmiş onam belgesine hem araştırmacının hem de gönüllünün imzalarını atmalarıyla katılım gerçekleşmiştir. İlk aşamada meme kanseri teşhisi almış hastalar ile ameliyatlarının öncesinde görüşme sağlanmış ve akabinde araştırmada kullanılan ölçeklerdeki sorulara cevap vermeleri istenmiştir. Hastaların ameliyatlarının akabinde yeniden görüşme sağlanarak aynı ölçekleri yeniden puanlamaları istenmiştir. Araştırmada yer alan ölçekler katılımcılara ameliyat işleminden önceki 1 haftalık süreçte ve ameliyat işleminden sonraki 1 haftalık süreçte olmak üzere araştırmacı tarafından 2 kez uygulanmıştır. Ölçeklerin uygulanma süresi yaklaşık olarak 20-30 dakika sürmüştür. Araştırmada değerlendirilen hasta sayısından daha fazla hasta ile araştırmacı tarafından görüşme sağlanmış, ancak kimi hastanın araştırmaya dahil olmak istememesi, kimi hasta ile yalnızca ameliyat öncesi görüşülmesi ve ameliyat sonrasındaki verilerinin eksik kalması nedeni ile araştırmaya dahil edilememiştir.

2.2.Örneklem

Bu araştırmanın örneklemini İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Meme Hastalıkları ve Cerrahisi Kliniğine başvurup meme kanseri tanısı konulan 45 kadın meme kanseri hastasından oluşmaktadır. Katılımcıların araştırmaya dahil edilme kriterleri; kadın cinsiyet, ameliyat edilebilir (operabl) meme kanseri tanısı alan hasta, araştırmaya katılmadan önce ameliyat olmamış olmaları şeklindedir. Katılımcıların demografik bilgileri Tablo 1’de görülmektedir. (Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri) Tablo 1’e bakıldığında çalışmada gönüllü olan katılımcıların yüksek oranda evli, çocuk sahibi, çalışmayan ve ilköğretim seviyesinde eğitim görmüş kadınlardan oluştuğu dikkat çekmektedir.

Testin gücü, bir testin gerçekte var olan farkı bulabilme yeteneğidir. Bu nedenle II. Tip hata miktarı ile ilişkilidir. II. Tip hatanın yani var olan bir farkın bulanamama olasılığının 0.20 olduğu durumda, yapılacak hipotez testinde hedeflenen testin gücü 0.80 olacaktır. Örnek genişliği belirlemeye güç analizi denmesinin nedeni örnek genişliğini çalışmanın başında belirleyerek çalışacağımız gücü kontrol altına almamızdır. Planlanan araştırma için bildirilen literatürler eşliğinde %80 güç ile yapılan örneklem hesaplamasında 70 kişilik bir örneklem büyüklüğü hedeflemiş fakat pandemi koşulları nedeniyle çalışma 45 kişilik örneklem ile

tamamlanmıştır. Bu örneklem büyüklüğünün yeterliliğini belirlemek amacıyla 45 kişilik örneklem için effect size $d = 0.494$ (etki büyüklüğü), $\alpha = 0.05$ (hata payı) olacak şekilde gücün $(1-\beta)$ 0.93 olduğu saptanmıştır.

2.3.Kullanılan Araç ve Gereçler

Araştırmaya katılan gönüllülere Bilgilendirilmiş Onam Formunu onaylamalarının ardından, araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyo-Demografik Veri Formu ile Üst Biliş Ölçeği (ÜBÖ-30), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ve Kanser Nüks Korkusu Envanteri (KNKE) uygulanmıştır.

2.3.1.Sosyo-Demografik Veri Formu

Araştırmanın amaçlarına yönelik olarak araştırmacı tarafından hazırlanan formdur. Belirtilen veri formunda, katılımcılara ait bilinmesi gereken özelliklerini öğrenmeye yarayan sorular bulunmaktadır. Bu sorular katılımcıların eğitim düzeyi, çalışma durumu, medeni hali, kiminle yaşadığı ve bakımını kimin sağladığı gibi temel bilgilerin yanı sıra katılımcıların ve ailesinin psikopatoloji ve kanser öyküsünü, katılımcıların sigara-alkol kullanım durumunu, ek olarak mevcut kanserinin türünü, seviyesini ve tedavi yöntemini sorgular.

2.3.2.Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Araştırmada katılımcıların depresyon ve anksiyete seviyelerini belirlemek için kullanılan ölçek, Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) ölçeğidir. Ölçeğin anksiyete ve depresyon alt ölçekleri ve toplam 14 sorusu bulunmaktadır. Her soru hastalar tarafından 0-3 arasında puanlandırılarak cevaplanır. Bu soruların 7 tanesi (çift sayılar) depresyon seviyesi, diğer 7 tanesi (tek sayılar) ise anksiyete seviyesini ölçmeye yöneliktir. Verilen puanların toplamı 0-7 arasında normal, 8-10 hafif, 11-14 orta ve 15-21 şiddetli olarak değerlendirilir. Orjinali Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında geliştirilen ölçeğin, Türkçe formu Aydemir ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.

2.3.3.Kanser Nüks Korkusu Envanteri

Orjinali Fransızca olan ve Simard ve Savard tarafından geliştirilen ölçeğin İngilizce versiyonu Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI) ismi ile Lebel ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Eyrenci ve Sertel Berk, 2018: 56). 42 maddelik ölçeğin Türkçe formu ise Eyrenci ve Sertel Berk tarafından uyarlanmıştır. Ölçeğin puanlandırması Likert skalası şeklinde olup, hastaların maddelere 0-4 arasında puanlar vermesi ile değerlendirilir. Araştırmada kullanılan bu ölçek ile amaç katılımcıların hastalıklarının nüks etme ihtimali ile ilgili olan

inançlarını, duygularını ve düşüncelerini ortaya çıkartmaktır. Bu amaca yönelik olarak ölçeğe ait 5 alt ölçek oluşturulmuştur. Bunlar; tetikleyiciler (1., 2., 3., 5., 6., 7., 10. maddeler), işlevsel bozukluklar (22. ve 23. maddeler), nüks ile ilgili metabiliş (15., 16., 17., 28. maddeler), duygu odaklı başa çıkma stratejileri (18., 19., 20., 21., 34. maddeler) ve yaşam kalitesi (24., 25., 26., 27., 29., ve 30. Maddeler) şeklindedir.

2.3.4.Üst Biliş Ölçeği

Araştırmada katılımcıların üst biliş seviyelerinin incelenmesi amacıyla Üst Biliş Ölçeği 30 kullanılmıştır. Orijinal adı “Meta-Cognition Questionnaire 30 (MCQ-30)” olan ölçek Wells ve Cartwright-Hatton tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir. Araştırmada kullanılan MCQ-30 ölçeğinin Türkçe formu ise Tosun ve Irak tarafından 2008 yılında geliştirilmiştir. Geliştirilen bu ölçeğe ait 5 alt ölçek bulunmaktadır. Bu alt ölçekler; olumlu inançlar, bilişsel güven, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel farkındalık ve düşünceleri kontrol etme ihtiyacı başlıkları şeklindedir. Alt ölçeklerden bir tanesi pozitif metakognitif inançları değerlendirirken, diğer dört alt ölçek negatif metakognitif inançları değerlendirmektedir. Ölçekte bulunan 30 maddenin cevaplandırması Likert derecelendirme skalası şeklinde olup; (1) kesinlikle katılmıyorum, (2) kısmen katılmıyorum, (3) kısmen katılıyorum, (4) kesinlikle katılıyorum seçeneklerinden oluşur. Ölçekteki maddelere verilen yanıtlar değerlendirildiğinde alınan puan 30 ile 120 arasında değişiklik gösterir. Ölçekten elde edilen toplam puanın yüksek olması kişide üst bilişsel faaliyetlerin fazla olduğu anlamına gelir.

Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) sürüm 25.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma vb.) yanı sıra gruplar arasındaki nicel karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi kullanılırken; tekrarlı ölçümlerde Wilcoxon Signed-Rank testi kullanıldı. İki değişken arasındaki ilişki düzeyine Spearman korelasyon testi ile bakıldı. Ayrıca bağımlı değişken üzerindeki bağımsız faktörlerin etkisinin belirlenmesinde lojistik regresyon analizinden yararlanıldı. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

BÖLÜM 3: BULGULAR

Tablo 1’de katılımcıların demografik özelliklerinin dağılımına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde;

Çalışmaya dahil edilen 45 katılımcının ortalama yaşının 47 olduğu ve yaş aralığının 32 ile 67 arasında değiştiği, %89’unun (n=40) medeni durumunun evli, %96’sının (n=43) çocuk sahibi olduğu, %84’ünün (n=38) ev hanımı veya emekli (çalışmadığı) olduğu, %87’sinin (n=39) ailesiyle (eş, çocuk veya anne, baba, kardeş) birlikte yaşadığı saptanırken; eğitim durumuna göre katılımcıların %71’inin (n=32) ilkokul, %13’ünün (n=6) lise ve %16’sının (n=7) üniversite mezunu olduğu saptandı.

Tablo 1: Olguların Demografik Özellikleri (N=45)

Özellikler	Kategori	n	%
Yaş	<50	25	55,6
	≥50	20	44,4
Medeni durum	Evli	40	88,9
	Bekar	5	11,1
Çocuk varlığı	Evet	43	95,6
	Hayır	2	4,4
Eğitim	İlkokul	32	71,1
	Lise	6	13,3
	Üniversite	7	15,6
Çalışma durumu	Çalışıyor	7	15,6
	Çalışmıyor	38	84,4
Yaşam şekli	Eş ile	6	13,3
	Aile ile	39	86,7

Tablo 2’de çalışmaya dahil edilen katılımcıların meme kanseri ve psikolojik risk faktörlerinin dağılımına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde;

Katılımcıların %16’sının (n=7) daha önce kanser tanısı aldığı, %69’unun (n=31) ailesinde kanser öyküsü olduğu, %24’ünün (n=11) sigara, %7’sinin (n=3) alkol kullandığı saptandı.

Katılımcıların %47’sinin (n=21) tedavi edilmiş bir psikopatolojik hastalığı olduğu, %16’sının (n=7) psikopatolojik hastalığının halen devam ettiği ve %36’sının (n=16) ailesinde tanılanmış bir psikopatolojik hastalık olduğu mevcut verilerden saptanmıştır.

Tablo 2: Olguların Meme Kanseri ve Psikolojik Risk Faktörleri

Özellikler	Kategori	n	%
Daha önce kanser tanısı alma	Evet	7	15,6
	Hayır	38	84,4
Ailede kanser öyküsü	Evet	31	68,9
	Hayır	14	31,1
Sigara kullanımı	Evet	11	24,4
	Hayır	34	75,6
Alkol kullanımı	Evet	3	6,7
	Hayır	42	93,3
Psikopatolojik tanı alma durumu	Evet	21	46,7
	Hayır	24	53,3
Ailede tanı almış bir psikopatoloji	Evet	16	35,6
	Hayır	29	64,4

Tablo 3’te çalışmaya dahil edilen katılımcıların meme kanseri tanı ve tedavi özelliklerinin dağılımına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde;

15 katılımcıya (%33) evre 0&I, 13’üne (%28,9) evre IIA, 17’sine (%37,8) evre IIB&III meme kanseri tanısı konulmuş; 17 katılımcıya (%38) cerrahi tedavi öncesi kemoterapi uygulanmıştır. Meme cerrahisi olarak 25 katılımcıya (%56) meme koruyucu cerrahi (MKC), 20 katılımcıya (%44) mastektomi uygulanmıştır.

Tablo 3: Olguların Tanı ve Tedavi Özellikleri

Özellikler	Kategori	n	%
Hastalık evresi	0-I	15	33,3
	II-A	13	28,9
	IIB-III	17	37,8
Ameliyat öncesi kemoterapi alma	Evet	17	37,8
	Hayır	28	62,2
Cerrahi tedavi tipi	MKC	25	55,6
	Mastektomi	20	44,4

MKC: Meme koruyucu cerrahi

Tablo 4'te Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde, katılımcıların HAD ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde;

Katılımcıların ameliyat öncesi HAD-Anksiyete ölçeği ortanca 9(0-18) puandan, ameliyat sonrası istatistiksel olarak anlamlı derecede 6(0-18) puana düştüğü saptadı. ($W=-2,916$; $p=0,004$). Ayrıca yapılan oransal incelemelerde ameliyat öncesine göre hastaların 30'unda (%66,7) anksiyete düşüşü olduğu saptandı.

Ameliyat öncesi ve sonrası HAD-Depresyon ölçeği puanı [$AÖ:3(0-16) \rightarrow AS: 4(0-21)$] arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede herhangi bir farklılık tespit edilmedi ($W=-0,044$; $p=0,965$).

Tablo 4: Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Olguların HAD Ölçeği Puanları

HAD Ölçeği		Ameliyat Öncesi	Ameliyat Sonrası	Wilcoxon Testi (W)	p-değeri
Anksiyete	<i>Ort.±SS</i>	8,58±4,64	6,29±4,64	-2,916	0,004*
	<i>Ortanca</i>	9(0-18)	6(0-18)		
Depresyon	<i>Ort.±SS</i>	5,31±4,70	5,33±4,60	-0,044	0,965
	<i>Ortanca</i>	3(0-16)	4(0-21)		

*:p<0,05; Wilcoxon Signed Ranks testi, **HAD:**Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Tablo 5'te Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde, katılımcıların Üstbiliş Ölçeği-30 ölçeğinden aldıkları puan dağılımına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde;

Ameliyat öncesi ve sonrası katılımcıların Üstbiliş Ölçeği-30 ölçeğinden aldığı toplam puanlar [$AÖ:64(42-98) \rightarrow AS:65(29-93)$] arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede bir farklılık tespit edilmedi ($W=-0,930$; $p=0,352$).

Tablo 5: Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Olguların Üstbiliş Ölçeği-30 Puanları

Üstbiliş Ölçeği-30		Ameliyat Öncesi	Ameliyat Sonrası	Wilcoxon Testi(W)	p-değeri
Olumlu inançlar	Ort.±SS	11,02±4,84	11,71±4,51	-0,938	0,348
	Ortanca	10(6-22)	11(6-21)		
Bilişsel güven	Ort.±SS	12,73±6,10	12,44±5,13	-0,332	0,740
	Ortanca	12(6-24)	12(6-24)		
Kontrol edilemezlik ve tehlike	Ort.±SS	11,64±4,05	11,67±3,84	-0,066	0,948
	Ortanca	12(5-20)	12(5-20)		
Bilişsel farkındalık	Ort.±SS	16,27±4,14	16,89±3,94	-1,020	0,308
	Ortanca	17(7-23)	18(6-24)		
Düşünceleri kontrol ihtiyacı	Ort.±SS	12,89±4,58	13,31±3,71	-0,427	0,669
	Ortanca	12(6-24)	14(6-20)		
Toplam	Ort.±SS	64,56±12,32	66,02±14,14	-0,930	0,352
	Ortanca	64(42-98)	65(29-93)		

* $p>0,05$; Wilcoxon Signed Ranks testi

Tablo 6’da Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde, katılımcıların KNKE ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde;

Ameliyat öncesi ve sonrası katılımcıların KNKE ölçeğinden aldığı puanlar [AÖ:33(0-82)→AS:40(5-77)] arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede bir farklılık tespit edilmedi ($W=-1,095$; $p=0,274$). Katılımcıların KNKE alt ölçek puanları incelendiğinde sadece **“işlevsel bozukluklar”** alt ölçeğinden katılımcıların ameliyat öncesi aldığı ortalama 0 (0-8) puan, ameliyat sonrası istatistiksel olarak anlamlı derecede 2(0-8) puana yükselmiştir ($W=-2,656$; $p=0,008$). Ayrıca yapılan oransal incelemelerde ameliyat öncesine göre hastaların 20’sinde (%44,4) işlevsel bozukluk artışı olduğu saptandı.

Tablo 6: Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Olguların KNKE Puanları

KNKE		Ameliyat Öncesi	Ameliyat Sonrası	Wilcoxon Testi(W)	p-değeri
Tetikleyiciler	<i>Ort.±SS</i>	13,80±7,99	13,71±7,37	-0,006	0,995
	<i>Ortanca</i>	15(0-28)	15(0-27)		
İşlevsel bozukluklar	<i>Ort.±SS</i>	1,49±2,41	2,42±2,50	-2,656	0,008*
	<i>Ortanca</i>	0(0-8)	2(0-8)		
Nüks ile ilgili metabiliz	<i>Ort.±SS</i>	5,04±4,63	5,64±4,47	-1,111	0,266
	<i>Ortanca</i>	5(0-14)	7(0-16)		
Duygu odaklı başa çıkma stratejileri	<i>Ort.±SS</i>	10,16±5,08	10,64±5,09	-0,379	0,704
	<i>Ortanca</i>	10(0-20)	11(0-20)		
Yaşam kalitesi	<i>Ort.±SS</i>	6,18±5,74	7,47±5,96	-1,498	0,134
	<i>Ortanca</i>	4(0-22)	7(0-21)		
Toplam	<i>Ort.±SS</i>	36,67±21,23	39,89±21,34	-1,095	0,274
	<i>Ortanca</i>	33(0-82)	40(5-77)		

*:p<0,05; Wilcoxon Signed Ranks testi; **KNKE**:Kanser Nüks Korku Envanteri

Tablo 7’de Ameliyat öncesi ve sonrası HAD, KNKE ve Üstbiliş Ölçeği-30 ölçekleri arasındaki ilişki düzeyine yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde;

Ameliyat öncesi dönemde HADÖ-Anksiyete puanı ile HADÖ-Depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ($r=0,705$; $p<0,001$); KNKE ölçeği puanı ile HADÖ-Anksiyete ($r=0,547$; $p<0,001$), HADÖ-Depresyon ($r=0,564$; $p<0,001$) ve Üstbiliş Ölçeği-30 ($r=0,392$; $p=0,008$) puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü bir ilişki varlığı saptandı.

Ameliyat sonrası dönemde HADÖ-Anksiyete puanı ile HADÖ-Depresyon ($r=0,569$; $p<0,001$) ve Üstbiliş Ölçeği-30 ($r=0,443$; $p=0,002$) puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü; KNKE ölçeği puanı ile HADÖ-Anksiyete ($r=0,532$; $p<0,001$), HADÖ-Depresyon ($r=0,409$; $p=0,005$) ve Üstbiliş Ölçeği-30 ($r=0,565$; $p<0,001$) puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü bir ilişki varlığı saptandı.

Tablo 7: Ameliyat Öncesi ve Sonrası HAD, KNKE ve Üstbiliş Ölçeği-30 Ölçekleri Arasındaki İlişki Düzeyi

Ameliyat Öncesi	Anlamlılık	Ameliyat Öncesi		
		HAD-Anksiyete	HAD-Depresyon	Üstbiliş Ölçeği-30
HAD-Depresyon	<i>r</i>	0,705		
	<i>p</i>	<0,001*		
Üstbiliş Ölçeği-30	<i>r</i>	0,284	0,173	
	<i>p</i>	0,059	0,256	
KNKE	<i>r</i>	0,547	0,564	0,392
	<i>p</i>	<0,001*	<0,001*	0,008*
Ameliyat sonrası	Anlamlılık	Ameliyat sonrası		
		HAD-Anksiyete	HAD-Depresyon	Üstbiliş Ölçeği-30
HAD-Depresyon	<i>r</i>	0,569		
	<i>p</i>	<0,001*		
Üstbiliş Ölçeği-30	<i>r</i>	0,443	0,200	
	<i>p</i>	0,002*	0,188	
KNKE	<i>r</i>	0,532	0,409	0,565
	<i>p</i>	<0,001*	0,005*	<0,001*

*: $p<0,05$; r =Spearman korelasyon testi

Tablo 8: Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Hastaların Ameliyat Sonrası Anksiyete Düşüş Oranları ve Hastalarda Ameliyat Sonrası Anksiyetede Düşüş Görülme Durumuna Göre HAD Ölçeği Üstbiliş Ölçeği ve KNKE Puan Ortalamaları (N=45)

Özellikler	Kategori	Anksiyete düşüşü var	Anksiyete düşüşü yok	p
		n (%)	n (%)	
Yaş	<50	18(72,0)	7(28,0)	0,596 ^a
	≥50	8(60,0)	8(40,0)	
Medeni durum	Evli	25(62,5)	15(37,5)	0,153 ^a
	Bekar	5(100,0)	0(0,0)	
Çocuk varlığı	Evet	29(67,4)	14(32,6)	1,000 ^a
	Hayır	1(50,0)	1(50,0)	
Eğitim	İlkokul	23(71,9)	9(28,1)	0,416 ^a
	Lise& üniversite	7(53,8)	6(46,2)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	5(71,4)	2(28,6)	1,000 ^a
	Çalışmıyor	25(65,8)	13(34,2)	
Yaşam şekli	Eş ile	3(50,0)	3(50,0)	0,384 ^a
	Aile ile	27(69,2)	12(30,8)	
Daha önce kanser tanısı alma	Evet	5(71,4)	2(28,6)	1,000 ^a
	Hayır	25(65,8)	13(34,2)	
Ailede kanser öyküsü	Evet	20(64,5)	11(35,5)	0,743 ^a
	Hayır	10(71,4)	4(28,6)	
Sigara kullanımı	Evet	8(72,7)	3(27,3)	0,726 ^a
	Hayır	22(64,7)	12(35,3)	
Psikopatolojik tanı alma durumu	Evet	17(81,0)	4(19,0)	0,068 ^a
	Hayır	13(54,2)	11(45,8)	
Ailede tanı almış bir psikopatoloji	Evet	13(81,3)	3(18,8)	0,189 ^a
	Hayır	17(58,6)	12(41,4)	
Hastalık evresi	0-I	10(66,7)	5(33,3)	0,581 ^a
	II-A	10(76,9)	3(23,1)	
	II-B-III	10(58,8)	7(41,2)	
Ameliyat öncesi kemoterapi alma	Evet	10(58,8)	7(41,2)	0,587 ^a
	Hayır	20(71,4)	8(28,6)	
Cerrahi tedavi tipi	MKC	15(60,0)	10(40,0)	0,352 ^a
	Mastektomi	15(75,0)	5(25,0)	
HAD-Depresyon ^c	Ort.±SS	4,80±4,09	6,33±5,75	0,513 ^b
Üstbiliş Ölçeği-30-Olumlu inançlar ^c	Ort.±SS	10,50±5,08	12,07±4,28	0,190 ^b
Üstbiliş Ölçeği-30-Bilişsel güven ^c	Ort.±SS	12,00±6,22	14,20±5,76	0,206 ^b
Üstbiliş Ölçeği-30-Kontrol edilemezlik ve tehlike ^c	Ort.±SS	10,87±3,60	13,27±3,94	0,047* ^b
Üstbiliş Ölçeği-30-Bilişsel farkındalık ^c	Ort.±SS	16,90±3,75	15,00±4,69	0,191 ^b
Üstbiliş Ölçeği-30- Düşünceleri kontrol ihtiyacı ^c	Ort.±SS	12,47±4,70	13,73±4,37	0,352 ^b
Üstbiliş Ölçeği-30-Toplam ^c	Ort.±SS	63,70±11,36	66,27±14,32	0,492 ^b
KNKE- Tetikleyiciler ^c	Ort.±SS	13,40±7,22	14,60±9,57	0,546 ^b
KNKE- İşlevsel bozukluklar ^c	Ort.±SS	1,53±2,50	1,40±2,29	0,899 ^b
KNKE- Nüks ile ilgili metabilis ^c	Ort.±SS	4,07±4,39	7,00±4,60	0,049* ^b
KNKE- Duygu odaklı başa çıkma stratejileri ^c	Ort.±SS	9,60±5,09	11,27±5,04	0,328 ^b
KNKE- Yaşam kalitesi ^c	Ort.±SS	5,50±5,50	7,53±6,16	0,282 ^b
KNKE- Toplam ^c	Ort.±SS	34,10±19,43	41,80±24,32	0,278 ^b

*:p<0,05; a:Ki-Kare testi; b: Mann-Whitney U testi; c:Ameliyat öncesi ölçüm değerleri;

MKC: Meme koruyucu cerrahi; Ort:Ortalama; SS:Standart Sapma

Demografik özelliklerine göre olguların ameliyat sonrası anksiyete düşüşü oranlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmadı. ($p>0,05$).

Psikopatolojik tanı varlığında hastaların anksiyete düşüş oranı istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine yakın derecede daha yüksek (%81 vs %54,2; $p=0,068$) olduğu saptandı.

Tanı ve tedavi özelliklerine göre olguların ameliyat sonrası anksiyete düşüş oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi. ($p>0,05$).

Ameliyat sonrası anksiyete düşüşü görülen hastaların görülmeyen hastalara göre Üstbilis Ölçeği-Kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyut puan ortalamalarının (Düşüş var= $10,87\pm3,60$ vs Düşüş yok= $13,27\pm3,94$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı ($p=0,047$).

Ameliyat sonrası anksiyete düşüşü görülen hastaların görülmeyen hastalara göre KNKE- Nüks ile ilgili üstbilis alt boyutu puan ortalamalarının (Düşüş var= $4,07\pm4,39$ vs Düşüş yok= $7,00\pm4,60$) istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha düşük olduğu saptandı ($p=0,049$).

Tablo 9: Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Hastaların Ameliyat Sonrası İşlevsel Bozukluk Artış Oranları ve Hastalarda Ameliyat Sonrası İşlevsel Bozukluk Artışı Görülme Durumuna Göre HAD Ölçeği Üstbiliş Ölçeği ve KNKE Puan Ortalamaları (N=45)

Özellikler	Kategori	İşlevsel bozukluk artışı var n (%)	İşlevsel bozukluk artışı yok n (%)	p
Yaş	<50	11(44,0)	14(56,0)	1,000 ^a
	≥50	9(45,0)	11(55,0)	
Medeni durum	Evli	18(45,0)	22(55,0)	1,000 ^a
	Bekar	2(40,0)	3(60,0)	
Çocuk varlığı	Evet	19(44,2)	24(55,8)	1,000 ^a
	Hayır	1(50,0)	1(50,0)	
Eğitim	İlkokul	15(46,9)	17(53,1)	0,745 ^a
	Lise& üniversite	5(38,5)	8(61,5)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	2(28,6)	5(71,4)	0,437 ^a
	Çalışmıyor	18(47,4)	20(52,6)	
Yaşam şekli	Eş ile	3(50,0)	3(50,0)	1,000 ^a
	Aile ile	17(43,6)	22(56,4)	
Daha önce kanser tanısı alma	Evet	2(28,6)	5(71,4)	0,437 ^a
	Hayır	18(47,4)	20(52,6)	
Ailede kanser öyküsü	Evet	16(51,6)	15(48,4)	0,202 ^a
	Hayır	4(28,6)	10(71,4)	
Sigara kullanımı	Evet	3(27,3)	8(72,7)	0,297 ^a
	Hayır	17(50,0)	17(50,0)	
Psikopatolojik tanı alma durumu	Evet	5(23,8)	16(76,2)	0,016 ^{*a}
	Hayır	15(62,5)	9(37,5)	
Ailede tanı almış bir psikopatoloji	Evet	4(25,0)	12(75,0)	0,066 ^a
	Hayır	16(55,2)	13(44,8)	
Hastalık evresi	0-I	7(46,7)	8(53,3)	0,470 ^a
	II-A	4(30,8)	9(69,2)	
	II-B-III	9(52,9)	8(47,1)	
Ameliyat öncesi kemoterapi alma	Evet	9(52,9)	8(47,1)	0,559 ^a
	Hayır	11(39,3)	17(60,7)	
Cerrahi tedavi tipi	MKC	11(44,0)	14(56,0)	1,000 ^a
	Mastektomi	9(45,0)	11(55,0)	
HAD-Anksiyete ^c	<i>Ort.±SS</i>	9,92±4,79	6,90±3,95	0,029 ^{*b}
HAD-Depresyon ^c	<i>Ort.±SS</i>	6,68±5,51	3,60±2,70	0,014 ^{*b}
Üstbiliş Ölçeği-30-Olumlu inançlar ^c	<i>Ort.±SS</i>	13,45±4,61	9,08±4,16	0,002 ^{*b}
Üstbiliş Ölçeği-30-Bilişsel güven ^c	<i>Ort.±SS</i>	12,35±6,28	13,04±6,06	0,658 ^b
Üstbiliş Ölçeği-30-Kontrol edilemezlik ve tehlike ^c	<i>Ort.±SS</i>	11,30±3,39	11,92±4,55	0,638 ^b
Üstbiliş Ölçeği-30-Bilişsel farkındalık ^c	<i>Ort.±SS</i>	16,15±3,88	16,36±4,41	0,605 ^b
Üstbiliş Ölçeği-30- Düşünceleri kontrol ihtiyacı ^c	<i>Ort.±SS</i>	12,20±3,72	13,44±5,18	0,463 ^b
Üstbiliş Ölçeği-30-Toplam ^c	<i>Ort.±SS</i>	65,45±9,74	63,84±14,21	0,087 ^b
KNKE-Tetikleyiciler ^c	<i>Ort.±SS</i>	13,15±7,04	14,32±8,78	0,647 ^b
KNKE-Nüks ile ilgili metabilis ^c	<i>Ort.±SS</i>	4,45±4,47	5,52±4,79	0,482 ^b
KNKE-Duygu odaklı başa çıkma stratejileri ^c	<i>Ort.±SS</i>	9,60±3,75	10,60±5,97	0,391 ^b
KNKE-Yaşam kalitesi ^c	<i>Ort.±SS</i>	4,15±3,45	7,80±6,70	0,087 ^b

*:p<0,05; a:Ki-Kare testi; b: Mann-Whitney U testi; c:Ameliyat öncesi ölçüm değerleri;
MKC: Meme koruyucu cerrahi; Ort:Ortalama; SS:Standart Sapma

Demografik özelliklerine göre olguların ameliyat sonrası işlevsel bozukluk artış oranlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmadı. ($p>0,05$).

Psikopatolojik tanı alan olguların işlevsel bozukluk artış oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük (%23,8 vs %62,5; $p=0,016$) olduğu saptandı.

Tanı ve tedavi özelliklerine göre olguların ameliyat sonrası işlevsel bozukluk artış oranlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmadı. ($p>0,05$).

Ameliyat sonrası işlevsel bozukluk artışı görülen hastaların görülmeyen hastalara göre HAD-Anksiyete puan ortalamalarının (Artış var= $9,92\pm4,79$ vs Artış yok= $6,90\pm3,95$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edildi ($p=0,029$).

Ameliyat sonrası işlevsel bozukluk artışı görülen hastaların görülmeyen hastalara göre HAD-Depresyon puan ortalamalarının (Artış var= $6,68\pm5,51$ vs Artış yok= $3,60\pm2,70$) istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu tespit edildi ($p=0,014$).

Ameliyat sonrası işlevsel bozukluk artışı görülen hastaların görülmeyen hastalara göre Üstbiliş Ölçeği-Olumlu inançlar alt boyut puan ortalamalarının (Artış var= $13,45\pm4,61$ vs Artış yok= $9,08\pm4,16$) istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,002$).

Tablo 10: Ameliyat Sonrası Anksiyete Düşüşü ile İlişkili Faktörler- Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

Anksiyete Düşüşü ile İlişkili Faktörler-Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları				
Faktörler	Referans	OR (%95 GA)	p	R ²
Eğitim (<i>İlkokul vs. Lise & lisans</i>)	Lise & lisans (1)	14,967(1,309-171,153)	0,030*	0,340
Psikopatoloji (<i>Evet vs. Hayır</i>)	Hayır (1)	20,551(2,130-198,306)	0,009*	
Kontrol edilemezlik ve tehlike	-	1,229(0,976-1,549)	0,080	
KNKE-Nüks ile ilgili metabiliş	-	0,918(0,765-1,102)	0,358	

*:p<0,05; Lojistik regresyon(metod=enter); Bağımlı değişken:Anksiyete düşüşü(1=düşüş var; 0=düşüş yok)
OR: Odds Ratio

Lojistik regresyon modellemesinde bağımlı değişken, ameliyat sonrası hastalarda anksiyete düşme durumu olarak tanımlanmıştır. Anksiyetede düşüş varlığı “1”, düşüş olmama durumu “0” olarak kodlanmıştır. Yapılan tek değişkenli analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı ve anlamlılığa yakın faktörlerin eklendiği çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre anksiyete düşüşüne etki eden bağımsız değişkenlerin düşük eğitim düzeyi (ilkokul) [OR=14,97 (%95GA=1,3-171,2), p=0,030] ve psikopatolojik tanı alma [OR=20,6 (%95GA=2,1-198,3), p=0,009] olduğu saptanırken, kurulan modellemenin cerrahi sonrası anksiyete düşüşünü açıklama oranının R²=%34 olduğu saptandı.

Tablo 11: Ameliyat Sonrası İşlevsel Bozukluk Artışı ile İlişkili Faktörler- Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

Faktörler	İşlevsel Bozukluk Artışı ile İlişkili Faktörler-Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları			
	Referans	OR (%95 GA)	p	R ²
Psikopatoloji	Evet (1)	3,307(0,721-15,178)	0,124	0,40
Anksiyete	-	1,339(1,061-1,691)	0,014*	
Depresyon	-	1,174(0,901-1,531)	0,235	
Olumlu inançlar	-	1,373(1,111-1,696)	0,003*	
KNKE-Yaşam kalitesi	-	1,059(0,845-1,327)	0,620	

*:p<0,05; Lojistik regresyon(metod=enter); Bağımlı değişken: İşlevsel bozukluk artışı (1=artış var; 0=artış yok)
OR: Odds Ratio

Lojistik regresyon modellemesinde bağımlı değişken, ameliyat sonrası hastalarda işlevsel bozukluk artışı olarak tanımlanmıştır. İşlevsel bozukluk artışı olma durumu “1”, artış olmama durumu “0” olarak kodlanmıştır. Yapılan tek değişkenli analiz sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı olan faktörlerin eklendiği çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçlarına bakıldığında hastalarda işlevsel bozukluk artışına etki eden bağımsız değişkenlerin hasta anksiyete düzeyi [OR=1,34 (%95GA=1,1-1,7), p=0,014] ve Üstbilis Ölçeği-olumlu inançlar alt boyut düzeyi [OR=1,4(1,1-1,7), p=0,003] olduğu görülürken, kurulan modellemenin cerrahi sonrası hastalarda işlevsel bozukluk artışını açıklama oranının R²=%40 olduğu saptandı.

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Bu çalışmada, meme kanseri kadın hastaların metakognisyonlarının depresyon, anksiyete ve nüks korkusu seviyeleri üzerine olan etkisinin ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası değerlerinin karşılaştırılmasına ek olarak belirtilen değerlerin değişiminde etkili olan faktörler değerlendirilmiştir. Gönüllü 45 meme kanseri hastası kadın katılımcıya uygulanan anketler aracılığı ile elde edilen bulgular aşağıdaki gibidir:

Hastalarla ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası akut dönemde yapılan bu çalışmada, anksiyete seviyesinin ameliyat sonrasında anlamlı derecede azaldığı ancak depresyon seviyesinde bir farklılık bulunmadığı görülürken bu bulgu ile araştırmanın hipotezi doğrulanmamaktadır. Literatürdeki çalışma örnekleri incelendiğinde ameliyat öncesi, ameliyat sonrası erken dönem (1-3 ay) ve ameliyat sonrası geç dönem (9-12 ay) anksiyete ve depresyon seviyelerini karşılaştıran farklı bir çalışmada ise seviyelerin sırası ile azaldığı görülmektedir (Tünel, 2011). Yıldırım ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan araştırmada ise meme kanseri hastalarının tedavi öncesindeki anksiyete ve depresyon seviyelerinin tedavi sonrasında da devam ettiği ve tedavinin 1. yılında da yüksek seviyede olduğu gözlemlenmiştir (Akçay, 2019). Benzer bir çalışmada hastalarının üçte birinin tedavinin 1.yılından sonra da psikiyatrik bozukluk belirtilerinin devam ettiğini bildirilmiştir (İzci ve ark., 2018: 106). Ek olarak yatan hastalar ile yapılan farklı bir araştırma sonucu ise hastanede 16 gün ve fazlası yatış süresi olan hastaların anksiyete seviyelerinin anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir (Polat, 2016: 49). Literatürdeki pek çok araştırmanın bulgusu uzun süre takipli hastalardan elde edilen verilerden oluştuğu gözlemlenmiş, ancak yapılan araştırmadan elde edilen bulgular pandemi dönemi koşulları nedeni ile akut dönemi kapsamıştır. Araştırmanın bulgusu değerlendirilirken hastaların ameliyat olmuş olmalarının anksiyete seviyelerini kısa dönemde düşüren bir faktör olduğu söylenebilir.

Katılımcıların anksiyete seviyelerindeki düşüş ise katılımcıların eğitim düzeyinin düşük olması, psikopatolojik tanı alma durumu, kontrol edilemezlik ve tehlike alt ölçeği puanı ve nüks ile ilgili meta biliş alt ölçeği puanı ile açıklanmaktadır. Anderson ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan araştırmada da kontrol edilemezlik ve tehlike ve olumlu inançlar alt ölçeklerinin anksiyeteye sebep olabilecek faktörler olduğu, ek olarak metakognitif faktörlerin hastalarda anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sıkıntılara sebep olabileceği bildirilmiştir. Benzer şekilde, Quattropiani ve arkadaşları (2017) tarafından yürütülen kemoterapi gören meme kanseri hastaların metakognisyonlarının depresyon ve anksiyete seviyelerine etkisini inceleyen

bir araştırmada; kontrol edilemezlik ve tehlike alt ölçeğinin anksiyete ve depresyon ile anlamlı derecede ilişkili olduğu, ancak bilişsel güven ve olumlu inançlar alt ölçeğİ ile bir ilişki bulunmadığı ve bilişsel farkındalığın anksiyete ile zayıf bir ilişkisinin olduğu ifade edilmiştir (Quattropani ve ark., 2016: 70). Ayrıca kalp hastaları ve kanser hastalarının (meme ve prostat) karşılaştırıldıkları bir çalışmada, hastalığın türü farketmeksizin kontrol edilemezlik ve tehlike ile olumlu inançlar metakognisyonlarının anksiyeteye etkisi olduğu belirtilmiştir (Anderson ve ark., 2019: 4). Benzer bir araştırmada ise kemoterapi tedavisi alan meme kanseri hastalarında negatif düşüncelerin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğu inancı ve düşünceleri kontrol etme ihtiyaçlarının yüksek olması dolayısıyla işlevsiz metakognitif inançların depresyon ve anksiyeteye neden olduğu ifade edilmektedir (Quattropani ve ark., 2016: 72). Yapılan araştırmanın sonucuna ek olarak geçmiş araştırmaların sonuçlarına bakıldığında, hastalarda kontrol edilemezlik ve tehlike puanlarının yüksek olması, yani belirli türden düşüncelerin yarattığı endişenin anksiyeteye ortam hazırladığı görülmektedir. Ek olarak mevcut araştırmanın ve belirtilen çalışmaların sonuçları depresyon açısından değerlendirildiğinde düşük ve anlamlı olmayan değişim puanları sebebi ile metakognisyonlar ve depresyon arasında güvenilir bir ilişkilendirme yapılamamıştır.

Meme kanseri hastalarının geçirdiğı tıbbi süreçleri değerlendiren bir çalışmada hastaya mastektomi uygulanmasının ve ameliyat esnasında dren koyulmasının, hastada ameliyattan sonra duyu kaybı ve lenfödem gelişmesinin depresyona sebep olacak önemli risk faktörleri oldukları ifade edilmiştir (Özçınar ve ark., 2010: 12). Bu çalışmada ise hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası akut dönemlerinde depresyon puanlarında bir farklılık gözlemlenmezken, mastektomi geçirmiş olmanın anksiyete puanlarında ameliyat sonrasında anlamlı olmayan derecede düşüş yarattığı tespit edilmiştir.

Yapılan araştırmaya katılan gönüllü hastaların eğitim seviyeleri ve çalışma durumları göz önünde bulundurulduğunda sosyoekonomik açıdan düşük seviyede bir popülasyon ile çalışmanın gerçekleştirildiğini söylemek mümkündür. Bu popülasyonun anksiyete seviyesinde düşüş gözlenmesine ek olarak, geçmiş araştırma sonuçlarına bakıldığında eğitim seviyesi yüksek ve sosyoekonomik anlamda gelişmiş kişilerin anksiyete seviyesinin yüksek olduğu bilinmektedir (Lueboonthavatchai, 2007: 2169). Dolayısıyla araştırmanın sonucu, literatürü destekler niteliktedir.

Yapılan araştırmada, psikiyatrik tanı almış olan meme kanseri hastalarının ameliyattan sonra anksiyete seviyelerinde anlamlı derecede düşüş olduğu bulgusu elde edilmesine karşın; farklı bir araştırmada ise kişilik bozukluğu tanısı olan meme kanseri hastalarının tedavi sonunda

depresyon ve anksiyete tanısı almaları adına yüksek risk faktörüne sahip oldukları belirtilmiştir (Quattropani ve ark., 2016: 223). Ayrıca Güleç ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada psikiyatrik bozukluğa sahip kanser hastalarının %90 gibi büyük bir oranı kanser tanı ve tedavisi aldıktan sonra psikiyatrik bozukluk belirtisi gösterirken, %10'luk oranının ise kanser tanısından önce anksiyete bozukluğu belirtileri gösterdiği belirtilmiştir (Güleç ve Büyükkınacı, 2011: 344). Araştırma bulgusunun literatürdeki veriler ile örtüşmemesinin sebebinin, araştırmaya katılan gönüllü sayısının pandemi dönemi koşulları nedeni ile hedeflenen sayıya ulaşamamasından kaynaklandığı ön görülmektedir.

Literatürdeki çalışmalar, hastaların zayıf aile ilişkilerine sahip olmalarının ve işlevsiz problem çözme yöntemlerine sahip olmalarının depresyon ve anksiyete gelişmesi için risk faktörü oluşturduğunu, ek olarak bu psikiyatrik belirtilerin oluşmaması veya etkisinin azaltılması adına hastaların aileden gördüğü desteğin artırılması ve uyumlu baş etme yöntemleri öğrenmeleri gerektiğini vurgulamaktadır (Lueboonthavatchai, 2007: 2171). Yapılan araştırmada, ailesi (anne, baba, eş, çocuk, kardeş gibi birden fazla fert) ile yaşayan hastaların yalnızca eşi ile yaşayan hastalara kıyasla sayılarının fazla olmasının araştırma sonucunda elde edilen anksiyete seviyelerinde anlamlı düşüşe etkisi olduğunu söylemek mümkündür. Bu sonucu ailesi ile yaşayan hastaların birden fazla aile üyesinden destek görmüş olması ile bağdaştırmak literatürdeki sonuçları destekler niteliktedir.

Araştırma verilerine bakıldığında katılımcıların metakognitif inançlarını ölçen ÜSÖ 30 ölçeğinin toplam puanında ve alt ölçeklerinin puanında herhangi bir değişim olmadığı belirlenmiştir. Ancak ÜSÖ 30 ölçeğinin ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası alt ölçeklerinin puanlarına bakıldığında ise bilişsel farkındalık alt ölçeği puanının diğer alt ölçeklerin puanına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bilginin yorumlanması adına daha fazla bilgiye ve araştırmaya ihtiyaç vardır. Farklı araştırmalar ile kıyaslandığında ise yapılan araştırmada elde edilen ÜSÖ 30 toplam puanı benzer seviyede ölçülmüştür (Quattropani ve ark., 2017: 70). Yapılan araştırmada metakognitif inançlarda ameliyat öncesi ve sonrası dönemde değişim olmaması araştırmanın akut dönemde yapılmış olması ile açıklanabilir. Ayrıca 75 sağlıklı ve 75 meme kanseri hastası kadının karşılaştırıldığı bir araştırmanın sonuçlarına bakıldığında meme kanseri hastası kadınların MCQ 30 ölçeğinden aldıkları toplam puanın (87.04) sağlıklı kadınların aldıkları toplam puandan (66.75) yüksek olduğu görülmekle birlikte (Jektaji ve Khalkalı, 2015: 1950), yapılan araştırmada elde edilen ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası toplam metakognitif ölçeği puanlarının daha düşük olduğu, bu durumun ise

yapılan araştırmaya katılan kişi sayısının literatürden daha az olması ile açıklanabileceği söylenebilir.

Belirtilen bulgulara ek olarak, geçmişte yapılmış araştırmalar kanser hastalarının metakognisyonları ile nüks korkuları ve anksiyete ve depresyon seviyeleri arasında ilişki olduğunu gösterirken, bu çalışmada da hem ameliyat öncesi hem ameliyat sonrası dönemde ölçekler arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (Quattropani ve ark., 2016). Elde edilen bu bulgu ile araştırmanın hipotezi doğrulanmıştır.

Literatüre bakıldığında genç yaştaki meme kanseri hastalarında şiddetli seviyede kanser nüks korkusu gözlemlendiği görülmektedir. Ek olarak, aynı araştırmanın bulguları arasında FCRI ölçeğinin alt ölçeklerinden olan işlevsel bozukluklar alt ölçeğinin en yüksek puana sahip olduğu ve katılımcıların buna bağlı olarak ruh hallerini ve gelecek ile ilgili plan yapmalarını olumsuz yönde etkilediğini belirttikleri yer almaktadır (Thewes ve ark., 2012). Yapılan araştırmada ise kanser nüks korkusu toplam puanlarında ameliyat öncesi ve ameliyat sonrasında anlamlı derecede bir değişim olmadığı, ancak kanser nüks korkusu ölçeğinin alt ölçeği olan işlevsel bozukluklar puanlarına bakıldığında katılımcıların ameliyat sonrasında işlevsel bozukluk puanında anlamlı derecede bir yükselme olduğu görülmektedir. Ancak literatürün aksine, bu değişimde yaş faktörünün etkisi olmadığı yapılan araştırmada ortaya koyulmuştur. Yaşın, nüks korkusu üzerinde etkisi olduğunu doğrulamak adına daha fazla literatüre ihtiyaç vardır.

Yapılan araştırmada katılımcıların ameliyat sonrasındaki işlevsel bozukluklar alt ölçeği puanında artış olma veya olmama durumu incelenmiştir. İşlevsel bozukluklar alt ölçeği puanlarının ameliyat sonrasındaki yükselişinin sebebi ise katılımcıların psikopatolojik tanı alma durumu, anksiyete-depresyon seviyeleri, olumlu inançlar alt ölçeği puanı ve yaşam kalitesi alt ölçeği puanı ile ilişkilendirilmiştir. Psikopatolojik tanı almamış hastalarda işlevsel bozukluklar alt ölçeği puanında artış olmasına karşın; psikopatolojik tanı almış hastalara ait bu alt ölçekte artış olmaması, hastaların ameliyat öncesinde de psikopatolojik tanılarına bağlı olarak belirli bir seviyede işlevsel bozukluk düşüncesine sahip olmaları dolayısıyla ameliyata bağlı olarak herhangi bir artış göstermemesi ile açıklanabilir. Ek olarak olumlu inançlar alt ölçeği yüksek seviyede olan hastaların işlevsel bozukluklar alt ölçeğinde de artış olduğu görülürken, işlevsel bozukluk düşüncesine sahip olan hastaların bu düşünceleriyle ilgili endişelenmelerinin fayda sağlayacağına ilişkin inançları olduğunu söylemek mümkündür.

Araştırma sonuçlarına bakıldığında kanser nüks korkusu envanterinin yaşam kalitesi alt ölçeğinde anlamlı derecede bir değişiklik tespit edilmezken, meme kanseri hastaların takip süreçlerindeki depresyon ve anksiyete seviyelerinin yaşam kalitesine olan etkisini değerlendiren bir çalışmada yüksek seviyede anksiyete ve depresyonun hastaların yaşam kalitesini düşürdüğü ortaya çıkarılmıştır (Karakoyun-Çelik ve ark., 2009: 110). Literatürdeki diğer araştırmalarda, hastaların yaşam kalitesi düzeyinin en fazla post-op erken dönemde (1-3 ay) düştüğü ve birinci yıldaki puanlarında pre-op döneme göre düşük ve istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık olduğu belirtilmiştir (Kocaman Yıldırım ve ark., 2009: 178). Araştırma sonucunda yaşam kalitesi alt ölçeğinde anlamlı derecede bir değişiklik tespit edilmemesi araştırmanın, literatürün aksine, akut dönemde yapılmış olması ile açıklanabilir.

Literatür göz önünde bulundurularak araştırmadan elde edilen bulgular incelendiğinde; ölçekler arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu ve anksiyete seviyesinde ameliyat sonrasında düşüş olduğu sonuçlarının literatür ile uyumlu olduğu görülürken, literatür ile örtüşmeyen psikiyatrik tanı almış olma durumunun anksiyete seviyesi üzerindeki etkisi, metakognitif ve kanser nüks korkusu ölçeği puanları mevcuttur. Daha fazla sayıda meme kanseri hastası kadının 1 ve 3 aylık, 6 aylık ve 1 yıllık takiplerle incelenmesi ile, yapılan çalışmanın eksikliklerini iyileştirerek yeni bulgular elde edilebileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular ve yapılan literatür taraması değerlendirildiğinde gelecek araştırmaların planlanmasında aşağıdaki önerileri göz önünde bulundurmak gerekmektedir:

- Yapılacak çalışmalarda gönüllü katılımcı sayısının artırılması elde edilecek bulgular açısından yararlı olacaktır.
- Yapılacak çalışmalarda katılımcıların homojen olmasını sağlamak yine bulgular için faydalı olacak bir faktördür.
- Bu çalışmada hastalar akut dönemlerinde yani ameliyattan önceki ve sonraki 1.haftalarda değerlendirilmişlerdir. Gelecek araştırmalarda hastalar erken, orta ve geç dönemlerde de takip edilerek anketlerden aldıkları puanlar karşılaştırılmalıdır.
- Gelecek araştırmalarda hastaların psikiyatrik bozukluklarının yanı sıra metakognisyonlarının bunlar üzerindeki etkisi göz önünde bulundurulmalı ve araştırma konularına dahil edilmelidir.

- Hastaları, ameliyatlarına ek olarak aldıkları adjuvan tedavilerine göre değerlendirmek ve bu araştırmanın değişkenleri açısından karşılaştırmak literatüre önemli katkılar sağlayacaktır.
- Kanser hastaları ile yapılacak çalışmalarda nüks korkusunu ele almak ve bu çalışmanın sonucu doğrultusunda hastaların işlevsel bozukluklarını iyileştirmek adına psikolojik görüşmeler yapmak hem alana hem hastalara katkı sağlayacaktır.



KAYNAKÇA

- Akçagöz, H. (2017). Çalışan Kadınların, Benlik Kavramı ile Depresyon Durumunun İncelenmesi Benlik Kavramı ve İdeal Benlik Kavramı Arasındaki Fark ile Depresyon Durumunun Değişkenler Açısından Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Akçay, G. (2019). Kanser Hastalarında Kişilik Yapısı, Anksiyete Düzeyi ve Rahatsızlığa Dayanma Gücü Arasındaki İlişki. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Alamış, B. (2017). Meme Kanseri Tanılı Hastalarda Hastalık Algısı, Anksiyete, Depresyon ve Eş Uyumlu İlişkisi: Kontrollü Bir Çalışma. (Yüksek Lisans Tezi). Işık Üniversitesi, İstanbul.
- Alçalar N. (2018). Kanser Hastalarında Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri. *Psikoonkoloji. Ankara: Türkiye Klinikleri*, 15-20.
- AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ. (2014) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-V) (Çev.: Köroğlu, E.) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
- Anderson, R., Capobianco, L., Fisher, P., Reeves, D., Heal, C., Faija, C. L., Gaffney, H., Wells, A. (2019). Testing Relationships Between Metacognitive Beliefs, Anxiety and Depression in Cardiac and Cancer Patients: Are They Transdiagnostic? *Journal of Psychosomatic Research* 124.
- APA. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1-970.
- Aydoğan, Ü., Doğaner, Y. Ç., Borazan, E., Kömürcü, Ş., Koçak, N., Öztürk, B., Özet, A., Sağlam, K. (2012). Kanser Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ve Hastalıkla Başa Çıkma Tutumlarının İlişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 16(2):55-60.
- Berhili, S., Kadiri, S., Bouziane, A., Aissa, A., Marnouche, E., Ogandaga, E., Echchikhi, Y., Touil, A., Loughlimi, H., Lahdiri, İ., Majjaoui, S. E., Kacemi, H. E., Kebdani, T., Benjaafar, N. (2017). Associated Factors with Psychological Distress in Moroccan

- Breast Cancer Patients: A Cross-Sectional Study. *The Breast*, 31, 26–33.
DOI:10.1016/j.breast.2016.10.015
- Beyhan, B. (2014). Kanser Hastalarında Depresyon. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2): 186-198.
- Boztaş, M. H. & Arısoy, Ö. (2010). Tıbbi Hastalıklarda Depresyon: Tanısal Sorunlar. *PSİKIYATRİDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR*, 2(3): 318-332.
- 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. (2013). Conquer Fear: Protocol of a Randomised Controlled Trial of a Psychological Intervention to Reduce Fear of Cancer Recurrence. *BMC Cancer*, 13:201.
- Cheli, S., Caligiani, L., Martella, F., De Bartolo, P., Mancini, F., & Fioretto, L. (2019). Mindfulness and Metacognition in Facing with Fear of Recurrence: A proof-of-Concept Study with Breast Cancer Women. *Psycho-Oncology*. DOI:10.1002/pon.4984
- Cherry, M. G., Salmon, P., Byrne, A., Ullmer, H., Abbey, G., & Fisher, P. L. (2019). Qualitative Evaluation of Cancer Survivors' Experiences of Metacognitive Therapy: A New Perspective on Psychotherapy in Cancer Care. *Frontiers in Psychology*, 10. DOI:10.3389/fpsyg.2019.00949
- Cimilli, C. (2001). Cerrahide Anksiyete. *Klinik Psikiyatri*, 4:182-186.
- Cook, S. A., Salmon, P., Dunn, G., Fisher, P. (2014). Measuring Metacognition in Cancer: Validation of the Metacognitions Questionnaire 30 (MCQ-30). *PLOS ONE*, Volume 9, Issue 9.
- Cook, S. A., Salmon, P., Dunn, G., Holcombe, C., Cornford, P., Fisher, P. (2015). A Prospective Study of the Association of Metacognitive Beliefs and Processes with Persistent Emotional Distress After Diagnosis of Cancer. *Cogn Ther Res* 39:51–60.
- Cook, S.A., Salmon, P., Dunn, G., Holcombe, C., Cornford, P., Fisher, P. (2015). The Association of Metacognitive Beliefs With Emotional Distress After Diagnosis of Cancer. *Health Psychology*, Vol. 34, No. 3, 207–215.
- Çömlekçi, N., Baykal, D., Dedeoğlu Demir, B., Can, G. (2018). Kanserden İyileşen Hastada Gelecek Yaşamı Planlama.

- De Vries, J., Den Ouden, B. L., Jacobs, P. M. E. P., Roukema, J. A. (2014). How Breast Cancer Survivors Cope with Fear of Recurrence: a Focus Group Study. *Supportive Care in Cancer*, volume 22, 705–712.
- Donna B. Greenberg. (2004). Barriers to the Treatment of Depression in Cancer Patients. *Journal of the National Cancer Institute Monographs* No. 32, 127-135.
- 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., Miaskowski, C. (2014). Trajectories of Fear of Recurrence in Women With Breast Cancer. *Supportive Care in Cancer*, 23(7), 2033–2043. DOI:10.1007/s00520-014-2513-8
- Elzami, M., Bahmani, B., Ranjbar, T. K., Azkhosh, M., Anbiaee, R., Karimnejad Azar, F. (2015). Metacognitive Therapy and Depression of Women with Breast Cancer. *Practice in Clinical Psychology*, vol. 3, 69-77.
- Eyrenci, A. & Sertel Berk, H. Ö. (2018). Validity and Reliability of The Turkish Version of Fear of Cancer Recurrence Inventory. *Turk J Oncol*, 33(2):54–64. DOI: 10.5505/tjo.2018.1759
- Fann, J. R., Thomas-Rich, A. M., Katon, W. J., Cowley, D., Pepping, M., McGregor, B. A., Gralow, J. (2008). Major Depression After Breast Cancer: a Review of Epidemiology and Treatment. *General Hospital Psychiatry* 30, 112–126.
- Fardell, J. E., Thewes, B., Turner, J., Gilchrist, J., Sharpe, L., Smith, A. “Ben”, Girgis, A., Butow, P. (2016). Fear of Cancer Recurrence: a Theoretical Review and Novel Cognitive Processing Formulation. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(4), 663–673. DOI:10.1007/s11764-015-0512-5
- Geyikçi, R. (2017). Birinci Yılına Tamamlamış Meme Kanseri Hastalarında Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ve Hastalıkla Başa Çıkma Tutumları. (Yüksek Lisans Tezi). Çağ Üniversitesi.
- Güleç, G. & Büyükkınacı, A. (2011) Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* vol. 3, 343-367.
- Güleç, G. & Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2):343-367.

- Inci, H., Inci, F., Ersoy, S., Karatas, F., Adahan, D. (2020). Self-Esteem, Metacognition, and Coping Strategies in Cancer Patients: A Case–Control Study. *J Can Res Ther*, DOI: 10.4103/jcrt.JCRT_618_19
- Işık, I. (2014). Meme Kanseri Hastalarında Tedavi Sonrası Dönemde Gelisen Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Hemşirelik Girişimleri. *HEMSİRELİKTE EGİTİM VE ARASTIRMA DERGİSİ*, 11(3): 58-64.
- İşkey, M. (2008). Anjiyografi İşlemi Öncesi ve İşlem Sırasında Müzik Dinlemenin Bireylerin Anksiyete Düzeyi ve Yaşam Bulgularına Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- İzci, F., Sarsanov, D., İyigün Erdogan, Z., İlğün, A. S., Çelebi, E., Alço, G., Kocaman, N., Ordu, Ç., Öztürk, A., Duymaz, T., Pilavcı, K. N., Elbüken, F., Ağaçavak, F., Aktepe, F., Ünveren, G., Özdem, G., Eralp, Y., Özmen, V. (2018). Impact of Personality Traits, Anxiety, Depression and Hopelessness Levels on Quality of Life in the Patients with Breast Cancer. *European Journal of Breast Health*, 14(2): 105–111. DOI: 10.5152/ejbh.2018.3724
- JEKTAJI, M. G. & KHALKALI, V. (2015). Compare of Metacognitive Beliefs in Women With Breast Cancer and Healthy Women. *Cumhuriyet Üniversitesi Fen Fakültesi Fen Bilimleri Dergisi (CFD)*, Cilt:36, No: 4, 1947-1954.
- Johnson Vickberg, S. M. (2001). Fears about Breast Cancer Recurrence: . Interviews with a Diverse Sample. *Cancer Practice*, 9(5), 237–243. DOI:10.1046/j.1523-5394.2001.009005237.x
- Kamsız, C. (2018). Meme Kanseri Mastektomi Geçirmenin Psikolojisi: Meme Kanseri Tanılı ve Sağlıklı Kadınlar Arasında Bir Karşılaştırma. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kankaya, B., Büyükaşık, S., Kapan, S., Alış, H. (2019). Meme Kanseri Tedavisinde Güncel Yaklaşım. *Tıp Fakültesi Klinikleri*, 2:1, 7-10.
- Kanmaz, Z. (2019). Meme Kanseri Hastalarında Mastektomi ve Mastektomi Sonrası Rekonstrüktif Cerrahinin Depresyon, Benlik Saygısı ve Öz Yeterlik İnancı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Karakartal, D. (2017). Kanser Tanısı Almış Hastaların Ruh Sağlıkları ile Kişisel Yardım ve Destekleri. *Eğitim Fakültesi Dergisi* 30 (2), 583-599.
- Karakoyun-Celik, O., Gorken, I., Sahin, S., Orcin, E., Alanyali, H., Kinay, M. (2009). Depression and Anxiety Levels in Woman Under Follow-Up for Breast Cancer: Relationship to Coping with Cancer and Quality of Life. *Medical Oncology*, 27(1), 108–113. DOI:10.1007/s12032-009-9181-4
- Karanlık, H., Özmen, V., Asoğlu, O., İğci, A., Keçer, M., Tuzlalı, S., Müslümanoğlu, M., Aslay, I., Topuz, E. (2006). Meme Kanseri Cerrahi Tedavisinin Uzun Dönem Sonuçları. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2:2, 89-95.
- Kocaman Yıldırım, N., Kaçmaz, N., Özkan, M. (2013) İleri Evre Kanser Hastalarının Karşılanmamış Bakım Gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(3):153-158.
- Kocaman Yıldırım, N., Özkan, M., Özkan, S., Özçınar, B., Güler, S. A., Özmen, V. (2009). Meme Kanseri Hastalarının Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi: Bir Yıllık Prospektif Değerlendirme Sonuçları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46: 175-81.
- Kocaman, N. (2008). Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 11:1, 101-112.
- Koch, L., Jansen, L., Brenner, H., Arndt, V. (2012). 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. DOI: 10.1002/pon.3022
- Kroenke, C. H., Kubzansky, L. D., Schernhammer, E. S., Holmes, M. D., Kawachi, I. (2006). Social Networks, Social Support, and Survival After Breast Cancer Diagnosis. *JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY* 24:1105-1111.
- Kübler-Ross E. (1997). Ölüm ve Ölmek Üzerine. *Boyner Holding Yayınları*, İstanbul.
- Lenzo, V., Sardella, A., Martino, G., Quattropiani, M. C. (2020). A Systematic Review of Metacognitive Beliefs in Chronic Medical Conditions. *Frontiers in Psychology*, Volume 10, Article 2875.
- Liu, Y., Pérez, M., Schootman, M., Aft, R. L., Gillanders, W. E., & Jeffe, D. B. (2011). Correlates of Fear of Cancer Recurrence in Women with Ductal Carcinoma in Situ and

- Early Invasive Breast Cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 130(1), 165–173. DOI:10.1007/s10549-011-1551-x
- Lueboonthavatchai, P. (2007). Prevalence and Psychosocial Factors of Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients. *J Med Assoc Thai*, 90 (10): 2164-74.
- Maheu, C., Hébert, M., Louli, J., Yao, T., Lambert, S., Cook, A., Black, A., 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*. DOI:10.1002/cnr2.1172
- McGinty, H. L., Small, B. J., Laronga, C., & Jacobsen, P. B. (2016). Predictors and Patterns of Fear of Cancer Recurrence in Breast Cancer survivors. *Health Psychology*, 35(1), 1–9. DOI:10.1037/hea0000238
- Meme Sağlığı Derneği, Belirtiler ve Tanı. (2016). (<http://memeder.org/meme-sagligi/meme-kanseri/belirtiler-ve-tani/>) Erişim Tarihi: 09.03.2020
- Metakognisyon nedir? <https://www.selcukbesli.com/?pnum=28&pt=Metakognisyon+Nedir%3F> Erişim Tarihi: 06.05.2020
- Mike, S. (2018). Meme Kanseri Olan Kadınlarda Mastektomi Olanlar ile Mastektomi Olmayanların Depresyon ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi.
- Mutlu, H.H, Bilican, F.I., Mutlu, H.H., Gumus, M. (2018). A comparison of metacognitive factors among patients with cancer and the control group. *Psycho Oncol.* 27, 1277–1283.
- Ng, D. W. L., Kwong, A., Suen, D., Chan, M., Or, A., Ng, S. S., ... Lam, W. W. T. (2019). Fear of cancer recurrence among Chinese cancer survivors: prevalence and associations with Metacognition and Neuroticism. *Psycho-Oncology*. DOI:10.1002/pon.5073
- Noyan, M. A. (2012). Mesane Kanseri Hastasına Psikiyatrik Yaklaşım İlkeleri ve Üro-Onkologlara Öneriler. *Üronkoloji Bülteni*, 51(4), 305-310.
- Özçınar, B., Güler, S. A., Özmen, V., Güllüoğlu, B. M., Kocaman, N., Özkan, M., Sarıçam, G., Müslümanoğlu, M. E., İğci, A., Keçer, M. (2010). Meme Kanserinde Lokal/Bölgesel

- Tedavi Sonrası Görülen Komplikasyonlar ve Bunların Hasta Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. *Meme Sağlığı Dergisi*, 6:1, 9-16.
- Özkan, S. & Alçalar, N. (2009). Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisine Psikolojik Tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5:2, 60-64.
- Özkan, S., Armay, Z. (2007). Psiko Onkoloji Kitabı, 1.
- Özmel Çıkar, A. (2008). Doktor Kontrolünde Olan veya Olmayan Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşam Kaliteleri, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Özmen, V. & Özmen, T. (2018). Meme Hastalıkları, 2.
- Öztürk, M. O. & Uluşahin, A. (2016). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 14. Baskı.
- Parekh, R. (2017). What Are Anxiety Disorders? American Psychiatric Association <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders> Erişim Tarihi: 04.04.2020
- Perişan, N. (2018). *Kaygı, Psikolojik Dayanıklılık ve Başa Çıkma Yolları Arasındaki İlişki: Üst Bilişin Aracı Rolü*. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Polat, A. (2016). Hastanede Yatarak Tedavi Gören Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Quattropiani, M. C., Lenzo, V., Filastro, A. (2017). Predictive Factors of Anxiety and Depression Symptoms in Patients with Breast Cancer Undergoing Chemotherapy. An Explorative Study Based on Metacognitions. *JOURNAL OF PSYCHOPATHOLOGY*, 23:67-73.
- Quattropiani, M.C., Lenzo, V., Mucciardi, M., Toffle, M.E. (2016). Metacognition as Predictor of Emotional Distress in Cancer Patients. *Life Span and Disability XIX*, 2, 221-239.
- Savaş, E. (2020). Psiko-onkoloji & Güncel Yaklaşımlar. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, cilt 7, sayı 2, 15-22.
- Smith, A. "Ben," Sharpe, L., Thewes, B., Turner, J., Gilchrist, J., ... Butow, P. (2018). Medical, Demographic and Psychological Correlates of Fear of Cancer Recurrence (FCR)

- Morbidity in Breast, Colorectal and Melanoma Cancer Survivors With Probable clinically Significant FCR Seeking Psychological Treatment Through the Conquer Fear Study. *Supportive Care in Cancer*. DOI:10.1007/s00520-018-4294-y
- Stark, DPH. & House, A. (2000). Anxiety in Cancer Patients. *British Journal of Cancer*, 83(10), 1261–1267.
- Sungur, M. Z. (2007). Depresyonun Kognitif Teorisi. CBT Eğitim Notları 6, Depresyon Monografı Serisi
- Şeker, Ö. (2019). Fibromiyalji Hastalarında Depresyon, Anksiyete, Anksiyete Duyarlılığı, Korku Kaçınma İnanışları ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. (Yüksek Lisans Tezi). Nişantaşı Üniversitesi, İstanbul.
- 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: 15.03.2020
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Türkiye Kanseri İstatistikleri 2015. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_statistikleri_2015.pdf Erişim Tarihi: 10.03.2020
- Thewes, B., Bell, M. L., & 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. DOI:10.1002/pon.3252
- Thewes, B., Butow, P., Bell, M. L., Beith, J., Stuart-Harris, R., Grossi, M., Capp, A., Dalley, D. (2012). Fear of Cancer Recurrence in Young Women With a History of Early-Stage Breast Cancer: a Cross-Sectional Study of Prevalence and Association With Health Behaviours. *Supportive Care in Cancer*, 20(11), 2651–2659. DOI:10.1007/s00520-011-1371-x
- Tokgöz, G., Yaluğ, İ., Özdemir, S., Yazıcı, A., Uygun, K., Aker, T. (2008). Kanseri Hastalarında Majör Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 59-66.
- Tünel, M. (2011). Meme Kanseri Hastalarında Cerrahi Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeyi. Çukurova Üniversitesi.
- Tünel, M., Vural, A., Evlice, Y. E., Tamam, L. (2012). Meme Kanseri Hastalarında Psikiyatrik Sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(3): 189-219.

- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 4:12-16.
- Ülger, E., Alacacıoğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L., Tarhan, M. O. (2014). Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi. *DEÜ TIP FAKÜLTESİ DERGİSİ*, CİLT 28, SAYI 2, 85 – 92.
- Van Helmond, S. J., van der Lee, M. L., & 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(1). DOI:10.1186/s12885-016-2562-0
- World Health Organization, Breast cancer: Prevention and Control
<https://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/> Erişim Tarihi: 18.03.2020
- World Health Organization, Cancer
<https://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html> Erişim Tarihi: 18.03.2020
- World Health Organization, Depression (2020). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> Erişim Tarihi: 27.03.2020
- World Health Organization, Depression https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_2 Erişim Tarihi: 27.03.2020
- World Health Organization, Preventing Cancer
<https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/> Erişim Tarihi: 18.03.2020
- Yıldırım, E. A. (2018). Anksiyete Bozukluğu Olgularında Ölüm Anksiyetesi Sıklığının İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ, İstanbul.
- Yüctürk Şahin, H. (2016). Lösemi Tedavisinin Ergenlerde ve Yetişkinlerde Benlik Saygısı, Anksiyete Düzeyi ve Depresyon Üzerindeki Etkisinin Araştırılması. (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Zahedian, E., Bahreini, M., Ghasemi, N., Mirzaei, K. 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. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-117625/v1>

EKLER

Ek 1- Onam Formu

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Açıklama

Bu bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Meme Hastalıkları ve Cerrahisi kliniğine başvuran hastaları “**meme kanseri hastası kadınların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası meta-kognitif inançlarının depresyon, anksiyete seviyeleri ve nüks korkusu seviyeleri üzerindeki etkisinin karşılaştırılması**” araştırmasına davet etmek üzere hazırlanmıştır.

Sorumlu Araştırmacının adı, soyadı : Psikolog Ecenaz İçci
Araştırmayı yürütecek kuruluşun adı : İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD
Destekleyici kuruluş : Meme Hastalıkları ve Cerrahisi Kliniği
Araştırmanın adı : Meme kanseri hastası kadınların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası meta-kognitif inançlarının depresyon, anksiyete seviyeleri ve nüks korkusu seviyeleri üzerindeki etkisinin karşılaştırılması

Birinci Bölüm: Araştırma Hakkında Bilgi

Giriş

“Meme kanseri hastası kadınların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası meta-kognitif inançlarının depresyon, anksiyete seviyeleri ve nüks korkusu seviyeleri üzerindeki etkisinin karşılaştırılması” adını verdiğimiz çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla ve nasıl yapılacağını anlamanız ve katılıp katılmama doğrultusundaki kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Araştırma hakkında sözlü olarak size aktaracağım bilgiler yazılı olarak da size bir sonraki bölümde sunulacaktır. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu belgedeki son bölüm onay işlemleri ile ilgilidir. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz lütfen bu bölümü imzalayınız. Okuma ve yazma konusunda engelleriniz olduğu takdirde bir tanığın gözetiminde bu belgeyi onaylamanız istenecek ve gerektiğinde parmak iziniz alınacaktır.”

Araştırma Hakkında Bilgi

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Meme Hastalıkları ve Cerrahisi Kliniğine başvurmanız, kadın olmanız ve henüz ameliyat olmamış olmanız sebebi ile bu araştırmaya aday olmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz halinde ilk olarak ameliyat işlemi yapılmadan önce araştırmacı tarafından size Üst Biliş Ölçeği, Kanser Nüks Korkusu Envanteri ve Hastane Depresyon ve Anksiyete Ölçeği verilerek doldurmanız beklenecektir. İlk aşama tamamlandıktan ve ameliyat işleminiz gerçekleştikten sonra araştırmacı tarafından yukarıda belirtilen ölçekler yeniden size verilerek doldurmanız istenecektir. Sizden alınan veriler bilgisayar ortamına kaydedilerek ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası değerlerinizin karşılaştırması yapılacaktır. Bu çalışmanın devamında, tedavinizin 3. ve 6. ayında araştırmacının takibinde olacaksınız ve belirtilen ölçekleri bu periyotlarda da doldurmanız beklenecektir. Araştırmanın hedefi, katılımcıların tedavilerinin hangi aşamaların psikolojik desteğe ihtiyaç duyduklarını ve bunun nedenlerini ortaya çıkartarak katılımcılara gerekli psikolojik desteği sağlamaktır. Araştırmaya yaklaşık 70 kişinin katılım göstermesi beklenmektedir.

İkinci Bölüm: Katılımcının Beyanı

“Psikolog Ecenaz İğci tarafından (İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD ve Meme Hastalıkları ve Cerrahisi Kliniği’nde “Meme kanseri hastası kadınların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası meta-kognitif inançlarının depresyon, anksiyete seviyeleri ve nüks korkusu seviyeleri üzerindeki etkisinin karşılaştırılması” adında bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilendirmeden sonra böyle bir araştırmaya “gönüllü” olarak katılmak üzere davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam psikolog ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin, gizlilik içinde, bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile korunacağı güvencesi verildi. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında da kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Tarafıma bir ücret ödenmeyecektir (Bazı araştırmalarda yol parası, yemek ya da işten geri kalmanın telafi edilmesi benzeri ödemeler yapılacaksa ayrıca belirtilmeli). İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle olabilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak parasal bir yük altına da girmeyeceğim.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Psikolog Ecenaz İğci’yi’den arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde **gönüllü** olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun bir örneğinin bana verileceğini de biliyorum.”

İmza ve ulaşım bilgileri

Gönüllü Bilgileri

Adı, soyadı:

Adres, telefon:

Tarih:

İmza

Araştırmacı Bilgileri

Adı, soyadı:

Adres, telefon:

Tarih:

İmza

Tanık Bilgileri (gerekli durumda)

Adı, soyadı:

Adres, telefon:

Tarih:

İmza

Kanuni Temsilci Bilgileri (gerekli durumda)

Adı, soyadı:

Adres, telefon:

Tarih:

İmza

Ek 2 – Sosyodemografik Veri Formu

TARİH:

AMELİYAT TARİHİ:

1. AD-SOYAD:

2. YAŞ:

3. DOĞUM YERİ:

4. TELEFON NO:

Eğitim Düzeyi:

İlkokul () Lise () Ön lisans () Lisans () Lisansüstü () Doktora ()

Çalışma Durumu:

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

Aylık Gelir:

2.000 TL ve altı ()

2.001 TL – 3000 TL ()

3001 TL – 4000 TL ()

4001 TL – 5000 TL ()

5000 TL ve üstü ()

Medeni Durum:

a) Evli () Bekar () Boşanmış () Dul () Evli ve ayrı yaşıyor ()

b) Çocuk; Var () Yok ()

c) Kiminle birlikte yaşıyor?:

d) Bakımını kim sağlıyor?:

Gecirilmiş ve tedavi aldığı bir psikopatolojisi mevcut mu?

Evet () Hayır ()

Evet ise aldığı tanılar:

Devam eden ve tedavi aldığı bir psikopatolojisi mevcut mu?

Evet () Hayır ()

Evet ise aldığı tanılar:

Ailede tanı almış bir psikopatoloji var mı?

Evet () Hayır ()

Evet ise aldığı tanıları:

Sigara kullanımı:

Evet () Hayır ()

Evet ise ne zamandır, ne kadar?:

Alkol kullanımı:

Evet () Hayır ()

Evet ise ne zamandır, ne kadar?:

İlk menstrasyon yaşı:

Menopoza girildi mi?:

Evet () Hayır ()

Daha önce kanser tanısı alındı mı?

Evet () Hayır ()

Evet ise ne zaman ve kanserin adı:

Ailede kanser öyküsü var mı?

Evet () Hayır ()

Hastalığın türü:

Duktal Karsinom () Lobüler Karsinom () İnsitu Duktal Karsinom ()

Hastalığın evresi:

T Evresi () N Evresi () M-Metastaz ()

Evre 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ()

Tedavi yöntemi:

a) Cerrahi ()

Mastektomi () Mastektomi + İmplant () Meme Koruyucu Cerrahi ()

Aksiler Disseksiyon ()

b) Kemoterapi ()

c) Hormono Terapi ()

d) Radyoterapi ()



Ek 3- Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS))

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1. Kendimi gergin "patlayacak gibi" hissediyorum.

- ☐ 3 Çoğu zaman ☐ 1 Zaman zaman, bazen
☐ 2 Birçok zaman ☐ 0 Hiçbir zaman

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐ 3 Aynı eskisi kadar ☐ 2 Yalnızca biraz eskisi kadar
☐ 1 Pek eskisi kadar değil ☐ 0 Hiçbir zaman

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

- ☐ 3 Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
☐ 2 Evet, ama çok da şiddetli değil
☐ 1 Biraz, ama beni pek endişelendirmiyor
☐ 0 Hayır, hiç de öyle değil

4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ 3 Her zaman olduğu kadar ☐ 2 Kesinlikle o kadar değil
☐ 1 Şimdi pek o kadar değil ☐ 0 Artık hiç değil

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐ 3 Çoğu zaman ☐ 1 Zaman zaman, çok sık değil
☐ 2 Birçok zaman ☐ 0 Yalnızca bazen

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ 3 Hiçbir zaman ☐ 1 Bazen
☐ 2 Sık değil ☐ 0 Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi rahat hissediyorum.

- ☐ 3 Kesinlikle ☐ 2 Sık değil
☐ 1 Genellikle ☐ 0 Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ 3 Hemen hemen her zaman ☐ 1 Bazen
☐ 2 Çok sık ☐ 0 Hiçbir zaman

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

- ☐ 3 Hiçbir zaman ☐ 2 Oldukça sık
☐ 1 Bazen ☐ 0 Çok sık

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ 3 Kesinlikle
☐ 2 Gerektiği kadar özen göstermiyorum
☐ 1 Pek o kadar özen göstermeyebilirim
☐ 0 Her zamanki kadar özen gösteriyorum

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

- ☐ 3 Gerçekten de çok fazla ☐ 1 Çok fazla değil
☐ 2 Oldukça fazla ☐ 0 Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ 3 Her zaman olduğu kadar
☐ 1 Her zamankinden biraz daha az
☐ 2 Her zamankinden kesinlikle daha az
☐ 0 Hemen hemen hiç

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ 3 Gerçekten de çok sık ☐ 1 Çok sık değil
☐ 2 Oldukça sık ☐ 0 Hiçbir zaman

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

- ☐ 3 Sıklıkla ☐ 2 Pek sık değil
☐ 1 Bazen ☐ 0 Çokseyrek

Mavi renkli kutu içinde şıkları olan sorular anksiyete, turuncu renkli altı çizgili şıkları olan sorular depresyon skorlarını verir.
0-7 puan: normal ||| 8-10puan: sınırdan ||| 11ve üstü anormal

Toplam Puan: Depresyon _____ Anksiyete _____

Acta psychiatr. scand. 1983;67:361-370 A. S. Zigmond and R. P. Snaith

ftonline
www.ftonline.com

Tasarım ve düzenleme: Dr. Ender Selbaş 2018

Ek 4- Üst Biliş Ölçeği

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 cevaplandınız. 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 düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Düzenliliğimi sürdürmem 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 gelmeye 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.]. Türkiye geçerlik ve güvenirlik çalışması için Tosun, A., & Irak M. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkiye uyarlaması, geçerliği, güvenirliği, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 67-80.

Ek 5- Kanser Nüks Korkusu Envanteri

KANSER NÜKS KORKUSU ENVANTERİ

Kanser teşhisi konmuş kişilerin çoğu, kanserin nüksedebilecek olmasından çeşitli düzeylerde endişe duyar. Nüksetmekten kastımız, kanserin yeniden baş göstereceği, ya da vücudun aynı veya farklı bir bölgesinde yayılmaya devam edeceği olasılığıdır. Bu anketin amacı kanserin nükssetmesinden duyulan endişe yaşantısını daha iyi anlamaktır. Lütfen her bir ifadeyi okuyunuz ve her bir ifadenin GEÇTİĞİMİZ AY BOYUNCA size ne düzeyde uyduğunu uygun rakamı daire içine alarak belirtiniz

0	1	2	3	4
Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman

Aşağıda belirtilen durumlar, kanserin nükssetme olasılığı hakkında beni düşünmeye sevk eder:

1. Kanser veya hastalık hakkındaki televizyon programları veya gazete yazıları..... 0 1 2 3 4
2. Doktorumla veya başka bir sağlık profesyoneli ile bir randevu..... 0 1 2 3 4
3. Tıbbi tetkikler (örneğin; yıllık check-up, kan tahlilleri, röntgenler)..... 0 1 2 3 4
4. Kanser veya genel olarak hastalıklar ile ilgili sohbetler..... 0 1 2 3 4
5. Hasta birini görmek ya da hasta biri hakkında haber almak..... 0 1 2 3 4
6. Bir cenazeye gitmek ya da gazetenin ölüm ilanları bölümünü okumak..... 0 1 2 3 4
7. Fiziksel olarak kendimi iyi hissetmediğimde ya da hasta olduğumda..... 0 1 2 3 4
8. Genel olarak kanser nüks ihtimalini bana düşündürten şeylerden veya durumlardan kaçınırım..... 0 1 2 3 4

0	1	2	3	4
Hiç	Az	Biraz	Çok	Büyük ölçüde

9. Kanser nüks ihtimali ile ilgili endişeli ya da kaygılıyım..... 0 1 2 3 4
10. Kanser nükssetmesinden korkuyorum..... 0 1 2 3 4
11. Kanser nüks ihtimali ile ilgili endişeli ya da kaygılı olmanın normal olduğuna inanıyorum..... 0 1 2 3 4
12. Kanser nüks ihtimalini düşünmem, başka hoş olmayan düşünce ve imgeleri tetikler (mesela ölüm, acı çekme, ailem için sonuçları gibi)..... 0 1 2 3 4
13. Tedavi edildiğime ve kanserin geri gelmeyeceğine inanıyorum..... 0 1 2 3 4

Devamı arka sayfadadır...

14. Size göre, kanser nüks riskiniz var mı?

0 1 2 3 4
Hiç riskim yok Çok az riskim var Biraz riskim var Epey riskim var Büyük ölçüde riskim var

15. Kanser nüks ihtimalini ne kadar sık düşünüyorsunuz?

0 1 2 3 4
Asla Ayda birkaç kere Haftada birkaç kere Günde birkaç kere Günde pek çok kere

16. Kanser nüks ihtimali hakkında düşünmeye günde ne kadar vakit harcıyorsunuz?

0 1 2 3 4
Düşünmüyorum Birkaç saniye Birkaç dakika 1-2 saat Pek çok saat

17. Ne kadar zamandır nüks ihtimali hakkında düşünmektesiniz?

0 1 2 3 4
Düşünmüyorum Birkaç haftadır Birkaç aydır 1-2 yıldır Birçok yıldır

0	1	2	3	4
Hiç	Az	Biraz	Epey	Büyük ölçüde

Kanser nüks ihtimalini düşündüğümde...hissederim:

18. Endişe, korku veya kaygı..... 0 1 2 3 4

19. Üzüntü, cesaret kırılması ya da hayal kırıklığı..... 0 1 2 3 4

20. Hüsrân/engellenmişlik, kızgınlık veya öfke..... 0 1 2 3 4

21. Çaresizlik veya teslimiyet..... 0 1 2 3 4

Kanser nüks ihtimali hakkındaki düşünce ya da korkularım... engelliyor/ bozuyor:

22. Sosyal ya da boş zaman faaliyetlerimi (Örneğin; geziler, spor ve seyahat)..... 0 1 2 3 4

23. İş ya da günlük faaliyetlerimi..... 0 1 2 3 4

24. Eşim/sevgilim, ailem ya da yakın olduğum insanlarla olan ilişkilerimi..... 0 1 2 3 4

25. Gelecek ile ilgili planlar yapma ya da yaşam hedefleri koyma becerimi..... 0 1 2 3 4

26. Ruh halim ya da duygu durumumu..... 0 1 2 3 4

27. Genel olarak yaşam kalitemi..... 0 1 2 3 4

Devamı arka sayfadadır...

0	1	2	3	4
Hiç	Az	Biraz	Epey	Büyük ölçüde
28. Kanser nüks ihtimali hakkında aşırı endişelendiğimi hissediyorum.....				
0	1	2	3	4
29. Diğer insanlar benim kanser nüks ihtimali hakkında aşırı endişelendiğimi düşünyyorlar.....				
0	1	2	3	4
30. Sanırım kanser nüks ihtimali hakkında kanser teşhisi konmuş diğer insanlardan daha fazla endişeleniyorum.....				
0	1	2	3	4

Kanser nüks ihtimalini düşündüğümde şüphelerimi gidermek için aşağıdaki yöntemleri uygulayırım:

0	1	2	3	4	
Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman	
31. Doktoruma ya da başka bir sağlık personeline telefon ederim	0	1	2	3	4
32. Muayene için hastane ya da kliniğe giderim	0	1	2	3	4
33. Kanserim herhangi bir fiziksel emaresini taşıyıp taşımadığımı görmek için kendimi muayene ederim	0	1	2	3	4
34. Dikkatimi dağıtmaya çalışırım (Örn. çeşitli aktiviteler yaparım, televizyon izlerim, okurum, çalışırım).....	0	1	2	3	4
35. Bununla ilgili düşünmemeye, bu fikri aklımdan çıkarmaya çalışırım	0	1	2	3	4
36. Dua ederim, meditasyon yaparım ya da kendimi gevşetirim	0	1	2	3	4
37. Kendimi her şeyin iyi olacağına inandırmaya çalışırım veya olumlu düşünürüm ...	0	1	2	3	4
38. Biryle bu konuyu konuşurum	0	1	2	3	4
39. Ne olduğunu anlamaya ve bununla başa çıkmaya çalışırım	0	1	2	3	4
40. Bir çözüm bulmaya çalışırım	0	1	2	3	4
41. Bu düşüncenin yerine daha hoş bir düşünce koymaya çalışırım	0	1	2	3	4
42. Kendime "Yeter artık/Vazgeç şundan" derim	0	1	2	3	4

Bu stratejileri kullandığınızda şüpheleriniz giderilmiş hisseder misiniz?.....0 1 2 3 4

ÖZGEÇMİŞ

Ecenaz İĞCİ; 2018 yılında Kadir Has Üniversitesi %50 Burslu İngilizce Psikoloji bölümünden mezun olmuş, hemen akabinde 2018 yılında İstanbul Kent Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans eğitimine başlamıştır. Öğrencilik yıllarında gerek psikoloji alanı ile ilgili eğitimlere gerek staj programlarına dahil olmakla birlikte, mezun olduktan sonra bir süre gölge öğretmenlik deneyimi kazanmış, Ağustos 2019 yılından itibaren de Amerikan Hastanesi Hasta Hakları Ofisi'nde Hasta Hakları Psikoloğu olarak görevine devam etmektedir.

