

T.C.  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



**MEME KANSERİ HASTALARINDA DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ VE  
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞIN UZAMIŞ YAS BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ**

Dr. BUKET ER

**TEZ DANIŞMANI**

Prof.Dr. DEMET GÜLEÇ ÖYEKÇİN

Çanakkale/ 2023

T.C.  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

MEME KANSERİ HASTALARINDA DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ VE  
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞIN UZAMIŞ YAS BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ  
Dr. BUKET ER

TEZ DANIŞMANI  
Prof.Dr. DEMET GÜLEÇ ÖYEKÇİN  
Doç.Dr. LOKMAN KORAL

Çanakkale/ 2023

## TEŞEKKÜR

Eğitim sürecim boyunca engin bilgi birikimiyle yoluma ışık tutan, tez sürecinde yapamayacağımı her düşündüğümde bana olan güveniyle motivasyonumu artıran, her daim örnek aldığım ve alacağım tez danışmanım, saygıdeğer hocam Prof. Dr. Demet GÜLEÇ ÖYEKÇİN'e, bu süreçte bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen, çalışma azmine ve öğretime hevesine hayran olduğum değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Şükrü Alperen KORKMAZ'a,

Mesleki gelişimimde bana yol gösteren hocalarım Prof. Dr. Murat İlhan ATAGÜN, Doç. Dr. Hülya ERTEKİN, Dr. Öğr. Üyesi Ali Emre ŞEVİK ve Doç. Dr. Erhan AKINCI'ya,

Tez konumun şekillenme sürecinde desteklerini esirgemeyen ve bilgilerini benimle paylaşan Doç. Dr. Lokman KORAL, Doç. Dr. Çetin TORAMAN ve Prof. Dr. Coşkun BAKAR'a,

Birlikte hem ağlayıp hem güldüğümüz, asistanlık sürecinin zorluklarını birlikte göğüslediğimiz canım asistan arkadaşlarıma,

Birlikte neşe içinde çalıştığımız, her daim destekleri ile işimi kolaylaştıran Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servis ekibine,

Hastalarla görüşme sürecinde güler yüzleri ve tatlı dilleriyle bana enerji kaynağı olan Tıbbi Onkoloji Birimi ekibine,

Koşulsuz sevgi ve ilgileri ile hep yanımda olan, hayatın zorlu yollarında tökezlediğimde elimden tutup beni ayağa kaldıran, hayattaki en değerlilerim canım annem, babam ve anneanneme çok teşekkür ederim.

Buket ER

Çanakkale, 2023

## ÖZET

### **MEME KANSERİ HASTALARINDA DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞIN UZAMIŞ YAS BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİSİ**

**GİRİŞ ve AMAÇ:** Kanser hastalarının duygusal tepkileri olağan sınırları aştığında uzamış yas bozukluğu gibi sorunlar oluşabilir. Yas, yalnızca sevilen kişinin kaybına değil, karşılaşılabilecek tüm kayıplara verilen doğal ve evrensel tepkilerin bütünüdür. UYB ise kayıptan sonra altı ay geçmesine rağmen belirtilerin şiddetli ve işlevselliği bozacak şekilde devam etmesidir. Literatürde UYB'yi etkileyen faktörler ile ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada meme kanserli hastalarda UYB'yi etkileyebilecek sosyodemografik, kansere özgü, ruhsal faktörler ve UYB'nin psikolojik dayanıklılık ve duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Araştırmaya katılmaya gönüllü, alım ve dışlama kriterlerini karşılayan 177 meme kanseri hastası çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalara Sosyodemografik veri formu, Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği - Hasta Formu, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği - Kısa Formu ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği verilmiş, DSM-5 yönelimli klinik görüşme yapılmıştır. Çalışmanın verileri SPSS 28.0 programı ile analiz edilmiştir.

**BULGULAR:** Hastaların tümör evresi, nüks, alınan tedavi türü, hormon tedavisi ile UYB arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (her biri için  $p>0.05$ ). Geçirilmiş ruhsal hastalık, aktif psikiyatrik hastalık ve psikiyatrik ilaç kullanımı ile UYB arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (her biri için  $p<0.05$ ). UYB'nin yaş, toplam kanser süresi ve psikolojik dayanıklılık ile negatif korele, duygu düzenleme güçlüğü ile pozitif korele olduğu bulunmuştur. Psikolojik dayanıklılık ve UYB arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü kısmi aracı değişken, depresyon risk skoru düzenleyici değişken olarak saptanmıştır.

**SONUÇ:** Hastanın yaş, toplam kanser süresi ve psikolojik dayanıklılığı arttıkça UYB'nin azaldığı, duygu düzenleme güçlüğü arttıkça UYB'nin arttığı belirlenmiştir. Depresyon risk skorunun, psikolojik sağlamlık ile UYB arasındaki ilişki üzerinde düzenleyici etkisi vardır. Psikolojik dayanıklılığın UYB'ye doğrudan

ve duygu dzenleme gclg üzerinden dolaylı etkisi olduğu görülmüştür. Bu bulguyla, psikolojik dayanıklılığın hastanın duygu dzenleme stratejilerindeki başarısı yoluyla da UYB oluşumunu etkileyebileceği belirlenmiştir. Çalışmamızdaki bulgular, kanser hastalarına psikiyatrik görüşmenin yeterli olmadığını, kayıplarını kolay kabullenmelerini sağlayacak yas psikoterapileri yapılmasının önemini göstermektedir.

**ANAHTAR KELİMELEER:** Emosyon dzenleme, meme kanseri, ruhsal dayanıklılık, uzamış yas süreci



## ABSTRACT

### THE RELATIONSHIP BETWEEN DIFFICULTY IN EMOTION REGULATION AND PSYCHOLOGICAL RESILIENCE WITH PROLONGED GRIEF DISORDER IN BREAST CANCER PATIENTS

**INTRODUCTION AND OBJECTIVE:** When cancer patients' emotional reactions exceed usual limits, problems such as prolonged grief disorder can occur. Grief is the natural and universal response to the loss of a loved one and any potential loss that one may encounter. Prolonged grief disorder (PGD) refers to the persistence of symptoms at a severe level that impairs functioning even after six months after the loss. There is not enough sufficient research on the factors influencing PGD in the literature. This study investigates the sociodemographic, cancer-specific and psychological factors affecting PGD and the relationship between psychological resilience, difficulty in emotion regulation and PGD in breast cancer patients.

**METHOD:** A total of 177 volunteer breast cancer patients who met the inclusion and exclusion criteria are included in the study. Sociodemographic data form, Prolonged Grief Disorder Scale - Patient Form, Resilience Scale for Adults, Difficulties in Emotion Regulation Scale - Short Form and Hospital Anxiety and Depression Scale were administered to the patients and a DSM-5 oriented clinical interview was conducted. The data were analyzed by using the SPSS 28.0 version.

**RESULTS:** No significant relationships were found between tumor stage, recurrence, type of treatment, hormone therapy and PGD (all  $p > 0.05$ ). Significant relationships were found between a history of mental illness, active psychiatric illness, psychiatric medication use and PGD (all  $p < 0.05$ ). PGD was negatively correlated with age, total duration of cancer, psychological resilience and positively correlated with difficulty in emotion regulation. Difficulty in emotion regulation were found to be a partial mediator variable in the relationship between psychological resilience and PGD, with the depression risk score acting as a moderator variable.

**CONCLUSION:** Depressive symptom severity has a moderating effect on the relationship between psychological resilience and PGD. Moreover, psychological resilience has a direct effect on PGD and an indirect effect through difficulties in emotion regulation. This finding suggests that psychological resilience can also influence the development of PGD through the individual's success in emotion regulation strategies. Another finding of our study indicated that psychiatric interviews alone are insufficient for cancer patients and highlighted the importance of grief psychotherapies, which help patients accept their losses easily.

**KEYWORDS:** Emotion regulation, breast cancer, psychological resilience, prolonged grief process

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
KISALTMALAR .....	xi
TABLolar .....	xii
ŞEKİLLER.....	xiv
1. GİRİŞ ve AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 Meme Kanseri.....	4
2.1.1 Meme Kanseri Etyopatogenezi.....	4
2.1.2 Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	6
2.1.3 Meme Kanserinde Evreleme.....	7
2.1.4 Meme Kanserinde Tedavi.....	7
2.1.5 Meme Kanserine Eşlik Eden Psikososyal Sorunlar.....	8
2.1.6 Psikosomatik Bir Hastalık Olarak Meme Kanseri.....	11
2.2 Yas ve Yas Süreci.....	14
2.2.1 Yas Tanımı.....	14
2.2.2 Uzamış Yas Bozukluğu.....	14
2.2.3 Hazırlık Yası.....	15
2.3 Yas ile İlgili Kuramlar.....	16
2.3.1 Freud – Yas ve Melankoli .....	16
2.3.2 Bowlby – Bağlanma Kuramı.....	17
2.3.3 Lindemann ve Yas.....	18
2.3.4 Kübler-Ross ve Yas.....	18



2.4 Psikolojik Dayanıklılık ve Kanser.....	19
2.5 Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Kanser.....	20
3. YÖNTEM VE GEREÇLER.....	22
3.1 Etik İzin.....	22
3.2 Örneklem.....	22
3.3 Araştırmaya Alım ve Dışlanma Ölçütleri.....	22
3.3.1 Araştırmaya Alım Ölçütleri.....	23
3.3.2 Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri.....	23
3.4 Veri Toplama Araçları.....	23
3.4.1 Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu.....	23
3.4.2 Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği – Hasta Formu (UYBÖ-HF).....	24
3.4.3 Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16).....	24
3.4.4 Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ).....	24
3.4.5 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS).....	25
3.5 İstatistiksel analiz.....	25
4. BULGULAR.....	27
4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Verileri.....	27
4.2 Katılımcıların Klinik Özellikleri.....	27
4.3 Katılımcıların Meme Kanseri ile İlgili Değişkenleri.....	29
4.4 Katılımcıların Ölçek Puanları.....	31
4.5 Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği – Hasta Formu Toplam Puanı ile Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	32
4.6 Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği – Kısa Formu ile Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	36
4.7 Korelasyon Analizleri.....	37
4.8 Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği – Hasta Formu Skorlarını Etkileyen Faktörler.....	40

4.9 Ölçeklerin Aracılık ve Düzenleyici Analiz Sonuçları.....	41
4.9.1 Aracılık (Mediation) Analiz Sonuçları.....	41
4.9.2 Düzenleyici (Moderation) Analiz Sonuçları.....	44
5. TARTIŞMA.....	47
6. SINIRLILIKLAR ve GÜÇLÜ YANLAR.....	54
7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	55
8. KAYNAKLAR.....	57
9. EKLER.....	72
EK 1. Etik Kurul Onay Yazısı.....	72
EK 2. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu.....	74
EK 3: Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği – Hasta Formu (UYBÖ-HF).....	76
EK 4. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği – Kısa Form (DDGÖ-16).....	77
EK 5. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ).....	78
EK 6: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS).....	80
EK 7. Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu.....	81

## KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ANOVA: Tek yönlü varyans analizi

bCSC: Meme kanseri kök hücresi

CSC: Kanser kök hücresi

ÇOMÜ: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi

DDGÖ-16: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği – Kısa Form

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

GNRH: Gonadotropin Salıcı Hormon

HADS-A: Hamilton Anksiyete ve Depresyon Ölçeği – Anksiyete alt boyutu

HADS-D: Hamilton Anksiyete ve Depresyon Ölçeği – Depresyon alt boyutu

HER-2: İnsan Epidermal Büyüme Faktör Reseptörü

HPA: Hipotalamus-hipofiz-adrenal aks

HRT: Hormon replasman tedavisi

ICD: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin

Max: Maksimum

Min: Minimum

Ort: Ortalama

PGD: Prolonged Grief Disorder

SD: Standart sapma

TNF- $\alpha$ : Tümör Nekroz Faktörü-alfa

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

UYB: Uzamış Yas Bozukluğu

UYBÖ-HF: Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği – Hasta Formu

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

YPDÖ: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği



## TABLULAR

Tablo 4.1: Sosyodemografik Veriler ve Psikiyatrik Durum.....	28
Tablo 4.2: Meme Kanseri ile İlgili Değişkenler.....	30
Tablo 4.3: Ölçek Puanları.....	31
Tablo 4.4: UYBÖ – HF skoru ile Sosyodemografik veri formu arasındaki ilişki...34	
Tablo 4.5: Korelasyon Analizleri.....	39
Tablo 4.6: Uzamış yas bozukluğunun yordayıcıları, çoklu regresyon .....	41

## ŞEKİLLER

Şekil 4.1 Aracı değişken yol diyagramı.....	42
Şekil 4.2 Uzamış yas bozukluğunun psikolojik dayanıklılık üzerine etkisinde duygu düzenleme güçlüğüünün aracı rolünü gösteren yol diyagramı.....	44
Şekil 4.3 Uzamış yas bozukluğunun psikolojik dayanıklılık üzerine etkisinde depresyon riskinin düzenleyici rolünü gösteren yol diyagramı.....	45
Şekil 4.4 Basit Eğim (simple slope) analizi.....	46

# 1 GİRİŞ VE AMAÇ

Bireyler yaşamı boyunca baş etmesi gereken birçok sorunla karşı karşıya gelmektedir. Bu sorunlardan bir kısmı yaşamı belirgin biçimde etkiler. Yaşamın doğal akışı içinde kayıp ya da kayıp oluşturacak bir tehditle karşılaşmak bu sorunlara örnek oluşturur. Her kayıp sonrasında yas gelişir (1) ve kavramsal çerçevede yas, kaybın ardından oluşan şiddetli, uzun süreli ve acı veren bir durum olarak tanımlanır (2).

Gelişmiş ülkelerde her sekiz kadından birinde meme kanseri gelişir. Türkiye'deki sıklığı ise 50/100.000'in üzerindedir (3). Bu yüzden kanserler arasında psikososyal yönü en çok araştırılan kanser türüdür (4).

Annenin sütü ile yavrusunu besleme işlevi dışında kadınlık ve cinselliğin de göstereni olan memenin hastalıkları, etkilenen bu organın boyutlarının ötesinde duygusal ve ruhsal etkilere sahiptir (5).

Meme kanseri diğer kanser türleri gibi ciddi bedensel ve ruhsal kayıpların eşlik ettiği tanı ve tedavi süreçleri ile giden bir hastalıktır. Bu nedenle tanı sonrası hastanın yas yaşaması olağan ve kaçınılmazdır (6). Yas süreci işlenemediğinde uzamış yas bozukluğuna evrilebilir.

Elizabeth Kübler-Ross (1969) yasin evrelerini tanımlar ve terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm ve yaşam arasındaki kavşakta yas tepkileri açısından ele alınması gerektiğine dikkat çeker (7).

Bilimsel yazında 1990'lı yıllardan önce 'karmaşık yas' olarak tanımlanan kavram, güncel yazında yerini 'uzamış yas' tanımına bırakmıştır. Uzamış yasin normal yastan farkı belirtilerin şiddetli olması ve daha uzun sürmesidir. Uzamış yasa işlev kaybı eşlik eder, kaybın üzerinden en az altı ay geçmiş olmalıdır ve yas tutan kişi kaybı kabullenmekte zorluk yaşar (8).

Litz ve ark. tarafından (2014) yapılan kontrollü bir tedavi çalışması, UYB'si olan kişiler için kayıptan 3-6 ay sonra yapılan erken müdahalelerin, UYB'nin kronikleşmesini etkili bir şekilde önlediğini göstermiştir (9). Bu nedenle uzamış

yas bozukluğu belirtilerinin ve uzamış yas bozukluğu oluşum riskini arttıran faktörlerin erken tanınması ve tedavi edilmesi önemlidir.

Yasa olanak tanınıp olumsuz duygular uygun şekilde dile getirilip işlenirse yas süreci sağlıklı işler (10). Uzamış yas bozukluğu, bu açıdan bakıldığında duygu dzenleme güçlüğü ile ilişkilendirilir. Güncel alışmalar, duyguların anlaşılmaması, ifade edilmemesi ya da bastırılması gibi duygu dzenleme güçlüklerinin psikopatoloji ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar sunmaktadır (11). Duygu dzenleme güçlüğünün uzamış yas üzerine hem doğrudan hem de yas ile ilişkili bilişler üzerinden dolaylı etkileri olduğu görülmektedir (12). Kanser hastalarının hayatta kalma süreleri arttıkça, bu hastalar için duygu ve duygu dzenlemenin dinamik, karşılıklı etkilerini belirlemek için çalışmalara ihtiyaç vardır.

Psikolojik dayanıklılık kavramı, kişinin uyum sağlama becerisi ile yakından ilişkilidir (13). Kronik hastalık tanısı olan bireylerle yapılan bir çalışmada, psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireylerin hastalık süreçlerini, zihinlerini aktif tutarak, geleceğe dönük yaşayarak ve iyi hissetmelerine sebep olan aktiviteler yaparak geçirdikleri ve işlevselliklerini korudukları görülmüştür (14). Psikolojik dayanıklılığı yüksek bireyler ölümü anlamlandırma ve yasla baş etme konusunda psikolojik dayanıklılık düzeyi düşük bireylere göre daha başarılıdır (15). Psikolojik dayanıklılığı düşük ve yas sürecindeki bireyler, psikolojik dayanıklılığı yüksek bireylere göre daha fazla uzamış yas yaşarlar (16). Bu bilgiler işığında, kanser hastalarında psikolojik dayanıklılığın uzamış yas bozukluğu üzerinde etkili olup olmadığını araştıran çalışmalara ihtiyaç vardır. Güncel literatürde kanser hastalarında uzamış yas bozukluğunu etkileyen faktörler ya da duygu dzenleme güçlüğü ve psikolojik dayanıklılığın uzamış yas sürecine etkisini belirten çalışma bulunmamaktadır.

Meme kanserine, tanıda (sağlığın kaybı, hasta olma), tedavide (mastektomi, kemoterapi, radyoterapi etkileri) ve tedavi sonrasında (erken menopo, sosyal bireysel kayıplar, iş, eş, dost kaybı) bir çok kayıp eşlik eder. Yas her aşamada hastaların yanındadır. İşlenemeyen ruhsal süreçler tedaviye uyum zorluklarına, psikopatoloji oranlarında artışa ve işlevselliğin belirgin kaybına



neden olur. Uzamış yas meme kanseri hastalarında taranmalı, tanınmalı ve işlenmelidir.

Bu çalışmanın amacı, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastanesi Onkoloji birimine başvuran en az altı ay, en çok 120 ay önce meme kanseri tanısı almış kadınların; uzamış yas bozukluğunu etkileyebilecek sosyodemografik faktörler, tümör ve tedavi ile ilgili faktörler ve ruhsal faktörleri araştırmak, bu hastalardaki duygu düzenleme güçlüğü ve psikolojik dayanıklılığı değerlendirmek, bu parametreleri değerlendiren ölçeklerin puanları arasındaki ilişkiyi saptamaktır.

Bu çalışmanın araştırma soruları şunlardır:

1. Meme kanseri hastalarında duygu düzenleme güçlüğünde artış olması uzamış yas bozukluğu ölçek puanının yüksekliğini anlamlı biçimde etkilemekte midir?
2. Meme kanseri hastalarında psikolojik dayanıklılığın düşük olması uzamış yas bozukluğu ölçek puanının yüksekliğini anlamlı biçimde etkilemekte midir?
3. Meme kanseri hastalarında uzamış yas bozukluğu ölçek puanını etkileyen sosyodemografik faktörler, tümör ve tedavi ile ilgili faktörler, ruhsal faktörler neler olabilir?
4. Psikolojik dayanıklılık ve uzamış yas bozukluğu arasındaki ilişkide; yaş, toplam kanser süresi, eğitim durumu, tümör evresi ve nüks olup olmadığının etkisi düzeltildikten sonra depresyon riski skoru düzenleyici değişken midir?
5. Psikolojik dayanıklılık ve uzamış yas bozukluğu arasındaki ilişkide yaş, toplam kanser süresi, eğitim durumu, tümör evresi ve nüks olup olmadığının etkisi düzeltildikten sonra, duygu düzenleme güçlüğü aracı değişken midir?

## 2 GENEL BİLGİLER

### 2.1 Meme Kanseri

#### 2.1.1 Meme Kanseri Etyopatogenezi

Meme tümörleri duktal hiperproliferasyonla başlar. Kanserojen faktörlerin etkisiyle iyi huylu tümörlere ve metastatik karsinomlara dönüşür (17). Tümör mikro ortamları, stromal etkiler ve makrofajlar gibi faktörler meme kanserinin başlamasında ve ilerlemesinde hayati rol oynar. Sıçanlarda yapılan çalışmalar, stroma kanserojen maddelere maruz kalırsa neoplazmaların oluşabileceğini göstermiştir (18,19). Makrofajlar tümör mikro ortamında önemli bir rol oynar. Anjiyogenezi teşvik eder ve kanser hücrelerinin bağışıklık tepkisinden kaçmasını sağlayan mutajenik bir inflamatuvar mikro ortam oluşturur. Normal doku ve tümör ilişkili mikro ortamlar arasında farklı DNA metilasyon modelleri gözlenmiştir. Bu durum, tümör mikro ortamında epigenetik modifikasyonların karsinogenezi destekleyebileceğini gösterir (20). Epigenetik modifikasyonlar, gen ifadesini etkileyen değişikliklerdir ve kanser hücrelerinin büyümesini ve yayılmasını teşvik eder (17).

Son zamanlarda, tümörler içinde yeni bir hücre alt sınıfı olan kanser kök hücreleri (CSC'ler) saptanmıştır. Bu CSC'ler, tümörün başlangıcı, ilerleyişi ve tekrarlama ile ilişkilendirilir. Bu küçük hücre toplulukları, normal dokulardaki kök hücrelerden veya progenitor hücrelerden gelişir, kendini yenileme yeteneğine sahiptir (21). Ayrıca kemoterapi ve radyoterapiye dirençlidir. Meme kanseri kök hücrelerinin (bCSC) birkaçı bile bağışıklığı baskılanmış farelerde yeni tümörler oluşturabilmektedir (22). bCSC'lerin kendini yenileme, çoğalma ve invazyon süreçlerinde Wnt, Notch, Hedgehog, p53, PI3K ve HIF gibi sinyal yollarının rol oynadığı bilinmektedir.

Meme kanserinin başlangıç ve ilerlemesi hakkında iki teori vardır: kanser kök hücre teorisi ve stokastik teori (19,23). Kanser kök hücre teorisi, tüm tümör alt tiplerinin aynı kök hücrelerden veya progenitor hücrelerden geliştiğini öne sürer. Kök hücrelerde veya progenitor hücrelerde edinilen genetik ve epigenetik

mutasyonlar, farklı tümör fenotiplerine yol açar. Diğer yandan, stokastik teori, her tümör alt tipinin tek bir hücre tipinden başladığını ileri sürer. Rastgele mutasyonlar, herhangi bir meme hücresinde kademeli oluşur ve yeterli sayıda mutasyon biriktiğinde bu hücreler tümör hücrelerine dönüşür. Her iki teori verilerle desteklense de meme kanserinin kökenini tam anlamıyla açıklamak zordur (17).

Cinsiyet ve yaş, meme kanseri için önemli risk faktörlerinden biridir, çünkü meme kanseri insidansı yaş artışıyla yakından ilişkilidir. ABD’de 2016 yılında meme kanserine bağlı ölümlerin yaklaşık %99,3’ü ve %71,2’si sırasıyla 40 ve 60 yaş üstü kadınlarda bildirilmiştir (24).

Meme kanseri vakalarının yaklaşık %25’i aile öyküsüyle ilişkilidir. İngiltere’de 113.000’den fazla kadın üzerinde yapılan bir kohort çalışması, birinci derece akrabalarında meme kanseri olan kadınların, akrabalarında meme kanseri olmayan kadınlara göre bu hastalığı geliştirme riskinin 1,75 kat daha yüksek olduğunu göstermiştir. İki veya daha fazla birinci derece akrabasında meme kanseri olan kadınlarda risk 2,5 kat fazladır. Meme kanserine genetik yatkınlık BRCA1 ve BRCA2 gibi meme kanseri ile ilgili gen mutasyonlarıyla ilişkilidir (25).

Erken menarş, geç menopoz, ilk gebelik yaşının ileri olması gibi üreme faktörleri meme kanseri riskiyle ilişkilidir. Menopozdaki her bir yıllık gecikme meme kanseri riskini %3 oranında artırır. Menarştaki her bir yıllık gecikme veya her ek doğum meme kanseri riskini sırasıyla %5 veya %10 oranında azaltır (26).

Endojen ve eksojen östrojenler meme kanseri riski ile ilişkilidir. Endojen östrojenler premenopozal kadınlarda overler tarafından üretilir. Eksojen östrojenin ana kaynakları oral kontraseptifler ve hormon replasman tedavisidir (HRT). HRT, menopozal veya postmenopozal kadınlar için eksojen östrojen veya diğer hormonların uygulanmasını içerir. Çalışmalar, HRT kullanımının meme kanseri riskini artırabileceğini göstermiştir (27,28).

Modern yaşam tarzından kaynaklanan etkenler, aşırı alkol tüketimi ve yağlı diyet meme kanseri riskini artırır. Alkol tüketimi, östrojenle ilişkili hormon

seviyelerini yükselterek ve östrojen reseptör yollarını aktive ederek etki gösterir. Epidemiyolojik araştırmalara dayanan bir meta-analiz, günde 35-44 gram alkol alımının meme kanseri riskini %32 artıracakını göstermiştir (29,30). Doymuş yağ tüketimi, meme kanserinde ölüm oranında artış ve kötü prognoz ile ilişkilendirilir (31). Sigara ve meme kanseri riskinin ilişkisi tartışmalıdır, ancak hem sigara hem alkol kullanan kadınlarda meme kanseri riski daha yüksektir. Bu bulgular, sağlıklı yaşam tarzının önemini vurgular. Alkol tüketimini sınırlamak, dengeli diyet uygulamak ve sigaradan uzak durmak gibi önlemlerin meme kanseri riskini azaltmada etkili olduğunu gösterir (32).

Kadınlarda fiziksel aktivitenin meme kanseri riskini azalttığına dair epidemiyolojik çalışmalar önemli kanıtlar sunar. Fiziksel aktivite vücut kompozisyonu iyileştirerek, insülin direncinin azaltarak ve dolaşımdaki seks steroid hormon seviyelerinin düzenleyerek meme kanseri riskini azaltır. Vücut yağ oranını azaltır ve kilo kontrolüne yardımcıdır. Bu da östrojen seviyelerinin düşmesine ve meme kanseri riskinin azalmasına katkıda bulunur. Ayrıca, fiziksel aktivite insülin direncini azaltarak, hücrelerin glukoz kullanımına olanak sağlar ve insülin seviyeleri düşer. İnsülin seviyesinin yüksekliği meme kanseri riskiyle ilişkili olduğu için insülin direncinin azaltılması, meme kanserine karşı koruyucudur (33).

### **2.1.2 Meme Kanseri Epidemiyolojisi**

Meme kanseri, dünyada ikinci sırada, kadınlar arasında birinci sırada en sık tanı konulan kanserdir. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde ise kadınlar arasında kansere bağlı ölüm nedenleri arasında ilk sıradadır. Etiyolojisi multifaktöriyeldir, genetik, epigenetik ve endokrin faktörler etiyojide rol oynar (34). Meme kanseri tanı yüzdesi gelişmekte olan ülkelerde daha yüksektir, 20 yıl içinde yeni tanı vaka oranında %55, ölüm oranında %58 artış olacağı tahmin edilmektedir (35). Meme kanseri hastalarının yaş ortalaması giderek azalmaktadır. Kanser tanısı alan her dört kadından biri meme kanseridir (36).

Dünya genelinde 2020 yılında meme kanseri tanılı yaklaşık 2,3 milyon kadın ve buna bağlı yaklaşık 685.000 ölüm olduğu, 2020 yıl sonu itibariyle de son beş yılda meme kanseri tanısı almış 7,8 milyon kadının ise halen hayatta olduğu bilinmektedir (37) .

### **2.1.3 Meme Kanseri Evreleme**

Kanser evrelemesi, bireysel tedavi programı oluşturmak, süreci belirlemek ve farklı tedavi yaklaşımlarından elde edilen sonuçları karşılaştırmak için iki farklı şekilde yapılır. Birincisi, klinik muayene ve radyolojik görüntülemeye elde edilen bulgulara göre yapılan klinik evrelemedir. İkincisi, cerrahi olarak çıkarılan tümörün histopatolojik incelenmesi sonucu yapılan patolojik evrelemedir. Patolojik evreleme yapılırken TNM sınıflandırma sistemi kullanılır. Bu sınıflandırmada T tümörün en geniş çapını, N bölgesel lenf nodu tutulumunu, M uzak metastaz varlığını gösterir. Kriterlere göre bu üç özellik belirlenir, tümör için TNM evresi hesaplanır (38).

TNM evreleme sisteminde I, II, III ve IV olmak üzere dört evre bulunur. Evre I küçük ve lenf nodu tutulumu olmayan tümörleri, Evre II ve III büyük ve lenf nodu tutulumu olan tümörleri, Evre IV uzak metastazı olan tümörleri belirtir (39).

Meme kanseri üç evreye ayrılmaktadır:

- Erken evre (Evre I ve II)
- Lokal ileri evre (Evre III)
- Metastatik evre (Evre IV) (40).

### **2.1.4 Meme Kanseri Tedavi**

Meme kanserinde cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormon tedavisi tek başına ya da birlikte kullanılır (41).

Tümörün evre ve türüne bağlı olarak, lumpektomi veya mastektomi yapılma kararı verilir. Multifokal kanser, memeye radyoterapi öyküsü, büyük boyutlarda tümör ve radyoterapiyi komplike edecek bağ doku hastalığı varsa mastektomi önceliklidir. Ameliyat sırasında aksilla lenf bezleri de çıkarılabilir (42).

Radyoterapi, cerrahi sonrası adjuvan tedavi yöntemidir. Amacı nüks olasılığını azaltmaktır ve tümör bölgesini hedefleyen yüksek enerjili X-ışınları veya gama ışınları kullanılır. Ameliyattan sonra kalan yada tümör bölgesinde tekrarlayan kanser hücrelerini öldürmede etkilidir (43).

Kemoterapi ameliyat öncesi, ameliyat sonrası veya ameliyat edilemeyen vakalarda kullanılır. Östrojen reseptörü pozitif tümörü olan hastalar, kemoterapi tamamlandıktan sonra hormon tedavisi alır. Hormonal tedaviler, premenopozal kadınlara verilen, östrojen reseptörlerini inhibe eden tamoksifen, postmenopozal kadınlara verilen, östrojen miktarını azaltan aromataz inhibitörleri ve nüks olasılığı yüksek, premenopozal kadınlarda overleri baskılamak için verilen GNRH analoglarıdır (44).

Hedefe yönelik tedavi, meme kanseri hücrelerinin büyümesini belirli şekillerde engelleyen ilaçların kullanılmasıdır. Örneğin, HER-2 proteinini aşırı eksprese eden hastalarda, meme kanseri hücrelerinde HER-2 proteini aktivitesini bloke etmek için trastuzumab isimli monoklonal antikör kullanılır. İlerlemiş vakalarda, trastuzumab kanser büyümesini geciktirmek ve hastanın sağkalımını artırmak için kemoterapi ile birlikte kullanılır (42).

### **2.1.5 Meme Kanserine Eşlik Eden Psikososyal Sorunlar**

Kanser tanısı almak korku, umutsuzluk, çaresizlik düşüncelerine neden olur ve kişide ruhsal yıkım yaratır. Kanser hastalarında çeşitli nörofizyolojik ve ruhsal etkenler nedeni ile psikiyatrik komplikasyonlar gelişir. Bu kişilerde ortaya çıkan ruhsal belirtiler yaşam kalitesini bozar, hastalığın seyrini ve tedaviye cevabı olumsuz etkiler (45).

Hastanın duygusal ve davranışsal tepkileri, olağan sınırları aşmaya başladığında psikososyal problemler ortaya çıkar. Kansere nedenli oluşan tepkiler; kanserin türü ve özelliklerine, hastanın kişilik özelliklerine ve hastanın yaşadığı psikososyal ortama göre farklılık gösterir. Hastalar tanıda, tedavi sürecinde ve terminal dönemde çeşitli ruhsal ve davranışsal tepkiler geliştirir. Bu tepkilerden bazıları olağan ve uyum sağlamaya yöneliktir (46). Tanı aşamasında hasta uyuma yönelik olarak şok, inkar, öfke, isyan, kızgınlık, üzüntü, korku, kaygı gibi tepkiler gösterebilir (47). Bu tepkiler genelde bir süre sonra kaybolur. Ek olarak; hastada anksiyete bozukluğu, depresyon, öfke kontrol problemleri, umutsuzluk, nüks korkusu, benlik değerinin azalması, beden imgesinin bozulması, kadınlığını kaybetme ve ölüm korkusu gibi belirtilere de rastlanabilir (48).

Meme kanseri tanısından sonra kadınlar, fiziksel kayıplar, ruhsal sıkıntılar, aile, iş yaşamı ve sosyal, toplumsal rollerde değişimler yaşarlar. Bunun yanında uygulanan kemoterapi, radyoterapi gibi ağır, uzun süreli tedavi yöntemleri ve bu tedavilerin yan etkileri günlük yaşamı olumsuz etkiler ve çeşitli psikososyal problemlere yol açar (49).

Memenin kaybı sonucu oluşan ruhsal tepkilerin yoğunluğu, kadının memeye olan libidinal yatırımı ile yakından ilişkilidir. Kadın, geçmişten bu yana kendilik tasarımlarını bedeni üzerine oluşturmuş ve toplumda bu yönüyle kabul gördüğüne inanmışsa, meme kaybının yarattığı ruhsal yıkım fazla olacaktır (50).

Hastalar, kanser ile ilgili semptomların varlığı (ağrı, mide bulantısı, yorgunluk gibi), hastalığın nüksetmesi veya ilerlemesinden endişe duymak gibi nedenlere bağlı olarak depresif belirtiler gösterebilir. Bazı tedavilerin fizyolojik etkileri de (yüksek doz interferon tedavisi, radyoterapi ve kemoterapi) kaygı ve depresif belirtileri tetikleyebilir. Çin'de yapılan bir çalışmada, kanser tanısı almış kişilerde, kanser tanısı almayanlara göre depresyon ve anksiyete oranının önemli ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur (51).

Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete bozukluğu sıklığını araştıran çalışmalarda; bireyde yas sürecinin depresyon ile karıştırılabildiği ve bu nedenle

yanlış tedavilerin uygulanabildiği belirtilir. Aynı zamanda araştırmalar, depresyon ve yas belirtilerinden farklılıkları olduğunu göstermiştir.

Terminal dönemdeki hastalar; sağlık, bağımsızlık, işlevsellik ve gelecek ilişkilerin kaybı gibi birden fazla kayıpla baş ederler ve bu kayıpların hepsi yas sürecine neden olur. Şiddetli ve uzun süren yas belirtileri, intihar düşüncesi ve girişimi riskinde artış, hipertansiyon, kardiyak olaylar, hastaneye yatış oranında artış, sağlığı olumsuz etkileyecek davranışlara yönelme ve düşük yaşam kalitesi gibi ruhsal ve bedensel sorunlarla ilişkilidir (52).

Kanser hastalarında depresif semptomlar, hastalığın seyrinde uyumun bir parçası olarak (tanı ve tedavinin başlatılması, tamamlanması, hayatta kalma, nüks) ortaya çıkabilir veya kanserin kendisinden (beyin tümörleri), bununla ilgili semptomlardan (yorgunluk,ağrı) ve tedavilerden (ekzojen sitokinler, kortikosteroidler) kaynaklanabilir. Majör depresif bozukluk öyküsü olan bireyler, kanser tanısı aldıktan sonra depresif belirtileri tekrarlayabilir. Bu depresif belirtiler olağan yas tepkisini, psikiyatrik bozukluğu yada kanserin bedensel etkilerinin sonucunu temsil edebilir (53).

Meme kanseri tedavisinin cinsel yan etkileri, doğurganlık ve gelecekteki gebelikler ile ilgili endişeler, beden imajında bozulma, profilaktik mastektomi yapılması, kanserin mevcut veya potansiyel ilişkiler ve kariyer üzerindeki etkisi ruhsal sonuçlar doğuran etkilerinden sadece birkaçıdır (54).

Alkilleyici ajanlarla yapılan kemoterapi; sa dökülmesine, ovaryan yetmezliğe, erken menopoza, bilişsel değişikliklere ve kilo alımına neden olabilir. Taksanlar ile yapılan kemoterapi periferik nöropatiye, artraljiye ve miyaljiye neden olabilir. Antiöstrojen tedavisi (tamoksifen veya aromataz inhibitörleri) uykusuzluk, ateş basması, sinirlilik ve depresyona neden olabilir. Baumgart ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada, aromataz inhibitörü alan kadınların hem tamoksifen alan kadınlara hem de meme kanseri olmayan kadınlara göre daha fazla cinsel işlev bozukluğu (lubrikasyon, disparoni, cinsel istek azlığı) bildirdiği bulunmuştur. Tedavinin neden olduğu ateş basması, kaygı ve uyku kalitesinde bozulmalara neden olabilir, bu da tedaviye uyumsuzlukla sonuçlanabilir (55).



Anksiyete belirtileri, meme kanseri hastalarında en sık görülen belirti türlerindedir, oranı %10-30 arasında değişir (56). Geleceğe yönelik olumsuz beklentiler, süreç boyunca yaşanan belirsizlik, nüks ve tedavinin yan etkilerine yönelik endişeler nedeniyle hasta anksiyete belirtileri yaşayabilir (57). Güncel literatüre ait bulgular, geçmiştekilerin aksine meme kanseri hastalarında anksiyete belirtilerinin depresif belirtilerden daha yaygın olduğunu göstermektedir (58,59).

### **2.1.6 Psikosomatik Bir Hastalık Olarak Meme Kanseri**

Başlıca yaşam olaylarının, depresyonun ve kişilik özelliklerinin kanserin başlaması, ilerlemesi ve yaşam süresinde oynadığı rolü inceleyen çok sayıda çalışma çelişkili sonuçlar vermiştir. Çünkü bireylerdeki yüksek stres yükü, analizlerde karıştırıcı faktör olabilen sağlıksız yaşam tarzına (sigara, yoğun alkol kullanımı, hareketsiz yaşam, kötü beslenme, sağlık taramalarını ihmal etme) eşlik edebilmektedir (60). Distres, kanser hücrelerinin çoğalmasını engelleyen doğal öldürücü hücre (natural killer) fonksiyonunu azaltır. Depresif semptomlar, hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) ekseninin düzensizliğine, kortizol seviyelerinin ve inflamatuvar yanıtların artmasına ve kanser hücrelerine karşı savunma süreçlerinin etkilenmesine yol açar. Kortizolün stres dönemlerinde fazla ve uzun süreli salınımı, meme bezi fizyolojisini düzenlemedeki işlevi nedeniyle, hücreleri normalin dışında biyolojik yolların aktivasyonuna maruz bırakır. Çalışmalar, stresli yaşam olaylarının ve iş stresinin, maruziyetten yıllar sonra bile yüksek kortizol seviyeleri ürettiğini göstermektedir (61,62). Yüksek kortizol salınımı, kortizolün meme bezi üzerindeki etkisini uzatır. Ek olarak stres, HPA-ekseni üzerinde kalıcı değişikliklere neden olur (63).

Lutgendorf ve Sood (2011), kanser insidansı ile sıkıntı verici yaşam olayları veya uzun süreli depresyon arasında ilişkiye yönelik kanıtlar bulmuş, ayrıca epidemiyolojik kanıtların psikososyal faktörler ile kanserin ilerlemesi arasındaki ilişkiyi desteklediği sonucuna varmıştır (64). Ancak Bergelt ve ark. (2006) tarafından yapılan çalışmada, kanser tanısı olan rastgele seçilmiş 8.736

Danimarkalı hastanın 1.011'inde, stresli yaşam olaylarının sağlıksız yaşam tarzıyla ilişkili olduğu görülmüş, ancak kanser insidansında artışla ilişkisi bulunmamıştır (65). Literatür her iki mekanizma için çelişkili bulgular içermesine rağmen, depresyonu kanser insidansı ile ilişkilendiren kanıtlar, depresyonu kanser ilerlemesi ile ilişkilendiren kanıtlardan daha azdır.

Kişinin kanser tanı ve tedavisine uyum yeteneği, hastalığın seyri boyunca değişen, hastalığın kendisi (bölge, semptomlar, klinik seyir, prognoz, uygulanan tedavi tipi), kanserin hedeflere (ergenlik, kariyer, aile, emeklilik) ulaşmada oluşturduğu tehdit, kültürel, manevi ve dini tutumlar, destekleyici ilişkilerin varlığı, hastanın kişiliği, başa çıkma tarzı ve yas deneyimi gibi tıbbi, psikolojik ve sosyal faktörlere bağlıdır (53).

Psikosomatik hastalıklarda, ruhsal mekanizmaların hastalığın bilinen kimyasal, viral ve radyasyonel nedenleriyle birlikte hareket ettiğinde bazı kanser vakalarına neden olabileceği öne sürülür. Psikosomatik hastalığın özü, ilkel savaş ya da kaç tepkisinin patolojik olarak uzamasında yatar. Bir tehlike veya tehlike tehdidi algılanır ve organizmayı durumla başa çıkmaya hazırlamak için vücut otomatik olarak sempatik-adrenal aktivite ile tepki verir. Stres, kortizol üretimini artırır ve bağışıklık sistemini engeller. Bu açıdan kanserle psikosomatik bir bağlantı olabileceğini düşünen görüşler mevcuttur (66).

Kanser, 1950 ve 1960'lı yıllarda ya kişilik özellikleri ile hızlandırılan ya da öncesinde belirli duygusal sıkıntıyla ortaya çıkan bir psikosomatik hastalık olarak tartışıldı. Ancak günümüzde psikolojik savunmaların stres reaksiyonlarına aracılık eden immünolojik işlevler ve çevresel koşullarla etkileşimi, psikosomatik araştırmaların odak noktası haline gelmiştir (67). Bahnson ve Bahnson (1966), bastırma ve inkarın kanserde merkezi dinamik olduğunu ve kanserin, yakın zamanda önemli bir kişi veya nesnenin kaybının yerini almaya yönelik bir çaba olarak psikoza alternatif olabileceğini öne sürdü. Dürtülerini somatik olarak boşaltma olasılıklarının daha yüksek, nevrotik belirtilerle çatışmalarını ifade etme olasılıklarının daha düşük olduğunu belirtti (68).

Kanser ve kişilik arasındaki ilişki, dolaylı olarak kanserin psikosomatik bir hastalık olup olmadığı sorusunun sorulmasına yol açar. Greer ve Morris'in (1975), meme kanserli bir grup kadın üzerinde yaptığı araştırma C Tipi (kansere eğilimli) kişilik olarak anılan davranış modelini tanımladı. C tipi kişilik, nevrotiklik ve içe dönüklük ile ilişkilidir (69). Boyun eğme, itaat, nezaket, bağımlılık, reddedememe, başkaları için kendini feda etme olarak tanımlanır. Kısıtlı duygulanım, olumsuz duyguların bastırılması, duygu düzenlemede güçlük ve çaresizlik şeklinde kendini gösterir. Bununla birlikte, prospektif çalışmaların ve meta analizlerin sonuçları, kişilik özellikleri ile kanser riski arasındaki ilişkiyi doğrulamamıştır. Kanser için olası risk faktörleri olarak nörotisizm ve dışadönüklüğü araştıran Nakaya çalışması, üstün örneklem büyüklüğü ve metodolojik gücü nedeniyle böyle bir bağlantının olmadığına literatürdeki kanıtlarından biridir (70).

Nevrotik kişilik özellikleri sağlık üzerine olumsuz davranışlarla ilişkilendirilebilir. Otonari ve ark. tarafından yapılan prospektif bir çalışmada nevrotik kişilik özellikleri ön planda olan kadınların daha yüksek kanser riskine sahip olduğu ve nevrotikliğin kanser risk faktörleriyle pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. Bulgulara göre, nevrotik yapıya sahip kadınlar daha az meyve ve sebze tüketiyor, daha az egzersiz yapıyor, daha fazla sigara içiyordu (71). Nevrotiklik, stresörlerin niteliğini ve miktarını değiştirerek bağışıklık sistemini etkileyebilir, bu da yalnızca stresörlerin (sağlıkla ilgili olumsuz davranışlar) daha fazla bulunmasına yol açmakla kalmaz, aynı zamanda stresörlere verilen yanıtı etkiler. Nevrotik bireylerde, interlökin-6 ve C-reaktif protein gibi kronik enflamasyonun fizyolojik biyobelirteçlerinin daha yüksek bulunabileceğini belirten çalışmalar vardır (72). Wojciechowska ve ark.'nın (2022) yaptığı bir çalışmaya göre, nevrotik kişilik yapısı ve olumsuz duygulanım, meme kanseri riskiyle güçlü ilişkili faktörlerdendir (73).

İngiltere'de Schoemaker ve ark.'nın (2016) yaptığı çalışmada 991 kadın meme kanseri oluşumu ve stres faktörleri arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla 30 yıl boyunca takip edilmiş ancak meme kanseri ve stres arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (74). Kronik stres ve meme kanseri oluşum riski ile ilgili literatürdeki görüşler oldukça çelişkilidir.

## **2.2 Yas ve Yas Süreci**

### **2.2.1 Yas Tanımı**

Hayatın bir parçası olan kayıpların sonrasında yaşanan yas tepkileri, kayıplara verilen doğal ve evrensel tepkilerin bütünüdür. Yas dendiğinde yalnızca sevilen bir kişinin ölümü ardından gelişen elem ve keder değil, insanın yaşamı boyunca karşılaşacağı her türlü kayba verdiği tepkiler anlaşılmalıdır (75). Yaslarımız parmak izlerimiz kadar kişiseldir (76).

‘Yas ve Melankoli’ makalesinde Freud (1917) yas tutmayı “sevilen bir yakının veya ülke, özgürlük, bir ideal gibi düşünsel-soyut bazı değerlerin kaybına karşı gelişen bir reaksiyon” olarak tanımlar. Günümüzde yas, genel olarak herhangi bir kayıptan sonra oluşan duygusal tepkiler olarak tanımlanır (77).

Kayıp karşısında geride bıraktıklarımız için yas tutarız. Akut yas, beklenti yası, hazırlık yası, komplike yas, uzamış yas, travmatik yas gibi aynı anlamda kullanılan farklı yas terimleri vardır.

Kayba verilen tepkiler kişiden kişiye değişir ama en önemlisi yalnızlık ve çaresizlik duygusudur. Kayba karşı; hissizlik, inkar, öfke, haksızlığa uğramış hissetme, ağlama, boşluk hissi gibi bazı evrensel yas tepkileri oluşur. Yas, depresyon gibi bir ruhsal bozukluk değildir. Depresyondaki bireyler, herhangi bir sebep olmaksızın kendilerini değersiz hissederler ve bu nedenle duygularını yeterince ifade edemezler (78).

### **2.2.2 Uzamış Yas Bozukluğu**

Uzamış yas bozukluğu, olağan yas belirtileriyle karakterizedir, ancak bu belirtiler yastan farklı olarak uzun süreli ve şiddetlidir. Yas sürecinin önemli yordayıcıları; kadın cinsiyet, travmatik olaydan önce depresif belirtilerin olması ve kaçınmanın gözlenmesidir (78). Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasının gözden geçirilmiş 11. baskısında (ICD -11) uzamış yas; yoğun duygusal acı, kaybı kabullenmede güçlük ve olumsuz ruh haline sahip olma olarak tanımlanır. Bu

belirtiler işlevsellikte bozulma ile ilişkilidir, kayıptan sonra altı aydan fazla sürer (79). Çoğu kişi için, yas belirtilerinin sıklığı ve yoğunluğu, yastan sonraki haftalar içinde giderek azalır. Bununla birlikte, bazı kişilerde bu süreç azalmadan devam eder. Kişi, yasa neden olan duruma yönelik düşüncelerle yoğun ve sıkıntı verici şekilde meşgul olmaya devam eder, kaçınma davranışı fazladır. Bu durum karmaşık yas veya kalıcı karmaşık yas bozukluğu olarak adlandırılır (80).

Uzamış yas bozukluğu (UYB), majör depresyon, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve diğer stresle ilişkili bozukluklardan ayırt edilebilir. Uzamış yas bozukluğu, ICD-11'de ruhsal hastalıklar bölümünde ve Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistik El Kitabı, Beşinci versiyonunda (DSM-5), "kalıcı karmaşık yas bozukluğu" olarak isimlendirilmiştir (79).

UYB'nin, yaşam kalitesinde bozulma, depresyon, TSSB ve anksiyete bozuklukları oranında artış, artan intihar eğilimi gibi ruhsal sorunlar ile ilişkili olduğu bulunmuştur (81).

### **2.2.3 Hazırlık Yası**

Literatürde hazırlık yası terimi, hasta ve ailesi tarafından beklenen ölüme karşı hissedilen bilişsel, duygusal, kültürel ve sosyal tepkilerin toplamı olarak tanımlanır. "Hazırlık yası" kavramı ilk kez Lindemann (1944) tarafından ortaya atılır ve ölüm veya ayrılma tehdidinin kendisinin bir yas tepkisi başlatabileceğini belirtir. Ölümcül bir hastalık sırasında hasta için birçok kayıp olacaktır. Bunlar; mahremiyet, bağımsızlık, hayaller, para, kontrol, kişinin arkadaşlıklar ve ailedeki rolü, en önemlisi hayatın kendisinin kaybıdır (82).

Yas yaşayan kişinin; yaşı, hastalık, ölüm ve ölümlle ilgili önceki deneyimleri ve kişisel beklentileri, hastalıkla ilgili öznel deneyimi (belirtileri, tedavi rejimi ve yan etkileri, ağrı miktarı, kötüleşme derecesi, ilerleme hızı, ikincil kayıpların sayısı ve oranı), eğitimi, ekonomik ve mesleki statüsü verilen tepki derecesini belirlediği için hazırlık yası üzerinde etkiye sahiptir (82).

Hazırlık yası, kişinin bu dünyadan nihai olarak ayrılışına hazırlık algısı olan normal bir uyum sürecidir. Depresyon ile hazırlık yasını birbirinden ayırmak zordur. Örneğin, iştah kaybı, uyku bozuklukları ve yorgunluk, hazırlayıcı yası yanı sıra depresyonun da belirtileridir. Hazırlık yası sürecinde kanser hastaları suçluluk hissetmezler ve sevdikleriyle vakit geçirmeyi tercih ederler, depresyon hastaları ise düşük benlik saygısı, değersizlik duyguları, suçluluk ve toplumdan kendini geri çekme davranışı gösterirler. Bununla birlikte anhedoni, umutsuzluk, değersizlik, intihar düşüncesi depresyonu hazırlık yasından ayırt edici belirtileridir (83).

## **2.3 Yas ile İlgili Kuramlar**

### **2.3.1 Freud – Yas ve Melankoli**

Freud, 1917'de yayınlanan Yas ve Melankoli makalesiyle yası ruhsal olarak derinlemesine ele alan ilk psikiyatristlerden biridir. Yas ve Melankoli makalesinde Freud ilk olarak sağlıklı ve patolojik yas arasında ayırım yapar. Yası sadece sevilen bir nesnenin (bununla kişiyi kasteder) kaybı olarak değil, kişinin ülkesinin, ideallerinin veya evinin kaybı olarak kavramsallaştırır. Yas tutmanın kendi başına patolojik bir durum olmadığını düşünür (87).

Sağlıklı bir yas sürecinde birey derin acı duyar, sevme kapasitesini kaybeder ve dış dünyayla daha az ilgilenir. Freud, ölen kişiyle duygusal bağın kesilip libidinal enerjinin başka ilişkilere yatırılmasıyla yas sürecinin sona ereceğini öne sürer. Kayıp nesnelere bir kez sevidikten sonra içselleştirildiğini ve nihayetinde hayatta kalan bireyin egosu veya psişik yapısının içinde, onun bir parçası olarak kurulduğunu belirtir.

Yas tutan kişi, benliğinin bir parçası haline gelen kayıp nesneyle özdeşleşir. Yası mümkün, katlanılabilir ve nihayetinde potansiyel olarak dönüştürücü kılan budur. Ölene duyulan sevgi ve nefret gibi ikircikli duygular nedeniyle yas kesintiye uğrarsa patolojik yas haline gelir.

Melankolinin özellikleri yasa benzer ancak melankolide kişi ceza beklentisindedir ve benlik saygısı azalır. Freud, melankolinin kayıp nesneye yönelik kararsız duygulardan kaynaklandığını ve melankoliklerin bu nesneye ne kaybettiklerinin tam olarak bilincinde olmadıklarını savunur. Melankolik, kayıp nesneyi içselleştirmiş ve onu kendisinin bir parçası haline getirmiştir. Böylece libido başka nesnelere yatırılmaz ve egoya geri döner (84,85).

### **2.3.2 Bowlby – Bağlanma Kuramı**

John Bowlby, yasin doğrudan çocuğun annesiyle olan bağıyla ilgili olduğunu ileri sürer, aynı zamanda bağlanma kuramından söz eden ilk psikanalisttir.

Yas teorisini anne figürünün geçici veya kalıcı kaybına bebeklerin nasıl tepki verdiğine dair gözlemleri ışığında tasarlar. Anneyle temel bağlardan yoksun bırakılan çocukların kayıplara nasıl tepki verdiğini gözlemler. Yetiştirme yurdundaki terk edilmiş, birincil bakım vereni olmayan çocukları inceleyerek, çocuklarda oluşan ego parçalanmasını saptar. Bowlby (1963) anneye ya da birincil bakım verene olan bağın çocuğun ruh sağlığının ana düzenleyicisi olduğunu göstermiştir. İnsanın, başka insanlarla duygusal bağlar geliştirmek için doğuştan bir eğilime sahip olduğunu ve bu bağların bozulmasının, ayrılığa karşı içgüdüsel ve evrensel bir tepki olan yas deneyimine neden olduğunu belirtir (86).

Bowlby, patolojik yas ve bebeğin ayrılık kaygısı arasında benzerlikler saptamıştır. Yas sürecinde olan bir yetişkin, annesiyle temel bağlarından yoksun, öfkeli bir bebek gibi yaşadığı kaybı protesto edebilir veya öfke yaşayabilir, yüksek sesli bir ağlama ve acı ifadesi gösterebilir. Bebeğin protesto amacıyla ağlaması, aynı zamanda kayıp bir nesneyi geri getirmek için yapılan aktif bir arama eylemidir. Bebeklerde gözlediği en acı verici durum, onların duygusal bağa olan ihtiyacını tamamen reddetmesiydi. Bowlby yas sürecini bölümlere ayırır. Bu bölümler, uyuşma, özlem ve arayış, dağınıklık, umutsuzluk ve sonrasında yeniden yapılanmayı içerir. Patolojik yası kayıp nesneye karşı kabul edilmemiş

nefretin bir sonucu olarak gören Freud'un aksine, Bowlby patolojik yası kendine karşı düşmanlık ve nefretin sonucu olarak görür (85).

### **2.3.3 Lindemann ve Yas**

Lindemann (1944), yasin temel özelliğinin kayba verilen tepkiler olduğunu söyler ve kayıp sonrası verilen bu ilk tepkileri “akut yas” olarak adlandırır. Kayıp sonrası 4-6 haftalık zamanın akut yas süreci olduğunu belirtir (1,87). Yas tutan kişi, büyük şaşkınlık, duygusal felç hali, ayrılan kişinin hayaliyle fazlaca meşgul olma evrelerinden geçer (88).

Akut yasin, ruhsal ve bedensel belirtiler bütünü olan bir sendrom olduğunu belirtir. Her seferinde yirmi dakikadan bir saate kadar süren dalgalar halinde ortaya çıkan somatik sıkıntı, boğazda sıkışma hissi, nefes darlığı, boğulma hissi, iç çekme ihtiyacı, karında boşluk hissi, kas gücünde azalma, yoğun gerginlik ve zihinsel acıyı akut yas dönemindeki ortak belirtiler olarak tanımlamıştır. Lindemann’a göre, somatik belirtiler, ölen kişinin hayaliyle fazlaca meşgul olma, suçluluk duyguları, düşmanca tepkiler ve her zamanki davranış kalıplarında değişim, yas için tanı koydurucudur (89).

### **2.3.4 Kübler-Ross ve Yas**

Kübler-Ross (1969) kuramında yasin evrelerini; inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak beş evrede tanımlar (90).

Kübler-Ross yasin ilk aşaması olan inkar evresini, bazı hastaların uzun süre yaşamak zorunda oldukları zor ve sancılı bir süreçle başa çıkmanın sağlıklı bir yolu olarak tanımlamıştır. Beklenmeyen haberin ardından gelen inkâr sürecinin, tampon görevi gören, hastanın kendini toparlamasına yardım eden bir durum olduğunu belirtmiştir. Hastanın ilk tepkisini zamanla geçen şok hali olarak düşünür. İlk baştaki hissizlik hali geçtikçe kişi kendini toparlar ve inkar sürecine geçer. İnkâr süreci artık sürdürülemeyeceği zaman yerini öfke, küskünlük benzeri



duygular alır. Kişi bu olayların neden diğer insanların değil de onun başına geldiğini sorgulamaya başlar. Üçüncü aşama olan pazarlık aşaması, kısa süreliğine de olsa hasta için faydalıdır. “Eğer Tanrı beni dünyadan almaya karar verdiyse ve yakarışlarıma cevap vermediyse, güzel bir şekilde sorarsam daha merhametli olabilir.” düşüncesi ile sonu erteleyecek bir anlaşma yapmak ister. Geçmişteki yaşantılarından, yaptığı iyilikler için ödüllendirileceği ihtimali olduğunu bilmektedir. İsteddiği daha uzun yaşamak ve ıstırap çekmemektir (7).

Ölümcül hastalığı olan kişi, hastalığını inkâr edemeyecek kadar fiziksel belirtiler yaşamaya başladığında artık depresyon evresine geçilir. Hissizlik ve bazen de öfkenin yerini büyük bir kayıp duygusu alır. Bu kaybın kanser hastalarında pek çok yönü vardır. Meme kanseri olan bir kadın vücut şeklini kaybettiği için tepki verebilir. Beşinci ve son evre ise kabullenme evresidir. Kayıp kabullenilir, yeni yaşam sürecine uyum başlar ve yeni ilişkilere yönelinir.

Kübler-Ross, bu evrelerin her birinin yaşanmasının ya da belirtilen sırada görülmesinin zorunlu olmadığını, bazen iki evrenin aynı zamanda yaşanabileceğini ve kayıp karşısındaki verilen tepkilerin aynı olmayabileceğini belirtir (7,90,91).

## **2.4 Psikolojik Dayanıklılık ve Kanser**

Meme kanserinin sağ kalım oranı diğer kanser türlerine göre yüksek olmasına rağmen, hastanın iyilik halinden yoksun kaldığı süre en uzun olan kanser türlerindedir. Dayanıklılık terimi, stres, travma ve hastalık gibi olayların üstesinden gelme süreci ve bununla ilişkili kişilik özellikleri ile ilgilidir (92). Kişinin kendine ait özellikleri, bilişsel kapasitesi, sağlık çalışanları ile olan iletişim, aile ve sosyal çevre gibi etmenler meme kanserinde dayanıklılığı etkilemektedir. Bu etmenler ile hastaların psikolojik dayanıklılığı artırılabilir (93). Psikolojik dayanıklılık düzeyi daha yüksek olan kişilerin hastalıkla yüzleşmeye daha istekli oldukları ve bu tür kişilerde iyileşme sürecinin daha hızlı olduğu görülür. Ristevska-Dimitrovska ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmada, beden imajı

olumsuz olan ve tedaviye bağlı yan etkilerden Őikâyet etmeye daha yatkın hastaların psikolojik dayanıklılıklarının daha düşük olduğu saptanmıştır (94).

Meme kanserinin erken evresinde uyumsuzluk, yas ve depresyon gibi sorunlarla başa çıkmada da psikolojik dayanıklılık önemli yer tutar. Meme kanseri tanısı konulduktan sonra hastalık sürecini kabullenmeye çalıŐan kadınlarda psikolojik dayanıklılığın önem arz ettiği bir süreç başlar. Bu süreç sadece cerrahi tedavi aşamasında değil kemoterapi, radyoterapi gibi tedavi aŐamalarında, hatta yaşam boyu devam eder (94).

## **2.5 Duygu Dúzenleme Güçlüğü ve Kanser**

Duygu oluŐturma ve dúzenleme süreçleri, bireyin kanser deneyiminin önemli bir parçasıdır. Kansere uyum süreci, duygusal sıkıntıyı yönetmeyi içerir ve duygusal sıkıntılarını dúzenleyebilen hastalar iyi uyum gösterirler (95). Duygu dúzenleme, tercih edilen bir duygusal durumu sürdürmek için kişinin duygularını deđiŐtirme sürecidir (96).

Duygu dúzenleme altı farklı etmeden oluşur: kişinin duygularına dikkat edip etmediğini ve duygularını kabul edip etmediğini yansıtan duygusal farkındalık eksikliği (farkındalık), kişinin sorun hakkında net bir anlayıŐa sahip olup olmadığını yansıtan duygusal netlik (netlik), olumsuz olma eğilimi olan duyguların kabulünde zorlanma (kabul etmeme), olumsuz deneyimler yaŐadıđında kişinin duygularını dúzenlemek için yapılacak çok az Şey olduğu inancını ölçen stratejiler (stratejiler), olumsuz deneyimler yaşadıklarında davranıŐları kontrol etmede yaşanan güçlükler (dúrtü), amaca yönelik davranıŐta yer almada yaşanan güçlükler (hedefler) olarak sınıflandırılır. Bunların birinde eksiklik olması duygu dúzenleme güçlüğü olarak tanımlanır (97). Aynı zamanda duygu dúzenleme güçlüğü, bir kişinin duygusal tepkilerini uygun bir Şekilde dúzenleyip kontrol etmekte zorlanmasını ifade eder. Bu durum, kişinin çevresel veya kiŐilerarası zorluklar yaŐadıđında aşırı tepki verme eğiliminde olduğunu

gösterir. Duygu düzenleme güçlüğü yaşayan kişiler, öfke patlamaları, ağlama atakları, pasif-agresif davranışlar gösterebilir (98).

Duyguların yanlış zamanda veya yoğun hissedilmesi ve ifade edilmesi, duyguların işlevselliğini olumsuz etkiler. Duygu düzenleme becerisi, duyguların uygun şekilde deneyimlenmesi ve kontrol edilmesiyle yakından ilişkilidir. Duygu düzenleme becerisinin gelişmiş olması, kayıp yaşayan bireylerin yas tutma sürecini daha sağlıklı geçirmelerini sağlar. Ancak toplumda yas tutmanın yeri ve kabul edilen süresi sınırlıdır. Bu durum, yasla ilgili duyguların tam anlamıyla ifade edilmesini zorlaştırır ve sağlıklı yas sürecinin önünde bir engeldir. Yas tutmaya izin verilirse, yas tutan kişiler duygularını özgürce ifade eder, kayıplarını kabul eder ve iyileşme yolunda ilerler (99).

### **3 YÖNTEM VE GEREÇLER**

#### **3.1 Etik İzin**

Çalışmamız Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi (ÇOMÜ) Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 18.01.2023 tarih ve 2023/02-17 sayılı etik kurul kararı ile onaylanmıştır. (Bkz. EK 1)

#### **3.2 Örneklem**

Bu çalışma, ÇOMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji birimine 01.02.2023-30.04.2023 tarihleri arasında başvuran, en az altı (6) ay, en çok 120 ay önce meme kanseri tanısı almış, dahil etme ve dışlama kriterlerini karşılayan, araştırmaya katılmaya gönüllü 177 (n=177) hasta ile yürütülmüştür. 01.02.2023-30.04.2023 tarihleri arasında Tıbbi Onkoloji birimine başvuran meme kanseri tanılı toplam hasta sayısı 346 olarak belirlenmiştir. 169 hasta dahil etme kriterlerine uymama, gönüllü olmama ya da hastalara ulaşılamaması sebebiyle çalışmaya dahil edilememiştir. İstatiksel analizler 177 hastaya (n=177) uygulanmıştır.

#### **3.3 Araştırmaya Alım ve Dışlanma Ölçütleri**

Çalışmada altı farklı veri toplama aracı kullanılmıştır. Katılımcıların demografik bilgileri ile onkolojik ve ruhsal klinik durumlarını belirlemek amacıyla "Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu", uzamış yas belirtilerini ölçmek amacıyla "Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği - Hasta Formu", psikolojik dayanıklılığı değerlendirmek amacıyla "Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği", duygu düzenleme becerilerine ve varsa güçlüğüne ilişkin bilgi edinmek amacıyla "Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği - Kısa Form", hastalığa bağlı anksiyete ve depresyon riskini belirlemek için "Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği" yüz yüze uygulanmıştır. Hastaların çalışmaya katıldıklarında aktif psikiyatrik bozukluk

tanılarının olup olmadığının belirlenmesi için, çalışmayı yürüten araştırmacı tarafından hastalara DSM-5 yönelimli klinik görüşme yapılmıştır. Araştırmaya dahil edilen hastaların alım ve dışlama kriterleri aşağıda belirtilmiştir.

### **3.3.1 Araştırmaya Alım Ölçütleri**

1. Çalışmaya katılmak için gönüllü olma,
2. En az altı ay, en çok 120 ay önce meme kanseri tanısı almış olma,
3. Öncesinde yargılama yeteneğini etkileyen psikotik bozukluk, bipolar bozukluk veya organik mental bozukluklar, mental retardasyon gibi psikiyatrik tanıları almamış olma,
4. Soruları anlayabilme ve yanıt verebilme.

### **3.3.2 Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri**

1. Yargılama veya bilişsel bozulma yaratacak psikiyatrik hastalığının bulunması,
2. Altı aydan daha kısa, 120 aydan daha uzun süre sonra meme kanseri tanısı almış olma.

## **3.4 Veri Toplama Araçları**

### **3.4.1 Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu**

Katılımcıların demografik bilgileri (yaş, çalışma durumu, eğitim düzeyi, kiminle yaşadığı), meme kanseri toplam tanı süresi, klinik evresi, nüksü, alınan tedaviler, geçmiş dönem ve şimdiki psikiyatrik durumları, mevcut psikiyatrik ilaç kullanımı, intihar girişimi öyküsü, alkol kullanım bozukluğu ve menopozal dönemde olup olmadığına ilişkin bilgileri öğrenmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış toplam 16 soruyu içeren bir formdur. (Bkz. EK 2)

### **3.4.2 Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği – Hasta Formu (UYBÖ-HF)**

Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu, Jacobsen ve ark. (2010) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir (52). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Gökler-Danışman ve ark. (2017) tarafından, kanser sebebiyle tedavi gören 250 hasta üzerinde yapılmıştır (6). 12 maddelik ve beşli Likert tipi olan ölçek; 1 ve 4. maddeler için 1=hiç, 2=en az bir kere, 3=en az haftada bir kere, 4=en az günde bir kere, 5=günde birçok kere; 5 ve 12. maddeler için 1= hiç, 2=çok az, 3=biraz, 4=çok ve 5=çok fazla şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin alt ölçekleri yoktur ve puan aralığı 12 puan ile 60 puan arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puan ne kadar yüksek bulunursa uzamış yas belirtilerinin de o kadar şiddetli olduğu düşünülebilir. (Bkz. EK 3)

### **3.4.3 Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16)**

Bjureberg ve ark. (2016) tarafından oluşturulmuş ölçek Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği'nin (Gratz ve Roemer, 2004) kısaltılmış formudur (100,101). Ölçek 16 maddeden oluşmaktadır; açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler ve kabul etmeme olmak üzere beş alt boyutu mevcuttur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin çalışması Yiğit ve ark. tarafından 2017 yılında yapılmıştır (102). Ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır. DDGÖ-16'daki maddeler, 1 puan (neredeyse hiçbir zaman) ile 5 puan (hemen hemen her zaman) arasında değişen 5'li Likert tipi şeklinde derecelendirilir. Ölçekten alınan toplam puan yüksekliği ile duygu düzenleme güçlüğü arasında pozitif bir ilişki vardır. (Bkz. EK 4)

### **3.4.4 Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)**

Friborg ve ark tarafından 2003 yılında oluşturulan ölçekte beş alt boyut bulunmaktadır. Bu alt boyutlar; kendilik algısı, yapısal stil, aile uyumu, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar olarak belirlenmiştir (103). Sonrasında Friborg ve ark. tarafından 2005 yılında gelecek algısı ismiyle yeni bir alt boyut eklenmiştir.

Ölçeğin amacı, kişilerdeki psikolojik dayanıklılık düzeyini saptamaktır. Basım ve Çetin tarafından 2011 yılında Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçeğin 33 maddesi vardır (104). Ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır. Ölçek puanı ne kadar yüksek ise psikolojik dayanıklılığın o kadar yüksek olduğu şeklinde değerlendirme yapılır. Maddeler bir ucunda olumlu, bir ucunda olumsuz özelliklerin olduğu beş kutucukta puanlanır. 5’li Likert şeklinde düzenlenmiş beş kutucuk vardır. Bu araştırmada ölçekten alınan puan arttıkça psikolojik dayanıklılık artacağından, cevap kutucuklarının değerlendirilmesi soldan sağa doğru 1,2,3,4,5 olarak gerçekleştirilir. 1-3-4-8-11-12-13-14-15-16-23-24-25-27-31-33 numaralı sorular ters puanlanan sorulardır. (Bkz. EK 5)

#### **3.4.5 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS)**

Zigmond ve Snaith (1983) tarafından bedensel hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon riskini belirlemek üzere ortaya çıkmıştır (105). Ölçeğin amacı, hastaya anksiyete ve depresyon tanısı koymaktan öte mevcut hastalığından dolayı anksiyete ve depresyon riski durumunu belirlemektir. Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik güvenilirlik çalışması Aydemir ve ark. (1997) tarafından yapılmıştır (106). Ölçeğin toplam iki alt boyuttan oluşan 14 sorusu vardır. Bu alt boyutlar, anksiyete alt ölçeği ve depresyon alt ölçeğidir. Anksiyete alt ölçeği için tek soru numarası olan maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için çift soru numarası olan maddelerin puanları toplanır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan ise 21 olarak belirlenmiştir. Her bir alt ölçeğin kesme puanı 8 olarak alınmıştır. (Bkz. EK 6)

#### **3.5 İstatistiksel analiz**

Bu çalışmada elde edilen verilerin özetlenmesi için tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Sürekli (sayısal) değişkenler, UYBÖ - HF skoru, HADS-A skoru, HADS-D skoru, HADS Toplam skoru, YPDÖ skoru, DDGÖ-16 skoru, yaş, toplam kanser süresi ve eğitim yılı gibi dağılıma bağlı olarak ortalama  $\pm$  standart sapma

ve minimum ve maksimum değerlerle ifade edilirken, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak sunulmuştur.

Elde edilen verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS 28.0 (IBM, NY, ABD) programı aracılığıyla yapılmıştır. İstatistiksel analizler yapılmadan önce toplanan veri grubunun standart normal dağılım ölçütlerini karşılayıp karşılamadığı değerlendirilmiştir. Sayısal değişkenlerin normallik durumları için; çarpıklık ve basıklık değerlerinin  $-1,5$  ile  $+1,5$  arasında olması gerekliliği referans alınmıştır (107). Katılımcılara tanımlayıcı istatistikler yöntemleri uygulanarak standardize z değerleri belirlenmiştir. Standardize z değerlerinin  $(-3.00 > z < 3.00)$  aralığında olduğu görülmüştür. 177 katılımcı ile parametrik analizler sürdürülmüştür. Betimsel istatistikler incelenmiş, ardından değişkenlere bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Uzamış yas bozukluğunu yordama gücünü etkileyen faktörleri saptamak amacıyla çoklu regresyon analizi (Enter modeli) uygulanmıştır. Bağımlı değişkendeki varyansın ne kadarının model tarafından açıklandığı Adjusted  $R^2$  değeri ile belirlenmiştir.

Psikolojik dayanıklılık (YPDÖ ile ölçüldüğü şekliyle) ve uzamış yas bozukluğu (UYBÖ – HF ile ölçüldüğü şekliyle) arasındaki ilişkide; depresyon riski skorunun (HADS-D ile ölçüldüğü şekliyle) düzenleyici değişken olup olmadığının tespiti için moderatör (düzenleyici) değişken analizi, duygu düzenleme güçlüğünün (DDGÖ-16 ile ölçüldüğü şekliyle) aracı değişken olup olmadığının tespiti için ise mediatör (aracı) değişken analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için  $p < 0.05$  kabul edilmiştir.



## 4 BULGULAR

Araştırmaya katılmaya gönüllü, alım ve dışlama kriterlerini sağlayan, 177 meme kanseri hastası dahil edilmiştir. Hastaları çalışmaya dahil ederken, hastaların en az 6 ay, en çok 120 ay önce tanı almış olmasına dikkat edilmiştir.

### 4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Verileri

Tüm hastaların yaşadığı yer, eğitim yılı, çalışma durumu, medeni durum, birlikte yaşadığı kişi, geçirilmiş ruhsal hastalık ve mevcut psikiyatrik durum (DSM-5 kriterlerine göre mevcut psikiyatrik tanısının olup olmadığı) ve hastanın değerlendirildiği tarihte psikiyatrik ilaç kullanımı olup olmadığı gibi verilerin dağılımı Tablo 4.1'de, toplam kanser süresi (ay), tümörün klinik evresi, nüks olup olmadığı, meme kanserine yönelik aldığı tedavi türleri, kemoterapinin türü ve hormon tedavisi verilerinin dağılımı ise Tablo 4.2'de gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan 177 meme kanseri hastasının yaş ortalaması  $54,24 \pm 10,01$  yıl, aldıkları toplam eğitim yıllarının ortalaması  $8,55 \pm 4,56$  yıl olarak saptandı. Bu hastaların çoğunluğunun çalışmadığı [%58,8 (n=104)], kırsal kesimde yaşadığı [%52,0 (n=92)], evli olduğu [%72,9 (n=129)] ve çekirdek ailesiyle birlikte yaşadığı [%75,1 (n=133)] belirlendi (Tablo 4.1).

### 4.2 Katılımcıların Klinik Özellikleri

Çalışmaya alınan hastalarda geçirilmiş ruhsal hastalık öyküsü karşılaştırıldığında; %33,3 (n=59)'ünün geçmişte en az bir kere ruhsal hastalık tanısı aldığı, %66,7 (n=118)'inin ise almadığı saptandı.

Tablo 4.1: Sosyodemografik Veriler ve Psikiyatrik Durum

	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)	Ort ± SD (min-max)
<b>Yaş</b>	177	%100	54,24 ± 10,01(29-80)
<b>Eğitim durumu (yıl)</b>	177	%100	8,55 ± 4,56 (0-17)
<b>Çalışma Durumu</b>			
Çalışmıyor	104	%58,8	
Çalışıyor	42	%23,7	
Emekli	31	%17,5	
<b>Yaşadığı yer</b>			
Şehir merkezi	85	%48,0	
Köy/kasaba	92	%52,0	
<b>Medeni durum</b>			
Evli	129	%72,9	
Bekar	14	%7,9	
Boşanmış	13	%7,3	
Dul	21	%11,9	
<b>Birlikte yaşadığı kişi</b>			
Tek başına yaşıyor	32	%18,1	
Çekirdek aile yaşıyor	133	%75,1	
Geniş aile yaşıyor	12	%6,8	
<b>Geçirilmiş ruhsal hastalık</b>			
Var	59	%33,3	
Yok	118	%66,7	
<b>Şu an psikiyatrik hastalık tanısı</b>			
Var	28	%15,8	
Yok	149	%84,2	
<b>Şu an psikiyatrik ilaç kullanımı</b>			
Var	34	%19,2	
Yok	143	%80,8	

SD:standart sapma; Ort:Ortalama

Hastalara tezi yürüten araştırmacı tarafından DSM-5 yönelimli klinik görüşme yapıldığında; %15,8 (n=28)'inin aktif psikiyatrik tanısının olduğu [%5,6 (n=10) depresif bozukluk; %7,9 (n=14) anksiyete bozukluğu; %2,3 (n=4) diğer psikiyatrik bozukluklar)], %84,2 (n=149)'unun ise aktif psikiyatrik tanısının olmadığı belirlendi. Görüşme anında psikiyatrik ilaç tedavisi kullananların oranı %19,2 (n=34), kullanmayanların oranı ise %80,8 (n=143) idi (Tablo 4.1).

En az bir kez intihar girişim öyküsü oranı %2,8 (n=5), alkol kullanım bozukluğu oranı ise %1,7 (n=3) idi. Çalışmaya alındığında kanser tedavisi ya da doğal süreçler sonucunda menopoza girmiş kadınların oranı %87,0 (n=154) idi.

#### **4.3 Katılımcıların Meme Kanseri ile İlgili Değişkenleri**

Tablo 4.2'deki veriler değerlendirildiğinde; çalışmaya katılan meme kanseri hastalarının ortalama 30,71 ± 31,87 ay önce meme kanseri tanısı aldığı saptandı. Hastaların hangi evrede tanı aldıkları değerlendirildiğinde; %10,7 (n=19)'sinin evre 1; %43,5 (n=77)'inin evre 2; %24,9 (n=44)'unun evre 3; %20,9 (n=37)'unun evre 4 kanser tanısı aldığı görüldü. Hastaların %15,8 (n=28)'inde kanser sürecinde en az bir nüks öyküsü vardı.

Hastaların kanser süresince aldığı tedaviler: %15,3 (n=27) sadece kemoterapi alanlar; %9,6 (n=17) sadece meme cerrahisi yapılanlar; %1,7 (n=3) hem kemoterapi hem radyoterapi alanlar; %16,9 (n=30) meme cerrahisi yapılanlar ve kemoterapi alanlar; %7,3 (n=13) meme cerrahisi yapılanlar ve radyoterapi alanlar; % 49,2 (n=87) ise kemoterapi, meme cerrahisi ve radyoterapi tedavilerinin tümünü alanlar olarak gruplandırıldı (Tablo 4.2).

Hastalar tedavi süresince uygulanan kemoterapi türlerine göre değerlendirildiğinde; % 54,2 (n=96)'sı klasik kemoterapi protokolü (adriamisin, siklofosamid, dosetaksel, paklitaksel, gemsitabin, kapesitabin vb.), %21,5 (n=38)'i akıllı ilaçlar (trastuzumab, pertuzumab), %7,3 (n=13)'ü ise hem klasik kemoterapi protokolü hem akıllı ilaç tedavisi almış idi. Hastaların %16,9 (n=30)'u ise daha önce kemoterapi almamıştı (Tablo 4.2).

Tablo 4.2: Meme Kanseri ile İlgili Değişkenler

	Kişi sayısı(n)	Yüzde(%)	Ort±SD (min-max)
<b>Toplam kanser süresi (ay)</b>	177	%100	30,71±31,87 (6-120)
<b>Tümör evresi</b>			
Evre 1	19	%10,7	
Evre 2	77	%43,5	
Evre 3	44	%24,9	
Evre 4	37	%20,9	
<b>Nüks</b>			
Var	28	%15,8	
Yok	149	%84,2	
<b>Aldığı tedavilerin türü</b>			
Kemoterapi	27	%15,3	
Meme cerrahisi	17	%9,6	
Kemoterapi ve radyoterapi	3	%1,7	
Meme cerrahisi ve kemoterapi	30	%16,9	
Meme cerrahisi ve radyoterapi	13	%7,3	
Meme cerrahisi ve kemoterapi ve radyoterapi	87	%49,2	
<b>Uygulanan kemoterapi protokolü</b>			
Klasik kemoterapi	96	%54,2	
Akıllı ilaç	38	%21,5	
Klasik kemoterapi ve akıllı ilaç	13	%7,3	
Kemoterapi yok	30	%16,9	
<b>Hormon tedavisi alıp almadığı</b>			
Alıyor	70	%39,5	
Almıyor	107	%60,5	

SD:standart sapma; Ort:ortalama

Hastalar kullandıkları hormon tedavilerine göre değerlendirildiğinde %39,5 (n=70)'i hormon tedavisi almaktaydı. Bu hastaların %13 (n=23)'ü tamoksifen, %26,5 (n=47)'i ise aromataz inhibitörleri (anastrozol ya da letrozol) kullanmaktaydı (Tablo 4.2).

#### 4.4 Katılımcıların Ölçek Puanları

Çalışmaya katılan hastalara uygulanan Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği – Hasta Formu toplam puan ortalaması  $24,64 \pm 8,45$  olarak saptandı. Bu hastalara uygulanan Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması  $130,68 \pm 17,41$ , Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği - Kısa Form toplam puan ortalaması  $27,51 \pm 7,12$  olarak saptandı.

Tablo 4.3: Ölçek Puanları

	Kişi sayısı (n)	Ortalama $\pm$ SD (min-max )
<b>UYBÖ - Hasta Formu</b>	177	24,64 $\pm$ 8,45 (14-48)
<b>HADS-A</b>		
Ortalama	177	4,07 $\pm$ 3,07 (0-13)
Anksiyete $\geq$ 8	26 (%14,7)	
<b>HADS-D</b>		
Ortalama	177	
Depresyon $\geq$ 8	23 (%13,0)	2,66 $\pm$ 2,99 (0-12)
<b>HADS Toplam</b>	177	6,73 $\pm$ 5,48 (0-22)
<b>YPDÖ Toplam</b>	177	130,68 $\pm$ 17,41 (75-164)
<b>DDGÖ-16 Toplam</b>	177	27,51 $\pm$ 7,12 (18-52)

Not: SD:standart sapma; UYBÖ:uzamış yas bozukluğu ölçeği; HADS-A:hastane anksiyete depresyon ölçeği-Anksiyete skoru; HADS-D:hastane anksiyete depresyon ölçeği-Depresyon skoru; DDGÖ - 16:duygu düzenleme güçlüğü ölçeği-kısa formu; YPDÖ: Yetişkinler için Psikolojik dayanıklılık ölçeği skoru

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği toplam skorunun ortalamasına bakıldığında  $6,73 \pm 5,48$  olduğu görüldü. Bu ölçeğin iki alt boyutundan biri olan Anksiyete alt skorun ortalaması  $4,07 \pm 3,07$ , alt boyutlarından bir diğeri olan Depresyon alt skorunun ortalaması ise  $2,66 \pm 2,99$  olarak saptandı. Anksiyete alt boyutunun kesme puanı 8 idi, çalışmaya katılan kişilerin %14,7 (n=26)'sinde ölçek puanı  $\geq 8$ 'di, yani bu kişilerde anksiyete riski yüksekti. Depresyon alt boyutunun kesme puanı 8 idi, çalışmaya katılan kişilerin %13,0 (n=23)'ünde ölçek puanı  $\geq 8$ 'di, yani bu kişilerde depresyon riski yüksekti.

#### **4.5 Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği – Hasta Formu Toplam Puanı ile Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması**

Tablo 4.4'te katılımcıların UYBÖ-HF puanı ile sosyodemografik veriler, meme kanseri ile ilgili veriler ve ruhsal durumları ile ilgili karşılaştırmalara yer verilmiştir. Mevcut karşılaştırmaların yapılması için ANOVA ve bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Karşılaştırmalara ait p değerleri ve F/t değerleri Tablo 4.4'te gösterilmiştir.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile UYBÖ – HF toplam puanı karşılaştırıldığında; katılımcıların çalışma durumu ve UYBÖ – HF toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir:  $F(174,2) = 1,6, p = 0.19$ . Katılımcıların yaşadığı yer ve UYBÖ – HF toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir:  $F(174,2) = 0,7, p = 0.46$ . Katılımcıların medeni durumu ve UYBÖ – HF toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir:  $F(173,3) = 0,1, p = 0.41$ . Katılımcıların birlikte yaşadığı kişiler ve UYBÖ – HF toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir:  $F(174,2) = 0,5, p = 0.56$ . Katılımcıların menopozal durumları ve UYBÖ – HF toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir:  $t(175) = 0,12, p = 0.90$ . Katılımcıların düzenli alkol kullanımları ve UYBÖ – HF toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir:  $t(175) = 0,47, p = 0.63$ .

Katılımcıların kanser özellikleri ile ilgili verileri ve Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği – Hasta Formu (UYBÖ – HF) toplam puanı karşılaştırıldığında; katılımcıların hangi evrede meme kanseri tanısı aldıkları ve UYBÖ – HF toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir:  $F(173,3) = 0,0, p = 0.96$ . Katılımcıların nüks yaşayıp yaşamadığı ve UYBÖ – HF toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir:  $t(175) = 1,05, p = 0.29$ . Katılımcıların kanser süresince aldıkları tedavi türleri ve UYBÖ – HF toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir:  $F(171,5) = 0,2, p = 0.95$ .

Katılımcılara uygulanan kemoterapi protokolleri ve UYBÖ – HF toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir:  $F(173,3) = 0,3, p = 0.80$ . Katılımcıların hormon tedavisi alıp almadıkları ve UYBÖ – HF toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir:  $t(175) = 0,23, p = 0.60$ .

Katılımcıların ruhsal durumları ile Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği – Hasta Formu (UYBÖ – HF) toplam puanı karşılaştırıldığında; katılımcılardaki intihar girişimi öyküsü ile ve UYBÖ – HF toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da anlamlı olmaya eğilimli bir değer saptandı:  $t(175) = 0,96, p = 0.07$ .

Mevcut psikiyatrik hastalık tanısı ile UYBÖ-HF toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir:  $t(175) = 2,40, p = 0.02$ . Değerlendirme yapıldığında DSM-5'e göre tanıli psikiyatrik hastalığı bulunan kişilerde ölçek puan ortalaması diğer gruptan yüksek bulunmuştur. Ancak psikiyatrik hastalık tanıları; depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve diğer psikiyatrik bozukluklar olarak sınıflandırılıp psikiyatrik hastalık tanısı olmayan kişiler ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır:  $F(173,3) = 2,1, p = 0.10$ .

Tablo 4.4: UYBÖ – HF skoru ile sosyodemografik veri formu arasındaki ilişki

UYBÖ – HF skoru		
Değişken	F/t değeri	p değeri
Çalışma durumu	1.6	0.19 <sup>a</sup>
Yaşadığı yer	1.13	0.46 <sup>b</sup>
Birlikte yaşadığı kişiler	0.5	0.56 <sup>a</sup>
Medeni durum	0.1	0.41 <sup>a</sup>
Menopozal durum	0.12	0.90 <sup>b</sup>
Düzenli alkol kullanımı	0.47	0.63 <sup>b</sup>
Nüks	1.05	0.29 <sup>b</sup>
Tümör evresi	0.0	0.96 <sup>a</sup>
Uygulanan tedavi türleri	0.2	0.95 <sup>a</sup>
Uygulanan kemoterapi protokolleri	0.3	0.80 <sup>a</sup>
Hormon tedavisi	0.23	0.60 <sup>b</sup>
İntihar öyküsü	0.96	0.07 <sup>b</sup>
Mevcut psikiyatrik hastalık tanısı	2.26	<b>0.02<sup>b</sup>*</b>
Mevcut psikiyatrik ilaç kullanımı	2.40	<b>0.01<sup>b</sup>*</b>
Geçirilmiş ruhsal hastalık	2.06	<b>0.04<sup>b</sup>*</b>
HADS-A skoru ≥ 8	3.20	<b>&lt;0.001<sup>b</sup>*</b>
HADS-D skoru ≥ 8	3.29	<b>&lt;0.001<sup>b</sup>*</b>

Not: UYBÖ - HF:uzamış yas bozukluğu ölçeği- hasta formu; HADS-A:hastane anksiyete depresyon ölçeği-Anksiyete skoru; HADS-D:hastane anksiyete depresyon ölçeği-Depresyon skoru; p:istatistiksel anlamlılık düzeyi\*:<sup>a</sup>ANOVA testi,<sup>b</sup> bağımsız örneklem t testi.



Değerlendirilme yapıldığı süreçte psikiyatrik ilaç tedavisi kullanımı ile UYBÖ-HF toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir:  $t(175) = 2,40, p = 0.01$ . Aktif psikiyatrik ilaç kullanımı olan kişilerin (antidepresan, antipsikotik, duygudurum düzenleyici) ölçek puanları kullanmayan gruba göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Kişilerin geçirilmiş ruhsal hastalık öyküsüne bakıldığında; UYBÖ-HF toplam puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir:  $t(175) = 2,06, p = 0.04$ . Geçmişte ruhsal hastalık tanısı olanlarda UYBÖ-HF toplam puanı daha yüksektir.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği – Anksiyete alt boyutu (HADS-A) puanı  $\geq 8$  olan yani anksiyete bozukluğu riski yüksek olan kişiler ile UYBÖ – HF toplam puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir:  $t(175,1) = 3,20, p < 0.001$ . Anksiyete bozukluğu riski yüksek olan kişilerde UYBÖ-HF ölçek puanı, olmayanlara göre oldukça yüksek saptanmıştır.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği – Depresyon alt boyutu (HADS-D) puanı  $\geq 8$  olan yani depresif bozukluk riski yüksek olan kişiler ile UYBÖ – HF toplam puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir:  $t(175) = 3,29, p < 0.001$ . Depresif bozukluk riski yüksek olan kişilerde UYBÖ-HF ölçek puanı, olmayanlara göre oldukça yüksek saptanmıştır.

Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği – Hasta Formu (UYBÖ – HF) ölçeğinin iç tutarlılık katsayısının ölçülmesi için Cronbach alfa değeri kullanıldı. Jacobsen ve ark. (2010) tarafından oluşturulmuş orijinal ölçekte kabul edilebilir Cronbach alfa değeri 0.86 iken (52), Gökler-Danışman ve ark. (2017) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.88 olarak saptanmıştır (6). Bu çalışmada ise Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği – Hasta Formu Cronbach alfa değeri 0.82 olarak hesaplanmıştır.

UYBÖ – HF ölçeğinde ayrıca Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0.826'dır ve Bartlett testi anlamlıdır. ( $p < 0.001$ ).

#### 4.6 Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği – Kısa Formu ile Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması

Katılımcıların psikolojik dayanıklılık (YPDÖ ile ölçüldüğü şekliyle) ve duygu düzenleme güçlüğü (DDGÖ - 16 ile ölçüldüğü şekliyle) ile meme kanseri ve ruhsal durumları ile ilgili verilerin karşılaştırmalarına yer verilmiştir. Mevcut karşılaştırmaların yapılması için ANOVA ve bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. Karşılaştırmalara ait p değerleri ve F/t değerleri belirtilmiştir.

Katılımcıların hangi evrede meme kanseri tanısı aldıkları ve YPDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir:  $F(173,3) = 0,5$ ,  $p = 0.667$ . Kişilerin hormon tedavisi alıp almadığına bakıldığında; YPDÖ toplam puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir:  $t(175) = 0.31$ ,  $p = 0.757$ . Katılımcıların nüks öyküsü ve YPDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir:  $t(175) = 0.96$ ,  $p = 0.339$ . Katılımcıların aldıkları tedavi türleri ve YPDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir:  $F(171,5) = 0,7$ ,  $p = 0.56$ . Katılımcılara uygulanan kemoterapi protokolleri ve YPDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir:  $F(173,3) = 1,0$ ,  $p = 0.368$ .

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği – Anksiyete alt boyutu (HADS-A) puanı  $\geq 8$  olan kişiler ile YPDÖ toplam puanı ve DDGÖ-16 toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir [sırasıyla  $t(175) = 1,6$ ,  $p: 0.373$ ;  $t(175) = -4,1$ ,  $p: 0.137$ ].

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği – Depresyon alt boyutu (HADS-D) puanı  $\geq 8$  olan kişiler ile YPDÖ toplam puanı arasında anlamlı fark tespit edilirken, DDGÖ-16 toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir [sırasıyla  $t(175) = -4,8$ ,  $p: 0.037$ ;  $t(175) = 5,8$ ,  $p: 0.336$ ].

#### 4.7 Korelasyon Analizleri

Uzamış yas bozukluğu (UYBÖ – HF ile ölçüldüğü şekliyle) ve duygu düzenleme güçlüğü (DDGÖ - 16 ile ölçüldüğü şekliyle) arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Yapılan analizlere göre iki değişken arasında zayıf ve pozitif bir korelasyon ( $r = 0.27$ ,  $n = 175$ ,  $p < 0.001$ ), olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre uzamış yasin yüksek değerleri, duygu düzenleme güçlüğü'nün yüksek değerleri ile ilişkilidir.

Hastanın yaşı ve toplam kanser süresi (ay) değişkenleri kontrol altında tutulduğunda UYBÖ – HF ile DDGÖ - 16 arasındaki ilişki incelemek için kısmi korelasyon analizi kullanılmıştır. Yapılan analize göre hastanın yaşı ve toplam kanser süresi (ay) değişkenleri kontrol altında tutulduğunda iki değişken arasında zayıf ve pozitif bir korelasyon ( $r = 0.27$ ,  $n = 173$ ,  $p < 0.001$ ), olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre yaşın ve kanser süresinin etkisi kontrol altına alındığında anlamlı ilişki ve ilişkinin gücü değişmemiştir.

Hastanın yaşı, toplam kanser süresi (ay), HADS-A ve HADS-D alt boyut ölçek puanları değişkenleri kontrol altında tutulduğunda uzamış yas bozukluğu ve duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişki incelemek için kısmi korelasyon analizi kullanılmıştır. Yapılan analize göre mevcut değişkenler kontrol altında tutulduğunda iki değişken arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ( $r = 0.13$ ,  $n = 171$ ,  $p = 0.076$ ), görülmüştür. Bu sonuca göre mevcut değişkenlerin etkisi kontrol altına alındığında anlamlı ilişki anlamsıza dönüşmüştür.

UYBÖ – HF ile ve YPDÖ arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Yapılan analizlere göre iki değişken arasında zayıf ve negatif bir korelasyon olduğu ( $r = -0.22$ ,  $n = 175$ ,  $p = 0.003$ ), görülmüştür. Bu sonuçlara göre uzamış yasin yüksek değerleri, psikolojik dayanıklılığın düşük değerleri ile ilişkilidir.

Hastanın yaşı ve toplam kanser süresi (ay) değişkenleri kontrol altında tutulduğunda UYBÖ – HF ile YPDÖ arasındaki ilişkiyi incelemek için kısmi korelasyon analizi kullanılmıştır. Yapılan analize göre hastanın yaşı ve toplam

kanser süresi (ay) değişkenleri kontrol altında tutulduğunda iki değişken arasında zayıf ve negatif bir korelasyon ( $r = -0.25$ ,  $n = 173$ ,  $p = 0.001$ ), olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre yaşın ve toplam kanser süresinin etkisi kontrol altına alındığında anlamlı ilişki değişmemektedir, ayrıca ilişkinin gücü hafif düzeyde artmaktadır.

Hastanın yaşı, toplam kanser süresi (ay), HADS-A alt boyut ölçek puanları değişkenleri kontrol altında tutulduğunda uzamış yas bozukluğu ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki incelemek için kısmi korelasyon analizi uygulanmıştır. Yapılan analize göre mevcut değişkenler kontrol altında tutulduğunda iki değişken arasında anlamlı bir ilişki olduğu ( $r = -0.20$ ,  $n = 175$ ,  $p = 0.008$ ), görülmüştür. Bu sonuca göre mevcut değişkenlerin etkisi kontrol altında tutulduğunda anlamlı ilişki devam etmektedir.

Hastanın yaşı, toplam kanser süresi (ay), HADS-D alt boyut ölçek puanları değişkenleri kontrol altında tutulduğunda uzamış yas bozukluğu ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki incelemek için kısmi korelasyon analizi kullanılmıştır. Yapılan analize göre mevcut değişkenler kontrol altında tutulduğunda iki değişken arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ( $r = -0.13$ ,  $n = 172$ ,  $p = 0.076$ ), görülmüştür. Bu sonuca göre mevcut değişkenlerin etkisi devre dışı bırakıldığında anlamlı ilişki ortadan kalkmaktadır.

Hastanın yaşı, toplam kanser süresi (ay), HADS-A ve HADS-D alt boyut ölçek puanları değişkenleri kontrol altında tutulduğunda uzamış yas bozukluğu ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki incelemek için kısmi korelasyon analizi kullanılmıştır. Yapılan analize göre mevcut değişkenler kontrol altında tutulduğunda iki değişken arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ( $r = -0.13$ ,  $n = 171$ ,  $p = 0.075$ ), görülmüştür. Bu sonuca göre mevcut değişkenlerin etkisi devre dışı bırakıldığında da anlamlı ilişki kaybolmaktadır.

UYBÖ – HF toplam skoru ile hastaların yaşı arasındaki ilişki incelenmiştir. Yapılan analizlere göre iki değişken arasında zayıf ve negatif bir korelasyon ( $r = -0.26$ ,  $n = 175$ ,  $p < 0.001$ ) olduğu görülmüştür. Buna göre uzamış yas ile yaş arasında ters bir ilişki mevcuttur.

UYBÖ – HF toplam skoru ile hastaların toplam kanser süresi (ay) arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Yapılan analizlere göre iki değişken arasında zayıf ve negatif bir korelasyon ( $r = -0.15$ ,  $n = 175$ ,  $p = 0.004$ ), olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara göre uzamış yas değerleri ile hastanın toplam kanser süresi (ay) arasında ters bir ilişki vardır.

UYBÖ – HF ile HADS-A skoru ve HADS-D skoru arasındaki ilişki sırayla belirtilmiştir. Yapılan analizlere göre her iki incelemede de iki değişken arasında orta güçte ve pozitif bir korelasyon sırasıyla ( $r = 0.36$ ,  $n = 175$ ,  $p < 0.001$ ;  $r = 0.35$ ,  $n = 175$ ,  $p < 0.001$ ) olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre uzamış yas arttıkça hastalığa bağlı anksiyete bozukluğu riski ve depresif bozukluk riski anlamlı biçimde artmaktadır.

Tablo 4.5: Korelasyon Analizleri

Değişken	UYBÖ-HF Skoru	
	r değeri	p değeri
DDGÖ – 16 skoru	0.27	<0.001*
YPDÖ skoru	-0.22	0.003*
Yaş	-0.26	<0.001*
Toplam kanser süresi	-0.15	0.004*
Eğitim yılı	0.08	0.293
HADS-A skoru	0.36	<0.001*
HADS-D skoru	0.35	<0.001*

Not: r:Pearson korelasyon katsayısı, p:İstatistiksel anlamlılık düzeyi\*, UYBÖ - HF:uzamış yas bozukluğu ölçeği- hasta formu; HADS-A:hastane anksiyete depresyon ölçeği-Anksiyete skoru; HADS-D:hastane anksiyete depresyon ölçeği-Depresyon skoru; DDGÖ - 16:duygu düzenleme güçlüğü ölçeği-kısa formu skoru; YPDÖ: Yetişkinler için Psikolojik dayanıklılık ölçeği skoru

Hastanın yaşı, toplam kanser süresi (ay) değişkenleri kontrol altında alındığında uzamış yas bozukluğu ve toplam eğitim yılı arasındaki ilişki incelemek için kısmi korelasyon analizi kullanılmıştır. Yapılan analize göre mevcut değişkenler kontrol altında tutulduğunda iki değişken arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ( $r = 0.08$ ,  $n = 173$ ,  $p = 0.293$ ) görülmüştür.

#### **4.8 Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği – Hasta Formu Skorlarını Etkileyen Faktörler**

Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği – Hasta Formu (UYBÖ-HF) skorlarını etkileyen faktörler çoklu regresyon modeli (multiple regression analysis) ile değerlendirildi (Tablo 4.6). Modele beş bağımsız değişken (yaş, toplam kanser süresi, YPDÖ skoru, HADS-D skoru, DDGÖ-16 skoru) dahil edildi. Öncül analizler normallik, doğrusallık, çoklu ortak doğrusallık ve eş varyanslılık varsayımlarının ihlal edilmediğini görmek amacıyla uygulandı. Bağımsız değişkenler ilk adımda girilmiş (Enter method), bir bütün olarak tüm model tarafından açıklanmıştır, varyans %20.7 olarak bulunmuştur:  $F(5,171) = 10,19$ ,  $p < 0.001$ .

UYBÖ-HF skorlarını etkileyebilecek faktörler tek tek incelendiğinde, yaşın ve toplam kanser süresinin negatif yönde ve anlamlı etkilerinin olduğu, HADS-D skorunun ise pozitif yönde ve anlamlı etkili olduğu görülmektedir (her bir değişken için  $p < 0.05$ ).

Buna göre, yaşta her bir birimlik artış UYBÖ – HF skorlarında 0.15 birimlik azalmaya, toplam kanser süresinde her bir birimlik artış UYBÖ – HF skorlarında 0.42 birimlik azalmaya, HADS-D skorlarında her bir birimlik artış UYBÖ – HF skorlarında 0.7 birimlik artışa yol açmaktadır.

Tablo 4.6: Uzamış Yas Bozukluğunun Yordayıcıları, çoklu regresyon

### UYBÖ – HF skoru

Değişkenler	B	Beta	t	GA %95	p
Constant	35.52	-	5.195	22.024 - 49.020	<0.001*
YPDÖ skoru	-0.057	-0.117	-1.603	-0.127 - 0.013	0.111
Yaş	-0.156	-0.186	-2.639	-0.272 - (-0.039)	0.009*
Toplam kanser süresi	-0.042	-0.158	-2.277	-0.078 - (-0.006)	0.024*
HADS-D skoru	0.707	0.250	3.139	0.262 - 1.151	0.002*
DDGÖ-16 skoru	0.161	0.135	1.783	-0.017- 0.338	0.078

Not: Constant: Kesim noktası, Çoklu regresyon analizi (Enter modeli), GA=Güven aralığı, p:İstatistiksel anlamlılık düzeyi\*, Adjusted R<sup>2</sup> (%): 20,7 , UYBÖ - HF:uzamış yas bozukluğu ölçeği- hasta formu; HADS-D:hastane anksiyete depresyon ölçeği-Depresyon skoru; ; DDGÖ - 16:duygu düzenleme güçlüğü ölçeği-kısa formu skoru; YPDÖ: Yetişkinler için Psikolojik dayanıklılık ölçeği skoru.

## 4.9 Ölçeklerin Aracılık ve Düzenleyici Analiz Sonuçları

### 4.9.1 Aracılık (Mediation) Analiz Sonuçları

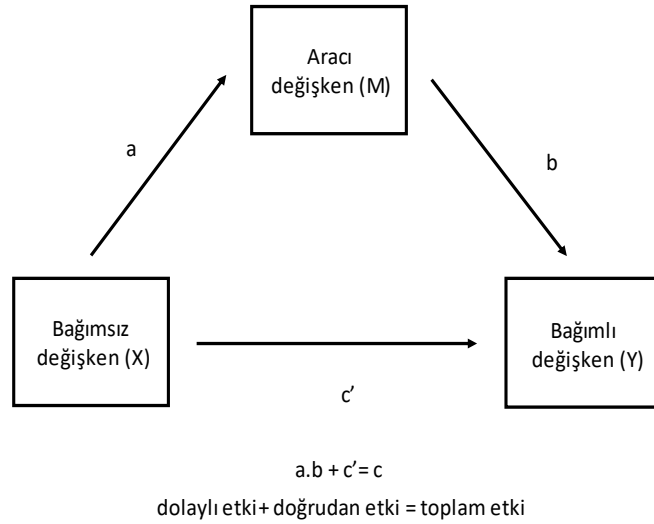
#### Araştırma sorusu:

Psikolojik dayanıklılık ve uzamış yas bozukluğu arasındaki ilişkide yaş, toplam kanser süresi, eğitim durumu, tümör evresi ve nüks olup olmadığının etkisi düzeltildikten sonra [kısaca eş-değişkenler (covariates)], duygu düzenleme güçlüğü aracı değişken midir? (Şekil 4.1)

Duygu düzenleme güçlüğü'nün, psikolojik dayanıklılık ve uzamış yas bozukluğu arasındaki ilişkide aracı değişken olup olmadığının tespit edilmesi için Hayes (Process) Analizi (model 4) uygulanmıştır. Öncelikle duygu düzenleme güçlüğü modele dahil edilmeden psikolojik dayanıklılığın uzamış yas bozukluğu üzerindeki etkisine yönelik bulgular belirtilmiştir.

Buna göre; psikolojik dayanıklılığın uzamış yas bozukluğu üzerindeki etkisi anlamlı bulunmuştur ( $p=0.003$ ). Ayrıca beta katsayısı ( $\beta$ )  $-0.225$  olarak bulunmuş ve bu bulgu mevcut değişkenler arasında negatif bir ilişki olduğunu, UYBÖ – HF ölçeğindeki değişimin %5'ini ( $\beta^2 = 0.050$ ) açıkladığını göstermiştir. Bu bulgular aracılık analizinin ön şartlarından biri olan, duygu düzenleme güçlüğü değişkeni modele dahil edilmeden önce psikolojik dayanıklılığın uzamış yas üzerinde anlamlı etkisinin bulunması gerekliliğinin sağlandığını göstermiştir.

İkinci aşamada modele duygu düzenleme güçlüğü dahil edildiğinde; psikolojik dayanıklılığın duygu düzenleme güçlüğü üzerindeki etkisini gösteren bulgular ile psikolojik dayanıklılık ve duygu düzenleme güçlüğü'nün uzamış yas üzerindeki etkilerini gösteren bulgular incelenmiştir (Şekil 4.2).



Şekil 4.1: Aracı değişken yol diyagramı

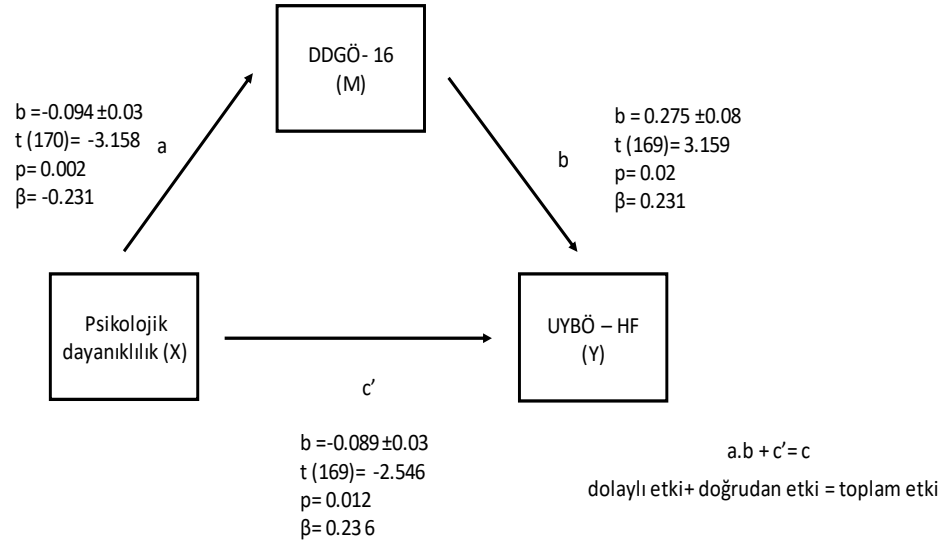
Şekil 4.2'deki bulgular incelendiğinde; psikolojik dayanıklılığın duygu düzenleme güçlüğü üzerindeki etkisinin yaş, toplam kanser süresi, eğitim durumu, tümör evresi ve nüks olup olmadığının etkisi (eş-değişkenler) düzeltildikten sonra (a yolu), anlamlı olduğu görülmüştür ( $b = -0.094 \pm 0.03$ ,  $t(170)$



= -3.158,  $p = 0.002$ ). Eş değişkenlerin duygu düzenleme güçlüğü üzerine anlamlı etkisi bulunmamıştır (*tüm p değerleri* > 0.05). Ayrıca beta katsayısı ( $\beta$ ) -0.231 olarak bulunmuş ve bu bulgu mevcut değişkenler arasında negatif bir ilişki olduğunu, DDGÖ - 16 ölçeğindeki değişimin %5,3 'ünü ( $\beta^2 = 0,053$ ) psikolojik dayanıklılığın açıkladığını göstermiştir.

Ayrıca, duygu düzenleme güçlüğü'nün uzamış yas bozukluğu üzerindeki etkisinin eş değişkenler (covariates) düzeltildikten sonra (b yolu), anlamlı olduğu görülmüştür ( $b = 0.275 \pm 0.087$ ,  $t(169) = 3.159$ ,  $p = 0.002$ ). Ayrıca beta katsayısı ( $\beta$ ) 0.231 olarak bulunmuş ve bu bulgu mevcut değişkenler arasında pozitif bir ilişki olduğunu, UYBÖ – HF ölçeğindeki değişimin %5,3'ünü ( $\beta^2 = 0,053$ ) duygu düzenleme güçlüğü'nün açıkladığını göstermiştir. Duygu düzenleme güçlüğü değişkeni modele dahil edilmeden önce psikolojik dayanıklılığın uzamış yas bozukluğu üzerindeki etkisi (c' yolu) anlamlıdır ( $b = -0.089 \pm 0.035$ ,  $t(169) = -2.546$   $p = 0.012$ ). Ayrıca, uzamış yas bozukluğu üzerinde eş değişkenlerden yaşın etkisi anlamlı saptanırken ( $b = -0.209 \pm 0.062$   $t(169) = -3.38$ ,  $p = 0.001$ ) saptanırken diğer eş-değişkenlerin etkisi anlamsızdır (*kalan p değerleri* > 0.05). Ayrıca beta katsayısı ( $\beta$ ) -0.236 olarak bulunmuş ve bu bulgu mevcut değişkenler arasında negatif bir ilişki olduğunu, UYBÖ – HF ölçeğindeki değişimin %5,5'ini ( $\beta^2 = 0,055$ ) psikolojik dayanıklılığın açıkladığını göstermiştir.

Bu bulgulara dayalı olarak duygu düzenleme güçlüğü'nün 'kısmi aracı değişken' olduğu görülmüştür. Kısmi aracı değişken olarak saptanan duygu düzenleme güçlüğü modele eklendiğinde dolaylı etki ile UYBÖ – HF puanının %21,9'unu açıklamaktadır.



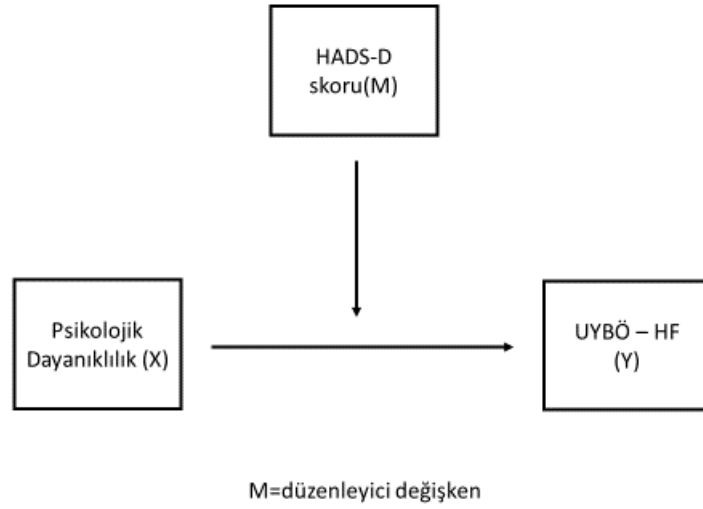
**Şekil 4.2:** Uzamış yaş bozukluğunun psikolojik dayanıklılık üzerine etkisinde duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rolünü gösteren yol diyagramı

#### 4.9.2 Düzenleyici (Moderation) Analiz Sonuçları

##### Araştırma sorusu:

Psikolojik dayanıklılık ve uzamış yaş bozukluğu arasındaki ilişkide; yaş, toplam kanser süresi, eğitim durumu, tümör evresi ve nüks olup olmadığının etkisi düzeltildikten sonra [kısaca eş-değişkenler (covariates)], depresyon riski skoru (HADS-D alt skoru ile ölçüldüğü şekliyle) düzenleyici değişken midir?

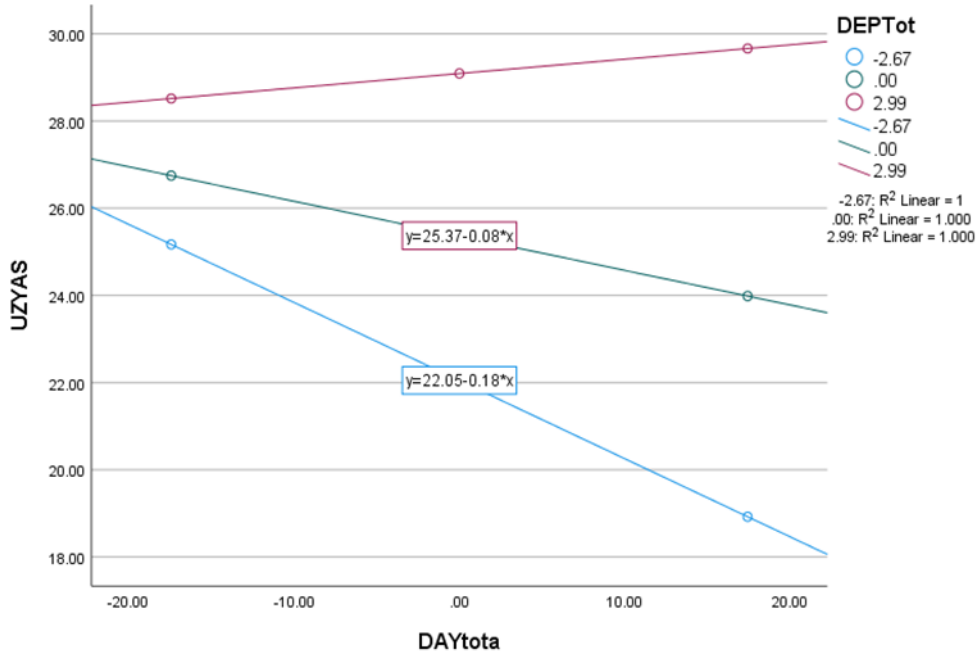
Bu model (Model 1) psikolojik dayanıklılık ve uzamış yaş bozukluğu arasındaki ilişki üzerinde depresyon risk skorunun eş değişkenlerin etkisi düzeltildikten sonra düzenleyici rolünün olup olmadığını değerlendirmektedir.



Şekil 4.3: Uzamış yas bozukluğunun psikolojik dayanıklılık üzerine etkisinde depresyon riskinin düzenleyici rolünü gösteren yol diyagramı

Psikolojik dayanıklılık ve uzamış yas bozukluğu arasındaki ilişki eş değişkenlerin etkisi düzeltildikten sonra değerlendirildiğinde (Şekil 4.3) ve depresyon riski skoru modele eklendiğinde, iki değişken arasındaki ilişkiyi pozitif ve anlamlı olarak düzenlediği saptanmıştır ( $b = 0.038 \pm 0.009$ ,  $t(168) = 4.16$ ,  $p < 0.001$ ). Bu sonuca göre, depresyon riski skoru iki değişken arasındaki ilişkide ‘moderatör (düzenleyici) değişken’dir. Ayrıca, model üzerinde eş değişkenlerden, yaşın ( $b = -0.2 \pm 0.058$ ,  $t(168) = -3.434$ ,  $p = 0.001$ ) ve eğitim durumunun ( $b = -0.275 \pm 0.127$ ,  $t(168) = -2.17$ ,  $p = 0.031$ ) etkisi anlamlı saptanırken, diğer eş değişkenlerin etkisi anlamsızdır (*kalan p değerleri*  $> 0.05$ ). R değeri ise 0.055 olarak bulunmuştur, yani depresyon riski skoru iki değişken arasındaki önceden var olan ilişkiyi güçlendirmektedir.

Ayrıca etkileşim terimi  $R^2 = 0.072$  olarak bulunmuş ve depresyon riski skoru düzenleyici değişken olarak modele eklendiğinde, model üzerindeki katkısının %7.2 olduğu saptanmıştır.



Not:UZYAS:Uzamiş yas bozukluğu ölçeği-Hasta formu skoru,DAYtota:Yetişkinler için Psikolojik dayanıklılık ölçeği skoru, DEPTot: Hastane anksiyete depresyon ölçeği-Depresyon skoru.

Şekil 4.4: Basit Eğim (simple slope) Analizi

Basit eğim (simple slope) analizinde düzenleyici değişkenin arttığı ve azaldığı durumlardaki etkisi gösterilmiştir (Şekil 4.4). Düzenleyici değişkenin ortalama değerlerinde modele katkısı anlamlı olarak bulunmuştur ( $p=0.024$ ). Düzenleyici değişkenin ortalamanın bir standart sapma aşağısında olduğu değerlerde modele katkısı daha anlamlı ( $p<0.001$ ), düzenleyici değişkenin ortalamanın bir standart sapma yukarısında olduğu değerlerde ise modele katkısı anlamsız bulunmuştur ( $p=0.417$ ). Bu sonuca göre, depresyon risk skoru arttıkça psikolojik dayanıklılık ile uzamiş yas bozukluğu arasındaki düzenleyici ilişkinin gücü daha az oranda artmaktadır.

## 5 TARTIŞMA

Bu çalışmada meme kanseri tanısının üzerinden en az altı ay, en çok 120 ay geçmiş hastalarda sosyodemografik, kansere özgü ve ruhsal faktörlerin, aynı zamanda hastadaki duygu düzenleme güçlüğü ve psikolojik dayanıklılığın uzamış yas bozukluğunu etkileyip etkilemeyeceği ve aralarındaki ilişki araştırılmıştır.

Meme kanseri Türkiye’de kadınlarda en sık görülen kanser türüdür (36). Son yıllarda, toplum nüfusunun yaş ortalamasının giderek artması nedeniyle meme kanseri insidansında artış gözlenmektedir. Erken tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere paralel olarak meme kanserinin sağ kalım oranı artmıştır (108). Tedavinin tamamlanmasını takip eden dönem ve sonrası, kadınların meme kanseri "hastası" rolünden bu hastalıktan "hayatta kalan" rolüne dönüştükleri bir geçiş dönemidir (109). Ancak "hayatta kalmak" meme kanseri tanı ve tedavi sürecinin geç dönem ruhsal etkilerini de beraberinde getirir (110–112). Yas sürecinin sekteye uğramasıyla oluşan uzamış yas bozukluğu, meme kanseri hastalarının önemli ruhsal problemlerinden biridir. Ancak literatürde bu hastalardaki yas süreciyle ilgili bildiğimiz kadarıyla çok az çalışma bulunmaktadır.

Hayvanlar üstünde yapılan çalışmalar, kronik stresin meme kanserinde tümörün büyüme hızını artırıp hastanın sağ kalımını azalttığını göstermiştir (113). Kronik stresin tümör üstünde anjiogenez ve proliferasyonu; adezyon, migrasyon ve invazyon üzerindeki etkisiyle metastaz ihtimalini artırdığı gösterilmiştir (114). Stres, kansere neden olabilecek sirkadiyen ritim anomalileri, DNA tamir sisteminde hasar, TNF- $\alpha$  gibi sitokinlerde azalma gibi durumlara da yol açabilir (115,116). Bu bilgilere dayanarak uzamış yas bozukluğu, kronik strese neden olan etkenlerden biri olarak düşünülebilir ve depresyon, anksiyete bozukluğu gibi ruhsal hastalıklara yatkınlık oluşturarak tümörün büyümesine ve metastaz yapmasına katkıda bulunabilir. Meme kanseri hastalarında uzamış yas bozukluğu oluşmadan risk faktörleri tespit edilip buna karşı önlem alınarak hastaların yaşam sürelerine katkı sağlanabileceği düşünülebilir.

Uzamış yas bozukluğu (UYB) riski oluşturabileceğini düşündüğümüz, yaş, toplam kanser süresi, geçirilmiş ruhsal hastalık, mevcut psikiyatrik tanı veya ilaç

kullanımı değişkenleri ile UYB arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Literatürde kanser hastaları ile yapılan çalışmalarda, yaş ve uzamış yas bozukluğu puanlarının ters ilişkili olduğu, yani yaş ilerledikçe uzamış yas bozukluğu puanlarının azaldığı bildirilmektedir (117,118). Araştırmamızda sonuçlar literatüre paralellik göstermekte, yaş arttıkça UYBÖ-HF puanları azalmaktadır (Tablo 4.6). Genç yaşta olmak, kanser hastalarında psikolojik sıkıntı ilişkilidir. Kansere bağlı kayıplar nedeniyle yaşanan yas, kanser hastalarında psikolojik sıkıntının bir bileşeni olarak ele alınabilir (119). İleri yaştaki kadınlar meme kanseri tanısından sonra bedensel işlevsellik ile ilgili daha kalıcı sorunlar yaşamalarına rağmen, genç yaştaki kadınların tanıya ruhsal uyum konusunda daha fazla sorun yaşadıkları görülür (120–122). Kariyerin, aile hayatının, doğurganlığın kaybıyla sonuçlanabilecek meme kanseri tanısının belirsizliğine uyum sağlamak bu kayıplar düşünüldüğünde daha zordur (123). Kanser tedavisinin sonucu yalnızca hastalısız süreye değil, aynı zamanda hayatta kalan kişinin yaşam kalitesine bağlıdır. Genç yaşta kanser tanısı almak yaşam kalitesinde azalma ile ilişkilidir (124). Meme kanserinin yaklaşık %5'i 40 yaşından genç kadınlarda görülmesine rağmen, bu kişiler tedavi sürecindeki kayıpları nedeniyle eşlik eden ruhsal belirtilerin yükünü taşımaktadırlar (54). Yaşlı hastalar, kazandıkları tecrübeler sonucu kaybettiklerine karşı işlevsel başa çıkma becerileri geliştirebilir, buna bağlı olarak bu bireylerin yas tutma becerileri gelişmiş olabilir (87). Çünkü kişi ne kadar uzun yaşarsa, etrafındaki kişilerin hastalığına ve ölümüne şahit olma olasılığı o kadar fazladır. Bu kayıplar hastalık ve ölüme bakış açısının değişip gelişmesine neden olabilir (125).

Araştırmamızda toplam kanser süresi ve uzamış yas bozukluğu arasında anlamlı ve ters bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.6). Bu sonuca göre kanser tanısı üstünden geçen süre ne kadar fazla ise uzamış yas bozukluğu saptanma ihtimali o kadar düşüktür. Wei-I Tsai ve ark.'nın (2016) yaptığı bir çalışmada, terminal dönem kanser hastalarının bakım verenlerinde uzamış yas, hastaların ölümünden 6, 13, 18 ve 24 ay sonra değerlendirilmiş ve ilk iki yıl içinde uzamış yas oranında önemli bir azalma olduğu gözlenmiştir (126). Bu ters ilişki kanser hastalarında tanı aldıktan sonra geçen sürede hastaların yas sürecini tamamlanması, yeni hayatına uyum sağlama, tedavi sürecinin bitmesi ve

tedaviye bağlı yan etkilerde düzelme gibi durumlarla açıklanabilir. Yas sürecinin tamamlanması ile kayıpla yüzleşme, kaybın yarattığı duygusal yükle baş edebilme ve içinde bulunulan duruma uyum hedeflenmektedir. Başka bir bakış açısıyla erken evrede tanı alan hastalar (evre 1, 2) sağlık kaybının yasını tutmaya başlayabilir, ancak kendilerini lme yakın görmeyebilirler. İyileşme şansı daha az olan ileri evre hastalar, hayatta kalamayacaklarını düşünerek kısmen yas tutabilir ya da iyileşme şansına yine de sahip olması nedeniyle tam olarak yas tutamayabilir. ‘‘Sağlıklı’’ yasin ne kadar sürmesi gerektiğini ve uzamış yasin nerede başlayacağını belirlemek zordur. Bu açıdan değerlendirildiğinde yas belirtilerinin süresi, yoğunluğundan ve işlevsellik üzerindeki etkilerinden daha az uzamış yas ile alakalı gibi görünmektedir (52). Bu alışma yas sürecini kanser tanısından itibaren başlayan bir süreç olarak kabul eder.

Çalışmamız uzamış yas bozukluğu açısından incelendiğinde tümör evresi, nüks öyküsü ve alınan tedavi türleri ile uzamış yas bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.4). Erken evre meme kanseri bir hastada inkrın uyuma yönelik olmayan kullanımı tedavi arayışında gecikmeye neden olabilirken, metastatik meme kanseri bir hasta tarafından inkrın uyuma yönelik kullanımı yaşamının son aylarında yaşam kalitesini artırmasını sağlayabilir. Uzamış yas bozukluğunun kanserin özelliklerinden ve alınan tedavilerden bağımsız olması, süreci etkileyen önemli başka etmenlerin olduğunu düşündürür. Kurniasih ve ark. (2022) tarafından meme kanser hastalarında yasin beş evresi ile ilgili yapılan çalışmada da tümör evresi ve yas arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (127).

Kayıp ncesi bireyde geçirilmiş bir ruhsal hastalığın olması literatürde yas sürecine etki eden faktörlerden biri olarak tanımlanır. Altta yatan bir depresif bozukluk olduğunda, kayıp yaşamak depresif semptomların kötüleşmesini tetikleyip yas sürecinin olağan seyrini etkileyebilir (128). Çalışmamızda da geçirilmiş ruhsal hastalık, mevcut psikiyatrik hastalık tanı ya da psikiyatrik ilaç kullanımının olması uzamış yas bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur (Tablo 4.4). Ancak psikiyatrik hastalık tanıları; depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve diğer psikiyatrik bozukluklar olarak sınıflandırılıp psikiyatrik hastalık tanısı olmayan kişiler ile karşılaştırıldığında UYB ile arasında anlamlı bir fark

saptanmamıştır. Bu bulgu, geçirilen psikiyatrik hastalığın tanısından ziyade kişinin psikopatoloji geliştirme yatkınlığının uzamış yas bozukluğu üzerinde daha etkili olduğunu düşündürür.

Maass ve ark.'nın (2015) yaptığı 17 çalışmanın sistematik bir derlemesine göre, anksiyete bozukluğunun meme kanseri geçirenlerde genel toplumdaki kadınlara göre prevalansının artmadığı bulunmuştur (129). Çalışmamızda yapılan DSM-5 yönelimli klinik görüşme sonucunda anksiyete bozukluğu %7.9 oranında saptanmış olup toplumdakiyle benzer orandadır (Tablo 4.1). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2022 verilerine göre dünya nüfusunun tahminen %5'i (kadınlarda %6) depresyon yaşamaktadır (130). Çalışmamızda yapılan DSM-5 yönelimli klinik görüşme sonucu depresyon tanılı hasta oranı %5.6 olarak bulunmuş, toplumdan yüksek oranda saptanmamıştır (Tablo 4.1). Ancak mevcut hastalığa bağlı anksiyete riski (%14.7) ve depresyon riskinin (%13.0) daha yüksek oranda bulunmasının nedeni ruhsal belirtilerin tanı düzeyinde değil sadece belirti düzeyinde kalması olabilir. Çalışmamızda UYB puanının artışının anksiyete ve depresyon riski ile anlamlı ilişkisi olduğunun saptanmasını göz önüne aldığımızda, ruhsal belirtilerin bir kısmının uzamış yas bozukluğuna ait belirtiler olduğu düşünülebilir. Uzamış yas bozukluğu ve depresif bozukluk tanısını birbirinden ayırmak oldukça zordur (131). Depresyon ve anksiyete bozukluklarının UYB ile yüksek birlikteliğe sahip olduğu bilinmektedir (132). Bu süreçte, kişiler yoğun üzüntünün yanı sıra, depresyonda da sık görülen sosyal izolasyon, uyku ve iştahta bozulma gibi vejetatif belirtiler gösterebilirler (133). Ayrıca çalışmalar depresif semptomlardan bağımsız olarak, şiddetli ve uzun süreli yas semptomlarının, intihar düşüncesi ve girişimi riskinde artış, hipertansiyon, kardiyak patolojiler, hastaneye yatış, sağlıkla ilgili olumsuz davranışlar gibi ruhsal ve bedensel bozukluklarla ilişkili olduğunu göstermiştir. UYB'de semptomlar, kayıptan en az altı ay sonra yüksek seviyelerde bulunmalı ve kişideki fonksiyonel bozulma ile ilişkilendirilmelidir (8). Kimlik karmaşası ve benlik saygısında azalma depresyonda olduğu gibi uzamış yasin da belirtisi olabilir ve bu belirtiler intihar eğiliminin güçlü bir yordayıcısı olarak kabul edilir (134). Kişinin intihar girişimi öyküsü olması da intihar eğilimi açısından önemli bir risk faktörüdür. Çalışmamızda uzamış yas bozukluğu ve hastaların intihar girişimi



öyküsü arasında anlamlı olmasa da anlamlıya yakın bir ilişki saptanmıştır. Çalışmaya alınan hastalar içinde intihar girişimi oranının (%2.8) çok düşük olması bu sonuca neden olmuş olabilir.

Dayanıklılık olumsuzluklardan kaçmak için çaba harcama ya da ruhsal acı çekmeme anlamına gelmez, olumsuz deneyimlerden daha güçlenerek çıkabilme ve zorlayıcı yaşam olaylarının yarattığı değişimlere uyum sağlayabilme demektir (135). Meme kanseri hastalarıyla yapılan çalışmalar dayanıklılık düzeyi daha yüksek olan hastaların hastalık sürecinde daha iyi ruhsal uyuma sahip olduğunu ve zorluklarla daha iyi başa çıkabildiğini gösterir (136). Çalışmamızda psikolojik dayanıklılık; tümör evresi, alınan tedaviler, kemoterapi türleri ve nüks ile ilişkili bulunmamıştır. Bu durum psikolojik dayanıklılığın travmatik olayın niteliği gibi çevresel etkenlerden (kansere ait özellikler gibi) ziyade, yaşam boyu süregelen dinamik bir süreç olması nedeniyle kişinin stresi yönetebilme, problem çözme, yeni süreçlere uyum yetenekleri ile daha çok ilgili bir ruhsal belirteç olduğunu düşündürür.

Dayanıklılığı yüksek kişiler travmatik süreçler yaşadıklarında kayıplarla başa çıkma ve anlam duygusunu yitirmeden hayatlarına devam etmenin yolunu bulurlar. Dayanıklılık yalnızca doğuştan kazanılmış bir özellik değil, doğuştan gelen biyolojik özellikler ile sosyal çevre, aile gibi değişkenlerin birbiriyle etkileşerek şekillendiği, zamanla gelişebilen bir beceridir (137,138).

Uzamış yas bozukluğu oluşması demek yası tutamamak demektir, kişi kaybettiklerini sindirip içselleştiremez. Psikolojik dayanıklılığı yüksek olan kişiler aynı zamanda yas tutabilme ve yası işleme becerisinin yüksek olduğu kişilerdir. Yu ve ark.'nın (2016) AIDS sonucu eşleri ölen bireyler ile yaptığı çalışmada, psikolojik dayanıklılık düzeyi düşük ve yas sürecindeki bireylerin, psikolojik dayanıklılığı yüksek bireylere kıyasla daha fazla oranda uzamış yas yaşadıkları sonucuna ulaşmıştır (16).

Çalışmamızda psikolojik dayanıklılık arttıkça uzamış yas bozukluğu ölçek skorlarının azaldığı görülmektedir. Kişinin meme kanseri tanısı aldığını öğrenmesinden sonraki altı aylık süreçte psikolojik dayanıklılığını güçlendirecek

terapötik müdahaleler yapılarak kişinin yas tutabilme becerisi artırılıp uzamış yas bozukluğu gelişiminin önüne geçilebilir.

Araştırmamızda yaş, toplam kanser süresi ve anksiyete riskinin etkisi kontrol altına alındığında psikolojik dayanıklılık ve uzamış yas bozukluğu arasındaki anlamlı ilişki devam ederken; yaş, toplam kanser süresi, anksiyete riski ve depresyon riskinin etkisi kontrol altına alındığında anlamlı ilişki bozulmaktadır. Bu bulgu hastalığa bağlı depresyon riskinin mevcut ilişkide önemli rol oynadığını gösterir.

Psikolojik dayanıklılık ve uzamış yas bozukluğu arasındaki ilişkide; yaş, toplam kanser süresi, eğitim durumu, tümör evresi ve nüksün etkisi düzeltildikten sonra hastanın depresyon riski skorunun düzenleyici değişken olduğu bulunmuştur (Şekil 4.3). Bu sonuca göre, uzamış yas ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki depresyon riski varlığında güçlenir. Yapılan basit eğim (simple slope) analizine göre, depresyon risk skoru arttıkça psikolojik dayanıklılık ile uzamış yas bozukluğu arasındaki ilişkinin gücü daha az oranda artmaktadır (Şekil 4.4), yani depresyon riskinin düşük skorlarında UYB ve psikolojik dayanıklılık arasındaki pozitif ilişki daha güçlüdür. Depresyon etyolojisinde genetik, nöral bağlantılar, hormonlar gibi biyolojik faktörlerin sosyal ve çevresel etmenlerle etkileştiği epigenetikte dayanıklılık önemli bir faktördür. Düşük psikolojik dayanıklılık daha şiddetli depresif belirtiler ile ilişkilidir (139). Bu nedenle psikolojik dayanıklılığı düşük kişilerde depresyon riski de varsa uzamış yas skorları daha da artabilir.

Kansere uyum duygu düzenlemeyi yönetmeyi içeren bir süreçtir (140). Hastalar umut ve şükran gibi olumlu duygular yanında kaygı, üzüntü, öfke, suçluluk ve korku gibi olumsuz duygular da yaşarlar (95). Kanser hastalarında olumsuz duyguların fazlalığı ve yönetilememesi ruhsal bozukluk gelişimi ve yasin uzamasına neden olur. Literatürde kanser hastalarında duygu düzenleme ile ilgili çalışmaların çoğunun olumsuz duyguların ifade edilmemesine yönelik (duygusal ifadenin bastırılması veya engellenmesi) kullanılan savunmalara odaklandığı görülür (140,141). Uzamış yas bozukluğu ile ilgilenen bazı araştırmacılar, duygu düzenleme güçlüğüünün uzamış yasa neden olan önemli bir mekanizma olduğunu

öne sürer (142–144). Çalışmamızda duygu düzenleme güçlüğü arttıkça uzamış yas bozukluğunun arttığı sonucuna ulaşılmıştır, bu bulgu literatür ile paralellik gösterir.

Çalışmamızda yaş, toplam kanser süresi kontrol altına alındığında duygu düzenleme ve uzamış yas bozukluğu arasındaki anlamlı ilişki devam ederken, yaş, toplam kanser süresi, anksiyete riski ve depresyon riski kontrol altına alındığında anlamlı ilişki kaybolmuştur. Bu bulguya dayanarak anksiyete, depresyon riskinin ve belirtilerin şiddetinin duygu düzenleme güçlüğü ve uzamış yas bozukluğu ilişkisine katkısı olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızda psikolojik dayanıklılık ve uzamış yas bozukluğu arasındaki ilişkide yaş, toplam kanser süresi, eğitim durumu, tümör evresi ve nüksün etkisi düzeltildikten sonra duygu düzenleme güçlüğü kısmi aracı değişken olarak saptanmıştır (Şekil 4.1). Psikolojik dayanıklılığın uzamış yas bozukluğu üzerine doğrudan etkisinin yanında duygu düzenleme güçlüğü üzerinden de dolaylı etkisi olduğu görülmektedir. Dayanıklılık hastanın duygu düzenleme stratejilerinde başarılı olup olmaması yoluyla da yas tutabilme ya da tutamama becerisini belirleyebilir ve yasin uzamış yas bozukluğuna dönüşüp dönüşmeyeceğini etkileyebilir (145).

## 6 SINIRLILIKLAR ve GÜÇLÜ YANLAR

Çalışmamızda dikkate alınması gereken bazı sınırlılıklar bulunmaktadır. Çalışmamızın örnekleme, Çanakkale ili ÇOMÜ Hastanesi Onkoloji birimine 01.02.2023-30.04.2023 tarihleri arasında başvuran meme kanseri tanısıyla takipli hastalar ile sınırlandırılmıştır. Hastalardaki uzamış yas bozukluğu ölçek puanı değerlendirilirken sadece kansere ait yas süreci göz önüne alınmış, katılımcıların yakın zamanda başka yas yaratacak kayıplarının olup olmadığı göz ardı edilmiştir. Daha önce intihar girişiminde bulunmuş, düzenli alkol kullanımı olan ve menopoz sürecinde olmayan hasta sayısının çok az olması yine çalışmanın sınırlılıkları içinde sayılabilir. Çalışmamızın kesitsel nitelikli olması nedeniyle hastaların uzamış yas süreçlerinin uzun süreli etkileri değerlendirilememiştir, bu da çalışmanın önemli kısıtlılıklarındandır. Son olarak, çalışmaya dahil edilmeyen pek çok parametre yas, duygu düzenleme güçlüğü ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiyi etkileyebilir.

Tüm bu kısıtlılıklara rağmen, çalışmanın birçok güçlü yanı vardır. Birincisi, bildiğimiz kadarıyla meme kanseri tanılı bireylerde uzamış yas ile duygu düzenleme güçlüğü ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışmadır. İkincisi, yeterli bir örnekleme yapılması çalışmanın gücünü artırmaktadır. Üçüncüsü, hastaların klinik ruhsal belirtilerinin sadece öz-bildirim ölçeklerle değil aynı zamanda DSM-5 yönelimli görüşme ile değerlendirilmesi ruhsal tanıların daha doğru değerlendirilmesini sağlamıştır.

## 7 SONUÇ VE ÖNERİLER

Yas tutma, yalnızca ölüm gibi büyük kayıplara verilen bir yanıt olarak düşünülmemelidir. Ölüm sadece kayıpların en somut hali, en çok elle tutulup gözle görülenidir. Kansere tanısı almak beraberinde büyük kayıplar getirdiği için yas sürecini içerir hatta ötesine geçer. Ölme ve ölmeme ihtimalini eş zamanlı taşıyan ikircikli, kaygılı, kaygısız, umutlu, umutsuz, çelişkili duyguların kapsandığı ya da kapsamadığı bir süreçtir.

Yas tutmak gereklidir. Çünkü yas artık işe yaramayan bağılıklardan ve alışkanlıklardan vazgeçmeyi sağlayıp büyüme ve gelişmeyi kolaylaştırır (146). Gerçeği çarpıtıp kayıpları inkar ettiğimizde yas tutulamaz. Her kayıp yas sürecini, yas tutamamak da uzamış yas bozukluğunu beraberinde getirir. Meme kanseri tanısı alan kadınlar sağlıklarını, memelerini, saçlarını, kaşlarını, doğurganlıklarını, cinsel yaşamlarını, gelecek ideallerini kaybederler. Tedavi sürecinde bulantı, kusma, ağrı, halsizlik gibi birçok bedensel sıkıntı yaşar, günlük alışkanlıkların çoğundan vazgeçmek zorunda kalırlar. Aynı zamanda meme kanseri nüks açısından öngörülemez bir hastalıktır, bu belirsizlik ve tekrar hastalanma kaygısı uzamış yas bozukluğu riskini doğurur. Bu nedenle kanserin fiziksel sonuçlarının yanında ciddi ruhsal sonuçları da vardır.

Kanser hastalarında ruhsal hastalık oranı çalışmamızda da gösterildiği gibi toplumdaki ruhsal hastalık oranından daha yüksek değildir. Çalışmamızın sonuçlarıyla vurgulamak istediğimiz en önemli nokta, literatürdeki kanser hastaları ile ilgili yapılan çoğu çalışmanın aksine, kanser hastalarındaki psikopatolojiler değil; kanser hastalarında yas ve yasin işlenememesi sonucu gelişen uzamış yas bozukluğunu etkileyen faktörlerdir.

Çalışmamızda geçirilmiş ruhsal hastalık, mevcut ruhsal hastalık tanısı ve psikiyatrik ilaç kullanımının uzamış yas bozukluğu üzerinde etkili olduğunu tespit ettik. Uzamış yas bozukluğunun yaş ilerledikçe ve kanser tanısının üzerinden zaman geçtikçe daha az görüldüğünü belirledik. Aynı zamanda uzamış yas bozukluğunun duygu düzenleme güçlüğü ve psikolojik dayanıklılık ile arasında korelasyon olduğunu, psikolojik dayanıklılık azaldıkça ve duygu düzenleme

güçlüğü arttıkça uzamış yas bozukluğunun arttığını saptadık. Ayrıca psikolojik dayanıklılık ve uzamış yas bozukluğu arasındaki ilişkiyi araştırırken yaş, toplam kanser süresi, eğitim durumu, tümör evresi ve nüksün etkisi düzeltildikten sonra duygu düzenleme güçlüğü kısmi aracı değişken, hastalığa bağlı depresyon riskini de düzenleyici değişken olarak saptadık.

Literatür incelendiğinde kanser hastalarında hastalığa bağlı yas sürecini ve uzamış yas bozukluğunu araştıran çok az sayıda çalışma vardır. Literatürdeki uzamış yas bozukluğu ile ilgili çalışmalar, yakınları ölen kişilerde uzamış yas bozukluğunun incelenmesi veya terminal dönemdeki kanser hastalarının hazırlık yasının incelenmesi ile ilişkili idi. Çalışmamızın sonuçlarının genelleştirilebilmesi için bu konuda büyük örneklemli takip çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Çalışmamızdaki bulgulara dayanarak, kanser tanısı alan hastalara sadece tanı koyma ve tedavi düzenleme amaçlı psikiyatrik görüşme yapmanın yeterli olmadığı, aynı zamanda psikolojik dayanıklılığı destekleyen, duygu düzenleme güçlüklerini azaltmaya yönelik tekniklerin olduğu, hastaların kayıplarını daha kolay kabullenmelerini sağlayacak yas psikoterapileri yapılmasının önemli olduğu görüşündeyiz. Hekimler olarak hastanın yaşadığı acı ve yas arasında bağ kurmasını sağlamaya yardımcı olmalı, çaresizliğe katlanabilme kapasitelerini arttırmalıyız. Çünkü yası tutulamamış kayıplar yaşama gölge düşürür, bağ kurabilme yeteneğini bozar. Kaybedilenleri gömmeden yaşama devam etmek zorlaşır.

## 8 KAYNAKLAR

1. Özel Y, Özkan B. Kayıp ve yasa psikososyal yaklaşım. *Current Approaches in Psychiatry* 2020;12(3):352-367.
2. Bildik T. Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. *Ege Journal of Medicine* 2013; 52:223-229.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı Meme kanseri korunma, tarama, tanı, tedavi ve izlem klinik rehberi (Versiyon 1.0). [Online] Erişim: [<https://shgm.saglik.gov.tr/TR-67115/meme-kanseri-korunma-tarama-tani-tedavi-ve-izlem-klinik-rehberi-yayinlanmistir.html>] Erişim tarihi: 03.07.2023
4. Baider L, Andritsch E, Uziely B, Ever-Hadani P, Goldzweig G, Hofmann G, Samonigg H. Do different cultural settings affect the psychological distress of women with breast cancer? A randomized study. *European Journal of Cancer Care* 2003;12(3):263-273
5. Parman T. *Psikanaliz Yazıları 2 - Psikanaliz ve Kadınlık*. Bağlam Yayıncılık, 2001.
6. Gökler Danışman I, Yalçınay M, Yıldız N. Measuring grief symptoms in cancer patients: The reliability and validity study of the Turkish version of Prolonged Grief Disorder Scale. *Turk J Psychiatry* 2017 Fall; 28(3):190-197.
7. Kübler-Ross E. *Ölüm ve Ölmek Üzerine*. Boyner Yayınları, 1997.
8. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med* Ağustos 2009;6(8):e1000121.
9. Litz BT, Schorr Y, Delaney E, Au T, Papa A, Fox AB. A randomized controlled trial of an internet-based therapist-assisted indicated preventive intervention for prolonged grief disorder. *Behav Res Ther*. Ekim 2014;61:23-34.

10. Moules NJ, Simonson K, Prins M, Angus P, Bell JM. Making room for grief: walking backwards and living forward. *Nurs Inq. Haziran* 2004;11(2):99-107.
11. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2010;30(2):217-237.
12. Cesur G. Kayıp Yaşantılarının Sonrası: Tartışmalı bir kavram "Karmaşık Yas". *Nesne Psikoloji Dergisi* 2017;5(10):289-310.
13. Tusaie K, Dyer J. Resilience: a historical review of the construct. *Holist Nurs Pract* 2004;18(1):3-8.
14. Becker G, Newsom E. Resilience in the face of serious illness among chronically ill African Americans in later life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2005;60(4):214-223.
15. Bonanno GA, Wortman CB, Nesse RM. Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychol Aging* 2004;19(2):260-271.
16. Yu NX, Chan CLW, Zhang J, Stewart SM. Resilience and vulnerability: prolonged grief in the bereaved spouses of marital partners who died of AIDS. *AIDS Care* 2016;28(4):441-444.
17. Sun YS, Zhao Z, Yang ZN, Xu F, Lu HJ, Zhu ZY. Risk factors and preventions of breast cancer. *Int J Biol Sci* 2017;13(11):1387-1397.
18. Sonnenschein C, Soto A. Carcinogenesis explained within the context of a theory of organisms. *Prog Biophys Mol Biol Ekim* 2016;122(1):70-76.
19. Polyak K. Breast cancer: origins and evolution. *J Clin Invest.* 2007;117(11):3155-3163.
20. Majeed W, Aslam B, Javed I, Khaliq T, Muhammad F, Ali A. Breast cancer: major risk factors and recent developments in treatment. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014;15(8):3353-3358.



21. Zhang M, Lee AV, Rosen JM. The cellular origin and evolution of breast cancer. *Cold Spring Harb Perspect Med* 2017;7(3):a027128.
22. Al-Hajj M, Wicha MS, Benito-Hernandez A, Morrison SJ, Clarke MF. Prospective identification of tumorigenic breast cancer cells. *Proc Natl Acad Sci* 2003;100(7):3983-3988.
23. Sgroi DC. Preinvasive Breast Cancer. *Annu Rev Pathol* 2010;5:193-221.
24. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2017. *CA Cancer J Clin.* 2017;67(1):7-30.
25. Brewer HR, Jones ME, Schoemaker MJ, Ashworth A, Swerdlow AJ. Family history and risk of breast cancer: an analysis accounting for family structure. *Breast Cancer Res Treat* 2017;165(1):193-200.
26. Washbrook E. Risk factors and epidemiology of breast cancer. *Womens Health Med* 2006;3(1):8-14.
27. Soroush A, Farshchian N, Komasi S, Izadi N, Amirifard N, Shahmohammadi A. The role of oral contraceptive pills on increased risk of breast cancer in Iranian populations: A Meta-analysis. *J Cancer Prev* 2016;21(4):294-301.
28. Narod SA. Hormone replacement therapy and the risk of breast cancer. *Nat Rev Clin Oncol* 2011;8(11):669-676.
29. N Hamajima. Alcohol, tobacco and breast cancer – collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58515 women with breast cancer and 95067 women without the disease. *Br J Cancer* Nov 2002;87(11):1234-1245.
30. Jung S, Wang M, Anderson K, Baglietto L, Bergkvist L, Bernstein L. Alcohol consumption and breast cancer risk by estrogen receptor status: in a pooled analysis of 20 studies. *Int J Epidemiol* June 2016;45(3):916-928.

31. Makarem N, Chandran U, Bandera EV, Parekh N. Dietary Fat in Breast Cancer Survival. *Annu Rev Nutr.* 2013;33: 319-348.
32. Knight JA, Fan J, Malone KE, John EM, Lynch CF, Langballe R. Alcohol consumption and cigarette smoking in combination: a predictor of contralateral breast cancer risk in the WECARE Study. *Int J Cancer* 2017;141(5):916-924.
33. Coughlin SS. Epidemiology of Breast Cancer in Women. *Adv Exp Med Biol.* 2019;1152:9-29.
34. Açıkgöz A, Yıldız E. Meme kanseri etiyolojisi ve risk faktörleri. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi* 2017,5(1):45-56.
35. Villarreal-Garza C, Aguila C, Magallanes-Hoyos M C, Mohar A, Bargalló E, Meneses A, Cazap E, Gomez H, López-Carrillo L, Chávarri-Guerra Y, Murillo R, Barrios C. Breast cancer in young women in Latin America: an unmet, growing burden. *The oncologist* 2013; 18(12):1298–1306.
36. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllıkları [Online].  
Erişim:[<https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR-73387/saglik-istatistikleri-yilliklari.html>]  
Erişim tarihi: 10.04.2023
37. World Health Organization. Breast cancer [Online].  
Erişim:[<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>]  
Erişim tarihi:12.05.2023
38. Kamsız C. Meme kanserinde mastektomi geçirmenin psikolojisi: meme kanseri tanılı ve sağlıklı kadınlar arasında bir karşılaştırma. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniv. Sosyal Bilimler Enstitüsü , İstanbul, 2018.
39. Memişoğlu E. Meme kanserinde tanı ve klinik evreleme. *Akademisyen Yayınevi*; 2020:s.147-163.

40. Baltacı Göktaş S, Şelimen D Meme kanserinde mastektomi sonrası uygulanan erken ve geç rekonstrüksiyonun hastanın yaşam kalitesi üzerine etkisi. Doktora Tezi, Marmara Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
41. Koçaşlı S. Cerrahi girişim sonrası radyoterapi alan erken evre meme kanserli kadınlarda konfor düzeyi. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniv. 2006.
42. Kabel AM, Baali FH. Breast cancer: insights into risk factors, pathogenesis, diagnosis and management. Journal of Cancer Research and Treatment 2015; 3(2):28-33.
43. Nelson JC, Beitsch PD, Vicini FA, Quiet CA, Garcia D, Snider HC. Four-year clinical update from the American Society of Breast Surgeons MammoSite brachytherapy trial. The American Journal of Surgery 2009;198(1):83-91.
44. Peng J, Sengupta S, Jordan VC. Potential of selective estrogen receptor modulators as treatments and preventives of breast cancer. Anticancer Agents Med Chem. 2009;9(5):481-499.
45. Tünel M, Vural A, Evlice YE, Tamam L. Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. Arşiv Kaynak Tarama Derg. 2012;21(3):189-219.
46. Özkan S, Armay Z. Psiko-onkoloji. Form Reklam Hizmetleri, İstanbul, 2007.
47. Şahin H, Kocamaz D, Yıldırım M. Kanser sürecinde psikolojik sorunlar ve psiko-onkoloji. Zeugma Sağlık Araştırmaları Derg. 2020;2(3):136-141.
48. Landmark BT, Wahl A. Living with newly diagnosed breast cancer:a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. J Adv Nurs. 2002;40(1):112-121.
49. Babacan Gümüş A. Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. Meme Sağlığı Derg. 2006;2(3):108-114.
50. Okanlı A. Kadınlarda mastektominin psikososyal etkileri. International Journal of Human Sciences 2006;1-5.

51. Yang YL, Liu L, Wang Y, Wu H, Yang XS, Wang JN. The prevalence of depression and anxiety among Chinese adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer* 2013;13(1):393.
52. Jacobsen JC, Zhang B, Block SD, Maciejewski PK, Prigerson HG. Distinguishing symptoms of grief and depression in a cohort of advanced cancer patients. *Death Stud.* 2010;34(3):257-273.
53. Levenson J. *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry.* 3rd ed. Washington, 2019.
54. Ribnikar D, Ribeiro JM, Pinto D, Sousa B, Pinto AC, Gomes E. Breast cancer under age 40: a different approach. *Curr Treat Options Oncol.* 2015;16(4):16.
55. Baumgart J, Nilsson K, Evers AS, Kallak TK, Poromaa IS. Sexual dysfunction in women on adjuvant endocrine therapy after breast cancer. *Menopause N Y N.* 2013;20(2):162-168.
56. Ng CG, Mohamed S, Kaur K, Sulaiman AH, Zainal NZ, Taib NA. Perceived distress and its association with depression and anxiety in breast cancer patients. *PLoS One* 2017;12(3):e0172975.
57. Montgomery GH, David D, Goldfarb AB, Silverstein JH, Weltz CR, Birk JS. Sources of anticipatory distress among breast surgery patients. *J Behav Med.* 2003;26(2):153-164.
58. Saboonchi F, Petersson LM, Wennman-Larsen A, Alexanderson K, Brännström R, Vaez M. Changes in caseness of anxiety and depression in breast cancer patients during the first year following surgery: patterns of transiency and severity of the distress response. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc* 2014;18(6):598-604.
59. Dinapoli L, Colloca G, Di Capua B, Valentini V. Psychological Aspects to Consider in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. *Curr Oncol Rep.* 2021;23(3):38.

60. Batty GD, Russ TC, Stamatakis E, Kivimäki M. Psychological distress in relation to site specific cancer mortality: pooling of unpublished data from 16 prospective cohort studies. *BMJ*. 2017;356:j108.
61. Chida Y, Steptoe A. Cortisol awakening response and psychosocial factors: a systematic review and meta-analysis. *Biol Psychol*. 2009;80(3):265-278.
62. Elzinga BM, Roelofs K, Tollenaar MS, Bakvis P, van Pelt J, Spinhoven P. Diminished cortisol responses to psychosocial stress associated with lifetime adverse events a study among healthy young subjects. *Psychoneuroendocrinology* 2008;33(2):227-237.
63. Antonova L, Aronson K, Mueller CR. Stress and breast cancer: from epidemiology to molecular biology. *Breast Cancer Res BCR*. 2011;13(2):208.
64. Lutgendorf SK, Sood AK. Biobehavioral factors and cancer progression: physiological pathways and mechanisms. *Psychosom Med* 2011;73(9):724-730.
65. Bergelt C, Prescott E, Grønbaek M, Koch U, Johansen C. Stressful life events and cancer risk. *Br J Cancer* 2006;95(11):1579-1581.
66. Meares A. Cancer, psychosomatic illness, and hysteria. *Lancet Lond Engl*. Nov. 1981;2(8254):1037-1038.
67. Murray JB. Psychosomatic aspects of cancer: an overview. *J Genet Psychol*. 1980;136(2):185-194.
68. Claus B, David M K, Edward M. *Psychophysiological Aspects of Cancer*, Annals of the New York Academy of Sciences by Bahnson, Between the Covers-Rare Books, Inc. ABAA. 1966.
69. Greer S, Morris T. Psychological attributes of women who develop breast cancer: a controlled study. *J Psychosom Res*. 1975;19(2):147-153.

70. Nakaya N, Bidstrup PE, Saito-Nakaya K, Frederiksen K, Koskenvuo M, Pukkala E. Personality traits and cancer risk and survival based on Finnish and Swedish registry data. *Am J Epidemiol*. August 2010;172(4):377-385.
71. Otonari J, Ikezaki H, Furusyo N, Sudo N. Do neuroticism and extraversion personality traits influence disease-specific risk factors for mortality from cancer and cardiovascular disease in a Japanese population? *J Psychosom Res*. 2021;144:110422.
72. Khosravi M. Neuroticism as a Marker of Vulnerability to COVID-19 Infection. *Psychiatry Investig*. July 2020;17(7):710-711.
73. Wojciechowska I, Matkowski R, Pawłowski T. Type D Personality and Big Five Personality Traits and the Risk of Breast Cancer: A Case-Control Study. *Front Psychiatry* 2022;13:723-795.
74. Schoemaker MJ, Jones ME, Wright LB, Griffin J, McFadden E, Ashworth A. Psychological stress, adverse life events and breast cancer incidence: a cohort investigation in 106,000 women in the United Kingdom. *Breast Cancer Res BCR*. 2016;18(1):72.
75. Öncü B. *Yürekte Kırk Mum - Bireysel ve Toplumsal Yas*. Pinhan Yayıncılık, 2017.
76. Volkan V, Zintl E. *Kayıptan Sonra Yaşam*, Pusula Yayınevi , Ankara, 2017.
77. Egan KA, Arnold RL. Grief and Bereavement Care: With sufficient support, grief and bereavement can be transformative. *AJN Am J Nurs*. 2003;103(9):42-52.
78. Pop-Jordanova N. Grief: Aetiology, Symptoms and Management. *PRILOZI* 2021;42(2):9-18.
79. International Classification of diseases, 11th revision, ICD-11, 2018, WHO.

80. Robinaugh DJ, Toner ER, Djelantik AAAMJ. The causal systems approach to prolonged grief: Recent developments and future directions. *Curr Opin Psychol.* 2022;44:24-30.
81. Vogel A, Comtesse H, Nocon A, Kersting A, Rief W, Steil R, vd. Feasibility of Present-Centered Therapy for Prolonged Grief Disorder: Results of a Pilot Study. *Front Psychiatry* 2021;12:534-664.
82. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E, Sakkas P, Galanos A. Demographic and clinical predictors of preparatory grief in a sample of advanced cancer patients. *Psychooncology.* 2006;15(9):828-833.
83. Parpa E, Kostopoulou S, Tsilika E, Galanos A, Mystakidou K. Depression as a Mediator or Moderator Between Preparatory Grief and Sense of Dignity in Patients With Advanced Cancer. *Am J Hosp Palliat Care* 2019;36(12):1063-1067.
84. Yilmazer D. An investigation of the psychological roles of mourning rituals in the sample of bereaved young adults, 2022.
85. Berzoff J. Psychodynamic theories in grief and bereavement. *Smith Coll Stud Soc Work.* 2003;73(3):273-298.
86. Bowlby J. *Attachment and Loss, Vol 3: Loss, Sadness and Depression.* London,1980.
87. Freud S Mourning and melancholia. *Collected Papers, 1917, vol. IV: 152-170.*
88. Lindemann E. Grief and grief management: some reflections. *J Pastoral Care* 1976;30(3):198-207.
89. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry* 1944;101(2):141-148.

90. Koroğlu İ. Yas deneyimi yaşamış bireylerde travma sonrası bŸyŸmeyi yordayan değişkenler: Geçmiş yas deneyimleri, kontrol odağı ve psikolojik belirtiler. YŸksek Lisans Tezi, Başkent Ÿniv. Sosyal Bilimler EnstitŸsŸ, 2021.
91. Stroebe M, Schut H, Boerner K. Cautioning health-care professionals: bereaved persons are misguided through the stages of grief. *OMEGA - Journal of Death and Dying* 2017 Mar;74(4):455-473.
92. Bořkailo E, Franjić D, Jurić I, Kiseljaković E, Marijanović I, Babić D. Resilience and quality of life of patients with breast cancer. *Psychiatr Danub.* 2021;33(Suppl 4):572-579.
93. Balcı H, Balcı şener ř. Meme kanseri cerrahisi geçiren kadınlarda psikolojik dayanıklılık. *Akdeniz Tıp Dergisi* 2022;8(3):347-353.
94. Ristevska-Dimitrovska G, Filov I, Rajchanovska D, Stefanovski P, Dejanova B. Resilience and quality of life in breast cancer patients. *Open Access Maced J Med Sci.* 2015;3(4):727-731.
95. Conley C, Bishop B, Andersen B. Emotions and emotion regulation in breast cancer survivorship. *Healthcare.* 2016;4(3):56.
96. Thompson RA. Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1994;59(2-3):25-52.
97. Vaughan E, Koczwara B, Kemp E, Freytag C, Tan W, Beatty L. Exploring emotion regulation as a mediator of the relationship between resilience and distress in cancer. *Psychooncology* July 2019;28(7):1506-1512.
98. Cole PM, Michel MK, Teti LOD. The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1994;59(2-3):73-102.
99. Moules NJ, Simonson K, Fleiszer AR, Prins M, Rev Bob Glasgow null. The soul of sorrow work: grief and therapeutic interventions with families. *J Fam Nurs.* Feb 2007;13(1):117-141.



100. Bjureberg J, Ljótsson B, Tull MT, Hedman E, Sahlin H, Lundh LG. Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: The DERS-16. *J Psychopathol Behav Assess*. Jun 2016;38(2):284-296.
101. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 2004;26:41-54.
102. Yiğit İ, Guzey Yiğit M. Psychometric Properties of Turkish Version of Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). *Curr Psychol*. Aralık 2019;38(6):1503-1511.
103. Friberg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;12(2):65-76.
104. Basım N, Çetin F. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011;22(2):104–114.
105. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-370.
106. Aydemir Ö. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 1997; 8(4):280-287.
107. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. *Using multivariate statistics*. 7th ed. NY: Pearson; 2019.
108. Coleman MP, Forman D, Bryant H, Butler J, Rachet B, Maringe C. Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden, and the UK, 1995-2007 (the International Cancer Benchmarking Partnership): an analysis of population-based cancer registry data. *Lancet Lond Engl*. Jan 2011;377(9760):127-138.

109. Allen JD, Savadatti S, Gurmankin Levy A. The transition from breast cancer 'patient' to 'survivor'. *Psychooncology*. 2009;18(1):71-78.
110. Berry DA, Cronin KA, Plevritis SK, Fryback DG, Clarke L, Zelen M. Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. *N Engl J Med*. 2005;353(17):1784-1792.
111. Bower JE. Behavioral Symptoms in Patients With Breast Cancer and Survivors. *J Clin Oncol*. 2008;26(5):768-777.
112. Kenyon M, Mayer DK, Owens AK. Late and long-term effects of breast cancer treatment and surveillance management for the general practitioner. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN*. 2014;43(3):382-398.
113. Eng JW, Kokolus KM, Reed CB, Hylander BL, Ma WW, Repasky EA. A nervous tumor microenvironment: the impact of adrenergic stress on cancer cells, immunosuppression and immunotherapeutic response. *Cancer Immunol Immunother CII*. 2014;63(11):1115-1128.
114. Moreno-Smith M, Lutgendorf SK, Sood AK. Impact of stress on cancer metastasis. *Future Oncol Lond Engl*. Dec 2010;6(12):1863-1881.
115. Soung NK, Kim BY. Psychological stress and cancer. *J Anal Sci Technol*. 2015;6(1):30.
116. Eckerling A, Ricon-Becker I, Sorski L, Sandbank E, Ben-Eliyahu S. Stress and cancer: mechanisms, significance and future directions. *Nat Rev Cancer*. Dec 2021;21(12):767-785.
117. Tsilika E, Mystakidou K, Parpa E, Galanos A, Sakkas P, Vlahos L. The influence of cancer impact on patients' preparatory grief. *Psychol Health*. Feb 2009;24(2):135-148.
118. Kroenke CH, Rosner B, Chen WY, Kawachi I, Colditz GA, Holmes MD. Functional impact of breast cancer by age at diagnosis. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2004;22(10):1849-1856.

119. Prigerson HG, Maciejewski PK. Grief and acceptance as opposite sides of the same coin: setting a research agenda to study peaceful acceptance of loss. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* Dec 2008;193(6):435-437.
120. Ganz PA, Guadagnoli E, Landrum MB, Lash TL, Rakowski W, Silliman RA. Breast cancer in older women: quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2003;21(21):4027-4033.
121. Ganz PA, Greendale GA, Petersen L, Kahn B, Bower JE. Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2003;21(22):4184-4193.
122. Cimprich B, Ronis DL, Martinez-Ramos G. Age at diagnosis and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer Pract.* 2002;(2):85-93.
123. Mor V, Malin M, Allen S. Age differences in the psychosocial problems encountered by breast cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 1994;(16):191-197.
124. Surbhi, Gupta H, Brar GK, Jalota V. Quality of life and its sociodemographic determinants in breast cancer patients. *Ind Psychiatry J.* 2022;31(2):313-7.
125. Martin ML. *Grief and Loss Across the Lifespan: A Biopsychosocial Perspective*, by Carolyn Ambler Walter and Judith L. M. McCoyd. *Soc Work Health Care.* Nov2010;49(10):1011-1014.
126. Tsai WI, Prigerson HG, Li CY, Chou WC, Kuo SC, Tang ST. Longitudinal changes and predictors of prolonged grief for bereaved family caregivers over the first 2 years after the terminally ill cancer patient's death. *Palliat Med.* May 2016;30(5):495-503.
127. Kurniasih N, Rahayuwati L, Mamuroh L, Ibrahim K, Fauziyyah R. Grieving Response among Breast Cancer Patients. *J Health Sci Prev.* Apr 2022;6.

128. Lotterman JH, Bonanno GA, Galatzer-Levy I. The heterogeneity of long-term grief reactions. *J Affect Disord.* 2014;167:12-9.
129. Maass SWMC, Roorda C, Berendsen AJ, Verhaak PFM, de Bock GH. The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: A systematic review. *Maturitas.* 2015;82(1):100-108.
130. Depressive disorder (depression). WHO [Online].  
Erişim adresi: [<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>]  
Erişim: 30.06.2023
131. Boelen PA, van den Bout J, de Keijser J. Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study with bereaved mental health care patients. *Am J Psychiatry.* 2003;160(7):1339-1341.
132. Boelen PA, Prigerson HG. The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2007;257(8):444-452.
133. Friedman RA. Grief, depression, and the DSM-5. *N Engl J Med.* May 2012;366(20):1855-1857.
134. Szanto K, Shear MK, Houck PR, Reynolds CF, Frank E, Caroff K, vd. Indirect self-destructive behavior and overt suicidality in patients with complicated grief. *J Clin Psychiatry* 2006;67(2):233-239.
135. Babić R, Babić M, Rastović P, Ćurlin M, Šimić J, Mandić K, vd. Resilience in Health and Illness. *Psychiatr Danub.* 2020;32(Suppl 2):226-232.
136. Lam WWT, Bonanno GA, Mancini AD, Ho S, Chan M, Hung WK, vd. Trajectories of psychological distress among Chinese women diagnosed with breast cancer. *Psychooncology* 2010;19(10):1044-1051.
137. Bonanno GA. The resilience paradox. *Eur J Psychotraumatology.* 2021;12(1):1942642.

138. Sisto A, Vicinanza F, Campanozzi LL, Ricci G, Tartaglioni D, Tambone V. Towards a transversal definition of psychological resilience: a literature review. *Med Kaunas Lith.* 2019;55(11):745.
139. Shaffer KM, Riklin E, Jacobs JM, Rosand J, Vranceanu AM. Psychosocial resiliency is associated with lower emotional distress among dyads of patients and their informal caregivers in the neuroscience intensive care unit. *J Crit Care* 2016;36:154-159.
140. Brandão T, Tavares R, Schulz MS, Matos PM. Measuring emotion regulation and emotional expression in breast cancer patients: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* Feb 2016;43:114-127.
141. Batenburg A, Das E. Emotional coping differences among breast cancer patients from an online support group: a cross-sectional study. *J Med Internet Res.* 2014;16(2):e28.
142. Gegieckaite G, Kazlauskas E. Do emotion regulation difficulties mediate the association between neuroticism, insecure attachment, and prolonged grief? *Death Stud.* 2022;46(4):911-999.
143. Boden MT, Kulkarni M, Shurick A, Bonn-Miller MO, Gross JJ. Responding to trauma and loss: An emotion regulation perspective. *Resil Handb Approaches Stress Trauma* 2014;86-99.
144. Gupta S, Bonanno GA. Complicated grief and deficits in emotional expressive flexibility. *J Abnorm Psychol.* 2011;120(3):635-43.
145. Troy AS, Mauss IB. Resilience in the face of stress: emotion regulation as a protective factor. *Resilience and Mental Health: Challenges Across the Lifespan.* Cambridge:Cambridge University Press; 2011.
146. Kogan İ. Yas Tutmama Mücadelesi. Odağ Yayınları. İzmir, 2011.

## 9 EKLER

### EK 1. Etik Kurul Onay Yazısı

#### KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Meme Kanseri Hastalarında Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Psikolojik Dayanıklılığın Uzamış Yas Bozukluğu ile İlişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	
ETİK KURUL BAŞVURU NUMARASI	2022-188

<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>	ETİK KURULUN ADI	ÇANAKKALE 18 MART ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	ÇANAKKALE 18 MART ÜNİVERSİTESİ
	TELEFON	0 286 218 00 18
	FAKS	
	E-POSTA	comukaek@gmail.com

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	PROF.DR. DEMET GÜLEÇ ÖYEÇKİN		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	PSİKİYATRİ		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	ÇANAKKALE		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1		
		FAZ 2		
		FAZ 3		
		FAZ 4		
		Gözlemsel ilaç çalışması		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları				
İlaç dışı klinik araştırma				
Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	ÇOK MERKEZLİ	ULUSAL	ULUSLARARASI

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe İngilizce Diğer
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe İngilizce Diğer
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe İngilizce Diğer
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe İngilizce Diğer
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama
	SİGORTA			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ			
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU			
	İLAN			
	YILLIK BİLDİRİM			
	SONUÇ RAPORU			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ			
	DİĞER:			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2023/02-17	Tarih: 18.01.2023		
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.				

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	PROF.DR. COŞKUN SILAN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılm #		İmza
			E	K	E	H	E	H	
PROF.DR. COŞKUN SILAN	FARMAKOLOJİ	ÇOMÜ	E	K	E	H	E	H	
PROF.DR. MESUT ERBAŞ	ANESTEZİ	ÇOMÜ	E	K	E	H	E	H	
PROF.DR. GÜLBÜ TANRIVERDİ	HALK SAĞLIĞI	ÇOMÜ	E	K	E	H	E	H	
PROF.DR. AYŞE NUR ÖKTEN	ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ	EMEKLİ	E	K	E	H	E	H	
DOÇ.DR. EYÜP BURAK SANCAK	ÜROLOJİ	ÇOMÜ	E	K	E	H	E	H	
PROF.DR. OZAN KARATAĞ	RADYOLOJİ	ÇOMÜ	E	K	E	H	E	H	
DR.ÖGR.ÜYESİ BUKET GÜNGÖR	FARMAKOLOJİ	ÇOMÜ	E	K	E	H	E	H	
DR.ÖGR.ÜYESİ ÖZLEM COŞKUN	BİYOFİZİK	ÇOMÜ	E	K	E	H	E	H	
DR.ÖGR.ÜYESİ İBRAHİM EREN PEK	KADIN DOĞUM	ÇOMÜ	E	K	E	H	E	H	
DR.ÖGR.ÜYESİ DUYGU SİDDİKOĞLU	BİYOİSTATİSTİK	ÇOMÜ	E	K	E	H	E	H	
DR.ÖGR.ÜYESİ HABİBE ÖZTÜRK	DİŞ HEKİMİ	ÇOMÜ	E	K	E	H	E	H	
ECZ. BEGÜM DERMENCİ	ECZACI	SERBEST	E	K	E	H	E	H	
AV. EMRAH COŞKUN	HUKUK	SERBEST	E	K	E	H	E	H	
ASLI AKGÜL	SİVİL ÜYE	ÇTSO	E	K	E	H	E	H	

Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr. Coşkun SILAN  
İmza:

## EK 2. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

# SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU

Tarih: .../.../.....

**1) Adı Soyadı:**

Telefon numarası:

Dosya no / Protokol no:

**2) Yaş: .....**

**3) Eğitim durumu: ..... yıl**

**4) Çalışma durumu:**

1) Çalışmıyor ( )

2) Emekli ( )

3) Halen çalışıyor ( )

**5) Yaşadığı yer:**

1) Şehir merkezi ( )

2) Köy/kasaba ( )

**6) Medeni durumu:**

1) Evli ( )

2) Bekar ( )

3) Boşanmış ( )

4) Dul ( )

**7) Birlikte yaşadığı kişiler:**

1) Tek başına yaşıyor ( )

2) Çekirdek aile ile yaşıyor ( )

3) Geniş aile ile yaşıyor ( )

4) Bakıcı ile yaşıyor ( )

5) Bakımevinde / Huzurevinde kalıyor ( )

**8) Kaç yıl önce meme kanseri tanısı aldığı: ..... ay/yıl**

**9) Tümörün evresi:**

1) evre 1 ( )

2) evre 2 ( )

3) evre 3 ( )

4) evre 4 ( )



**10) Nüks olup olmadığı:**

1) Var ( )

2) Yok ( )

**11) Şu ana kadar alınan tedavilerin türü:**

1) Kemoterapi ( )

2) Radyoterapi ( )

3) Meme cerrahisi ( )

4) Kemoterapi+radyoterapi ( )

5) Meme cerrahisi+kemoterapi ( )

6) Meme cerrahisi +radyoterapi ( )

7) Meme cerrahisi+kemoterapi+radyoterapi ( )

- Uygulanan kemoterapi ve/veya akıllı ilaç protokolü: .....

- Hormon tedavisi alıyorsa ajanın etken maddesi: .....

**12) Geçirilmiş ruhsal hastalık olup olmadığı:**

1) Var ( )

2) Yok ( )

**13) Geçirilmiş ruhsal hastalık var ise; şu an psikiyatrik ilaç kullanımı olup olmadığı:**

1) Var ( )

2) Yok ( )

**14) Daha önce intihar girişimi olup olmadığı:**

1) Var ( )

2) Yok ( )

**15) Menopoz döneminde olup olmadığı:**

1) Evet ( )

2) Hayır ( )

**16) Düzenli alkol kullanımı olup olmadığı:**

1) Evet ( )

2) Hayır ( )

### EK 3: Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği – Hasta Formu (UYBÖ-HF)

Lütfen aşağıdaki her bir madde için size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)			
Hiç	En az bir kere	En az haftada bir kere	En az günde bir kere	Günde bir çok kere			
<b>BÖLÜM I:</b>			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. Geçtiğimiz ay içerisinde, yeniden sağlıklı olabilmenin özlemini ve hasretini ne sıklıkla duydunuz?							
2. Geçtiğimiz ay içerisinde, hastalığınızla ilgili olarak ne sıklıkla duygusal ızdırap, yoğun üzüntü ya da keder hissettiniz?							
3. Geçtiğimiz ay içerisinde, size hastalığınızı hatırlatan şeylerden ne sıklıkla kaçınmaya çalıştınız?							
4. Geçtiğimiz ay içerisinde, ne sıklıkla hastalığınız nedeniyle afallamış, hayrete düşmüş ya da şaşkına dönmüş hissettiniz?							
5. Yaşamdaki rolünüzle ilgili kafa karışıklığı ya da benlik duygunuzda azalma (bir parçanızın öldüğü hissi gibi) hissediyor musunuz?							
6. Hastalığınızı kabullenmekle ilgili güçlük çektiniz mi?							
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)			
Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Oldukça Çok			
<b>BÖLÜM II: Aşağıdaki maddeleri şu anda kendinizi nasıl hissettiğinizi göz önünde bulundurarak yanıtlayınız.</b>			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Hastalığınızı öğrendiğinizden bu yana başkalarına güvenmek sizin için zor oldu mu?							
8. Hastalığınız nedeniyle buruk hissediyor musunuz?							
9. Artık hayatınıza devam etmenin (örneğin, yeni arkadaşlar edinmek, yeni ilgi alanları oluşturmak vb.) sizin için zor olacağını hissediyor musunuz?							
10. Hastalığınızı öğrendiğinizden bu yana duygusal olarak hissizleşmiş gibi hissediyor musunuz?							
11. Hastalığınızı öğrendiğinizden bu yana hayatın doyum vermediğini, boş ya da anlamsız olduğunu hissediyor musunuz?							
12. Sosyal, mesleki ya da diğer önemli alanlardaki (aile yaşamı) işlevselliğinizde önemli bir azalma oldu mu?							

## EK 4. Duygu Düzenleme G cl ğ   l eği – Kısa Form (DDGÖ-16)

### Duygu Düzenleme G cl ğ   l eği-Kısa Form (DDGÖ-16)

Aşağıdaki ifadelerin size ne sıklıkla uyduğunu, her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir ifadenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

	Hemen hemen hiç (% 0-% 10	Bazen (% 11- % 35)	Yaklaşık Yarı yarıya (% 36- % 65)	�oğu zaman (% 66- % 90)	Hemen her zaman (% 91- % 100)
1. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
2. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.					
3. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.					
4. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden �ıkarım.					
5. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağına inanırım.					
6. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.					
7. Kendimi kötü hissederken başka Őeylere odaklanmakta zorlanırım.					
8. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım korkusu yaşarım.					
9. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					
10. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.					
11. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.					
12. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir Şey olmadığına inanırım.					
13. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.					
14. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.					
15. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir Şey düşünmekte zorlanırım.					
16. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.					

## EK 5. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)

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

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

## EK 6: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS)

### HASTANE ANKSİYETE ve DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

- 1) Kendimi gergin "patlayacak gibi" hissediyorum.
- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman
- 2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.
- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil
- 3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.
- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendiriyor
- Hayır, hiç de öyle değil
- 4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.
- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil
- 5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.
- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen
- 6) Kendimi neşeli hissediyorum.
- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman
- 7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.
- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman
- 8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.
- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman
- 9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.
- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık
- 10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.
- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebilirim
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum
- 11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.
- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil
- 12) Olacakları zevkle bekliyorum.
- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç
- 13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.
- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman
- 14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.
- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

**Kaynak:** Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S (1997) Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi; 8(4):280-287.

## EK 7. Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu



ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU					
Doküman:	Form-11	Revizyon No:	02	Revizyon Tarihi:	23 / 01 / 2012

### 1. Çalışmanın adı:

Meme Kanseri Hastalarında Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Psikolojik Dayanıklılığın Uzamış Yas Bozukluğu ile İlişkisi

### 2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.

Prof. Dr. Demet Güleç Öyekçin, ÇOMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tel: 0286 2635950

Arş. Gör. Dr. Buket Er, ÇOMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tel: 0286 2635950

Doç. Dr. Lokman Koral, ÇOMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Tel: 0286 2635950

### 3. Araştırmanın amacı ve kısa özeti:

Meme kanseri, kanserler arasında ruhsal ve psikososyal yönleri açısından en çok araştırılan kanser türüdür. Yas tutma yalnızca ölüm nedeniyle yaşanan kayıplar sonrasında ortaya çıkmaz. Kayıp duygusu uyandıran her türlü yaşam olayının ardından yaşanabilecek bir süreçtir. Kanser de içerdiği çoklu kayıplar nedeniyle, yas tepkileri açısından ele alınması gereken bir olgudur. Duygu düzenleme güçlüğü ve psikolojik dayanıklılık ise yas sürecini doğrudan etkilemektedir. Çalışmamızın amacı Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastanesi Onkoloji polikliniğine başvuran meme kanseri tanısı almış kadınların; uzamış yas bozukluğu ölçeği puanını etkileyebilecek tümör evresi, uygulanan tedavi türleri gibi çeşitli faktörleri araştırmak, bu hastalardaki duygu düzenleme güçlüğü ve psikolojik dayanıklılığı değerlendirmektir.

### 4. Bu araştırma için neden siz seçildiniz?

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi onkoloji polikliniğinde meme kanseri tanısı ile takip edildiğiniz için seçildiniz.

### 5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Araştırmaya katılmak, bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda değilsiniz. İstedığınız anda çalışmadan ayrılabilirsiniz.

### 6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?

Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz anket formunda yer alan sorular size sorulacaktır.

**7. Araştırmaya katılmak size bir zarar verecek mi? Sizin için olumsuz yönleri/riskleri olacak mı?**

Araştırmaya katılmak size bir zarar vermeyecek, sizin için olumsuz yönleri ve riskleri olmayacaktır.

**8. Araştırmaya katılmanın size olası yararları nelerdir? Araştırmaya katılmak size bir fayda/üstünlük sağlayacak mı?**

Araştırmaya katıldığınız için uygulanan anketlerin sonuçları istediğiniz takdirde sizinle paylaşılabilecektir.

**9. Araştırma için masrafım olacak mı? Araştırmanın benim için maddi bedeli varmı?**

Araştırmaya katılmak için herhangi bir masrafınız olmayacak ve herhangi bir maddi bedel demeyeceksiniz.

**10. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?**

Elde edilen verilerinizin güvenliği araştırma ekibi olarak tarafımızda sağlanacak, anket formlarınız kilitli bir dolapta muhafaza edilecektir.

**11. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?**

Araştırma sonuçları bilimsel ortamlarda paylaşılacaktır. İstendiği takdirde araştırma ekibine bildirilen iletişim bilgileri ile ulaşılabilir ve bilgi alınabilir.

**12. Araştırma sonuçlarına ne olacak?**

Araştırma sonuçları bilimsel ortamlarda paylaşılacaktır. İstendiği takdirde araştırma ekibine bildirilen iletişim bilgileri ile ulaşılabilir ve bilgi alınabilir.

**13. Daha ayrıntılı bilgi için, Dr. Buket ER'e danışabilirsiniz**

**14. Teşekkür:**

Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

**BU BİLGİLENDİRME FORMU SİZDE KALACAKTIR. ARAŞTIRMAYA KATILMAK İSTERSENİZ AŞAĞIDA YER ALAN ONAM FORMUNU İMZALAMANIZ GEREKMEKTEDİR.**



## ONAM FORMU (D<sup>2</sup>)

**Araştırmanın Adı:** Meme Kanseri Hastalarında Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Psikolojik Dayanıklılığın Uzamış Yas Bozukluğu ile İlişkisi

	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız.</i>		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih: