



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**KANSER HASTALARI İLE SAĞLIKLİ KONTROLLERİN BAŞA ÇIKMA, DUYGU
DÜZENLEME VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sultan AYDIN

Lefkoőa

2022

**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**KANSER HASTALARI İLE SAĞLIKLİ KONTROLLERİN BAŞA ÇIKMA, DUYGU
DÜZENLEME VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sultan AYDIN

Tez DanıŐmanı

Yrd. Doç. Dr. Hande ÇELİKAY SÖYLER

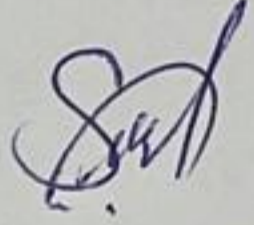
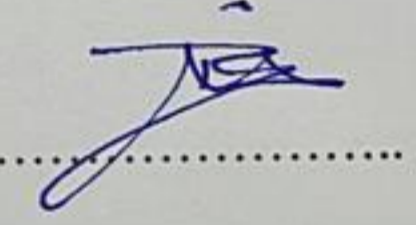
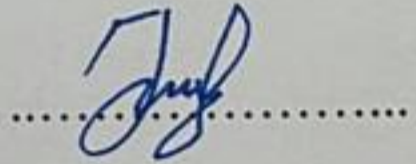
LefkoŐa

2022

Onay

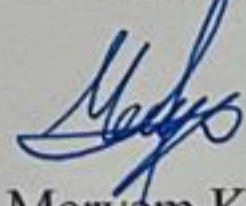
Sultan Aydın tarafından hazırlanan “**Kanser Hastaları ile Sağlıklı Kontrollerin Başa Çıkma, Duygu Düzenleme ve Psikolojik Sağlamlık açısından Karşılaştırılması**” başlıklı tez, 20/06/2022 tarihinde yapılan tez savunması sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez savunması online(çevrim içi) yapılmıştır. Jüri üyeleri onaylarını sözlü olarak vermişlerdir. Tüm süreç kaydedilmiştir.

| Jüri Üyeleri | Adı – Soyadı | İmza |
|---------------|------------------------------------|---|
| Jüri Başkanı: | Dr. Sözen İnak |  |
| Jüri Üyesi: | Dr. Bingül Subaşı |  |
| Danışman: | Yrd. Doç. Dr. Hande Çelikay Söyler |  |

Anabilim/ Anasanat Dalı Başkanı Onayı

...../...../20....



Doç. Dr. Meryem Karaaziz

Ünvan, Ad-Soyad

Anabilim/Anasanat Dalı Başkanı

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı



Prof. Dr. Kemal Hüsnü Can Başer

Enstitü Müdürü

Etik İlkelere Uygunluk Beyanı

Bu tezin içinde sunduğum verileri, bilgileri ve belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce, sonuç ve bilgilere bilimsel etik kurallar gereği olarak eksiksiz şekilde uygun atıf yaptığımı ve kaynak göstererek belirttiğimi beyan ederim.

Sultan AYDIN

...../...../.....

Teşekkür

Araştırmanın gerçekleşmesinde yönlendirmeleri ve desteğiyle her zaman yanımda olan değerli tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Hande Çelikay Söyler'e, çalışmaya katkı sağlayan Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Bölümü'nde görev yapmakta olan herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Araştırmama katkı sağlayan kanser hastalarına sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu tezi, benden hiçbir zaman desteğini eksik etmemiş olan ve kanser nedeniyle kaybettiğim çok sevgili anneannem Hatice Aksoy'un anısına ithaf etmekteyim.

Son olarak, kendimi her zaman şanslı hissetmeme sebep olan arkadaşlarıma, sevgilerini ve desteklerini hayatım boyunca bana hissettiren sevgili aileme ve küçük ya da büyük yardımcı olan, adını buraya sığdıramadığım herkese teşekkür ederim.

Sultan AYDIN

Özet

Kanser Hastaları ile Sağlıklı Kontrollerin Başa Çıkma, Duygu Düzenleme ve Psikolojik Sağlık Açısından Karşılaştırılması

Aydın, Sultan

Yüksek Lisans, Klinik Psikoloji Bilim Dalı

06.2022, 135 sayfa

Bu araştırma, kanser hastaları ile sağlıklı kontrollerin baş etme becerileri, duygu düzenleme ve psikolojik sağlık açısından karşılaştırmayı amaçlamaktadır. Bu çalışmada katılımcılar üzerinde herhangi bir müdahale de bulunulmayacağı ve amacın iki grup arasındaki başa çıkma, duygu düzenleme ve psikolojik sağlamlığın karşılaştırılması olduğu için nedensel karşılaştırma yöntemi kullanılmıştır. Bu çalışmanın araştırma grubunu Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi onkoloji bölümünde tedavisini sürdüren 18 yaşından büyük 100 kanser hastası ve kanser tanısına sahip olmayan ve herhangi bir kronik rahatsızlığa sahip olmayan 100 sağlıklı birey olmak üzere 200 kişi oluşturmaktadır. Bu çalışmada veri toplama aracı olarak Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği, Kısa Kendini Toparlama/Psikolojik Sağlık Ölçeği ve Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmanın sonuçları; hasta bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinde yer alan kendine yardım ve uyum sağlama alt boyutlarından aldıkları puanların sağlıklı katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu diğer yandan yaklaşım, sakın-kaçınma ve kendine ceza alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olmadığı, Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeğindeki Hasta grubunda yer alan bireylerin anlama alt boyutundan aldıkları puanlar sağlıklı bireylere göre düşük bulunmukla birlikte farkındalık, beden duyuları, netlik, kabul, tolerans, yüzleşme/hazırlanma, öz-destek ve değişimleme alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olmadığı ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeğinden Hasta katılımcıların puanlarının sağlıklı katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu tespit edilmiştir. Çalışma da kullanılan üç kavramın tedavi sürecine olan etkisi göz önünde bulundurularak hastaların eksik yönlerinin tespit edilip bu alanların desteklenmesi önerilir.

Anahtar kelimeler: Kanser, Başa Çıkma, Duygu Düzenleme, Psikolojik Sağlık,

Abstract

Comparison of Cancer Patients and Healthy Controls In Terms of Coping Skills, Emotion Regulation and Psychological Resilience

Aydın, Sultan

MA, Department of Clinical Psychology

06.2022, 135 pages

This research aims to compare cancer patients and healthy controls in terms of coping skills, emotion regulation and psychological resilience. In this study, the causal comparison method was used since there would be no intervention on the participants and the aim was to compare coping, emotion regulation and resilience between the two groups. The research group of this study consists of 200 people, including 100 cancer patients over the age of 18 who continue their treatment in the oncology department of the Near East University Hospital, and 100 healthy individuals who do not have a diagnosis of cancer and do not have any chronic diseases. In this study, the Coping Attitudes Assessment Scale, the Brief Recovery/Psychological Resilience Scale, and the Emotion Regulation Skills Scale were used as data collection tools. The results of the study; The scores of the self-help and adaptation sub-dimensions in the Coping Attitudes Evaluation Scale of the sick individuals were significantly lower than the healthy participants, on the other hand, there was no statistically significant difference between the scores of the approach, avoid-avoidance and self-punishment sub-dimensions, Although the scores of the individuals in the Patient group in the Emotion Regulation Skills Scale in the comprehension sub-dimension were lower than the healthy individuals, there was no statistically significant difference between the scores they got from the sub-dimensions of awareness, body sensations, clarity, acceptance, tolerance, preparation, self-support and change, Short Psychological Resilience Scale, it was determined that the scores of the sick participants were significantly lower than the healthy participants. Considering the effect of the three concepts used in the study on the treatment process, it is recommended to identify the deficiencies of the patients and support these areas.

Keywords: Cancer, Coping Skills, Emotion Regulation, Psychological Resilience,

İçindekiler

| | |
|------------------------------------|----|
| Onay Sayfası..... | 1 |
| Etik İlkelere Uygunluk Beyanı..... | 2 |
| Teşekkür..... | 3 |
| Özet..... | 4 |
| Abstract..... | 5 |
| İçindekiler..... | 6 |
| Tablolar Listesi..... | 10 |
| Kısaltmalar..... | 11 |

BÖLÜM I

| | |
|-------------------------|----|
| Giriş..... | 12 |
| Problem Durumu..... | 12 |
| Amaç..... | 17 |
| Araştırmanın Önemi..... | 17 |
| Sınırlılıklar..... | 18 |
| Tanımlar..... | 18 |

BÖLÜM II

| | |
|--|----|
| Kavramsal Temeller / Kuramsal Temeller ve İlgili Araştırmalar..... | 20 |
| Kanser..... | 20 |
| Kanser Nedir?..... | 20 |
| Kanserin Epidemiyolojisi..... | 21 |
| Kanserin Etiyolojisi..... | 22 |
| Kanser Sık Görülen Belirti ve Bulgular..... | 25 |
| Kanserde Tanı ve Evreleme..... | 26 |
| Kanser Tedavisi ve Kullanılan Yöntemler..... | 30 |
| Kanser Tedavisinde Sık Görülen Yan Etkiler..... | 31 |
| Kanser Hastalarında Psikolojik Tepkiler..... | 32 |
| Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar..... | 34 |
| Travma Kavramı ve Travma Sonrası Tepkiler..... | 36 |
| Travma Kavramı..... | 37 |
| Travma Sonrası Tepkiler..... | 37 |

| | |
|--|----|
| Kanser ve Travma | 39 |
| Duygu ve Duygu Düzenleme | 44 |
| Duygu Kavramının Tanımı | 44 |
| Duygu Düzenleme..... | 45 |
| Duygu Düzenlemenin Gelişimi..... | 46 |
| Kanser ve Duygu Düzenleme | 46 |
| Başa Çıkma Tutumları | 48 |
| Başa Çıkma Kavramının Açıklanması | 49 |
| Başa Çıkma Tutumları ve Alt Boyutları | 51 |
| Kanser ve Başa Çıkma Tutumları | 53 |
| Psikolojik Sağlık | 54 |
| Psikolojik Sağlık Kavramının Tarihsel Gelişimi ve Tanımı | 54 |
| Psikolojik Sağlıkta Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler..... | 57 |
| Bireysel Risk Faktörler ile Koruyucu Faktörler..... | 58 |
| Ailesel Risk Faktörler ile Koruyucu Faktörler..... | 58 |
| Çevresel Risk Faktörleri ile Koruyucu Faktörler | 58 |
| Psikolojik Sağlık ve Kanser | 58 |
| İlgili Araştırmalar..... | 59 |

BÖLÜM III

| | |
|---|----|
| Yöntem..... | 62 |
| Araştırma Modeli | 62 |
| Araştırmanın Yeri ve Zamanı..... | 62 |
| Evren ve Örneklem | 62 |
| Veri Toplama Araçları | 62 |
| Sosyo-Demografik Bilgi Formu..... | 63 |
| Hastalığa Yönelik Bilgi Formu | 63 |
| Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği..... | 63 |
| Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği | 64 |
| Kısa Kendini Toparlama/Psikolojik Sağlık Ölçeği | 64 |
| Verilerin Analizi ve Yorumlanması | 65 |
| Çalışma Planı | 67 |
| Etik Konular | 65 |

BÖLÜM IV

| | |
|--|----|
| Bulgular ve Yorumlar..... | 67 |
| Hasta ve sağlıklı bireylerin sosyo-demografik özellikleri | 67 |
| Hasta bireylerin hastalığa ilişkin bazı özellikleri | 69 |
| Hasta ve sağlıklı bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması | 70 |
| Hasta ve sağlıklı bireylerin Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği puanlarının karşılaştırılması | 72 |
| Hasta ve sağlıklı bireylerin Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması | 73 |
| Hasta bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği puanları ile Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar | 74 |
| Hasta bireylerin Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği puanları ile Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar..... | 76 |
| Hasta bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği puanlarının Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanlarını yordama durumu | 78 |
| Sağlıklı bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği puanları ile Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar | 80 |
| Sağlıklı bireylerin Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği puanları ile Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar | 82 |
| Sağlıklı bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği puanlarının Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanlarını yordama durumu | 83 |

BÖLÜM V

| | |
|---------------|----|
| Tartışma..... | 85 |
|---------------|----|

BÖLÜM VI

| | |
|--------------------------------------|----|
| SONUÇ VE ÖNERİLER | 96 |
| Sonuç..... | 96 |
| Öneriler | 98 |
| Klinisyenlere Yönelik Öneriler | 98 |
| Kurumlara Yönelik Öneriler | 99 |

| | |
|---------------------------------------|-----|
| Araştırmacılara Yönelik Öneriler..... | 100 |
| Kaynakça..... | 101 |
| EKLER..... | 128 |
| Ek-1..... | 122 |
| Ek-2..... | 123 |
| Ek-3..... | 124 |
| Ek-4..... | 126 |
| Ek-5..... | 127 |
| Ek-6..... | 128 |
| Ek-7..... | 129 |
| Ek-8..... | 132 |
| Ek-9..... | 133 |
| Ek-10..... | 141 |
| Ek-11..... | 142 |

Tablolar Listesi

| | |
|--|----|
| Tablo 1. Hasta ve sağlıklı bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği, Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarının normallik testi sonuçları..... | 66 |
| Tablo 2. Hasta ve sağlıklı bireylerin sosyo-demografik özellikleri..... | 67 |
| Tablo 3. Hasta bireylerin hastalığa ilişkin bazı özellikleri..... | 69 |
| Tablo 4. Hasta ve sağlıklı bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması..... | 70 |
| Tablo 5. Hasta ve sağlıklı bireylerin Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği puanlarının karşılaştırılması..... | 72 |
| Tablo 6. Hasta ve sağlıklı bireylerin Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması..... | 73 |
| Tablo 7. Hasta bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği puanları ile Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar..... | 74 |
| Tablo 8. Hasta bireylerin Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği puanları ile Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar..... | 76 |
| Tablo 9. Hasta bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği puanlarının Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarını yordama durumu..... | 78 |
| Tablo 10. Sağlıklı bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği puanları ile Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar..... | 80 |
| Tablo 11. Sağlıklı bireylerin Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği puanları ile Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar..... | 82 |
| Tablo 12. Sağlıklı bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği puanlarının Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarını yordama durumu..... | 83 |

Kısaltmalar

| | |
|----------------|---|
| ASB | Akut Stres Bozuklukları |
| DSM-IV: | Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 4. Baskıda bulunan sınıflandırma |
| FCR: | Kanserin Tekrarlama korkusu |
| HF-HRV: | Kalp Atış Hızı Değişkenliği |
| IARC: | Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı |
| PICC: | Periferik Olarak Yerleştirilen Merkezi Hat Kateteri |
| TNM: | T(tümör), N(nod= lenf nodu) ve M(metastaz) |
| TSSB: | Travma Sonrası Stres Bozukluğu |

BÖLÜM I

Giriş

Bu bölümde araştırmanın problemine, amacına, önemine, sınırlılıklarına ve ilgili tanımlara yer verilmiştir.

Problem Durumu

Kanser, dünya çapında ölümlerin ikinci önde gelen nedenidir (Lepore ve Coyne, 2006). Genel olarak, kanser prevalansı hızla artmıştır. Bu nedenle kanser, tüm insan toplumlarının sağlığını etkileyen ciddi bir sorundur. Ne yazık ki, doku düzeyinde bir çeşitlilik hastalığıdır ve bu çeşitlilik, spesifik teşhis ve ardından tedavinin etkinliği için büyük bir zorluktur (Siegel vd., 2013).

Kanser prevalansının artışında, değişen yaşam tarzları, özellikle tütün kullanımı, alkol kullanımı ve beslenme konusu önemli bir rol oynamaktadır (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 2017). Birkaç farklı bilimsel çalışma türü, kanserin nedenlerinin belirlenmesine katkıda bulunmuştur. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) Monograf serisi, potansiyel olarak kanserojen ajanlar ve maruziyetlerin oluşturduğu riskler hakkında güvenilir raporlar yayınlamaktadır. Birçok kansere yaşam tarzı ve çevre ile ilgili faktörlerin neden olduğu düşünülmektedir (Çetin, 2013). Özellikle tütün, kronik enfeksiyonlar ve uygun olmayan diyet, önemli düzeyde yeni kanserde rol oynamaktadır. Tütün, dünyadaki tüm kanserlerin yaklaşık %15'inden sorumludur. Virüs, bakteri ve parazitlerin neden olduğu kronik enfeksiyonlar, tüm kanserlerin %16'sından sorumludur. Tüm kanserlerin %30'unun uygun diyet ve fiziksel aktivite ile önlenebileceği varsayılmıştır. Mesleki, genetik ve üreme faktörleri gibi bilinen diğer kanser nedenleri, küresel kanser dağılımında daha az rol oynamaktadır. Birçok kanser türü, ailelerde kümelenmiş gibi görünmektedir ve daha sık olarak kansere sahip olan bireylerin yakın akrabalarında ortaya çıkmaktadır. Bir kansere yatkınlık geninde bir kusuru kalıtsal olarak alan bir kişinin belirli bir kanser türüne yakalanma riskleri tahmin edilmeli ve bu riskleri değiştirmede çevresel faktörlerin rolü belirlenmelidir. Hastalığın birçok formunun erken bir aşamada saptanması, etkili tedavi beklentilerini büyük ölçüde iyileştirebileceği, ölümleri azaltabileceği ve yaşam kalitesini artırabileceği söylenmektedir (Yoo ve Shin, 2003).

Erkeklerde kanser türlerinin en yüksek yüzdeleri sırasıyla prostat, akciğer, bronş, kolon, rektum ve mesanede görülmektedir. Kadınlarda kanser prevalansı sırasıyla meme, akciğer ve bronş, kolon ve rektum, uterus korpusu ve tiroide en yüksektir. Bu verilerden yola çıkarak prostat ve meme kanserinin sırasıyla erkeklerde ve kadınlarda kanserin önemli bir bölümünü oluşturduğunu söylemek mümkündür. Çocuklar için en yüksek kanser hastalığı türleri sırasıyla kan, beyin ve lenf düğümleriyle ilgili kanserlerdir (Seto vd., 2010). Kanser, genlerdeki bir dizi ardışık mutasyonla oluşur ve bu mutasyonlar hücre fonksiyonlarını değiştirir (Tulimat, 2020). Kimyasal bileşikler, gen mutasyonlarının ve kanser hücrelerinin oluşumunda bariz bir role sahiptir. Ek olarak, sigara içmek akciğer kanserine yol açan çeşitli kanserojen kimyasal bileşikler içerir. İlginç bir şekilde, kanserojen özelliklere sahip çevresel kimyasal maddeler, hücre sitoplazmasını ve çekirdeğini doğrudan veya dolaylı olarak etkiler ve genetik bozukluklara ve gen mutasyonlarına yol açar. Virüsler, bakteriler ve radyasyon ışınları, tüm kanserlerin yaklaşık %7'sini oluşturan diğer karsinogenez faktörleridir (Seto vd., 2010).

Genel olarak kanser, hücresel ilişkileri bozar ve hayati genlerin işlevsiz kalmasına neden olur. Bu bozukluk hücre döngüsünde etkilidir ve anormal şekilde hücre artışına yani tıptaki adı ile proliferasyona yol açmaktadır (Cummings ve Klug, 2002. Akt; İzmirli, 2010).

Kanserin tanı ve tedavi sürecinin etkileri yalnızca fiziksel olmamakla birlikte kişinin yaşamış olduğu kaygı, belirsizlik ve ölüm korkusu gibi birçok psikolojik yönü de bulunmaktadır (Gözükan, 2021). Son dönemlerde kanser hastalarının yaşadığı psikolojik sorunlarda artışın yaşandığı bildirilmekle birlikte bu hastalardaki psikolojik rahatsızlıkların yaygınlığının %9 ve %60 gibi bir aralıkta farklılaşabilen oranlarda bulunduğu öne sürülmektedir (Tavoli vd., 2007). Yapılan araştırmalar sonucu kansere sahip bireylerin %90'ında psikolojik rahatsızlıkların oluşumu hastalık ve/veya tedavi nedeniyle ortaya çıkmışken diğer taraftan sadece %10'luk kısımdaki bireylerin kanser tanısı almadan önce anksiyete ya da kişilik bozuklukları gibi psikolojik rahatsızlıklara sahip oldukları bildirilmiştir (Çevik, 1996. Akt; Güleç ve Büyükkınacı, 2011). Kansere sahip bireylerin hayat kalitesini, tedavinin seyrini ve kişinin yaşadığı hastalığın fiziksel boyutu gibi hastalığın her boyutunu

etkileyebilmesi nedeniyle kanser sonrası oluşan psikolojik belirtiler ciddi önem taşımaktadır (Tokgöz vd., 2008. Akt; Güleç ve Büyükkınacı, 2011). Kanser hastalığının kişilerde yaratmış olduğu ruhsal ve psikososyal yönünün tedaviye verilen yanıtı etkilediği bilinmektedir (Ateşçi vd., 2003). Bu nedenle, bu araştırmanın ana konusunu, kanser hastaları ile sağlıklı kontrollerin duygu düzenleme, başa çıkma ve psikolojik sağlamlık açısından karşılaştırılmasını oluşturmaktadır.

Baş çıkma tutumlarına dair araştırmalar, bireylerin stresi yönetme şekillerine ve stresi nasıl adapte edebildiklerine yönelik merakların artmasıyla gelişmiştir (Frydenberg, 2017. Akt; Salihoğlu, 2021). Baş çıkma, kişilerin duygusal olarak yaşadıkları sıkıntıyı hafifletebilmek, günlük yaşantının getirisi olan stresli olaylara karşı tolere seviyesini artırabilmek ve stres oluşturan içsel ve dışsal etkenlere yanıt verebilmek amacıyla kullanılan davranış biçimleri olarak tanımlanmaktadır (Salihoğlu, 2021). Anlaşılacağı üzere başa çıkma ve stres ayrı değerlendirilecek kavramlar değildir. Bahsedilen stres, kişilerin günlük yaşantıda karşılarına çıkan sorunlar olabileceği gibi travmatik etki yaratan büyük durumlara kadar çeşitlilik gösterebilen geniş bir alanı kapsamaktadır. Kişilerin stresli durum karşısında gösterdikleri başa çıkma tutumları biyolojik özellikler, çevre, hastalık, kişilik özellikleri, kültür vb. gibi çok farklı etkenlerden dolayı değişkenlik göstermekle birlikte kişiye has bir boyut olduğu da bilinmektedir (Ağargün vd., 2005). Özetle, başa çıkma tutumlarının biricik olduğunu ve doğru ya da yanlış diye bir ayrımın bulunmadığını söylemek mümkündür.

Her kronik hastalıkta olduğu gibi kanser hastalığının da gerek tedavi sürecinin uzunluğu gerekse de yaratmış olduğu psikolojik ve fizyolojik etkilerinin yoğunluğu hastalarda yüksek düzeyde strese neden olmaktadır (Aydoğan vd., 2016). Bu zor sürecin yaratmış olduğu olumsuz etkileri en aza indirebilmek ya da yok edebilmek amacıyla başa çıkma stratejilerinin kullanılması bir nevi mecburiyet gerektirecektir. Bu tez çalışması kapsamında yapılan literatür taraması sonucu kanser hastaları ve sağlıklı kontrolleri bir arada inceleyen araştırmaların hiç olmadığı ya da sınırlı olduğu gözlemlenmiştir. Bu nedenle de bu çalışmanın amaçlarından biri kanser hastaları ve sağlıklı kontrollerin başa çıkma yönünden karşılaştırılması olarak hedef alınmıştır.

Duygu düzenleme, kişilerin yaşamış olduğu stresli yaşam olaylarına karşı uygun bir biçimde yanıt verebilmeleri için duygularını ve bu duyguların bilinçli ya da bilinçsiz bir şekilde nasıl deneyimleyerek ifade ettiklerini gösteren bir süreç olarak tanımlanmıştır (Gross, 2002. Akt; Baziliansky ve Cohen, 2020). Duyguların, bireylerin günlük hayatlarında sergiledikleri davranış biçimlerinin oluşumundaki önemi yadsınamaz. Duygu düzenlemedeki denetim ya da esneklik sağlama durumu, bireylerin çeşitli bağlamlar doğrultusunda duyguların yoğunluğunu azaltma, artırabilme ya da yalnızca olduğu düzeyde devam edebilmesine olanak tanımaktadır (Bonanno ve Burton, 2013. Akt; Akbulut, 2018). Buna ek olarak, duyguların yaşanılan olay çerçevesinde düzenlenebilmesinin, kişilerin günlük yaşantılarındaki fonksiyonlarını idame ettirebilmeleri için bir gereklilik olduğu belirtilmiştir (Gross ve Thompson, 2007). Özetle, yaşantımızda edinebileceğimiz en kıymetli yetkinliklerden biri duygu düzenleme becerilerini bize yarar sağlayacak biçimde kullanabilmemizdir. Duygu düzenlemeye yönelik yapılan birçok çalışmada araştırmacılar duygu düzenleme yöntemlerinin bölümlere ayrılmasına odaklanmıştır. Bu yönde yapılan çalışmalar çok sayıda duygu düzenleme yöntemi belirlemiş ve bu yöntemleri durumun sonucunda sağladıkları yararları göre uyumlu veya uyumsuz olarak ayırmışlardır (Akbulut, 2018).

Duygu düzenleme stratejilerinin, yoğun stres etkenlerine karşı gösterilen psikolojik tepkilerin temel belirleyicisi olduğu öne sürülmektedir (Richmond vd., 2015). Yapılan birçok araştırma, kanser hastalarının yaşamış oldukları psikolojik stres düzeylerinin tanıyı aldıktan ortalama bir yıl sonra azalış gösterdiğini fakat diğer yandan yaklaşık üçte birlik dilimin ise psikolojik stres düzeylerinin yıllar boyu aynı yüksek düzeyde kaldığını göstermektedir (Carlson vd., 2014. Akt; Baziliansky ve Cohen, 2020). Kanser hastalığı ve tedavi sürecinin her adımının stresli olduğu inkâr edilemez boyuttadır. Kanserle ilgili yapılan araştırmalar sonucunda duygu düzenleme stratejilerinin, bireyin gerek tedavi sürecini gerekse hayatlarını sürdürmeye yönelik psikolojik tepkilerini etkileyebileceği öne sürülmüştür (Wang vd., 2013). Özetle, bireylerin kanser yolculuğunu daha az zararlı atlatabilmesi için duygu düzenleme stratejilerinin önemi ortaya koyulmuştur. Bu alanda yapılan çalışmalara bakıldığında spesifik kanser türleri ile duygu düzenleme arasındaki ilişkiye bakıldığı fakat sağlıklı kontroller ile karşılaştırmanın eksikliğinin tespitinden dolayı araştırmanın amacı bu yönde şekillenmiştir.

Psikolojik sağlamlık, kişinin taşınma, boşanma, hastalık, doğal afetler, terör, bozuk aile dzeneni, yoksulluk vb. stresli yaşam olayları ile karşılaştığında hem koruyucu hem de risk faktörlerinin etkisi ile girdiği zorlu sürece adapte olabilmesini içermektedir (Kararırmak, 2006). Psikolojik sağlamlığın tanımı yapılırken iki noktaya değinilmiştir. Bunlardan ilki, bireyin bir tehdede veya olumsuz bir duruma maruz kalması iken diğer i se kişinin, hayatındaki herhangi bir gelişim sürecine engel olabilecek düzeyde maruz kaldığı olumsuzluklarda bile sürece uyum sağlama konusunda başarılı olabilmesidir (Luthar vd., 2000. Akt; Kararırmak, 2006). Bunlara ek olarak, psikolojik sağlamlığın nasıl oluştuğuna dair fikir ayrılıkları bulunmaktadır. Araştırmacıların bir kısmı psikolojik sağlamlığın çevresel etkenler sonucu oluştuğunu bir kısım araştırmacı ise bu olgunun oluşumunun kişilik özelliklerine bağlı olduğunu öne sürmektedir.

Literatüre bakıldığında, psikolojik sağlamlığı olumsuz yönde etkileyen risk faktörlerine odaklanıldığını söylemek mümkündür. Kanser hastalığının da bu olgu için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Antoni ve Goodkin, 1988). Kanser sonucu bireylerin yaşamış olduğu psikolojik ve fiziksel zorluklar, hastalığın seyrini olumsuz yönde etkilemekle birlikte başa çıkma konusunda zorluklar yaşamalarına neden olabilmektedir (Gemalmaz ve Avşar, 2015). Bu bağlamda, kanser hastalarının tedavi sürecini yönetme konusunda zorluk yaşamaması için psikolojik sağlamlığın düzeyi ve gelişimi ciddi önem taşımaktadır. Yüksek düzeyde psikolojik sağlamlığa sahip kanser hastalarının gerek tedavi sürecini gerekse hayatlarındaki olumsuz yaşam olaylarını çok daha iyi yönetebildiklerine yönelik farklı çalışmalar mevcuttur. Yapılan araştırmada yüksek düzeyde psikolojik sağlamlığa sahip hastaların daha az psikolojik strese sahip olmakla birlikte fiziksel anlamda daha aktif oldukları ortaya konmuştur (Matzka vd., 2016). Buna paralel olarak, yapılan bir diğer araştırma da ise psikolojik sağlamlığı yüksek olan kanser hastalarının hayat kalitelerinin yüksek olduğu öne sürülmüştür (Tian ve Hong, 2014). Psikolojik sağlamlığın hastalık sürecindeki rolü göz önünde bulundurularak bu olguyla ilgili eksikliklerin giderilmesi ve/veya gelişim sağlanması ciddi önem taşımaktadır.

Amaç

Bu araştırma, kanser hastaları ile sağlıklı kontrollerin baş etme becerileri, duygu düzenleme ve psikolojik sağlamlık açısından karşılaştırmayı amaçlamaktadır. Araştırmanın temel amacı doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. Kanser hastaları ve sağlıklı bireylerin Başa Çıkma Tutumları arasında fark var mıdır?
2. Kanser hastaları ve sağlıklı bireylerin Psikolojik Sağlamlıkları arasında fark var mıdır?
3. Kanser hastaları ve sağlıklı bireylerin Duygu Düzenleme Becerileri arasında fark var mıdır?
4. Kanser hastaları ve sağlıklı bireylerin Başa Çıkma Tutumları, Psikolojik Sağlamlıkları ve Duygu Düzenleme Becerileri arasında ilişki var mıdır?
5. Hasta bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği puanları Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarını yordamakta mıdır?
6. Sağlıklı bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği puanları Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarını yordamakta mıdır?

Araştırmanın Önemi

Literatür bakıldığında psikolojik sağlamlığın kanser hastalarının tedavi sürecinde önemli bir yere sahip olduğunu söylemek mümkündür. Yapılan araştırmalar, psikolojik sağlamlığı yüksek olan kanser hastalarının yaşamış oldukları zorlu süreci daha iyi yönetebildiklerini göstermektedir (Hu vd., 2018; Tian ve Hong 2014). Diğer yandan, kanser hastalığının gerek tanı aşaması gerek tedavi aşaması ciddi zorlukları içerisinde barındırdığı için kişilerin başa çıkma düzeyleri ve başa çıkma becerileri hastaların psikolojik anlamda iyilik halini koruyabilmesi için önemli bir etkidir (Ülger vd., 2014). Ek olarak, duygu düzenleme becerilerinin kanser hastalarının hem tanı hem de tedavi süreçlerinde kolaylaştırıcı bir etkisinin olduğunu söylemek mümkündür. Hastaların duygu düzenleme becerilerinin gelişmiş olması hastalığa uyumlarını kolaylaştırarak daha iyi hissetmelerine katkı sağlayabilmektedir (Turan vd., 2019). Yapılan araştırmalar; başa çıkma, duygu düzenleme ve psikolojik sağlamlığın kanser hastalığı sürecinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Bu

sebeplerle çalışmada da bu kavramlara öncelik verilmiştir.

Ek olarak, literatür incelendiğinde kanser tanısı almış bireyler üzerinde birçok psikolojik kavramla ilgili çalışmalar yapılmış olduğu görülmektedir. Fakat, kanser hastaları ve sağlıklı kontrollerin başa çıkma, duygu düzenleme ve psikolojik sağlamlık açısından karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla çalışmanın hedeflerinden biri de bu boşluğu doldurarak literatüre katkı sağlamaktır. Buna ek olarak, kanser hastalarının ve sağlıklı kontrollerin başa çıkma, duygu düzenleme ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin araştırma kapsamında belirlenmiş olan demografik özelliklere göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği de belirlenecektir. Dolayısıyla bu çalışmadan elde edilecek sonuçların literatürdeki bu boşluğu kapatmada yararlı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca kanser hastalarının üç kavramdan birinde tespit edilen eksiklikler yönünde gerek aileleri tarafından gerekse doktor ve hemşireler tarafından destek sağlanmasına olanak sağlayabilir. Ek olarak, kanser hastalarının bireysel olarak başa çıkma, duygu düzenleme ve psikolojik sağlamlık kavramları üzerinde düşüncelerine, farkındalık kazanmalarına, var olan olumlu özellikleri geliştirmelerine, semptomları tanımalarına ve ilgili semptomlara yönelik bireysel müdahaleler geliştirmelerine veya psikolojik destek almaları yönünde teşvik edici bir rol oynayabilir. Çalışma sonuçları, onkoloji hastalarıyla çalışan kurumların koruyucu müdahale planlamalarına olanak sağlayabilir.

Sınırlılıklar

Araştırmada ölçülmek istenen başa çıkma tutumları, duygu düzenleme ve psikolojik sağlamlık kavramları kullanılan ölçeklerin ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır. Bu araştırma kapsamında elde edilen tüm sonuçlar katılımcıların ölçeklere verdikleri yanıtlarla sınırlıdır. Ayrıca bu çalışma 2022 yılı içerisinde, Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nin Onkoloji bölümünde tedavi görmekte olan 18 yaşından büyük 100 bireyle sınırlıdır. Dolayısıyla farklı tarihlerde ve farklı kurumlarla genellendiğinde bu özelliklerin göz önünde bulundurulması önemlidir.

Tanımlar

Kanser: İnsan vücudunda normal olmayan düzeyde bir hücre büyümesini kapsayan, birçok farklı alanları ele geçirme veya bu alanlara ciddi derecede yayılma olasılığı

olan bir hastalıktır (DSÖ, 2021).

Başa Çıkma: Kişilerin, küçük ya da büyük fark etmeksizin sıkıntı veya stres yaratan durumlara veya faktörlere karşı göstermiş olduğu direnç ve stres yaşatan olaylara dayanıklı kalma nedeniyle yapmış olduğu duygusal, davranışsal ve bilişsel süreçleri kapsayan bir kavramdır (Şirin, 2007).

Duygu Düzenleme: Bireyin duygularının farkında olabilmesi, duygularının ne zaman neye göre değiştiğinin bilincinde olması, hissettiği duyguları açıklayabilmesi ve duyguları sağlıklı bir şekilde değerlendirip kullanmalarını kapsayan bir olgudur (İzçınar, 2018).

Psikolojik Sağlamlık: Kişinin, hayatında yaşamış olduğu olumsuz durum ya da risk etkenlerine karşı hassasiyetinin azalması, problemleri ya da sıkıntıları aşabilme veya riskli koşullar çerçevesinde bile kendi ile ilgili olumlu sonuçlara ulaşabilme olarak tanımlanmıştır (Rutten vd., 2013).

BÖLÜM II

Kavramsal Temeller / Kuramsal Temeller ve İlgili Araştırmalar

Bu bölümde araştırma ile ilgili kavramsal açıklamalara, tanımlamalara ve araştırma ile ilgili literatürde geçen ve daha önce yapılmış olan araştırmalara ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Kanser

Kanser Nedir?

Basit bir ifadeyle kanser, zaman içinde gelişen ve vücut hücrelerinin kontrolsüz bölünmesini içeren 100'den fazla hastalıktan oluşan bir gruptur (Bektaş, 2017). Kanser neredeyse vücudun herhangi bir dokusunda gelişebilmesine ve her kanser türünün kendine özgü özelliklerine sahip olmasına rağmen, kanseri oluşturan temel süreçler, hastalığın tüm formlarında oldukça benzerdir. Kanser, vücudumuzun tüm organlarını oluşturan milyarlarca mikroskobik birimin ve milyarlarca hücrenin kontrolsüz büyümesi olarak tanımlanır. Kanser ne olduğunu anlamak için önce normal hücrelerin bazı özelliklerini anlamak gerekmektedir. Normal hücreler kendi işlerini yaparlar. Örneğin, kırmızı kan hücreleri vücutta oksijen taşır, mide hücreleri besinleri emer ve beyaz kan hücreleri enfeksiyonlarla savaşır. Normal hücreler de çok yaşlandıklarında büyümeyi ve bölünmeyi durdururlar. Ek olarak, normal hücreler sıklıkla kendi kendini yok etmekle birlikte yaralandıkları durumda ise ölmektedirler (Atıcı, 2007).

Kanser hücreleri, normal hücrelerden bir dizi önemli yönden farklıdır. Birincisi, genellikle büyümeyi ve bölünmeyi durduramazlar (düzenlenmemiş büyüme). İkincisi, kanser hücreleri genellikle kendi işlerini yapmayı bırakırlar. Aslında, çoğu zaman yararlı bir şey yapmayı bırakırlar. Örneğin, kanserli beyaz kan hücreleri genellikle enfeksiyonla savaşmayı bırakır, mide kanseri hücreleri besinleri emmeyi durdurur ve akciğer kanseri hücreleri oksijeni ememez. Kanser hücreleri ölümsüz olarak tanımlanmıştır çünkü normal hücrelerden farklı olarak yaşlanmazlar ve ölmezler, bunun yerine durmadan çoğalmaya devam edebilirler (Oygür, 2020).

Ek olarak, kanser hücreleri sıklıkla metastaz adı verilen bir süreçle diğer organlara yayılır. Yakındaki bir organı işgal ederek veya kan dolaşımına veya lenf sistemine girerek ve vücutta dolaşarak uzak organları istila ederek metastaz

yapabilirler. Bazen kanser hücrelerinin büyümesini ve yayılmasını engelleyen tek şey kanlarının bitmesidir. Bir tümör kendi kendine büyümeyi durdurursa ve diğer dokuları istila etmezse, iyi huylu olarak kabul edilir (Baykara, 2016).

Kanserin Epidemiyolojisi

Kanser epidemiyolojisi, belirli popülasyonlarda malign hastalıkların dağılımı, belirleyicileri ve sıklığının incelenmesidir. Amaç, hastalığın kontrolü için önleyici stratejiler formüle etmek için nedensel faktörleri tanımlamaktır. Epidemiyolojik değerlendirme, klinisyene kanser riskinin nicelleştirilmesini sağlar, yüksek riskli popülasyonlar için tarama yöntemlerinin temelini özetler ve herhangi bir önleyici müdahalenin etkinliğini belirler (Zhang vd., 2022).

Kanser alanında üç tip epidemiyolojik araştırma uygulanmaktadır (Ünal, 1997. Akt; Figen, 2010). Tanımlayıcı epidemiyoloji, hastalığı kişi, yer ve zaman açısından tanımlamaktadır. "Kişi", hastaların sosyo-demografik özelliklerini ifade eder ve yaş, etnik köken, cinsiyet, meslek ve sosyoekonomik durum gibi değişkenleri içermektedir. "Yer", hastalıkların ortaya çıkışını tanımlamada önemli olan mekansal ilişkilere atıfta bulunur ve kırsal-kentsel durumu, şehri, il/bölgeyi veya ülkeyi tanımlayan değişkenleri içerebilmektedir. "Zaman", hastalıkların ne zaman ve hangi zaman diliminde ortaya çıktığının incelenmesini ifade eder (İşsever vd., 2020). Tanımlayıcı epidemiyoloji, epidemiyolojik bir özeti ana bölümlerinden birini oluşturmaktadır. Analitik epidemiyolojik çalışmalar, toplam popülasyondan ziyade bireylerden toplanan bilgileri kullanarak belirli bir maruziyet ile bir hastalık arasındaki ilişkiyi ölçmektedir. Maruziyet, genel olarak sigara veya diyet gibi davranışsal faktörleri, asbest gibi çevresel kirlenmeleri, obezite veya güneş yanığı eğilimi gibi kişisel özellikleri, vücut kitle indeksi gibi antropometrik ölçümleri ve kanseri etkileyebilecek genetik özellikleri ve diğer ölçülebilir biyolojik faktörleri içerecek şekilde tanımlanmaktadır. Analitik epidemiyolojide en yaygın iki çalışma tasarımı, deneklerin ilk olarak hastalık durumu dışındaki özelliklere göre tanımlanıp tanımlanmadığına bağlı olarak kohort ve vaka kontrolüdür. Her iki yaklaşım da belirli bir maruziyet ile belirli bir hastalık arasındaki ilişkiyi ölçer; her ikisi de tek başına tanımlayıcı çalışmalardan daha güçlü bir çıkarım temeli sağlamaktadır (Bayık, 1989). Klinik epidemiyoloji, hasta popülasyonlarında sağlık ve hastalığın kalıpları, nedenleri ve etkilerinin ve maruziyetler veya tedaviler ile sağlık sonuçları arasındaki

ilişkilerin incelenmesidir (Çaparlar ve Dönmez, 2016). Araştırma alanları arasında hastalık tarama ve önleme, sistematik inceleme metodolojisi, karşılaştırmalı etkinlik araştırması, kanıta dayalı uygulama ve politika kılavuzları geliştirme, sağlık sistemlerinde uygulama ve kılavuzların uygulanması, sağlık bilgi sistemlerinde hasta merkezli kayıtların ve veri martlarının geliştirilmesi, oluşturulması ve hasta karar yardımcılarının test edilmesi ve kalite iyileştirme ve araştırma projeleri için hasta verilerinin kullanılması gelmektedir (Bayık, 1989).

Kanserin Etiyolojisi

Kanserin tek bir nedeni yoktur. Bilim adamları, kanseri üreten birçok faktörün bir araya gelerek etkileşimi olduğuna inanmaktadır. İlgili faktörler, bireyin genetik ve çevresel özellikleri olabilir (Tuncay, 2010. Akt; Özhan, 2019). Çocukluk çağı kanserlerinin tanı, tedavi ve prognozu yetişkin kanserlerinden farklıdır. Temel farklılıklar, hayatta kalma oranı ve kanserin nedenidir. Çocukluk kanseri için genel beş yıllık sağkalım oranı yaklaşık %80 iken, yetişkin kanserlerinde hayatta kalma oranı %68'dir. Bu farkın, çocukluk kanserinin tedaviye daha duyarlı olması ve bir çocuğun daha agresif tedaviyi (Agresif tedaviler yoğun bakım ünitesinde kalış, ventilatör desteği, resüsitasyon, beslenme tüpü, palyatif olmayan kemoterapi ve antibiyotikler olarak tanımlanmaktadır) tolere edebilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Stanford Health Care, n.d.). Çocukluk çağı kanserleri genellikle vücudun ihtiyaç duyduğu diğer özel hücre türlerini üretebilen basit hücreler olan kök hücrelerde ortaya çıkar. Sporadik hücre değişikliği veya mutasyonu genellikle çocukluk kanserine neden olmaktadır. Yetişkinlerde kanserli hale gelen hücre tipi genellikle epitel hücresidir. Epitel hücreleri vücut boşluğunu ve vücut yüzeyini kaplamaktadır. Kanseri, zamanla bu hücrelere çevresel maruz kalmadan meydana gelir. Yetişkin kanserleri bazen bu nedenle “edinilmiş (acquired)” olarak adlandırılır (Güran, 2005).

Belirtildiği gibi, bazı kanserler, özellikle yetişkinlerde, tekrarlayan maruziyetler veya risk faktörleri ile ilişkilendirilmiştir. Bir risk faktörü, bir kişinin bir hastalık geliştirme şansını artırabilecek herhangi bir şeydir. Bir risk faktörü mutlaka hastalığa neden olmaz, ancak vücudu hastalığa karşı daha az dirençli hale getirebilir. Aşağıdaki risk faktörleri ve mekanizmalarının kansere katkıda bulunduğu öne sürülmüştür (Güran, 2005):

- Yaşam tarzı faktörleri: Sigara içmek, yüksek yağlı bir diyet ve toksik kimyasallarla çalışmak, bazı yetişkin kanserleri için risk faktörü olabilecek yaşam tarzı seçimlerine örnektir. Ancak kanserli çocukların çoğu, bu yaşam tarzı faktörlerine uzun süre maruz kalamayacak kadar küçüktür.
- Aile öyküsü, kalıtım ve genetik bazı çocukluk çağı kanserlerinde önemli bir rol oynayabilir: Bir ailede farklı şekillerde kanserin birden fazla görülmesi mümkündür. Bu koşullarda hastalığa genetik bir mutasyon, bir ailenin yaşadığı yerin yakınında kimyasallara maruz kalma, bu faktörlerin bir kombinasyonu veya sadece tesadüfen mi neden olduğu bilinmemektedir.
- Bazı genetik bozukluklar: Örneğin, Wiskott-Aldrich ve Beckwith-Wiedemann sendromunun bağışıklık sistemini değiştirdiği bilinmektedir. Bağışıklık sistemi, vücudumuzu enfeksiyon ve hastalıklardan koruma işlevi gören karmaşık bir sistemdir. Kemik iliği birçok türde beyaz kan hücresi üretir. Bunlar sağlıklı bir bağışıklık sistemi için gereklidir. Enfeksiyonları önler ve bunlarla savaşır. Bir teori, kemik iliğindeki hücrelerin, yani kök hücrelerin hasar gördüğünü veya kusurlu hale geldiğini, bu nedenle daha fazla hücre yapmak için çoğaldıklarında anormal hücreler veya kanser hücreleri oluşturduklarını öne sürmektedir. Kök hücrelerdeki kusurun nedeni, kalıtsal bir genetik kusur veya bir virüs veya toksine maruz kalma ile ilgili olabilmektedir.
- Bazı virüslere maruz kalma: Epstein-Barr ve HIV virüsü, Hodgkin ve Hodgkin olmayan lenfoma gibi belirli çocukluk kanserlerinin gelişme riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Muhtemelen, virüs bir şekilde bir hücreyi değiştirmektedir. Bu hücre daha sonra değiştirilmiş bir hücreyi çoğaltmakla birlikte sonunda bu değişiklikler daha fazla kanser hücresi üreten bir kanser hücresi haline gelmektedir.
- Çevresel maruziyetler: Pestisitler, gübreler ve elektrik hatları, çocukluk çağı kanserleriyle doğrudan bağlantı için araştırılmıştır. Belirli mahallelerde ve/veya şehirlerde akraba olmayan çocuklar arasında kanser meydana geldiğine dair kanıtlar vardır. Bu etkenlere

doğum öncesi veya bebeklik dönemindeki maruziyetin kansere neden olup olmadığı veya tesadüf olup olmadığı bilinmemektedir.

- Bazı yüksek doz kemoterapi ve radyasyon türleri: Bazı durumlarda, bu etkenlere maruz kalan çocuklarda daha sonraki dönemlerinde ikinci bir malignite (kötü huylu tümör) gelişebilmektedir. Bu güçlü antikanser ajanlar hücreleri ve/veya bağışıklık sistemini değiştirebilir. İkinci malignite, farklı bir kanserin tedavisinin bir sonucu olarak ortaya çıkan bir kanserdir.

Kansere katkıda bulunan belirli gen türlerinin keşfi, kanser araştırmaları için son derece önemli bir gelişme olmuştur. Kanserlerin %90'ından fazlasının bir tür genetik değişikliğe sahip olduğu gözlemlenmiştir. Bu değişikliklerin bazıları kalıtsaldır, diğerleri ise sporadiktir, yani tesadüfen meydana gelirler veya çevresel maruziyetlerden (genellikle uzun yıllar boyunca) meydana gelirler. Hücre büyümesini etkileyebilen ve belirli kanser türlerinde değiştirilen (mutasyona uğrayan) üç ana gen türü vardır (Yokuş ve Çakır, 2012):

- Onkogenler: Bu genler, hücrelerin normal büyümesini düzenler. Bilim adamları genellikle onkogenleri çoğu insanın vücudunda bulunan bir kanser başlatıcısı olarak tanımlarlar. Bunlar, normal hücre büyümesinde rol oynayan bir genin mutasyona uğramış (değişmiş) formu olan bir genlerdir. Onkogenler kanser hücrelerinin büyümesine neden olabilir. Onkogene dönüşen genlerdeki mutasyonlar kalıtsal olabilir veya çevrede kansere neden olan maddelere maruz kalmaktan kaynaklanabilir.
- Tümör baskılayıcı genler: Bu genler, hasarlı hücrelerin veya kanser hücrelerinin anormal büyümesini ve üremesini tanıyabilir ve kusur düzeltilene kadar üremelerini durdurabilmektedir. Bununla birlikte, tümör baskılayıcı genler mutasyona uğrarsa ve düzgün çalışmazlarsa, tümör büyümesi meydana gelebilmektedir.
- Uyumsuzluk-onarım genleri: Bu genler, yeni bir hücre yapmak için DNA kopyalandığında hataları tanımaya yardımcı olmaktadır. DNA mükemmel bir şekilde "eşleşmezse", bu genler uyumsuzluğu onarır ve hatayı düzeltir. Ancak bu genler düzgün çalışmıyorsa, DNA'daki

hatalar yeni hücelere iletilerek hücrelerin zarar görmesine neden olabilmektedir.

Genellikle vücut dokularının herhangi birindeki hücre sayısı sıkı bir şekilde kontrol edilir, böylece normal büyüme ve gelişme için ve ayrıca ölmekte olan hücrelerin yerini almak için yeni hücreler yapılır. Nihayetinde kanser, genetik değişiklikler nedeniyle mevcut dengenin kaybolmasıdır.

Kanser Sık Görülen Belirti ve Bulgular

Çoğu belirti ve semptom kanserden kaynaklanmaz, başka şeylerden kaynaklanabilir. Geçmeyen veya kötüleşmeyen herhangi bir semptom veya semptomlar varsa, bunlara neyin sebep olduğunu öğrenmek için bir doktora danışmak gerekmektedir. Sebep kanser değilse, doktor sebebin ne olduğunu bulmaya yardımcı olabilir ve gerekirse tedavi edebilir (Alamış, 2017).

Örneğin, lenf düğümleri vücudun bağışıklık sisteminin bir parçasıdır ve vücuttaki zararlı maddelerin yakalanmasına yardımcı olmaktadır. Normal lenf düğümleri küçüktür ve bulunması zor olabilir. Ancak enfeksiyon, iltihaplanma veya kanser olduğunda düğümler büyüyebilmektedir. Vücudun yüzeyine yakın olanlar parmaklarla hissedilecek kadar büyüyebilir ve hatta bazıları cilt altında şişlik veya yumru olarak görülebilmektedir. Lenf düğümlerinin şişmesinin bir nedeni, kanserin orada sıkışıp kalmasıdır. Bu nedenle, olağandışı bir şişlik veya yumru varsa, neler olduğunu anlamak için doktor kontrolü gerekmektedir. Kanser sonucu oluşabilecek yaygın belirti ve semptomlardan bazıları şunlardır (Fidaner, 2007):

- Dinlenmekle düzelmeyen yorgunluk veya aşırı yorgunluk,
- Bilinen bir neden olmaksızın 10 veya daha fazla kilo kaybı veya alımı,
- Aç hissetmeme, yutma güçlüğü, karın ağrısı, mide bulantısı ve kusma gibi yeme sorunları,
- Vücudun herhangi bir yerinde şişlik veya topaklar,
- Göğüste veya vücudun başka bir bölümünde kalınlaşma veya yumru,
- Özellikle yeni olan veya nedeni bilinmeyen, geçmeyen veya kötüleşen ağrı,

- Kanayan veya pullu hale gelen bir yumru, yeni bir ben veya bir ben değişikliği, iyileşmeyen bir yara veya ciltte veya gözlerde sarımsı bir renk (sarılık) gibi cilt değişiklikleri,
- Geçmeyen öksürük veya ses kısıklığı,
- Bir sebep olmadan yaşanan olağandışı kanama veya morarma,
- Kabızlık veya ishal gibi bağırsak alışkanlıklarında kaybolmayan değişiklik veya dışkıınızın görünümünde değişiklik,
- İdrar yaparken ağrı, idrarda kan, az veya çok sık idrara çıkma ihtiyacı gibi mesane değişiklikleri,
- Ateş veya gece terlemeleri,
- Baş ağrısı,
- Görme veya işitme sorunları,
- Yaralar, kanama, ağrı veya uyuşma gibi ağız değişiklikleri.

Yukarıda sıralanan belirti ve semptomlar, kanserde daha sık görülen belirtilerdir, ancak burada listelenmeyen daha birçok belirti ve semptom vardır. Vücudunun çalışma şeklinde veya hissetme şeklinde önemli bir değişiklik fark edilirse, özellikle uzun sürerse veya kötüleşirse, hekime bildirilmesi gerekmektedir. Kanserle ilgisi yoksa doktor neler olup bittiği hakkında daha fazla bilgi edinebilir ve gerekirse tedavi edebilir. Bazen, semptomlar olmadan önce kanserin bulunması mümkündür. Amerikan Kanser Derneği ve diğer sağlık grupları, hiçbir semptomu olmamasına rağmen insanlar için kanserle ilgili kontroller ve belirli testler önermektedir. Bu, belirli kanserlerin erken bulunmasına yardımcı olmaktadır (Ellis, 2022).

Kanserde Tanı ve Evreleme

Kanseri düşündüren bir semptom veya tarama testi sonucu varsa, Hekim bunun kansere mi yoksa başka bir nedene mi bağlı olduğunu öğrenmektedir. Hekim, kişisel ve aile tıbbi geçmişinizi sorarak başlayabilirken fiziki muayene de yapabilir. Hekim ayrıca laboratuvar testleri, görüntüleme testleri (taramalar), diğer testler veya prosedürler isteyebilmektedir. Ek olarak, kanser olup olmadığını kesin olarak söylemenin tek yolu olan biyopsiye de ihtiyaç duyulmaktadır (Hyer ve Silvestri, 2000).

Biyopsi ve diğer testler kişinin kanser olduğunu gösteriyorsa, doktorun tedaviyi planlamasına yardımcı olacak daha fazla test olabilmektedir. Örneğin, doktorun kanserin evresini bulması gerekecektir. Bazı kanserler için, en iyi tedaviye karar vermek için vücutta bulunan tümörün derecesini veya risk grubunu bilmek önem taşımaktadır. Tümör, ayrıca diğer genetik belirteçler için de test edilebilir (Barentsz vd., 2006).

Evreleme, kanser veya olası kanser teşhis sürecinin çok önemli bir parçasıdır ve herhangi bir tedaviye başlamadan önce yapılması gerekmektedir. Evreleme genellikle önemsiz olarak kabul edilirken, kullanılan testler hastanın karşı karşıya olduğu kanserin en iyi genel resmini vermekle birlikte tanı, prognoz ve tedavi önerilerine yardımcı olma konusunda önem taşımaktadır. Kanseri teşhis etmek ve evrelemek çok aşamalı bir süreçtir ve her durumda tek bir testin önem taşıması mümkün değildir. Bir kişinin kanser olup olmadığını belirlemek ilk adımdır ve birkaç evreleme testi, bir tümörün olası yayılımını, davranışını (derecesini) ve ayrıca kanserin türünü belirleme konusunda yardımcı olabilmektedir. Bir kanser teşhisi, spesifik tümör tipini tanımlamaktadır: “yuvarlak hücreli, sarkom veya karsinom”. Evreleme hem lokal hastalığın hem de tümörün vücuda yayılmasının (metastaz) boyutunun belirlenmesidir. En yaygın evreleme testleri; fizik muayene, laboratuvar testleri, doku örnekleme (sitoloji veya histoloji) ve tanısal görüntülemedir (Gale, 2020).

Bir tümörü derecelendirmek, hücreleri değerlendirmek ve mikroskop altında ne kadar anormal göründüklerini açıklamak anlamına gelmektedir. Tümör derecesi, tümörün ne kadar agresif olacağını bir göstergesidir; yani, ne kadar hızlı büyümesinin beklendiği ve metastaz yapma olasılığının ne kadar olduğu anlamına gelmektedir. Tümör evresini tümörün derecesine göre ayırt etmek önemlidir. Tedaviden önce doku örneklerinin ve bilgilerinin alınması, mümkün olan en iyi sonucun alınmasını sağlamaktadır. Bir tümörün birincil lokasyonun ötesine metastaz yapıp yapmadığını bilmek, daha kapsamlı cerrahi, kemoterapi ve/veya radyasyon tedavisi ile multimodal tedavi için planlama yapılmasını sağlayabilmektedir. Onkologlar, tümörün derecesini ve belirli bir tümör tipinin yayılma yolunu anlayarak, o kanser için en güvenilir olan evreleme testini önerebilmektedirler (Brierley vd., 2016).

Örneğin memede, başta, boyunda veya akciğerlerde katı bir tümör varsa, doktor veya cerrah kanseri tanımlamak için TNM evreleme sistemini kullanabilmektedir. Belirli kanser türleri için farklı bir evreleme sistemi kullanılabilir.

TNM sistemi, orijinal (birincil) tümörün (T) boyutunu, herhangi bir kanser hücresinin birincil tümörden yayılıp yayılmadığını ve yakındaki lenf düğümlerine (N) ulaşp ulaşmadığını ve kanser hücrelerinin vücuda daha fazla yayılıp yayılmadığını (M) tanımlar. Her aşamada, kanseri daha spesifik olarak kategorize etmek için kullanılan sayılar vardır (American College of Surgeons [ACS], 2020).

TNM evrelemesinde T: TNM sistemindeki T, tümör anlamına gelir. Evreleme sisteminin bu kısmı genellikle tümörün boyutunu veya büyümesini tanımlamaktadır. T0, doktorun veya cerrahın birincil tümöre dair herhangi bir kanıt bulamadığı anlamına gelmektedir. Tis veya Cis (Carcinoma In Situ), yerinde karsinom veya kanser anlamına gelmektedir. Kanser bu şekilde tanımlanıyorsa, tümörün küçük bir bölgede olduğu ve henüz yayılmadığı anlamına gelmektedir. T bir ila dört, giderek daha ileri kanser evrelerini ifade eder; örneğin, T bir, tümörünüzün erken evrede ve küçük olabileceği anlamına gelmekle birlikte T dört, ilerlemiş ve büyük olabileceği anlamına gelmektedir. Bazen a ve b, kanseri daha fazla tanımlamak için de kullanılabilir – örneğin, T iki a ve T iki b – ve kanserin yayıldığı dokulara atıfta bulunabilmektedir ancak bu sahip olunan kanser türüne özel olacaktır. Kanser evresi net değilse TX kullanılabilir (Burke, 2004).

TNM evrelemesinde N: TNM sistemindeki N, düğümler (veya lenf düğümleri) anlamına gelmektedir (Kayalı, 2012). Lenf düğümleri, lenfatik sisteminin bir parçası olan küçük, fasulye şeklindeki organlardır. Bu sistem, enfeksiyonla savaşan hücreleri içeren lenf adı verilen sıvıyı içermektedir. Doktorlar veya cerrahlar kanseri değerlendirirken yakındaki herhangi bir lenf düğümüne yayılıp yayılmadığına bakabilmektedirler. N sıfır, yakındaki lenf düğümlerinde kanser hücreleri olmadığı anlamına gelmektedir. N bir, N iki ve N üç genellikle kanserin kaç tane lenf noduna yayıldığını veya nodların primer tümöre göre konumunu ifade etmektedir. Sayı ne kadar yüksek olursa, o kadar fazla lenf düğümünün etkilendiğini söylemek mümkündür. Kanser evresi net değilse NX kullanılabilir

(Haksever, 2013). Kanser lenf bezlerine yayılmışsa, vücudun diğer bölgelerine de yayılmış olabileme ihtimali olabilmektedir. Doktor veya cerrahın bunun olup olmadığını söylemesi her zaman mümkün olmayabilir ancak bu durumda muhtemelen yardımcı (önleyici) tedavi önermektedirler. Bu, birincil tümörden kopmuş olabilecek herhangi bir kanser hücrelerini denemek ve öldürmek için birincil tedavinin yanında kemoterapi, radyasyon tedavisi veya hormon tedavisinin görülebileceği anlamına gelebilmektedir (Rosen ve Sapra, 2021).

TNM evrelemesinde M: TNM evreleme sistemindeki M metastaz anlamına gelmektedir. Kanser metastaz yaptıysa, bu vücudun diğer bölgelerine yayıldığı anlamına gelmektedir. Doktor veya cerrah kanseri yayılıp yayılmadığına göre değerlendirmektedir. M sıfır, kanserin vücudun diğer bölgelerine yayılmadığı anlamına gelmektedir. M bir, kanserin birincil tümörden uzağa ve vücudun bir veya daha fazla bölgesine yayıldığı anlamına gelmektedir. Kanser evresi net değilse MX kullanılabilir (Desai ve Moustarah, 2021).

Sayı evreleme sistemi: Lenfomalar ve karaciğer kanseri dahil olmak üzere bazı kanserler TNM sistemi kullanılarak tanımlanmamıştır. TNM tarafından sınıflandırılmamış bir tümör varsa, doktor bunu bir'den dört'e kadar numaralandırılmış bir aşama ile tanımlayabilmektedir. Sayı ne kadar yüksekse, kanserin vücuda yayılma olasılığı o kadar fazladır. Örneğin, Evre bir (veya erken evre), lenf düğümlerine yayılmamış küçük bir tümörü ifade etmektedir ve Evre dört (veya ileri evre), vücuttaki diğer büyük organlara yayılmış tümörleri ifade etmektedir. Doktor veya cerrah ayrıca kanseri daha fazla tanımlamak için - örneğin, evre iki a veya iki b - kanserin yayıldığı dokulara atıfta bulunmak amacıyla aşama numarası içeren bir harf kullanabilir, ancak bu, belirli kanser türüne bağlı olmaktadır (National Cancer Institute [NCI], 2020).

Dukes evreleme sistemi: Bağırsak kanseri varsa, cerrah bunu Dukes harfli (A–D) sistemi kullanarak tanımlayabilmektedir. Ancak, TNM sistemi yavaş yavaş Dukes harflerini değiştirmektedir. Dukes A, tümörün bağırsağın duvarında yer aldığı anlamına gelmektedir. Dukes B, tümörün bağırsak duvarının kasına kadar büyüdüğü, ancak yakındaki herhangi bir lenf düğümüne yayılmadığı anlamına gelmektedir. Dukes C, bağırsağın yakınındaki bir veya daha fazla lenf düğümünün etkilendiği

anlamına gelmektedir. Dukes D ise primer tümörün vücudun diğer bölgelerine yayıldığı anlamına gelmektedir (NCI, 2020).

Kanser Tedavisi ve Kullanılan Yöntemler

Birçok kanser tedavisi türü vardır. Alınacak tedavi türleri, sahip olunan kanser türüne ve ne kadar ilerlemiş olduğuna bağlı olacaktır. Kansere sahip bazı kişilerin sadece bir tedavisi olabilmektedir. Ancak çoğu insan, kemoterapi ve radyasyon tedavisi ile ameliyat gibi tedavilerin bir kombinasyonuna sahiptir. Kanser tedavisine ihtiyaç varsa, öğrenecek ve düşünecek çok şey mevcuttur. Ancak doktorla konuşmak ve tedavi türleri hakkında bilgi edinmek, bireyin daha kontrollü hissetmesine yardımcı olabilmektedir (Oylar ve Tekin, 2011).

- Kanser Tedavisi için Biyobelirteç Testi: Biyobelirteç testi, kanser hakkında bilgi sağlayabilecek genleri, proteinleri ve diğer maddeleri (biyobelirteçler veya tümör belirteçleri olarak adlandırılır) aramanın bir yoludur. Biyobelirteç testi, kişiye ve doktora bir kanser tedavisi seçme konusunda yardımcı olabilmektedir (Durmaz, 2016).
- Kemoterapi: Kemoterapi, kanser hücrelerini öldürmek için ilaçların kullanıldığı bir kanser tedavisi türüdür (Gürel, 2007).
- Hormon Tedavisi: Hormon tedavisi, meme ve prostat kanserlerinin büyümesini yavaşlatan veya durduran bir tedavi yöntemidir (Baykara, 2016).
- Isı Tedavisi: Diğer adıyla Hipertermi, normal dokuya çok az zarar vererek veya hiç zarar vermeden kanser hücrelerinin zarar görmesine ve öldürülmesine yardımcı olmak için vücut dokusunun 113 ° F'ye kadar ısıtıldığı bir tedavi türüdür (Didarian, 2017).
- İmmünoterapi: İmmünoterapi, bağışıklık sisteminin kanserle savaşmasına yardımcı olan bir kanser tedavisi türüdür (Baykara, 2016).
- Fotodinamik Terapi: Fotodinamik terapi, kanser ve diğer anormal hücreleri öldürmek için ışıkla aktive edilen bir ilacın kullanıldığı yöntemdir (Baykara, 2016).

- Radyasyon tedavisi: Radyasyon tedavisi, kanser hücrelerini öldürmek ve tümörleri küçültmek için yüksek dozda radyasyon kullanan bir kanser tedavisi türüdür (Gürel, 2007).
- Kök Hücre Nakli: Kök hücre nakilleri, yüksek doz kemoterapi veya radyasyon tedavisi ile kendi hücreleri yok edilmiş kişilerde kan hücrelerine dönüşen kök hücreleri geri kazandırmaya yönelik bir tedavi yöntemidir (Baykara, 2016).
- Ameliyat: Kanseri tedavi etmek için bir cerrahın kanseri vücuttan çıkardığı bir tedavi yöntemidir (Gürel, 2007).
- Hedefe Yönelik Tedavi: Hedefe yönelik tedavi, kanser hücrelerinin büyümelerine, bölünmelerine ve yayılmalarına yardımcı olan değişiklikleri engellemeyi hedefleyen bir tür kanser tedavisidir (Akyolcu vd., 2019).

Kanser Tedavisinde Sık Görülen Yan Etkiler

Kanser tedavisinde çok çeşitli ilaçlar kullanılmaktadır. Birçoğunun yan etkileri olmakla birlikte bazı yan etkiler potansiyel olarak ciddi ve uzun süreli olabilmektedirler. Kanser ilaçlarının çok/ciddi yan etkilere sahip olma eğiliminin bir nedeni, kanser hücrelerinin sağlıklı hücrelerden çok farklı olmamasıdır. Bu yakın benzerlik nedeniyle kanser hücrelerini öldüren ilaçlar sıklıkla normal hücreleri de etkilemektedir. Literatürde görülen yan etkiler sırasıyla şunlardır (Taşcı vd.,1994):

- Alopesi (saç dökülmesi),
- Anemi (düşük kırmızı kan hücresi sayısı),
- Anoreksiya (yemek yiyememe),
- Kan pıhtıları,
- Kemoterapiye Bağlı Doku Hasarı,
- İshal,
- Tükenmişlik,
- Doğurganlık Sorunları,
- Gastrostomi (G-tüpü),
- El-Ayak Sendromu,
- Hiperkalsemi,
- Enfeksiyonlar,

- Uykusuzluk,
- Düşük Kan Sayımları,
- Lenfödem,
- Mastektomi ve Meme Rekonstrüksiyonu,
- Hafıza ve Konsantrasyon Problemleri (Kemo Beyin),
- Menopoz Belirtileri,
- Mide bulantısı,
- Nöropati,
- Nötropeni,
- Ağız Sorunları,
- Ağrı,
- Periferik Olarak Yerleştirilen Merkezi Hat Kateteri (PICC),
- Cinsel Sorunlar,
- Şişme,
- Kilo Değişimleri/Yeme Alışkanlıklarındaki Değişiklikler.

Kanser Hastalarında Psikolojik Tepkiler

Tanı aşaması tamamlanıp tedavi kararlarının verildiği süreçlerde hasta ve ailesi kendilerini psikososyal olarak etkileyecek yeni deneyimlerle karşı karşıya kalmaktadır. Bunlar arasında hastaneye yatış, ameliyat, kemoterapiye veya diğer tedavilere başlama ve sık doktor ziyaretleri yer almaktadır. Tedaviye başlamak için genellikle bir aciliyet vardır ve hasta ne kadar eğitim alırsa alsın, bu yabancı dünyaya girmeye kendini hala hazırlıksız hissedebilmektedir. Her tedavi türü kendi psikososyal etkisini yaratmaktadır (Shakespeare, 2018).

Ameliyat: Cerrahi, kanser tedavisinin en eski şeklidir. Bir kanser tedavisi olarak tek başına cerrahi, kansere daha yakın olan diğer tedavilerle aynı olumsuz görüşle ilişkilendirilmeyebilir. Hastalar, diğer kanser tedavilerine göre ameliyata daha aşina olabilmektedir, çünkü ameliyat, kanserli olmayan durumlar için rutin olarak pozitif sonuçlar elde edebilmektedir. Bu nedenle cerrahi operasyon kişinin vücudunda kanseri yok etmenin bir yolu olarak görülebilmektedir. Diğer yandan, mastektomiler, genital ameliyatlara, baş ve boyun ameliyatları ve kolostomiler görünüm ve vücut fonksiyonundaki bazı değişiklikler nedeniyle genellikle daha fazla sıkıntı ile ilişkilendirilmektedir (Lacobsen vd., 1998. Akt; Shakespeare, 2018).

Ameliyat sonrası tekrar kanser teşhisi konan kişi için ameliyat kaynaklı ağrı ve halsizlik, yeni teşhisin yarattığı sıkıntı ve depresyona eklenecektir. Borneman vd. (2003), palyatif cerrahi geçiren hastalara bakım verenlerin daha yoğun psikolojik sıkıntı yaşadıklarını öne sürmüşlerdir.

Kemoterapi: Halk genellikle kemoterapiye olumsuz bakmaktadır. Bu olumsuz bakış açısı çoğu zaman irrasyonel korkulara, yanlış algılamalara ve yanlış veya güncel olmayan bilgilere dayanabilmektedir (Knobf, 1998). Çoğu kişinin kemoterapi ve yan etkileri hakkında önyargılı fikirleri olabilmektedir. Kemoterapiye başlamak, hala teşhisin etkilerinin sürdüğü ve kişinin teşhis sürecinde zaten zayıflamış olan başa çıkma gücüne karşı savunmasızlık hissini daha da yoğunlaştırabilmektedir (Shakespeare, 2018). Kemoterapi uygulayan personelin giydiği koruyucu ekipmanlar ise bu korkuyu artırabilmektedir. Diğer yandan, kemoterapi, hastalara iyileşmeyi umduğu için bir güç hissi verebilen aktif bir tedavi yöntemidir. Bununla birlikte, daha düşük yan etki profillerine sahip birçok yeni oral ajan artık mevcut olup ve yaşam süresini artırabilir (Bedell, 2003). Kemoterapiden kaynaklanan mide bulantısı ve kusma, hastalar için büyük endişe kaynağı olma eğilimindedir. Bu semptomları kontrol etmek için mevcut ilaçlar hakkında alınan bilgilendirici eğitim, bu endişeleri giderebilme konusunda destekleyici olabilmektedir. Alınan ilaçların etkisiyle saç ve vücutta dökülen tüyler diğer adıyla Alopesi, kanser hastalarında tanıyı sürekli hatırlatan duygusal bir etkiye sahiptir ve hastaların kanser tanısını yaşamlarına entegre etmeye zorlayıcı bir etkisi bulunabilmektedir (Freedman, 1994. Akt; Shakespeare, 2018). Bir kişinin kanser olduğu aldığı ilaçların yaratmış olduğu gerek fiziksel gerek psikolojik anlamda görünür olabilmesi nedeniyle tanıyı gizli tutma fırsatını engelleyebilmektedir. Yorgunluk ve enfeksiyon riski de psikososyal sıkıntıya katkıda bulunan bir diğer etkendir. Kemoterapi, hastayı ve aileyi, tıbbi randevular veya hastaneye yatış programlarına uymaya ve aile rollerini yeniden tahsis etmeye zorlamaktadır çünkü hasta genellikle yorgunluk veya diğer yan etkiler nedeniyle yükümlülüklerini yerine getiremeyebilir. Kemoterapinin etkileriyle baş ederken hastayı savunmasız bir durumda görmek, sevdiklerinin acı çekmesini izlemek zorunda olan aile üyeleri üzerindeki sıkıntıyı çoğu zaman artırabilmektedir. Hasta ve ailesinin yaşadığı yorgunluk ve sinirlilik, aile sistemi üzerindeki olumsuz etkiyi yoğunlaştırabilmektedir (Shakespeare, 2018).

Radyasyon Terapisi: İnsanlara bir yandan radyasyondan korkmaları ve radyasyondan kaçınmaları öğretilirken diğer yandan kanser teşhisi almış hastalara radyasyonun kanser için bir tedavi olduğu söylenmektedir. Bu birbirinin zıttı olan ikilem insanlarda kanser tedavisiyle ilgili derinlere yerleşmiş kaygılar yaratabilmektedir (Greenberg, 1998). Radyasyon tedavisi hastaya birçok bilinmeyen sunmaktadır. Radyasyon tedavisi bölümünde yeni bir doktor ve tedavi ekibiyle tanışmak ve büyük bir makine ile bir masada tek başına yatmak çoğu zaman bir izolasyon ve endişe duygusu yaratabilmektedir. Yanma ve görünür cilt yaralarına sahip olma korkuları, kişinin sıkıntısını daha da yoğunlaştırabilmektedir. Hastalar bu tedavinin yan etkileriyle ilgili mitler duymuş olabilirler ve ne bekleyecekleri konusunda kapsamlı eğitime ihtiyaç duymaktadırlar (Shakespeare, 2018). Radyasyon tedavisinin birçok yan etkisine maruz kalan hastalar, kanser kaynaklı daha az yan etkiye sahip hastalara göre daha fazla olumsuz duygu ve düşünce yaşamaktadırlar (Walker vd., 1996). Bu durum, sürekli eğitim ve tedavinin etkilerinin değerlendirilmesi ihtiyacını vurgulamaktadır (Greenberg, 1998).

Bir kanser teşhisi, hastalığın kendisinden ve tedavisinden kaynaklanan bireysel etkiler üzerinde açıkça önemli fiziksel etkilere sahiptir. Bununla birlikte, başka hastalıklar da kanserin yaptığı ek psikososyal hasara yol açar. Psikososyal sonuçları ciddi, uzun süreli ve geniştir ve sadece kanserli bireyleri değil, aynı zamanda geniş aile, arkadaş ve tanıdık ağlarını da etkilemektedir. Kanser süreci boyunca her aşamada verilen bakım, hastanın ve ailesinin akıl sağlığına ve baş etme güçlerine ek olarak hastalığın fiziksel yönlerini de ele almalıdır. Hemşireler, doktorların ve diğer yardımcı sağlık hizmeti sağlayıcılarının yanında yerlerini alarak bu çabanın büyük bir ortağıdır. Onkoloji hemşireliği uzmanı ve kanserli hastalara bakan herhangi bir hemşire, geniş bir psikososyal hemşirelik becerilerine saygı duymadığı ve bunlara hâkim olmadığı takdirde etkili olma konusunda zorluk yaşayabilmektedir. Başka hiçbir uzmanlık alanında Onkoloji hemşireliği, duygusal bakımı kolaylaştırmada bu kadar etkili değildir (Shakespeare, 2018).

Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar

Son araştırmalar ve klinik uygulamalar, onkoloji hastalarının yaklaşık üçte birinin farklı psikiyatrik/psikolojik eş tanılara sahip olduğunu göstermektedir. Onkoloji hastalarında psikiyatrik bozukluklar için hastalığın doğası, doğurganlığın

azalması, farklı organik faktörler, önceki stres, psikiyatrik bozukluklar, aile ile iletişim vb. gibi birçok predispozan faktör bulunmaktadır (Braš, 2008).

Onkoloji hastalarında genellikle görülebilen psikiyatrik/psikolojik sorunlar başlıca depresif bozukluk, uyum bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu olup, diğerleri anksiyete bozuklukları, cinsel bozukluklar (düşük cinsel istek, erektil disfonksiyon, anorgazmi, çekici olmama deneyimi), deliryum ve diğer (intihar düşünceleri, aile ve sosyal destek eksikliğinin sonuçları, aşırı stres durumunda sorunlara neden olan kişilik bozuklukları, karar verme yeteneği sorunu, yas, yaşam kalitesi, ruhsal ve dini sorular vb.) bilişsel bozukluklardır (Kadan-Lottick vd., 2005).

Kanserle ilişkili kaygı, ağrı hissini artırabilir, uyku alışkanlıklarını bozabilir, bulantı ve kusmaya neden olabilmekle birlikte genel olarak hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Stark ve House, 2000). Tedavi edilmediği takdirde ciddi anksiyete hastaların yaşam süresini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Anksiyete belirtileri, kanser teşhisinin ilk aşamasında, tedavi kararları sırasında ve ayrıca hastalığın geri dönüşü veya hastalığın ilerlemesi ile ilgili süreçlerde yaygındır, ancak tam gelişmiş anksiyete bozukluklarının oranı genel popülasyondakinden önemli ölçüde yüksek değildir. Tüm varsayımların aksine, ilerlemiş kanser hastaları daha az ölüm korkusuna sahiptir, ancak kontrol edilemeyen ağrı, yalnızlık durumu ve başkalarına bağımlılık daha fazladır. Kanser gibi yaşamı tehdit eden hastalıkların deneyimi, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)'nin gelişmesine yol açabilmektedir. Kanserden sonra TSSB oluşumu için risk faktörlerinden bazıları; geçmişte stresli yaşam olayları deneyimi, psikolojik bozukluk öyküsü, kanser teşhisi öncesinde yüksek düzeyde sıkıntı, kaçınma yoluyla başa çıkma, zayıf sosyal destek ve yetersiz fiziksel işlevsellik olarak belirlenmiştir (Braš, 2009).

Önemli tümörlerde %20 ila %50 arasında depresyon prevalansı (yaygınlık) ile kanser-depresyon ilişkisine dair güçlü kanıtlar vardır. Psikolojik faktörler, özellikle depresyon ve kanserin gelişimi ve ilerlemesi arasındaki olası bağlantıları açıklamaya çalışan birçok bilimsel çalışma mevcuttur (Spiegel vd., 2003), ancak çalışmalar çok farklı ve çelişkili sonuçlara sahiptir. Bazı araştırmalar, depresif semptomların daha yüksek kanser prevalansı ve daha yüksek ölüm riskleri ile bağlantılı olduğunu göstermektedir. Depresyon ayrıca daha kötü ağrı kontrolü, daha

düşük uyum ve uzun süreli terapi için daha az istek ile bağlantılıdır. Bazı depresif belirtiler normal tepki olabileceği gibi, psikiyatrik bozukluk veya kanser ve tedavisinin psikolojik ve fiziksel sonucu da olabilmektedir. Kanser; anoreksiya, kilo kaybı, yorgunluk ve diğer vejetatif semptomlara neden olabileceğinden, klinik depresyon tanısı daha çok sosyal çekilme, zevksizlik, disforik duygudurum, değersizlik veya suçluluk duyguları, düşük benlik saygısı ve intihar düşünceleri gibi psikolojik semptomlarla ilişkili olabilmektedir. Depresif belirtilerin değerlendirilmesinde tanınmama (depresif belirtileri normal tepkiler olarak tahmin etme) veya aşırı tanı (normal tepkileri veya kansere bağlı belirtileri depresyonun bir parçası olarak tahmin etme) riskinin olduğunu vurgulamak önemlidir (Bailey vd., 2005). Her ne kadar iş birliği yapmayan veya tedaviyi reddeden hastalarda görülebilse de kanser hastaları gerçek intihardan çok daha sık pasif intihar düşüncelerine sahiptirler. Depresyonun mortalite üzerindeki etkileri kesin olarak doğrulanmamıştır, ancak depresyon kanser hastalığının hızlı ilerlemesi ile bağlantılı olabilmektedir (Prieto vd., 2005). Bu durumun olası nedenleri ise nöroimmünolojik değişiklikler, tedaviye uyumun azalması, davranış değişiklikleri ve depresyonun sosyal, doğum ve aile işlevleri üzerindeki etkileri olarak belirlenmiştir (Gregurek vd., 2010).

Travma Kavramı ve Travma Sonrası Tepkiler

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yürütülen bir Dünya Ruh Sağlığı araştırması, 26 farklı ülkede ankete katılan 125.000'den fazla kişinin en az üçte birinin travma yaşadığını ortaya koymaktadır. Bu sayı, grup DSM-IV (Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, dördüncü Baskıda bulunan sınıflandırma) tarafından tanımlanan temel bozuklukları yaşayan kişilerle sınırlandırıldığında %70'e yükselmiştir. Ancak bu rakamlar sadece bildirilen durumlar içindir; gerçek sayı muhtemelen çok daha yüksek olabilmektedir (Kokurcan ve Hüseyin, 2012).

Hangi olayların travma sonrası semptomlara neden olacağını değerlendirmek için nesnel bir kriter bulunmamakla birlikte, durumlar tipik olarak; kontrolün kaybı, ihanet, gücün kötüye kullanılması, çaresizlik, ağrı, kafa karışıklığı ve/veya kaybı içermektedir. Bir kişide travma etkisinin ortaya çıkması için olayın savaş, doğal afet veya kişisel saldırı düzeyine yükselmesi gerekmemektedir. Travma sonrası semptomlara neden olan travmatik durumlar, kişiden kişiye oldukça büyük

farklılıklar göstermektedir. Gerçekten de çok öznel ve tetikleyicisinden çok tepkisiyle tanımlandığını akılda tutmak önemlidir (Çolak vd., 2010).

Travma Kavramı

Travma, ateş hattındaki savaşçılar için kullanılan “yara” veya “delme” anlamına gelen eski bir Yunanca kelimedir. Travma, bireyin başa çıkma yeteneğini aşan, çaresizlik duygularına neden olan, benlik duygusunu ve tüm duygu ve deneyimleri hissetme yeteneklerini azaltan ve derinden rahatsız edici bir olaya verilen yanıt veya yanıtlar olarak tanımlanmaktadır (Spiers, 2001).

Günümüzde DSM IV'te (2000) travma şu şekilde tanımlanmaktadır: “(bir) Gerçek veya ölüm tehdidi veya ciddi bir yaralanma veya fiziksel organa yönelik bir tehdit içeren bir olay veya olaylarla karşılaşan, tanık olan veya bunlarla karşılaşan kişi. (iki) Kişinin tepkisi yoğun korku, çaresizlik ya da dehşet içindedir.” Travmalardan bazıları ani yaralanma/ciddi kaza, fiziksel saldırı, taciz, başka birinin ölümünü veya ciddi şekilde yaralanmasını gözlemleme, ani ölüm veya bir akraba veya arkadaşta ciddi yaralanma haberi, tecavüz, doğal afetlerdir. Stresli yaşam olayları bireyin sağlığında sorunlara yol açabilmektedir. Hayatın erken dönemlerindeki travmatik deneyimler, yaşlı nüfusta daha kötü sağlık koşulları ile ilişkilendirilmektedir (Jones ve Wesseley, 2007).

Travma Sonrası Tepkiler

Birey normal bir uyumsuz tepkiyi modüle edemediğinde, ayrışma, olayı yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma, kaygı, depresyon, madde kötüye kullanımı ve hatta gerçeklikten uzaklaşma belirtileri gözlemlenebilmektedir. Ayrıca travmatik bir olay, travma yaşayanların intihar girişimi riskini de arttırabilmektedir (Eskin vd., 2006). Travma sonrasında yaşanan sorunlar psikolojik rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Turner ve Lloyd'un (1995) çalışmasında, önemli yaşam olayları, yetişkinlerin ruh sağlığı riski için çok önemli bir boyutu temsil etmektedir. Bu çalışmaya göre, 18 yaşından önce yaşanan travmaların sayısı ile yaşam boyu majör depresyon, madde kötüye kullanımı veya olası sorunlu depresif semptom düzeyleri arasında ilişki vardır. Belirli olumsuz yaşam olayları, Uyum Bozukluğu, Akut Stres Bozuklukları (ASB) ve TSSB için diğer nedenler olabilmektedir (Krause vd., 2004). TSSB, stresli olaydan sonraki haftalar ve aylar içinde travma semptomları devam

ettiğinde veya kötüleştiğinde gelişmektedir. TSSB rahatsız edici olmakla birlikte kişinin günlük yaşamına ve ilişkilerine müdahale edebilmektedir. Semptomlar şiddetli anksiyete, geri dönüşler ve olayın kalıcı anılarını içermektedir. TSSB'nin bir başka belirtisi de kaçınma davranışlarıdır. Bir kişi travmatik olayı düşünmekten, meydana geldiği yeri ziyaret etmekten veya tetikleyicilerinden kaçınmaya çalışıyorsa, bu bir TSSB belirtisi olabilmektedir. TSSB yıllarca sürebilir, ancak tedavi insanların semptomlarını yönetmelerine ve yaşam kalitelerini iyileştirmelerine yardımcı olabilmektedir (National Institute of Mental Health [NIMH], 2020).

İlk olarak, DSM IV'te (2000), uyum bozukluğu, boşanma veya aile krizi gibi tanımlanabilir stresli bir yaşam olayına / stres etkenine karşı yetersizlik veya uyumsuz bir tepki olarak tanımlanır. Semptomlar, olayın/stres etkeninin üç ayı içinde ortaya çıkmalı ve altı ayı geçmemelidir. Uyum bozukluğu olan bir bireyin klinik ilgiyi hak etmesi için beklenenden daha fazla davranışsal ve duygusal belirtiler göstermesi ya da önemli bir sosyal işlev bozukluğu ya da mesleki bozulma olması gerekir (Doruk vd., 2008).

İkincisi, DSM IV'te (2000), akut stres reaksiyonu geçicidir ve ezici bir travmatik olaydan sonra gelişebilen ani bir durumdur. Semptomlar 2 gün ila 4 hafta sürmelidir. ASB tanısı, olay veya deneyim sırasında veya sonrasında gelişen aşağıdaki dissosiyatif semptomlardan üç veya daha fazlasını gerektirir. Bunlar duygu kaybı, uyuşma veya kopma; çevre bilincinin azalması; duyarsızlaşma; derealizasyon; ve dissosiyatif amnezidir. Ayrıca, olay veya deneyim aşağıdaki yollardan en az biri ile yeniden deneyimlenmelidir. Bunlar, olay veya deneyimin sıkıntılı hatıraları, tekrarlayan ve sıkıntılı rüyalar, olayı veya deneyimi geri dönüşler, halüsinasyonlar, görüntüler, illüzyonlar veya düşünceler şeklinde yeniden yaşamak ve olayın veya deneyimin herhangi bir yönüne fizyolojik bir şekilde tepki vermektir.

Üçüncüsü, DSM IV'e (2000) göre travmatik olaylar, Travma Sonrası Stres Bozukluğuna (TSSB) neden olabilecek büyük bir sıkıntıya yol açar. TSSB üç ana belirti kümesinden oluşur (Joseph ve Linley, 2005). Bunlar, yeniden deneyimleme semptomları (örneğin, kabuslar, geri dönüşler ve araya giren düşünceler ve görüntüler), kaçınma ve uyuşma semptomları (örneğin, olayın geri kalanından kaçınmaya yönelik davranışsal girişimler) ve uyarılma semptomlarıdır (örneğin,

sinirlilik ve konsantrasyon güçlüğü). TSSB, süresine göre ayırt edilebilir. Akut TSSB'de semptomlar üç aydan az sürer. Bununla birlikte, kronik TSSB'de semptomların üç aydan fazla sürmesi ve gecikmeli başlangıçlı TSSB, travmatik olayı takiben altı aylık bir gecikme ile karakterizedir.

Kanser ve Travma

Kansere sahip hastalarda tanıdan tedaviye kadar herhangi bir noktada, tedavi tamamlandıktan sonra veya kanserin olası nüksetmesi sırasında travma sonrası stres belirtileri olabilmektedir. Çocukluk çağı kanserinden kurtulan bireylerin ebeveynleri de travma sonrası stres bozukluğu yaşayabilmektedir. Psikolojik stres, insanların zihinsel, fiziksel veya duygusal baskı altında olduklarında ne hissettiklerini tanımlar. Zaman zaman bir miktar psikolojik stres yaşamak normal olsa da yüksek düzeyde psikolojik stres yaşayan veya bunu uzun bir süre boyunca maruz kalan kişiler sağlık sorunları (zihinsel ve/veya fiziksel) geliştirebilmektedir (Artherholt ve Fann, 2011).

Stres, hem günlük sorumluluklardan yani rutin olaylardan kaynaklanabileceği gibi kendisinde veya yakın bir aile üyesinde bir hastalık gibi farklı olaylardan da kaynaklanabilmektedir. İnsanlar kanser veya normal yaşam aktivitelerinin neden olduğu değişiklikleri yönetemediklerini veya kontrol edemediklerini hissettiklerinde stres içinde olabilmektedirler. Stres, kanser hastalarının yaşam kalitesini azaltabilecek bir faktör olarak giderek daha fazla kabul görmektedir. Aşırı stresin daha kötü klinik sonuçlarla ilişkili olduğuna dair bazı kanıtlar da bulunmaktadır. Doktorların ve hemşirelerin sıkıntı düzeylerini değerlendirmesine ve hastaların bunu yönetmesine yardımcı olacak klinik kılavuzlar mevcuttur (Lutgendorf vd., 2005).

İnsan vücudu, fiziksel, zihinsel veya duygusal baskıya karşı kan basıncını artıran, kalp atış hızını artıran ve kan şekeri düzeylerini yükselten stres hormonları (epinefrin ve norepinefrin gibi) salarak yanıt vermektedir. Bu değişiklikler, bir kişinin algılanan bir tehditten kaçmak için daha güçlü ve hızlı hareket etmesine yardımcı olmaktadır. Araştırmalar, yoğun ve uzun süreli (yani kronik) stres yaşayan kişilerin sindirim sorunları, doğurganlık sorunları, idrar sorunları ve zayıflamış bir bağışıklık sistemi yaşayabileceğini göstermektedir. Stres bir takım fiziksel sağlık sorunlarına neden olabilese de kansere neden olabileceğine dair kanıtlar zayıftır. Bazı araştırmalar, çeşitli psikolojik faktörler ile kansere yakalanma riskinin artması

arasında bir bağlantı olduğunu göstermektedir (Moreno-Smith vd., 2010).

Psikolojik stres ve kanser arasındaki bariz bağlantılar çeşitli şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Örneğin, stres altındaki kişiler sigara içmek, aşırı yemek yemek veya alkol almak gibi kişinin kanser riskini artıran belirli davranışlar geliştirebilmektedir (Chida vd., 2008. Akt; Sürme, 2019). Diğer yandan, kanserli bir akrabası olan birinin, aile üyesinin teşhisinin neden olduğu stres nedeniyle değil, paylaşılan bir kalıtsal risk faktörü nedeniyle kanser riski daha yüksek olabilmektedir. Kanserli kişiler, hastalığın fiziksel, duygusal ve sosyal etkilerini stresli bulabilmektedirler (Güleç ve Büyükkıncı, 2011). Sigara, alkol gibi riskli davranışlarla stresini yönetmeye çalışanlar veya daha hareketsiz hale gelenlerin kanser tedavisi sonrası yaşam kalitesi düşebilmektedir. Buna karşılık, gevşeme ve stres yönetimi teknikleri gibi stresle başa çıkmak için etkili baş etme stratejilerini kullanabilen kişilerin, kanser ve tedavisi ile ilgili depresyon, kaygı ve semptomların daha düşük olduğu gösterilmektedir. Bununla birlikte, psikolojik stresin başarılı bir şekilde yönetilmesinin kanser sağkalımını iyileştirdiğine dair bir kanıt yoktur (Segerstrom ve Miller, 2004).

DeneySEL çalışmalardan elde edilen kanıtlar, psikolojik stresin bir tümörün büyüme ve yayılma yeteneğini etkileyebileceğini göstermektedir. Örneğin, bazı araştırmalar insan tümörleri taşıyan fareler kapalı tutulduğunda veya diğer farelerden izole edildiğinde (stresi artıran koşullar), tümörlerinin büyüme ve yayılma (metastaz yapma) olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bir dizi deneyde, farelerin meme yağ yastıkçıklarına nakledilen tümörlerin, normal fareler stresli olmayan farelere kıyasla kronik olarak stresliyse, akciğerlere ve lenf düğümlerine yayılma oranları çok daha yüksek çıkmıştır. Farelerde ve laboratuvarında yetiştirilen insan kanser hücrelerinde yapılan araştırmalar, vücudun savaş ya da kaç tepki sisteminin bir parçası olan stres hormonu norepinefrinin anjiyogenezi ve metastazı teşvik edebileceğini ileri sürmektedir (Segerstrom ve Miller, 2004).

Başka bir çalışmada, neoadjuvan kemoterapi ile tedavi edilen üçlü negatif meme kanserli kadınlara, kemoterapi öncesi ve sırasında belirli stres hormonlarına müdahale eden ilaçlar olan beta bloker kullanımları sorulmuştur. Beta bloker kullandığını bildiren kadınların, beta bloker kullandığını bildirmeyen kadınlara göre

kanser tedavisini nüksetmeden sürdürme şansları daha yüksek çıkmıştır. Ancak genel sağkalım açısından gruplar arasında fark yoktu (Melhem-Bertrandt vd., 2011). Stresin kanser sonuçlarını doğrudan etkilediğine dair hala güçlü bir kanıt olmamasına rağmen, bazı veriler, stresin yoğunlaştığı durumlarda hastaların çaresizlik veya umutsuzluk duygusu geliştirebileceğini düşündürmektedir (Ülger vd., 2014). Bu sonuç için mekanizma belirsiz olmasına rağmen, bu yanıt daha yüksek ölüm oranları ile ilişkilidir. Bunun nedeni ise çaresiz veya umutsuz hisseden kişilerin hastalandıklarında tedavi aramamaları, yardımcı olabilecek tedavileri erken bırakmaları veya bunlara uymamaları, uyuşturucu kullanımı gibi riskli davranışlarda bulunmaları veya sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmemeleri olabilmektedir (NCI, 2012).

Duyusal ve sosyal destek, hastaların psikolojik stresle başa çıkmayı öğrenmelerine yardımcı olabilmektedir. Bu tür bir destek, hastalarda depresyon, anksiyete, hastalık ve tedaviye bağlı semptomların düzeylerini azaltabilmektedir. Yaklaşımlar aşağıdakileri içerebilmektedir (NCI, 2012):

- Gevşeme, meditasyon veya stres yönetimi eğitimi
- Danışmanlık veya konuşma terapisi
- Kanseri eğitimi seansları
- Grup ortamında sosyal destek
- Depresyon veya anksiyete için ilaçlar
- Egzersiz yapmak

Bazı uzman kuruluşlar, tüm kanser hastalarının tedavi sırasında erken dönemde psikolojik kontrolden geçirilmesini önermektedir. Ek olarak, hastalık süreci boyunca kritik noktalarda yeniden psikolojik kontrol yapılmasını önermektedir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları, kanser hastalarının duygularını yönetmek için yardıma mı yoksa diğer pratik kaygılara mı sahip olduklarını anlayabilmek adına ölçek veya anket gibi çeşitli tarama araçlarını kullanabilmektedir. Orta ila şiddetli sıkıntı gösteren hastalar tipik olarak klinik sağlık psikoloğu, sosyal hizmet uzmanı, psikolog veya psikiyatrist gibi uygun kaynaklara yönlendirilmektedir (Vodermaier vd., 2009).

Kanser, zaman içinde tekrarlayan veya devam eden stresli olayları içerebilir.

Hasta, tanıdan tedavinin tamamlanmasına kadar herhangi bir zamanda travma sonrası stres bozukluğu belirtileri yaşayabilmekle birlikte kanser nüksü olabilir, bu nedenle bir kereden fazla taramaya ihtiyaç duyulabilmektedir. Hastanın ASB veya TSSB semptomları olup olmadığını anlamak için farklı tarama yöntemleri kullanılabilir. Daha önceki bir travmadan TSSB öyküsü olan hastalarda, kanser tedavisi sırasında belirli tetikleyiciler tarafından semptomlar yeniden başlayabilir. Bu hastalar ayrıca kansere ve kanser tedavisine uyum sağlamada sorun yaşayabilmektedirler. Kanserden kurtulanlar ve aileleri, travma sonrası stres için uzun süreli izlemeye ihtiyaç duymaktadır. Travma sonrası stres belirtileri genellikle travmadan sonraki ilk üç ay içinde başlar, ancak bazen aylar hatta yıllar sonra ortaya çıkmama durumu söz konusudur (NIMH, 2020). Bu nedenle kanserden kurtulanların ve ailelerinin uzun süreli izlemeye ihtiyacı vardır. Üzücü bir olay yaşayan bazı kişiler erken belirtiler gösterebilir ancak TSSB'si olmayabilir. Bununla birlikte, bu erken semptomları olan hastalar genellikle daha sonra TSSB geliştirebilmektedir. Bu hastalar ve aile üyeleri, tekrarlanan tarama ve uzun süreli takipten geçmelidir. Kanserle uğraşan hastalarda kansere bağlı travma sonrası stres için birçok olası tetikleyici vardır (Shelby vd., 2005). Kanserle mücadele eden bir hasta için kansere bağlı travma sonrası stresi tetikleyen spesifik travma her zaman bilinmemektedir. Kanser deneyimi çok fazla üzücü olayı içerdiğinden, stresin kesin nedenini bilmek, doğal afetler veya tecavüz gibi diğer travmalardan çok daha zordur (PDQ, 2019).

Kansere bağlı travma sonrası stresin semptomları, diğer stresle ilgili bozuklukların semptomlarına çok benzer. Travma sonrası stres, depresyon, anksiyete bozuklukları, fobiler ve panik bozukluğu ile aynı semptomların çoğuna sahiptir. Travma sonrası stres ve diğer durumlarda görülebilecek belirtilerden bazıları şunlardır (PDQ, 2019):

- Savunmacı, sinirli veya korkulu hissetmek.
- Açıkça düşünememek.
- Uyku problemleri.
- Diğer insanlardan kaçınmak.
- Hayata ilgi kaybı.

Travma sonrası stresi olan ve kanserden kurtulan bireyler, diğer travma mağdurlarını tedavi etmek için yararlanılan yöntemlerle erken tedaviye ihtiyaç duyarlar. Kriz müdahale teknikleri, gevşeme eğitimi ve destek grupları, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinde yardımcı rol olabilmektedir (PDQ, 2019). Travma sonrası stres bozukluğu sonucu oluşan ve engellenmekte zorluk çekilen şiddetli semptomlar için ilaçlar kullanılabilir (Albucher ve Liberzon, 2002). Travma sonrası stres için kullanılan tedaviler, TSSB tedavileri ile aynı olabilir. Kanserli hastalarda travma sonrası stres için spesifik tedaviler olmamasına rağmen, TSSB'si olan kişiler için kullanılan tedaviler, kanser hastalarında ve hayatta kalanlarda sıkıntıyı gidermede faydalı olabilir (PDQ, 2019). Travma sonrası stresin etkileri uzun süreli ve ciddidir. Hastanın normal bir yaşam tarzına sahip olma yeteneğini etkileyebilir ve kişisel ilişkileri, eğitimi ve istihdamı etkileyebilir (Özgen ve Aydın, 1999). Kanserle bağlantılı yerlerden ve kişilerden kaçınmak travma sonrası stresin bir parçası olduğundan, hasta profesyonel bakım almaktan kaçınabilir. Kanserden kurtulanların kanserle yaşamının olası zihinsel sıkıntısının ve travma sonrası stresin erken tedavisine duyulan ihtiyacın farkında olmaları önemlidir. Birden fazla tedavi türü kullanılabilir. Kriz müdahale teknikleri, gevşeme eğitimi ve destek grupları, travma sonrası stres belirtilerine yardımcı olabilir. Kriz müdahale yöntemi, sıkıntıyı gidermeyi ve hastanın normal aktivitelerine dönmesine yardımcı olmayı amaçlar. Bu yöntem problem çözmeye, baş etme becerilerini öğretmeye ve hasta için destekleyici bir ortam sağlamaya odaklanır. Bazı hastalara, düşünce kalıplarını değiştirerek davranışlarını değiştirmeyi öğreten yöntemler yardımcı olabilir. Bilişsel davranışçı terapi aracılığıyla hastalara şu konularda yardımcı olunabilir (Marziliano vd., 2020):

- Belirtilerin anlaşılması,
- Stresle başa çıkmanın ve stresle başa çıkmanın yollarının öğrenilmesi (gevşeme eğitimi gibi).
- Sıkıntıya neden olan düşünce kalıplarının farkına varılması ve bunları daha dengeli ve faydalı düşünme biçimleriyle değiştirilmesi,
- Üzücü tetikleyicilere karşı daha az duyarlı olunması.

Destek grupları, travma sonrası stres belirtileri olan kişilere de yardımcı olabilir. Grup ortamında hastalar duygusal destek alabilir, benzer deneyim ve semptomlara sahip başkalarıyla tanışabilir ve başa çıkma ve yönetim becerilerini öğrenebilir (Cacciatore, 2007).

Duygu ve Duygu Düzenleme

Kişisel farkındalığa sahip olmak ve nasıl hissedildiğine uyum sağlayabilmek, duyguların sağlıklı bir şekilde karşılanmasına yardımcı olmaktadır. Duygu ve tepki arasındaki bu boşluk, nasıl hissedildiğinin daha iyi anlaşılmasına ve gerektiğinde duygusal kontrolde ayarlamalar yapılmasına olanak tanır. Bu, anın yaşanması gerektiği anlamına gelmez. Bu sadece, gerektiğinde duygusal tepkilerin denetlenebileceği ve hatta değiştirilebileceği anlamına gelir. Duygusal düzenleme, bir tür duygusal zekadır. Her yaşta insan, duygusal düzensizlik sorunlarının üstesinden gelmek için duygu düzenleme becerilerini uygulayabilmektedir. Duyguların yararlı yollarla nasıl tanımlanacağı ve ifade edilebileceği öğrenmekle başlar (Güçlü, 2009).

Duygularla başa çıkmak için daha iyi duygu düzenleme stratejilerine sahip olmanın sayısız faydası bulunmaktadır. Duygusal düzenleme uygulayan bireyler, yaşamın stres faktörleriyle daha iyi başa çıkma eğilimindedir ve daha dayanıklı olabilmektedirler. Daha iyi başa çıkma stratejilerine ve stres toleransına sahip olma eğilimindedirler. Duygu düzenleme, depresif belirtilere ve anksiyete bozukluklarına karşı koruyucu bir faktördür (Ötünçtemur ve Kahraman, 2020). Ayrıca, duygularını düzenleyebilen çocuklar, düşüncelerinde daha esnek olma, daha iyi odaklanma, dürtü kontrolü ve problem çözme becerilerine sahip olma gibi eğilimlere sahip olabilmektedir (Graziano vd., 2007). Bu faydaların artan özgüvene, duygusal esenliğe ve genel mutluluğa yol açan bir dalgalanma etkisi mevcuttur.

Duygu Kavramının Tanımı

Duygunun tanımında fikir birliği bulunmamaktadır. Daha önceki araştırmalarda duygu, “bilinçliliğin duygusal yönü, bir duygu durumu, psişik ve psişik bir tepki (öfke ya da korku gibi) öznel olarak güçlü duygu olarak deneyimlenen ve vücudu ani şiddetli eyleme hazırlayan fizyolojik değişiklikleri içeren değişiklikler” olarak tanımlanır. Daha sonra araştırmacılar, Schutz vd. (2006)

tanımında gösterildiği gibi, duyguyu sadece bilinçli değil, aynı zamanda bilinçsiz yargılardan ortaya çıkan bir şey olarak kavramsallaştırırlar (Güçlü, 2009).

Duygular hayatın önemli bir parçasını oluşturur. Yapılanlar ve yapılacakların hepsi duygulardan etkilenmektedir. Bu nedenle, duygu süreci dikkatli bir ilgiyi hak etmektedir.

Duygu Düzenleme

Duygu düzenlemenin bir dizi olası sosyal ve duygusal sonuç üzerindeki etkilerini araştıran araştırmalar her geçen gün artmasına rağmen, kavramın kesin tanımı üzerindeki anlaşmazlıklar devam etmektedir. Duygu düzenleme, genel olarak fizyolojik, bilişsel ve davranışsal düzeydeki karmaşık süreçleri ifade etmektedir (Rydell vd., 2003). Daha açık hali ile olumlu ya da olumsuz duygusal tepkileri başlatma, sürdürme ve modüle etme yeteneğini ifade etmektedir (Grolnick vd., 2003). Literatürde özellikle bilişsel, dilsel ve sosyal alanlardaki diğer yeteneklerle olan ilişkisi nedeniyle çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. Cicchetti vd. (1991) duygu düzenlemenin bir tanımını yapmıştır. Buna göre duygu düzenleme, duygusal uyarılmanın yeniden yönlendirildiği, kontrol edildiği, modüle edildiği ve bireyin duygusal olarak uyaran durumlarda uyumsal olarak işlev görmesini sağlamak için değiştirildiği intra ve ekstra organizma faktörleri olarak nitelendirilmiştir. Bu tanım, gelişimsel ve bağlamsal düşüncelerin yanı sıra, bireylerin öz-düzenleme ve çevreleriyle etkileşimleri için sahip oldukları çoklu hedeflerin tanınmasını içermektedir. Thompson bu tanımı genişletmiş ve duygu düzenlemeyi “kişinin amaçlarına ulaşmak için duygusal tepkileri, özellikle yoğun ve zamansal özelliklerini izlemek, değerlendirmek ve değiştirmekten sorumlu dışsal ve içsel süreçler” olarak tanımlamıştır. Ancak Campos vd. (1994) Thompson'ın işlevselci görüşüne itiraz etmişler ve duygu düzenlemenin özellikle doğuştan gelen bir düzenleyici süreç olmasından ötürü bu bakış açısının içsel bir bakış açısından duygu düzenlemeye odaklanmadığını savunmuşlardır. Ayrıca, hedefe yönelik davranışlara hizmet eden nöral, bilişsel ve fizyolojik süreçlerin organizasyonu ve koordinasyonunun duyguları düzenlediğini iddia etmişlerdir. Gross (2008) duygu düzenlemeyi, bireylerin hangi duygulara, ne zaman sahip olacaklarına ve bunları nasıl deneyimleyip ifade edeceklerine karar vermelerini sağlayan süreçler dizisi olarak tanımlamıştır. Bu tanım, duygu düzenlemenin başa çıkma, duygudurum düzenleme, duygudurum

onarımı, savunma ve duygulanım düzenlemesini içerdiği varsayımını getirmektedir. Benzer şekilde, Denham duygu düzenlemenin caydırıcı, sıkıntılı duygularla veya onları ortaya çıkaran durumlarla başa çıkmak olduğunu iddia etmiştir. Denham'ın, başa çıkmanın olumsuz duygusal deneyimleri azaltmaya odaklandığını, küresel duygu düzenlemenin ise yalnızca en aza indirmek yerine modüle etmeye (yani, en aza indirmeye, en üst düzeye çıkarmaya, maskeleye veya gizlemeye) odaklandığını belirterek başa çıkma ve küresel duygu düzenlemeyi ayırt ettiği belirtilmelidir. Negatif duyguların düzenlenmesine önemli miktarda vurgu yapılsa da duygu düzenlemenin tanımının hem olumlu hem de olumsuz duyguların modülasyonunu içermesi gerektiği akılda tutulmalıdır (Bridges vd., 2004). Örneğin Bronson (2000), duygu düzenlemeyi, sosyal olarak uyarlanabilir yollarla duyguların davranışsal ifadesini kontrol etme becerisine ek olarak, hedeflere ulaşmak için uyarılmayı uygun şekilde düzenleme kapasitesi olarak ifade etmiştir. Benzer şekilde, Tice ve Bratslavsky (2000) duygu düzenlemenin, bir duygu ifadesini uyumsuz bir duygusal deneyim veya ifadeyle değiştirme yeteneğini içerdiğini iddia etmiştir.

Duygu Düzenlemenin Gelişimi

Duygu düzenlemeye olan ilgi tarihin başlangıcına kadar uzanmaktadır. Erken dönem felsefi ve dini yazılar, duygusal tepkilerin nasıl azaltılacağı veya büyütüleceği ve kısaltılacağı veya uzatılacağı konusundaki tartışmalarla doludur. Modern çağda psikoloji alanında duygu düzenleme; psikolojik savunmalar (Freud, 1926/1959), stres ve başa çıkma (Lazarus, 1966), bağlanma (Bowlby, 1969) ve öz düzenleme çalışmalarında odak noktası olmuştur. Duygu düzenlemeye uzun süredir devam eden bu ilgi, son yirmi yılda çarpıcı bir şekilde artmıştır (Gross ve Barrett, 2011).

Kanser ve Duygu Düzenleme

Bazı kanser hastaları, teşhisten ve tedavilerinin bitiminden aylar sonraya kadar, muhtemelen anksiyete, depresyon, kanserin tekrarlama korkusu (FCR), uykusuzluk, yorgunluk, ağrı ve bilişsel bozuklukları içeren çeşitli psikolojik semptomlar yaşamaktadırlar. Tüm bu semptomların hastaların yaşam kalitesi, günlük işleyişi ve normal yaşama dönüşleri üzerinde olumsuz bir etkisi bulunmaktadır (Miaskowski, 2016)

Zayıf duygu düzenlemesinin, psikolojik bozuklukların gelişimi ve

sürdürülmesinin altında yatan merkezi bir mekanizma olduğuna giderek daha fazla inanılmaktadır (Gross vd., 2019). Duygu düzenleme genellikle katılımcıların belirli duygu düzenleme stratejilerini ne ölçüde kullandıklarını ölçen öz bildirim ölçekleriyle değerlendirilmektedir. En sık çalışılan duygu düzenleme stratejileri; dışavurumcu bastırma, deneyimsel kaçınma ve bilişsel yeniden değerlendirmedir. Dışavurumcu bastırma, devam eden duyguyu görmezden gelme, dışavurumcu davranışı engelleme veya duygusal bir tepkiyle ilişkili düşünceleri bastırma girişimlerini ifade etmektedir (Dryman vd., 2018). Bu strateji, azalan olumlu duygulanım, bilişsel performansta düşüş ve genel popülasyonda artan kaygı, ağrı, kronik yorgunluk ve uykusuzluk riskini taşımaktadır (Berking ve Wupperman, 2012). Belirli durumlardan kaçınma veya deneyimlerle temas halinde kalma isteksizliği olan deneyimsel kaçınma, düşük yaşam kalitesi ve algılanan fiziksel sağlığın yanı sıra daha yüksek depresyon ve anksiyete riski de dahil olmak üzere kötü sonuçlarla ilgili başka bir duygu düzenleme stratejisidir (Kashdan vd., 2009). Bilişsel yeniden değerlendirme, yani potansiyel olarak stresli bir durumu iyi veya zararsız olarak yeniden yorumlamak, uyarlanabilir bir duygu düzenleme stratejisi olarak kabul edilmektedir (Dryman vd., 2018). Genel popülasyonda, araştırmalar bu stratejinin daha yüksek pozitif duygulanım ve iyilik halinin yanı sıra daha düşük depresif belirtilerle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Berking ve Wupperman, 2012). Richards ve Gross (2000), duygu düzenleme stratejilerinin hem deneysel bağlamlarda hem de günlük yaşamda kullanımını araştıran bir dizi çalışmada, bastırmanın hafızada bozulmaya yol açmasına rağmen, yeniden değerlendirmenin herhangi bir bilişsel zararla ilişkili görünmediğini bulmuştur.

Yalnızca çok az çalışma, öznel veya nesnel olarak ölçülen duygu düzenleme ile psikolojik semptomlar arasındaki ilişkileri özellikle kanser bağlamında araştırmıştır. Genel popülasyondaki bulgulara benzer şekilde, mevcut sonuçlar, dışavurumcu bastırma ve deneyimsel kaçınmanın uyumsuz stratejiler olduğunu göstermektedir (Akbulut, 2018). Daha spesifik olarak, dışavurumcu bastırma, meme kanseri hastalarında ve ayrıca farklı kanser türlerine sahip bir hasta örneğinde psikolojik sıkıntı, kaygı, depresyon ve yorgunluk ile kesitsel ve ileriye dönük olarak ilişkili çıkmıştır (Nakatani vd., 2014; Tamagawa vd., 2012). Deneyimsel kaçınma ile ilgili olarak, depresyon, anksiyete ve stresi hedef alan psikolojik grup müdahalesi alan meme kanserli kadınlarda klinik bir deney, bu stratejide daha küçük bir düşüşün

anksiyete ve depresif semptomlarda daha düşük azalmaları öngördüğünü göstermiştir. Diğer çalışmalar, deneysel kaçınmanın tersi olduğuna inanılan bir duygu düzenleme stratejisi olan kabul etmeye odaklanmıştır. Metastatik kanserli hastalarda, yüksek düzeyde kabul, daha düşük depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kesitsel olarak ilişkili çıkmıştır (Nipp vd., 2016). Diğer yandan, metastatik olmayan meme kanserli hastalarda daha düşük duygusal kabul ile daha yüksek psikolojik sıkıntı arasında kesitsel bir ilişki bulunmuştur. Son olarak, bilişsel yeniden değerlendirme, farklı kanser türlerine sahip bir hasta örneğinde daha düşük depresyon ve anksiyete ile ilişkilendirilmiş, bu stratejinin kanser bağlamında adaptif bir rolü olabileceğini düşündürmüştür. Bununla birlikte, bir durumun anlamını olumlu bir şekilde yeniden yorumlamayı içeren bilişsel yeniden değerlendirmenin bir alt türü olan yalnızca pozitif yeniden değerlendirmeye odaklanan çalışmalar çelişkili bulgular ortaya koymuştur (Guimond vd., 2018).

Objektif olarak ölçülen duygu düzenlemesi ile ilgili olarak, istirahatte veya laboratuvar kaynaklı bir stres etkeninden sonra ölçülen daha düşük bir HF-HRV, metastatik olmayan meme kanseri hastalarında kesitsel olarak kansere bağlı yorgunluk ile ilişkili çıkmıştır (Fagundes vd., 2011). Ek olarak, ileriye dönük olarak bir yıllık bir süre boyunca kaygı ile ilişkili çıkmıştır (Kogan vd., 2012). Metastatik meme kanserli kadınlarda yapılan araştırmalar da daha büyük depresyon ve uyku güçlükleri ile ilişkileri ortaya çıkarmıştır (Palesh vd., 2008). Özetle hem genel hem de onkolojik popülasyonlardan elde edilen mevcut kanıtlar, duygu düzenlemenin kansere bağlı psikolojik semptomların gelişiminde ve sürdürülmesinde rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, duygu düzenleme ile kansere bağlı semptomlar arasındaki ilişkilere sadece birkaç çalışmanın baktığı ve sadece bazı spesifik semptomların (yani depresyon, anksiyete, yorgunluk ve uykusuzluk) değerlendirildiği göz önüne alındığında, bu hipotezin daha fazla araştırılması gerekmektedir. Ayrıca, prospektif çalışmalar eksiktir (Guimond vd., 2018).

Başa Çıkma Tutumları

Sağlıklı başa çıkma becerilerini öğrenmek önemlidir çünkü insana zor durumlarla nasıl başa çıkılacağını öğretir ve daha dirençli olunmasına yardımcı olmaktadır. Dolayısıyla gelecekte hangi sorun çıkarsa çıksın, ilerlemeye devam edecek güce ve iradeye sahip olunabilir. İyimlerler, zorlukları öğrenme deneyimleri

veya geçici aksilikler olarak görme eğilimindedir. En mutsuz gün bile onlara "yarın muhtemelen daha iyi olacak" sözünü verir. Her zaman daha iyi taraflar görülürse, hayatta diğerlerinden daha fazla olumlu olay yaşandığı hissedilebilir, daha az stresli olunabilir (Şengül ve Baykan, 2013).

Başa Çıkma Kavramının Açıklanması

İşlemsel düşüncelerin (sadece güncel olan, düşlemsel dünya ile bağıni kesmiş, sembolleştirmeden uzak düşünme biçimi) mevcut önemi göz önüne alındığında, başa çıkma genellikle “kişinin kaynaklarını zorladığı veya aştığı değerlendirilen belirli dış ve / veya iç talepleri yönetmek için sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalar” olarak tanımlanmaktadır (Şentepe, 2009. Akt; Abanoz, 2020). Başa çıkma, birçok düzeydeki süreçleri içermektedir. İnsanlar, hayatta kalmayı teşvik eden şekillerde çevresel talepleri tanımaya ve tepki vermeye hazır hale gelirler. Başa çıkmanın sıkı bir şekilde bütünleşmiş fizyolojik, psikolojik ve sosyal bir temeli bulunmaktadır (Folkman, 1984). Duygular, motivasyon, dikkat, irade, biliş ve iletişim gibi psikolojik işleyişin birçok özelliği, kişilerin başa çıkmalarına katkıda bulunmalarına izin verecek şekilde organize edilmiştir. Örneğin, duygular uyarlanabilir öneme sahip etkileşimleri işaret eder ve düzenler. Sosyal ilişkilerin ve kültürel sistemlerin birçok yönü de başa çıkmaya katkıda bulunmaktadır. Örneğin, bağlanma ilişkileri sıkıntılı zamanlarda güvenli bir sığınak sağlar (Wong vd., 2006).

Başa çıkma hem normatif hem de bireysel farklılık özelliklerine sahiptir. Normatif olarak, insanlar uyarlanabilir bir şekilde başa çıkmaya hazırdır. Aslında, gelişmeyi kolaylaştıran sürekli yapıcı etkileşim türleri için stres muhtemelen gereklidir. Ancak, strese karşı insan duyarlılığı da bir kırılganlığı temsil edebilir; çok fazla stres insanı bunaltabilir ve zarar verebilir. Ek olarak, başa çıkma için fizyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel kaynakların bireyler ve sosyal gruplar arasında nasıl dağıtıldığı konusunda çok büyük farklılıklar bulunmaktadır (Skinner ve Zimmer-Gembeck, 2007).

Son olarak, başa çıkma zamanla ortaya çıkan bir süreçtir. Başa çıkma gerçek zaman alır; Herhangi bir özel stresli işlem, an be an etkileşim dizilerini içerir. Başa çıkma aynı zamanda epizodik zaman içinde gerçekleşir; taleplerle uğraşma, uzun bir

dizi spesifik gerçek zamanlı işlemi kapsar. Başa çıkma da gelişimsel zaman içinde değişir. Başa çıkma çabaları sırasında ortaya çıkan kişisel ve sosyal kaynakların yanı sıra başa çıkma araçları da yaşam boyunca radikal değişiklikler ve niteliksel değişimler göstermektedir (Skinner ve Zimmer-Gembeck, 2007).

Uyum konusundaki karmaşıklığı ve merkeziliği göz önüne alındığında, başa çıkmaya çok çeşitli teorik perspektiflerden yaklaşılması şaşırtıcı değildir. Belirli bir kişi-bağlam etkileşimi, stres altında eylemde bulunan kişilik, stratejiler repertuarı, hiyerarşik olarak organize edilmiş bir dizi ego süreçleri, yeterliliğin bir göstergesi, duygunun bir işlevi, mizacın bir sonucu, stresin bir ifadesi olarak tanımlanmaktadır. Başa çıkmanın öncelikle diğer fenomenlerin bir dışa yansımaları olduğu öne sürülmesine rağmen, çoğu araştırmacı, başa çıkma süreçlerinin bağımsız bir nedensel statüye sahip olduğunu şiddetle savunmaktadır. Daha spesifik olarak, başa çıkmanın stresli etkileşimlerin nasıl çözüldüğü konusunda bir fark yarattığını ve zorluklar karşısında uzun vadeli zihinsel ve fiziksel sağlık, esenlik ve gelişmeyi etkileyen kilit bir faktör olduğu savunulmaktadır (Dubow ve Rubinlct, 2011).

Son 40 yılda başa çıkma süreçleri hem psikolojik hem de fizyolojik iyi oluş, ayrıca davranışsal ve sosyal işlevsellik dahil olmak üzere uyum sonuçlarıyla ilgili ana faktörlerin anlaşılmasında dikkat çekmiştir. Başa çıkma süreçlerinin temel varsayımı, bilişsel değerlendirmelerin bir durumla karşılaşma ile bir duyguyu deneyimleme arasında aracı rollere sahip olmasıdır. Bilişsel değerlendirmeler, karşılaşılan durum ve bu durumla başa çıkmak için kaynakların mevcudiyeti hakkında çeşitli değerlendirmeleri içerir ve iki adımda gerçekleştirilir (Safrancı, 2010).

Birincil değerlendirmeler olarak adlandırılan ilk adımlar, riskler, faydalar veya uygunluk ve bireyin refahı, hedefleri veya değerleri açısından durumla ilgili değerlendirmeleri içermektedir. Birincil değerlendirmeler hem çevresel hem de kişisel faktörler tarafından oluşturulmaktadır. Çevresel faktörler, tehdidin aşinalığının doğası ve meydana gelme olasılığı ile ilgilidir. Ayrıca genel inanç sistemleri veya bağlılık düzeyi gibi kişisel faktörler de birincil değerlendirmeleri etkilemektedir (Folkman, 1984). Durumun yararları ve olumlu sonuçları olduğu veya üzerinde hiçbir etkisi olmadığı düşünülürse, bireyin herhangi bir başa çıkma sürecine

girmesi olası değildir. Bununla birlikte, durumun sevilen kişiye zarar verme veya kaybetme, fiziksel iyilik veya benlik saygısı için tehdit gibi bazı riskleri olduğu düşünülürse, kişinin durumla başa çıkmak ve değerlendirmek için biraz çaba sarf etmesi daha olasıdır. Bu ek çabalar ikincil değerlendirmeler olarak adlandırılır (Lazarus ve Folkman, 1984). İkincil değerlendirmeler olarak adlandırılan ikinci grup, stresli durumu veya talepleri yönetmek için bir şeyler yapıp yapılamayacağına odaklanmaktadır. Seçenekleri değerlendirmeden önce stresli değerlendirmeleri belirlemek önemlidir, yani; tehdit, zarar veya kayıp ve meydana okuma. Zıyan, zarar verildikten sonra takdir edilse de; tehdit, potansiyel bir zarar veya kayıp düşüncesiyle ilişkilidir ve her ikisinin de korku, öfke veya kaygı gibi olumsuz sonuçları vardır. Öte yandan, meydana okuma potansiyel kazanç veya büyüme beklentisine sahiptir, dolayısıyla ilgi ve heyecan gibi olumlu duygularla ilişkilidir (Lazarus, 1993. Akt; Safrancı, 2010). Daha sonra birey mevcut seçenekleri ve kaynakların yeterliliğini değerlendirmektedir. Bu kaynaklar, aileden, arkadaşlardan veya sosyal kurumlardan gelen duygusal destek gibi sosyal olabilir; materyal dahil olmak üzere fiziksel olabilir ve benlik saygısı, iyimserlik, kontrol duygusu ve ayrıca önceki başarılı başa çıkma deneyimleri gibi özellikler ve tutumlar gibi kişisel olabilmektedir (Lazarus ve Folkman, 1984).

Bu iki bilişsel süreç, başa çıkmanın sonucunu üretmede birbirine bağlıdır. Öte yandan, uygun başa çıkma stratejilerinin olmaması nedeniyle tehdidin veya zararın gücü artabilmektedir. Başa çıkma stratejilerinin başlıca işlevleri, duyguların düzenlenmesi ve stresli durumun üstesinden gelmektir (Portello ve Long, 2001).

Başa Çıkma Tutumları ve Alt Boyutları

Başa çıkma stratejilerinin başlıca işlevleri, duyguların düzenlenmesi ve stresli durumun üstesinden gelinmesidir. Bu işlevlere göre başa çıkma stratejileri temel olarak üç gruba ayrılır; problem odaklı başa çıkma, duygu odaklı başa çıkma ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumları. Bu başa çıkma tutumlarının iki önemli işlevi bulunmaktadır. İlk olarak, sorun odaklı işlev, bireylerin kaynaklarını sorunu çözmeye yönlendirir. Bu işlev, bireyler problemlili durumu değiştirmek için bir şeyler yapılabileceğini değerlendirdiğinde ve problem odaklı başa çıkma tutumlarını kullanarak stresli kişi-çevre ilişkisini değiştirmek için harekete geçtiğinde gerçekleştirilir. İkinci olarak, gerilimi azaltan ve stresli duyguları düzenleyen duygu

odaklı işlev, duygu odaklı başa çıkma etkinlikleri aracılığıyla gerçekleşmektedir (Tavlı ve Ünsal, 2016).

Problem odaklı başa çıkma tutumları; aktif karar verme, problem çözme faaliyetleri ve durumu değiştirme dahil olmak üzere stresli durumun kendisiyle doğrudan başa çıkma girişimleridir. Bu tür bir başa çıkma, durum üzerindeki kontrol duygusuyla yakından ilişkilidir (Konkan, 2014).

Öte yandan duygu odaklı başa çıkmanın temel işlevi, olayın anlamını yeniden yorumlama, ayrılma, tecrit etme, inkâr etme, sosyal destek arama gibi etkinliklerle sıkıntılı duygularla baş etmektir. Başa çıkma stratejilerinin sınıflandırılması literatürde çeşitlilik göstermektedir. Örneğin, Gençöz vd. (2006) bu kategorilere ek olarak sosyal destek aramayı ayrı bir kategori olarak ifade eden dolaylı başa çıkma adlı üçüncü grubu önermiştir (Konkan, 2014).

Hem durumsal (örn. problemin karmaşıklığı ve aşinalığı) hem de kişisel faktörler (değerlendirmeler), çeşitli stresli durumlarda farklı başa çıkma stratejilerinin kullanımını dinamik olarak belirler. Birey tüm durumlar için aynı stratejileri kullanmayı tercih edebilir veya aynı problem için farklı stratejiler seçebilir. Lazarus ve Folkman (1984), bazı başa çıkma stratejilerinin doğası gereği diğerlerinden daha uyumlu olmadığına işaret etmiştir; daha ziyade durumsal değerlendirmeler ve başa çıkma seçimi arasında bir uyum olduğunda başa çıkmanın etkili olduğu kabul edilir. Bununla birlikte, bazı baş etme stratejilerinin, belirli bir psikolojik sorunu olan insan grubu tarafından daha muhtemel olduğunu gösteren bazı bulgular vardır; diğerleri ise psikolojik iyi oluş ile pozitif ilişkilidir. Örneğin, klinik olarak depresif bireylerin, kaçış-kaçınma gibi duygu odaklı stratejilerle meşgul olmaları daha olasıdır ve problem odaklı stratejilere girme olasılığı daha düşüktür. Ayrıca, ruminasyon ve kendini suçlama, depresif yetişkinler arasında klinik olmayan yetişkinlere göre daha yüksek olma eğilimindedir. Yine de belirli psikolojik belirtiler için başa çıkma stratejilerinin kırılabilirlik ve dayanıklılık faktörü açısından rolünün araştırılmasına ihtiyaç vardır. Ek olarak, yüksek düzeyde stres yaşayan bazı kişilerin neden psikolojik belirtiler geliştirirken diğerlerinin geliştirmediğini anlamak için baş etme stratejilerinin duygusal bozukluklar için diğer kırılabilirlik ve dayanıklılık faktörleriyle ilişkisini de incelemek gerekir (Konkan, 2014).

Madde bağımlılığının başlamasına katkıda bulunan psikolojik faktörler arasında işlevsel olmayan başa çıkma tutumları yer almaktadır. İşlevsel olmayan tutumlar, öznenin kendisine, çevresindeki ve gelecekteki dünyasına yönelik önyargılı varsayımları ve inançlarıdır. Başka bir deyişle, işlevsel olmayan başa çıkma tutumları, bireyi bir bütün olarak depresyona veya psikolojik bozukluklara yatkın hale getiren tutum ve inançlardır. Bu inançlar, kişinin kendisi ve çevresindeki dünya hakkında edindiği geçmiş deneyimlere dayanır ve belirli durumları aşırı derecede olumsuz bir şekilde yorumlamaya yönlendirmektedir (A'zami vd., 2015).

Kanser ve Başa Çıkma Tutumları

Kanser, erken tanı ve tedavi edilmediğinde büyük oranda ölüme yol açan ciddi bir sağlık problemidir. Ölüm olasılığının çok yakında gerçekleşebileceğini bilmek ve kanser için belirlenen tedavi yöntemleri başlıca stres kaynaklarıdır. Hastalığın fiziksel şiddeti, seyri ve tedaviye yanıtını etkileyebilecek ruhsal durumların bilinmesi hastanın yaşam kalitesini, bakımını, tedaviye uyumunu etkilemektedir. Hastanın, tıbbi tedavi yanında psiko-sosyal desteğe de ihtiyacı olduğu unutulmamalıdır (Aydoğan vd., 2012).

Bu dönemde, birey gerçeği kabul edip başarılı baş etme yöntemleri geliştirmeye zorlandığı bir dönem yaşamaktadır. Baş etme, gerçeğin kabulü ve olası en az acı ile kaliteli yaşamı sürdürebilmeye yönelik psikolojik ve davranışsal çabalardır. Kanser hastalığı olan bireylerin hastalık ve onun yarattığı etkilerle baş etmelerinde baş etmenin önemli bir güç olduğu belirtilmektedir (Chang vd., 2009).

Baş etme, bilişsel ve davranışsal olarak ağrının üstesinden gelmek ile ilişkilidir ve etkin (ağrıyı geçirmek için çabalamak gibi) ve edilgen (ağrı hakkında katastrofiye düşünceler gibi) tarzları yansıtmaktadır. Edilgen baş etme tutumlarının kronik ve şiddetli ağrı, depresyon ve işlevsel bozukluklarla ilişkili olduğu saptanmıştır. Kanser gibi stres verici olayların olumsuz etkilerini en aza indirmek ya da tümüyle ortadan kaldırmak için bazı başa çıkma tutumlarını kullanmak evrensel bir davranıştır (Subaşı, 2010).

Psikolojik Sağlamlık

Bu kısımda psikolojik sağlamlık, tarihsel gelişimi ve tanımı, psikolojik sağlamlıkta risk faktörleri ile koruyucu faktörler hakkında bilgiler verilemeye çalışılacaktır.

Psikolojik Sağlamlık Kavramının Tarihsel Gelişimi ve Tanımı

Psikolojik sağlamlık, adaptasyonla veya olumsuz veya stresli olaylardan sonra hızla iyileşme yeteneği ile ilişkili bir dizi bireysel ve çevresel düzeydeki kaynakları ifade etmektedir (Vella ve Pai, 2019)

Psikolojik sağlamlığın yapısı 1970'lerin başından beri çalışılmaktadır. Bu alandaki ilk araştırmalar, yoksul ve ihmal edilmiş çocuklarda Psikolojik sağlamlık kavramını araştırmış, ihmal ve yoksulluğa maruz kalan tüm çocukların aynı sonuçlara sahip olmadığına dikkat çekmiştir. Spesifik olarak, bazı çocuklar zorluklara rağmen büyümüş ve başarılı olmuş, bazıları ise zayıf düşmüştür. Başlangıçta, bu çocuklar esnekliğe karşı dokunulmaz olarak adlandırılmıştır (Vella ve Pai, 2019).

Bu ilk dönem sağlamlık araştırması, sağlamlıkla ilişkili faktörleri belirlemeye odaklanan “ne” sorularını sordu. Bu faktörleri belirlemek için iki yaklaşım kullanılmıştır; Kişi odaklı ve değişken odaklı yöntemler. Kişi odaklı metodoloji, aynı durumda dirençli olmayanlara kıyasla dayanıklı olarak tanımlananların özelliklerini belirledi. Değişken odaklı yaklaşım, bireylerin özellikleri ile çevreleri arasındaki, zorluklara rağmen esnek sonuçlara yol açan ilişkileri değerlendirmiştir. Böylece, ilk araştırma dönemi, bireye ve çevresine odaklandı ve psikolojik sağlamlık fenomenlerinin tanımlarıyla sonuçlanmıştır (Wright vd., 2012). Bu nedenle, bu ilk araştırma dönemi dayanıklı sonuçlarla ilişkili koruyucu ve teşvik edici faktörleri tanımlamıştır. Çocuğa, aileye, topluma, kültürel ve toplumsal özelliklere ilişkin faktörler tespit edildi (Luthar ve Cicchetti, 2020). Kolay bir mizaç ve olumlu duygulanımları göstermek için, dayanıklı sonuçlarla ilişkilendirilen birkaç çocuk özelliği tanımlanmıştır. Bu ilk araştırma dalgası, zorluklara veya risklere maruz kaldıktan sonra psikolojik sağlamlıkla ilişkili kapsamlı faktör listeleri oluşturmuştur (Mizuno vd., 2016. Akt; Vella ve Pai, 2019).

İkinci dönem psikolojik sağlamlık araştırması, birinci dönem psikolojik sağlamlık araştırmasında sağlamlık sonuçlarıyla ilişkili olarak tanımlanan koruyucu faktörlerin nasıl elde edileceğini araştırmaya çalışmıştır (Mizuno vd., 2016. Akt; Vella ve Pai, 2019). Bu nedenle araştırma odağı, psikolojik sağlamlığı artıran ve risk veya olumsuzluğa karşı koruma sağlayan faktörlerin geliştirilmesinde yer alan süreçler ve “nasıl” ile ilgili sorulara kaydırılmıştır (Wright vd., 2012). Ayrıca bu süre zarfında araştırma ve teori, ilk araştırma döneminde tespit edilen faktörlerin esnek sonuçlar üretmek için nasıl katkıda bulunduğunu ve etkileşime girdiğini anlamaya çalışmıştır (Luthar ve Cicchetti, 2020). Araştırmanın ilk döneminde hem dayanıklılığı arttırdığı hem de bireyi olumsuzluklardan koruduğu bulunan faktörlerin hem yüksek hem de düşük riskli ortamlarda etkili olduğu bulunmuştur. Bu, gelişmeyi kolaylaştıran ve risk ve zorluklar karşısında bile gelişmeyi sürdürmek için çalışan doğuştan gelen bir sistemin önemini ortaya koymuştur (Wright vd., 2012).

Bu sağlamlık dönemi sırasında sağlamlık araştırma modelleri ortaya çıkmıştır. Flach, sağlamlık sürecini, bozulma ve yeniden bütünleşme yasasına sahip iki aşamalı bir model olarak tanımlamıştır. Yani stres ve sıkıntı bozulmaya yol açar ve birey bu bozulma ile yeniden bütünleşme yoluyla ilgilenir (Flach, 1988. Akt; Vella ve Pai, 2019). Benzer şekilde, Richardson ve diğerleri, Flach'ın bozulma ve yeniden bütünleşme yasasını daha da geliştiren esneklik modelini önermiştir (Richardson vd., 1990. Akt; Wright vd., 2012). Richardson ve arkadaşlarının psikolojik sağlamlık teorisi, yazarlar tarafından diğer birçok teorinin özelliklerini içerdiği için bir meta teori olarak tanımlanmaktadır (Vella ve Pai, 2019). Esneklik modeli, bir bireyin denge, bozulma, yeniden bütünleşme ve bir dizi olası sonuç düzeyini gösteren basit bir doğrusal modeldir, en avantajlısı esnek yeniden bütünleşmedir. Esnek yeniden bütünleşme, bozulma/lar sonucunda kişisel gelişimin yanı sıra içgörü geliştirmeyi içermektedir. Diğer olası sonuçlar, en kötü sonuç olan işlevsiz yeniden bütünleşmeden, yeniden bütünleşme noktasına, esnek yeniden bütünleşmeden hemen önceki sonuca kadar uzanır (Mizuno vd., 2016. Akt; Vella ve Pai, 2019). Teori, yaşam boyunca ilerlemenin, örneğin planlı yeni bir işe başlama veya planlanmamış bir kaza gibi aksaklıkların bir sonucu olarak tekrarlayan yeniden bütünleşmelerin bir fonksiyonu olarak gerçekleştiğini varsayar.

Psikolojik sağlamlık araştırmasının üçüncü dönemi, dayanıklılığın doğal

olarak meydana gelmediğinde nasıl teşvik edilebileceğini keşfetmeye başlamıştır. Bu, psikolojik sağlamlıkla ilgili süreçlere (ikinci dönem araştırma) veya psikolojik sağlamlıkla ilişkili koruyucu faktörlere (ilk araştırma dönemi) ilişkin tüm araştırmaların tamamlandığını göstermemektedir. Dolayısıyla, psikolojik sağlamlık araştırmasının üçüncü dalgası, dayanıklılığı desteklemek için önleme ve müdahale stratejileri geliştirmek için ilk iki araştırma döneminin bulgularını tercüme etme görevine başlamıştır (Moore vd., 2020).

Böylece araştırmacılar, olumsuz bir sonuca sahip olma riski yüksek olarak tanımlananlar arasında olumlu uyumu teşvik etmek için müdahaleleri kullanmaya başladılar. Başlangıçta, bu müdahaleler, gelişi güzel kontrollü çalışmalara geçmeden önce temel olarak teori tarafından yönlendirilmiştir. Bu süre zarfında araştırmacılar, riskin mi yoksa olumsuzluğun mu olması gerektiği ve bu tür müdahaleler için en uygun zamanlama gibi konularla boğuşmaya başladılar. Rutter, diğerlerinin yanı sıra, dirençliliğin etkin bir şekilde geliştirilmesinin, riske ve olumsuzluğa kontrollü olarak maruz kalınmasına rağmen riske veya olumsuzluğa maruz kalmayı gerektirdiğini tespit etmiştir. Benzer şekilde, dayanıklılığı geliştirmeye yönelik bir müdahaleyi uygulamak için en iyi zaman ne zaman; çünkü müdahalenin daha iyi zamanlaması etkileri güçlendirebilir ve uzatabilir (Moore vd., 2020).

Araştırmacıların çoğu, yukarıda belirtildiği gibi, üçüncü dönem psikolojik sağlamlık araştırmasının odağını görürken, Richardson gibi diğerleri farklı ama yine de tamamlayıcı bir bakış açısı benimsemiştir. Araştırmanın üçüncü dalgasının bu perspektifi, psikolojik sağlamlığı, bizi üst düzey hedeflere ulaşmaya iten doğuştan gelen bir motivasyon gücü olarak görmüştür. Dolayısıyla, bu üçüncü dönem araştırma perspektifinin, ilk iki araştırma döneminin araştırma çevirisi perspektifiyle bütünleştiği açıktır. Richardson'ın üçüncü dalga sağlamlık araştırması hakkındaki görüşü, sağlamlık yapısının önleme ve müdahale çalışmalarında yer alan araştırmacılar tarafından nasıl kavramsallaştırıldığını gösterir (Aktaş, 2018).

Sağlamlık yapısının çok boyutlu doğası göz önüne alındığında, psikolojik sağlamlığın işlevselleştirilmesinin zor olduğu kanıtlanmış olsa da psikolojik sağlamlık son zamanlarda bağlama göre veya gelişimsel yaşam süresi boyunca değişebilen bir süreç olarak kavramsallaştırılmıştır. Yaşlanma bağlamında, Psikolojik

sağlamlık hem iyileşme yeteneği hem de sıkıntıların ardından işlevselliği sürdürme kapasitesi olarak tanımlanmıştır. Bu tür tepkiler, genel olarak stres etkenleriyle başa çıkma yeteneğinin azalması olarak tanımlanan kırılabilirlik kavramının tam tersidir. Psikolojik sağlamlık üzerine yapılan erken çalışmalar öncelikle erken çocukluk dönemindeki olumsuz olaylara odaklanmış olsa da yeni gelişen bir literatür, yaşlı yetişkin popülasyonlarında Psikolojik sağlamlığa odaklanmıştır (Aktaş, 2018). Birleşen kanıtlar, strese maruz kalan yaşlı erişkinlerde psikolojik sağlamlığın daha iyi psikiyatrik ve fizyolojik sonuçlarla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Aslında, bir dizi kesitsel bulgu, Psikolojik dayanıklılığın birleşik ölçümleri ile bireysel sağlamlık faktörlerinin (örneğin, farkındalık, algılanan kontrol, iyimserlik) ölçümlerinin, günlük ve kronik strese daha iyi uyum sağlama ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, stres, Psikolojik sağlamlık ve esenlik üzerine yapılan araştırmaların çoğu kesitseldir ve bu nedenle yaşam boyu bu ilişkiyi araştırmak için boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır (Moore vd., 2020).

Psikolojik Sağlamlıkta Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler

Koruyucu ve risk faktörleri, sağlamlığın geliştirilmesindeki iki unsurdur. Direnç, genellikle zorluklara karşı toparlanabilme yeteneği olarak adlandırılır. Bu tanım, bireylerin zorlukların (risk faktörleri) üstesinden gelmek için kendilerine sunulan iç ve dış kaynakları (koruyucu faktörler) kullandıklarını ima eder (Murray, 2003).

Koruyucu faktörler, bireyleri istenmeyen sağlık koşullarının gelişmesinden veya kötüleşmesinden korumaya ve başa çıkma kapasitelerini artırmaya yardımcı olan beceriler, güçlü yönler veya kaynaklar gibi niteliklerdir. Örneğin, yeterli uyku, kişiyi anksiyete ve depresyon gibi duygudurum bozukluklarının semptomlarına karşı korumada önemli bir unsurdur (Murray, 2003).

Risk faktörleri, istenmeyen koşulların gelişmesine veya kötüleşmesine katkıda bulunan özelliklerdir. Örneğin risk faktörleri arasında zıt davranışlar, aile içi çatışmalar ve sosyal izolasyon yer alır. Bunlardan herhangi biri, duygudurum bozuklukları veya uyuşturucu ve alkol tüketimi gibi uyumsuz davranışlar riskini artırabilir (Murray, 2003).

Bireysel Risk Faktörler ile Koruyucu Faktörler

Psikolojik sağlamlık araştırmalarında ele alınan bireysel risk faktörleri sırasıyla şunlardır: “erken doğum, olumsuz yaşam olayları, kronik hastalıklar”. Yine psikolojik sağlamlık araştırmalarında ele alınan bireysel koruyucu faktörler ise şunlardır:” zeka, akademik başarı, olumlu veya kolay mizaç, iç kontrol odağı, benlik saygısı ve özyeterlik, kişisel farkındalık ve kendini kabul, özerklik, yaşam hedeflerinin olması ve gelecek için olumlu beklentiler, etkili problem çözme becerileri, iyimserlik ve umut, sosyal yetkinlik, mizah duygusuna sahip olma, sağlık, cinsiyet, yaş.” (Gizir, 2007).

Ailesel Risk Faktörler ile Koruyucu Faktörler

Psikolojik sağlamlık araştırmalarında ele alınan ailesel risk faktörleri sırasıyla şunlardır: “ebeveynlerin hastalığı ya da psikopatolojisi, ebeveynlerin boşanması, ölümü ya da tek ebeveyn ile yaşamak, ergenlik dönemde anne olma.” Ailesel koruyucu faktörler ise; destekleyici anne-baba ya da bir aile üyesiyle olumlu ilişkiler, etkili ebeveynlik / ev yapısı ve kuralları, çocuğa yönelik yüksek ve gerçekçi beklentilerdir (Gizir, 2007).

Çevresel Risk Faktörleri ile Koruyucu Faktörler

Psikolojik sağlamlık araştırmalarında ele alınan çevresel risk faktörleri sırasıyla şunlardır: “ekonomik zorluklar ve yoksulluk, çocuk ihmali ve istismarı, savaş ve doğal afetler gibi toplumsal travmalar, toplumsal şiddet ve ailevi sorunlar, evsizlik.” Çevresel koruyucu faktörler de sosyal çevredeki destekleyici bir yetişkinle olumlu ilişkiler, akran / arkadaş desteğı, etkili toplumsal kaynaklar (kaliteli okullar, gençlik merkezleri, gençlik organizasyonları vb.) dır (Gizir, 2007).

Psikolojik Sağlamlık ve Kanser

Psikolojik sağlamlık kanser hastaları için önemli bir alandır, çünkü kanser teşhisi şokunu, olumsuz olayların etkisini ve ilgili yaşam değışikliklerini azaltarak veya absorbe ederek stresin olumsuz etkilerine karşı koruma sağlayabilir ve böylece ruh sağlığı ve tedavi sonuçlarını iyileştirebilmektedir. Giderek artan bir literatür hem kanser hastalarında hem de kanserden kurtulanlarda Psikolojik sağlamlık ile kansere daha iyi uyum, daha yüksek yaşam kalitesi ve daha iyi zihinsel sağlık ve tedavi sonuçları ile kesin olarak bağlantılıdır. Daha spesifik olarak, allojenik kök hücre

nakli (Hastanın doku grupları uygun kendi kardeşleri, aile bireylerinden veya akraba dışı uygun bireylerden kök hücrelerinin alınarak yapıldığı nakildir) yapılan kanser hastalarında psikolojik sağlamlığı araştıran bir çalışmada, psikolojik sağlamlığı yüksek hastalar daha az kaygı, daha yüksek fiziksel, duygusal ve sosyal işlevsellik, direnci düşük hastalardan daha iyi bir yaşam kalitesi ve depresyon bildirmişlerdir. Buna karşılık, daha düşük düzeyde psikolojik sağlamlık bildiren kanser hastaları, teşhislerinden altı yıl sonra daha fazla sıkıntı, depresyon ve kansere bağlı yorgunluk yaşamakla birlikte daha zayıf sosyal uyum sergilemişlerdir. Kanserden kurtulanlar için de benzer sonuçlar gözlenmiştir. Bu sonuçlar, psikolojik sağlamlığın bağımsız olarak sağlık ve psikososyal sonuçlarla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, psikolojik sağlamlık kanser hastalarında koruyucu bir psikososyal faktör olarak kabul edilmelidir (Seiler ve Jenewein, 2019).

İlgili Araştırmalar

Turan (2011) tarafından 240 kanser hastasıyla yürütülen çalışmada hastaların başa çıkma ve umut seviyelerinin belirlenmesi hedeflenmiştir. Araştırma sonuçlarında, probleme odaklı yaklaşımları (iyimser yaklaşım, sosyal destek arama yaklaşımı ve kendine güvenli yaklaşım) duygu odaklı yaklaşımlardan (boyun eğici yaklaşım ve çaresiz kendini suçlayıcı yaklaşım) daha aktif bir şekilde kullandıkları saptanmıştır. Ayrıca, cinsiyet, yaşanılan kişi/kişiler, eğitim durumu, aylık gelir ve gelir gider dengesinin başa çıkma tutumlarıyla anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu saptanmıştır. Ek olarak, kanserin türü, tanıyı bilme durumları, hastalık evresinin bilinme durumu, başka bir kronik rahatsızlık durumu ve hastalıkla ilgili bilgi düzeyi ve başa çıkma tutumları arasında da anlamlı bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir.

Yalçın (2015) tarafından yapılan çalışma meme kanseri hastalarının psikolojik sağlamlık seviyelerinin belirlenmesi ve tanı öncesi tanı sonrası karşılaşılan stresli hayat olaylarını belirlemeye odaklanmıştır. Çalışma 201 kanser hastasıyla yürütülmüştür. Çalışmanın bulguları ise hastaların psikolojik sağlamlık düzeylerinin ortalamanın üstünde olduğunu göstermiştir.

Li vd. (2015) tarafından yapılan, 665 meme kanseri hastası ve 662 sağlıklı kadın katılımcılar ile yürütülen çalışmada, bilişsel duygu düzenleme ve duygu düzenlemenin hastaların hayat kalitesine ve özelliklerine etkisinin incelenmesi

hedeflenmiştir. İlk olarak çalışmanın sonuçları kanser hastaları ve sağlıklı kontrol grubunun duygu düzenleme becerileri açısından anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır. Ek olarak, kanser hastalarının sağlık kontroller grubuna göre duygu düzenlemenin alt başlıkları olan; kendini suçlama, olumlu yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, ruminasyon, planlamaya yeniden odaklanma ve başkalarını suçlamayı daha az kullandıklarını göstermiştir. Diğer taraftan, hasta grubun kontrol grubuna göre kabul etme ve felaketleştirme alt boyutlarını ise daha fazla kullandığı tespit edilmiştir.

Khorshida ve İsmailoğlu (2016) tarafından yapılan, 400 baş-boyun kanser tanısına sahip bireyle yürütülen çalışma da hastaların sosyal destek düzeyleri ve başa çıkma tutumları incelenmiştir. Araştırmanın sonucu, hastaların başa çıkma tutumlarını (kendine çaresiz, güvenli, boyun eğici, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımı) birbirleriyle benzer düzeyde orta derecede kullandıklarını saptamıştır.

Giacomo vd. (2016) tarafından yapılan çalışma da 31-51 yaş grubu aralığında meme kanseri tanısı almış 42 kişi ve 40 sağlıklı kontrolleri temsil eden kadın bulunmaktadır. Çalışma iki grup arasındaki psikolojik sağlamlık açısından farklılıkları belirlemeyi hedeflemiştir. Araştırma sonuçları, kanser hastalarının sağlıklı kontrollerden daha yüksek düzeyde psikolojik sağlamlığa sahip olduğunu saptamakla birlikte bu durumun hastalığın zorlu süreçlerinin kişisel gelişime dönüştürülmüş olabileceğini belirtti.

Conley vd. (2016) tarafından yapılan çalışma, 120 meme kanserine sahip kadının duygularına, duygu düzenlemesine ve bu kavramların psikososyal etkilerine odaklandı. Araştırma sonuçları, başa çıkma tutumlarının duygu düzenlemeyi değerlendirme konusunda sınırlı fayda sağladığını saptadı. Aynı zamanda, hastaların olumsuz duygularının duygu düzenlemeden bağımsız olarak yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır.

Peh vd. (2015) tarafından yapılan, 101 kanser hastasıyla yürütülen çalışma hastalardaki duygu düzenleme (bilişsel yeniden değerlendirme ve bastırma), umut ve psikososyal yönden iyilik halinin incelenmesini hedeflemiştir. Araştırma sonuçları, duygu düzenleme becerilerinin alt başlığı olan bastırmanın psikolojik stres ile

anlamli ve pozitif yönde ilişkili olduğunu bulurken bilişsel yeniden değerlendirme ile psikolojik stres arasında negatif yönde anlamli bir ilişki saptamıştır.

Sevim (2018) tarafından yapılan çalışmada 114 kanser hastasının umut ve psikolojik sağlamlik düzeyleri incelenmiştir. Araştırmanın sonuçlarında ise kanser hastalarının psikolojik sağlamlik düzeylerinin ortalamasının üstünde olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, hastaların tanı ve tedavi sürelerinin, sosyo-demografik özelliklerinin ve metastaz durumlarının psikolojik sağlamlik ile bir ilişkisinin olmadığı yalnızca gelir düzeyinin psikolojik sağlamliğın alt boyutlarından biriyle ilişkisinin olduğu saptanmıştır.

Macía vd. (2020) tarafından yapılan çalışmanın örneklemini 29-85 yaş arası 75 kanser hastası oluşturmaktadır. Bu alıŐma, başa çıkma ve dayanıklılık arasındaki ikiŐkiye, her iki kavramın kaliteli yaşam ile ilişkisine ve kanser hastalarının en sık kullandığı başa çıkma stratejilerini belirlemeye odaklanmıştır. Ayrıca, alıŐma da kanser hastaları psikolojik sağlamlik düzeyleri açısından gruplandırılmıŐ ve bu farklı düzeydeki sağlamlikların gerek başa çıkma gerekse hayat kalitesi açısından incenlemesini de hedeflemiştir. Çalışma sonucunda, uyumlu başa çıkma yöntemlerinin psikolojik dayanıklılıkla pozitif yönde ve anlamli bir ilişkisinin olduğunu saptamıştır. Ayrıca, psikolojik dayanıklılık seviyesi yüksek olan hastaların uyumlu başa çıkma stratejilerini kullandığı ve bu durumun da hayat kalitesini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır.

Macía vd. (2021) tarafından yapılan çalışma da 18 yaşından büyük 170 farklı kanser tanısına sahip ya da geçirmiş olan katılımcılarla yürütülen çalışmada, kanser hastalarının psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma tutumlarının ruh sağlıklarına etkileri incelenmiştir. İlk olarak, başa çıkma stratejileri ve dayanıklılık arasında önemli düzeyde bağlantı olduğu saptanmıştır. Ayrıca, başa çıkma ve psikolojik sağlamliğın sağlık sonuçlarıyla ilişki olduğu fakat psikolojik sağlamlik ve kanser hastalarının sağlığı arasında daha anlamli düzeyde bir ilişki saptandı.

BÖLÜM III

Yöntem

Bu bölümde araştırmanın modeline, araştırmanın çalışma grubuna, verilerin toplanması ve çözümlenmesine ve ortaya çıkan bulguların nasıl raporlaştırıldığına ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Araştırma Modeli

Bu araştırma, nedensel karşılaştırma yöntemine göre desenlenmiştir. Bu model, en az iki ya da daha fazla gruptan oluşan örneklem arasındaki farklılıklara, bu farklılıkların sebeplerine ve sonuçlarına odaklanmaktadır. Bu araştırma yönteminde katılımcılar üzerinde hiçbir müdahale de bulunmadan ilerlenmektedir (Cohen & Manion, 1994). Bu çalışmada da sağlıklı ve hasta grup başa çıkma, duygu düzenleme ve psikolojik sağlık açısından karşılaştırılacağı ve katılımcılar üzerinde herhangi bir müdahale de bulunulmayacağı için nedensel karşılaştırma yöntemi ile ilerlenmiştir.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın sağlıklı kontroller grubu evrenini Kıbrıs ve Türkiyede yaşayan kronik rahatsızlığa sahip olmayan bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın kanser hastaları grubu evrenini ise Kıbrısta yaşayan kanser hastaları oluşturmaktadır. Araştırmanın sağlıklı kontroller örneklemini Kıbrısta ve Türkiyede yaşayan 100 kronik rahatsızlığa sahip olmayan bireyler iken kanser hastalarının örneklemini ise Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nin Onkoloji bölümünde tedavi görmekte olan 100 kanser hastasıdır. Çalışmaya katılım tamamen gönüllük esasını dayılı gerçekleşmiştir. Çalışmanın her iki grubu içinde amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bilgi zenginliğine sahip ve derinlemesine çalışılma hedeflenen durumlara olanak sağlayan amaçlı örnekleme, araştırmacının toplum olayları ya da olguları ve doğa arasında ilişki kurmasına ve bu olguları anlamasına olanak sağlamaktadır (Başkale, 2016). Bu yöntemin seçilme nedeni ise çalışmanın amacı doğrultusunda özel bir grup ile çalışılacak olmasıdır.

Veri Toplama Araçları

Bu araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından literatürden faydalanılarak

oluşturulan Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Hastalığa Yönelik Bilgi Formu, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği, Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği ve Kısa Kendini Toparlama/Psikolojik Sağlık Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Çalışmaya başlamadan önce etik kurul ve hastane izni alınmıştır. Kanser hastaları grubu için hastane ile çalışıldığından dolayı formlar ve anketler yüz yüze verilmiştir. Çalışmayı kabul eden hastalardan yazılı onam alınmıştır. Sağlıklı kontroller grubu için araştırmanın amacı ve araştırmacılar hakkında bilgilerin de bulunduğu veri toplama araçları online sosyal medya araçlarında (WhatsApp, mail) paylaşılmıştır. Sağlıklı kontroller grubu için kronik rahatsızlığa sahip olmak dışlama kriteri olduğu için online formlar üzerinde çalışmaya katılmayı kabul ettikleri takdirde kronik rahatsızlığa sahip olup olmadıkları sorulmuş, hayır cevabı verenlerin formu ise otomatik olarak gönderilmiş ve tamamlanmamıştır. Veri toplama süreci Mart-Nisan 2022 tarihlerinde gerçekleşmiştir.

Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatürden faydalanılarak hazırlanan Sosyo-demografik Bilgi Formu, katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, kiminle yaşandığı, çalışma durumu, sosyo-ekonomik düzey ve psikolojik destek alınıp alınmadığını sorgulayan sekiz sorudan oluşmaktadır.

Hastalığa Yönelik Bilgi Formu

Kanser tanısı almış katılımcıların doldurduğu formdur. Formun amacı ise hastalığa yönelik durumların detaylandırılmasıdır. Bu form; kişilerin ne zaman tanı aldıkları, hangi kanser türüne sahip oldukları, tanı aldıklarında süreci kolaylaştıracak sosyal desteğe sahip olup olmadıkları, özbakım becerileri, sosyal güvence, tedavi yöntemi ve kişinin hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olup olmadığını sorgulayan yedi sorudan oluşmaktadır. Bu form yalnızca kanser hastaları tarafından doldurulmuştur.

Baş Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

Carver vd. (1989) tarafından oluşturulan Baş Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği, 14 alt ölçek 52 maddeden oluşmaktadır. Zuckerman ve Gagne (2003) tarafından beş alt boyut 40 madde şeklinde revize edilmiştir. Ölçek dördümlük likert tipi derecelendirmeye sahiptir: “Çoğunlukla Böyle Yaparım” için dört, “Böyle Yaparım” için üç, “Çok Az Böyle Yaparım” için iki ve “Asla Böyle Yapmam” için bir’dir.

Ölçeğin orijinal halinin alt ölçek iç tutarlılıkları; kendine yardım (0.92), yaklaşım (0.84), uyum sağlama (0.82), sakınma-kaçınma (0.81) ve kendine ceza (0.87) olarak bulunmuştur. Dicle ve Ersanlı (2015) tarafından yapılan çalışma da ölçeğin Türkçe uyarlamasında beş alt boyut bulunmakla birlikte madde sayısı 32'ye düşürülmüştür. Ölçeğin Türkçe uyarlaması alt ölçek iç tutarlılıkları; kendine yardım (0.96), yaklaşım (0.98), uyum sağlama (0.98), sakınma-kaçınma (0.98) ve kendine ceza (0.98). Ölçeğin Türkçe uyarlamasının toplam iç tutarlılık katsayısı ise 0.97 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada da Dicle ve Ersanlı tarafından revize edilen ölçek kullanılmıştır.

Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği

Berking ve Znoj (2008) tarafından oluşturulan Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği, dokuz alt ölçek ve toplamda 27 maddesi bulunan öz bildirim değeri değerlendiren bir ölçektir. Ölçek beşli Likert tipi derecelendirmeli olup sıfır=neredeysen hiçbir zaman dört=neredeysen her zaman şeklinde belirlenmiştir. Ölçeğin orijinal halinin iç tutarlılık katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur. Ölçeğin orijinal halinin alt ölçek iç tutarlılıkları; farkındalık/dikkat (0.82), beden farkındalığı (0.73), netlik (0.79), anlama (0.77), düzenleme (0.76), kabul (0.62), dayanıklılık (0.83), öz-destek (0.72) ve yüzleşmeye hazırlanma (0.71) olarak bulunmuştur. Vatan ve Kahya (2017) tarafından yapılan çalışmada ölçeğin Türkçe uyarlamasının özgün haliyle aynı şekilde dokuz alt ölçek ve 27 maddeye sahip olduğu ve uyarlanmış hali iç tutarlılık katsayısı 0.89 bulunmuştur. Alt ölçeklerin Türkçe uyarlamasındaki iç tutarlılıkları; farkındalık/dikkat (0.53), beden farkındalığı (0.49), netlik (0.64), anlama (0.58), düzenleme (0.65), kabul (0.57), dayanıklılık (0.75), yüzleşmeye hazırlanma (0.65) ve öz-destek (0.72) olarak bulunmuştur.

Kısa Kendini Toparlama/Psikolojik Sağlık Ölçeği

Smith vd. (2008) tarafından oluşturulan Kısa Kendini Toparlama/Psikolojik Sağlık Ölçeği altı sorudan oluşmakla birlikte beşli likert tipi değerlendirme kullanılmaktadır. Ölçeğin orijinal halinin iç tutarlılık değeri üç farklı grup ile incelenmiş, değeri ise 0.80 ve 0.91 arasında değiştiği tespit edilmiştir. Haktanır vd. (2016) tarafından yapılan çalışmada ölçeğin Türkçe uyarlamasının özgün haliyle aynı şekilde altı maddelik soru ve beşli likert tipi bir derecelendirmeye sahip olduğu bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe uyarlamasındaki iç tutarlılık değeri 0.82 olarak

bulunmuştur (Haktanır vd., 2020).

Etik Konular

Çalışmaya başlamadan önce Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Etik Kurulundan etik kurul onayı (Proje no: YDÜ/SB/2021/1101) (Ek 9) alınmıştır.

Verilerin Analizi ve Yorumlanması

Katılımcıların Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği, Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği yanıtlarının güvenilir olma durumunun incelenmesi için Cronbach Alfa testi uygulanmıştır. Ölçeklere dair alfa değerlerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği için 0,757, Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği için 0,958 ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği için 0,732 bulunmuştur.

Hasta ve sağlıklı bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı frekans analiziyle incelenmiş ve gruplar arası karşılaştırmalarda Pearson ki kare testi uygulanmıştır.

Hasta ve sağlıklı bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği, Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, en düşük ve en yüksek değer şeklinde gösterilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hasta ve sağlıklı bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği, Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarının normal dağılıma uyma durumuna ilişkin yapılan Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov normallik testleri sonucunda veri setinin normal dağılım göstermediği belirlenmiş olmasına rağmen, grupların ölçeklerden aldıkları puanların çarpıklık ve basıklık değerlerinin $\pm 1,5$ aralığında bulunmasından dolayı araştırmada kullanılacak testleri belirlemek için parametrik testlere başvurulmuştur (Tablo 1).

Tablo 1.

Hasta ve sağlıklı bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği, Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarının normallik testi sonuçları

| | Grup | Değer | sd | p | Çarpıklık | Basıklık |
|-----------------|-------------|--------------|-----------|----------|------------------|-----------------|
| Kendine yardım | Sağlıklı | 0,973 | 100 | 0,040 | 0,240 | -0,388 |
| | Hasta | 0,978 | 100 | 0,101 | -0,086 | -0,636 |
| Yaklaşım | Sağlıklı | 0,956 | 100 | 0,002 | 0,050 | -0,821 |
| | Hasta | 0,966 | 100 | 0,012 | -0,063 | -0,342 |
| Uyum sağlama | Sağlıklı | 0,934 | 100 | 0,000 | -0,129 | 0,137 |
| | Hasta | 0,980 | 100 | 0,144 | 0,006 | -0,287 |
| Sakınma-Kaçınma | Sağlıklı | 0,934 | 100 | 0,000 | 0,875 | 0,839 |
| | Hasta | 0,945 | 100 | 0,000 | 0,774 | 1,382 |
| Kendine Ceza | Sağlıklı | 0,959 | 100 | 0,004 | 0,532 | -0,226 |
| | Hasta | 0,967 | 100 | 0,013 | 0,319 | -0,159 |
| Farkındalık | Sağlıklı | 0,963 | 100 | 0,006 | -0,492 | 0,822 |
| | Hasta | 0,952 | 100 | 0,001 | -0,409 | 0,066 |
| Beden duyuları | Sağlıklı | 0,959 | 100 | 0,003 | -0,361 | 0,291 |
| | Hasta | 0,930 | 100 | 0,000 | -0,634 | 0,688 |
| Netlik | Sağlıklı | 0,934 | 100 | 0,000 | -0,810 | 1,483 |
| | Hasta | 0,962 | 100 | 0,006 | -0,330 | -0,206 |
| Anlama | Sağlıklı | 0,917 | 100 | 0,000 | -1,071 | 1,418 |
| | Hasta | 0,893 | 100 | 0,000 | -1,181 | 1,334 |
| Kabul | Sağlıklı | 0,955 | 100 | 0,002 | -0,060 | 0,613 |
| | Hasta | 0,961 | 100 | 0,005 | 0,007 | -0,582 |
| Tolerans | Sağlıklı | 0,954 | 100 | 0,001 | -0,245 | 0,489 |
| | Hasta | 0,938 | 100 | 0,000 | -0,518 | 0,594 |
| Yüzleşme | Sağlıklı | 0,974 | 100 | 0,046 | -0,273 | -0,079 |
| | Hasta | 0,943 | 100 | 0,000 | -0,344 | -0,530 |
| Hazırlanma | Sağlıklı | 0,956 | 100 | 0,002 | -0,434 | 0,549 |
| | Hasta | 0,945 | 100 | 0,000 | -0,382 | -0,411 |
| Öz-destek | Sağlıklı | 0,952 | 100 | 0,001 | -0,249 | 1,298 |
| | Hasta | 0,964 | 100 | 0,007 | -0,361 | 0,213 |
| Değişimleme | Sağlıklı | 0,977 | 100 | 0,080 | 0,198 | -0,398 |
| | Hasta | 0,971 | 100 | 0,028 | 0,261 | -0,262 |

Hasta ve sağlıklı bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği, Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasında Bağımsız t testi kullanılırken, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği ile Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarının arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile ve çok değişkenli regresyon analiziyle incelenmiştir.

BÖLÜM IV

Bulgular ve Yorumlar

Araştırma verilerinin istatistiksel olarak analiz edilmesi için Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi (SPSS) 26.0 yazılımı kullanılmıştır.

Tablo 2.

Hasta ve sağlıklı bireylerin sosyo-demografik özellikleri açısından karşılaştırılması

| | Sağlıklı | | Hasta | | Toplam | | X ² | p |
|---------------------------------|----------|------|-------|------|--------|------|----------------|--------|
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Cinsiyet | | | | | | | | |
| Kadın | 61 | 61,0 | 65 | 65,0 | 126 | 63,0 | 0,343 | 0,558 |
| Erkek | 39 | 39,0 | 35 | 35,0 | 74 | 37,0 | | |
| Yaş | | | | | | | | |
| 25-34 yaş | 32 | 32,0 | 26 | 26,0 | 58 | 29,0 | 0,874 | 0,350 |
| 35 ve üzeri | 68 | 68,0 | 74 | 74,0 | 142 | 71,0 | | |
| Medeni durum | | | | | | | | |
| Evli | 78 | 78,0 | 74 | 74,0 | 152 | 76,0 | 5,676 | 0,059 |
| Bekar | 18 | 18,0 | 13 | 13,0 | 31 | 15,5 | | |
| Boşanmış/dul | 4 | 4,0 | 13 | 13,0 | 17 | 8,5 | | |
| Eğitim durumu | | | | | | | | |
| İlköğretim | 4 | 4,0 | 17 | 17,0 | 21 | 10,5 | 21,925 | 0,000* |
| Lise | 19 | 19,0 | 36 | 36,0 | 55 | 27,5 | | |
| Lisans | 57 | 57,0 | 30 | 30,0 | 87 | 43,5 | | |
| Lisansüstü | 20 | 20,0 | 17 | 17,0 | 37 | 18,5 | | |
| Birlikte yaşanan kişiler | | | | | | | | |
| Eş ve çocuklar | 64 | 64,0 | 48 | 48,0 | 112 | 56,0 | 6,770 | 0,238 |
| Eş/partner | 15 | 15,0 | 26 | 26,0 | 41 | 20,5 | | |
| Çocuklar | 2 | 2,0 | 3 | 3,0 | 5 | 2,5 | | |
| Anne-baba | 7 | 7,0 | 7 | 7,0 | 14 | 7,0 | | |
| Arkadaşlar | 2 | 2,0 | 1 | 1,0 | 3 | 1,5 | | |
| Yalnız | 10 | 10,0 | 15 | 15,0 | 25 | 12,5 | | |
| Çalışma durumu | | | | | | | | |
| Çalışan | 80 | 80,0 | 44 | 44,0 | 124 | 62,0 | 27,504 | 0,000* |
| Çalışmayan | 20 | 20,0 | 56 | 56,0 | 76 | 38,0 | | |
| Sosyo-ekonomik düzey | | | | | | | | |
| Düşük | 3 | 3,0 | 3 | 3,0 | 6 | 3,0 | 0,650 | 0,722 |
| Orta | 88 | 88,0 | 91 | 91,0 | 179 | 89,5 | | |
| Yüksek | 9 | 9,0 | 6 | 6,0 | 15 | 7,5 | | |
| Psikolojik destek alma | | | | | | | | |
| Alan | 7 | 7,0 | 19 | 19,0 | 26 | 13,0 | 6,366 | 0,012* |
| Almayan | 93 | 93,0 | 81 | 81,0 | 174 | 87,0 | | |

*p<0,05

Tablo 2. 'de araştırma kapsamına alınan hasta ve sağlıklı bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 2. incelendiğinde araştırmaya alınan sağlık bireylerin %61,0'inin kadın ve %39,0'unun erkek olduğu, %32,0'sinin 25-34 yaş grubunda, %68,0'inin ise 35 yaş ve üzeri yaş grubunda yer aldığı, %78,0'inin evli, %18,0'inin bekar olduğu, %19,0'unun lise, %57,0'sinin lisans ve %20,0'sinin lisansüstü mezunu olduğu belirlenmiştir. Sağlık katılımcıların %64,0'ünü eş ve çocuklarıyla, %15,0'inin eş/partneriyle ve %10,0'unun yalnız yaşadığı, %80,0'inin çalıştığı, %88,0'inin sosyo-ekonomik düzeyinin orta olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya dahil edilen sağlıklı bireylerin %7'sinin psikolojik destek aldığı saptanmıştır.

Hasta grubunda yer alan katılımcıların %65,0'inin kadın ve %35,0'inin erkek olduğu, %26,0'sinin 25-34 yaş grubunda, %74,0'ünün ise 35 yaş ve üzeri yaş grubunda yer aldığı, %74,0'ünün evli, %13,0'ünün bekar ve %13,0'ünün boşanmış/dul olduğu, %17,0'sinin ilköğretim, %36,0'sinin lise, %30,0'unun lisans ve %17,0'sinin lisansüstü mezunu olduğu görülmüştür. Araştırmaya alınan hasta grubu katılımcıların %48,0'inin eş ve çocuklarıyla, %26,0'sinin eş/partneriyle ve %15,0'inin yalnız yaşadığı, %44,0'ünün çalıştığı ve %56,0'sinin çalışmadığı, %91,0'inin sosyo-ekonomik düzeyinin orta olduğu, %19,0'unun psikolojik destek aldığı belirlenmiştir.

Araştırmaya dahil olan sağlıklı ve hasta bireylerin cinsiyet, yaş, medeni durum, birlikte yaşanan kişiler, sosyo-ekonomik düzeylerine göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Sağlıklı ve hasta katılımcıların eğitim durumuna, çalışma durumuna ve psikolojik destek alma durumuna göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Hasta bireylerin lisans mezunu olma ve çalışma oranı sağlıklı bireylere göre düşük bulunurken, psikolojik destek alma oranı yüksek bulunmuştur.

Tablo 3.

Hasta bireylerin hastalığa ilişkin bazı özellikleri

| | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|---|----------|-----------|
| Kanser tanısı alma zamanı | | |
| 1 yıldan az | 42 | 42,0 |
| 1-3 yıl | 32 | 32,0 |
| 4-7 yıl | 7 | 7,0 |
| 7 yıl ve üzeri | 19 | 19,0 |
| Kanser türü | | |
| Akciğer kanseri | 12 | 12,0 |
| Bağırsak kanseri | 6 | 6,0 |
| Beyin tümörü | 3 | 3,0 |
| Boyun kanseri | 4 | 4,0 |
| Cilt kanseri | 3 | 3,0 |
| Gırtlak kanseri | 4 | 4,0 |
| Kalınbağırsak kanseri | 5 | 5,0 |
| Kan kanseri | 3 | 3,0 |
| Karaciğer kanseri | 2 | 2,0 |
| Kolon kanseri | 2 | 2,0 |
| Meme kanseri | 35 | 35,0 |
| Mide kanseri | 3 | 3,0 |
| Pankreas kanseri | 1 | 1,0 |
| Prostat kanseri | 3 | 3,0 |
| Tiroid kanseri | 2 | 2,0 |
| Yumurtalık kanseri | 10 | 10,0 |
| Yumuşak doku kanseri | 2 | 2,0 |
| Yeterli sosyal destek alma | | |
| Alan | 73 | 73,0 |
| Almayan | 27 | 27,0 |
| Özbakımı yerine getirebilme | | |
| Yapan | 93 | 93,0 |
| Yapamayan | 7 | 7,0 |
| Sosyal güvence | | |
| Var | 91 | 91,0 |
| Yok | 9 | 9,0 |
| Tedavi yöntemi | | |
| Kemoterapi | 56 | 56,0 |
| Radyoterapi | 10 | 10,0 |
| Kemoterapi+Radyoterapi | 25 | 25,0 |
| Diğer | 9 | 9,0 |
| Hastalıkla ilgili yeterli bilgiye sahip olma | | |
| Evet | 76 | 76,0 |
| Hayır | 24 | 24,0 |

Tablo 3.'te araştırmaya dahil edilen hasta bireylerin hastalığa ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 3. incelendiğinde, hasta bireylerin %42,0'sinin 1 yıldan daha kısa bir süre önce, %32,0'sinin 1-3 yıl arası, %7,0'sinin 4-7 yıl arası ve %19,0'unun 7 yıl ve daha uzun bir süre önce kanser tanısı aldığı belirlenmiştir. Hastaların %12,0'sinin akciğer, %6,0'sinin bağırsak, %35,0'inin meme kanseri ve %10,0'unun yumuşak doku kanseri olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya alınan hasta katılımcıların %73,0'ünün yeterli sosyal destek aldığı, %91,0'inin sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır.

Hasta katılımcıların %56,0'sinin kemoterapi, %10,0'unun radyoterapi, %25,0'inin kemoterapi ve radyoterapi tedavisi aldığı, %76,0'sinin hastalıkla ilgili yeterli bilgiye sahip olduğu, %93'ünün özbakımı yerine getirebildiği, %7'sinin ise getiremediği tespit edilmiştir.

Tablo 4.

Hasta ve sağlıklı bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

| | Grup | n | \bar{x} | s | t | p |
|-----------------|-------------|----------|-----------------------------|----------|----------|----------|
| Kendine yardım | Sağlıklı | 100 | 16,35 | 3,70 | 2,413 | 0,017* |
| | Hasta | 100 | 15,07 | 3,80 | | |
| Yaklaşım | Sağlıklı | 100 | 21,93 | 3,65 | 1,635 | 0,104 |
| | Hasta | 100 | 21,07 | 3,79 | | |
| Uyum sağlama | Sağlıklı | 100 | 21,78 | 4,06 | 2,019 | 0,045* |
| | Hasta | 100 | 20,73 | 3,24 | | |
| Sakınma-Kaçınma | Sağlıklı | 100 | 10,88 | 3,62 | -1,504 | 0,134 |
| | Hasta | 100 | 11,63 | 3,43 | | |
| Kendine Ceza | Sağlıklı | 100 | 13,38 | 4,36 | -0,505 | 0,614 |
| | Hasta | 100 | 13,69 | 4,32 | | |

* $p < 0,05$

Tablo 4. 'te araştırmaya katılan hasta ve sağlıklı bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bağımsız örneklem t

testi sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 4. incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan hasta ve sağlıklı bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinde yer alan kendine yardım alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hasta bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinde yer alan kendine yardım alt boyutundan aldıkları puanlar sağlıklı katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşüktür.

Araştırmaya katılan hasta ve sağlıklı bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğindeki yaklaşım alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Hasta ve sağlıklı katılımcıların Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinde bulunan uyum sağlama alt boyutu puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hasta bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinde bulunan uyum sağlama alt boyutu puanları sağlıklı bireylere göre düşük bulunmuştur.

Araştırmaya dahil olan hasta ve sağlıklı katılımcıların Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinde yer alan sakınma-kaçınma ve kendine ceza alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 5.

Hasta ve sağlıklı bireylerin Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

| | Grup | n | \bar{x} | s | t | p | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|-------------|----------|-----------------------------|----------|----------|----------|------------------------|----------|-----|------|------|-------|--------|-------|-----|------|------|------------------------|----------|-----|------|------|-------|--------|-------|-----|------|------|------------------------|----------|-----|------|------|-------|--------|-------|-----|------|------|------------------------|----------|-----|------|------|-------|-------|-------|-----|------|------|------------------------|----------|-----|------|------|-------|-------|-------|-----|------|------|------------------------|----------|-----|------|------|-------|-------|-------|-----|------|------|-------------|----------|-----|------|------|-------|-------|-------|-----|------|------|-------------|----------|-----|------|------|-------|-------|-------|
| Farkındalık | Sağlıklı | 100 | 7,60 | 2,22 | 0,753 | 0,452 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Hasta | 100 | 7,36 | 2,28 | | | Beden duyumları | Sağlıklı | 100 | 8,07 | 2,33 | 1,293 | 0,197 | Hasta | 100 | 7,63 | 2,48 | Netlik | Sağlıklı | 100 | 8,61 | 2,30 | 1,632 | 0,104 | Hasta | 100 | 8,10 | 2,12 | Anlama | Sağlıklı | 100 | 8,69 | 2,17 | 2,614 | 0,010* | Hasta | 100 | 7,83 | 2,47 | Kabul | Sağlıklı | 100 | 7,09 | 2,26 | 0,190 | 0,850 | Hasta | 100 | 7,03 | 2,21 | Tolerans | Sağlıklı | 100 | 7,56 | 2,55 | 1,499 | 0,135 | Hasta | 100 | 7,03 | 2,45 | Yüzleşme Hazırlanma | Sağlıklı | 100 | 7,40 | 2,49 | 1,391 | 0,166 | Hasta | 100 | 6,85 | 3,07 | Öz-destek | Sağlıklı | 100 | 7,92 | 2,31 | 0,745 | 0,457 | Hasta | 100 | 7,66 | 2,62 | Değişimleme | Sağlıklı | 100 | 7,56 | 2,09 | 1,736 | 0,084 | Hasta |
| Beden duyumları | Sağlıklı | 100 | 8,07 | 2,33 | 1,293 | 0,197 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Hasta | 100 | 7,63 | 2,48 | | | Netlik | Sağlıklı | 100 | 8,61 | 2,30 | 1,632 | 0,104 | Hasta | 100 | 8,10 | 2,12 | Anlama | Sağlıklı | 100 | 8,69 | 2,17 | 2,614 | 0,010* | Hasta | 100 | 7,83 | 2,47 | Kabul | Sağlıklı | 100 | 7,09 | 2,26 | 0,190 | 0,850 | Hasta | 100 | 7,03 | 2,21 | Tolerans | Sağlıklı | 100 | 7,56 | 2,55 | 1,499 | 0,135 | Hasta | 100 | 7,03 | 2,45 | Yüzleşme Hazırlanma | Sağlıklı | 100 | 7,40 | 2,49 | 1,391 | 0,166 | Hasta | 100 | 6,85 | 3,07 | Öz-destek | Sağlıklı | 100 | 7,92 | 2,31 | 0,745 | 0,457 | Hasta | 100 | 7,66 | 2,62 | Değişimleme | Sağlıklı | 100 | 7,56 | 2,09 | 1,736 | 0,084 | Hasta | 100 | 7,01 | 2,38 | | | | | | | | |
| Netlik | Sağlıklı | 100 | 8,61 | 2,30 | 1,632 | 0,104 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Hasta | 100 | 8,10 | 2,12 | | | Anlama | Sağlıklı | 100 | 8,69 | 2,17 | 2,614 | 0,010* | Hasta | 100 | 7,83 | 2,47 | Kabul | Sağlıklı | 100 | 7,09 | 2,26 | 0,190 | 0,850 | Hasta | 100 | 7,03 | 2,21 | Tolerans | Sağlıklı | 100 | 7,56 | 2,55 | 1,499 | 0,135 | Hasta | 100 | 7,03 | 2,45 | Yüzleşme Hazırlanma | Sağlıklı | 100 | 7,40 | 2,49 | 1,391 | 0,166 | Hasta | 100 | 6,85 | 3,07 | Öz-destek | Sağlıklı | 100 | 7,92 | 2,31 | 0,745 | 0,457 | Hasta | 100 | 7,66 | 2,62 | Değişimleme | Sağlıklı | 100 | 7,56 | 2,09 | 1,736 | 0,084 | Hasta | 100 | 7,01 | 2,38 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anlama | Sağlıklı | 100 | 8,69 | 2,17 | 2,614 | 0,010* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Hasta | 100 | 7,83 | 2,47 | | | Kabul | Sağlıklı | 100 | 7,09 | 2,26 | 0,190 | 0,850 | Hasta | 100 | 7,03 | 2,21 | Tolerans | Sağlıklı | 100 | 7,56 | 2,55 | 1,499 | 0,135 | Hasta | 100 | 7,03 | 2,45 | Yüzleşme Hazırlanma | Sağlıklı | 100 | 7,40 | 2,49 | 1,391 | 0,166 | Hasta | 100 | 6,85 | 3,07 | Öz-destek | Sağlıklı | 100 | 7,92 | 2,31 | 0,745 | 0,457 | Hasta | 100 | 7,66 | 2,62 | Değişimleme | Sağlıklı | 100 | 7,56 | 2,09 | 1,736 | 0,084 | Hasta | 100 | 7,01 | 2,38 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kabul | Sağlıklı | 100 | 7,09 | 2,26 | 0,190 | 0,850 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Hasta | 100 | 7,03 | 2,21 | | | Tolerans | Sağlıklı | 100 | 7,56 | 2,55 | 1,499 | 0,135 | Hasta | 100 | 7,03 | 2,45 | Yüzleşme Hazırlanma | Sağlıklı | 100 | 7,40 | 2,49 | 1,391 | 0,166 | Hasta | 100 | 6,85 | 3,07 | Öz-destek | Sağlıklı | 100 | 7,92 | 2,31 | 0,745 | 0,457 | Hasta | 100 | 7,66 | 2,62 | Değişimleme | Sağlıklı | 100 | 7,56 | 2,09 | 1,736 | 0,084 | Hasta | 100 | 7,01 | 2,38 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tolerans | Sağlıklı | 100 | 7,56 | 2,55 | 1,499 | 0,135 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Hasta | 100 | 7,03 | 2,45 | | | Yüzleşme Hazırlanma | Sağlıklı | 100 | 7,40 | 2,49 | 1,391 | 0,166 | Hasta | 100 | 6,85 | 3,07 | Öz-destek | Sağlıklı | 100 | 7,92 | 2,31 | 0,745 | 0,457 | Hasta | 100 | 7,66 | 2,62 | Değişimleme | Sağlıklı | 100 | 7,56 | 2,09 | 1,736 | 0,084 | Hasta | 100 | 7,01 | 2,38 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Yüzleşme Hazırlanma | Sağlıklı | 100 | 7,40 | 2,49 | 1,391 | 0,166 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Hasta | 100 | 6,85 | 3,07 | | | Öz-destek | Sağlıklı | 100 | 7,92 | 2,31 | 0,745 | 0,457 | Hasta | 100 | 7,66 | 2,62 | Değişimleme | Sağlıklı | 100 | 7,56 | 2,09 | 1,736 | 0,084 | Hasta | 100 | 7,01 | 2,38 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Öz-destek | Sağlıklı | 100 | 7,92 | 2,31 | 0,745 | 0,457 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Hasta | 100 | 7,66 | 2,62 | | | Değişimleme | Sağlıklı | 100 | 7,56 | 2,09 | 1,736 | 0,084 | Hasta | 100 | 7,01 | 2,38 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Değişimleme | Sağlıklı | 100 | 7,56 | 2,09 | 1,736 | 0,084 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Hasta | 100 | 7,01 | 2,38 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* $p < 0,05$

Tablo 5.'te araştırmaya dahil olan hasta ve sağlıklı bireylerin Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasında kullanılan Bağımsız t testi sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 5.'e göre hasta ve sağlıklı katılımcıların Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeğinde bulunan farkındalık, beden duyumları ve netlik alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan hasta ve sağlıklı katılımcıların Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeğindeki anlama alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Hasta grubunda yer alan bireylerin Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeğindeki anlama alt boyutundan aldıkları puanlar sağlık bireylere göre düşük bulunmuştur.

Araştırmaya dahil olan hasta ve sağlıklı katılımcıların Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeğinde yer alan kabul, tolerans, yüzleşme hazırlanma, öz-destek ve değişimleme alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar yoktur ($p>0,05$).

Tablo 6.

Hasta ve sağlıklı bireylerin Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

| | Grup | n | \bar{x} | s | t | p |
|------------------|-------------|----------|-----------------------------|----------|----------|----------|
| Kısa Psikolojik | Sağlıklı | 100 | 20,39 | 4,58 | 2,066 | 0,040* |
| Sağlamlık Ölçeği | Hasta | 100 | 19,17 | 3,73 | | |

* $p<0,05$

Tablo 6.'da araştırmaya alınan hasta ve sağlıklı bireylerin Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına dair yapılan Bağımsız t testi sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 6. incelendiğinde, hasta ve sağlıklı bireylerin Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinden almış oldukları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Hasta katılımcıların Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanları sağlıklı katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Tablo 7.

Hasta bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği puanları ile Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar

| | | Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği |
|-----------------|---|--------------------------------------|
| | r | 0,226 |
| Kendine yardım | p | 0,024* |
| | N | 100 |
| | r | 0,229 |
| Yaklaşım | p | 0,022* |
| | N | 100 |
| | r | 0,458 |
| Uyum sağlama | p | 0,000* |
| | N | 100 |
| | r | -0,225 |
| Sakınma-Kaçınma | p | 0,025* |
| | N | 100 |
| | r | -0,439 |
| Kendine Ceza | p | 0,000* |
| | N | 100 |

* $p < 0,05$

Tablo 7.'de araştırmaya dahil olan hasta bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği puanları ile Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanları arasındaki korelasyonların incelenmesinde kullanılan Pearson korelasyon testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 7.'ye göre hasta bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinde bulunan kendine yardım, yaklaşım ve uyum sağlama alt boyutlarından aldıkları puanlar ile Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonların olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Hasta bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinde bulunan kendine yardım, yaklaşım ve uyum sağlama alt boyutlarından aldıkları puanlar arttıkça Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanları da artmaktadır.

Araştırmaya dahil edilen hasta bireylerin Başa ıkma Tutumlarını Değerlendirme leğindeki sakınma-kaçınma ve kendine ceza alt boyutlarından aldıkları puanlar ile Kısa Psikolojik Sağlamlık leği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonların olduğu görölmüşür ($p < 0,05$). Bu korelasyonlar negatif yönlü olup, bireylerin Başa ıkma Tutumlarını Değerlendirme leğindeki sakınma-kaçınma ve kendine ceza alt boyutlarından aldıkları puanları arttıkça, Kısa Psikolojik Sağlamlık leği puanları azalmaktadır.

Tablo 8.

Hasta bireylerin Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği puanları ile Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar

| | | Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği |
|---------------------|---|--|
| | r | 0,367 |
| Farkındalık | p | 0,000* |
| | N | 100 |
| | r | 0,278 |
| Beden duyumları | p | 0,005* |
| | N | 100 |
| | r | 0,389 |
| Netlik | p | 0,000* |
| | N | 100 |
| | r | 0,505 |
| Anlama | p | 0,000* |
| | N | 100 |
| | r | 0,405 |
| Kabul | p | 0,000* |
| | N | 100 |
| | r | 0,586 |
| Tolerans | p | 0,000* |
| | N | 100 |
| | r | 0,431 |
| Yüzleşme Hazırlanma | p | 0,000* |
| | N | 100 |
| | r | 0,454 |
| Öz-destek | p | 0,000* |
| | N | 100 |
| | r | 0,543 |
| Değişimleme | p | 0,000* |
| | N | 100 |

* $p < 0,05$

Tablo 8.'de araştırmaya alınan hasta bireylerin Duygu Dzenleme Becerileri lçeği puanları ile Kısa Psikolojik Sağlamlık lçeği puanları arasındaki korelasyonlara ilişkin uygulanan Pearson testinden elde edilen sonuçlara yer verilmiştir.

Hasta bireylerin Duygu Dzenleme Becerileri lçeğinde bulunan farkındalık, beden duyuları, netlik, anlama, kabul, tolerans, yzleşme hazırlanma, öz destek ve değişimleme alt boyutlarından aldıkları puanlar ile Kısa Psikolojik Sağlamlık lçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonların olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Söz konusu korelasyonlar pozitif yönlüdür ve hastaların Duygu Dzenleme Becerileri lçeğinde bulunan farkındalık, beden duyuları, netlik, anlama, kabul, tolerans, yzleşme hazırlanma, öz destek ve değişimleme alt boyutlarından aldıkları puanların artması halinde, Kısa Psikolojik Sağlamlık lçeği puanları da artmaktadır.

Tablo 9.

Hasta bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği puanlarının Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanlarını yordama durumu

| | Std. Olm. | | Standart | t | p | F | R ² |
|---------------------|-----------|------|----------|--------|--------|--------|-------------------|
| | B | S.H. | Beta | | | p | AdjR ² |
| (Sabit) | 17,54 | 3,23 | | 5,429 | 0,000* | | |
| Kendine yardım | 0,03 | 0,10 | 0,03 | 0,282 | 0,779 | | |
| Yaklaşım | 0,00 | 0,12 | 0,00 | 0,008 | 0,993 | | |
| Uyum sağlama | 0,26 | 0,13 | 0,23 | 2,034 | 0,045 | | |
| Sakinme-Kaçınma | -0,06 | 0,12 | -0,05 | -0,454 | 0,651 | | |
| Kendine Ceza | -0,34 | 0,10 | -0,40 | -3,326 | 0,001* | 5,234 | 0,463 |
| Farkındalık | 0,22 | 0,28 | 0,14 | 0,805 | 0,423 | 0,000* | 0,374 |
| Beden duyuları | 0,60 | 0,26 | 0,40 | 2,299 | 0,024* | | |
| Netlik | 0,08 | 0,28 | 0,05 | 0,295 | 0,768 | | |
| Anlama | 0,00 | 0,23 | 0,00 | -0,018 | 0,986 | | |
| Kabul | -0,19 | 0,30 | -0,11 | -0,636 | 0,527 | | |
| Tolerans | 0,50 | 0,26 | 0,33 | 1,917 | 0,059 | | |
| Yüzleşme Hazırlanma | 0,00 | 0,17 | 0,00 | 0,014 | 0,989 | | |
| Öz-destek | 0,58 | 0,28 | 0,41 | 2,064 | 0,042* | | |
| Değişimleme | 0,80 | 0,35 | 0,51 | 2,286 | 0,025* | | |

* $p < 0,05$

Tablo 9.'da hasta bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği puanlarının Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanlarını yordama durumunun incelenmesine yönelik uygulanan çok değişkenli regresyon analiz bulgularına yer verilmiştir.

Tablo 9. araştırmaya katılan hasta bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğindeki Kendine Ceza alt boyutundan aldıkları puanların Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve negatif yönde yordadığı belirlenmiştir ($\beta = -0,40$; $p < 0,05$). Hastaların Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğindeki diğer alt boyutlardan aldıkları puanların Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamadığı

görülmüştür ($p>0,05$).

Araştırmaya dahil olan bireylerin Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeğindeki beden duyuları ($\beta=0,40$; $p<005$), öz-destek($\beta=0,41$; $p<005$) ve değişimleme ($\beta=0,51$; $p<005$) alt boyutlarından aldıkları puanların Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve pozitif yönlü olarak yordadığı tespit edilmiştir. Hasta bireylerin Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeğinde bulunan diğer alt boyutlardan almış oldukları puanların Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Hasta bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği puanlarının Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanlarını yordama durumunun incelenmesine yönelik kurulan modelin açıkladığı varyans %37,4 bulunmuştur.

Tablo 10.

Sağlıklı bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği puanları ile Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar

| | | Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği |
|-----------------|---|-------------------------------|
| | r | 0,290 |
| Kendine yardım | p | 0,003* |
| | N | 100 |
| | r | 0,508 |
| Yaklaşım | p | 0,000* |
| | N | 100 |
| | r | 0,499 |
| Uyum sağlama | p | 0,000* |
| | N | 100 |
| | r | -0,412 |
| Sakinme-Kaçınma | p | 0,000* |
| | N | 100 |
| | r | -0,435 |
| Kendine Ceza | p | 0,000* |
| | N | 100 |

* $p < 0,05$

Tablo 10.'da sağlıklı katılımcıların Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği puanları ile Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanları arasındaki korelasyonların belirlenmesi amacıyla yapılan Pearson korelasyon testi sonuçları gösterilmiştir

Tablo 10. incelendiğinde sağlıklı katılımcıların Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinde bulunan kendine yardım, yaklaşım ve uyum sağlama alt boyutlarından aldıkları puanlar ile Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonların olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Buna göre sağlıklı katılımcıların Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinde bulunan kendine yardım, yaklaşım ve uyum sağlama alt boyutlarından aldıkları puanlar arttıkça Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanları da artmaktadır.

Sağlıklı katılımcıların Başa ıkma Tutumlarını Değerlendirme leğindeki sakınma-kaçınma ve kendine ceza alt boyutlarından aldıkları puanlar ile Kısa Psikolojik Sağamlık leği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü korelasyonların olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Buna göre sağlıklı katılımcıların Başa ıkma Tutumlarını Değerlendirme leğindeki sakınma-kaçınma ve kendine ceza alt boyutlarından aldıkları puanlarının artması halinde, Kısa Psikolojik Sağamlık leği puanları azalmaktadır.

Tablo 11.

Sağlıklı bireylerin Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği puanları ile Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar

| | | Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği |
|---------------------|---|--|
| | r | 0,406 |
| Farkındalık | p | 0,000* |
| | N | 100 |
| | r | 0,451 |
| Beden duyuları | p | 0,000* |
| | N | 100 |
| | r | 0,471 |
| Netlik | p | 0,000* |
| | N | 100 |
| | r | 0,422 |
| Anlama | p | 0,000* |
| | N | 100 |
| | r | 0,480 |
| Kabul | p | 0,000* |
| | N | 100 |
| | r | 0,659 |
| Tolerans | p | 0,000* |
| | N | 100 |
| | r | 0,382 |
| Yüzleşme Hazırlanma | p | 0,000* |
| | N | 100 |
| | r | 0,528 |
| Öz-destek | p | 0,000* |
| | N | 100 |
| | r | 0,532 |
| Değişimleme | p | 0,000* |
| | N | 100 |

Tablo 11.'de sağlıklı katılımcıların Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği puanları ile Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar

Tablo 11. incelendiğinde araştırmaya dahil edilen sağlıklı katılımcıların Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeğinde bulunan farkındalık, beden duyuları, netlik, anlama, kabul, tolerans, yüzleşme hazırlanma, öz destek ve değişimleme alt boyutlarından aldıkları puanlar ile Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonların olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre araştırmaya alınan sağlık bireylerin Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeğinde bulunan farkındalık, beden duyuları, netlik, anlama, kabul, tolerans, yüzleşme hazırlanma, öz destek ve değişimleme alt boyutlarından aldıkları puanların artması halinde, Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanları da artmaktadır.

Tablo 12.

Sağlıklı bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği puanlarının Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanlarını yordama durumu

| | Std. Olm. B | Standart S.H. | Standart Beta | t | p | F p | R ² AdjR ² |
|---------------------|----------------|------------------|------------------|--------|--------|--------|-------------------------------------|
| (Sabit) | 9,84 | 3,15 | | 3,125 | 0,002* | | |
| Kendine yardım | 0,05 | 0,10 | 0,04 | 0,514 | 0,609 | | |
| Yaklaşım | 0,16 | 0,12 | 0,12 | 1,268 | 0,208 | | |
| Uyum sağlama | 0,31 | 0,11 | 0,28 | 2,981 | 0,004* | | |
| Sakinme-Kaçınma | -0,18 | 0,10 | -0,15 | -1,876 | 0,064 | 10,195 | 0,627 |
| Kendine Ceza | -0,23 | 0,08 | -0,22 | -2,809 | 0,006* | 0,000* | 0,565 |
| Farkındalık | -0,24 | 0,26 | -0,11 | -0,911 | 0,365 | | |
| Beden duyuları | -0,24 | 0,30 | -0,12 | -0,821 | 0,414 | | |
| Netlik | -0,08 | 0,30 | -0,04 | -0,263 | 0,793 | | |
| Anlama | 0,21 | 0,27 | 0,10 | 0,770 | 0,443 | | |
| Kabul | -0,31 | 0,29 | -0,15 | -1,093 | 0,278 | | |
| Tolerans | 0,87 | 0,26 | 0,48 | 3,362 | 0,001* | | |
| Yüzleşme Hazırlanma | -0,14 | 0,19 | -0,08 | -0,727 | 0,469 | | |
| Öz-destek | 0,15 | 0,26 | 0,08 | 0,585 | 0,560 | | |
| Değişimleme | 0,35 | 0,29 | 0,16 | 1,204 | 0,232 | | |

* $p<0,05$

Tablo 12.'de sağlıklı bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve

Duygu Düzenleme Becerileri  leği puanlarının Kısa Psikolojik Sağamlık  leği puanlarını yordama durumuna ilişkin yapılan çok değişkenli regresyon analizinden elde edilen sonuçlar gösterilmiştir.

Sağlıklı katılımcıların Başa ıkma Tutumlarını Değerlendirme  leğindeki uyum alt boyutundan aldıkları puanların Kısa Psikolojik Sağamlık  leği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü olarak yordadığı görülmüştür ($\beta=0,28$; $p<005$). Sağlıklı katılımcıların kendine ceza alt boyutundan aldıkları puanların Kısa Psikolojik Sağamlık  leği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve negatif yönde yordadığı tespit edilmiştir ($\beta=-0,22$; $p<005$). Sağlıklı katılımcıların Başa ıkma Tutumlarını Değerlendirme  leğindeki uyum ve kendine ceza dışındaki diğer alt boyutlardan aldıkları puanların Kısa Psikolojik Sağamlık  leği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamadığı saptanmıştır. ($p>0,05$).

Sağlıklı katılımcıların Duygu Düzenleme Becerileri  leğindeki tolerans alt boyutundan aldıkları puanların Kısa Psikolojik Sağamlık  leği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve pozitif yönlü olarak yordadığı tespit edilmiştir ($\beta=0,48$; $p<0,05$). Sağlıklı katılımcıların Duygu Düzenleme Becerileri  leğinde bulunan diğer alt boyutlardan almış oldukları puanların Kısa Psikolojik Sağamlık  leği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamadığı tespit edilmiştir($p>0,05$).

Araştırma kapsamına alınan sağlıklı katılımcıların Başa ıkma Tutumlarını Değerlendirme  leği ve Duygu Düzenleme Becerileri  leği puanlarının Kısa Psikolojik Sağamlık  leği puanlarını yordama durumuna dair kurulan modelin açıkladığı varyans %56,5'tir.

BÖLÜM V

Tartışma

Bu bölümde, elde edilen bulgular literatürde yer alan araştırmalar çerçevesinde tartışılmıştır.

Bu çalışma, kanser hastaları ile sağlıklı kontrollerin başa çıkma, duygu düzenleme ve psikolojik sağlık açısından karşılaştırılmasını incelemiştir. Dolayısıyla bu çalışma kanser hastalarının başa çıkma, duygu düzenleme ve psikolojik sağlık düzeylerinin sağlıklı kontrollerle farklarının belirlenmesi ile ilgili literatüre katkı sağlaması açısından önemlidir.

Çalışmanın sonuçları, araştırmaya dahil olan kanser hastaları ile sağlıklı kontroller grubundaki katılımcıların; cinsiyet, yaş, medeni durum, birlikte yaşanan kişiler ve sosyo-ekonomik düzeylerine göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır. Sonuçlardan yola çıkarak çalışmanın deney grubu ve kontrol grubu arasında eşleştirmenin sağlandığını söylemek mümkündür.

Diğer yandan, sağlıklı kontroller grubu ve hasta grubundaki katılımcıların eğitim durumuna, çalışma durumuna ve psikolojik destek alma durumuna göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Hasta bireylerin lisans mezunu olma ve çalışma oranı sağlıklı bireylere göre düşük bulunurken, psikolojik destek alma oranı yüksek bulunmuştur. Gürel (2007) tarafından yapılan kanser hastalarıyla yürütülen çalışma, hastaların %88.1'i hastalığın çalışma hayatına engel olduğunu belirtmiştir. Lampic, vd. (1996) tarafından yapılan çalışmada, kanser hastalarının tanıyı aldıktan sonraki süreçlerde gerek günlük yaşantılarındaki işlerinde gerekse iş hayatlarını sürdürme konusunda ciddi bir zorluk yaşadıkları bildirilmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarının kanser hastalarının çalışma oranının sağlıklı bireylere göre düşük olmasını destekler nitelikte olduğunu söylemek mümkündür. Benzer şekilde, Acar (2007) tarafından gerçekleştirilen araştırmada da hastalığın hem tanı hem de tedavi sürecinin hastanın kişisel ve sosyal rollerini sekteye uğratabildiği ve hayatının her alanında birçok olumsuz değişikliğe neden olduğu öne sürülmüştür. Özetle, mevcut çalışma ve literatüre bakıldığında kanser hastalığının kişilerin mesleki hayatını sekteye

uğrattığını söylemek mümkündür. Bunlara ek olarak, bu konuya dair yapılan nitel bir çalışma da ise kanser hastalarının gerek iş hayatlarının sekteye uğraması gerekse sorumlulukları yerine getirme konusunda yaşamış oldukları zorluklar sonucu, ailelerine karşı yük olduklarını, bu durumun onlarda ciddi bir üzüntü yaşattığını ve kendilerini bundan dolayı güçsüz gördüklerini belirtmişlerdir (Tuncay, 2009. Akt; Karakartal, 2019).

Genel popülasyona bakıldığında, kanser hastalığının her aşamasının hem psikolojik hem de fizyolojik anlamda yıpratıcı olmasından dolayı bu hastalığa sahip bireylerin, kanser tanısına sahip olmayan bireylere kıyasla psikiyatrik sorun yaşamasının çok daha yüksek oranlarda olduğu ortaya konmuştur (Tavil, 1996; Turan, 1992. Akt; Bahar, 2007). Yapılan araştırmalar sonucu kanser hastalarının %29 ve %60 arasında değişebilen düzeylerde psikiyatrik bozukluğa sahip oldukları öne sürülmüştür (Ateşçi vd., 2003; Minagawa vd., 1996; Özgüven, 1996; Razavi vd., 1990; Tavil, 1996; Turan, 1992. Akt; Bahar, 2007). Bu çalışmanın sonuçlarında da kanser hastalarının sağlıklı insanlara kıyasla daha fazla psikolojik destek aldıkları belirtilmiştir. Bu sonuçlara bakarak kanser hastalarının psikolojik destek ihtiyacının normal popülasyona göre daha yüksek olduğunu söylemek mümkündür. Öte yandan, Başol vd. (2016) tarafından yapılan çalışma da kanser tanısı almayan kişilerin %73.2'lik kısmı kanser tanısı alırlarsa psikolojik destek almak isteyeceklerini belirtirken kanser hastalarının yalnızca %10.4'lük kısmının psikolojik destek aldığı bulunmuştur. Araştırmada bulunan bu sonucun önemli bir boşluğun doldurulması gerektiği hakkında yol gösterici olduğunu söylemek mümkündür.

Çalışmanın sonuçları, kanser hastalarının Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinde yer alan kendine yardım ve uyum sağlama alt boyutlarından aldıkları puanların sağlıklı katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşük olduğunu göstermektedir. Diğer yandan, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğindeki yaklaşım, sakınma-kaçınma ve kendine ceza alt boyutlarından almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Literatür incelendiğinde, kanser hastalarının başa çıkma düzeylerini inceleyen veya sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmasına odaklanan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan çalışmalar genel itibarıyla kanser hastalarının kullanmış olduğu başa çıkma stratejilerine odaklanmıştır.

Diğer yandan, literatür incelendiğinde Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin uyum sağlama alt boyutunun sonuçlarını destekler nitelikte araştırmalara rastlanmıştır. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluk ve ilişki etmenlere bakan araştırmalardan biri, hastalık sürecinde en çok rastlanan tanıları majör depresyon ve duygudurum ile giden uyum bozukluğu olarak belirtmiştir (Ateşçi vd., 2003. Akt; Bahar, 2007). Kanser hastalarındaki üç psikolojik rahatsızlık prevalansını inceleyen bir diğer araştırmada ise hastaların %26'sında uyum güçlüğü, %20'sinde anksiyete ve %23'ünde ise depresyonun varlığı saptanmıştır (Turan, 1992). Ek olarak, kanser hastalarındaki psikiyatrik morbiditeyi araştıran çalışmada da tanıların büyük çoğunluğunu %10'luk dilimle majör depresyon ve %47.5'lik dilimle uyum bozukluğu oluşturuyordu (Özguven, 1996. Akt; Bahar, 2007). Literatüre bakıldığında, hastalık sürecinde yaşanan zorluklardan kişinin ne düzeyde olumsuz etkileneceği farklılık gösterebileceği ve başa çıkmanın ise bu ilişki açısından önem taşıyan ciddi bir etken olduğu öne sürülmüştür (Schnoll vd., 1998; Stein vd., 2008. Akt; Zucca vd., 2010). Ek olarak, kişinin çaresizlik hissinin ve hastalığa uyum sağlama konusunda yaşadığı güçlüğü depresyonun oluşumu ve/veya gelişiminde en önemli faktör olduğu öne sürülmüştür (Özkan, 1993. Akt; Bahar, 2007). Ayrıca, on bin kanser hastasıyla sekiz yıl boyunca süren bir araştırmanın sonucunda ise kanserin ve majör depresyonun birlikte olmasının ölüm riskinde artış sağladığı bulunmuştur (Onitilo vd., 2006; Tokgöz vd., 2008. Akt; Şahin vd., 2020). Bu nedenle hastanın başa çıkmanın alt boyutu olan uyum yönünde bir sorun yaşayıp yaşamadığına bakılarak uyumunu kolaylaştıracak girişimlerde bulunulması ciddi önem taşımaktadır.

Araştırmanın sonuçları, kanser hastalarının sağlıklı kontroller grubuna göre Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin alt boyutu olan kendine yardım kısmında daha düşük puanlar aldığını göstermiştir. Kendine yardım alt boyutunda bulunan sorular duyguları dışa vurabilme, paylaşabilme ve bu duygularla ilgili çevredeki insanlardan destek alınabilmesini içermektedir (Dicle ve Ersanlı, 2015). Alanyazın incelendiğinde bu sonucu destekler nitelikte çalışmalara rastlanmıştır. Geçmişte yapılan, sağlıklı kadınlarla meme kanseri olan kadınların duygusal ifadelerini karşılaştıran çalışmanın sonuçları, kansere sahip kadınların çoğu zaman duygularını ifade etmedikleri hatta başkaları onlara zarar verdiğinde, stresli bir sosyal

durumla karşılaştıklarında ya da ihtiyaçlarına aykırı davranıldığında bile duygularını bastırdıkları bildirilmiştir (Fernandez-Ballesteros vd., 1998). Temoshok (1987) ise duyguların dışavurumunun eksikliğinin kanser hastalarında ortak bir özellik olduğunu öne sürmüştür. Iwamitsu vd. (2005) tarafından yapılan çalışma da meme kanserine sahip duygularını açığa vuran ve duygularını göstermeyip baskılayan iki grup tanı öncesi ve sonrası yaşanan duygusal stres açısından karşılaştırıldı. Araştırmanın sonucunda ise duygularını açığa çıkarmayıp baskılayan grubun, duygularını açığa çıkaran gruba göre tanı öncesine kıyasla çok daha fazla duygusal sıkıntıya eğilimlerinin olduğu ortaya konmuştur. Bundan yola çıkarak duyguların gösterilmesinin ve paylaşılmasının sürece olan etkisini gözler önüne koymuştur.

Çalışmanın sonuçları, hasta ve sağlıklı katılımcıların Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeğinde bulunan farkındalık, beden duyuları, kabul, tolerans, yüzleşme, hazırlanma, öz-destek, değişimleme ve netlik alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir fark bulunmadığı görülmüştür. Öte yandan, araştırmaya katılan hasta ve sağlıklı katılımcıların Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeğindeki anlama alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Hasta grubunda yer alan bireylerin Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeğindeki anlama alt boyutundan aldıkları puanlar sağlık bireylere göre düşük bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, aynı ölçeğin kullanıldığı ve aynı grupla çalışan farklı araştırmaya rastalanmamıştır. Diğer yandan, Turan vd. (2019) tarafından yapılan çalışma da 47 kanser hastası ile 56 sağlıklı kontroller grubu olumsuz duygudurumu düzenleme açısından karşılaştırıldı. Çalışmanın sonucunda, Kanser hastalarının sağlıklı kontrollere göre olumsuz duygudurumu düzenleme seviyelerinin daha düşük olduğu fakat grup puanlarının birbirinden çok uzak olmadığı belirtildi. Benzer şekilde, kanser hastalarıyla çalışılan başka bir araştırmada da kanser hastalarının olumsuz duygudurumu düzenleme seviyelerinin sağlıklı insanlara göre düşük olduğu fakat ortalamaların birbirine yakın olduğu bildirdi (Açıkmeşe, 2007). Ek olarak, anlama alt boyutunun değerlendirmek istediği kısım kişilerin duygularını anlayabilip adlandırabilmelerine yöneliktir (Vatan ve Kahya, 2017). Bu araştırmanın sonucundan ve aktarılan tanımdan yola çıkarak kanser hastalarının sağlıklı insanlara göre duygularını anlamlandırma konusunda sorun yaşadıklarını söylemek mümkündür. Kanser hastalarının hastalık süresi boyunca korku, kaygı, öfke, üzüntü, yalnızlık vb.

gibi birçok duygusal problemle karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir (Park vd., 2020). Çalışma sonucunda anlama alt boyutunun düşük olması, yaşanan duygu karmaşası nedeniyle duyguları adlandırma da yaşanan güçlüklerle ilişki olabilir. Diğer yandan, ikincil aleksitimi (duyguları tanımlama da zorluk) gelişiminin kanser gibi ağır, zorlayıcı hastalıklar ve travma yaşamış kişilerde ortaya çıkan geçici bir süreç olduğu öne sürülmüştür (Freyberger, 1977. Akt; Koçak, 2002). Benzer şekilde, yapılan bir başka çalışma da ise kansere sahip bireylerin sahip olmayan bireylere göre daha fazla aleksitimi özelliklerine sahip olduğu belirtilmiştir (Brandão vd., 2016. Akt; Okanlı vd., 2018). Kronik hastalığa sahip ve aleksitimi özelliklerini taşıyan kişilerin hastalığın fiziksel ve duygusal belirtilerini anlayabilme, açıklayabilme, tanıyabilme ve adlandırabilme konusunda zorlandıkları bildirilmiştir (Okanlı vd., 2018). Buna ek olarak, hastalığın tedavi sürecinin etkili olabilmesi için duyguları anlamlandırma ve adlandırmanın önemli olduğu belirtilmiştir (Hintistan, 2012). Yapılan araştırmanın anlama boyutunun diğer gruba göre düşük çıkması aleksitimi açısından da incelenebilir.

Çalışmanın sonuçları, kanser hastaları ve sağlıklı bireylerin Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeğinden almış oldukları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Hasta katılımcıların Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanları sağlıklı katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Literatüre bakıldığında, alınan sonuçların bu çalışmanın sonuçlarından farklı olduğunu söylemek mümkündür. Sevim (2018) tarafından yapılan çalışmada 114 kanser hastasıyla çalışılmış ve hastaların psikolojik dayanıklılık ve umut düzeylerinin incelenmesi konu alınmıştır. Araştırmanın sonuçları, kanser hastalarının psikolojik sağlık düzeylerinin azami puan açısından karşılaştırıldığında ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde hem kanser hastalarının hem de kontrol grubunun bulunduğu toplam 464 katılımcının bulunduğu çalışmada da kanser hastalarının psikolojik sağlık düzeyleri yüksek çıkmıştır (Markowitz vd., 2015. Akt; Yılmaz, 2017). Ek olarak, bir diğer, radyoterapi görmekte olan 239 kanser hastasıyla yapılan çalışmanın sonuçlarında da psikolojik sağlık düzeylerinin yüksek çıktığı bildirilmiştir (Strauss, 2007). Diğer yandan, 76 kolorektal kanser hastası ile yapılan çalışmada ise hastaların genel puanlarına bakıldığında psikolojik sağlık düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır (Akyüz, 2016. Akt; Yılmaz, 2017). Mevcut araştırma ve geçmişte yapılan diğer araştırmaların sonuçlarının çelişkili

olması kullanılan ölçeklerin farklılığından kaynaklı olabilir. Mevcut çalışma ile aynı ölçeğin kullanıldığı ve kanser hastalarını içeren çalışmaya rastlanmamıştır. Geçmişte yapılan araştırmaların sonucunda, bireylerin gelir seviyesinin psikolojik sağlamlığa etkisinin olumsuz olduğundan bahsedilmektedir (Buckner vd., 2004; Werner ve Smith, 2001. Akt; Yılmaz, 2017). Sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması ya da maddi anlamda zorluklar yaşanması kişinin sosyal hayatının sekteye uğramasına, geleceğe yönelik negatif düşüncelere ve özgüvende azalmaya neden olacaktır. Çalışmanın kanser hastaları grubunun %91'i algılanan sosyo-ekonomik düzey sorusunu 'orta' olarak işaretlemiştir. Fakat, algılanan sosyo-ekonomik düzey ile gelir düzeyi arasında farklar bulunmaktadır. Çalışma sonuçlarının literatürle desteklenmemesinin nedeni bu olabilmekle birlikte detaylı araştırmanın yapılması literatüre katkı sağlayacaktır. Diğer yandan kolorektal kanser hastaları ile yapılan çalışmada hastaların psikolojik sağlamlık düzeyinin düşük çıkmış olması ise psikolojik sağlamlığın kanserin türüne göre değişkenlik gösterebileceğini düşündürmektedir. Kanser sürecinin içinde bulunan tüm zorluklara karşı kişiyi güçlendirme ve koruma etkenlerden en dikkate alınması gereken kavramlardan biri de psikolojik sağlamlıktır (Haase vd., 2014). Yapılan çalışmalar, yüksek düzeyde psikolojik sağlamlığa sahip olan bireylerin başa çıkma stratejilerinin de problem çözme konusunda daha etkili olduğu bildirilmiştir (Connor vd., 2003; Haase vd., 2014. Akt; Ağaç ve Özçetin, 2021). Dolayısıyla, bu kavramın gerek kanser hastalığı süresince gerekse normal yaşantıda kişinin hayat kalitesini yükseltme anlamında önem taşıdığını söylemek mümkündür.

Çalışmanın sonuçları, hasta bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinde bulunan kendine yardım, yaklaşım ve uyum sağlama alt boyutlarından aldıkları puanlar ile Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonların olduğunu göstermiştir. Hasta bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinde bulunan kendine yardım, yaklaşım ve uyum sağlama alt boyutlarından aldıkları puanlar arttıkça Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanları da artmaktadır. Diğer yandan, hasta bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğindeki sakinme-kaçınma ve kendine ceza alt boyutlarından aldıkları puanlar ile Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonların olduğu görülmüştür. Bu korelasyonlar negatif yönlü olup, bireylerin

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğindeki sakınma-kaçınma ve kendine ceza alt boyutlarından aldıkları puanları arttıkça, Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanları azalmaktadır. Literatür incelendiğinde bu sonuçları destekler nitelikte çalışmalara rastlanmıştır. Macía vd. (2021) tarafından yapılan çalışmada 170 kanser hastasıyla çalışılmakla birlikte hastalarda psikolojik dayanıklılık ve başa çıkmanın kişilerdeki sonuçlarını incelemişlerdir. Araştırma sonuçları, psikolojik sağlamlığın hem uyumlu hem de uyumsuz başa çıkma tutumları ile önemli düzeyde ilişkisinin olduğunu ortaya koymuştur. Yapılan araştırmaya benzer şekilde, uyumlu başa çıkma yöntemlerinin psikolojik sağlamlıkla pozitif yönde ilişkisi olurken uyumsuz başa çıkma yöntemlerinin ise negatif yönlü bir ilişkisi bulunmaktaydı. Bu sonuçlar, başa çıkma tutumlarının kanser hastaları üzerindeki iyilik halini etkilemesi yönüyle koruyucu bir etken olduğunu bulan diğer araştırmalarla da tutarlıdır (Czerw vd., 2015; Philip vd., 2012). Öte yandan, sakınma-kaçınma ve kendine ceza gibi uyumsuz başa çıkma tutumlarının kanser hastalarının psikolojik stres seviyeleri için ciddi bir risk olduğu belirtilmiştir (Brunault vd., 2015; Lam vd., 2016; Nipp vd., 2016). Benzer şekilde, geçmişte yapılan 74 kanser hastasıyla yürütülen çalışmanın sonuçlarında, daha yüksek düzeyde psikolojik sağlamlığa sahip kanser hastalarının uyumlu başa çıkma metotlarını daha fazla kullandığı ve hayat kalitelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Macía vd., 2020). Kanser hastalığı gibi içinde her türlü duyguyu barındıran bir hastalık sürecinde başa çıkma tutumlarının geliştirilmesi ve daha aktif kullanılması kişiyi güçlendirebileceğinden ötürü bu bulgular ciddi önem taşımaktadır (Smith vd., 2015). Özetle, başa çıkma ve psikolojik sağlamlık kavramının yakından ilişkili olduğunu ve kanser hastalarının gerek tanı süreci gerekse tedavi süreci açısından önem taşıdığını söylemek mümkündür.

Çalışmanın sonuçlarında hasta bireylerin Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeğinde bulunan farkındalık, beden duyuları, netlik, anlama, kabul, tolerans, yüzleşme, hazırlanma, öz destek ve değişimleme alt boyutlarından aldıkları puanlar ile Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif korelasyonların olduğu tespit edilmiştir. Hastaların Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeğinde bulunan farkındalık, beden duyuları, netlik, anlama, kabul, tolerans, yüzleşme, hazırlanma, öz destek ve değişimleme alt boyutlarından aldıkları puanların artması halinde, Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanları da artmaktadır. Literatür incelendiğinde mevcut bulgularla eşleşen ve eşleşmeyen farklı sonuçlar

bulunmuştur. Baghjari vd. (2016) tarafından yapılan çalışmada 121 ileri derece kansere sahip olan katılımcılarla çalışılmıştır. Çalışma, duygu düzenleme ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiye bakmıştır. Araştırmanın sonucunda, duygu düzenleme ve psikolojik sağlamlık arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Benzer şekilde, Arefpour vd. (2020) tarafından yapılan 120 meme kanserli hasta ile yürütülen çalışmanın sonuçlarında da olumlu duygu düzenlemenin psikolojik sağlamlıkla anlamlı düzeyde bir ilişkisinin olduğu belirtilmiştir. Diğer yandan, Macía vd. (2020) tarafından yapılan, 170 kanser hastası ile gerçekleştirilen çalışmada psikolojik sağlamlık, duygu düzenleme ve ruhsal sağlığın ilişkilerine odaklanılmıştır. Çalışma sonuçları, psikolojik sağlamlık ve duygu düzenleme/duygu kontrolü arasında herhangi bir bağlantının olmadığını saptamıştır. Bu araştırmanın sonucuna bakıldığında duygu düzenleme ve psikolojik sağlamlık ayrı bir şekilde ele alındığında, duygu düzenlemenin hastalardaki sıkıntı ve stresi azaltabilecek bir etken olduğu (Kennedy-Moore ve Watson, 2001), psikolojik sağlamlığın ise kanser hastalarına başa çıkma ve sıkıntıyı azaltma yönünde katkısının olduğu bilinmektedir (Min vd., 2013). Özetle, sonuçlarda farklılıklar olsa da iki kavramın da hastalık için anlamı büyüktür ve desteklenmesi gereken noktalaradır.

Araştırmanın sonuçları, hasta bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğindeki Kendine Ceza alt boyutundan aldıkları puanların Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve negatif yönde yordadığını göstermiştir. Diğer yandan, hastaların Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğindeki diğer alt boyutlardan aldıkları puanların Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamadığı görülmüştür. Literatür incelendiğinde spesifik olarak kanser hastalarıyla çalışılan ve bu sonuçları elde eden çalışmaya rastlanmamıştır. Diğer yandan, kanserin kronik rahatsızlıklar başlığının altında yer almasından kaynaklı o yöndeki çalışmalar araştırılmış ve bu çalışmanın sonuçlarını destekler nitelikte bulgulara rastlanmıştır. Ma vd (2013) tarafından yapılan çalışmada, 150 kronik böbrek rahatsızlığına sahip bireyin sağlığını destekleyici davranışlar ve bu davranışların psikolojik sağlamlıkla ilişkisine bakılmıştır. Araştırmanın sonucu, destekleyici davranışların altında bulunan stres yönetiminin psikolojik sağlamlığı anlamlı düzeyde yordadığını ortaya koymuştur. Stresli durumlarda kişilerin bu süreci yönetebilmek adına başvurdukları yöntemler başa çıkma tutumları veya stratejileri olarak tanımlanmaktadır (Hefferon

ve Boniwell, 2013. Akt; Kaba, 2019).

Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında, sağlıklı katılımcıların Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinde bulunan kendine yardım, yaklaşım ve uyum sağlama alt boyutlarından aldıkları puanlar ile Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonların olduğu görülmektedir. Diğer yandan, sağlıklı katılımcıların Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğindeki sakınma-kaçınma ve kendine ceza alt boyutlarından aldıkları puanlar ile Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü korelasyonların olduğu tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde bu araştırmanın sonuçlarını destekler nitelikte çalışmaların olduğu görülmektedir. Demir (2018) tarafından 150 katılımcı ile yapılan çalışmada mevcut çalışmadan farklı ölçekler kullanmış olsa da sonuçlar birbirini destekler niteliktedir. Bu çalışmanın sonuçlarında uyumlu ve etkili başa çıkma stilleri alt boyutlarının orta seviyede pozitif yönde, uyumsuz başa çıkma stilleri alt boyutlarının ise negatif yönde bir bağlantılarının olduğu ortaya konmuştur. Benzer şekilde, yapılan bir diğer çalışmada da psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişki bulunmuştur (Perişan, 2018). Literatürde bu yönde yapılan diğer başa çıkma ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sonucu da mevcut çalışmanın sonuçlarını destekler nitelikte başa çıkma ve psikolojik sağlamlık arasında pozitif yönde ilişki olduğu bildirilmiştir (Özdemir vd., 2011; Vulpe vd., 2012; Yu vd., 2014; Wingo vd., 2015).

Çalışma sonuçları, araştırmaya dahil edilen sağlıklı katılımcıların Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeğinde bulunan farkındalık, beden duyuları, netlik, anlama, kabul, tolerans, yüzleşme hazırlanma, öz destek ve değişimleme alt boyutlarından aldıkları puanlar ile Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonların olduğu belirlemiştir. Alanyazına bakıldığında sonuçları destekler nitelikte çalışmaların varlığı söz konusudur. Seçim (2020) tarafından 236 katılımcıdan oluşan ve ilişkiisel tarama metodunun kullanıldığı çalışma da psikolojik sağlamlık ve duygu düzenlemenin pozitif yönde anlamlı ilişkilere sahip olduğu ortaya konmuştur. Öztürk (2019) tarafından yapılan çalışmada da duygu düzenleme stratejileri ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmanın sonuçlarında ise olumlu

duygu düzenleme stratejileri ve psikolojik sağlamlık arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Geçmişte yapılan çalışmalardan biri, psikolojik sağlamlığın yüksek düzeyde oluşunun kişinin olumlu düşünceler oluşturup geliştirmesine katkı da bulunarak gerek iyilik haline gerekse olumlu duygular geliştirebilmelerine destek olduğunu belirtmiştir (Mak vd., 2011). Benzer şekilde, Collins (2007) tarafından yapılan araştırmada da psikolojik sağlamlık düzeyinin yüksek olmasının duyguların düzenlenmesi, olumlu duygular üretebilme ve duyguları kontrol edebilme konusunda anlamlı bir etken olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, Eminoğlu ve Erden (2020) tarafından yapılan üniversite öğrencileriyle yürütülen çalışma da hem pozitif hem de negatif duyguların psikolojik sağlamlığı yordadığı belirtilmiştir. Alanyazın ve bulgular duygu düzenleme ve psikolojik sağlamlık kavramlarının yakından ilişkili olduğunu göstermektedir.

Çalışma sonuçları, sağlıklı katılımcıların Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğindeki uyum alt boyutundan aldıkları puanların Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü olarak yordadığı görülmüştür. Sağlıklı katılımcıların kendine ceza alt boyutundan aldıkları puanların Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve negatif yönde yordadığı tespit edilmiştir. Sağlıklı katılımcıların Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğindeki uyum ve kendine ceza dışındaki diğer alt boyutlardan aldıkları puanların Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamadığı saptanmıştır. Elde edilen sonuçların literatür ile örtüştüğünü söylemek mümkündür. Varıcıer (2019) tarafından yapılan çalışmada 18-65 yaş arası 365 katılımcıyla çalışılmıştır. Çalışmanın sonucunda ise kişilerin başa çıkma tutumlarının psikolojik sağlamlık seviyesi üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkisinin olduğu bulunmuştur. Bu bulguları destekleyen başka araştırmalar da mevcuttur (Maddi ve Hightower, 1999; Özer, 2016).

Çalışma sonuçları, Sağlıklı katılımcıların Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeğindeki tolerans alt boyutundan aldıkları puanların Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve pozitif yönlü olarak yordadığı tespit edilmiştir. Sağlıklı katılımcıların Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeğinde bulunan diğer alt boyutlardan almış oldukları puanların Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamadığı tespit

edilmiştir. Literatür incelendiğinde, mevcut sonuçları destekler nitelikte kısıtlı çalışmaya rastlanmıştır. Seçim (2020) tarafından yapılan, 236 üniversite öğrencisinin bulunduğu ve ilişkisel tarama metodunun kullanıldığı çalışmada, duygu düzenlemenin psikolojik sağlamlık üzerinde yordayıcı etkilerinin bulunduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde, bir başka çalışmada ise duygu düzenlemenin; kabul etme, plana tekrar odaklanma, pozitif yeniden gözden geçirme, kendini suçlama ve yıkım alt boyutlarının psikolojik sağlamlığı anlamlı düzeyde yordadığı tespit edilmiştir (Öztürk, 2019). Elde edilen sonuçlar ve alanyazın incelendiğinde duygu düzenleme stratejilerinin alt boyutlarından bazılarının psikolojik sağlamlığı anlamlı düzeyde yordadığını söylemek mümkündür.

BÖLÜM VI

Sonuç ve Öneriler

Bu bölümde araştırmanın amaç ve alt amaçları doğrultusunda ulaşılan sonuçlara ve bu sonuçlardan yola çıkarak geliştirilen önerilere yer verilmiştir.

Sonuç

Araştırmaya dahil olan sağlıklı ve hasta bireylerin cinsiyet, yaş, medeni durum, birlikte yaşanan kişiler, sosyo-ekonomik düzeylerine göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken hasta bireylerin lisans mezunu olma ve çalışma oranının sağlıklı bireylere göre düşük, psikolojik destek alma oranı ise yüksek bulunmuştur.

Çalışmanın sonuçları, hasta bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinde yer alan kendine yardım ve uyum sağlama alt boyutundan aldıkları puanların sağlıklı katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşük olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, yaklaşım, sakınma-kaçınma ve kendine ceza alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Çalışmanın sonuçları, hasta ve sağlıklı katılımcıların Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeğinde bulunan farkındalık, beden duyuları, kabul, tolerans, yüzleşme hazırlanma, öz-destek, değişimleme ve netlik alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir fark bulunmadığını göstermiştir. Bununla birlikte, hasta grubunda yer alan bireylerin anlama alt boyutundan aldıkları puanlar sağlık bireylere göre düşük bulunmuştur.

Çalışmanın sonuçları, hasta katılımcıların Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanları sağlıklı katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşük olduğunu göstermiştir.

Çalışmada, hasta bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinde bulunan kendine yardım, yaklaşım ve uyum sağlama alt boyutlarından aldıkları puanlar arttıkça Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanları da artmakla birlikte sakınma-kaçınma ve kendine ceza alt boyutlarından aldıkları puanları

arttıkça, Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanlarının azaldığı saptanmıştır.

Çalışmanın sonuçları, hasta grubunda bulunan bireylerin Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeğinde bulunan farkındalık, beden duyuları, netlik, anlama, kabul, tolerans, yüzleşme hazırlanma, öz destek ve değişimleme alt boyutlarından aldıkları puanların artması halinde, Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanlarının da arttığını göstermiştir.

Çalışmanın sonuçları, hasta bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğindeki Kendine Ceza alt boyutundan aldıkları puanların Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanlarını negatif yönde yordadığını göstermiştir. Ek olarak, Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeğindeki beden duyuları, öz-destek ve değişimleme alt boyutlarından aldıkları puanların ise Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanlarını pozitif yönlü olarak yordadığı tespit edilmiştir.

Çalışmanın sonuçları, sağlıklı katılımcıların Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinde bulunan kendine yardım, yaklaşım ve uyum sağlama alt boyutlarından aldıkları puanların artmasıyla Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanlarının da arttığını saptamıştır. Bununla birlikte, sakınma-kaçınma ve kendine ceza alt boyutlarından aldıkları puanlarının artması halinde, Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanlarının azaldığı saptanmıştır. Ek olarak, Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeğinde bulunan farkındalık, beden duyuları, netlik, anlama, kabul, tolerans, yüzleşme hazırlanma, öz destek ve değişimleme alt boyutlarından aldıkları puanların artması halinde, Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanlarının da arttığı saptanmıştır.

Çalışmada, sağlıklı katılımcıların Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğindeki uyum alt boyutundan aldıkları puanların Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanlarını pozitif yönlü olarak yordadığı görülmüştür. Bununla birlikte, kendine ceza alt boyutundan aldıkları puanların Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanlarını negatif yönde yordadığı tespit edilmiştir. Ek olarak, Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeğindeki tolerans alt boyutundan aldıkları puanların Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanlarını pozitif yönlü olarak yordadığı tespit edilmiştir.

Öneriler

Klinisyenlere Yönelik Öneriler

Çalışma sonuçlarına bakılarak hasta bireylerin başa çıkmanın alt boyutları olan kendine yardım ve uyum sağlama konusunda sağlıklı bireylere göre eksiklikler yaşadığını söylemek mümkündür. Bu sebeple, onkoloji bölümünde görev yapmakta olan klinisyenlerin, hastalara başa çıkma tutumlarına yönelik psikoeğitim vererek başa çıkma becerilerini geliştirmeye yönelik sunumlar yapması önerilebilir. Bireylerin öncelikle başa çıkma tutumlarının ne olduğunu anlamaları ve bu tutumların geliştirebilir olduğunu bilmeleri önem arz etmektedir. Ek olarak, başa çıkma stratejilerinin geliştirilebilmesi için grup terapileri düzenlenip daha keyifli ve hayata uyarlanabilirliğini fark etmeleri açısından güncel olaylarla pratik yapıp pekiştirmeleri sağlanabilir.

Çalışma, hasta bireylerin sağlıklı bireylere göre duygu düzenleme becerileri ölçeğindeki anlama alt boyutundan düşük puanlar aldığını göstermiştir. Hasta bireylerin özellikle duyguları anlama ve adlandırmayla ilgili desteklenmeleri gerektiğini söylemek mümkündür. Klinisyenlerin, hastaların duygularını tanımlayabilmesi ve ifade edebilmesi için grup terapisi düzenlemeleri önerilir. Böyle bir grup terapisi, bireylerin aynı hastalık sürecinde yaşamış oldukları duyguları tartışabilmesine ve ifade edebilmesine olanak sağlayabilir. Ek olarak, grup içi interaktif duygu paylaşımları, duygularını adlandırmakta ya da anlamakta zorluk çeken hastalara yol gösterici olabilir.

Çalışmanın sonuçları, hasta bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyinin sağlıklı bireylere göre düşük olduğunu göstermektedir. Bu alanı desteklemek adına klinisyenlerin onkoloji hastalarına sembolik bir ücret ile terapi sağlamaları önerilir. Bununla ilgili bir platform kurularak insanların erişimi kolaylaştırılabilir. Böyle bir olanak sağlamak hastalar için teşvik edici olabilmekle birlikte maddi nedenlerden dolayı destek alamayan hastalara da yarar sağlayabilir.

Özetle, onkoloji bölümünün bulunduğu yerlerde görev yapmakta olan klinisyenlerin bu kavramlar ile ilgili ölçekleri belli aralıklarla hastalara yaparak risk altında olan alanları belirlemesi önerilir. Ayrıca, eksik kısımların belirlenmesinin ardından başa çıkma, duygu düzenleme ve psikolojik sağlamlıkla ilgili eksiklikleri

iyileştirebilmek amacıyla yapılacak girişimlerin planlanması ve gerekli psikososyal müdahalelerde bulunulması önerilir.

Klinisyenler tarafından onkoloji bölümündeki hastalarla belli periyotlarda hastalığın psikolojik etkileri üzerine grup psikoterapisi yapılması önerilir. Sürecin hem fiziksel hem de psikolojik etkileri biricik olsa da genel anlamda belli semptomlar birçok kişide mevcuttur. Bu anlamda grup psikoterapisi, kişilerin bu belirtileri yaşarken ya da hissederken yalnız olmadıklarını anlamalarına ve duygularını paylaşabilme yolunda bir rol oynayarak mevcut kavramların seviyelerinde olumlu etkiye sahip olabilir. Ayrıca, yine belli periyotlarla bu alanları desteklemeye yönelik stratejilerin anlatılması ve motivasyon konuşmasının yapılması önerilir.

Klinisyenlerin onkoloji bölümünde çalışmakta olan sağlık çalışanlarına üç kavramla ilgili bir psiko eğitim sağlanması önerilir. Gerek onkologların gerekse onkoloji hemşirelerinin de hastalarla geçirmiş oldukları vakit göz önünde bulunursa üç kavram açısından riski fark edebilmeleri olasıdır. Bu noktada verilen psiko eğitimle gözlem ve bulgu yeteneklerinin artırılması hastaların bu alanlar açısından eksikliklerinin gözden kaçabilme olasılığını düşürebilir.

Kurumlara Yönelik Öneriler

Onkoloji hastalarıyla çalışan her kurumun bünyesinde psikolog barındırması önerilir. Ayrıca, tüm onkoloji hastalarına kendi bünyelerinde bulunan psikolog veya psikiyatrist tarafından ücretsiz psikolojik destek verilmesi önerilir.

Çalışmada kullanılan başa çıkma, duygu düzenleme ve psikolojik sağlamlığın tedavi sürecinde önemli etkenler olduğu birçok çalışma da belirtilmiştir. Bu alanlarda gelişim sağlayabilmek adına kurum içinde kişilerdeki eksik kısımların belirlenmesi ve geliştirilmesi yönünde ruh sağlığı profesyonellerinin çalıştığı farklı bir birim kurulması önerilir.

Kurum tarafından onkoloji bölümünde çalışan sağlık çalışanlarına kanser ve kanserin gerek fizyolojik gerekse psikolojik etkilerine yönelik psiko eğitim verilmesi önerilir. Bu durum sağlık çalışanlarının empati düzeyinin artarak iletişimlerini

olumlu yönde etkileyebilir. Dolaylı olarakta onkoloji hastalarının iyilik halinde olumlu yönde etkiler yaratabilir.

Devlet kurumlarındaki ruh sağlığı çalışanlarına günlük hasta kotası konabilir. Bunun uygulanması bir hastaya düşen süreyi uzatmakla birlikte terapileri daha verimli hale getirebilir.

Araştırmacılara Yönelik Öneriler

Bu araştırmadaki sonuçlar; Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Onkoloji bölümünde tedavi görmekte olan 100 kanser hastasıyla 100 sağlıklı kontrolün karşılaştırılmasıyla elde edilen verilerle sınırlıdır. Bu konuyla ilgili yapılacak araştırmaların geniş bir örneklem grubuyla gerçekleştirilmesi önerilir.

Spesifik bir kanser türü üzerinden başa çıkma, duygu düzenleme ve psikolojik sağlamlık düzeyleri incelenebilir.

Literatürdeki eksiklik nedeniyle başa çıkma, duygu düzenleme ve psikolojik sağlamlığın gerek aralarındaki ilişkileri gerekse kanserin tedavisine etkileri ve yordayıcılığının incelenmesi önerilir.

Kaynakça

- Abanoz, S. (2020). Türkiye’de yapılan ‘Dinî başa Çıkma’ Konulu Araştırmalar Hakkında Bir Değerlendirme. *Eskiyeşi, 40*, 407-429.
- Acar M. (2007). *Yetişkin kanser hastalarının kansere tepkileri* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Açıkmeye, N. I. (2007). *Kanser hastalarında iç-dış kontrol odağının depresyon üzerine etkisinin araştırılması* [Doktora Tezi].
- Ağaç, M., & Üzar Özçetin, Y. S. (2021). Kanser Sürecinde Üstbilişler, Psikolojik Sağlık ve Nüks Korkusu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 13*(4), 693-706.
- Ağargün, M. Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü. K., Özer, Ö. A., & Kara, H. (2005). COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6*(4), 221-226.
- Akbulut, C. A. (2018). Depresyonun duygu düzenleme süreçlerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 21*(2).
- Aktaş, B. (2018). *Ortaokul öğrencilerinde internet ve dijital oyun bağımlılığının psikolojik sağlık ve saldırganlıkla ilişkisi* [Master's thesis].
- Akyolcu, N., Özhanlı, Y., & Kandemir, D. (2019). Meme Kanseri Güncel Gelişmeler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 6*(3), 583-594.
- Alamış, B. (2017). *Meme kanseri tanılı hastalarda hastalık algısı, anksiyete, depresyon ve eş uyumu ilişkisi: kontrollü bir çalışma* [Doctoral dissertation].
- Albucher, R. C., & Liberzon, I. (2002). Psychopharmacological treatment in PTSD: A critical review. *Journal of Psychiatric Research, 36*(6), 355-367.
- Antoni, M. H., & Goodkin, K. (1988). Host moderator variables in the promotion of cervical neoplasia—I. Personality facets. *Journal of psychosomatic research, 32*(3), 327-338.
- Artherholt, S. B., & Fann, J. R. (2011). Psychosocial care in cancer. *Current psychiatry reports, 14*(1), 23-29.
- Arefpour, A. M., Shojaei, F. S., Hatami, M., & Mahdavi, H. (2020). Prediction of resilience based on cognitive regulation of emotion and guilty feeling in women with breast cancer. *Quarterly of Applied Psychology, 13*(4), 509-526.

- Ateşçi, F. Ç., Oğuzhanoğlu, N. K., Baltalarlı, B., Karadağ, F., Özdel, O., & Karagöz, N. (2003). Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *14*(2), 145-152.
- Atıcı, E. (2007). Tıp tarihinde kanser ve lösemi. *Türk onkoloji dergisi*, *22*(4), 197-204.
- Aydoğan, Ü., Doğaner, Y. Ç., Sağlam, K., Kömürcü, Ş., Öztürk, B., Borazan, E., Özet, A., & Koçak, N. (2012). Relationship between depression and anxiety levels and attitudes of coping with disease in cancer patients. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, *16*(2), 55-60.
- A'zami, Y., Doostian, Y., Mo'tamedi, A., Massah, O., & Heydari, N. (2015). Dysfunctional Attitudes and Coping Strategies in Substance Dependent and Healthy Individuals. *Iranian Rehabilitation Journal*, *13*(1), 51-55.
- Baghjari, F., Saadati, H., & Esmailinasab, M. (2017). The relationship between cognitive emotion-regulation strategies and resiliency in advanced patients with cancer. *International Journal of Cancer Management*, *10*(10), e7443.
- Baghjari, F., Saadati, H., & Hazini, A. (2016). *The relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Resilience in women with advanced breast cancer referred to palliative care medicine unit*. Iranian International Conference on Women's Health.
- Bahar, A. (2007). Kanser Hastalarına Psikososyal Yaklaşım. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *10*(1), 105-111.
- Bailey, R., Geyen, D., Scott-Gurnell, K., Hipolito, M., Bailey, T., & Beal, J. (2005). Understanding and treating depression among cancer patients. *International Journal of Gynecological Cancer*, *15*(2), 203-208.
- Barentsz, J., Takahashi, S., Oyen, W., Mus, R., De Mulder, P., Reznik, R., Oudkerk, M., & Mali, W. (2006). Commonly used imaging techniques for diagnosis and staging. *Journal of Clinical Oncology*, *24*(20), 3234-3244.
- Başkale, H. (2016). Nitel araştırmalarda geçerlik, güvenilirlik ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, *9*(1), 23-28.
- Başol, İ., Özoglu, E., Ozan, N. H., Nergis, A., Hancı, D., Göksel, Ö., Güzelant, A. F., & Göksel, T. (2016). Akciğer kanserli hastaya tanısı söylenmeli mi? *Ege Tıp Dergisi*, *55*(1), 20-25.

- Bayık, A. (1989). Kanser Epidemiyolojisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5(3), 58-71.
- Baykara, O. (2016). Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 154-165.
- Baziliansky, S., & Cohen, M. (2020). Emotion regulation and psychological distress in cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Stress and Health*, 37(1), 3-18.
- Bedell, C. H. (2003). A changing paradigm for cancer treatment: The advent of new oral chemotherapy agents. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 7(0), 5-9.
- Bektaş, E. (2017). *Meme Kanseri Hücrelerine mTOR Antisent Oligonükleotitlerini Hedefleyecek Transferrin Kaplanmış Altın Nanopartiküllerin Tasarımı Sentezi ve Uygulanması* [Yüksek Lisans Bitirme Tezi].
- Berking, M., & Znoj, H. (2008). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56(2), 141-153.
- Brandão, T., Tavares, R., Schulz, M. S., & Matos, P. M. (2016). Measuring emotion regulation and emotional expression in breast cancer patients: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 43, 114-127.
- Braš, M. (2008). Epidemiology and clinical pictures of the most common psychiatric disorders in oncology. U: Gregurek R, Braš M. *Psihoonkologija*. Osijek: Grafika.
- Braš M. (2009). Antidepressants in the treatment of chronic pain, oncology and palliative medicine. U: Mihaljević-Peješ A, Šagud M. *Antidepresivi u kliničkoj praksi*, Zagreb, Medicinska naklada.
- Bridges, L. J., Denham, S. A., & Ganiban, J. M. (2004). Definitional issues in emotion regulation research. *Child Development*, 75(2), 340-345.
- Brierley, J., Gospodarowicz, M., & O'Sullivan, B. (2016). The principles of cancer staging. *Ecancermedicalscience*, 10.
- Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 591-612.

- Borneman, T., Chu, D. Z., Wagman, L., Ferrell, B., Juarez, G., McCahill, L. E., & Uman, G. (2003). Concerns of family caregivers of patients with cancer facing palliative surgery for advanced malignancies. *Oncology Nursing Forum*, 30(6), 997-1005.
- Bronson, M. B. (2000). *Self-Regulation in Early Childhood: Nature and Nurture*. The Guilford Press.
- Brunault, P., Champagne, A., Huguet, G., Suzanne, I., Senon, J., Body, G., Rusch, E., Magnin, G., Voyer, M., Réveillère, C., & Camus, V. (2015). Major depressive disorder, personality disorders, and coping strategies are independent risk factors for lower quality of life in non-metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 25(5), 513-520.
- Buckner, J. C., Mezzacappa, E., & Beardslee, W. R. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development and Psychopathology*, 15(1), 139-162.
- Burke, H. B. (2004). Outcome prediction and the future of the TNM staging system. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*, 96(19), 1408-1409.
- Bush, N. J., & Linda M. Gorman, R. (2018). The Psychosocial Impact of Cancer on the Individual, Family, and Society. In *Psychosocial nursing care along the cancer continuum* (3rd ed., pp. 3-23). Oncology Nursing Society.
- Cacciatore, J. (2007). Effects of support groups on post traumatic stress responses in women experiencing stillbirth. *OMEGA- Journal of Death and Dying*, 55(1), 71-90.
- Campos, J. J., Mumme, D., Kermoian, R., & Campos, R. G. (1994). A functionalist perspective on the nature of emotion. *The Japanese Journal of Research on Emotions*, 2(1), 1-20.
- Cancer staging*. (2015). National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/staging>
- Cancer Symptoms*. (2002, March). WebMD. <https://www.webmd.com/cancer/guide/understanding-cancer-symptoms>
- Carlson, L. E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., ... & Bultz, B. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British journal of cancer*, 90(12), 2297-2304.

- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(2), 267-283.
- Chang, E. M., Bidewell, J. W., Huntington, A. D., Daly, J., Johnson, A., Wilson, H., Lambert, V. A., & Lambert, C. E. (2007). A survey of role stress, coping and health in Australian and New Zealand hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies, 44*(8), 1354-1362.
- Chida, Y., Hamer, M., Wardle, J., & Steptoe, A. (2008). Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nature Clinical Practice Oncology, 5*(8), 466-475.
- Cicchetti, D., Ganiban, J., & Barnett, D. (1991). Contributions from the study of high-risk populations to understanding the development of emotion regulation. *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation, 15-48*.
- Cihandide, G. (2013). *Kanser hastalarında zaman perspektifi ve sosyal destek algısının sosyo-demografik değişkenler eşliğinde incelenmesi* [Yüksek Lisans Bitirme Tezi].
- Cohen, L., & Manion, L. (1994). The interview. *Cohen L. & Manion L. Research Methods in Education: Fourth Edition, London: Routledge*.
- Collins, S. (2007). Social workers, resilience, positive emotions and optimism. *Practice, 19*(4), 255-269.
- Conley, C., Bishop, B., & Andersen, B. (2016). Emotions and emotion regulation in breast cancer survivorship. *Healthcare, 4*(3), 56.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., & Lee, L. (2003). Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: A community survey. *Journal of Traumatic Stress, 16*(5), 487-494.
- Czerw, A., Religioni, U., & Deptała, A. (2015). Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in breast cancer patients. *Breast Cancer, 23*(4), 654-661.
- Çaparlar, C. Ö., & Dönmez, A. (2016). Bilimsel Araştırma Nedir, Nasıl Yapılır? *Turk J Anaesthesiol Reanim, 44*, 212-218.
- Çetin, A. (2013). *Kanser Tedavisinde Yeni Yaklaşımlar* [Yüksek Lisans Bitirme Tezi].

- Çevik, A. (1996). *Psikosomatik bozukluklar In Onkolojik Hastalıkların Psikosomatik Yönü*. Hekimler Yayın Birliği.
- Çolak, B., Kokurcan, A., & Hüseyin, H. Ö. (2010). DSM'ler boyunca travma kavramının seyri. *Kriz Dergisi*, 18(3), 19-26.
- Demir, Ç. (2018). *Üniversite çalışanlarının psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve stresle baş etme tarzlarının incelenmesi* [Yüksek Lisans Bitirme Tezi].
- Demirel, A. C. (2015). *Genç kanser hastalarının sosyal destek düzeyleri ve yaşam doyumunu* [Yüksek Lisans Bitirme Tezi].
- Desai, J. P., & Maustarah, F. (2021). *Peritoneal Metastasis*. In StatPearls.
- Diagnosis of cancer- Cancer - MSD manual consumer version*. (2020). MSD Manual Consumer Version. <https://www.msmanuals.com/home/cancer/overview-of-cancer/diagnosis-of-cancer>
- Dicle, A. N., & Ersanlı, K. (2015). Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin Türkçeye Uyarlama Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(16), 111-126.
- Didarian, R. (2017). *Antikor Taşıyan Nanopartiküller Kullanarak Hipertermi ile Tümör Dokusunun Tedavisi* [Doktora Tezi].
- Doruk, A., Çelik, C., Özdemir, B., & Özşahin, A. (2008). Uyum bozukluğu ve yaşam olayları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(4), 197-202.
- Dryman, M. T., & Heimberg, R. G. (2018). Emotion regulation in social anxiety and depression: A systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical Psychology Review*, 65, 17-42.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2021, March 26). *Breast cancer*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- Dünya Sağlık Örgütü. (2017). *Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri*. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/383985/turkey-risk-factors-tur.pdf
- Durmaz, T. (2016). *Kanser teşhisine yönelik elektrokimyasal impedans temelli biyosensör geliştirilmesi* [Master's thesis].
- Eminoğlu, Z., & Erden Çınar, S. (2020). Bilişsel Davranışçı Temelli psiko-eğitim Programının Psikolojik Dayanıklılık ve Duygu Düzenleme Üzerindeki Etkisi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 1-1.

- Eskin, M., Akoğlu, A., & Uygur, B. (2006). Ayaktan Tedavi Edilen Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yaşam Olayları ve Sorun Çözme Becerileri: İntihar Davranışıyla İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 266-275.
- Fagundes, C. P., Murray, D. M., Hwang, B. S., Gouin, J., Thayer, J. F., Sollers, J. J., Shapiro, C. L., Malarkey, W. B., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2011). Sympathetic and parasympathetic activity in cancer-related fatigue: More evidence for a physiological substrate in cancer survivors. *Psychoneuroendocrinology*, 36(8), 1137-1147.
- Fernandez-Ballesteros, R., Ruiz, M. A., & Garde, S. (1998). Emotional expression in healthy women and those with breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 3(1), 41-50.
- Fidaner, C. (2007). *Kanserde erken yakalama: Erken tanı ve taramalar*. Türkiye’de Kanser Kontrolü içinde Ed: AM Tuncer, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 319-32.
- Figen, F. (2010). *Kanserli Hastalarda Farmakoekonomi Çalışmaları* [Yüksek Lisans Bitirme Tezi].
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839-852.
- Freedman, T. G. (1994). Social and cultural dimensions of hair loss in women treated for breast cancer. *Cancer Nursing*, 17(4), 334-341.
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary Alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 337-345.
- Frydenberg, E. (2017). The utility of coping when considering resilience. *Coping and the Challenge of Resilience*, 29-45.
- Gemalmaz, A., & Avşar, G. (2015). Cancer diagnosis and after experiences: A qualitative study. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(2), 93-98.
- Gençöz, F., Gençöz, T., & Bozo, Ö. (2006). Hierarchical dimensions of coping styles: A study conducted with Turkish university students. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 34(5), 525-534.
- Giacomo, D. D., Cannita, K., Ranieri, J., Cocciolone, V., Passafiume, D., & Ficorella, C. (2016). Breast cancer and psychological resilience among young women. *Journal Psychopathology*, 22(3), 191-195.

- Gizir, C. (2007). Psikolojik Sağlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Üzerine Bir Derleme Çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(28), 113-128.
- Gözükan, G. (2021). *Kanser hastalarında psikolojik faktörlerin tedavi uyumuna etkileri* [Yüksek Lisans Bitirme Tezi].
- Greenberg, D.B. (1998). *Radiotherapy*. In J.C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 269–276). New York: Oxford University Press.
- Gregurek, (2008). R. Psychosocial aspects of oncological diseases. U: Gregurek R, Braš M. *Psihonkologija*. Osijek: Grafika.
- Gregurek, R., Braš, M., Đorđević, V., Ratković, A. S., & Brajković, L. (2010). Psychological Problems of Patients with Cancer. *Psychiatria Danubina*, 22(2), 227-230.
- Grolnick, W.S., McMenemy, J.M., & Kurowski, C.O. (2003). *Emotional selfregulation in infancy and toodlerhood*. In L. Balter & C.S. Tamis-LeMonda (Eds.). *Child Psychology: A handbook of contemporary issues*, pp. 3-22. New York: Psychology Press.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- Gross, J. J., & Feldman Barrett, L. (2011). Emotion generation and emotion regulation: One or two depends on your point of view. *Emotion Review*, 3(1), 8-16.
- Gross, J. J., Uusberg, H., & Uusberg, A. (2019). Mental illness and well-being: An affect regulation perspective. *World Psychiatry*, 18(2), 130-139.
- Guimond, A., Ivers, H., & Savard, J. (2018). Is emotion regulation associated with cancer-related psychological symptoms? *Psychology & Health*, 34(1), 44-63.
- Güçlü, A. (2009). *Sekinci sınıf öğrencilerinin sınav sırasındaki duygu düzenleme stratejileri: Cinsiyet, bilişsel değerlendirme süreçleri, akademik öz-yeterlik ve sınav kaygısının rolü* [Yüksek Lisans Bitirme Tezi].
- Güran, Ş. (2005). Kanserden korunma. *Gülhane Tıp Dergisi*, 47, 324-326.
- Gürel, D. K. (2007). *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Onkoloji, Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi* [Yüksek Lisans Bitirme Tezi].

- Güleç, G., & Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 343-367.
- Haase, J. E., Kintner, E. K., Monahan, P. O., & Robb, S. L. (2014). The resilience in illness model, Part 1. *Cancer Nursing*, 37(3), E1-E12.
- Haksever, M. (2013). Oral Kavite Kanserlerinde Evreleme, Prognostik Faktörler ve Evreleme Sistemi Üzerine Değerlendirmeler. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 14(2), 109-117.
- Haktanir, A., Lenz, A. S., Can, N., & Watson, J. C. (2016). Development and evaluation of Turkish language versions of three positive psychology assessments. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 38(4), 286-297.
- Hefferon, K., & Boniwell, I. (2013). Positive psychology. *Applied Psychology: Research, Training and Practice*, 185-197.
- Hintistan, S. (2012). Aleksitimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4), 333-346.
- Hyer, J. D., & Silvestri, G. (2000). Diagnosis and staging of lung cancer. *Clinics in Chest Medicine*, 21(1), 95-106.
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M., & Buck, R. (2005). The relation between negative emotional suppression and emotional distress in breast cancer diagnosis and treatment. *Health Communication*, 18(3), 201-215.
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M., & Buck, R. (2005). Anxiety, emotional suppression, and psychological distress before and after breast cancer diagnosis. *Psychosomatics*, 46(1), 19-24.
- İşsever, H., İşsever, T., & Öztan, G. (2020). COVID-19 Epidemiyolojisi. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*, 3(1), S1-13.
- İzçınar, T. (2018). *Benlik farklılaşmasının ruminatif düşünce biçimleri ve duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkisinin incelenmesi* [Yüksek Lisans Bitirme Tezi].
- İzmirli, M. (2010). *Prostat Kanserinin Elac2 ve Srd5a2 Genlerindeki Polimorfizmler ile İlişkisinin Araştırılması* [Doktora Tezi].
- Jacobsen, P.B., Roth, A.J., & Holland, J.C. (1998). Surgery. In J.C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 257–268). New York: Oxford University Press.

- Jones, E., & Wessely, S. (2007). A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *Journal of Anxiety Disorders, 21*(2), 164-175.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology, 9*(3), 262-280.
- Kaba, İ. (2019). Stres, Ruh Sağlığı ve Stres Yönetimi: Güncel Bir Gözden Geçirme. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi, 73*, 63-81.
- Kadan-Lottick, N. S., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Zhang, B., & Prigerson, H. G. (2005). Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. *Cancer, 104*(12), 2872-2881.
- Kararımak, Ö. (2006). Psikolojik Sağlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3*(26), 129-142.
- Karakartal, D. (2018). Kanser Hastalarının Yaşadıkları Psiko-Sosyal Sorunların İncelenmesi. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi, 4*(9), 48-62.
- Kashdan, T. B., Morina, N., & Priebe, S. (2009). Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo war: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(2), 185-196.
- Kavradım, S. T. (2011). *Kanserli hastaların umut ve başetme düzeylerinin belirlenmesi* [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Akdeniz Üniversitesi.
- Kennedy-Moore, E., & Watson, J. C. (2001). How and when does emotional expression help? *Review of General Psychology, 5*(3), 187-212.
- Khorshida, L., & Günay İsmailoğlu, E. (2016). Baş-Boyun Kanserli Hastaların Stresle Baş Etme Tarzları ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi, 8*(4), 288-296.
- Knobf, M.T. (1998). Chemotherapy. In J.C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 277-288). New York: Oxford University Press.
- Koçak, R. (2002). Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 35*(1), 183-212.
- Koç, G. G. (2020). *Bilişsel esneklik ve psikolojik dayanıklılık ile stresle başa çıkma arasındaki ilişkinin incelenmesi* [Yüksek Lisans Bitirme Tezi].

- Kogan, A. V., Allen, J. J., & Weihs, K. L. (2012). Cardiac vagal control as a prospective predictor of anxiety in women diagnosed with breast cancer. *Biological Psychology, 90*(1), 105-111.
- Kokurcan, A., & Özsan Hüseyin, H. (2012). Travma kavramının psikiyatri tarihindeki seyri. *Kriz Dergisi, 20*(1), 19-24.
- Konkan, R., Erkuş, G. H., Güçlü, O., Şenormancı, Ö., Aydın, E., Ülgen, M. C., & Sungur, M. Z. (2014). İntihar Girişiminde Bulunan Kişilerde Basa Çıkma Tutumları. *Nöro Psikiyatri Arşivi, 51*(1), 46-51.
- Krause, N., Shaw, B. A., & Cairney, J. (2004). A descriptive epidemiology of lifetime trauma and the physical health status of older adults. *Psychology and Aging, 19*(4), 637-648.
- Lam, W. W., Yoon, S. W., Sze, W. K., Ng, A. W., Soong, I., Kwong, A., Suen, D., Tsang, J., Yeo, W., Wong, K. Y., & Fielding, R. (2016). Comparing the meanings of living with advanced breast cancer between women resilient to distress and women with persistent distress: A qualitative study. *Psycho-Oncology, 26*(2), 255-261.
- Lampic, C., Von Essen, L., Peterson, V. W., Larsson, G., & Sjöden, P. O. (1996). Anxiety and depression in hospitalized patients with cancer: Agreement in patient-staff dyads. *Cancer Nursing, 19*(6), 419-428.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology, 44*(1), 1-22.
- Lepore, S. J., & Coyne, J. C. (2006). Psychological interventions for distress in cancer patients: A review of reviews. *Annals of Behavioral Medicine, 32*(2), 85-92.
- Li, L., Zhu, X., Yang, Y., He, J., Yi, J., Wang, Y., & Zhang, J. (2015). Cognitive emotion regulation: Characteristics and effect on quality of life in women with breast cancer. *Health and Quality of Life Outcomes, 13*(1), 1-10.
- Lutgendorf, S. K., Sood, A. K., Anderson, B., McGinn, S., Maseri, H., Dao, M., Sorosky, J. I., De Geest, K., Ritchie, J., & Lubaroff, D. M. (2005). Social support, psychological distress, and natural killer cell activity in ovarian cancer. *Journal of Clinical Oncology, 23*(28), 7105-7113.

- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*(3), 543-562.
- Macía, P., Gorbeña, S., Barranco, M., Alonso, E., & Iraurgi, I. (2020). Role of resilience and emotional control in relation to mental health in people with cancer. *Journal of Health Psychology, 27*(1), 211-222.
- Macía, P., Barranco, M., Gorbeña, S., Álvarez-Fuentes, E., & Iraurgi, I. (2021). Resilience and coping strategies in relation to mental health outcomes in people with cancer. *Plus One, 16*(5), e0252075.
- Macía, P., Barranco, M., Gorbeña, S., & Iraurgi, I. (2020). Expression of resilience, coping and quality of life in people with cancer. *Plos One, 15*(7), e0236572.
- Maddi, S. R., & Hightower, M. (1999). Hardiness and optimism as expressed in coping patterns. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research, 51*(2), 95-105.
- Mak, W. W., Ng, I. S., & Wong, C. C. (2011). Resilience: Enhancing well-being through the positive cognitive triad. *Journal of Counseling Psychology, 58*(4), 610-617.
- Ma, L., Chang, H., Liu, Y., Hsieh, H., Lo, L., Lin, M., & Lu, K. (2013). The relationship between health-promoting behaviors and resilience in patients with chronic kidney disease. *The Scientific World Journal, 2013*, 1-7.
- Markovitz, S. E., Schrooten, W., Arntz, A., & Peters, M. L. (2015). Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psycho-Oncology, 24*(12), 1639-1645.
- Marziliano, A., Tuman, M., & Moyer, A. (2020). The relationship between post-traumatic stress and post-traumatic growth in cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology, 29*(4), 604-616.
- Matzka, M., Mayer, H., Köck-Hódi, S., Moses-Passini, C., Dubey, C., Jahn, P., Schneeweiss, S., & Eicher, M. (2016). Relationship between resilience, psychological distress and physical activity in cancer patients: A cross-sectional observation study. *Plos One, 11*(4), e0154496.

- Melhem-Bertrandt, A., Chavez-MacGregor, M., Lei, X., Brown, E. N., Lee, R. T., Meric-Bernstam, F., Sood, A. K., Conzen, S. D., Hortobagyi, G. N., & Gonzalez-Angulo, A. (2011). Beta-blocker use is associated with improved relapse-free survival in patients with triple-negative breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *29*(19), 2645-2652.
- Miaskowski, C. (2016). Future directions in symptom cluster research. *Seminars in Oncology Nursing*, *32*(4), 405-415.
- Minagawa, H., Uchitomi, Y., Yamawaki, S., & Ishitani, K. (1996). Psychiatric morbidity in terminally III cancer patients: A prospective study. *Cancer*, *78*(5), 1131-1137.
- Min, J., Yoon, S., Lee, C., Chae, J., Lee, C., Song, K., & Kim, T. (2013). Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, *21*(9), 2469-2476.
- Mizuno, Y., Wartelsteiner, F., & Frajo-Apor, B. (2016). Resilience research in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, *29*(3), 218-223.
- Moore, R. C., Straus, E., & Campbell, L. M. (2020). Stress, mental health, and aging. *Handbook of Mental Health and Aging*, 37-58.
- Moreno-Smith, M., Lutgendorf, S. K., & Sood, A. K. (2010). Impact of stress on cancer metastasis. *Future Oncology*, *6*(12), 1863-1881.
- Murray, C. (2003). Risk factors, protective factors, vulnerability, and resilience. *Remedial and Special Education*, *24*(1), 16-26.
- Nakatani, Y., Iwamitsu, Y., Kuranami, M., Okazaki, S., Shikanai, H., Yamamoto, K., Watanabe, M., & Miyaoka, H. (2014). The relationship between emotional suppression and psychological distress in breast cancer patients after surgery. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, *44*(9), 818-825.
- Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Fishbein, J. N., Eusebio, J., Stagl, J. M., Gallagher, E. R., Park, E. R., Jackson, V. A., Pirl, W. F., Greer, J. A., & Temel, J. S. (2016). The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *Cancer*, *122*(13), 2110-2116.
- Ntalianis, F. (2010). Do personality and learning climate predict competence for learning? An investigation in a Greek academic setting. *Learning and Individual Differences*, *20*(6), 664-668.

- Okanlı, A., Karabulutlu, E., Asi Karakaş, S., Şahin Altun, Ö., & Yıldırım, N. (2018). Alexithymia and perception of illness in patients with cancer. *European Journal of Cancer Care*, 27(3), e12839.
- Onitilo, A. A., Nietert, P. J., & Egede, L. E. (2006). Effect of depression on all-cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. *General Hospital Psychiatry*, 28(5), 396-402.
- Oylar, Ö., & Tekin, İ. (2011). Kanserin teşhis ve tedavisinde nanoteknolojinin önemi. *Uludağ Üniversitesi Mühendislik Dergisi*, 16(1), 147-154.
- Oygür, T. (2020). *Kanser ve doğal katil hücreler*. Bilim ve Ütopya | Aylık Bilim, Kültür ve Politika Dergisi.
- Ötünçtemur, A., & Kahraman, F. Ç. (2020). Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ile Depresyon ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutumlar Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *İstanbul Kent Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*, 1(2), 50-74.
- Özer, E. (2016). Temel Benlik Değerlendirmesi, Basa Çıkma Stratejileri ve Psikolojik Sağlamlık. *Journal of Turkish Studies*, 11(14), 587-606.
- Özgen, F., & Aydın, H. (1999). Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 1, 34-41.
- Özgüven, H. D., & Ünlüoğlu, C. (1998). Kanser hastaları ve yakınlarında psikiyatrik morbidite. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 6(3), 196-206.
- Özhan, E. (2019). *Kanser hastalarının yakınlarının psiko-sosyal durumlarının değerlendirilmesi: Eyüpsultan Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi örneği* [Yüksek Lisans Bitirme Tezi].
- Özkan, S. (1993). Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*. İstanbul: Roche Yayınları.
- Öztürk, H. (2019). *Üniversite öğrencilerinde duygu düzenleme stratejileri ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkinin incelenmesi* [Yüksek Lisans Bitirme Tezi].
- Palesh, O., Zeitzer, J. M., Conrad, A., Giese-Davis, J., Mustian, K. M., Popek, V., Nga, K., & Spiegel, D. (2008). Vagal regulation, cortisol, and sleep disruption in women with metastatic breast cancer. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 4(5), 441-449.

- Park, S. K., Park, H., & Lee, J. (2020). Understanding the public's emotions about cancer: Analysis of social media data. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7160.
- Peh, C. X., Kua, E. H., & Mahendran, R. (2015). Hope, emotion regulation, and psychosocial well-being in patients newly diagnosed with cancer. *Supportive Care in Cancer*, 24(5), 1955-1962.
- Perişan, N. (2018). *Kaygı, psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma yolları arasındaki ilişki: Üst bilişin aracı rolü* [Doktora Tezi].
- PDQ (2019). Supportive and Palliative Care Editorial Board. Cancer-Related Post-traumatic Stress (PDQ®): Patient Version. 2019 Jul 9. In: PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65936/>.
- Philip, E. J., Merluzzi, T. V., Zhang, Z., & Heitzmann, C. A. (2012). Depression and cancer survivorship: Importance of coping self-efficacy in post-treatment survivors. *Psycho-Oncology*, 22(5), 987-994.
- Prieto, J. M., Atala, J., Blanch, J., Carreras, E., Rovira, M., Cirera, E., Espinal, A., & Gasto, C. (2005). Role of depression as a predictor of mortality among cancer patients after stem-cell transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, 23(25), 6063-6071.
- Psychological stress and cancer*. (2012). National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/feelings/stress-fact-sheet>
- Portello, J. Y., & Long, B. C. (2001). Appraisals and coping with workplace interpersonal stress: A model for women managers. *Journal of Counseling Psychology*, 48(2), 144-156.
- Post-Traumatic Stress Disorder* (2020). National Institute of Mental Health. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd>.
- Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques, C., & Robaye, E. (1990). Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *British Journal of Psychiatry*, 156(1), 79-83.
- Richards, J. M., & Gross, J. J. (2000). Emotion regulation and memory: The cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(3), 410-424.

- Richardson, G. E., Neiger, B. L., Jensen, S., & Kumpfer, K. L. (1990). The resiliency model. *Health Education, 21*(6), 33-39.
- Richmond, S., Hasking, P., & Meaney, R. (2015). Psychological distress and non-suicidal self-injury: The mediating roles of rumination, cognitive reappraisal, and expressive suppression. *Archives of Suicide Research, 21*(1), 62-72.
- Rosen, R. D., & Sapra, A. (2021). TNM classification. StatPearls. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553187/>.
- Rutten, B. P., Hammels, C., Geschwind, N., Menne-Lothmann, C., Pishva, E., Schruers, K., Den Hove, D., Kenis, G., Os, J., & Wichers, M. (2013). Resilience in mental health: Linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 128*(1), 3-20.
- Rydell, A., Berlin, L., & Bohlin, G. (2003). Emotionality, Emotion Regulation, and Adaptation Among 5-to 8-Year-Old Children. *Emotion, 3*(1), 30-47.
- Safrancı, B. (2010). *The association between metacognitions and psychological symptoms: moderator role of coping strategies* [Yüksek Lisans Bitirme Tezi].
- Salihoğlu, H. N. (2021). *Başa çıkma tutumları, belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişki: Covid-19 sürecine özgü bir çalışma* [Yüksek Lisans Bitirme Tezi].
- Schnoll, R. A., Harlow, L. L., Stolbach, L. L., & Brandt, U. (1998). A structural model of the relationships among stage of disease, age, coping, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology, 7*(2), 69-77.
- Schutz, P. A., Hong, J. Y., Cross, D. I., & Osbon, J. N. (2006). Reflections on investigating emotion in educational activity settings. *Educational Psychology Review, 18*(4), 343-360.
- Seçim, G. (2020). Bilişsel Esneklik ve Duygu Düzenleme Özelliklerinin Psikolojik Sağlık Üzerine Etkisi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi, 18*(2), 505-524.
- Seegerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin, 130*(4), 601-630.
- Seiler, A., & Jenewein, J. (2019). Resilience in cancer patients. *Frontiers in Psychiatry, 5*(10), 208.

- Seto, M., Honma, K., & Nakagawa, M. (2010). Diversity of genome profiles in malignant lymphoma. *Cancer Science, 101*(3), 573-578.
- Sevim, E. (2018). *Kemoterapi alan kanser hastalarının psikolojik dayanıklılık ve umut düzeylerinin incelenmesi* [Doktora Tezi].
- Shelby, R. A., Golden-Kreutz, D. M., & Andersen, B. L. (2005). Mismatch of posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms and DSM-IV symptom clusters in a cancer sample: Exploratory factor analysis of the PTSD checklist-civilian version. *Journal of Traumatic Stress, 18*(4), 347-357.
- Siegel, R., Naishadham, D., & Jemal, A. (2013). Cancer statistics, 2013. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 63*(1), 11-30.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology, 58*(1), 119-144.
- Smith, A. B., Butow, P., Olver, I., Lockett, T., Grimison, P., Toner, G. C., Stockler, M. R., Hovey, E., Stubbs, J., Turner, S., Hruby, G., Gurney, H., Alam, M., Cox, K., & King, M. T. (2015). The prevalence, severity, and correlates of psychological distress and impaired health-related quality of life following treatment for testicular cancer: A survivorship study. *Journal of Cancer Survivorship, 10*(2), 223-233.
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine, 15*(3), 194-200.
- Spiegel, D., & Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: Mechanisms and disease progression. *Biological Psychiatry, 54*(3), 269-282.
- Spiers, T. (2001). *Trauma: A practitioner's guide to counselling*. East Sussex: Brunner Routledge.
- Stark, D. P., & House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer, 83*(10), 1261-1267.
- Stein, K. D., Syrjala, K. L., & Andrykowski, M. A. (2008). Physical and psychological long-term and late effects of cancer. *Cancer, 112*(S11), 2577-2592.
- Subaşı, D. (2010). *Kanser ağrısı deneyimleyen hastaların yaşam kalitesi ve baş etme tutumlarının değerlendirilmesi* [Yüksek Lisans Bitirme Tezi].
- Sürme, Y. (2019). Stres, Stresle İlişkili Hastalıklar ve Stres Yönetimi. *Journal of International Social Research, 12*(64), 525-529.

- Şahin, H., Kocamaz, D., & Yıldırım, M. (2020). Kanser sürecinde psikolojik sorunlar ve psiko-onkoloji. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 2(3), 136-141.
- Şengül, S., & Baykan, H. (2013). Zihinsel Engelli Çocukların Annelerinde Depresyon, Anksiyete ve Stresle Başa Çıkma Tutumları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 14(1), 30-39.
- Şentepe, A. (2009). *Yaşlılık döneminde temel problemler ve dini başa çıkma* [Doktora Tezi].
- Şirin, G. (2007). *Öğretmenlerin duygusal zekâ düzeyleriyle stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki*. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi].
- Tamagawa, R., Giese-Davis, J., Specia, M., Doll, R., Stephen, J., & Carlson, L. E. (2012). Trait mindfulness, repression, suppression, and self-reported mood and stress symptoms among women with breast cancer. *Journal of Clinical Psychology*, 69(3), 264-277.
- Taşcı, S., Ünal, A., & Üstünbaş, H. B. *Kemoterapi Alan Hastalara Yan Etkilere Yönelik Eğitim Verilmesi*. 4. Türk Kemoterapi Kongresi, 29-31 Ekim 1992, Bursa.
- Tavil, A. (1996). *Kanserli hastalarda psikiyatrik morbidite* [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi.
- Tavlı, F., & Ünsal, G. (2016). Fabrika Çalışanlarının Stres Kaynakları ve Stresle Başa Çıkma Tutumlarının Değerlendirilmesi. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*, 2(1), 9-15.
- Tavoli, A., Mohagheghi, M. A., Montazeri, A., Roshan, R., Tavoli, Z., & Omidvari, S. (2007). Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: Does knowledge of cancer diagnosis matter? *BMC Gastroenterology*, 7(1), 1-6.
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer surveys*, 6(3), 545-567.
- Tian, J., & Hung, J. S. (2014). Assessment of the relationship between resilience and quality of life in patients with digestive cancer. *World Journal of Gastroenterology*, 20(48), 18439.
- Tice, D. M., & Bratslavsky, E. (2000). Giving in to feel good: The place of emotion regulation in the context of general self-control. *Psychological Inquiry*, 11(3), 149-159.

- Tokgöz, G., Yaluğ, İ., Özdemir, S., Yazıcı, A., Uygun, K., & Aker, T. (2008). Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 59-66.
- Tulimat, M. (2020). *Nanotaşıyıcı sistemlere yüklenmiş paklitakselin insan servikal kanser hücreleri üzerine sitotoksik etki ve bazı genlerin ekspresyon profillerinin belirlenmesi* [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi].
- Tuncay, T. (2009). Genç Kanser Hastalarının Hastalık Anlatılarının Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 20(2), 69-88.
- Tuncay, T. (2010). Kanserle Başetmede Destek Grupları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(1), 59-71.
- Turan, A. H. (1992). *Kanser hastalarında anksiyete, depresyon, uyum güclüğü prevalansı ve bunların psiko-sosyal durumla ilişkisinin incelenmesi* [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi.
- Turan, N., Kaya, N., Ülgen, S., Bolol, N., & İşçi, Ç. (2019). Kanserli Bireylerin Olumsuz Duygudurumu Düzenleme Beklentileri. *Journal of Contemporary Medicine*, 9(1), 80-84.
- Ülger, E., Alacacıoğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L., & Tarhan, M. O. (2014). Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2), 85.
- Ünal, A. (1997). *Klinik Cerrahi Onkoloji* (1st ed.). Türkiye Klinikleri Yayınları.
- Varıncıer, Ş. E. (2019). *Yetişkin psikolojik sağlamlığı üzerine bir inceleme: Algılanan ebeveyn tutumu, kontrol odağı, algılanan sosyal destek ve stresle başa çıkma stilleri* [Yüksek Lisans Bitirme Tezi].
- Vatan, S., & Kahya, Y. O. (2017). Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(2), 192-201.
- Vella, S., & Pai, N. (2019). A theoretical review of psychological resilience: Defining resilience and resilience research over the decades. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 7(2), 233.
- Vodermaier, A., Linden, W., & Siu, C. (2009). Screening for emotional distress in cancer patients: A systematic review of assessment instruments. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*, 101(21), 1464-1488.

- Vulpe, A., & Dafinoiu, I. (2012). Positive emotions, coping strategies and ego-resiliency: A mediation model. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 33, 308-312.
- Walker, B. L., Nail, L. M., Larsen, L., Magill, J., & Schwartz, A. (1996). Concerns, affect, and cognitive disruption following completion of radiation treatment for localized breast or prostate cancer. *In Oncology Nursing Forum*, 23(8), 1181-1187.
- Wang, Y., Yi, J., He, J., Chen, G., Li, L., Yang, Y., & Zhu, X. (2013). Cognitive emotion regulation strategies as predictors of depressive symptoms in women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 23(1), 93-99.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. Cornell University Press.
- What Causes Cancer?* (n.d.). Stanford Health Care. <https://stanfordhealthcare.org/medical-conditions/cancer/cancer/cancer-causes.html>
- Wingo, A. P., Baldessarini, R. J., & Windle, M. (2015). Coping styles: Longitudinal development from ages 17 to 33 and associations with psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 225(3), 299-304.
- Wong, P. T., Wong, L. C., & Scott, C. (2006). Beyond stress and coping: The positive psychology of transformation. *Handbook of Multicultural Perspectives on Stress and Coping*, 1-26.
- Wright, M. O., Masten, A. S., & Narayan, A. J. (2012). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. *Handbook of Resilience in Children*, 15-37.
- Yalçın, Y. (2015). *Meme kanseri tanısı almış hastaların teşhisten önce stresli yaşam olaylarıyla karşılaşma durumları ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin belirlenmesi* [Yüksek Lisans Bitirme Tezi].
- Yılmaz, B. (2017). *Kanser Hastalarında Depresyon ile Psikolojik Sağlık Arasındaki İlişkide Üstbilişsel İşlevlerin Rolü* [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Haliç Üniversitesi.
- Yokuş, B., & Çakır, D. Ü. (2012). Kanser Biyokimyası. *Dicle Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi*, 1, 7-18.
- Yoo, K. Y., & Shin, H. R. (2003). Cancer Epidemiology and Prevention. *Korean Journal of Epidemiology*, 25(1), 1-15.

- Yu, Y., Peng, L., Chen, L., Long, L., He, W., Li, M., & Wang, T. (2014). Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry Research, 215*(2), 401-405.
- Zhang, B., Lin, Peng, Y., & Li, J. (2022, March). *Anlotinib combined with niraparib dual therapy in platinum-resistant recurrent ovarian clear cell carcinoma (CC-ANNIE): a single-center, single-arm, phase II trial* [Poster session]. SGO Annual Meeting on Women's Cancer, Arizona.
- Zucca, A. C., Boyes, A. W., Lecathelinais, C., & Girgis, A. (2010). Life is precious and I'm making the best of it: Coping strategies of long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology, 19*(12), 1268-1276.
- Zuckerman, M., & Gagne, M. (2003). The COPE revised: Proposing a 5-factor model of coping strategies. *Journal of Research in Personality, 37*(3), 169-204.

Ekler

Ek-1.

Katılımcı Bilgilendirme Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Sultan Aydın tarafından Yrd. Doç. Dr. Hande Çelikay danışmanlığındaki yüksek lisans tezi amacıyla yürütülmektedir. Bu form sizleri araştırmanın hedefleri ve koşulları hakkında bilgilendirmek için hazırlanmıştır. Bu çalışma, kanser hastaları ile sağlıklı kontrollerin başa çıkma, duygu düzenleme ve psikolojik sağlamlık açısından karşılaştırılması amacı ile yapılmaktadır. Ölçekler aracılığı ile toplanan veriler kanser hastaları ile sağlıklı kontroller arasındaki karşılaştırma sonucu farkı anlamamız için kullanılacaktır. Sizlere verilen Aydınlatılmış Onam Formu'nu onayladığınız takdirde araştırmaya katılmayı kabul etmiş olacaksınız.

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalı olup soruların doğru ya da yanlış cevabı gibi bir durum söz konusu değildir. Kimlik bilgileriniz araştırmacılar dışında kimseyle paylaşılmayacaktır. Her bir ölçeği yanıtlamaya geçmeden önce ölçek başlarında bulunan kısa açıklamaları dikkatlice okumanız gerekmektedir. Araştırmaya katılmaktan vazgeçtiğiniz takdirde bizimle iletişime geçerek istediğiniz zaman çalışmadan çekilebilirsiniz. Eğer çalışmadan çekilirseniz, sizden toplanan tüm veriler veri tabanınızdan silinecektir ve sizinle ilgili olan veriler çalışmada kullanılmayacaktır. Herhangi bir sorunuz veya endişeniz olduğu takdirde bize aşağıdaki iletişim bilgilerinden ulaşabilirsiniz. Katkılarınızdan dolayı çok teşekkür ederiz.

Saygılarımla,

Yrd. Doç Dr. Hande Çelikay
Yakın Doğu Üniversitesi
E-posta: hande.celikay@neu.edu.tr

Psikolog Sultan Aydın
Yakın Doğu Üniversitesi
E-posta: psk.sultanaydin@gmail.com

Ek-2.**Aydınlatılmış Onam Formu**

Değerli Katılımcı,

Araştırmaya katılmayı kabul etmeden önce, lütfen araştırma ile ilgili aşağıda bulunan bilgileri dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz varsa, aşağıda iletişim bilgileri bulunan araştırmacıyla iletişim kurabilirsiniz. Kanserin hem hastayı hem de yakınlarını, fiziksel ve duygusal olarak etkileyen "zor bir hastalık" olduğu bilinmektedir. Hastalığın ve tedavi yöntemlerinin yarattığı ruhsal sıkıntılar, hastanın uyumunu, yaşam kalitesini ilişkilerini bozar, ötesinde hastalığın seyrini ve tedaviye cevabını olumsuz etkileyebilir. Bu araştırmada Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Onkoloji bölümünde tedavi gören kanser hastaları ile sağlıklı kontrollerin duygu düzenleme, başa çıkma ve psikolojik sağlamlık açısından karşılaştırılmasını amaçlamaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz üç farklı içinde belli soruların bulunduğu bir ölçek verilecektir. Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayalıdır ve katılmak zorunlu değildir. Çalışmadan, istediğiniz zaman çekilme hakkına sahipsiniz. Araştırmadan çekilmeniz durumunda, veriler yok edilecektir ve araştırmada kullanılmayacaktır. Eğer araştırmaya katılmaya karar verir ve tamamlamaya izin verirsiniz, cevaplar ve formlar gizlilikle korunup yalnızca araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir. İsim ve tanımlayıcı bilgiler ölçek cevaplarından ayrı olarak muhafaza edilecektir. Veriler, araştırma tamamlandıktan sonra en az 2 yıl boyunca kilitli bir dolapta muhafaza edilecektir. Verilerin analizinden sonra, bilgiler toplu olarak değerlendirilip bilimsel yayınlarda kullanılacaktır. Çalışma sırasında veya sonrasında çalışmadan kaynaklı oluşabilecek herhangi bir psikolojik zarar hissettiğinizde aşağıda bulunan iletişim bilgileriyle bize ulaştığınız takdirde ücretsiz danışmanlık hizmeti sağlanacaktır. Araştırmaya yaptığımız değerli katkıdan ve katılımınızdan dolayı çok teşekkür ediyorum.

Yrd. Doç Dr. Hande Çelikay

Yakın Doğu Üniversitesi

E-posta: hande.celikay@neu.edu.tr

Psikolog Sultan Aydın

Yakın Doğu Üniversitesi

E-posta: psk.sultanaydin@gmail.com

Aşağıya imzanızı atarak çalışmaya katılmış olursunuz.

İmza:

Ek-3.**Demografik Bilgi Formu****A. Kişisel-Sosyal Özelliklerle İlgili Sorular****1. Cinsiyetiniz?**

- a) Kadın
- b) Erkek

2. Yaşınız?

- a) 18-24 yaş arası
- b) 25-34 yaş arası
- c) 35+

3. Medeni durumunuz?

- a) Evli
- b) Bekar
- c) Boşanmış
- d) Eşi vefat etmiş

B. Kanser Hastalığına Dair Sorular**1. Ne zaman kanser tanısı aldınız?**

- a) 1 yıldan az
- b) 1-4 yıl arası
- c) 4-7 yıl arası
- d) 7 yıl ve üzeri

2. Hangi tür kansere (akciğer, bağırsak, meme vb.) sahipsiniz?

.....

3. Kanser tanısı aldığınızda etrafınızda süreci kolaylaştıracak yeterli sosyal desteğe sahip miydiniz?

- a) Evet
- b) Hayır

Ek-4.**COPE-R**

Aşağıdaki ölçek ile insanların kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerini araştırmayı amaçlamaktayız. Sizden ölçekteki maddeleri dikkatli bir şekilde okuyarak maddelerden görüşlerinize en uygun seçeneği (“**Asla Böyle Yapmam**” için 1’i, “**Çok Az Böyle Yaparım**” için 2’yi, “**Böyle Yaparım**” için 3’ü, “**Çoğunlukla Böyle Yaparım**” için 4’ü) işaretlemeniz ve tüm maddeleri eksiksiz doldurmanız istenmektedir. İşaretlediğiniz seçeneğin doğruluğu ya da yanlışlığı söz konusu değildir. Toplanan veriler araştırmacılar tarafından araştırmanın amacı dışında kullanılmayacaktır. Aşağıda verilen maddeleri içtenlikle yanıtlayacağınızı umar, yardımlarınız için teşekkür ederim. Saygılarımla.

| | | Asla Böyle Yapmam | Çok Az Böyle Yaparım | Böyle Yaparım | Çoğunlukla Böyle Yaparım |
|---|--|-------------------|----------------------|---------------|--------------------------|
| 1 | Duygularımı ifade etmek için zaman ayırırım. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Duygularımı - hislerimi açığa vurmaya çalışırım. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Duygularımı başkalarıyla tartışırım. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Ek-5.**Kendini Toparlama Gücü/Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği**

Yönerge: “Lütfen aşağıdaki ifadelere ne oranda katıldığınızı verilen ölçeğe göre belirtiniz: 1= Kesinlikle katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Kararsızım, 4= Katılıyorum, 5= Kesinlikle katılıyorum.”

| | Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|---|----------------------------|--------------|------------|-------------|---------------------------|
| 1. Zor zamanlardan sonra çabucak toparlanma eğilimindeyim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Stresli durumların üstesinden gelmekte zorlanırım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Stresli bir olaydan sonra çabucak kendime gelebilirim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Ek-6.**Duygu Düzenleme Becerileri  l eği**


Değerli Katılımcı,

Aşağıda son bir hafta içerisinde yaşamış olabileceğiniz duygularla ilgili bazı ifadeler bulacaksınız. Lütfen, her bir ifadenin yanına size en uygun gelen cevabı işaretleyiniz. Lütfen ifadelerde çok zaman harcamayınız, aklınıza ilk gelen cevabı işaretleyiniz, aklınıza ilk gelen yanıt büyük olasılıkla en iyisidir.

Duygularla Baş Etme: Son bir hafta içerisinde...

- 1.)...Hissettiklerime bilinçli olarak dikkat edebildim. o0 o1 o2 o3 o4
- 2.)... Bilinçli olarak olumlu hisler ortaya ıkarabildim. o0 o1 o2 o3 o4
- 3.)... Duygusal tepkilerimi anladım. o0 o1 o2 o3 o4

Ek-7.**Ölçek İzinleri**

 Abdullah Nuri Dicle 17 Ağu
alıcı: ben ▾

Sultan Hanım merhaba,

Türkçe' ye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğumuz Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği, geçerlik – güvenirlik çalışmalarını ve yayımlanmış makale halini ekte gönderiyorum. Ölçekle ilgili sormak istediğiniz bir şey olursa her zaman seve seve yardımcı olabilirim. Şimdiden iyi çalışmalar dilerim...

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Nuri DİCLE
Sinop Üniversitesi Eğitim Fakültesi
Eğitim Bilimleri Bölümü PDR Anabilim Dalı
Korucuk Köyü Kıranlar Mevkii 57000
SİNOP

Tel: (GSM) 0 532 4333844
(Ofis) 0 368 2715526 / 2038

SULTAN AYDIN <20203575@std.neu.edu.tr>, 17 Ağu 2021
Sal, 15:46 tarihinde şunu yazdı:

Merhaba, ben Sultan Aydın. Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji alanında yüksek lisansımı yapmaktayım. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği için sizden izin almak istiyorum. Eğer izin verirsiniz tezimde kullanmak istiyorum. Cevabınız için şimdiden teşekkür eder iyi günler dilerim.

Kimden Yasemin KAHYA (via Google Drive) drive-shares-dm-noreply@google.com

Yanıt Adresi Yasemin KAHYA yasemin.kahya@asbu.edu.tr

Alıcı 20203575@std.neu.edu.tr

Tarih 21 Ağu 2021 11:33



Standart şifreleme (TLS)

[Daha fazla bilgi](#)

yasemin.kahya@asbu.edu.tr shared an item



yasemin.kahya@asbu.edu.tr has shared the following item:

Merhaba,

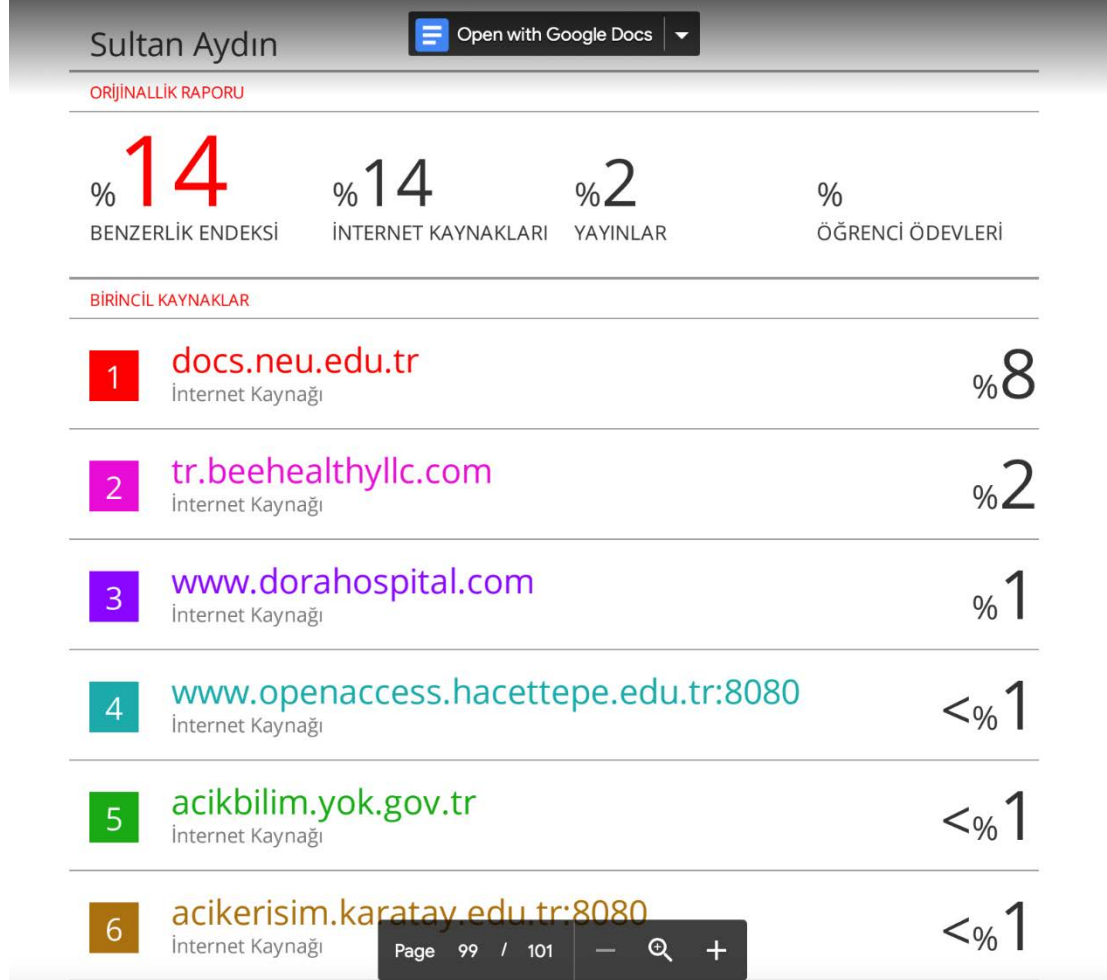
Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz. Maddelerini ve puanlama anahtarını sizle paylaşıyorum,

Kolay gelsin,



Ek-8.

İntihal Rapor Oranı



Ek-9.

Etik Kurul Onayı



**BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK
KURULU**

07.10.2021

Sayın Sultan Aydın

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2021/1101 proje numaralı ve "**Kanser hastaları ile sağlıklı kontrollerin başa çıkma, duygu düzenleme ve psikolojik sağlamlık açısından karşılaştırılması**" başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

Direnç Kanol

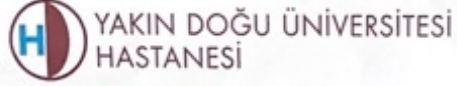
Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.

Ek-10.**Özgeçmiş**

Mersin doğumlu olan Sultan Aydın, İlköğretim ve Lise eğitimini Mersin’de tamamlamıştır. Doğu Akdeniz Üniversitesi Psikoloji (İngilizce) bölümünü başarı ile tamamlayarak psikolog unvanını almıştır. Yüksek lisansına Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji alanında yapmıştır. Adana Ekrem Tok Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde stajını tamamlamıştır.

Aldığı Eğitimler;

- EMDR Terapisi 1. Düzey Eğitimi (Uzm.Psk. Emre Konuk)
- Bilişsel Davranışçı Terapide Değerlendirme ve Yapılandırılmış Görüşme (Prof. Dr. Hakan TÜRKÇAPAR)
- Bilişsel Davranışçı Terapi Kuramsal Eğitim (Prof. Dr. Hakan TÜRKÇAPAR)
- Cinsel Terapi Eğitimi (CİTEB)
- Evlilik ve Çift Terapistliği Eğitimi (CİTEB)
- Boşanma Adaptasyonu ve Boşanma Terapisi Eğitimi (CİTEB)
- Masal Terapisi Uygulayıcı Eğitimi (Samsun Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi)
- İyi Hissetme Sanatı: Mindfulness Temelli Bilişsel Terapiyle Depresyonun Üstesinden Gelmek (Prof. Dr. Mark Williams)
- 14 Çocuk Değerlendirme ve Dikkat Testleri Uygulayıcı Eğitimi (Türkiye Sağlık Vakfı Sürekli Eğitim Merkezi)
- Çocuk Klinik Değerlendirme ve Psikoterapi Uygulamaları (Türkiye Sağlık Vakfı Sürekli Eğitim Merkezi)
- Çocuk ve Ergenlerde Projektif Çizim Testleri Uygulayıcı Eğitimi (Türkiye Sağlık Vakfı Sürekli Eğitim Merkezi)
- Filial Terapi
- Öz Şevkatin Gücü: Duygusal Dayanıklılık (Christopher Germer ve Kristin Neff)
- Çocuk Merkezli Oyun Terapisi Uygulayıcı Eğitimi (Türkiye Sağlık Vakfı Sürekli Eğitim Merkezi)
- Şefkat Odaklı Terapi (Prof. Dr. Paul Gilbert ve Hannah Gilbert)

Ek-11.**Yakın Doğu Üniversite Hastanesi Onay**

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

01.03.2022

İlgili makama,

Sayın Sultan AYDIN 'Kanser hastaları ile sağlıklı kontrollerin başa çıkma, duygu düzenleme ve psikolojik sağlamlık açısından karşılaştırılması' adlı tez çalışmanız kapsamında Mart -Nisan 2022 aylarında hastanemizin kemoterapi ve radyoterapi bölümlerinde veri toplama sürecinize izin verilmiştir.

Bilgilerinize sunar, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Uzm. Dr. Filiz OLGUN
İç Hastalıkları / Tıbbi Onkoloji Uzmanı
Tescil No: 443659

Yakın Doğu Üniversitesi
Hastanesi
Uzm. Dr. Ömer Diker
İç Hastalıkları / Medikal Onkoloji
Diploma No: 01003045

