



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

KANSER HASTALARINDA OTOMATİK DÜŞÜNCE VE FONKSİYONEL
OLMAYAN TUTUMLARIN KAYGI DÜZEYLERİNİ YORDAYICI GÜCÜ

Muhammed Ali AĞCA

Danışman
Prof. Dr. Selahattin AVŞAROĞLU

Konya 2021

ÖN SÖZ

Öncelikle yüksek lisans eğitimim boyunca paha biçilemez akademik bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, tez çalışmam boyunca desteklerini esirgemeyen, çalışmamın her aşamasında önemli katkılar sunan, her zaman vakit ayırarak geri bildirimleri ile çalışmama yön veren, saygıdeğer tez danışmanım Necmettin Erbakan Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Selahattin AVŞAROĞLU'na teşekkür eder, hürmetlerimi sunarım.

Eğitimim boyunca tecrübe ve bilgilerinden faydalandığım Prof. Dr. Şahin KESİCİ, Prof. Dr. Bülent DİLMAÇ, Prof. Dr. Coşkun ARSLAN, Doç. Dr. Süleyman Barbaros YALÇIN, Doç. Dr. Hatice İrem ÖZTEKE KOZAN hocalarıma şükranlarımı sunarım.

Çalışmamın yürütülmesine olanak sunan, çalışmamın konusunun belirlenmesinde ve verilerin toplanmasında çok kıymetli katkılar sunan, çalışmam boyunca değerli zamanını ayıran ve büyük bir gayret gösteren, çalışma disiplini örnek aldığım Medikal Onkolog Dr. Öğr. Üyesi Tahsin ÖZATLI'ya teşekkürü bir borç bilirim.

Bilişsel yaklaşımla lisans eğitimimin henüz başlarında tanışmamı sağlayan, otomatik düşünceler ve fonksiyonel olmayan tutumlar kavramlarını öğrenmemde önemli paya sahip, özveriyle bana kısıtlı zamanını ayıran, bu hususta üzerimde büyük bir emeği olan Psikiyatrist Uzm. Dr. Şenay YILDIZ BOZDAĞAN'a saygılarımı sunarım.

Her zaman bana moral ve motivasyon veren, iyi ve kötü günde yanımda olan, çalışmam boyunca bana destek olan, kişiliğimin şekillenmesinde önemli rol oynadığını düşündüğüm yirmi yıllık kıymetli dostum Av. Mustafa ÜZER'e teşekkür ederim.

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi bu çalışma sürecinde de maddi ve manevi olarak yanımda olan, bana inanan ve cesaret veren, mümkün olduğunca beni koşulsuz olarak kabul eden, benimle birlikte sevinen ve üzülen, fedakârlık gösteren, küçük yaşta kaybettiğim anne ve ablamın yoksunluğunu yaşamam adına ellerinden gelen her şeyi yapan ablama ve babama sonsuz teşekkürlerimi ve minnetlerimi sunarım.

Muhammed Ali AĞCA

KONYA-2021

İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU.....	V
BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ.....	Vi
ÖZET	Vii
ABSTRACT.....	Viii
1 GİRİŞ.....	1
1.1 Problem Durumu.....	1
1.2 Araştırmanın Amacı.....	2
1.3 Araştırmanın Önemi.....	3
1.4 Sayıtlılar.....	5
1.5 Sınırlılıklar	5
1.6 Tanımlar.....	5
2 ALAN YAZIN	6
2.1 Kanser	6
2.1.1 Kansere psikososyal yaklaşım	9
2.1.2 Kanser hastalarında psikososyal sorunlar	12
2.1.3 Kanser hastalarında kaygı.....	23
2.1.4 Kanser hastalarında psikososyal müdahaleler	38
2.1.5 Kanser ve psikolojik danışmanlık.....	46
2.2 Bilişsel Kuram	52
2.2.1 Bilişsel kuramın felsefi temeli ve ortaya çıkışı.....	52
2.2.2 Bilişsel kuramın kuramsal temelleri ve bilişsel model	54
2.2.3 Otomatik düşünceler ve fonksiyonel olmayan tutumlar	57
2.2.4 Otomatik düşünceler, fonksiyonel olmayan tutumlar ve kanser.....	60
2.3 Kaygı ile Otomatik Düşünceler ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Arasındaki İlişki	66
3 YÖNTEM	73
3.1 Araştırmanın Modeli.....	73
3.2 Araştırmanın Çalışma Grubu	73
3.3 Veri Toplama Araç ve/veya Teknikleri	78
3.3.1 Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI)	79
3.3.2 Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ)	79
3.3.3 Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (DAS-R-TR)	80
3.3.4 Kişisel Bilgi Formu.....	81
3.4 Verilerin Toplanması ve Analizi.....	81

4 BULGULAR.....	82
5 TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER	90
5.1 Tartışma	90
5.2 Sonuç.....	100
5.3 Öneriler	102
KAYNAKÇA.....	103
EKLER.....	137

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Kanser Hastalarında Otomatik Düşünce ve Fonksiyonel Olmayan Tutumların Kaygı Düzeylerini Yordayıcı Gücü başlıklı tez çalışmamın İç Kapak, Özetler, Ekler ve Ana Bölümlerden (Giriş, Alan Yazın, Yöntem, Bulgular, Tartışma, Sonuçlar ve Öneriler) oluşan toplam **102** sayfalık kısmına ilişkin, 6/07/2021 tarihinde tez danışmanım tarafından **Turnitin** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı **%6** olarak belirlenmiştir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Tez kabul sayfası hariç,
2. Tez çalışması orijinallik raporu sayfası hariç,
3. Bilimsel etik beyannamesi sayfası hariç,
4. Önsöz hariç,
5. İçindekiler hariç,
6. Simgeler ve kısaltmalar hariç,
7. Kaynakça hariç
8. Özgeçmiş hariç,
9. Alıntılar dâhil,
10. 7 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim ve tez çalışmamın, bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına göre intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

6/07/2021

Muhammed Ali AĞCA

Prof. Dr. Selahattin AVŞAROĞLU

BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez hazırlama kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını ve bu kaynakların kaynakça listesine eklendiğini beyan ederim.

6/07/2021

Muhammed Ali AĞCA

ÖZET

Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

KANSER HASTALARINDA OTOMATİK DÜŞÜNCE VE FONKSİYONEL OLMAYAN TUTUMLARIN KAYGI DÜZEYLERİNİ YORDAYICI GÜCÜ

Muhammed Ali AĞCA

Bu araştırmanın temel amacı kanser hastalarının otomatik düşüncelerinin ve fonksiyonel olmayan tutumlarının, kaygı düzeylerini yordayıcı gücünü incelemektir. Araştırmanın çalışma grubunu, 2020-2021 yılları arasında İstanbul ilinde kanser tedavisi görmekte olan 82'si erkek 93'ü kadın toplam 175 yetişkin kanser hastası oluşturmaktadır. Araştırmada "Kişisel Bilgi Formu", "Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI)", "Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ)" ve "Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (DAS-R-TR)" kullanılmıştır. Araştırma, genel tarama modelinin bir alt türü olan ilişkisel tarama modeline uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizinde; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olup olmadığı belirlenmesi için Bağımsız Gruplar t-Testi, değişkenler arasındaki ilişkinin analizi için Pearson Momentler Çarpım Korelasyon Katsayısı, değişkenler arasındaki yordayıcı ilişkinin bulunabilmesi için Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi tekniklerinden yararlanılmıştır. Tüm bu analiz süreci, IBM SPSS-25 paket programı aracılığıyla yapılmıştır.

Yapılan analizler sonucunda, kadın kanser hastalarının hem durumluk hem de sürekli kaygılarının, erkek hastalara nazaran, anlamlı şekilde daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Ayrıca kanser hastalarının durumluk ve sürekli kaygıları ile yaşları arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Buna ilave olarak, kanser hastalarının durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile mükemmeliyetçilik/başarı odaklı tutumları arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Benzer şekilde, kanser hastalarının durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile onaylanma ihtiyacı/bağımlılık tutumları arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Kanser hastalarının durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile ümitsizliğe yönelik olumsuz otomatik düşünceleri arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Kanser hastalarının durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile yalnızlığa yönelik olumsuz otomatik düşünceleri arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca kanser hastalarının durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile kişisel uyumsuzluğa yönelik olumsuz otomatik düşünceleri arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Benzer şekilde, kanser hastalarının durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile şaşkınlık ve kaçmaya yönelik otomatik düşünceleri arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Bununla birlikte, kanser hastalarının durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile kendine yönelik olumsuz otomatik düşünceleri arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Sonuç olarak, kanser hastalarının otomatik düşüncelerinin ve fonksiyonel olmayan tutumlarının, durumluk kaygı düzeylerini anlamlı düzeyde yordadığını söylemek mümkündür. Bununla beraber, kanser hastalarının otomatik düşüncelerinin ve fonksiyonel olmayan tutumlarının, sürekli kaygı düzeylerini de anlamlı düzeyde yordadığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Kanser hastaları, kaygı, otomatik düşünce, fonksiyonel olmayan tutum

ABSTRACT

Department of Educational Sciences
Guidance and Psychological Counseling Program
Master Thesis

THE PREDICTIVE POWER OF AUTOMATIC THOUGHTS AND DYSFUNCTIONAL ATTITUDES ON ANXIETY LEVEL IN CANCER PATIENTS

Muhammed Ali AĞCA

The main purpose of this study is to determine the predictive power of automatic thoughts and dysfunctional attitudes on anxiety level in cancer patients. The study group of the research consists of 175 adult cancer patients, 82 men and 93 women, who are receiving cancer treatment in Istanbul between the years 2020-2021. In the study, "Personal Information Form", "State-Trait Anxiety Inventory (STAI)", "Automatic Thoughts Scale (ODO)" and "Dysfunctional Attitudes Scale (DAS-R-TR)" were used. In the analysis of all these informations some techniques are used. The research was carried out in accordance with the relational survey model, which is a sub-type of the general survey model. Independent Groups t-Test was used to find out whether there was a statistically significant difference between the groups or not. Pearson Product Moments Correlation Coefficient for the analysis of the relationship between the variables, and Multiple Linear Regression Analysis techniques were used to find the predictive relationship between the variables. All this analysis process was done through the IBM SPSS-25 package program.

As a result of the analysis, it was seen that both state and trait anxiety of female cancer patients were significantly higher than male patients. In addition, it was determined that there was a significant and negative relationship between the state and trait anxiety of cancer patients and their age. Also, a significant and positive relationship was found between the state and trait anxiety levels of cancer patients and their perfectionism/achievement attitudes. Similarly, a significant and positive relationship was found between the state and trait anxiety levels of cancer patients and their need for approval/dependency attitudes. Furthermore, a significant and positive correlation was found between the state and trait anxiety levels of cancer patients and their negative automatic thoughts about hopelessness/giving up. Besides, a significant and positive relationship was found between the state and trait anxiety levels of cancer patients and their negative automatic thoughts about loneliness/isolation. In addition, a significant and positive relationship was found between the state and trait anxiety levels of cancer patients and their negative automatic thoughts about personal maladjustment/desire for change. Similarly, a significant and positive correlation was found between the state and trait anxiety levels of cancer patients and their automatic thoughts about confusion/escape fantasies. Moreover, a significant and positive correlation was found between the state and trait anxiety levels of cancer patients and their negative automatic thoughts about negative self-concept. As a result, it is possible to say that the automatic thoughts and dysfunctional attitudes of cancer patients predict their state anxiety levels at a statistically significant level. In parallel, it was seen that automatic thoughts and dysfunctional attitudes of cancer patients predicted their trait anxiety levels at a statistically significant level.

Keywords: Cancer patients, anxiety, automatic thoughts, dysfunctional attitude

1 GİRİŞ

1.1 Problem Durumu

Dünyada her 6 kadından ve her 5 erkekten birinin yaşamlarının bir döneminde kansere yakalandığı bildirilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2018). Kansere yakalanan hastalar yalnızca fiziksel problemlerle değil sosyal ve psikolojik problemlerle de mücadele etmektedir. Ayrıca psikolojik ve sosyal etmenlerin tedavinin başarı şansı ile yakından ilişkili olduğu bilinmektedir (Watson, Haviland, Greer, Davidson ve Bliss, 1999; Brown, Levy, Rosberger ve Edgar, 2003; Chida, Hamer, Wardle ve Steptoe, 2008). Dolayısıyla günümüzde kanserin psikolojik ve sosyal yönünü, fiziksel boyutundan ayırmak mümkün değildir (Boyle ve Levin, 2008). Bu denli yaygın bir probleme dair psikososyal çalışmaların yapılması, onkolojik hizmetlerin sıhhati için elzemdir (Özkan, 1999).

Kanser hastalarının tedavi sürecinde çeşitli sosyal ve psikolojik sorunlar yaşayabildiği bildirilmektedir (Karakartal, 2019). Yaşanan bu sorunların hem tedavinin seyrini hem de hastaların günlük hayatını ve yaşam kalitesini oldukça olumsuz etkileyebildiği vurgulanmaktadır (Ülger, Alacacıoğlu, Gülseren, Zencir, Demir ve Tarhan, 2014). Tanı sürecinden başlayan bu problemlerin; tedavi sürecinde, palyatif dönemde veya tedavi sonrasında çeşitli şekillerde ortaya çıkabildiği belirtilmektedir (Yıldırım ve Gürkan, 2010). Bu problemlerden, en sık karşılan psikiyatrik ve psikososyal problemler; depresyon, anksiyete bozuklukları, demans, travma sonra stres bozukluğu, uyum bozuklukları, cinsel bozukluklar, uyku bozuklukları (çoğu zaman tedavinin yan etkisi olarak), aile içi çeşitli çatışmalar, eşler arası uyumsuzluk ve çatışma, kişilik bozuklukları, mesleki problemler, kanser hastası olunması nedeniyle toplum tarafından etiketlenme, düşük benlik saygısı, yoğun kaygı, işlevsel olamayan duygu ve düşüncelerdir (Roscoe ve diğ., 2007; Bag, 2012; Dedeli ve Karadeniz, 2009; Tokgöz ve diğ., 2008; Nusbaum, Hamilton ve Lenahan, 2003; Derogatis ve diğ., 1983; Avis, Crawford ve Manuel, 2004).

Kanser hastaları arasında görülen en yaygın sorunlardan birisinin de kaygıya ilişkin sorunlar olduğu ifade edilmektedir (Derogatis ve diğ., 1983). Yüksek düzeyde kaygı, yalnızca bireylere sıkıntı vermekle kalmayıp başka problemlere de yol açabilmektedir. Bu nedenle, kanser hastalarında kaygı ve kaygıyla ilişkili faktörler

hakkında çok sayıda araştırma yapılmasına gerek duyulduğu belirtilmektedir (Turan, 1992).

Kaygıyı açıklamada en başarılı kuramlardan birisi de bilişsel kuramdır (Clark, 1986). Bu kuram, 1960'lı yıllarda Aaron Temkin Beck tarafından ilk olarak depresyon için geliştirilmiş, daha sonra kaygı gibi birçok farklı soruna uyarlanmıştır (Beck, 1964; 1993). Bilişsel kurama göre fonksiyonel olmayan tutumlar ve otomatik düşünceler, kaygıya neden olabilmektedir (Beck, 1985). Kaygıya neden olduğu düşünülen işlevsel olmayan tutumlar ve otomatik düşünceler genelde; aşırı genellenmiş, katı ve değişime dirençlidir (Weissman ve Beck, 1978). Ayrıca fonksiyonel olmayan tutumların, bireylerin düşünce ve eylemlerinin soyut düzenleyicileri olduğu düşünülmektedir (Beck, 2018). Yaşamın erken dönemlerinde olduğu düşünülen fonksiyonel olmayan tutumların, fiziksel hastalıklar gibi çeşitli stresli yaşantılarla aktive olabildiği bilinmektedir (Olinger, Kuiper ve Shaw, 1987). Kanserin de ciddi bir hastalık ve stresli bir yaşam olayı olması münasebetiyle fonksiyonel olmayan tutumları tetikleyebileceği ifade edilmektedir (Moorey ve Greer, 2011). Fonksiyonel olmayan tutumların aktive olması da duruma özgü oluşan, anlık olumsuz otomatik düşüncelerin akıldan geçme sıklığını artırmaktadır (Dobson ve Breitet, 1983).

Kanser hastalarının kaygı düzeylerinin belirlenmesi ve kanser hastalarında kaygı ile ilişkili olduğu düşünülen etmenlerin araştırılmasına dair çeşitli çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Araştırmanın genel amacı kanser hastalarının olumsuz otomatik düşüncelerinin ve fonksiyonel olmayan tutumlarının, kaygı düzeylerini yordayıcı gücünü incelemektir. Belirlenen genel amaç doğrultusunda alt amaçlar geliştirilmiştir.

- 1- Kanser hastalarının;
 - a. Durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları ne düzeydedir?
 - b. Otomatik düşüncelerinin puan ortalamaları ne düzeydedir?
 - c. Fonksiyonel olmayan tutumlarının puan ortalamaları ne düzeydedir?
- 2- Kanser hastalarının durumluk ve sürekli kaygıları, cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmakta mıdır?
- 3- Kanser hastalarının durumluk ve sürekli kaygıları ile;
 - a. Hastaların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?

- b. Ümitsizliğe yönelik olumsuz otomatik düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?
 - c. Yalnızlığa yönelik olumsuz otomatik düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?
 - d. Kişisel uyumsuzluğa yönelik olumsuz otomatik düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?
 - e. Şaşkınlık ve kaçmaya yönelik otomatik düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?
 - f. Kendine yönelik olumsuz otomatik düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?
 - g. Mükemmeliyetçilik/başarı odaklı tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?
 - h. Onaylanma ihtiyacı/bağımlılık tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?
- 4- Kanser hastalarının otomatik düşünceleri ve fonksiyonel olmayan tutumları;
- a. Durumluk kaygı düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamakta mıdır?
 - b. Sürekli kaygı düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamakta mıdır?

1.3 Araştırmanın Önemi

Dünyada milyonlarca, Türkiye’de ise yüz binlerce kanser hastasının olduğu düşünüldüğünde, kanserin günümüzde ne kadar önemli bir yer teşkil ettiği daha açık anlaşılmaktadır (Kara, İter ve Keskinlik, 2018). Günümüzde kanser, yalnızca fizyolojik boyutuyla değil, psikolojik ve sosyal boyutuyla da en önemli problemlerden birisidir. Kanser hastaları, bir yandan hastalık ve tedavinin getirdiği fizyolojik etkilerle mücadele etmekte, bir yandan da psikolojik ve sosyal sorunlarla başa çıkmaya çalışmaktadır (Özkan, 1999). Kanser hastalarının yaşadığı en önemli problemlerden birisi de kaygıdır (Derogatis ve diğ., 1983; Goldberg ve diğ., 1992; Turan, 1992; Carroll ve diğ., 1993; Spijker, Trijsburg ve Duivenvoorden, 1997; Fawzy, 1999; Yıldırım, 2003; Kapçı, 2004; Burgess ve diğ., 2005 Güren ve diğ., 2005; Karakaş, 2007; Yılmaz Karabulutlu, Sungur, Dalmışlar ve Alkanat, 2007; Roth, Weinberger ve Nelson, 2008; Kocaman Yıldırım ve diğ., 2009; Buzlu, 2010; Hinz ve diğ., 2010; Demiralp ve Oflaz, 2011; Tünel, 2011; Alacalıoğlu, Öztop ve Yılmaz, 2012; Gil ve diğ., 2012; Özet ve diğ., 2012; Cardoso ve

diğ., 2015; Erdoğan, 2015; Watts ve diğ., 2015; Alamiş, 2017; Güleç, Güleç, Ceyhan, Bahar ve Özdemir, 2017; Ateş, Canyılmaz, Çakır, Yurtsever ve Yöney, 2018; Daştan ve Buzlu, 2018; An ve diğ., 2018; O'steen ve diğ., 2021). Yüksek düzeyde kaygı; tedaviye uyumu zorlaştırabilmekte, hastalığın belirtilerini kötüleştirebilmekte ve hastaların işlevselliğini olumsuz etkileyebilmektedir (Alacacioğlu, 2007). Buna ek olarak Ögel, Sağduyu, Erol ve Boratay'a (1999) göre uygun psikoterapilerle bazı hastaların yaşam süresini uzatmak mümkündür. Bu nedenle kanser hastalarında kaygıya yol açan faktörlerin doğru tespit edilmesi büyük bir önem arz etmektedir.

Kaygının önemli yordayıcılarından olduğu düşünülen olumsuz otomatik düşünceler ve fonksiyonel olmayan tutumlar hakkında Türkiye'de farklı çalışma gruplarında yapılmış çeşitli araştırmalar bulunmaktadır (Meriç, 2010; Kara ve Acet, 2012; Güneş, 2016; Gül, 2016; Sinanoğlu, 2016; Yapan, 2018; Yalçın, 2018; Yayan, 2018; Gündüz ve Gündoğmuş, 2019; Parim, 2019). Öte yandan Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde, kanser hastalarında kaygının incelendiği çok sayıda çalışma bulunmasına karşın (Turan, 1992; Böncü, Özacar, Halilçolar ve Aydemir, 2001; Yıldırım, 2003; Kapçı, 2004; Güren ve diğ., 2005; Karakaş, 2007; Yılmaz Karabulutlu, Sungur, Dalmışlar ve Alkanat, 2007; Kocaman Yıldırım ve diğ., 2009; Buzlu, 2010; Demiralp ve Oflaz, 2011; Tünel, 2011; Alacalıoğlu, Öztop ve Yılmaz, 2012; Özet ve diğ., 2012; Erdoğan, 2015; Alamiş, 2017; Güleç, Güleç, Ceyhan, Bahar ve Özdemir, 2017; Ateş, Canyılmaz, Çakır, Yurtsever ve Yöney, 2018; Daştan ve Buzlu, 2018) otomatik düşünce ve fonksiyonel olmayan tutumların kanser hastalarında kaygıyı yordayıcı gücüne dair bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu bakımdan araştırmanın, Türkiye'deki alan yazına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Psikolojik danışmanlık ve rehberlik alanı açısından araştırmanın önemi düşünüldüğünde; Dünya'da psikolojik danışmanlık hizmetleri arasında sağlık psikolojik danışmanlığı gibi alanların mevcut olduğu anlaşılmaktadır (Kocabaş, 2007). American Cancer Society'e (2017) göre psikososyal problemlerle başa çıkmada, kanser hastalarına yardımcı olabilecek uzmanlardan birisi de psiko-onkoloji alanında eğitilmiş psikolojik danışmanlardır. Alan yazında psikolojik danışmanlık ve rehberlik alanında kanser ile ilgili yapılmış birçok çalışma (Gibbs ve diğ., 1978; Ferlic ve diğ., 1979; Worden ve Weisman, 1980; Linn ve diğ., 1982; Dougherty ve diğ., 1986; Tallman ve diğ., 2007) bulunmaktadır. Türkiye'de psikolojik danışmanlık ve rehberlik alanında kanser hakkında yapılan çalışmalar var olsa da (Eylen, 2001; Yağan, 2001; Kapçı, 2004; Öztürk, 2008;

Tunç, 2014; Subaşı ve diğ., 2016; Yıldırım, 2017; Acar, 2018) sayıca oldukça sınırlıdır. Dolayısıyla, sınırlı sayıda araştırma bulunan bu alana katkı sağlamasının araştırmanın başka bir önemli yönü olduğu düşünülmektedir.

1.4 Sayıtlar

Araştırmaya katılan kanser hastalarının; ‘Kişisel Bilgi Forumunu’, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterini’, ‘Otomatik Düşünceler Ölçeğini’ ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeğini’ içtenlikle yanıtladıkları varsayılmıştır.

1.5 Sınırlılıklar

- 1- Araştırma, 2020-2021 yıllarında İstanbul ilinde tedavi görmekte olan yetişkin kanser hastalarıyla sınırlıdır.
- 2- Bu araştırma; ‘Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin (STAI)’, ‘Otomatik Düşünceler Ölçeğinin (ODÖ)’, ‘Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeğinin (DAS-R-TR)’ ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.
- 3- Araştırmanın bulguları, araştırmaya katılan kanser hastalarının ölçeklere verdikleri cevaplar ile sınırlıdır.

1.6 Tanımlar

Kanser: Kanser, bir doku veya organdaki hücrelerin düzensiz ve kontrolsüz biçimde hızla bölünüp çoğalması ile ortaya çıkan 100’den fazla türü içeren, çevresel ve genetik faktörlerin birleşimiyle meydana gelen bir hastalık grubudur (World Health Organization, 2018a; Baykara, 2016).

Kaygı: Olması beklenen, tasavvur edilen, düşünülen veya hissedilen bir probleme dair endişelenme ve bulantı halidir (Kring ve diğ., 2017).

Otomatik Düşünce: Otomatik düşünceler, anlık olarak bir durum karşısında insanların akıllarından hızla gelip geçen, basit formda ve genellikle gramer yapısına uymayan nitelikteki düşüncelerdir (Beck, 2003).

Fonksiyonel Olmayan Tutumlar: Bireylerde depresyon, kaygı gibi problemlere neden olduğu düşünülen, yaşantılar ya da doğrudan alınan bilgilerle oluşan, bireylerin kendilerine veya başkalarına ilişkin tutumları içeren, davranışların soyut düzenleyicileri olan işlevsel olmayan ara inançlardır (Weissman ve Beck, 1978; Türkçapar, 2018).

2 ALAN YAZIN

2.1 Kanser

Kanser milattan önceki dönemlerden beri her zaman bilim insanlarının gündeminde olmuştur. Dünya tıp literatüründe kanser terimi ilk defa M.Ö. 400'lü yıllarda Hipokrat tarafından kullanılmıştır. Türk tıp tarihinde de 1298 yılında Tarsuslu Osman Hayri Efendi tarafından yazılan *Kenzüshhatül Ebdaniye* eserinde kanser, seratan olarak geçmektedir. Belki de günümüze kadar hiçbir hastalık kanser kadar araştırılmamıştır (Atıcı, 2007).

Kanser, bir doku veya organdaki hücrelerin düzensiz ve kontrolsüz biçimde hızla bölünüp çoğalması ile ortaya çıkan 100'den fazla türü içeren, çevresel ve genetik faktörlerin birleşimiyle meydana gelen bir hastalık grubudur (Baykara, 2016). Kanserin 100'den fazla türü olmasına karşın kanser türlerini Williams'a (1990) göre 4 ana başlıkta toplamak mümkündür. Bu başlıklar; Lösemiler, Lenfomalar, Sarkomlar ve kanser türlerinin yarısından fazlasını barındıran Karsinomlar'dır.

Kanser, günümüzün en büyük sağlık problemlerinden birisi olarak çok sayıda insanın hayatını olumsuz etkilemeye devam etmektedir. İnsanların hayatını olumsuz etkilemenin çok ötesinde kanser, uzuv kayıplarına ve can kayıplarına neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (2018)'de 185 ülkenin kanser verilerini inceleyerek 36 kanser tipini içerecek şekilde hazırlamış olduğu rapora göre 2018 yılında dünyada 18,1 milyon hastaya kanser tanısı konmuş ve 9,6 milyon insan kanser nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Oysa sadece 6 yıl önce yani 2012 yılında dünyada 14 milyon yeni kanser vakası ile karşılaşmış ve 8,2 milyon insan kanser sebebiyle hayatını kaybetmiştir (Stewart ve Wild, 2014). Görüldüğü üzere yeni kanser vakalarının sayısı hızla artmaktadır. Dünya nüfusunun artışı, obezitenin yaygınlaşması, nüfusun yaşlanması, sosyoekonomik faktörler gibi nedenlerle kanserin önümüzdeki yıllarda da artışını sürdürmesi beklenmektedir (Bray, Ferlay, Soerjomataram, Siegel, Torre ve Jemal, 2018). Hem dünyada hem de ülkemizde ölüm sebepleri arasında kanser ikinci sıradadır (Kara, İlter ve Keskinlik, 2018). Dünyada her 5 erkekten biri ve her 6 kadından biri yaşamları boyunca bir dönemde kansere yakalanmakta, her 8 erkekten ve her 11 kadından biri ise bu hastalık nedeniyle hayatını kaybetmektedir (World Health Organization, 2018b).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın (2018) yayınlamış olduğu rapora göre Türkiye'de de diğer ülkelerle benzer şekilde kanser oldukça yaygındır. Türkiye'de 2015 yılında 97.830'u erkek ve 69.633'ü kadın olmak üzere toplam 167.463 kişinin kanser tanısı aldığı belirlenmiştir. Bu raporda kanser insidansının ülkemizde yaklaşık olarak yüz binde 212,6 olduğu bildirilmektedir. Ülkemizde kanserin insidansı özellikle Avrupa Birliği Ülkeleri, Amerika Birleşik Devletleri başta olmak üzere diğer ülkelere kıyasla erkeklerde daha sık, kadınlarda ise çok az da olsa daha seyrek olduğu anlaşılmaktadır (Kara, İlter ve Keskinlik, 2018).

Kanserin ve kanser türlerinin görülme sıklığının; yaşam koşulları, yaş, ırk, cinsiyet, sosyoekonomik durum, coğrafi koşullar gibi birçok etmene bağlı olarak farklılaşabildiği bilinmektedir. Her ne kadar çocuklukta da kanser görülebilse de ileri yaş ile kansere yakalanma sıklığı arasında önemli bir ilişki söz konusu olduğu vurgulanmaktadır. Özellikle orta yaş üstü bireylerde kanserin görülme sıklığının oldukça yüksek olduğu belirtilmektedir (DePinho, 2000).

0-14 yaş arası çocukluk çağı kanserlerinin, her ne kadar küresel kanser yükünün yalnızca küçük bir bölümünü oluşturduğundan bahsedilse de çocukluk çağı kanser vakalarının %84'ünün bakıma erişimin zayıf olduğu yerlerde yani düşük ve orta gelirli ülkelerde olduğundan söz edilmektedir. Akut Lenfoblastik Lösemi'nin (ALL) tüm çocukluk çağı kanser vakalarının yaklaşık %30'unu oluşturduğu bildirilmektedir. Ülkelere göre farklı oranlar görülmekle birlikte, tüm dünyada en yaygın çocukluk çağı kanserlerinin lösemiler ve lenfomalar olduğu ifade edilmektedir (Magrath ve diğ., 2013).

Gültekin ve Boztaş'a (2014) göre erkeklerde ve kadınlarda en sık görülen kanser türleri sırayla şöyledir: Erkeklerde; akciğer ve bronş kanseri, prostat kanseri, mesane kanseri, kolorekta kanseri, mide kanseri, larinks kanseri, lenfoma, beyin kanseri, böbrek kanseri ve pankreas kanseri. Kadınlarda en sık görülen kanserler ise sırayla şöyledir: meme kanseri, tiroid, kolorektal kanser, uterus korpusu, bronş ve akciğer kanseri, mide kanseri, over, lenfoma, rahim ağzı kanseri ve beyin kanseri.

Kansere birçok faktörün birleşiminin ve etkileşiminin yol açtığı düşünülmektedir. Bu faktörlerden literatürde en sık karşılaşılanlar ise bakteriler, virüsler, parazitler, hormonlar, zararlı ışınlar, kimyasal etmenler, tütün mamullerinin kullanımı, genetik faktörler ve beslenmeye ilişkin faktörlerdir. Tütün ürünlerinin kullanımı, özellikle

erkeklerde, kansere yol açan en önemli sebepler arasında gösterilmektedir (Taş ve Aydın, 2000; Güran, 2005).

Birçok kişi tarafından kanser, çoğu zaman ölümle adeta eş anlamlı olarak görülmesine karşın tüm bu olumsuzluklara rağmen etkili önleyici çalışmalar sayesinde kanserin %30-50'sinin önlenilebilir olduğu düşünülmektedir (Atıcı, 2007; Boyle ve Levin, 2008). Özellikle erken teşhis ve uygun tedaviyle birçok hastanın kanseri yenebildiği bilinmektedir. Ancak maalesef bazı kanser türlerinde tanı genellikle çok geç konmaktadır. Örneğin akciğer kanseri hastalarının %58,1'ine uzak metastaz gerçekleştiğinde tanı konulmaktadır (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2015).

Bireylerin; bağırsak veya mesane alışkanlıklarında değişiklikler, bulantı veya uzun süreli ağrılar, iyileşmeyen öksürük veya ses kısıklığı, nedensiz kanama veya akıntılar, göğüste veya başka bir bölgede sertlik, şişil veya yumru, hazımsızlık veya yutma güçlüğü gibi vücutlarındaki belirgin değişiklikleri önemsemelerinin yanı sıra yaş ve ailedeki kanser öykülerini göz önünde bulundurarak rutin kontroller yaptırmaları, kanserin erken evrede teşhis edilebilmesinde kritik rol oynamaktadır (American Cancer Society, 2020). Kanserin teşhisinde kan testleri, idrar ve dışkı testleri, çeşitli görüntüleme testleri (MRI, PET/CT, Mamografi, Tomografi gibi) endoskopi ve benzeri testler yaygın olarak kullanılmaktadır (Swann ve diğ., 2018).

Günümüzde en sık kullanılan ve standart olarak kabul edilen tedaviler kemoterapi, cerrahi müdahaleler ve radyoterapidir (Baykara, 2016). Her insanın DNA'sının farklı olduğu göz önünde bulundurulursa her insanın tedaviye yanıtının da farklı olması oldukça doğaldır. Gelişen teknoloji ve tıpla birçok yeni tedavi yöntemi gündeme gelmiştir. Bu güncel tedaviler arasında aşilar, immünoterapi, gen terapileri, biyolojik ve hormon tedavilerini saymak mümkündür. Bahsi geçen tedavi yöntemleri arasında kanserin (evre, tür vb.) ve hastanın özelliklerine göre hekimlerce uygun görülen tedavi veya tedaviler kullanılmaktadır (Miller, Hoogstraten, Staquet ve Winkler, 1981; Baykara, 2016; Miller ve diğ., 2019) Örneğin mide kanseri olan bir hastaya önce total gastrektomi yani cerrahi yolla midenin tamamen alınması işlemi uygulanıp daha sonra ise radyoterapi uygulanabilmektedir (Özatlı ve diğ., 2013).

Medikal onkologlar zaman zaman, çeşitli riskleri göz önünde bulundurarak bir tedavinin tam anlamıyla başarılı olduğundan emin olmak için hastanın en az 5 yıl hayatta

kalmasını bir ölçüt olarak kabul edebilmektedir. Her tedavinin diğer tedavilere göre fizyolojik ve psikolojik olarak bazı avantaj ve dezavantajları olduğunu söylemek mümkündür. Cerrahi yöntemler kanserli bölgenin tamamının veya bir kısmının ortadan kaldırılması için kullanılmaktadır. Radyasyon tedavisi ise hasarı onarmak için normal hücrelere göre çok daha az yetenekli olan kötü huylu hücrelere yüksek dozlarda radyasyon verilerek bu hücrelerin DNA'sına zarar vermeyi hedeflemektedir. Son olarak sıklıkla tercih edilen diğer bir tedavi yöntemi olan kemoterapide hastalar, çok hızlı bölünen hücreleri öldürmek için genellikle oral veya enjeksiyon yoluyla güçlü ilaçlar almaktadırlar. Radyasyon tedavisinin ve kemoterapinin başlıca yan etkileri saç dökülmesi, yorgunluk, ağrı, bulantı, kusma, iştahsızlık ve uyku bozukluklarıdır (Williams, 1990; Sarafino ve Smith, 2014)

Tedavi seçeneklerini değerlendirmek ve seçmek, hastalar ve yakınları için çoğu zaman zor olmakta, strese neden olabilmektedir. Ayrıca bu kafa karışıklığı ve stresle, genellikle arkadaş veya akraba yönlendirmeleriyle, bazı hastalar çeşitli alternatif yollara başvurabilmektedir (Kav, Hanoğlu ve Algier, 2008). Kav, Hanoğlu ve Algier'e (2008) göre en sık başvuru alan alternatif tedavi yolları bitkisel karışımlar ve birtakım dini ritüellerdir. Buna ek olarak, alternatif tedavilere daha çok eğitim seviyesi düşük olan kadın hastaların başvurmakta olduğu ve kullanılan alternatif yollardan medikal onkologlara, radyasyon onkolojisi uzmanlarına, hematologlara, hemşirelere ya da diğer hekimlere haber verilmediği ifade edilmektedir. Kaya, Yüksel ve Öğüt'e göre (2011) hastaları bu tip alternatif yollara iten başka bir önemli neden de basın ve yayın organlarında çıkan genellikle bilimsel etik ve tıp etiğiyle çelişen haberlerdir. Bu tarz aldatici haberlerin, hastaları hem fiziksel olarak hem de ruhsal olarak olumsuz etkileyebildiği ifade edilmektedir. Bunun yanı sıra Gansler ve diğ. (2005) Amerika Birleşik Devletleri'nde 957 kişi ile yaptığı çalışmaya göre, "Kanseri ameliyatla tedavi etmek, kanserin vücudun her yerine yayılmasına neden olabilir" ve "Tıp endüstrisi kar için halktan kanser tedavisini saklıyor" gibi yaygın yanlış kanılar, tedaviye yeterince uyulmamasına yol açarak, kanser morbiditesi ve mortalitesi riskinin artmasına neden olabilmektedir.

2.1.1 Kansere psikososyal yaklaşım

Geçmişte hastalıklara bakışın fiziksel ve ruhsal olarak ayrı ayrı ele alınmakta olduğu bilinmektedir. Bunun net bir örneğini de Türk Dil Kurumu'nun yapmış olduğu

hastalık tanımlarında görmek mümkündür. Türk Dil Kurumu (2020) hastalığı, “*Organizmada birtakım değişikliklerin ortaya çıkmasıyla sağlığın bozulması durumu*” ve “*Ruh sağlığının bozulması durumu*” olarak iki şekilde tanımlamaktadır. Görüldüğü üzere ruh sağlığı ve fiziksel sağlık ayrı ayrı ele alınmıştır. Ancak bilinmektedir ki ruh sağlığı ve fiziksel sağlık aslında bir bütündür. Diğer birçok hastalık gibi kanser de bireylerin yalnızca fiziksel sağlığını değil ruh sağlığını da önemli ölçüde etkilemektedir (Altuğ, Kaya, Encirli, Dura ve Kucur, 1995). Öte yandan yüzlerce yıldır önemli bilim insanları ve düşünürler bu konu hakkında fikirlerini beyan etmiş, çeşitli çalışmalar yapmıştır. Hatta tarihin en önemli hekimlerinden olan Hipokrat bu gerçeğin farkına varmış ve duygu, düşünce gibi kavramlarla, sağlığın oldukça yakın bir ilişki içerisinde olduğunu vurgulamıştır (Albery ve Munafó, 2008).

Antik Yunan filozoflarından Platon ve Sokrates de benzer şekilde beden sağlığının ve ruhun bir bütün olarak ele alınması gerektiğini söylemişlerdir. Bu sebeple Platon, beden ve ruhun bir bütün olarak iyi olması ve iyileştirilmesi gerektiğini savunmuş, bir parçanın düzeltilmesinin yeterli olmayacağını ifade etmiştir (Ketenci ve Topuz, 2014). Bu ve benzeri nedenlerle kanser ve diğer hastalıklara olan bakış açısı her zaman tartışma konusu olmuş, bakış açıları geçmişten günümüze önemli ölçüde değişime uğramıştır.

Bu çerçevede, bilim insanlarınca bu konuya ilişkin çok sayıda model oluşturulmuştur. Bunlardan en öne çıkanları biyomedikal model, biyopsikolojik model ve son olarak biyopsikososyal modeldir. Bu modeller arasındaki en eski model olan biyomedikal modelin, biyolojik sağlığı ve psikolojik sağlığı birbirinden ayırdığı belirtilmektedir. Ek olarak biyomedikal model sağlıklı olma durumundan daha ziyade hastalığa odaklanmaktadır (Boratav ve Sunar, 2005).

Biyomedikal model uzun yıllar tıbbi önemli katkılar sunmuştur. Ancak psikoloji alanındaki önemli gelişmelerle biyomedikal modelin eksik yönleri ortaya çıkmaya başlamıştır. Özellikle modern psikolojinin en önemli isimlerinden Nörolog Sigmund Freud tarafından histeri ile ilgili yapılan araştırmalar, psikolojik ve fiziksel sağlık arasındaki bütünlüğü ortaya koymuştur. Dolayısıyla, Freud ve Freud’un hocası olan Josef Breuer tarafından 1895’te yayınlanan *Histeri Üzerine Çalışmalar* kitabından itibaren, zamanla biyopsikolojik model öne çıkmıştır (Friedman ve Adler, 2007). Fakat bir süre sonra, özellikle 1970’lerden itibaren bu modelin de insan sağlığını ele almada yetersiz

olduğu fikri ağır basmıştır. Bu fikre sahip en önemli bilim insanlarından birisi de Dr. George L. Engel'dir. Engel (1977) biyomedikal model ve biyopsikolojik model yerine biyopsikososyal model fikrini ortaya atmıştır. Aile hekimliğinin kurucularından kabul edilen Dr. Ian McWhinney de (1986) Engel'e katkıda bulunarak doktor merkezli yaklaşımlar yerine hasta merkezli yaklaşımı savunmuş, doktor-hasta ilişkilerinde empatik yaklaşımın önemini vurgulamıştır.

Biyopsikososyal modelin temelinde hem hastalıkların hem de sağlığın fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarının birbirinden ayrılamayacağı ve bir bütün halinde ele alınması gerektiği fikri vardır. Biyopsikososyal modele göre sağlıklı olmayı sağlayan da hasta olmaya neden olan da sosyal, psikolojik ve fiziksel faktörlerin etkileşimi ile olmaktadır. Örneğin; sosyal şartlardan dolayı iş bulamayan bir genç, psikolojik olarak olumsuz etkilenebilecek, umutsuzluk ve değersizlik gibi etmenlerin etkisiyle depresyona girebilecektir. Depresyona giren bu gencin bir şekilde (aşırı kilo alarak veya hızlı kilo kaybederek ya da peptik ülser gibi gastroenterolojik hastalıkla) biyolojik sağlığı da olumsuz etkilenebilecektir (Uncu ve Akman, 2004). Yani özetle sosyal, psikolojik ve fiziksel faktörler birilerini sürekli olarak etkilemektedir.

Diğer hastalıklar gibi kansere de bakış açısı günümüzde önemli ölçüde değişmiştir. Artık yalnızca biyolojik müdahalelerle hastanın tedavisinin yapılması yeterli görülmemekte, sosyal ve psikolojik desteğe de önem verilmektedir. Hastanın yalnızca fiziksel sağlığı değil psikolojik sağlığı da önemsenmektedir. Çünkü kanser, hastaları yalnızca fiziksel olarak değil çoğu zaman psikolojik ve sosyal açıdan da olumsuz etkilemektedir (Zebrack, 2011). Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü, (2008)'de yayınladığı raporda, onkolojik tedavide hastanın psikososyal durumunun da mutlaka dikkate alınması gerektiğini, ülkelerin geliştirdiği kanserle mücadele programlarında bu hususa dikkat etmeleri gerektiğini vurgulamıştır. Bu şekilde kansere müdahalenin etkililiğinin artacağına dair fikir, onkologlar arasında da hakimdir (Boyle ve Levin, 2008; Anuk, Özkan ve Alçalar, 1999).

Kanser hastalarının, kanser tanısı konulmasından itibaren, tedavi boyunca birçoğ psikososyal problemle karşı karşıya kalabildiği belirtilmektedir. Buradan hareketle psikososyal onkoloji, hasta problemlerini bir bütün halinde ele almaya çalışmaktadır. Hastaların yaşamış oldukları bu psikolojik ve sosyal sorunlar, yalnızca ruhsal olarak

olumsuz etkilemekle kalmayıp, hastaların tedaviye yanıtını da olumsuz etkilemektedir (Ülger, Alacacıoğlu, Gülseren, Zencir, Demir ve Tarhan, 2014).

2.1.2 Kanser hastalarında psikososyal sorunlar

Araştırmalar, kanser hastalarının hastalığa uyum düzeylerinin, hastalığın seyrini etkileyebileceğini bildirmektedir. Bu doğrultuda, yüksek düzeyde umutsuzluk, depresyon ve diğer olumsuz duygulara sahip olan kanser hastaları, tanıdan sonra diğerlerine göre daha kısa süreler hayatta kalabilmektedir (Watson, Haviland, Greer, Davidson ve Bliss, 1999; Brown, Levy, Rosberger ve Edgar, 2003; Chida, Hamer, Wardle ve Steptoe, 2008). Dolayısıyla kanser hastalarında psikososyal sorunlar göz ardı edilemeyecek kadar önemlidir.

Kanserin, hastalıklar arasında psikolojik ve sosyal sorunlar yaratma potansiyeli en yüksek hastalıklardan birisi olduğu belirtilmektedir. Yaşamı tehdit eden ve kronik bir hastalık olan kanser hastalığı, birçok hastada belirsizlik, acılar içerisinde ölme, terkedilme, yalnız kalma, suçluluk, çaresizlik gibi duygu ve düşünceleri uyandırması nedeniyle, stres yaratabilmekte, kaygı ve paniğe neden olabilmektedir (Özkan, 1999).

Kanser hastalarının psikiyatrik ve psikososyal problemlerle karşılaşması ve mücadele etmesinde birçok faktör rol oynamaktadır. Özdemir ve Taşçı'ya (2012) göre hastalık, hastanın günlük yaşamını ne derece olumsuz etkileyip işlev kaybına yol açıyorsa, gelecek planları için ne kadar engel teşkil ediyorsa, o derecede psikolojik sorunlara yol açmaktadır.

Bag (2012), psikolojik sorunlara kaynaklık eden durumları 3 başlıkta toplamıştır. Bu başlıklar; hastalık kökenli durumlar, hasta kaynaklı durumlar ve tedavi kökenli durumlardır. Hastalık kaynaklı durumlar; hastalığın seyri, hastalığın evresi, hastalık süreci gibi durumları içermektedir. Hastadan kaynaklanan durumlar; başa çıkma stratejilerinin yetersizliği, algılanan sosyal destek, sosyo-demografik özellikler gibi faktörleri ihtiva etmektedir. Son olarak tedaviden kaynaklanan durumlar ise tedaviye verilen yanıt, tedavinin beklendiği gibi olumlu gitmemesi ya da kemoterapi, cerrahi müdahaleler gibi tedavi girişimlerinin yan etkilerinden kaynaklanmaktadır.

Kanser hastalarının yaşadığı psikososyal süreçler

Elisabeth Kübler-Ross (1969) yaşanan psikososyal süreci; inkâr ve yalnızlaşma aşaması, öfke veya kızgınlık aşaması, pazarlık aşaması, depresyon veya bunalım aşaması

ve son olarak kabullenme aşaması olarak 5 aşamada ele almaktadır. İnkâr aşamasında hastalar hastalığın önemini veya hastalık tanısını tamamen yadsıyabilmektedirler. Bu aşamada hastaların çevrelerinden soyutlanması da sıklıkla karşılan bir durumdur. Öfke aşamasında hastalar; tanıyı koyan hekime, sağlık personellerine, genel manada hayata veya kadere, yakın çevresine veya diğer sağlıklı bireylere kızgınlık duyabilmektedir. Pazarlık aşaması ile hastalar iş birliği çabalarını artırmakta ve çeşitli seçenekleri değerlendirmeye başlamaktadır. Seçeneklerin değerlendirilmesiyle birlikte geçmişteki veya gelecekteki kayıpların farkına varılmakta, geçmişte yaşanan pişmanlıklar, gelecekteki planların gerçekleşemeyeceğine dair üzüntü ve yas öne çıkmaktadır. Son olarak ise durumun kabullenilmesiyle kabullenme aşaması başlamaktadır. Lakin bu, olumsuz bir durum anlamına gelmemektedir. Şöyle ki umutsuzluk yerine bu aşamada hastalar durumu daha gerçekçi olarak ele alabilmekte ve yaşananları anlamlandırmaları daha kolay olabilmektedir.

Bolund (1990) kanser tanısının konulması ile şok, reaksiyon, direnme ve yeniden uyum olmak üzere toplam dört aşamalı bir sürecin yaşandığını bildirmiştir. Lakin tüm bu süreçlerin tanı sürecinden sonra da tekrar tekrar yaşanabileceği bilinmektedir.

Fawzy'e (1999) göre kanser deneyimini beş aşamada ele almak mümkündür. İlk aşama olan teşhis aşamasında; kadercilik veya tedaviyi reddetme, keder, öfke, kaygılar, teşhis korkusu gibi tepkiler ile anksiyete bozukluklarının ve depresyonun ortaya çıkabildiği belirtilmektedir. İkinci aşamada yani tedavi aşamasında anksiyete, korku, üzüntü, depresyon, kontrol kaybı, umutsuzluk ve çaresizlik, öfke, suçluluk, günlük yaşamdaki rollerin değişimi, görünüm ve beden imajındaki değişikliklerden kaynaklanan sorunlar görülebilmektedir. Tedavi sonlandıktan sonra 3. Aşama yani takip aşaması başlamaktadır. Bu aşamada kanserin nüksetme korkusu, eski hayata yeniden entegrasyon sorunları, anksiyete ve reaktif depresyonla karşılaşılabilir. Hastalığın nüksetmesi halinde yeniden tedavi aşamasına geçilmektedir. Bu aşamada yaşananların, ilk tanı ve ilk tedaviyle oldukça benzer olduğundan söz edilmektedir. Fakat şikayetlerin genellikle ilk sefere kıyasla daha şiddetli olduğundan bahsedilmektedir. Son ve beşinci aşama olan terminal dönemde; ölüm korkusunu, terk edilme kaygısının, depresyonun, anksiyete ve deliryumun oldukça yaygın olduğu bildirilmektedir.

Özkan'a (2012) göre, kanser hastalarının psikolojik tepkilerini tanı öncesi, tanı aşaması, tedavi aşaması, tedavi sonrası, hastalığın seyri ve terminal dönem gibi

aşamalarda incelemek mümkündür. Hastalar bu aşamaların tamamında uyuma yönelik tepkiler gösterebilecekleri gibi uyuma yönelik olmayan tepkiler de gösterebilmektedir. Örneğin, tanı öncesi dönemde hastaların kanser tanısı konmasına dair endişelere sahip olmaları doğal ve uyuma yönelik bir tepki olarak değerlendirilirken; kanser tanısı alma olasılığının kesin olarak reddedilmesi ve tedaviye gecikme, uyuma yönelik olmayan bir tepki olarak değerlendirilmektedir. Benzer şekilde tanı aşamasında inanamama veya şok olma uyuma yönelik bir tepki olduğu düşünülürken, ölümün kaçınılmaz olduğu düşüncesiyle tedaviyi reddetme uyuma yönelik olmayan bir tepki olarak görülmektedir.

Kanser hastalarının tanı öncesi ve tanı aşamasında yaşadığı psikososyal sorunlar

Tanı süreci ilk etapta hastalar için bir krize neden olabilmekte, hastalarda öz kıyım düşünceleri ortaya çıkabilmektedir (Bolund, 1990). Twombly'e (2006) göre öz kıyım riski en fazla tanı sürecinde olsa da bu risk, tedavi sonrası uzun yıllar devam edebilmektedir. Buna ek olarak Janiszewska ve diğ. (2008), tespit ve tanı aşamasındaki kanser hastalarının durumluk kaygı düzeylerinin, diğer aşamalara nazaran, en yüksek düzeyde olduğunu ifade etmektedir. Bu nedenle tanı dönemi, oldukça kritik bir öneme sahiptir.

Tanının ardından hastalarda kısmi inkâr, kızgınlık, şok olma, iştah kaybı, uyku bozuklukları gibi günlük hayatı önemli ölçüde etkileyen birtakım durumlar yaşanabilmektedir. Tanı sürecinde yaygın olarak karşılaşılan inkâr durumunun bir tür benliği koruma çabası olduğu düşünülmektedir. Tanının ardından keder, üzüntü, kaderci yaklaşım veya süreci savaş gibi görme, kaygı gibi durumların; beklenen ve normal kabul edilen durumlar olduğu belirtilmektedir (Ülger ve diğ., 2014).

Kanserli hastaların en büyük şikayetlerinden birisinin de süreç hakkında bilgi sahibi olamamak olduğu vurgulanmaktadır. Türkiye'de tanı ve tedaviye dair bilgilerin umumiyetle hastanın ailesiyle paylaşılmakta olduğu, hastanın açıkça bilgilendirilmediği ifade edilmektedir. Bu durum hastaların neler olup bittiğini anlamlandıramamasına ve kaygı düzeyinin artmasına neden olabilmektedir. Zira hastaların önemli bir kısmı, bilgilendirilmemeseler dahi, hastalıklarının ne olduğunu anlamakta veya kuvvetli şüphe duyabilmektedir (Eylen, 2001).

Öncelikle Türkiye'deki yasal düzenlemelere göre hastanın tanıyı bilme hakkına sahip olduğu unutulmamalıdır. Türkiye'de 1998 yılında yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin ilgili maddelerine göre hastalar; hastalığa dair doktorun belirlediği tanıyı, uygulanacak tedavilerin muhtemel fayda ve zararlarını, hastalığın olası sonuçlarını sözlü olarak öğrenme ya da bunları yazılı olarak isteme hakkına sahiptir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Hastaların teşhis hakkında bilgi sahibi olmasına dair benzer hakların yasal düzenlemelerle korunması, Türkiye'de olduğu gibi, diğer birçok ülkede de söz konusudur. Bu yasal düzenlemelerin, doktorların kanser teşhisi hakkında hasta ve yakınlarını geçmişe nazaran daha çok bilgilendirmesinde, önemli bir etkisinin olduğu ifade edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki hekimlerin çok büyük bir kısmı tanının hastaya söylenmesi gerektiğini düşünürken bu oranın Avrupa'nın güneyinde İtalya gibi ülkelerde ve daha doğudaki ülkelerde gittikçe düştüğü belirtilmektedir (Ellis ve Tattersall, 1999). Doktorların kötü haberleri verme hususunda çekinmelerinde sorulacak tüm sorulara cevap verememe, hastanın duygusal tepkileriyle nasıl başa çıkacağını yeterince bilmeme, suçlanma endişesi ve doktorun kendisinin ölüme dair korkularının olması gibi etmenlerin rol oynadığının düşünüldüğünden söz edilmektedir (Buckman, 1984).

Tanı aşamasında; hastaya tanının söylenip söylenmeyeceği, eğer söylenecek ise kim tarafından ve nasıl söyleneceği soruları ön plana çıkmaktadır. Bu sebeple, tanı ve tedavi süreciyle alakalı bilgi paylaşımına dair Türkiye'de ve farklı ülkelerde yapılan çeşitli çalışmalardan bahsedilecektir.

Gautam ve Nijhawan (1987), Hindistan'daki kanser hastaları ve onların yakınlarıyla yaptığı çalışmada, hasta yakınlarının %77'sinin doktorların tanıyı kendilerine söylemelerini ancak hastaya söylememelerini istediğini ifade etmektedir. Fakat hastalara tanı söylene de söylenmese de özellikle sözel olmayan ipuçlarından hastaların kanser olduklarını er ya da geç öğrendiği belirtilmektedir. Buna paralel olarak Slevin (1987) hastanın bilgilendirilmemesinin çok sayıda soruna yol açabileceğini, özellikle kaygının sözel olmayan belirtilerinin anlaşılabilirliğini dolayısıyla gerçeği saklamak yerine uygun şekilde bilgilendirmenin daha doğru olacağını ifade etmektedir.

Mosconi, Meyerowitz, Liberati ve Liberati'nin (1991) 1171 İtalyan meme kanseri hastası ile yapmış oldukları çalışmaya göre hastalardan yalnızca %47'si kendisine meme kanseri tanısının söylendiğini ifade etmektedir.

Phungrassami, Sriplung, Roka, Mintrasak, Peerawong ve Aegem'in (2003) çalışmasında, radyoterapi gören Taylandlı kanser hastaları arasında kanser teşhisini bilen hastaların oranının %63 olarak belirlendiğini bildirilmektedir. Çalışmada hastaların, gerekli bilgileri, yakınlarının yanında doğrudan doktordan duymak istedikleri aktarılmaktadır. Buna ek olarak teşhisin açıklanmasını isteyen hasta ve yakınlarının çoğu tedaviye başlamadan, tedaviye ve genel olarak sürece dair tüm bilgileri bilmek istediği ifade edilmektedir.

Ateşçi ve diğ. (2004) göre kanser tanısından haberdar olan hastalarda psikiyatrik morbidite anlamlı olarak daha yüksektir. Fakat özellikle dolaylı olarak kanser olduğunu anlamamanın hastada şüphe uyandıracığı için stresli olabileceği ve bu durumun psikiyatrik rahatsızlığa yol açabileceği vurgulanmaktadır.

Özdoğan ve diğ. (2004) göre Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde ailelerin kanser tanısını hastadan saklaması oldukça yaygındır. Özdoğan ve diğ. (2004) 150 hasta yakını ile yapmış olduğu araştırmaya göre ailelerin %66'sı tanının hastaya söylenmemesi gerektiğini düşünmektedir. Bu durum araştırmacılar tarafından; hastanın cinsiyetinin erkek olması, hastalığın IV. evrede olması, hasta tarafından açıklama talebinde bulunulmaması, yakınının genel olarak kanser hakkında yeterli bilgisi olmaması gibi etmenlerle ilişkilendirilmiştir.

Mystakidou, Tsilika, Parpa, Katsouda ve Vlahos (2005) Yunanistan'daki hekimlerin geçmişe oranla bugünlerde gerçekleri hastalara daha sık anlatma eğilimine sahip olmalarına karşın çoğunluğun gerçeği daha çok hasta yakınlarıyla paylaştıklarını bildirmektedir. Ayrıca bu çalışmada; Yunan toplumunda hastanın ailesinin, bakımın sağlanmasında ve bilgilerin ifşa edilmesinde önemli bir rol oynadığı hatta umumiyetle hasta adına karar verdikleri vurgulanmaktadır.

Öksüzoğlu, Abalı, Bakar, Yıldırım ve Zengin'in (2006) kanser hastalarına eşlik eden 270 refakatçi ile yaptıkları çalışmaya göre 270 kişiden 130'u (%48.2) hastaların tanı konusunda bilgilendirilmesi gerektiğini söylerken, katılımcıların 236'sı (%87.4) hasta yakınlarının bilgilendirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Hastalara gerçekleri anlatmaya

isteklilik ile 40 yaşından küçük olunması, bekar olunması, eğitim durumunun daha yüksek olması ve tanıdan itibaren dört aydan kısa bir sürenin geçmiş olması arasında pozitif bir ilişki olduğu ifade edilmektedir.

Özkal'ın (2008) Türkiye'deki kanser hastaları ve yakınları ile yaptığı çalışmaya göre hastaların %64'ü, hasta yakınlarının ise %72'si tanıyı bilmek istemektedir. Benzer şekilde kanser hastalarının %48'i, hasta yakınlarının %54'ü hastanın yaklaşık ölüm zamanına dair çeşitli bilgiler edinmek istemektedir. Çalışmada hem hastaların hem de hasta yakınlarının önemli bir kısmının tanıya ilişkin haberin ve bilginin ilgili hekim tarafından verilmesini talep ettiğinden söz edilmektedir. Dolayısıyla bazı hastaların tanıyı öğrenmek istediği fakat hastalık seyrine dair ayrıntılı bilgiyi öğrenmek istemediği belirtilmektedir. Bu tip durumlarda hastanın kararına saygı gösterilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Wang, Peng, Guo ve Su (2013) Çin Halk Cumhuriyeti'ndeki hasta yakınların %55,9'unun hastaya tanının tam olarak doğru söylenmemesi gerektiğini düşündüğünü bildirmektedir. Bu durumun en önemli gerekçesinin de hastaların psikolojik olarak çok daha olumsuz etkileneceği fikri olduğu ileri sürülmektedir. Bu çalışmaya göre, hastaya gerçeklerin bildirilmesini destekleyen hasta yakınlarının gerekçeleri ise tedavi sırasında hastanın iş birliğini sağlamak, gerçekleri gizlemenin imkansızlığı ve hastanın psikolojik olarak gerçeği kabul edecek kadar güçlü olması şeklindedir.

Khalil (2013) kanser tanısının ve ilgili bilgilerin hastaya söylenmesine dair Türkiye'nin de aralarında bulunduğu 55 büyük Ortadoğu ülkesindeki yapılan araştırmaları incelediği çalışmasında, Ortadoğu toplumlarında hasta yakınlarının hastalardan gerçeği mümkün olduğunca saklama eğiliminde olduklarını ve kanser teşhisinin halen sosyal damgalanma ve tedavi edilemezlikle ilgili yanlış algılamalarla ilişkili görüldüğünü ifade etmektedir. Her ne kadar ülkeler arası bazı farklı sonuçlar olsa da genel olarak Ortadoğu ülkelerinde tanı ve sürece dair detaylı bilgilerin hastanın aile bireylerine verildiği ve ailenin bu süreçte başat rol oynadığı belirtilmektedir. Bu durumun muhtemel açıklamalarından birisinin de Türkiye'nin de içinde bulunduğu bu toplumlarda sosyal yapının, bireysel özerklik yerine aile bağlarının önemine dayanmasıyla ilişkili olabileceği bildirilmektedir.

Gemalmaz ve Avşar (2015) tanı süreci ve sonrasında yaşananları incelemek adına 9'u erkek 2'si kadın 11 yetişkin kanser hastası ile yarı yapılandırılmış görüşmeler yapmıştır.

Bu niteliksel çalışmanın bulgularına göre tanı alınca yaşanan ilk duygular, tanı sonrası ilk paylaşım, geleceğe dair planlar, aile ve sosyal ilişkiler olmak üzere 4 alt tema araştırmacılarca belirlenmiştir. Tanı sonrası ilk duygularda (öfke, kaygı, şok, üzüntü) ve tanıya uyum sürecinde, tanıyı bildiren uzmanın tavır ve tutumların oldukça önemli olduğu belirtilmektedir. Tanı sonrası ilk paylaşımların ise aile üyeleri yerine yakın bir dost ile yapıldığı bildirilmektedir. Çalışmada, bazı hastaların geleceğe dair planlamalar yapamadıkları, çocuklu hastaların ailelerine dair birtakım endişelere sahip olduğu vurgulanmaktadır. Buna ek olarak hastaların bu süreçte aile ve sosyal yaşantılarında, kendilerinde meydana gelen fiziksel veya duygusal değişimler nedeniyle önemli sorunlar yaşadıkları ifade edilmektedir.

Hastaya tanının söylenip söylenmemesi ile ilgili yukarıdaki çalışmalar incelendiğinde bu durumun özellikle sosyokültürel yapı ile yakından ilişkili olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca, hastaya tanının söylenmesinin hem etik açıdan daha doğru olduğu hem de hastayı ilk etapta olumlu etkilemese dahi dürüst olamayan bir iletişimin olumsuz etkilerini göz ardı etmemek gerektiği fikri hakimdir. Bu doğrultuda Yağan (2001), tanıları bilmeyen hastaların kaygı düzeyinin daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Bozcu ve diğ. (2002) da gerçeğin dürüstçe konuşulmasının, kanser hastalarında genel olarak yaşam kalitesinin veya özelde duygusal işleyişin herhangi bir boyutunu kötüleştirmeyeceğini öne sürmektedir. Esmе ve diğ. (2006) de abartılı veya gerçeklerle uyuşmayacak şekilde güvence verebilecek ifadelerden kaçınarak diğer taraftan hastalarda umutsuzluğa da yol açmadan, yani tanının söylenmesindeki gerekli kurallara uyarak, uygun hastalara tanının söylenmesini önermektedir. Tüm bunlara ilave olarak uzmanlar tarafından sağlanan bilginin kalitesi ve algılanan sosyal desteğin pozitif yönde ilişkili olduğu bildirilmektedir (Bozo, Anahar, Ateş ve Etel, 2010).

Girgis ve Sanson-Fisher'a (1995) göre hastaya bu kötü haberin verilmesinde dikkat edilmesi gereken bazı hususlar vardır. Bunlardan bazıları şunlardır: İlk toplantıda yeterli zaman ayırmalı, haberler sessiz ve özel bir yerde verilmeli, bilgiler basit ve dürüst bir şekilde verilmeli, bilgiler yazılı olarak da verilmeli, hasta duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilmeli ve empatik olarak karşılık verilmeli, tedavi seçenekleri ayrıntılı olarak ele alınmalıdır.

Kanser hastalarının tedavi aşamasında ve sonrasında yaşadığı psikososyal sorunlar ile ilgili çalışmalar

Derogatis ve diğ. (1983) kanser hastalarındaki psikiyatrik bozukları tespit etmek amacıyla üç kanser merkezine yeni kabul edilen hastalar arasından rastgele seçilen 215 kanser hastasını DSM-III kriterlerine göre değerlendirmiştir. Çalışmanın sonuçlarında, hastaların %44'ünün klinik, %3'ünün kişilik bozuklukları sınıfından bir tanı aldığı ifade edilmektedir. Buna ek olarak, hastalara verilen psikiyatrik tanıların yaklaşık %68'inin uyum bozukluklarından, %13'ünün depresyon gibi afektif bozukluklardan oluştuğu bildirilmektedir. Ayrıca hastaların %4'ünün anksiyete bozukluklarından birine sahip olduğu belirtilmektedir.

Turan'a göre (1992) kanser hastalarında en sık görülen psikososyal problemler uyum bozuklukları, depresyon ve anksiyetedir. Çalışmanın bulgularına göre kanserli hastalar arasında uyum bozukluklarının görülme sıklığı %26, depresyonun görülme sıklığı %23, anksiyetenin görülme sıklığı %20'dir. Bu psikososyal sorunların; kanser hastalığının şiddetini, tedavi veya hastalığın seyrini ve hastanın tedaviye cevabını etkilemesinin mümkün olduğu vurgulanmaktadır. Hastalarda depresyon ve anksiyeteye sebebiyet veren önemli durumlardan bazılarının; maddi sıkıntılar, günlük yaşamdaki değişimler ve geleceğe yönelik belirsizlikler olduğu ifade edilmektedir. Çalışmada medeni halden memnun olup olmama, ekonomik koşullar, sosyal ilişkilerden çekilme, duygu ve düşüncelerini rahat ifade edememe, kanser öncesi yaşantılar gibi faktörlerin anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkili olduğundan söz edilmektedir.

Tuna'ya (1993) göre kanser hastalarında stres yaratan birçok faktör söz konusudur. Bunların arasında en önde gelenleri; ölüm korkusu, tedavi ve maddi kaygılar, ilişkilerdeki olumsuz değişimler, eş ya da aileye aşırı bağlı olma, iş veya eğitim hayatındaki rollerden mahrum kalınması, fiziksel değişimler nedeniyle meydana gelen beden imgesi veya cinsel sorunlardır. Tuna'ya (1993) göre yaşanan stresi artıran etkenler ise şöyledir: kanserden önce geçirilen fiziksel hastalıklar ve bu hastalıklara uyum düzeyi, hastanın sahip olduğu dini ve kültürel faktörler, hastanın yaşına bağlı etkenler, sosyal destek, psikolojik ve fiziksel yardım hizmetlerinden yararlanma düzeyi, kanserin vücutta nerede bulunduğu, hastalık seyri, tedavi biçimleri ve hastanın hastalığa uyumu.

Ateşçi ve diğ. (2003) 150 kanser hastası ile yaptığı çalışmada, çalışmaya katılan kanser hastalarının yaklaşık %29'unda DSM-IV'e göre Eksen-I tanısı bulunduğu

belirtilmektedir. Çalışmada, kanser hastalarında görülen bu psikiyatrik bozukların, hastanın hastanede yatış süresinin uzaması ve tedavinin seyrinin olumsuz etkilenmesi gibi birçok önemli etkisinden söz edilmektedir. Kanserli hastalarda görülen psikiyatrik bozuklukların geçmişte bir psikiyatrik bozukluğa sahip olanlarda, kadınlarda ve tanısından haberdar olanlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Çalışmanın bir diğer önemli bulgusu olarak kanser hastaları arasında öz kırım düşüncelerinin yaygın olması vurgulanmaktadır. Buna ek olarak kanser hastalarına gösterilen sosyal desteğin, tedavi sürecini olumlu yönde etkilemesinden ve karşılaşılan sorunlarla baş etmede, hastalara yardımcı olmasından bahsedilmektedir. Ülger ve diğ. (2014) sosyal desteğin, karşılaşılan psikolojik sorunlarla baş etmede en önemli kaynaklardan birisi olduğunu vurgulamışlardır.

Nusbaum, Hamilton ve Lenahan (2003) kanserin, ameliyat veya radyasyon tedavisi nedeniyle yaşanan fiziksel görünümdeki değişikliklerin ve çeşitli kanser tedavilerinin olumsuz yan etkilerinin cinsellik üzerinde birtakım sorunlar yarattığını ifade etmektedir. Bedende meydana gelen değişimlerin ve cerrahi operasyon yoluyla meme gibi bazı organların tamamen kaybının, hastaların cinsel yaşamında sorunlar meydana getirebildiği belirtilmektedir. Ayrıca kanser hastaları arasında sıkça görülen anksiyete bozuklukları, depresyon gibi bazı bozuklukların cinselliğe dair sorunlarla ilişkili olabileceğinden söz edilmektedir.

Avis, Crawford ve Manuel (2004) meme kanseri tanısı alan genç kadınlar ile daha ileri yaştaki kadınların yaşadıkları bazı psikososyal sorunların farklılaşabildiğini vurgulamaktadır. Bu sebeple çalışmada, 50 yaşın altındaki 204 meme kanseri tanısı almış kadın hastaya açık uçlu sorular ve bazı ölçekler uygulandığı ifade edilmektedir. Çalışmada, hastalar arasında hamileliğe ve erken menopoza dair endişelerin yoğun olduğu bildirilmektedir. Buna ilave olarak kemoterapi almak ile cinsel işlev bozukluklarının arasındaki ve mastektomi ile beden imgesine dair sorunların arasındaki ilişkilerin varlığının ortaya çıkarıldığı belirtilmektedir.

Roscoe ve diğ. (2007) göre kanser hastaları arasında uykuya dalmada zorluklar, uykuyu sürdürmede sorunlar, erken uyanma ve gündüzleri uykusuz hissetme gibi uyku bozuklukları son derece yaygındır. Üstelik bazı hastalarda bu tip uyku sorunlarının kronik hale gelebildiğinden ve kanser tedavisinin tamamlanmasından sonra da uzun süreler devam edebildiğinden söz edilmektedir. Bu sorunların temel nedenleri arasında vücuttaki

biyolojik değişimler, tedavilerin beraberinde meydana gelen biyokimyasal değişiklikler ve sıklıkla kansere eşlik eden ağrı gibi semptomların olduğu ifade edilmektedir. Buna ek olarak yorgunluğun da kanser hastalarında ve hatta kanserden kurtulan bireylerde oldukça yaygın görüldüğü belirtilmektedir.

Stein, Syrjala ve Andrykowski'ye (2008) göre kanser tedavisinin tamamlanması sonrasında hayatta kalan bireylerde olumlu ve olumsuz birtakım psikososyal değişimler görülebilmektedir. Bu değişimlerin bazılarının tanı ve tedavi aşamasında başlayarak kronik hale gelebildiği vurgulanmaktadır. Öte yandan bazı durumlarda ise psikososyal değişimlerin bazılarının tedavinin tamamlanmasının ardından ortaya çıkabildiği bildirilmektedir. Görülen olumsuz değişimlerin arasında en sık karşılaşılanların, kanser tanısının alınmasında ve tedavi sürecinde görülenlerle büyük oranda paralel olduğu ifade edilmektedir. Buna karşın Stein, Syrjala ve Andrykowski'ye (2008) göre tedavi sonrası gelişmiş benlik saygısı, daha fazla yaşam takdiri ve anlamı, artan maneviyat ve amaçlılık gibi bazı olumlu değişimlerle de karşılaşmak mümkündür.

Tokgöz ve diğ. (2008) 53'ü kadın 47'si erkek 100 kanser hastasıyla yaptığı araştırmada, hastaların %19'unun DSM-IV'e göre travma sonrası stres bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığı vurgulanmaktadır. Kemoterapi alan hastalar arasında travma sonrası stres bozukluğuna daha sık rastlanıldığı bildirilmektedir. Hiçbir hastanın daha önce öz kıyım girişimi bulunmamasına karşın hastaların %11'inde öz kıyım düşüncelerine rastlanıldığı belirtilmektedir. Kangas, Henry ve Bryant (2002) da birçok hastada tedavi sonrası da Travma Sonrası Stres Bozukluğunun görülebildiğini bildirmektedir.

Dedeli ve Karadeniz (2009) kanser hastalarında görülen ağrının, psikolojik bozukluk kökenli olmasından ziyade psikolojik bozukların, ağrıya yanıt olarak ortaya çıktıklarına dikkat çekmektedir. Bir başka ifadeyle, kanser hastalarındaki ağrının temel nedeni biyolojik olsa da ağrının artmasında, algılanmasında veya gelişmesinde sosyal ve psikolojik nedenlerin de önemi es geçilmemelidir. Dolayısıyla bu çalışmada, kanser hastalarına yapılabilecek çeşitli psikososyal müdahalelerin bazı kanser hastalarının ağrılarının azaltılmasında faydalı olabileceği ileri sürülmektedir.

Kanser hastalarında tedavi sonrası birtakım pozitif değişimlerin de meydana gelebildiği ve görülen bu olumlu değişimlerden birisinin de başkalarına gösterilen

merhametin artışı olduğu bildirilmektedir (Morris, Shakespeare-Finch ve Scott, 2012). Merhamet; kişinin, başka kişilerin çeşitli sıkıntılarına ilgi göstererek bu sıkıntıları paylaşması, o kişilere şefkat göstermesi ve bu sıkıntıların yaşandığı süreçte onlarla birlikte olmasıdır (Avşaroğlu, 2019). Dolayısıyla Güleş ve Avşaroğlu'na (2017) göre merhamet, bir yardımseverlik tutumu olarak ele alınmakta ve pek çok olumlu psikolojik etmenle yakından ilişkili olduğu ifade edilmektedir.

Kanser hastalarının kişisel kontrol duygularının, teşhisten sonraki birkaç aylık dönemde azaldığı fakat ilerleyen dönemlerde genellikle tekrar artmaya başladığı bildirilmektedir. Ayrıca bazı hastalarda tedavi sürecinde yaşanan tıbbi müdahaleler, hastalığın kendisinden çok daha fazla rahatsızlık yaratabilmektedir. Ancak hemen hemen her hasta ve ailesi için kanser tanısının ve tedavi sürecinin oldukça stresli bir süreç olduğu ifade edilmektedir. Gelecek kaygısının ve tedavi sonrası kanserin nüksetme tehdidinin, kanser hastaları tarafından bildirilen yaygın ve şiddetli bir stresör olduğu belirtilmektedir (Sarafino ve Smith, 2014).

Ülger ve diğ. (2014) de Fawzy (1999) ile benzer şekilde, özellikle terminal dönemdeki kanser hastalarında deliryumun sıklıkla gözden kaçabilen bir bozukluk olduğunu ifade etmektedir. Hastaların yaklaşık %47'sinde deliryum olmasına rağmen %43'üne tanı konduğu vurgulanmaktadır. Ayrıca bu çalışmada deliryumun, tedavi edilmediği takdirde unutkanlık ve dikkat bozukluğu gibi bilişsel sorunlara yol açabildiğinden söz edilmektedir.

Işıkoğlu (2018) kanser tedavisi öncesi psikiyatrik bozukluğa sahip olmanın depresyon ve anksiyete için önemli bir risk faktörü olduğunu ifade etmektedir. Bu çalışmada, kadın hastaların anksiyete düzeyinin, erkek hastalara nazaran, daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Ayrıca kanserli hastalar arasında insomniyaya sıklıkla rastlanıldığı vurgulansa da bu çalışmada depresyon ve anksiyete ile insomniya arasında anlamlı düzeyde bir ilişkiye rastlanılmadığı belirtilmektedir.

van Erp ve diğ. (2021) yaptıkları araştırmada, çocukluk çağı kanserlerinden kurtulan gençlerin psikososyal iyi oluşlarını incelemiştir. Çalışmaya 18 yaşından küçük iken kanser tanısı almış, şu anda 18-30 yaş arasında bulunan, kanser tedavisinin sonlanmasının ardından en az 5 yıl geçmiş 151 genç yetişkinin katıldığı ifade edilmektedir. Çalışmada bu genç yetişkinlerin, psikososyal sıkıntılar bakımından

savunmasız oldukları ve çocukken geçirmiş oldukları kanserin hem pozitif hem de negatif psikososyal etkilerinin uzun süreler devam edebildiği vurgulanmaktadır

2.1.3 Kanser hastalarında kaygı

Kaygı

Kaygı; olması beklenen, tasavvur edilen, düşünülen veya hissedilen bir probleme dair endişelenme, bulantı hali olarak tanımlanmaktadır (Kring ve diğ., 2017). Anksiyete kelimesinin daha çok bozukluklar için kullanıldığı düşünülse de DSM-5 Türkçe versiyonunda kaygı ve anksiyete kelimeleri eş anlamlı olarak kullanılmaktadır.

Toplumda en sık karşılaşılan ruhsal bozukluklardan birisi de anksiyete bozukluklarıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 9282 yetişkinin katıldığı bir çalışmada, yaşamlarının bir döneminde kaygı bozukluklarından birisinin kriterlerini karşılayan bireylerin oranı %28 olarak ifade edilmiştir. Genel popülasyonda kadınlarda kaygı bozuklukları, erkeklere göre, çok daha sık görülmektedir (Kessler ve diğ., 2005).

Ertan (2008) genel toplumda psikiyatrik bozukluklar arasında en yaygınlarından birisi olan kaygı bozukluklarının, sosyoekonomik düzey ile ters orantılı olduğunu ve yıllık prevalansının erkeklerde %19.2, kadınlarda %30.5 olduğunu bildirmektedir. Öte yandan Binbay ve diğ. (2014), 2000 yılı sonrasında kaygı bozukluklarının yaygınlığına dair yapılan çalışmalarda öğrenciler gibi çeşitli gruplara odaklanıldığını, toplumun genelindeki geniş katılımlı çalışmaların Türkiye'de sınırlı olduğunu ifade etmektedir.

Kaygı ve korku kavramlarının, zaman zaman birbiri ile karıştırıldığı görülmektedir. Oysa Beck ve Emery'e göre (2019) korku, tehdit edici bir uyarana karşı değerlendirmeyi içerirken, kaygı bu değerlendirmeye verilen tepkidir. Manav (2011) da kaygının daha çok kişisel anlamlandırmalarla alakalı olduğunu yani kaygının daha çok öznel, korkunun ise daha nesnel olduğunu belirtmektedir. Cüceloğlu (2015) ise korku ve kaygı arasındaki üç temel farktan bahsetmektedir. İlk temel fark korku, kaygıya nazaran çok daha şiddetli yaşanmaktadır. İkinci temel fark korku hissi, kaygıya kıyasla, hissedildiğinde çok daha kısa sürelidir. Üçüncü ve son fark ise korku belirli bir nesneye yönelik iken kaygı duyulan şey çok daha belirsizdir. Bir başka ifadeyle, kaygı için her zaman belirli bir kaynaktan söz etmek mümkün olmayabilmektedir.

Her ne kadar "olumsuz duygular" şeklindeki kullanımlara sıkça rastlanılmaktaysa da aslında tüm duyguların gerekli ve doğal olduğu bilinmektedir. Bu

doğrultuda Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal (2011) optimal düzeyde kaygının; performansı artırması, yeni koşullara uyumu artırması, ruhsal gelişimi destekleyebilmesi gibi işlevsel yönlerinin olabileceğini; fakat buna karşın uygun düzeyde olmayan kaygının, hayatın hemen hemen her alanını olumsuz etkileyebileceğini dolayısıyla uyumlu (adaptif) ve uyumsuz (maladaptif) kaygının ayırt edilmesinin gerekliliğini vurgulamaktadır. Stark ve House (2000) da kaygının uyumlu ve işlevsel ya da uyumsuz ve patolojik olabileceğini belirterek; uyumsuz veya patolojik kaygının özelliklerini şu şekilde sıralamıştır: tehdit düzeyi ile orantısız şiddette olma, müdahale olmadığı takdirde devam etme ya da kötüleşme, tehdit düzeyine bakılmaksızın ani ölüm inançları, panik ataklar, şiddetli fiziksel belirtiler gibi kabul edilemez düzeyde semptomlar ortaya çıkarma, bireyin olağan veya istenilen düzeydeki işlevselliğini bozması.

Cüceloğlu (2015) kaygının ortaya çıkmasına neden olan başlıca dört durumdan bahsetmektedir. İlk temel neden bireyin o ana kadar alışmış olduğu ortamın dışına çıkarak farklı ve alışık olmadığı bir durumda bulunmasıdır. İkinci temel neden, istenmeyen durumlar neticesinde ortaya çıkacağı düşünülen sonuçlardır. Kaygının ortaya çıkışında etkili olan üçüncü temel neden, bireyin sahip olduğu düşünceler ile yaptığı davranışların çatışmasıdır. Sonuncu temel öge ise gelecekteki belirsizliğin yüksek olmasıdır.

Hudson ve Rapee'e (2004) göre kaygı problemleri yaşayan insanlarda etiyolojik faktörleri 3 temel başlıkta toplamak mümkündür. Bunlar; genetik faktörler, mizaçla ilişkili faktörler ve çevresel faktörlerdir. Bu etiyolojik faktörlere, nörokimyasal bozuklukları da eklemek mümkündür. Kaygı durumunda bireylerde, birçok alanda, çeşitli farklılıklar meydana gelmektedir (Clark, 1986).

Kaygılıyken sıklıkla; fizyolojik sistemde, davranışlarda, bilişsel süreçlerde ve duygusal sistemde çeşitli değişiklikler meydana gelmektedir. Yani bireyler kaygılı hissettiklerinde, kalp ritimleri hızlanabilmekte, ellerini ve kollarını hareket ettirebilmekte, kontrolümü kaybedeceğim gibi düşüncelere kapılabilmekte, dehşete kapılma hissi yaşayabilmektedirler. Bir kişide, kaygı anında bunların tamamı olabileceği gibi, biri ya da birkaçı da meydana gelebilmektedir (Bal, Çakmak ve Uğuz, 2013; Clark, 1986).

Psikanalitik Yaklaşımda Kaygı

Freud'dan önce kaygı kavramı genellikle biyolojik olarak ele alınırken, Freud bu kavramı psikoloji alan yazınına kazandırmış ve çok sayıda kurama ilham vermiştir

(Manav, 2011). Freud insanların yaptıkları davranışların çevrelerine uyum maksadı taşıdığını ileri sürmektedir. Dolayısıyla kaygının; travmatik bir nevroza sebep olmayacağını, hatta bunun yerine kaygının öznesini yani kişiyi, dehşete kapılmaya ve birtakım nevrozlara karşı koruyucu bir rolü olacağını ifade etmektedir (Freud, 1920).

Freud (1920) *Beyond The Pleasure Principle* adlı eserinde dehşet, korku ve kaygı kavramlarının ayrımını şu şekilde yapmaktadır: Kaygı, spesifik olarak bilinmeyen bir tehlike olsa bile, tehlikeyi bekleme veya ona hazırlanma durumunu ifade etmektedir. Fakat buna karşın korku için, spesifik bir tehlike yani bir korku nesnesi söz konusudur. Dehşet halinde ise bu iki durumdan farklı olarak kişinin, tamamen hazırlıksız ve sürpriz bir şekilde, tehlike durumunda kalması söz konusudur.

Freud'a göre bir insanın yaşadığı ilk kaygı, doğum anında gerçekleşmektedir. Doğumdan önce bebek; kapalı, çok az ışık geçiren, güvenli, sıcak, düzenli beslendiği anne karnında yaşamaktadır. Doğumla birlikte bebek; tamamen yabancı, çok ışığın olduğu, gürültülü, yabancı kokularla dolu bir ortama geçmiştir. Dahası bebek, tek başına hayatta kalamamakta, beslenmeden korunmaya başkalarının yardımına karşı muhtaç yani aciz haldedir. Bebeğin doğum sırasında ve sonrasında yaşadığı değişimler, gerilime yani Freud'un birincil kaygılar dediği duruma neden olmaktadır (Strongman, 1995; Şahin, 2019).

Freud'un meslek hayatı incelendiğinde kaygıya dair çok farklı bakış açılarına rastlamak mümkündür. Fakat Freud son çalışmalarında gerçeklik kaygısı, nevrotik kaygı ve ahlaksal kaygı olarak üç tip kaygıdan söz etmektedir. Gerçeklik kaygısında veya bir başka deyişle nesnel kaygıda, farkında olunan gerçek bir tehlikeye karşı doğal bir 'korku' tepkisinden bahsedilmektedir. Yani gerçeklik kaygısı, dış dünyaya dairedir. Oysa nevrotik kaygı ve ahlaksal kaygı, daha çok bireyin kendi yapısıyla (ego, id, süper ego) ilişkilidir. Nevrotik kaygının temel kaynağı, bazı 'tehlikeli' id dürtülerinin bilinç yüzeyine çıkmasıdır. Nevrotik kaygıya bir tepki olarak genellikle savunma mekanizmaları harekete geçmektedir. Erken çocukluk yaşantıları temelli olan nevrotik kaygı, mantık dışı ve dış dünyadan bağımsız şekilde oluştuğu için işlevsel görülmemektedir. Ahlaksal kaygı ise bireyin sahip olduğu id dürtüleri ile süper egonun vicdani/ahlaki kurallarının çatışmasıyla oluşmakta ve bir çeşit suçluluk, utanç duygularına neden olmaktadır (Endler ve Kocovski, 2001; Burger, 2016).

Nevrotik kaygıları; bağlantısız kaygı, fobiler ve kaygı nöbeti (panik) olmak üzere üç başlıkta incelemek mümkündür. Bağlantısız yani serbest dolaşan anksiyete; spesifik olarak bir nesneye bağlı olmaksızın her an ortaya çıkabilecek bir duruma bağlanabilen, kişiler arası ilişkilerde veya potansiyel olumsuzluklara karşı aşırı duyarlılık ve tedirginlikle karakterize sürekli, yaygın ve genel bir kaygı halidir. Bu tip kaygısı yüksek olan bireylerde çarpıntı, vücudun bazı bölgelerinde kasların gerilmesi, sık terleme, karar vermede güçlük çekme, uyku sorunları, zihinden atılamayan olumsuz düşünceler görülebilmektedir. Fobik (bağlanmış) anksiyetede, bağlantısız anksiyeteden farklı olarak, spesifik bir durum, hayvan veya nesneye karşı duyulan ve gerçekteki tehlikeyle orantısız şekilde ortaya çıkan bir korku söz konusudur. Son tip olan kaygı nöbeti (panik) ise bireyin; saniyeler, dakikalar ya da saatler boyunca terleme, titreme, bayılma hissi, denge kaybı gibi belirtiler yaşayarak kontrolü tamamen kaybedecek ve hatta ölecekmiş gibi bir hisse veya düşüncelere kapılmasıdır. Panik halinde, yaşanan bu güçlü korku ve kaygı ile tehdit edici olarak algılanan durum arasında hiçbir gerçek bağlantı söz konusu değildir (Strongman, 1995; Geçtan, 2006; Starkstein, 2018).

Harry Stack Sullivan ve Karen Horney gibi yeni Freud'cu olarak adlandırılan bazı kuramcılar, Freud'un kaygının temelinde bilinçaltı çatışmaları olduğu görüşüne ek olarak kültürel etmenlerin ve kişiler arası ilişkilerin de kaygının oluşumunda önemli yere sahip olduğunu savunmaktadır. Örneğin Karen Horney, bilinçaltı dürtülerinin bilhassa kültürel yapıyla çatışması halinde kaygının arttığını ileri sürmektedir. Sullivan ise kaygının aşılmasında 'kişiler arası güvence' adını verdiği durumun yani bireyin diğer insanlarla güvenli ve gelişmiş ilişkiler kurmasının öneminden bahsetmektedir (Burger, 2016).

Varoluşçu yaklaşımda kaygı

Varoluşçuluk; insani değerlerin ön planda olduğu, kaygıyı oldukça detaylı şekilde ele alan, 19. yüzyılın sonlarında ortaya çıkmış bir felsefi akımdır. Kaygıyı varoluşçuluk çerçevesinde inceleyen ilk filozoflardan olan Soren Kierkegaard; kaygının, yalnızca ruhsal bir varlık olan insanlarda bulunduğunu ve insanın hiçlikten kurtulması için kaygının elzem olduğunu savunmaktadır. Kaygının, kontrol altına alınmasının mümkün olmadığını ileri süren Kierkegaard; kaygının, gelecekteki olanaklara ve dolayısıyla olmama durumuna karşı geliştirilen geleceğe dair yaşanan bir duygu olduğunu ifade etmektedir (Manav, 2011).

Varoluşçulara göre bireylerin hayatını sürdürmesi ve bu hayata anlam kazandırması ihtiyacı evrenseldir. Bu ihtiyaç ise kaygıya neden olmaktadır. Dolayısıyla tüm insanlar kaygı yaşamaktadırlar. Fakat normal kaygı ile nevrotik kaygı birbirinden farklıdır. Normal kaygıyı nevrotik kaygıdan ayıran temel unsur, nevrotik kaygının duruma ve yaşanan olaya uygun veya orantılı olmamasıdır. Öte yandan duruma uygun olan kaygı, bizi tehditlere karşı uyardığı için işlevseldir ve bastırılmamalıdır. Yıkıcı olan nevrotik kaygı ise genellikle bastırılma eğilimindedir. Normal kaygının bir formu olan varoluşsal kaygı, sonlu olan insanın mutlak sonun yani ölümün farkında olması gibi nedenlerle oluşan ve hiçbir psikolojik semptomun görülmediği, kaçınılmaması gereken hatta yaşamla barışmak için gerekli olduğu düşünülen bir duygusal rahatsızlık halidir (Murdock, 2016).

Yalom (2018) insanların yaşadığı en temel dört kaygı temasının; ölüm korkusu, anlamsızlık, varoluşsal izolasyon ve özgürlük olduğunu belirtmektedir. Öcal (2010) bu dört temanın birbirleriyle oldukça ilişkili ve hatta iç içe olduğuna dikkat çekmektedir. Zira bu kavramlar ikilem oluşturmakta ve ancak birlikte netleşerek anlaşılabilirler. Özgürlük ve zorunluluk, ölüm ve yaşam, anlam ve anlamsızlık, yalnızlık ve birliktelik ikilemleri; yarattıkları zıtlıkla belirginleşebilmektedir (Öcal, 2010).

Yalom'a (2018) göre insanların büyük bir kısmı, ölüme dair duydukları güçlü korku ve kaygılar nedeniyle, yaşamın sonra ereceği gerçeğini ve nihai sonu yani ölümü inkâr etmektedir. İnsanların yaşamlarındaki en önemli kaygı nedenlerinden birisi olan ölümü fark etmemek için bireyler, mutlak bir kurtarıcının varlığına inanmak veya kendilerinin diğer insanlardan farklı, özel ve ayrıcalıklı olduğunu varsaymak gibi savunmalar geliştirebilmektedir. Bireyin kendisini diğer insanlardan ayrıcalıklı ve özel hissetmesi, diğer insanların yaşadığı felaketlerin, hastalıkların ve buna benzer durumların kendi başına gelmeyeceğini hissettirmekte yani bireyi bir çeşit narsizme ya da paranoyaya sürükleyebilmektedir. Bu duruma örnek vermek gerekirse kişi, sigara içen bireylerin kansere yakalanma risklerinin çok yüksek olduğunu bilmesine karşın kendisinin sigara içmesine rağmen kanser olmayacağına inanabilmektedir. Nihai kurtarıcının olmasına inanılması ise kendini özel ve ayrıcalıklı hissetmeye göre daha az zarar verici olsa da yine de işlevsizliğe neden olabilecektir (Yalom, 2018).

Birey merkezli yaklaşımda kaygı

Danışan (birey) merkezli yaklaşımın ve insancıl psikoterapinin en önemli temsilcilerinden olan Carl Rogers (1959) kaygıyı, fenomenolojik olarak sebebi tam bilinmeyen huzursuzluk ve gerginlik olarak tanımlamaktadır. Birey merkezli yaklaşım, kaygının ortaya çıkış nedeninin, benlik kavramı ile olumlu ya da olumsuz deneyimlerin ve bilgilerin arasındaki uyumsuzluğun fark edilmesi olduğunu savunmaktadır. Özellikle danışma sırasında kaygı, organizmayı benlik kavramında değişim için zorlamaktadır (Rogers, 1959).

Bireyin benlik kavramı ile tutarsız olan deneyim ve bilgiler arasındaki uyumsuzluk, benlik kavramını ne kadar fazla tehdit ediyorsa yaşanan kaygı da o denli şiddetli olmakta, başa çıkması o derecede zorlaşmaktadır. Bu durumda da Freud'a benzer şekilde Roger da benlik kavramını şiddetli şekilde tehdit eden bilgilerin bilinç düzeyinin altına itildiğini savunmaktadır. Dolayısıyla kaygı, bireyin savunma mekanizmalarını harekete geçirebilmektedir. Bir başka deyişle, tutarsızlık halinde birey, mevcut yaşantıyı/bilgiyi inkâr edebilmekte veya çarpıtarak algılayabilmektedir. Lakin benlik kavramı çok tehdit edilmiyorsa, genellikle gözlemler yoluyla edinilen ve bireyin kendi benliği ile uyumsuzluk gösteren bu bilgi bilinç düzeyinde kalabilmektedir (Burger, 2016).

Carl Rogers'a göre kaygı bozukluğunun ana kökeni, tıpkı diğer birçok psikolojik bozuklukta olduğu gibi, çocukluk çağında kişinin özellikle ebeveynleri tarafından yarıncı koşulsuz olumlu kabul görmemesidir. Çocuğa yeterli olumlu saygı ve koşulsuz kabul gösterilmediği takdirde, çocuk ebeveynleri tarafından kabul gören değerleri içselleştirmekte ve kendi benliğini bir yana bırakarak değer koşulları olarak da bilinen sert standartlar oluşturmaktadır. Böylece kendini gerçekleştirme süreci sekteye uğrayacak ve bireyin öz benliği ile sonradan oluşturduğu standartlar çatışmaya neden olacaktır. Bu yaklaşımda, bu durumun üstesinden gelenebilmesi için danışmada danışanlara koşulsuz kabul, saygı ve sevgi gösterilmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır (Rogers, 1957; Wilkins, 2000; Şahin, 2019).

Durumluk Sürekli Kaygı

Durumluk ve sürekli kaygı kavramları ilk olarak Cattell tarafından ortaya atılmış ve Charles Spielberger tarafından geliştirilmiştir. Spielberger (1966) tarafından geliştirilen iki faktörlü kaygı teorisine göre; durumluk kaygı, arzu edilmeyen bir durumla karşılaşıldığında, o durumun tehdit edici ya da tehlikeli olarak algılanmasıyla bireyde o

an oluşan, çeşitli şiddet ve sürelerde yaşanan, çoğu zaman olağan kabul edilebilen bir çeşit duygusal tepkidir. Durumluk kaygının, tehdit edici durumun ortadan kalkmasıyla, zamanla azalarak sona ermesi beklenmektedir. Sürekli kaygı ise o an içinde bulunan durumdan ve koşullardan bağımsız olabilecek şekilde bireylerin stres yaratıcı durumlar karşında kaygıya kapılma eğilimleridir. Sürekli kaygıları yüksek olan bireylerin stres yaratma potansiyeli olan bazı durumlara karşı aşırı duyarlı oldukları ve durumları daha karamsar veya tehdit edici olarak algıladıkları bilinmektedir. Dolayısıyla sürekli kaygısı yüksek olan bireylerin, sürekli kaygısı düşük olanlara kıyasla, durumluk kaygıyı daha sık yaşamalarına ek olarak bu bireylerin yaşadıkları durumluk kaygının daha uzun süreli ve daha şiddetli olması söz konusudur (Spielberger, 1966).

Aradaki farkın net olarak anlaşılabilmesi adına bir benzetmeye başvuracak olursak Spielberger'e (1983) göre durumluk ve sürekli kaygıyı, bazı açılardan kinetik enerji ve potansiyel enerjiye benzetmek mümkündür. Bu benzetmeye göre, durumluk kaygı tıpkı kinetik enerji gibi, belirli bir zamanda ve yoğunluk seviyesinde meydana gelen, elle tutulur bir reaksiyon veya süreci ifade etmektedir. Oysa sürekli kaygı, potansiyel enerji gibi, reaksiyonlardaki bireysel farklılıkları içermektedir. Bu potansiyelin oluşumunda bireyin geçmiş yaşantıları önemli rol oynamaktadır. Sonuç olarak; potansiyel enerji, spesifik bir fiziksel nesne ile ilişkili kinetik enerji miktarındaki farklılıkları ifade etmekte ve uygun bir kuvvet tarafından tetiklendiğinde ortaya çıkabilmektedir (Spielberger, 1983).

Durumluk kaygı geçici ve duygusal bir durum olarak değerlendirilirken, sürekli kaygı, bireyleri tehdit edici durumlarda kaygı göstermeye yatkın hale getiren, sürekli ve nispeten daha istikrarlı bir kişilik özelliğidir. Spielberger, bu kaygı biçimlerini tek boyutlu yapılar olarak ele alarak yetişkinlerde bu yapıları ayrı ayrı bağımsız olarak değerlendirmek için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'ni geliştirmiştir. Geliştirildiği günden bu yana Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri çok sayıda yaş grubuna ve farklı örneklem gruplarına uyarlanmıştır (Skapinakis, 2014).

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri 40 yıldan daha uzun bir süre önce piyasaya sürüldüğünden bu yana, 70 dile çevrilmiş, uyarlanmış ve 16.000'den fazla araştırmada kullanılmıştır. Sonuç olarak Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, öğrencilerden hastalara çok çeşitli çalışma gruplarında oldukça yaygın olarak güvenle kullanılmaktadır (Spielberger, 2010).

Kanser ve kaygı

Şüphesiz ki bireylerde kaygı uyandıracak birçok durum söz konudur. Ancak en sık karşılaşılan durumlardan birisi de fiziksel hastalıklardır (Beck ve Emery, 2019). Kanser de bilindiği üzere insan yaşamını tehdit eden en önemli hastalıklardan birisidir. Dolayısıyla, farklı nedenlerle ve farklı düzeylerde, kanser hastaları günlük yaşamlarında kaygılı hissetmektedirler. Turan'a (1992) göre kanser hastalarında kaygının görülme sıklığı, normal popülasyona nazaran daha yüksektir. Tanı sürecinden başlayarak, tedavi aşamasında, tedavi sonrasında, nüksetme halinde veya terminal dönemde kısacası kanser sürecinin her aşamasında kanser hastaları kaygı ve kaygıya ilişkin birtakım sorunlar yaşayabilmektedir (Fawzy, 1999).

Özkan'a (2012) göre özellikle; tetkik sonuçlarını beklerken, yeni tedavi öncesi veya tedavi değişimi esnasında, tanı aşamasında, hastalığı çağrıştıran değişiklikler hissedildiğinde, geçmişte yakalanılan bir rahatsızlıktan tekrar etkilenmesi durumunda ve belirtilerin ortaya çıktığı zamanlarda kanser hastalarında geçici kaygı krizleri görülebilmektedir. Buna ilave olarak kanser hastalarında kaygının üç temel kökenin olduğu ifade edilmektedir. Bunlar; hastalık veya tedavinin ikincil etkileriyle gelişen organik anksiyete bozuklukları, başka bir psikiyatrik durumun semptomu olarak görülen kaygılar ve son olarak hastanın geliştirmiş olduğu bir psikolojik reaksiyon olarak kaygılardır. Fakat bu üç kökenin de birbirini etkilemesi mümkün olabilmektedir (Özkan, 2012).

Kaygının temel unsurları, algılanan tehlike ve savunmasızlıktır. Durum, birey tarafından kendisinin fiziksel veya sosyal refahı için tehdit olarak algılanması halinde tehlike söz konusu olmaktadır. Öte yandan savunmasızlık, tehditle başa çıkmak için yeterli kaynak olmadığı algısıdır. Yani bireyler riski değerlendirirken, olumsuz olayın meydana gelme olasılığının yanı sıra meydana gelirse ne kadar kötü olacağını da hesaba katmaktadır. Kanser tedavisi tamamlanan bir hasta ele alındığında, eğer hasta tarafından nüksün sonuçları korkunç olarak görülüyorsa, bu hasta için düşük bir tekrarlama olasılığı bile tahammül edilemez olabilecektir. Fakat hastanın bu tehditle başa çıkmak için mevcut kaynaklarını yeterli görmesi halinde yaşanan kaygı düşüş gösterebilecektir. Örneğin onkologların kanserini tedavi edebileceğine inanan hasta daha az kaygılı hissederken, hekimlerine güvenmeyen başka bir hasta için algılanan tehdit artabilecektir (Moorey ve Greer, 2011).

Kanser hastaları; belirsizlik, terkedilme korkusu, sosyal statüsünü kaybetme, bir uzvunu ya da hayatını kaybetme gibi nedenlerle kaygı duyabilmektedir. Bazı durumlarda, tedavi veya ilacın bazı yan etkileri ya da başka bir psikiyatrik bozukluk, kanser hastalarında kaygıya kaynaklık edebilmektedir. Bazı durumlarda ise tedavinin yan etkileri, şiddetli kaygının fizyolojik etkileriyle karıştırılabilmektedir. Bu sebeple kanser hastalarının psikiyatrik muayeneden geçmeleri önerilmektedir (Özkan, 2012).

Alacacıoğlu'na (2007) göre tıbbi, psikolojik ve sosyal faktörler kanser hastalarının kaygı düzeyini belirlemektedir. Tıbbi faktörler; kanserin evresi ve tipi, hastalığın seyri, tedavinin durumu gibi etmenlerle ilgilidir. Psikolojik faktörler; hastanın başa çıkma tarzları, amaç ve beklentilerini içermektedir. Son olarak sosyal faktörleri ise, hastanın çevresinin hastaya yaklaşımı belirlemektedir.

Kanser hastalarında kaygı bozuklarının yaygınlığının, sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğu bilinmektedir. Roth, Weinberger ve Nelson'ın (2008) prostat kanseri hastalarla yaptığı çalışmada en sık karşılaşılan psikolojik yakınmanın kaygı bozuklukları olduğu belirtilmektedir. Ayrıca kanser hastalarında anksiyete bozukluklarının yaygınlığının %49'lara kadar ulaşabildiği bildirilmektedir (Spijker, Trijsburg ve Duivenvoorden, 1997).

Meme kanseri olan kadın hastalarla yapılan çalışmalarda, ameliyat döneminde ve tanı öncesinde hastaların kaygılarının arttığından bahsedilmektedir. Buna ilave olarak meme ameliyatının ardından bir yıl sonra hastaların yaklaşık %14 ile %21'inde kaygı problemlerine rastlanıldığından söz edilmektedir (Goldberg ve diğ., 1992).

Carroll, Kathol, Noyes Wald ve Clamon (1993), ayakta ve yatarak kanser tedavisi görmekte olan 930 kanser hastasından, çalışmaya katılmak isteyen ve şartları karşılayan 809 hastadan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'ni doldurmalarını talep etmiştir. Çalışmada, çalışmaya katılan hastaların %17,7'sinin anksiyete düzeyinin yüksek olduğunun tespit edildiği vurgulanmaktadır.

Kapçı'ya (2004) göre görevli hekimlerin, zaman zaman hasta ve hasta yakınlarını uygun şekilde veya yeterli bilgilendirmemesi de kaygıya neden olabilmektedir. Burgess ve diğ. (2005) yaptığı boylamsal çalışmada, meme kanseri kadınların yaklaşık %50'sinin ilk yılda anksiyete veya depresyon belirtilerini gösterdiğini belirtmektedir. Ayrıca kanser

hastalarının tedavi sonrasında da kronik anksiyete sorunları yaşayabildiği bildirilmektedir (Marrs, 2006).

Gil, Costa, Hilker ve Benito (2012) da hem kanser tedavisinden önce hem de tedaviden sonra anksiyete ve depresif belirtilerin yaygın olduğunu bulgulamıştır. Ayrıca bu çalışmada, hastaların tedavi sonrası depresyon seviyelerindeki artış vurgulanmıştır.

Watts, Prescott, Mason, McLeod ve Lewith'in (2015) over (yumurtalık) kanseri hastalarında yapılmış depresyon ve anksiyete ile ilgili yapılan çalışmalarını incelediği meta analiz çalışmasında anksiyete prevalansının, tedavi öncesi yaklaşık %19, tedavi sırasında yaklaşık %26 ve tedavi sonrasında yaklaşık %27 olduğunu bildirmektedir.

Cinsiyet bakımından konu ele alındığında; Schag ve Heinrich'in (1989) 320 kanser hastası ile yaptığı çalışmada; hastaların %23'ünün önemli düzeyde kaygılı olduğu ve kadın hastaların erkek hastalara kıyasla; diğer hastaları tedavi görürken izlemek, doktoru görmeyi beklemek, tetkiklerin sonuçlarını öğrenmek için beklemek ve kemoterapi almak gibi durumlarda daha yüksek düzeyde kaygılandıkları bulgusu bildirilmektedir. Aass, Fossa, Dahl ve Aloe' a (1997) göre tıpkı genel nüfusta olduğu gibi kadın hastaların kaygı düzeyleri, erkek hastaların kaygı düzeyinden anlamlı şekilde daha yüksektir. Buna ek olarak bu çalışmanın sonuçlarına göre, 30 yaşın altındaki veya 70 yaşın üstündeki hastaların, diğer hastalara nazaran daha az kaygı duyduğu ifade edilmektedir. Ayrıca Alacacıoğlu (2007) kadın hastaların, düşük eğitim seviyesine sahip hastaların, ekonomik geliri düşük hastaların, hastalığı ileri evrede olan hastaların kaygı düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Hinz ve diğ. (2010), aynı yaş grubundaki hastaları ve genel popülasyonu karşılaştırdıkları araştırmada, 70 yaş ve üzeri hastaların kaygı düzeyinin genel popülasyondan çok farklı olmadığını ancak genç hastaların kaygı düzeyinin yaşlıları olan sağlıklı gençlerden çok daha yüksek olduğunu ortaya çıkarmıştır. Cardoso ve diğ. (2015) da kadın olmanın kaygı ve depresyon açısından bir risk faktörü olduğunu ifade etmektedir.

Medeni durum açısından konu ele alındığında, Rodrigue ve Park'ın (1996) çalışmasına göre evli ve bekar hastaların psikolojik rahatsızlık düzeyleri arasında özellikle kaygı ve depresyon bakımından önemli bir farklılık olmamasına karşın evlilik kalitesi daha yüksek olan hastaların kaygı ve depresyon düzeyi daha düşüktür. Ayrıca evlilikleri açısından daha fazla memnuniyet bildiren hastaların daha olumlu tutumlar

sergilediklerinden de söz edilmektedir. Bu bulgunun, hastaların evlilik bağlamında algıladıkları sosyal desteğin önemini gösterdiği vurgulanmaktadır.

Özgün, Türker ve Kaya'nın (2020) çalışmasında, hastaların kanser türlerine göre kaygı ve depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği belirtilmektedir. Cardoso ve diğ. (2015) ise kanser seviyesi daha ilerilerde olan hastaların kaygı düzeylerinin de daha yüksek olduğunu ifade etmektedir. Buna ek olarak geçmişte psikiyatrik bozukluk öyküsüne sahip olmanın, kaygının ortaya çıkma olasılığını yaklaşık 3 kat arttırdığı bildirilmektedir.

Kanser gibi birtakım kronik hastalıkların, hastalık ve tedavi süreçlerinin oldukça zorlu ya da acılı olması, tıpkı hastalık sürecinde olduğu gibi ölümün de oldukça acı verici olduğunu düşündürerek kaygı ve korkuya neden olabilmektedir (Karakuş, Öztürk ve Tamam, 2012). Özellikle ileri evrelerdeki kanser hastalarında ölüm kaygısının oldukça yüksek olabildiği ifade edilmektedir (An, Lo, Hales, Zimmermann ve Rodin, 2018). Bu doğrultuda Neel ve diğ. da (2015) ilerlemiş kanserli hastalarda ölüm kaygısının yaygın olduğunu ve benlik saygısı, 18 yaşından küçük bir çocuğa sahip olma, hastanın fiziksel semptomlarının ağırlığı ve hastanın kendi yaşı ile ölüm kaygısının ilişkili olduğunu bildirmektedir. Ölüm kaygısının boyutları özetle şunlardır; ölüm ve ölüm sonrası belirsizliğe dair yaşanan kaygı, ölüm esnasında ve sonrasında acı çekmeye dair korku, ölüm sonrası cezalandırılma korkusu, bedenini kaybetme ve yok olma korkusu, başta yakınları tarafından olmak üzere insanlar tarafından terkedilme ve yalnız kalma korkusu, bir yakınının ölümüne dair yaşanan korku ve kaygı, gerileme korkusu, bedenin denetimini tamamen kaybetme korkusu ve kaygısı, kimlik duygusunu kaybetme korkusu (Karakuş, Öztürk ve Tamam, 2012).

Kanser hastalarının durumluk ve sürekli kaygıları ile ilgili yapılan çalışmalar

Kanser hastalarında durumluk ve sürekli kaygının incelendiği çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu başlık altında kanser hastalarında durumluk ve sürekli kaygı ile ilgili yapılmış olan çalışmalara kronolojik olarak yer verilmiştir.

Şener ve diğ. (1999) tarafından yapılan çalışmada, meme kanserli hastaların sosyal ve ruhsal durumları; Rosenbaum'un geliştirmiş olduğu Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği, Spielberger tarafından geliştirilen Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Beck Depresyon Ölçeği aracılığıyla toplanan verilerle değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan

46 kanser hastasından 38'i tanılarını tam ve doğru olarak bilmekte iken 8 hastanın kendilerine verilen tanıyı ya eksik ya da tam bilmediği çalışmacılarca aktarılmaktadır. Buna ilave olarak, hastaların %37'sinin gelecek beklentilerinin olmadığını ifade ettiği bildirilmektedir. Hastaların, durumluk kaygı puan ortalamasının yaklaşık 47.5, sürekli kaygı puan ortalamasının yaklaşık 46.5 olduğu belirtilmektedir. Son olarak bu çalışmada, ileri evredeki hastaların hem durumluk hem de sürekli kaygılarının daha yüksek olduğundan söz edilmektedir.

Bodurka-Bevers ve diğ. (2000) over kanserli hastalarda psikolojik sıkıntıyı, yaşam kalitesini ve bu değişkenler ile demografik değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışmaya katılan 246 kanser hastasının; Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi-Depresyon Ölçeği ile depresyon düzeyi, Zubrod skoru ile performans durumu ve Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'nin Durumluk Kaygı Alt Ölçeği ile kaygı düzeyi değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların %26'sı kanserin erken evrelerindeyken %74'ünün ilerlemiş kansere sahip olduğu ifade edilmektedir. Katılımcıların durumluk kaygı puan ortalamalarının yaklaşık 34.6 olarak saptandığı bildirilmektedir. Hastaların %29'nun yüksek düzeyde durumluk kaygıya sahip olması hasebiyle çalışmacılar tarafından, kanser hastalarında yaşam kalitesinin iyileştirilebilmesi için hastaların psikolojik rahatsızlıklarının tarandığı daha çok çalışmanın yapılması önerilmektedir.

Yıldırım (2003) tarafından yürütülen yüksek lisans tezi çalışmasının temel gayesi, müzik dinlemenin kanser hastalarının durumluk-sürekli kaygılarını ve kemoterapinin yan etkilerini azaltmadaki etkisinin araştırılmasıdır. Bu araştırmanın çalışma grubunu, kontrol ve deney gruplarına eşit şekilde ayrılmış benzer niteliklerdeki 60 hastanın oluşturduğu belirtilmektedir. Deney grubunda bulunan hastaların kemoterapi esnasında kulaklıkla müzik dinlediği, kontrol grubunda bulunan hastaların ise kemoterapi seanslarında müzik dinlemediği ifade edilmektedir. Deney grubunda bulunan hastaların ortalama durumluk kaygı puanları yaklaşık olarak; ilk kemoterapi seansı öncesinde 42.3, ilk kemoterapi seansı sonrasında 34.3, ikinci kemoterapi seansı sonrasında 32, üçüncü kemoterapi seansı sonrasında 28 puan olarak bulgulandığı bildirilmektedir. Kontrol grubunda bulunan hastaların ortalama durumluk kaygı puanları yaklaşık olarak; ilk kemoterapi seansı öncesinde 40.8, ilk kemoterapi seansı sonrasında 42.1, ikinci kemoterapi seansı sonrasında 41.1, üçüncü kemoterapi seansı sonrasında 42 puan olarak tespit edildiği

belirtilmektedir. Sonuç olarak, kemoterapi esnasında dinlenen müziğin durumluk kaygıyı istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalttığı vurgulanmaktadır.

Esmе ve diğ. (2006), akciğеr kanseri sebebiyle tedavi görmekte olan 50'si erkek, 13' kadın 63 hastanın katılımıyla, durumluk ve sürekli kaygı ile başta tanıyı bilip bilmeme olmak üzere çeşitli değişkenlerin ilişkisini incelemiştir. Bu amaçla araştırmada hastalardan; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik bilgiler alınmış, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'ni doldurmaları istenmiş ve hastalara hastalıklarına dair sahip oldukları bilgilerin öğrenilmesi için bazı sorular sorulmuştur. Erkek hastaların 29'unun, kadın hastaların ise 9'unun yani hastaların yaklaşık %60'ının tanılarını bildiği, geri kalan hastalar tanılarını bilmemekte olduğu aktarılmaktadır. Tüm hastaların ortalama durumluk kaygı düzeyi yaklaşık 42, sürekli kaygı düzeyi yaklaşık 49 puan olup, hastaların %54'ünün durumluk, %82.5'inin sürekli kaygı düzeyinin yüksek olduğunun saptandığı ifade edilmektedir. Tanıyı bilip bilmemenin, durumluk kaygı için istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığından ve tanılarını bilen hastaların bilmeyenlere kıyasla sürekli kaygılarının daha düşük olduğundan söz edilmektedir. Cinsiyet, meslek, yaş, yaşanılan yer (köy, ile, il) gibi değişkenlerin kaygı düzeyi ile ilişkisine dair istatistiksel olarak anlamlı bir kanıt rastlanılmadığı vurgulanmaktadır.

Janiszewska ve diğ. (2008) meme kanseri kadınlarda kaygıyla baş etmenin bir yolu olarak dindarlığın ne kadar etkili olduğunu ele almıştır. Çalışmaya farklı evrelerdeki meme kanseri hastası 180 kadın katılmış ve çalışmada Durum-Sürekli Kaygı Envanteri, Kişisel Dindarlık leği, Rotterdam Semptom Kontrol Listesi kullanılmıştır. Durumluk kaygı ile sürekli kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Dindarlığın yalnızca son dönemdeki kanser hastalarında etkili bir etmen olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca çalışmanın çarpıcı sonuçlarından birisi olarak, ölümcül hastaların daha yoğun kaygı yaşadıkları yönündeki yaygın görüşün aksine, bu hastaların diğer hastalara göre daha düşük düzeyde kaygılı oldukları belirtilmektedir. Öte yandan hastalığın tanı aşamasında olan hastaların durumluk kaygılarının, oldukça yoğun olduğundan hatta diğer aşamadaki hastalara göre daha yüksek düzeyde durumluk kaygı tespit edildiğinden bahsedilmektedir.

Lieu'nun (2010) alışmasının temel amacının kanser hastalarının kaygı, depresyon ve yorgunluk düzeylerinin cinsiyetlere göre anlamlı şekilde farklılaşıp farklılaşmadığının araştırılması olduğu ifade edilmektedir. Hastaların kaygılarının

ölçümlenebilmesi için Spielberger tarafından geliştirilen Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'nin kullanıldığından söz edilmektedir. Çalışmaya farklı evre ve türlerden kanser tanısı almış 87 kadın 96 erkek toplam 183 yetişkin hastanın katıldığı belirtilmiştir. Özetle kadın hastaların erkek hastalara nazaran daha yüksek düzeyde durumluk kaygı ve depresyona sahip olduğu bildirilmektedir. Buna ek olarak kadın hastaların, erkelere kıyasla, daha düşük seviyelerde sabah enerjisi bildirdikleri vurgulanmaktadır.

Mystakidou, Tsilika, Parpa, Gogou, Theodorakis ve Vlahos (2010) palyatif bakımdaki çok ileri evrede (IV. evre) olan kanserli hastaların öz yeterlilik inançlarını ve kaygı düzeylerini değerlendirmiştir. Çalışmaya katılan 99 kanser hastasından Algılanan Genel Öz-Yeterlik Ölçeği'ni ve Spielberger'in Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'ni doldurmaları istenmiştir. Netice olarak çalışmada; algılanan öz yeterlilik, durumluk kaygı, sürekli kaygı, performans durumu, yaş ve cinsiyet değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkilerin olduğu belirtilmektedir.

Tünel (2011) tıpta uzmanlık tezi kapsamında, ameliyat öncesi ve sonrası dönemlerde meme kanseri hastalarının kaygı ve depresyon düzeylerini incelemiştir. 34 meme kanseri tanısı almış kadın hastanın; ameliyattan önce, ameliyattan sonra 1-3 ay içerisinde ve ameliyattan sonra 9-12 ay içerisinde; Klinik Görüşme Ölçeği ve Ruhsal Belirti Tarama Listesi'ne ek olarak, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği kullanarak kaygıları, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği kullanılarak depresyon düzeyleri ölçümlenmiştir. Hastaların yaklaşık ortalama durumluk kaygı puanları; cerrahi müdahale öncesi 46.14, cerrahi müdahale sonrası erken dönemde 39.17, cerrahi sonrası geç dönemde 36.20 olarak bildirilmektedir. Hastaların yaklaşık ortalama sürekli kaygı puanları ise; cerrahi müdahale öncesi 42.14, cerrahi müdahale sonrası erken dönemde 39.50, cerrahi sonrası geç dönemde 36.55 olarak belirtilmiştir. Araştırmanın bulgularına göre hastaların depresyon ve kaygı düzeylerinin en yüksek olduğu dönem ameliyat öncesi olup, ameliyat sonrası 1-3 ay arasında bir miktar azaldığı ifade edilmektedir. Ancak hastaların depresyon ve kaygı düzeylerinin en düşük olduğu dönemin, cerrahi operasyondan 9-12 ay sonraki dönem yani ameliyat sonrası geç dönem olduğu vurgulanmaktadır.

Alacalıoğlu, Öztop ve Yılmaz'ın (2012) yürüttüğü çalışmanın temel amacı, akciğer kanseri hastalarında depresyonun, yaşam kalitesinin ve anksiyetenin değerlendirilmesidir. Akciğer kanseri tanısı almış 43 hastanın katıldığı bu çalışmada,

Beck Depresyon Envanteri, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Yaşam Kalitesi Version 3.0 Türkçe Ölçeği (ORTC QLQ-C30) kullanılmıştır. Çalışmaya katılan hastaların 21'inin kemoterapi, 22'sinin ise hem kemoterapi hem de radyoterapi aldığı aktarılmaktadır. Kanserli hastaların ortalama kaygı düzeyleri 46,2 olarak belirtilmektedir. Dolayısıyla, akciğer kanseri hastalarının kaygı düzeyinin yüksek olduğu bildirilmektedir. Sonuç olarak çalışmada, psikososyal desteğin kanser hastalarındaki önemi vurgulanmaktadır.

Bhattacharjee ve Banerjee'nin (2016) araştırmasının temel amacı, kanser hastalarının ve kanser hastası olmayan kişilerin durumluk-sürekli kaygılarının belirlenmesidir. Bu amaçla, 50'si kadın 50'si erkek 100 kanser hastasına ve benzer özellikler gösteren kanser olmayan 100 katılımcıya Spielberger tarafından geliştirilen Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri uygulanmıştır. Kanser hastalarının sürekli kaygı puan ortalamalarının 52.99, kanser hastası olmayan katılımcıların sürekli kaygı puan ortalamalarının 45.62 olduğu ve kanser hastalarının durumluk kaygı puan ortalamalarının 42.93, kanser hastası olmayan katılımcıların durumluk kaygı puan ortalamalarının 38.39 olduğu belirtilmektedir. Sonuç olarak, kanser hastalarının hem durumluk hem de sürekli kaygılarının kanserli olmayan bireylerden daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır. Kadın hastaların sürekli kaygılarının erkek hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olmasına karşın durumluk kaygı için cinsiyetler arasında önemli bir farklılığa rastlanılmadığı bildirilmektedir.

Li, Xiao, Yang ve Zhao'nun (2017) araştırmasının temel amacı kanserle ilişkili ağrının, kaygı ve depresyonla ilişkisinin ortaya çıkarılmasıdır. Çalışmaya katılan 126 yetişkin kanser hastasından 64'ü ağrı bildirirken 62'si ağrı bildirmemiştir. Ağrı bildiren hastaların Durum-Sürekli Kaygı Envanteri'nin durumluk kaygı alt ölçeği puan ortalaması 46.38, sürekli kaygı alt ölçeği puan ortalaması 44.64 olarak bulunduğu ifade edilmektedir. Ağrı bildirmeyen hastaların ise Durum-Sürekli Kaygı Envanteri'nin durumluk kaygı alt ölçeği puan ortalamasının 40.73, sürekli kaygı alt ölçeği puan ortalamasının 42.87 olarak tespit edildiği belirtilmektedir. Ağrı bildiren hastaların anksiyete ve depresyona daha yakın olduğu, ağrı şiddetinin kaygının güçlü bir yordayıcısı olduğu vurgulanmaktadır.

Sarıtaş ve Özdemir'in (2018) yaptıkları çalışmada, kanser hastalarının hastalık algıları ile kaygı düzeyi arasındaki ilişkinin araştırılması amacıyla Hasta Bilgi Formu, Hastalık Algısı Ölçeği ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri kullanılmıştır. Çalışmaya

176'sı kadın, 142'si erkek 318 yetişkin kanser hastası katılmıştır. Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ortalama puanının yaklaşık 36.83 olarak hesaplandığı belirtilmektedir. Sonuç olarak bu çalışmada, Hastalık Algısı Ölçeği'nin kişisel kontrol, süre (döngüsel), psikolojik temsil alt boyutları ile kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyon olduğu bildirilmektedir.

O'steen ve diğ. (2021) müziğin ilk kez radyoterapi gören kanser hastalarının kaygıları üzerindeki etkisini incelediği çalışmaya, tamamı kadın 102 hasta katılmıştır. 51 hastanın deney grubunu, diğer 51 hastanın ise kontrol grubunu oluşturduğu belirtilmektedir. Deney grubundaki hastalara radyoterapi esnasında kendi tercih ettikleri müzikler hoparlör vasıtasıyla çalındığı buna karşın kontrol grubunda bulunan hastalara ise radyoterapi esnasında herhangi bir müzik veya ses çalınmadığı bildirilmektedir. Çalışmada hastaların %48'nin, ilk radyoterapi seansı öncesinde yüksek kaygı taşıdığı vurgulanmaktadır. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'nin kullanıldığı bu araştırmanın sonuçlarına göre müziğin kaygıyı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaltmadığından söz edilmektedir.

Williams ve diğ. (2021) 580 meme kanseri hastanın yorgunluk, kaygı ve yaşam kalitesi düzeyini, kanser olmayan benzer yaşlardaki 364 katılımcıyla kıyaslamıştır. Hastaların durumluk kaygılarının kanserli olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu ifade edilmektedir. Kemoterapiden önce, kemoterapi tamamlandığında ve kemoterapiden altı ay sonra yapılan ölçümlerde, en yüksek kaygı düzeyinin kemoterapiden önce olduğu bildirilmektedir. Buna ek olarak yorgunluk, kaygı ve yaşam kalitesi arasında yordayıcı ilişkiler tespit edildiği belirtilmektedir.

2.1.4 Kanser hastalarında psikososyal müdahaleler

Bahsedilen tüm bu olumsuzluklardan kanser hastalarını korumak ve tedavi sürecini pozitif etkileyebilmek için sağlık psikolojisi, psiko-onkoloji gibi alanlar her geçen gün daha büyük bir önem arz etmektedir. Zira kanser tedavisinde psikolojik yardım, bir lüks olmanın ötesinde fiziksel tedavinin ayrılmaz bir parçasıdır. Psiko-onkolojinin temel amacı hastalık sürecinde, hastaların gerekli başa çıkma stratejilerini kazanmasını sağlamak, yaşam kalitelerini artırmak, hastalarda veya hasta yakınlarında meydana gelebilecek psikolojik riskler için önlem almaktır (Bağ, 2012).

Kanser hastalarıyla psikoterapötik yöntemleri, güdümlü (directive) ve güdümsüz yöntemler (nondirective) olarak iki başlıkta incelemek mümkündür. Güdümlü yöntemler arasında bireysel olarak yürütülenler; hipnoz, sistematik duyarsızlaştırma, gevşeme ve kas gevşemesi eğitimi, bilişsel tedavi, biofeedback ve yönlendirici imajinasyonlardır. Grupla yürütülen güdümlü yöntemler; hipnoz, bilişsel tedavi, davranışsal tedavi ve gevşeme egzersizleridir. Güdümsüz bireysel yöntemler; danışmanlık, bilgilendirme, psikodinamik psikoterapi, bilişsel psikoterapi ve destekleyici terapilerdir. Ayrıca güdümsüz yöntemler arasında aileyle yürütülen destekleyici yöntemlerden ve grupla yürütülen destekleyici veya kendi kendine yardım yöntemlerinden de söz etmek mümkündür (Özkan,2012). Psikolojik risklerin ortadan kaldırılması ancak geniş katılımlı, multidisipliner bir çalışmayla mümkün olabilmektedir. Psiko-onkolojik çalışmaların başarılı olabilmesi için onkologlar, hemşireler, psikolojik danışmanlar, psikologlar, psikiyatristler, sosyal hizmet uzmanları gibi ilgili meslek gruplarından çok sayıda uzmanın bir arada çalışması gerekmektedir (Tunç, 2014; Doğan, 2019). Psiko-onkolojik hizmetlerin sunulması genellikle eğitimler, danışmanlık veya psikoterapiler aracılığıyla yapılmaktadır (Holland, 2010).

Kanser hastalarıyla yapılan psikoterapinin temel gayesi; hastanın baş etme becerilerini güçlendirilerek, moralini ve kendine güveni artırarak, sıkıntılarının azaltılması ve ruhsal sorunlarının çözülmesine yardım etmektir. Ayrıca kanserli hastanın sosyal etkileşiminin artırılması ve hastanın hastalığa uyum sağlamasına yardım etme bir diğer önemli amaçtır. Psikoterapilerde, hastanın duygu ve düşüncelerini açıkça paylaşması için hasta cesaretlendirilir, hastanın kontrol duygusu geliştirilmeye çalışılır ve karşılaştığı sorunları çözebilmesi için uygun çözümler sunulur (Özkan, 2012).

Bilişsel davranışçı terapi

Levin ve Applebaum (2014) kanser hastalarında ve diğer bireylerde bilişsel terapinin bazı farklılıkları olması gerektiğini vurgulamaktadır. Örneğin bilişsel terapide sıklıkla kullanılan bir teknik olan yeniden çerçevelendirmede, "kansere eşittir ölüm" gibi, birçok çarpıtılmış biliş için bu bilişin gerçekçi boyutu da dikkate alınmalıdır. Çünkü kanser hastaları için ölüm tehlikesi gerçekten de önemli düzeyde söz konusudur. Dolayısıyla bu düşünceler ele alınırken pozitif düşüncelerin dayatılması, sadece olumsuz düşüncelerden kaçınma çabası olacağı için yararsızdır. Bunun yerine kanser hastalarıyla yapılan bilişsel terapide empatik tepkiler kullanılarak gerçekçi bir iyimserlik

aşılmalıdır. Bilişsel davranışçı terapilerin kanser hastalarında anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, şiddetli yorgunluk, cinsel işlev bozuklukları, sosyal beceriler, uyku bozuklukları, hastaların hastalığa uyumu gibi psikososyal sorunlarda oldukça faydalı olduğu bildirilmektedir (Levin ve Applebaum, 2014).

Greer ve diğ. (2012) hastalığın ilerlemesi, sakatlık ve ölümlle ilgili kaygılar gibi gerçekçi endişeleri ele alacak şekilde uyarladıkları kısa süreli bilişsel davranışçı terapinin, terminal dönemdeki kanser hastalarının anksiyete düzeylerine etkisini incelemek amacıyla terminal dönemdeki 40 kanser hastası ile bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada, kısa süreli bilişsel davranışçı terapinin, terminal dönemdeki kanser hastaları için uygulanabilir olduğu ve hastaların kaygı düzeylerinin azaltılmasında faydalı olduğu vurgulanmaktadır.

Hipnoz

Modern anestezinin henüz gelişmemiş olduğu dönemlerde kanser hastalarında hipnoz farklı amaçlarla kullanılabilirdi. Örneğin bir kanser hastasında hipnozun belgelenmiş en eski kullanımlarından birisi 1829 yılında Fransa'da Dr. Chapelain tarafından meme kanseri hastası Madame Plantin'e anestezi maksatlı hipnoz kullanımıdır. Dr. Chapelain, Madame Plantin'in acısını azaltmak amacıyla cerrahi işlemden önceki birkaç ay boyunca hipnozu kullanmıştır. Ardından 1 Nisan 1829 Paris'te Dr. Chapelain, Madame Plantin'e mastektomi yapılırken anestezi olarak hipnozu kullanmıştır (Montgomery, Schnur ve Kravits, 2013).

Spiegel ve Moore (1997) günümüzde hipnozun, kanser ağrısını kontrol altına almak için oldukça etkili bir yöntem olduğunu ifade etmektedir. Hipnozda, acı verici duyumun yerini alacak bir ilgi odağı sağlayan görüntülerle birlikte fiziksel gevşemeyi içeren teknikler oldukça sık kullanılmaktadır. Rehberli imgeleme gibi diğer imgeleme teknikleri, herhangi bir resim kullanımı olmaksızın oluşturulan zihinsel görüntülere dikkatin çekilmesini içermektedir. Örneğin bu tekniklerde, kanser hücrelerini öldüren güçlü bir beyaz kan hücreleri ordusu imgelenmekte ve ardından bu pozitif zihinsel görüntüler kullanılmaktadır (Spiegel ve Moore, 1997).

Biofeedback

Yunan dilinde; "bio" kelimesi hayat, "feedback" kelimesi bir kaynaktan çıkan bilginin tekrar aynı kaynağa dönmesi anlamını taşımaktadır. Bio ve feedback

kelimelerinin birleşimden oluşan biofeedback kavramı ise bireyin o an farkında olmadığı fizyolojik durum ve yaşantıların bazı cihazlar yardımıyla, işitsel veya görsel sinyaller aracılığıyla, bireyin fizyolojik yaşantılarının farkına varması sağlanarak, kendi bedeninde gerçekleşen bu olayları değiştirmesi hedeflenen bir çeşit tedavi sistemidir (Uzunca, 2007).

Davis (1986), kanser hastalarında biofeedback ve bilişsel terapinin, kortizol seviyesinin düşmesine yardımcı olduğunu ve durumluk kaygının azalmasını sağladığını bildirmektedir. Ayrıca Tsai, Chen, Lai, Lee ve Lin (2007), ileri evrelerdeki kanser hastalarının büyük bir kısmının ağrılardan mustarip olması ve bu ağrılar üzerinde ağrı kesicilerin çoğu zaman yetersiz kalması nedeniyle, biofeedback destekli gevşemenin, kanser hastalarında kansere bağlı ağrı üzerindeki etkisini incelemiştir. Çalışmada, çalışmaya katılan 12 hastaya 4 hafta boyunca elektromiyografi biofeedback destekli gevşeme seansı verilmiş ancak kontrol grubunda bulunan 12 hastaya sadece geleneksel tedaviler uygulanmıştır. Kısa Ağrı Envanteri ile ölçülen ağrı düzeylerine göre, elektromiyografi biofeedback destekli gevşemenin, kansere bağlı ağrıyı azaltmada etkili olduğu ifade edilmektedir.

Psikodinamik psikoterapi

Kanser hastalarında psikodinamik psikoterapinin; hastanın kendi psikiyatrik semptomlarını ve psikolojik çatışmalarını anlaması, doktor-hasta ilişkisi üzerine çatışmaları anlamak ve çözmek için faydalı bir bakış açısı sunması, tedaviye ve hastalığa dair uyum sürecinde sahip olunan aktarım veya dirençlerin ortaya çıkarılması gibi başlıca yararlarından söz edilmektedir. Kanser hastalarında sıklıkla görülebilen inkarın anlaşılabilmesinde psikodinamik yaklaşımın önemli bir role sahip olduğu ileri sürülmektedir. Kanser hastalarıyla yapılan psikodinamik terapinin, duygusal olarak zorlayıcı ve entelektüel anlamda uyarıcı bir etkiye sahip olduğu bildirilmektedir. Buna ek olarak, zaman baskısının psikolojik değişim için motivasyonu artıracak ve hasta ile terapistin uzun süredir devam eden çatışmaları çözmek için üretken ve hızlı bir şekilde çalışmasına yardımcı olacağı vurgulanmaktadır (Staker, 1998). Buna karşın onkolojik ortamda zamanın kısıtlı olmasının terapistleri, geleneksel psikodinamik terapistten ziyade bilişsel davranışçı terapi gibi daha kısa sürede etkili olduğu düşünülen yaklaşımlara yöneltebildiği de ifade edilmektedir (Yuppa ve Meyer,2017).

Beutel ve diğ. (2014) 78'si deney, 79'u kontrol grubunu oluşturan 157 depresif meme kanseri hastasıyla yaptığı çalışmada, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğine ek olarak DSM-IV'e göre Yapılandırılmış Klinik Görüşmelerle kısa süreli psikodinamik psikoterapinin kanser hastalarındaki etkilerini gözlemlemiştir. Çalışmada kısa süreli psikodinamik terapinin, depresif kanser hastaları üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir. Benzer şekilde Weißflog ve diğ. (2015) da kısa süreli psikodinamik terapinin, depresyonlu meme kanseri hastalarında yorgunluğun özellikle düşük aktivite ve fiziksel yorgunluk boyutları için faydalı olduğunu bildirmektedir.

Fakat Stagno, Stiefel, Krenz, Zdrojewski, Lüthi ve Leyvraz'ın (2007) yaptığı kontrol gruplu çalışmada, kısa süreli psikodinamik terapi alan kanser hastalarının depresyon düzeyinde, terapiyi almayan hastalara göre daha fazla düşüş bulgulansa da kontrol ve deney grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanılmadığı ifade edilmektedir.

Tedavilerin yan etkileri ve psikososyal müdahaleler

Bilindiği üzere mide bulantısı, mide ağrısı ve yorgunluk özellikle kemoterapi alan kanser hastalarının oldukça rahatsızlık duyduğu şikayetlerdir. Zaman zaman bu şikayetler hastaları o kadar rahatsız etmektedir ki hastalar yaşam sürelerinin kısalmasına göze alabilerek tedaviyi aksatabilmekte ya da tedaviyi yarıda bırakabilmektedir (Wilcox, Fetting, Nettesheim ve Abeloff, 1982; Carey ve Burish, 1988). Bu şikayetlerin temel nedeni kemoterapi veya hastalığın kendisidir. Ancak Montgomery ve Bovbjerg'in (2003) kemoterapi alan 80 meme kanseri hastası ile yaptığı çalışmaya göre mide bulantısı veya mide ağrısı gibi şikayetlerde psikolojik faktörler de rol oynamaktadır. Bu çalışmada, hastaların ilk başta nötr uyarıcı olarak gördükleri ilaçlar ve hastane ortamının, ilk tedavilerde ilacın mide bulantısı yaratması neticesinde koşullu uyarıcı haline gelebildiği, daha sonra ise hastanın, hastaneyi ve ilaçları düşünmesinin dahi hastada mide şikayetlerini başlatabildiği yani klasik koşullanma oluşabildiği ifade edilmektedir.

Benzer şekilde yorgunluk şikayetinde de klasik koşullanmanın etkileri görülebilmektedir. Bovbjerg, Montgomery ve Raptis'in (2005) kemoterapi gören 82 meme kanseri hastası ile yaptığı çalışmaya göre hastalarda, hastane ortamı (koşullu uyarıcı) ile yorgunluğa (koşulsuz tepki) neden olan kemoterapinin (koşulsuz uyarıcı) tekrar tekrar eşleştirilmesiyle koşullu yorgunluk tepkileri ortaya çıkabilmektedir. Dolayısıyla bu beklenti hali ve koşullanmanın, şikâyetlerin daha yoğun hissedilmesine

veya şikayetlerin tedavi dışı zamanlarda da görülebilmesine neden olabildiği vurgulamaktadır.

Redd ve Andrykowski'ye (1982) göre kemoterapi alan yaklaşık her dört kanser hastasının birinde kemoterapi seanslarından önce mide bulantısı ve kusma görülebilmektedir. Bu hastalarda, mide bulantısına karşı verilen ilaçların genellikle yeterince fayda sağlayamadığı bildirilmektedir. Bu durumun temel nedeni olarak mide bulantısı ve kusmanın, kemoterapiye verilen öğrenilmiş bir yanıt yani koşullanma olduğu öne sürülmektedir. Gevşeme görüntüleri ile birlikte kullanılan hipnozun, aşamalı kas gevşetmenin ve sistematik duyarsızlaştırmanın, bu hastalarda gelişen mide bulantısı ve kusmada yarar sağlayabileceği ileri sürülmektedir.

Morrow ve Morrell (1982) kanser hastalarında görülen mide bulantısı ve kusmanın tedaviye verilen öğrenilmiş bir yanıt olabileceği fikrinden hareket ederek, bu öğrenilen yanıtları değiştirmeye yönelik davranışsal yaklaşımların bu semptomları azaltmada etkili olup olmadığını belirlemek için, 60 kanser hastası üzerinde sistematik duyarsızlaştırmanın etkilerini incelemiştir. Sistematik duyarsızlaştırma uygulanan hastalarda, danışmanlık verilen veya herhangi bir psikolojik tedavi almayan hastalara kıyasla çok daha az kusma ve beklentisel mide bulantısı süresinde/şiddetinde azalma bildirilmektedir.

Vasterling, Jenkins, Tope ve Burish'in (1993) kemoterapi alan 60 kanser hastası ile yaptığı çalışmada, gevşeme eğitiminin ve hastaların dikkatinin dağıtılmasının yani o esnada dikkatin yoğunlaşacağı başka bir uğraşla meşgul olunmasının, kemoterapinin neden olduğu sıkıntıları azaltmada yarar sağladığı belirtilmektedir. Çalışmada, gevşeme eğitimi alan hastaların, kontrol grubundaki hastalara göre kemoterapiden önce daha az mide bulantısı yaşadıklarından ve kemoterapiden sonra diastolik-sistolik kan basınçlarının daha düşük olduğundan söz edilmektedir. Gevşeme eğitiminin bazı etkilerinin ortaya çıkarılmasında dikkatin uzaklaştırılmasının önemli bir paya sahip olduğu ifade edilmektedir.

Montgomery ve diğ. (2009), hem haftalık hem de günlük verilere göre bilişsel davranışçı terapi ve hipnozu birleştiren bir psikolojik müdahalenin, radyoterapi alan kanser hastalarında yorgunluğu azaltmada etkili olduğunu bildirmektedir. Ayrıca bilişsel

davranışçı terapi ve hipnozun bir arada olduğu bu müdahalenin, radyoterapi esnasında da hastaların bildirdiği yorgunluk şikayetinin artmasını engellediği belirtilmektedir.

Grupla yürütülen psikososyal müdahaleler

Kanser hastalarının, grup formatında yürütülen birçok müdahaleden yarar gördükleri ifade edilmektedir. Yeni tanı konmuş veya tedavilerinin erken aşamalarındaki hastalar için müdahalelerin odak noktası kanserle nasıl yaşanacağını öğrenmektir. Bu aşamada yapılan sağlık eğitimi, stres yönetimi, davranış eğitimi ve problem çözme teknikleri içeren başa çıkma müdahalelerinin oldukça faydalı olduğu belirtilmektedir. İleri aşamalarındaki hastalarla yürütülen müdahalelerin ise odak noktası; başa çıkma, ağrı yönetimi, ölüm ve ölümlle ilgili hem pratik hem de varoluşsal konulardır. Kanser hastalarında grupla yürütülen danışmanlıkların, terapilerin ve eğitimlerin bireysel olarak yürütülenlere göre bazı avantajları vardır. Grupla yürütülen psikososyal programların en önemli avantajları arasında; kolay uygulama ve tekrarlama, uygun maliyet, zaman kazanımı, pratiklik, hastalıkla ilgili önemli problem çözme becerilerinin teşviki, karar verme ve aktif başa çıkmaya katılımın artması gibi bazı avantajlar yer almaktadır (Fawzy ve Fawzy, 1998).

Telch ve Telch'in (1986) çalışmasına katılan 27'si kadın 14'ü erkek 41 kanser hastası; çeşitli başa çıkma eğitimlerinin verildiği grup yani müdahale grubu, destek grubu ve herhangi bir müdahalede bulunulmayan kontrol grubu olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır. Başa çıkma becerileri eğitiminin; bilişsel, davranışsal ve duygusal başa çıkma stratejilerinin öğretilmesini ve bunların prova edilmesini içerdiği belirtilmektedir. Eğitimde hastalara; gevşeme ve stres yönetimi eğitimi, iletişim eğitimi, problem çözme ve yapıcı düşünme eğitimi, duygu yönetimi eğitimi, hoş aktivite planlayabilme eğitimi verildiği ifade edilmektedir. Destek grubu oturumlarında önceden planlanmış bir gündem veya yapılandırılmış egzersizler olmayıp sadece hastaların duygularını, kaygılarını ve sorunlarını tartışmalarını kolaylaştırmak ve teşvik etmek amaçlandığı aktarılmaktadır. Çalışmada sonuç olarak, başa çıkma becerileri eğitiminin destekleyici grup terapisine ve tedavisiz kontrol grubuna göre tutarlı bir üstünlüğü olduğundan söz edilmektedir.

Kissane ve diğ. (1997) Bilişsel-Varoluşçu Grup Terapisini, kemoterapi alan Evre-1 ve Evre-2'deki meme kanseri hastalarına entegre ettiğini öne sürmektedir. Terapinin temel amacının; hastaların kayıpları nedeniyle ortaya çıkan duygularıyla çalışmalarını, problem çözme becerilerini geliştirmeleri, başa çıkmada fayda sağlayacak bilişsel

stratejiler geliştirebilmeleri, yaşamları üzerindeki hakimiyet duygularının artması ve gelecek için önceliklerini yeniden şekillendirebilmeleri olarak belirlendiği ifade edilmektedir. Başa çıkma becerilerinin gelişmesi, problem çözme becerilerinin kazanılması ve olumsuz otomatik düşüncelerin bilişsel olarak yeniden nasıl yapılandırılacağına öğretilmesi vasıtasıyla gerçekleşmektedir (Kissane ve diğ., 1997). Kissane ve diğ. (2004) kanser hastalarına göre dizayn etmiş oldukları Bilişsel-Varoluşçu Grup Terapisinin meme kanseri hastalarında yaşam süresini anlamlı düzeyde artırıp artırmadığını incelemiştir. Erken evrelerde (Evre-I ve Evre-II) bulunan 303 meme kanseri hastası ile yapılan çalışmada, terapinin sağ kalım süresini uzatmasına dair bir kanıtın elde edilemediği belirtilmektedir. Buna karşın bu terapinin, hastaların hastalığa uyumunu artırması gibi bazı önemli faydalarının olduğu da vurgulanmaktadır.

Edelman, Bell ve Kidman'ın (1999) çalışmasında, metastatik meme kanserli 124 hasta, deney ve kontrol grubuna ayrılmıştır. Kontrol grubundaki hastalara terapi uygulanmadığı, deney grubunda bulunan hastalara ise Grupla Bilişsel Davranışçı Terapi uygulandığı belirtilmektedir. Çalışmada, terapiye katılan hastaların depresyon ve toplam duygu durum bozukluğu düzeylerinde düşüş meydana geldiği bildirilmektedir. Bunun yanı sıra terapi alan hastaların özsaygılarının da arttığı ifade edilmektedir.

Sherman ve Simonton (1999) aile bireylerden birisinin kanser tanısı almasının diğer aile bireylerinde de önemli etkiler yaratacağını vurgulayarak kanser hastası bulunan ailelerin psikolojik olarak yardım almasının faydalı olabileceğini öne sürmektedir. Wellisch, Mosher ve Van Scoy'a (1978) göre kanser hastalarının aileleri ile yapılan grup müdahalelerinin temel amaçları şunlardır: kanser hastaları ile aileleri ve arkadaşları arasındaki iletişimi artırmak, hem hastanın hem de ailesinin çatışmalarla başa çıkmasına yardım etmek, aile bireyleri arasında eksiksiz ve doğrudan bir iletişimin sağlanması, ölümcül vakalarda ölüme hazırlık için çalışmak.

Neilson-Clayton ve Brownlee'nin (2002) kanser hastaları ve aileleri ile yaptığı çalışmalar, çözüm odaklı yaklaşımın, hastaların ve ailelerinin kendi yeteneklerini fark etmesinde faydalı olduğunu göstermektedir. Çözüm odaklı yaklaşımı diğer yaklaşımlardan ayıran en önemli noktalardan birisi olan herhangi bir patolojinin danışanlara ima edilmemesinin hastaların mücadelelerine destek olurken oldukça saygılı bir yaklaşım sunduğu öne sürülmektedir. Öte yandan araştırmacılarca, çözüm odaklı

yaklaşımında kilit öneme sahip olan mucize sorular tekniği için kanser hastaları ve ailelerine özgü değişikliklerin yapılması önerilmektedir.

Kanserli hastaların varoluşsal endişeleriyle yüzleşmesine ve bunlara uyum sağlamasına, hastalıkla ilgili duygularını ifade etmesine ve yönetmesine, aileleriyle ve doktorlarıyla ilişkilerini geliştirmesine, semptomlarının hafifletilmesine yardımcı olmak için geliştirilen Destekleyici-İfade edici grup psikoterapisinin, metastatik meme kanseri hastaları üzerindeki etkisi Classen ve diğ. (2001) çalışmasında incelenmiştir. 125 metastatik meme kanseri kadın hastanın katıldığı çalışmanın neticesinde, Destekleyici-İfade Edici grup psikoterapisinin, hastaların hastalıkla ilişkili stresle yüzleşip başa çıkmalarına yardımcı olduğu ve travmatik stres belirtilerinde önemli ölçüde düşüş yarattığı bildirilmiştir.

Stafford ve diğ. (2013) bilinçli farkındalık temelli bilişsel grup terapisinin meme ve jinekolojik kanser hastası kadınlardaki etkililiğini incelemiştir. Çalışmada, 50 kadın kanser hastası 8-10 kişilik gruplara ayrılmış ardından her seans 2 saat olmak üzere 8 hafta boyunca grupla terapiye alınmıştır. Çalışmada, bilinçli farkındalık temelli bilişsel grup terapisinin; yaşam kalitesinin iyileşmesinde, farkındalığın gelişmesinde, travma sonrası büyümede ve hastaların duygusal sıkıntılarının azalmasında etkili olduğu ifade edilmiştir.

2.1.5 Kanser ve psikolojik danışmanlık

Dünyada değişen sağlık anlayışının etkisiyle sağlık psikolojisi gün geç geçtikçe önem kazanmaktadır. Sağlık psikolojisi alanının önemli bir parçası da sağlık psikolojik danışmanlığıdır. Blonna ve Watter'a (2005) göre sağlık psikolojik danışmanlığı; sağlık problemi yaşayan danışanların, yaşadıkları sağlık problemi boyunca duygularıyla baş etmelerine yardımcı olan, onlara tedavi sürecinde çeşitli beceriler kazandırarak başa çıkmalarına yardımcı olabilecek psiko-eğitimi de içinde barındıran bir süreçtir. Sağlık psikolojik danışmanlığı yalnızca bir alanda yetişmiş uzmanların sunduğu bir hizmet değildir. Sağlık psikolojik danışmanlığını; hekimlerin, hemşirelerin, psikolojik danışmanların, psikiyatristlerin, psikologların, sosyal hizmet uzmanlarının sunabildiği bilinmektedir (Kocabaş, 2007).

American Cancer Society (2017) ve American Society of Clinical Oncology'ye (2021) göre psiko-sosyal problemlerle başa çıkmada kanser hastalarına yardımcı olabilecek uzmanlardan birisi de psiko-onkoloji alanında eğitilmiş lisanslı psikolojik

danışmanlardır. Danışmanlık hizmetleri bire bir, aile danışmanlığı veya grupla danışma şeklinde yürütülmektedir. Tunç'a (2014) göre psikolojik danışmanlar; belirtileri azaltmak, tedaviye uyumu artırmak, olumlu sağlık davranışlarını artırmak ve yaşam biçimini daha sağlıklı kılmak gibi amaçlarla, kanser hastalarına sağlık odaklı psikolojik danışma hizmeti sunmaktadırlar. Sağlık odaklı psikolojik danışma hizmeti genellikle hastane ortamında gerçekleştirilmektedir (Tunç, 2014).

Psikolojik danışmanlık ve rehberlik alanında kanser hakkında yapılan birçok araştırma bulunmaktadır. Yapılan kanser konulu çalışmaların bazılarında kısaca bahsedilecektir.

Gibbs ve Achterberg-Lawlis (1978) terminal dönemdeki kanser hastalarıyla psikolojik danışmanlıkta manevi değerler ve ölüm kaygısını incelemiştir. Dallas'taki Texas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Merkezi'nde ölüme yakın olduğu düşünülen ve Kanser Rehabilitasyon Programı'na katılan her hastaya Allport'un Dini Yönelim Ölçeği, Rahatsızlık Endeksleri ve Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği uygulanmıştır. Bunlara ilave olarak hastalarla yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Sonuç olarak, hastaların ölümle başa çıkmalarında dini değerlerin ve algılanan dini gücün önemli rol oynadığı ifade edilmektedir. Ayrıca çalışmaya katılan terminal dönemdeki kanser hastalarının ortalama ölüm kaygılarının ölçeğin standardizasyonunun yapıldığı popülasyona göre daha düşük olduğu belirtilmektedir.

Ferlic, Goldman ve Kennedy (1979) ileri evrede kanserli 30 yetişkin hasta ile her seans 90 dakika olmak üzere 6 seans boyunca grupla danışma çalışmaları yürütmüştür. Grupla danışmanın etkileri benzer niteliklere sahip fakat grupla danışmaya dahil edilmeyen 30 kanser hastası ile kıyaslanmıştır. Grupla danışmaya katılan kanser hastalarının benlik kavramında ve hastalık algılarında pozitif gelişmeler elde edildiği bildirilmektedir.

Worden ve Weisman (1980) tarafından yapılan çalışmada, 372 hasta arasından psikososyal sorunlar bakımından risk grubunda olduğu düşünülen ve fiziksel olarak programa dahil edilebilecek 87 hastaya tedavi sonrası süreci de kapsayan bir danışmanlık programı teklif edilmiştir. 60 hastanın olumlu yanıt verdiği buna karşın 27 hastanın danışmanlık teklifini reddettiği aktarılmaktadır. Programa katılmayı reddeden hastaların, kabul edenlerden daha düşmanca veya endişeli olma eğiliminde olduğu bildirilmektedir.

Danışmayı kabul eden hastaların ise risk altında olduklarını inkâr etme eğiliminin çok daha az olduğu ancak buna karşın daha umutsuz oldukları belirtilmektedir.

Linn, Linn ve Harris (1982) ölmekte olan kanser hastaları ile yapılan psikolojik danışmanlığın; hastaların yaşam kaliteleri, fiziksel işlevsellikleri ve hayatta kalmaları üzerindeki etkisini incelemiştir. Bu amaçla, son evrede olan 120 erkek hastanın rastgele kontrol ve deney grubu olmak üzere iki gruba ayrıldığı ifade edilmektedir. Çalışmada, deney grubunda bulunan 62 hastaya düzenli olarak psikolojik danışmanlık uygulanmıştır. Hastaların fiziksel işlevsellikleri ve yaşam kaliteleri danışmaya başlamadan önce ve danışmaya başladıktan sonra 1. ayda, 3. ayda, 6. ayda, 9. ayda ve 12. ayda ölçümlendiği belirtilmektedir. Çalışmada, kontrol grubundaki hastalara da eş zamanlı olarak ölçümler yapılmış ancak onlara danışmanlık hizmeti verilmemiştir. Deney grubundaki hastaların üç ay içinde yaşam kalitesinin, kontrol grubundaki hastalara nazaran, önemli ölçüde daha fazla artış gösterdiği bildirilmektedir. Öte yandan kontrol ve deney grubu arasında hayatta kalmada ve fiziksel işlevsellikte önemli bir farklılık görülmediğinden söz edilmektedir. Bu durumun temel nedeni araştırmacılarca, psikolojik danışmanlık hizmeti ile sağ kalım süresinin ve fiziksel işlevselliğin değiştirilmesinin çok da mümkün olmadığı şeklinde yorumlanmıştır. Son evre kanser hastaları için hayatta kalma kalitesinin artırılması yüksek öncelikli bir tıbbi hedef olması hasebiyle, genel yaşam kalitesini iyileştirmenin hayatta kalma süresi değişmese de çok kıymetli olduğu ifade edilmiştir.

Dougherty, Templer ve Brown'un (1986) yaptığı çalışmanın temel amacı terminal dönemdeki kanser hastalarında; ölüm kaygısı, anksiyete, depresyon ve benlik saygısı gibi hususların incelenmesidir. Bu maksatla araştırmacılarca; 30 sağlıklı yetişkinin, terminal dönemdeki 30 hastanın ve terminal dönemde olmayan kronik eklem iltihabına sahip 27 hastanın bulguları karşılaştırılmıştır. Çalışmada, katılımcıların psikolojik durumlarının değerlendirilmesi için kullanılan ölçekler 6 haftalık aralıklarla üç kez tüm katılımcılara uygulanmıştır. Elde edilen bulgulara göre, Gibbs ve Achterberg-Lawlis'in (1978) çalışmasına paralel olarak, terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm kaygısının kontrol gruplarına kıyasla anlamlı şekilde daha düşük olduğu bildirilmiştir. Ayrıca kanser hastalarının çoğunlukla hastalıklarının ağırlığını inkâr etmediği vurgulanmıştır.

Stern, Norman ve Zevon (1991) tarafından kanser hastası ergenlerin kariyer gelişimlerini incelemek amacıyla 48 kanser hastası ergenin ve 40 sağlıklı ergenin kariyer gelişimleri incelenmiştir. Bu çalışmada, kariyer gelişimi için sağlık durumunun yalnızca

birkaç istisnai durumda tek başına çok az farklılık yarattığı belirtilmektedir. Ancak yaş etkeni göz önünde bulundurulduğunda, kanser hastası olan genç ergenlerin kariyer olgunluğunun, yaşça daha büyük sağlıklı ergenlerden daha ileride olduğu bildirilmektedir.

Son olarak kansere diğer çalışmalardan çok daha farklı bir açıdan yaklaşan ‘‘Kanserden Fayda Bulma (Finding Benefit From Cancer)’’ başlıklı çalışmadan bahsedilecektir. Kanser tanısı almanın ve devamındaki tedavi sürecinin çoğu zaman travmatik olabildiği, psikolojik ve sosyal birçok soruna yol açabildiği bilinmektedir. Fakat Tallman, Altmaier ve Garcia (2007) kanser deneyiminin, pozitif gelişim için bir uyarıcı görevi de görebileceğini öne sürerek bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada ‘‘fayda bulma’’ teriminin, kanser hastalarının hastalıklarının bir sonucu olarak algıladıkları olumlu değişiklikleri ve deneyimleri tanımlamak maksadıyla kullandığı ifade edilmektedir. Araştırmacılar, 3 yıllık süreçte 56 yetişkin kanser hastasında fayda bulmayı araştırmış, kanserden fayda bulmada iyimserliğin rolünü ve bu fayda bulmanın depresyon ve fiziksel işlevsellik üzerindeki etkilerini incelemiştir. Çalışmada, iyimserliğin travmatik bir olaydan sonra fayda bulma ve sıkıntı ile baş etmede önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir. Buna ek olarak çalışmada, birçok hastanın bu zorlu sürecin ardından başkalarıyla gelişmiş ilişkiler, hayata yeni bir takdir veya bakış açısı, benlikteki olumlu değişiklikler ve ruhsal veya dini değişiklikler de dahil olmak üzere çeşitli yaşam alanlarında fayda algıladığı vurgulanmaktadır. Ayrıca Kemik İliği Nakli’nden (Bone Marrow Transplant) 1 yıl sonra fayda bulmanın 3 yıllık takip sürecinde hem depresyon hem de fiziksel işlevsellik ile ilişkili olduğu bildirilmektedir.

Türkiye’de psikolojik danışmanlık ve rehberlik alanında kanser hakkında yapılan çalışmalar, yabancı literatüre kıyasla, her ne kadar yeterli sayıda olmasa da çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu bölümde bu çalışmaların bazılarında kısaca bahsedilecektir. Ancak unutulmamalıdır ki yapılan çalışmalar, sadece burada sunulan çalışmalarla sınırlı değildir.

Eylen (2001) bilgilendirici danışmanlığın, kanser hastalarının ailelerinin kanserli hastaya sosyal destek verebilme becerileri ve hastanın algıladığı sosyal destek üzerindeki etkisini incelemek maksadıyla doktora tezi kapsamında bir araştırma yürütmüştür. Araştırmanın çalışma grubunu oluşturan Bursa ilinde kanser tedavisi görmekte olan 40 hastanın, 20’şer kişilik deney ve kontrol grubu olmak üzere 2 gruba ayrıldığı

aktarılmaktadır. Ayrıca bu 40 hastanın ailelerinden 40 kişi seçildiği ve aynı şekilde deney ve kontrol grubu olmak üzere 2 gruba ayrıldığı belirtilmektedir. Çalışmada, deney grubuna 8 hafta boyunca haftalık 90 dakikalık kanser hakkında grupla bilgilendirici danışmanlık hizmeti sunulduğu ifade edilmektedir. Sonuç olarak, hasta yakınlarının sosyal destek verebilme becerilerinde anlamlı bir artış bildirilmektedir.

Yağan (2001) kanser hastalarının ve yakınlarının yaşadıkları psikolojik zorlanmaların tespit edilmesi ve karşılaştırılması amacıyla 50 kanser hastası ve onların birinci dereceden yakını olan 50 kişi, 50 diyabet hastası ve onların yakını olan 50 kişi ile bir çalışma yapmıştır. Katılımcılara ‘‘Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI)’’, ‘‘Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)’’ ve Kişisel Bilgi Formu uygulanmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre diyabet hastaları ile kanser hastaları arasında durumluk kaygı düzeyinde anlamlı bir farklılık olmasa da kanser hastalarının sürekli kaygılarının diyabet hastalarına göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Kanser hastalarının paranoid düşünceleri, depresif belirtileri, fobik kaygıları ve genel belirtilerinin daha fazla olduğu belirtilmektedir. Ayrıca kanser tanısının, hastanın kendisine söylenip söylenmemesinin psikolojik belirtilerde anlamlı bir farklılık yaratmadığı ancak kanser olduğu kendisine söylenmeyen hastaların kaygılarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Buna ilave olarak, kanser hastası yakınlarının diyabet hastası yakınlarına göre depresif belirtilerinin, durumluk kaygı düzeyinin, fobik kaygılarının, paranoid düşüncelerinin ve genel belirtilerinin daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır.

Kapçı (2004) cerrahi operasyon öncesi ve sonrası, kontrol edebilme inançları, bilgi verilme, cerrahi operasyon öncesi bekleme odasında bekleme gibi çeşitli etmenlerin; kanser hastalarının depresyon ve kaygı düzeyinde farklılaşma yaratıp yaratmadığını incelemiştir. 44 kanser hastasının katıldığı bu çalışmada, hastalardan Beck Depresyon Envanteri’ni ve Durumluk Kaygı Envanteri’ni doldurmaları talep edilmiştir. Araştırmada, cerrahi operasyon sonrası hastaların durumluk kaygılarının azalmakta olduğu ve hastalığını kontrol edememeye dair inançları olan hastaların kaygı düzeyinin yüksek olduğu ifade edilmektedir.

Öztürk (2008) Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Anabilim Dalı yüksek lisans tezi kapsamında çocuk kanser hastalarının yaşam kalitesinin ölçümlenebilmesi amacıyla 7-18 yaş arasındaki çocuk kanser hastalarıyla bir çalışma yürütmüştür. Araştırmadan elde

edilen bulgulara göre bu çalışmada geliştirilen ölçeğin, kanserli çocukların yaşam kalitesinin ölçümlenebilmesi ve çocukların bu hususta tanınabilmesi için güvenilir bir ölçek olduğu bildirilmiştir.

Tunç (2014) doktora tezi kapsamında meme kanseri hastalarının psikososyal ihtiyaçlarını belirlemek ve bu hastaların hastalık algıları ve başa çıkma stratejileri ile depresyon ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirleyebilmek amacıyla 103 meme kanseri tanısı almış yetişkin kadın hastanın katılımıyla bir çalışma yapmıştır. Karma yöntem ile yürütülen bu çalışmanın ilk aşamasında nicel yöntem kullanılmış, ikinci aşamada ise 103 hastadan seçkisiz olarak belirlenen 20 hasta ile araştırmanın nitel kısmı yürütülmüştür. İlk olarak meme kanseri hastalarının hastalık algıları ve başa çıkma stratejileri ile depresyon ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişki ‘‘Beck Depresyon Envanteri (BDE)’’, ‘‘Beck Anksiyete Envanteri (BAE)’’, ‘‘Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)’’ ve ‘‘Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)’’ aracılığıyla incelenmiştir. Daha sonra ise 20 hasta ile yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla yüz yüze görüşmeler yapıldığı belirtilmiştir. Sonuç olarak çalışmada, meme kanseri hastalarında hastalık algısı ve başa çıkma stratejisi ile depresyon düzeyi ve kaygı düzeyi arasında anlamlı ilişkilerin bulunduğu söylenebilir.

Subaşı, Yıldız ve Tekin (2016) ise kanser hastalarına bakım veren yakınlarının umut düzeyinin, çeşitli demografik değişkenlere ve tedaviye yönelik tutuma göre incelenmesi amacıyla 304 kanser hastası yakınıyla bir araştırma yapmıştır. Araştırmada, kanser tedavisine yönelik tutumların, umut düzeyini anlamlı şekilde yordadığı belirtilmektedir. Buna ilave olarak kanser hastasının daha önce kansere yakalanmış olması ve sosyoekonomik düzeyi ile hasta yakınının umut düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı ifade edilmektedir. Hastanın, daha önce kansere yakalandığı ile ilk defa kansere yakalandığı durumlar kıyaslandığında, bakım verdiği hastasının kanseri tekrar etmemiş olan hasta yakınlarının umut düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Öte yandan, hastası daha önce 3 veya daha fazla kez kansere yakalananların umut düzeyinin; hastası daha önce 1 veya 2 kez kansere yakalanmış hasta yakınlarından daha fazla olduğundan söylenebilir.

Yıldırım (2017) ise Eğitim Programları ve Öğretim yüksek lisans tezi kapsamında lise öğrencilerinin kanser hakkındaki ilgi tutumlarını ve kanser risk faktörlerine dair bilgilerini incelemek amacıyla bir araştırma yapmıştır. Erzurum’da 1 lisede,

İstanbul’da 3 lisede yürütülen bu çalışmada, öğrencilerin aşırı kilolu olma dışında diğer risk faktörlerini bildiği ifade edilmektedir. Ayrıca kız öğrencilerin erkeklere nazaran kansere dair daha fazla olumsuz düşüncelere sahip olduğu ve kanserden korunmak için daha fazla korunma davranışı gösterdikleri belirtilmektedir. Fakat kansere duyulan ilgide ve risk faktörlerine dair sahip olunan bilgide cinsiyetler arasında herhangi bir anlamlı farklılık bulunmadığı bildirilmektedir.

Acar (2018) yüksek lisans tezi kapsamında, 269 kanser hastası olmayan ergen ile 35 kanser hastası ergenin öznel iyi oluşlarını ve kendilik algılarını incelemiştir. Sonuç olarak araştırmada, kanser hastası ergenlerin, hasta olmayan ergenlere göre, öznel iyi oluş düzeylerinin ve kendilik algılarının; fiziksel görünüm, romantik çekicilik, atletik yeterlik alt boyutlarında anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bildirilmektedir.

2.2 Bilişsel Kuram

2.2.1 Bilişsel kuramın felsefi temeli ve ortaya çıkışı

Bilişsel kuramın felsefi temellerinin, MS 50–135 yılları arasında yaşadığı düşünülen Frigyalı Yunan filozofu Epiktetos’a kadar uzandığı düşünülmektedir. Epiktetos’un ‘‘insanları rahatsız eden ‘şeyler’ değil onlara verdikleri anlamlardır’’ sözü bir anlamda bilişsel kuramın felsefi dayanağı olarak görülmektedir (Calvert ve Palmer, 2003). Epiktetos’a göre bir insanın mutlu olması için o insanın neleri kontrol edip neleri kontrol edemeyeceğinin farkına varması ve yaşanan olayları bu şekilde değerlendirmesi gereklidir. Çünkü yaşamına bir köle olarak başlayan Epiktetos, yaşadığımız olayların ve koşulların çoğu zaman bizden bağımsız olarak geliştiğini vurgulamaktadır. Epiktetos, bize gerçekte zarar veren şeylerin yaşanılan olaylar veya koşullar değil, o olaylara dair inançlarımız ve olaya yüklediğimiz anlamlar olduğunu savunmaktadır. Dolayısıyla yaşanılan olayları değiştirme şansına sahip olmasak da yaşadığımız olaylara yüklediğimiz anlamları değiştirmemiz bizim kontrolümüzdedir ve bu şekilde iyi bir yaşam sürmemiz mümkündür (Epiktetos, 2015).

Bilişsel kuramın ortaya çıkışı

Bilişsel kuramın daha iyi anlaşılabilmesi adına ilk olarak bilişsel yaklaşımla yakından ilişkili olan davranışçı kuramdan kısaca bahsedilecektir. 19. Yüzyılın sonlarında Ivan Petrovic Pavlov’un köpeklerde koşullanma davranışı ile başladığı çalışmalar kendisine 1904 yılında Nobel Tıp ve Fizyoloji Ödülü’nü kazandırmıştır. Böylece psikolojide ilk defa davranışların ortaya çıkışına dair deneysel bir açıklama

getirilmiştir. Ivan Pavlov’la başlayan davranışçı yaklaşım; John Broadus Watson, Burrhus Frederic Skinner, Joseph Wolpe gibi bilim insanlarının katkılarıyla bilim dünyasında önemli bir noktaya yerleşmiştir (Wood, 2004).

Pavlov’la birlikte psikoloji alanına ampirik yöntem girmiş, Watson ise bu doğrultuda 1913’deki yazısında doğal bilimlerde zihinsel fenomenler gibi deneysel olarak gözlemlenemeyen olaylara yer olmadığını savunmuştur (Watson, 1913). Watson’a göre psikolojinin nihai gayesi insan davranışının kontrol edilmesidir. Bu bakımından davranışçı yaklaşımda genellikle insanların gözlemlenebilen davranışlarına odaklanılmıştır. Zira insanların sahip olduğu düşüncelerin, içinde bulunan çevrenin yani dış gerçekliğin etkisiyle oluşmakta ve değişmekte olduğu varsayılmıştır. Pavlov’un klasik koşullanma deneylerini, 1920’de Watson’ın küçük Albert deneyi (Watson ve Rayner, 1920) ve Skinner’ın edimsel koşullanma çalışmaları (Skinner, 1963) izlemiştir. Bu şekilde psikoloji, insanlardaki birçok davranışı ve öğrenmeyi açıklayabilecek hale gelmiştir.

Tüm bu gelişmelere karşın davranışçı yaklaşım 1950’li yıllara kadar psikanalitik yaklaşım kadar rağbet görememiştir. 1960’larda ise o güne kadar umumiyetle laboratuvarda çalışılan davranışçılık klinik ortama da girmiştir. Bu sayede davranışçı yaklaşım, psikodinamik yaklaşıma sıcak bakmayan bilim insanları tarafından ciddi ilgi göremeye başlamıştır (Türkçapar ve Sargın, 2012).

Ancak Edward Chace Tolman’ın (1948) farelerle yaptığı deneyler sonucunda koşullanmanın her zaman öğrenmeyi açıklayamadığı görülmüştür. Çünkü farelerin koşullanma olmadan da öğrenebildikleri anlaşılmıştır. Bu ve benzeri deneylerle (Kendler, 1947) gizil öğrenme kavramının ortaya çıkmasına ek olarak değişen bilim dünyası, teknolojik gelişmeler, bilgi işleme kuramına olan ilgini artışı gibi nedenlerle insanlarda ve hayvanlarda öğrenmenin farklılıklar gösterebileceği fikri yaygınlaşmış böylece davranışçı kuram daha fazla sorgulanır hale gelmiştir (Türkçapar ve Sargın, 2012).

Diğer kuramlar da olduğu gibi Bilişsel Kurama da öncülük eden birçok bilim insanı ve kuram olmuştur. Türkçapar’a (2018) göre Bilişsel Kuram’ın oluşumuna öncülük eden bilim insanlarının en önde gelenleri George Alexander Kelly, Julian B. Rotter, Albert Bandura, Martin Seligman ve Edward Chace Tolman’dır. Bu kuramlardan ilki George Alexander Kelly’nin (1970) davranışı etkileyen bilişlerin varlığını ortaya koyması ile oluşturduğu Kişisel Yapılar Kuramı’dır. Bilişsel Kuramın bir diğer önemli

öncülü ise Julian B. Rotter'ın (1966) kontrol odağı ve sosyal öğrenme kuramına dair yaptığı çalışmalardır. Benzer şekilde Albert Bandura'nın öz yetkinlik (Bandura, 2010) ve sosyal öğrenme kuramı da (Bandura, 1962) bilişsel kuramın oluşumunda önemli rol oynamıştır. Son olarak Seligman ve Maier'in (1967) öğrenilmiş çaresizlik kavramı da bilişsel kuramın oluşumuna önemli katkılar sağlamıştır.

Aaron Temkin Beck, Bilişsel Kuramı oluştururken sayılan bilim insanlarına ek olarak Karen Horney, Alfred Adler, Albert Ellis ve Richard Lazarus gibi daha çok sayıda araştırmacının fikirlerinden istifade etmiştir. Özellikle Albert Ellis'in Akılcı Duygusal Davranışçı Terapisinin Bilişsel Davranışçı Terapinin gelişiminde önemli katkıları söz konusudur (Türkçapar, 2018).

2.2.2 Bilişsel kuramın kuramsal temelleri ve bilişsel model

Bilişsel kuram ve bilişsel terapi, Pensilvanya Üniversitesi'nde psikiyatrist olan Aaron Temkin Beck tarafından 1960'larda geliştirilip özellikle 1970'lerden itibaren gittikçe popülerleşmiştir. Günümüzde halen popülerliğini korumakta ve terapistlerce tekniklerinden sıklıkla yararlanılmaktadır. Literatürde ve alanda artık bilişsel terapinin ve bilişsel davranışçı terapinin genellikle eş anlamlı olarak kullanılmakta olduğu görülmektedir (Beck, 2018). Bu kuramın ortaya çıkışı Beck'in depresyonlu hastalarla yaptığı çalışmalarla olmuştur. Beck depresyon hastalarıyla yaptığı çalışmalar neticesinde, depresif bireylerin acı çekme ihtiyacına sahip olduğuna dair psikanalitik fikrin doğru olmadığını anladığını ifade etmektedir (Beck, 1967).

Böylece Beck hem psikanalitik yaklaşımın hem de davranışçı yaklaşımın bazı durumlarda yetersiz kaldığını görmüştür. Bu iki yaklaşımda da yeterince üzerinde durulmayan ve eksik kalan noktanın, hastaların düşünceleri olduğu fikri zamanla pekişmiş ve böylece kendi depresyon modeli üzerinde çalışmaya başlamıştır. Beck'in depresyon için geliştirdiği bu terapi modeli psikanalitik yaklaşıma nazaran çok daha kısa süreli, geçmişten daha çok şimdiki zamana odaklanan ve hastalara yardımcı dokunmayan düşüncelerin değiştirilmesi üzerine kurulu bir modeldir (Beck, 1964).

Depresyon tedavisi için geliştirilen bilişsel model Beck tarafından Pensilvanya Üniversitesindeki diğer psikiyatristlerle paylaşılmış ve hastalara uygulanmıştır. Oldukça olumlu sonuçlar elde eden bu hekimler, tüm dünyaya geliştirilen bu modelin depresyonu açıklamada ne kadar iyi olduğunu ve depresyonu ne kadar iyi tedavi edebildiğini gösterebilmek adına oldukça önemli bir araştırma yapmışlardır. Rush, Beck, Kovacs ve

Hollon (1977) tarafından yapılan bu araştırmada ilk defa konuşarak tedavi, bir psikiyatrik ilaçla kıyaslanmıştır. Araştırmanın neticesinde bilişsel terapinin o dönemde yaygın olarak kullanan bir antidepresan (imipramin) kadar depresyon ve anksiyete düzeyini azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir. Bu zamandan itibaren bu terapi modeli aynı felsefe üzerinden gelişerek Beck ve arkadaşları tarafından kaygı bozuklukları başta olmak üzere hemen hemen her bozukluğa uyarlanmıştır. Fakat uyarlanan her bozuklukta temel gaye hastaların çeşitli düşünce ve davranışlarının değiştirilmesi üzerine kuruludur. Bunun yanı sıra tüm bozuklukların bilişsel terapisinde, bilişsel formülasyon göz önünde bulundurulur ve sahip olunan inançlara odaklanılarak terapi yürütülmektedir (Beck, 1993).

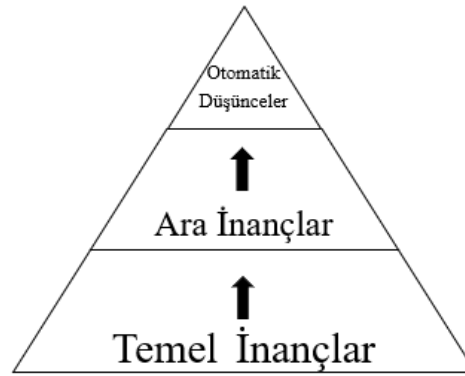
Bilişsel terapinin; depresif bozukluklar, kaygı bozuklukları, kişilik bozukları, davranım bozukluğu, beslenme bozuklukları, cinsel bozukluklar, madde ve alışkanlığa bağlı bozukluklar, obsesif kompulsif bozukluk, uyku bozuklukları, ilaç ile birlikte yürütüldüğünde Őizofreni ve bipolar bozukluk, aile ve çift sorunları, komplike yas, patolojik kumar, öfke sorunları, kanser ağrısı, migren baş ağrıları, kronik yorgunluk, kronik sırt ağrıları, obezite, hassas bağırsak sendromu gibi durumlarda etkili olduğu ifade edilmektedir (Beck, 2018).

Bilişsel modelin temelinde, bireylerde olumsuz duyguları meydana getiren düşüncelerin ve inançların var olduğu, dolayısıyla bu duyguların veya istenmeyen davranışların meydana gelmemesi ya da değişmesi için temelde var olan düşüncelerin ve inançların değişmesi gerektiği varsayımı bulunmaktadır. Ancak ocukluk çağlarından beri oluşan ve kalıplaşan birtakım inançların ortaya çıkarılması ya da hemen değişmesi mümkün olamayabileceği için inançların, tutumların, varsayımların oluşturduğu anlık otomatik düşüncelerin üzerinde durulmasına gayret gösterilmektedir (Murdock, 2016).

Aaron T. Beck tarafından geliştirilen bilişsel model; otomatik düşünceler, ara inançlar ve temel inançlardan oluşmaktadır. Otomatik düşünceler, anlık olarak bir durum karşısında insanların akıllarından geçen, basit formda ve genellikle gramer yapısına uymayan nitelikteki düşüncelerdir. Temel inançlar ise oluşumu en erken dönemlerden başlayarak, insanların kendileri ve başka insanlarla ilgili inançlarıdır. Literatürde zaman zaman temel inanç yerine Őema kavramının da kullanıldığı görülmektedir. Temel inançlar gizil olarak, ara inançlara ve otomatik düşüncelere yön vermektedir. Otomatik düşünceler

en yüzeyde yer alırken, temel inançlar en altta veya başka bir deyişle en derinde yer almaktadır (Beck, 2018).

Otomatik düşünceler ve temel inançların arasında da ara inançlar bulunmaktadır. Ara inançlar; beklentileri, tutumları, kuralları ve varsayımları içermektedir. İnsanlar genellikle ara inançlarını dile getirmeseler de bu ara inançlar, davranışların soyut düzenleyicileridir. Ara inançlar, şemaları temel alarak, anlık durumlara münhasır oluşan otomatik düşünceleri belirlemektedir (Beck, 2003). Öte yandan bireylerin sahip olduğu tutumlar ve varsayımlar genellikle doğrudan ifade edilmeyip otomatik düşünceler olarak belirlemektedir. Ancak danışanların zaman zaman otomatik düşüncelerinin yerine ara inançlarını ifade ettikleri, böylece ara inançların doğrudan ortaya çıkabildiği de bildirilmektedir. Ara inançların oluşumunda; kişinin kendi gözlemlerinin, başkalarına ilişkin gözlemlerinin ve başkalarından doğrudan alınan bilgilerin ana kaynaklar olduğu ifade edilmektedir (Türkçapar, 2018).



Şekil 2.1 Temel inançlar, ara inançlar ve otomatik düşünceler ilişkisi (Türkçapar, 2018).

Şekil 2.1’de de görüldüğü üzere temel inançlar, ara inançlar ve otomatik düşünceler birbirleriyle yakından ilişkilidir. Temel inançların, ara inançları oluşturduğu; ara inançların da otomatik düşünceleri belirlediği düşünülmektedir. Beck (2003) hastalarıyla yaptığı görüşmeler neticesinde, hastaların kendini kötü hissetmeden hemen önce ya da kötü hissettikleri esnada, akıllarından anlık olarak olumsuz ifadelerin geçtiği sonucuna ulaşmış, bu düşüncelere otomatik düşünceler ismini vermiştir. Ayrıca Beck hastaların bu düşüncelere, mantıklı olup olmadığına veya gerçeklikle örtüşüp örtüşmediğine dikkat etmeksizin mutlak şekilde inandığını ifade etmektedir. Özetle otomatik düşünceler, bir durum karşısında anlık olarak oluşan, genellikle hızlıca gelip

geçtiği için dikkat edilmezse fark edilemeyen düşüncelerdir. Bu düşünceler, duygu değişimlerini meydana getirmektedir (Beck, 2003; Beck ve Emery, 2019).

2.2.3 Otomatik düşünceler ve fonksiyonel olmayan tutumlar

Otomatik düşüncelerin tamamı işlev bozucu nitelikte değildir. Zira insanların aklından her gün binlerce otomatik düşünce geçmektedir (Türkçapar, 2018). Ancak bu otomatik düşüncelerden bazıları katı, tekrarlayıcı, aşırı, gerçeklikle uyuşmayan, işlevsel olmayan düşünceler olabilmektedir. Örneğin kaygılı insanların aklından sıklıkla felaket senaryoları ya da başlarına kötü bir şey gelip bununla baş edemediğine dair görüntüler geçmektedir (Beck ve Emery, 2019).

Judith Beck'e (2018) göre otomatik düşünceler, işlevsellikleri ve geçerlilikleri bakımından üçe ayrılmaktadır. Birinci tip otomatik düşünceler, içerik bakımından doğrudur ancak işlevsel değildir. Bu tip otomatik düşünceye örnek olarak sınavına çalışan bir öğrencinin "Daha çok konu var, saatlerce çalışmak zorundayım" gibi düşüncelere dalarak kaygısının daha da artması örnek gösterilebilir. Otomatik düşüncelerin ikinci tipinde yine içerik doğrudur ancak buna karşın bireyin bu düşünce üzerine yaptığı çıkarsamalar ya yanlış ya da işlevsel değildir. "Benim fikrime itiraz etti" düşüncesinin ardından "Demek ki benden nefret ediyor" sonucunu çıkarmak bu duruma örnek gösterilebilir. Üçüncü ve en sık karşılan otomatik düşünce tipi ise nesnel kanıtlar olmasına rağmen bu kanıtlara göre aksi nitelikteki çarpıtılmış düşüncelerdir. Sonuç olarak, fonksiyonel olmayan otomatik düşüncelerin içeriğinin büyük çoğunlukla olumsuz olduğunu söylemek mümkündür. Fakat madde bağımlılığı, mani ya da hipomani, narsistik kişilik bozukluğu gibi bazı durumların bireylerde görülmesi halinde işlevsel olmayan otomatik düşüncelerin içerikleri diğer bireylerden farklılaşabilmektedir (Beck, 2018).

Kaygı da dahil olmak üzere yaşanan duygularda otomatik düşüncelerin rolü önemlidir. Otomatik düşünceler bazen sözel ifadelerle ortaya çıkabildiği gibi bazen de çeşitli görüntülerle meydana gelebilmektedir. Örneğin, eşyle tartışan bir kişinin tartıştıktan sonra aklından "beni kesin terk edecek" şeklinde bir sözel ifade oluşabileceği gibi eşinin bavuluyla evden gittiği bir görüntü de aklına gelebilir (Leahy, 2018).

Hemen hemen her insanın bilişlerinde belirli düzeylerde yanlışlıklar veya tutarsızlıklar gözlemlenebilirken depresif bozukluğa sahip olan bireyler gibi bazı kişilerde bu yanlışlık çok daha sistematik ve belirli temalarla karakterize haldedir (Beck,

1963). Bu noktadan hareketle ortaya çıkan bilişsel çarpıtma kavramı, fonksiyonel olmayan inançlardan kaynaklanarak, farklı şekillerde ve düzeylerde gerçekliğin çarpıtılması anlamına gelmektedir. Bilginin hatalı işlenmesiyle ortaya bilişsel çarpıtmaların, duygusal rahatsızlığa neden olabildiği bilinmektedir. Bilişsel hatalar ya da bir başka ifadeyle bilişsel çarpıtmalar ve o çarpıtmaya dair örnekler şunlardır (Beck,1963; Gilbert, 1998; Türkçapar, 2018):

- *Ya hep ya hiç tarzı düşünme:* ‘‘Kusursuzum’’ ya da ‘‘Tamamen başarısızım’’ tarzında iki uçtan birinin seçilmesi halidir.
- *Aşırı genelleştirme:* Örneğin ‘‘Tüm erkekler aynı, hiçbirine güvenilmez.’’, ‘‘Bir işim de yolunda gitmez’’ veya ‘‘Beni hiçbir zaman takdir etmiyor’’ gibi aşırı genelleme içeren bilişlerdir.
- *Seçici soyutlama:* Bir konferansta herkesin başarılı bulduğu bir konuşmanın ardından eleştiride bulunan dinleyiciyi düşünerek kötü hissetmek bu tarz bilişsel hatalara örnek olabilecektir.
- *Olumluyu yok sayma:* Duruma dair olumlu yönlerin küçümsenmesi veya göz ardı edilmesidir. Örnek olarak, başarılı olunan bir sınavın ardından ‘‘Herkes başarılı olabilirdi.’’ şeklinde düşünmektir.
- *Keyfi çıkarsama:* Aksi yönde kanıtlar olmasına karşın kişinin sahip olduğu çarpıtılmış düşüncelerdir.
- *Felaketleştirme:* Çok farklı nedenlerle oluşabilecek basit ve kısa süreli bir ağrı sonucunda ‘‘Kalp krizi geçiriyorum, öleceğim.’’ gibi bir düşünceye kapılmak örnek verilebilir. Yani bu tür bilişsel hatada çok küçük bir olumsuz kanıttan yola çıkarak çok ciddi olumsuz sonuçlara dair öngörülerde bulunulur.
- *Kişiselleştirme:* Örneğin, oğlu sınavdan düşük not alan babanın ‘‘Ben kötü bir babayım’’ diye düşünerek tüm kabahati kendine yüklemesidir.
- *-meli -malı düşünce tarzı:* Bu tip bilişsel hatalara, ‘‘Herkesle çok iyi anlaşmalıyım.’’ veya ‘‘Asla sinirlenmemeliyim’’ gibi bir düşünceler örnek verilebilir.
- *Etiketleme:* Bir sınavdan başarısız olunması durumunda ‘‘Çok tembelim’’ gibi bir etiketlemeye başvurulması örnek gösterilebilir. Görüldüğü üzere bu bilişsel hatada kişi, bir durumdan yola çıkarak kendisi hakkında sert ve olumsuz bir etiketlemede bulunmaktadır.
- *Duygudan yola çıkarak sonuca ulaşma:* ‘‘Kaygılı olduğuma göre kesinlikle başıma kötü bir şeyler gelecek!’’ gibi bir düşünce bu tip hatalar için örnek verilebilir.

- *Zihin okuma*: Kişinin arkadaşına selam vermesine karşın arkadaşının görmeyerek selam vermemesi üzerine “Beni adamdan saymıyor.” şeklinde bir düşünceye kapılması örnek gösterilebilir. Oysa bir kişinin selam vermemesinde onu görmemesi veya dalgın olması gibi birçok neden söz konusu olabilir.

Son olarak Yurica ve DiTomasso’ya (2005) göre bilişsel hata kavramı her ne kadar depresyonlu hastalarla yapılan çalışmalar sonucunda ortaya çıksa da birçok farklı ruhsal bozuklukta da geçerli olduğu kanıtlanmıştır.

Tıpkı otomatik düşünceler gibi ara inançların da tamamının işlevsiz ya da zarar verici olduğunu söyleyebilmek mümkün değildir. Ancak çeşitli nedenlerle bazı inançlar işlevsiz bir hal almaktadır. Bu tip ara inançlar, fonksiyonel olmayan tutumlar olarak da adlandırılmaktadır. Fonksiyonel olmayan tutumlar kavramının, işlevsiz ara inançlarla zaman zaman aynı anlamda kullanıldığı görülmektedir. Fonksiyonel olmayan tutumlar genelde; aşırı genellenmiş, katı ve değişime dirençlidir. Yani bir nevi insanların kendileri ve başkaları hakkındaki ön yargıları gibidir. Fonksiyonel olmayan tutumlarla ilgili bireyler sürekli seçici bir dikkat içerisindedir. Tutumu doğrulayan tüm yaşantılar dikkate alınmaktadır. Ancak fonksiyonel olmayan tutuma göre aksi nitelikteki örnekler dikkate alınmamaktadır (Weissman ve Beck, 1978).

Ara inançların, temel inançlara göre değişmesi daha kolay olsa da otomatik düşünceler gibi kolaylıkla değişmesi beklenmemektedir. Fonksiyonel olmayan tutumlar her ne kadar çocuklukta oluşan temel inançların bir sonucu olarak ortaya çıkmış olsalar da işlevsel olmayan tutumların daha aktif olmasını sağlayan en önemli nedenlerden birisi de stres yaratıcı fiziksel hastalıklardır. Zira bilişsel şemalar durağan veya aktif olabilmektedir. Bu tip önemli yaşam olayları bu fonksiyonel olmayan tutumların daha aktif olmasını sağlamaktadır. Ayrıca bu fonksiyonel olmayan tutumların, depresyon ve kaygı gibi problemlere neden olabildiği bildirilmektedir (Beck, 1987).

Fonksiyonel olmayan tutumlardan bazıları şunlardır (Weissman ve Beck, 1978; Batmaz ve Özdel, 2016):

- “Diğer insanlar tarafından sevilmedikçe mutlu olamazsın.”
- “Beni seven insanın benimle aynı fikirde olması gerekir.”
- “Yardım istemek aslında zayıflık işaretidir.”
- “İnsanların bana değer vermesi için hiç hata yapmamam gerekir.”

- ‘‘Mutluluğum kendimden çok diğer insanlara bağlıdır.’’

Judith Beck’e (2018) göre fonksiyonel olmayan tutumların tamamen değiştirilmesi istenen bir sonuç değildir. Çünkü bu tutumların değiştirilmesi çoğu zaman mümkün olmamaktadır. Sadece danışanların bu tutumlara olan inancının önemli seviyede azaltılması ve yerine daha işlevsel inançların kazandırılması gerekmektedir.

Bilişsel modele göre fonksiyonel olmayan tutumlar, anlık oluşan olumsuz otomatik düşüncelerin ve davranışların düzenleyicileri ya da belirleyicileridir (Beck, 2018). Bu doğrultuda yapılan çalışmalardan Boynueğri’nin (2017) ve Dobson’ın (1983) alışmaları da bu fikri desteklemektedir. Boynueğri’nin (2017) eğitim fakültelerinde eğitim görmekte olan niversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada, işlevsiz tutumlar ve otomatik düşünceler arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Aynı Şekilde Dobson ve Breitet’in (1983) yaptığı çalışmada da fonksiyonel olmayan tutumların, otomatik düşünceleri anlamlı düzeyde yordadığı ve iki değişken arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu ifade edilmektedir.

2.2.4 Otomatik düşünceler, fonksiyonel olmayan tutumlar ve kanser

Günümüzde kanserin ne kadar yaygın olduğu biroğumuzca bilinmektedir. Fakat buna rağmen çeşitli sebeplerle kansere yakalanacağımızı düşünmeyiz. Bu durumun temel nedenlerinden birisi de insanların büyük bir kısmının kazalardan, suçlardan veya ölümcül hastalardan mağdur olma ihtimalini gerçekteki ihtimalden çok daha az görmesidir (Taylor ve Armor, 1996). Freud’a (1953) göre insanların kendi ölümünü hayal etmesi bir hayli gttr. Janoff-Bulman (1999) gibi bazı kuramcılar ise insanların kendilerinin yaralanmalara karşın mutlak bir korunmaya sahip olduğuna dair veya ölümsüz olduklarına dair birtakım gizil inançlara sahip olduklarını savunmaktadır. Kanser tanısının konması ise bu tür inançları alt st etmektedir. Otis-Green ve diğer. (2002) kanser deneyiminin, duygusal sıkıntıya ve olumsuz bilişlere önemli ölçüde katkıda bulunabileceğini ifade etmektedir.

Bilişsel modele göre bu durum ele alındığında kanser tanısı almak var olan temel inançlarımızı, ara inançlarımızı ve düşüncelerimizi derinden sarsmaktadır. ‘‘Böyle bir Şey benim başıma gelemez’’ gibi düşüncelerin önemli bir sebebi de dünyaya, geleceğe ve kendimize dair var olan inanlarımızdır. Ayrıca birebir aynı tanıyı alsa dahi hastaların duygusal ve davranışsal tepkilerinin oldukça farklılık gösterebildiği bilinmektedir. Bu farklılıkları oluşturan birçok etmenden bazıları da bireylerin sahip oldukları çeşitli inanç,

tutum ve düşüncelerdir. Ünlü filozof Epiktetos'un dediği gibi bizleri rahatsız eden şey yaşanan olaylar değil, olaylara bakış açımız ve algılama biçimimizdir. Bu inançlar, tutumlar ve düşünceler bireylerin bu yeni duruma yani hastalığa, tedaviye ve benzeri hususlara uyumunda önemli rol oynayabilmektedir (Moorey ve Greer, 2011).

Buna ek olarak Stark ve House'a (2000) göre kanser olmanın hasta için ne anlama geldiği, neden kaygılı olduğunun temelinde yer alabilmektedir. Bir başka ifadeyle hem bilişsel hem de duygusal unsurlar hastanın kanser gibi ciddi bir tehdidi değerlendirmesinde katkıda bulunmaktadır.

Kanser hastalarında görülen tipik otomatik düşüncelerden bazıları şunlardır (Moorey ve Greer, 2011):

- "Bir daha asla mutlu olamam."
- "Başa çıkamıyorum."
- "Kendimden nefret ediyorum."
- "Doktorlar beni bir kobay olarak kullanıyor."
- "Ben gerçek bir erkek/kadın değilim"

Bilişsel şemalar yani ara inançlar, tutumlar, varsayımlar ve temel inançlar; kendimizi, kişisel dünyamızı ve geleceği anlamlandırmamıza rehberlik etmektedir. Bilişsel şemalar, yalnızca hayatı bir düzen içinde görmemizi sağlamakla kalmayıp, yaşadığımız olayları nasıl algıladığımızı ve yorumladığımızı da önemli ölçüde belirlemektedir. Bu şemaların, yaşam boyunca olayları anlamlandırmada ve amaç edinebilmede etki sahibi olduğu bilinmektedir (Beck, 1979).

Kanser gibi önemli yaşam olaylarında da sahip olunan tutumlar, varsayımlar, ara inançlar ve temel inançlar aktive olmakta; hastalık veya tedavi çerçevesinde gelişen durumları anlamlandırmada önemli rol oynamaktadır. Kanserle birlikte "Neden ben?", "Neden şimdi?" ve "Hayatımda neler yaptım?" gibi anlam bulmaya yönelik bilişler hastaların zihinlerinden geçebilmektedir. Öte yandan, aynı tanı ve prognoza sahip hastaların otomatik düşüncelerinin oldukça farklı olabildiği vurgulanmaktadır. Uyumlu ve işlevsel şemalara sahip olan hastalar pozitif benlik hislerini koruyabilirken işlevsiz ve uyumsuz şemalara sahip olan hastalar kanserle veya tedavi süreciyle başa çıkmakta zorluk yaşayabilmektedir. Örneğin insanlara güvenilebileceğine dair şemalara sahip olan bir hasta, tedavi veren hekimlere güvenebilecek ve tedaviye uyum sağlayabilecek iken insanların temelde güvenilmez olduğuna dair inançlara sahip olan bir başka hasta,

hekimlere ya da tedavi protokollerine güvenmekte veya uyum sağlamakta güçlük çekebilecektir (Foster ve McLellan, 2000).

Kanser hastalarında hastalık veya tedavinin yan etkileriyle ortaya çıkan, uzun süreli ve geçmeyen ağrılar; kaygı, korku, çaresizlik, öfke ve umutsuzluk gibi sorunlara neden olabilmektedir. Buna ek olarak kronik kanser ağrısının; hastanın kendisi, hastalık, yaşanan ağrı, gelecek hakkındaki olumsuz düşünce ve karamsar tutumları ciddi düzeyde etkileyebildiği bilinmektedir. Öte yandan bu olumsuz düşünceler ve tutumlar da yaşanan ağrı şiddetinin artmasına sebebiyet verebilecektir (Otis-Green ve diğ., 2002). Örneğin Spiegel ve Bloom'un (1983) çalışmasının bulgularına göre, ağrı deneyimini hastalığın artması gibi olumsuz şekilde algılayan hastalar, ağrı deneyimini daha olumlu yorumlayan hastalara kıyasla daha fazla ağrı yaşayabilmektedir.

Dolayısıyla otomatik düşüncelerin ve onlara yön veren işlevsiz tutumların, kanser hastalarının yaşadığı ağrılar ile de ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bilişsel teoriye göre bedensel belirtileri yorumlamada ve anlamlandırmada otomatik düşünceler rehberlik etmektedir. Yani yaşanan fiziksel acıları değiştirmek çok mümkün olmasa da yaşanan bu fiziksel hislerin yorumlanması ile oluşan ikincil duyguların değişmesi mümkündür. Bu nedenle ağrı ile başa çıkmak için oluşturulan bilişsel teknikler; gevşemeyi arttırmayı, ağrı deneyiminin yoğunluğunu ve sıkıntı niteliklerini azaltmayı amaçlamaktadır (Breitbart, 1989).

Benzer şekilde felaketleştirme bilişlerinin, kanser hastalarının yaygın olarak yaşadıkları bir başka yan etki olan yorgunlukla da ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bilişsel olarak felaketleştirme düzeyi daha yüksek olan hastaların bildirdikleri yorgunluk düzeyinin de daha yüksek olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca psikolojik faktörlerin, tedavinin doğal semptom üretme potansiyelinin azalmasıyla, semptom deneyiminde daha büyük bir rol oynadığı görüşü ileri sürülmektedir (Jacobsen, Andrykowski ve Thors, 2004).

Kanser hastalarında otomatik düşünceler ve fonksiyonel olmayan tutumlarla ilgili yapılan çalışmalar

Kanser hastalarının otomatik düşünceleri ve psikososyal sorunları arasındaki ilişki ile ilgili dünyanın birçok farklı ülkesinde ve farklı kültürlerde çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Kallay, Dégi ve Vincze (2007) tarafından farklı evrelerden ve farklı türlerden 376 Rumen-Macar hastayla yapılan çalışmada, fonksiyonel olmayan tutumlar

ile depresyon düzeyi arasında zayıf da olsa anlamlı bir ilişkinin bulunduğu ifade edilmektedir.

Xianying ve Wang (2010) ise Çinli kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada olumsuz otomatik düşünceler ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Jiang, Weili, Jiangyan ve Shaohua (2011) kemoterapi alan meme kanseri kadınlarda, depresyonu olan ve depresyonu olmayan hastalar arasında hastaların otomatik düşünceleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğunu bildirmektedir. Bu çalışmaya göre otomatik düşünceler, kemoterapi alan meme kanseri kadınlarda depresyonun en önemli yordayıcılarından birisidir. Dolayısıyla hastaların sahip olduğu otomatik düşüncelerin artmasıyla depresyon düzeyinde de artış beklendiği vurgulanmaktadır. Sonuç olarak bu çalışmada, otomatik düşünceler ile depresyon ve psikiyatrik duygu durum bozuklukları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişkiden söz edilmektedir.

Benzer şekilde bir başka çalışmada Jiang, Weili ve Jiangyan (2011) cerrahi operasyon sonrası kemoterapi alan hastalarda otomatik düşünceler ile depresyon arasındaki korelasyonu incelemiştir. 404 hastanın katıldığı bu çalışmada, Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Öz Değerlendirme Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Bu çalışmada, Ameliyat sonrası kemoterapi alan hastaların depresyon düzeyinin genel popülasyona kıyasla yüksek olduğu bildirilmektedir. Buna ilave olarak çalışmada, otomatik düşünceler ile depresyon düzeyi arasında pozitif yönlü korelasyon tespit edildiği ve otomatik düşüncelerin depresyon düzeyini istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordadığı ifade edilmektedir.

Desautels, Ruel, Ivers ve Savard (2011) genel popülasyonda fonksiyonel olmayan inanç ve tutumların uyku ile ilişkili olmasından hareketle kanser hastalarında fonksiyonel olmayan inanç ve tutumların uyku ile ilişkisini incelediğini ifade etmektedir. Uykusuzluğun, kanser hastalarının %60'ını etkilediğini vurgulayan bu çalışmaya, kanser nedeniyle ameliyat olması planlanan 962 hasta katılmıştır. Çalışma sonucunda, kanser hastalarında uykuya ilişkin fonksiyonel olmayan inanç ve tutumların, uykusuzluğun hem gelişiminde hem de sürdürülmesinde etkili olduğu belirtilmiştir. Ayrıca daha düşük düzeyde uykuya ilişkin fonksiyonel olmayan inanç ve tutumların, uykusuzluğun hafifletilmesini kolaylaştırdığı ifade edilmektedir. Dolayısıyla bilişsel terapiyi, uykusuzluk sorunu için entegre etmenin oldukça mühim olduğu vurgulanmaktadır.

Alçalar, Özkan, Küçüçük, Aslay ve Özkan (2012) meme kanseri tanısı almış 110 yetişkin kadın hasta ile Türkiye’de yaptığı çalışmada, bu hastaların depresyon düzeyi ile bilişsel çarpıtmaları ve başa çıkma stilleri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışmada, depresyon düzeyi yüksek hastaların otomatik düşüncelerinin ve bilişsel hatalarının daha fazla olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte otomatik düşüncelerin, bilişsel hataların ve eğitim düzeyinin; meme kanseri kadınlarda depresyonun önemli yordayıcıları olduğu ifade edilmiştir.

Deği (2013) Romanya’da hastanede yatan yetişkin kanser hastalarının psikososyal yönlerini incelemiştir. Durumluk Kaygı Envanteri ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği gibi çok sayıda ölçme aracının kullanıldığı çalışmada, kanser hastalarının %47.5’inin klinik olarak depresyonda olduğundan, %46.7’sinin anksiyete bozukluğu yaşadığından ve %28.1’inin düşük yaşam kalitesine sahip olduğundan bahsedilmiştir. Klinik olarak depresif olan kanser hastalarında daha yüksek düzeyde; umutsuzluk, durumluk kaygı, sosyal destek eksikliği, duygu odaklı başa çıkma ve fonksiyonel olmayan tutumlar bulgularında vurgulanmıştır.

Musarezaie, Khaledi, Momeni-GhaleGhasemi, Keshavarz ve Khodae’ nin (2015) meme kanseri 297 hasta ile İran’da yaptığı araştırmaya göre kanser hastalarında fonksiyonel olmayan tutumlar ile kaygı, depresyon ve stres arasında pozitif yönlü ilişkiler söz konusudur. Bir başka deyişle, kaygı puanları daha yüksek olan hastaların, fonksiyonel olmayan tutumlarının da fazla olduğu belirtilmiştir.

Lam, Lim, Tan ve Mahendran (2015) kanser hastalarında fonksiyonel olmayan tutumları, ruminasyonu ve somatik olmayan depresif semptomatolojiyi incelemiştir. Çalışmaya kanser türlerinin herhangi birisinden yeni tanı almış 194 yetişkin kanser hastası katılmıştır. Çalışmada, işlevsel olmayan tutumların hem ruminasyonla hem de somatik olmayan depresif belirtilerle ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca işlevsel olmayan tutumların, somatik olmayan depresif belirtileri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordadığı ifade edilmiştir.

Dönmez’in (2016) kanser hastalarının hastalık algıları ile erken dönem uyumsuz şemaları, üstbilişleri ve otomatik düşünceleri arasındaki ilişkiyi incelemek maksadıyla yaptığı çalışmaya 122 meme kanseri yetişkin kadın hasta katılmıştır. Bu araştırmada, katılımcıların Otomatik Düşünceler Ölçeği’nin alt boyutlarından aldığı ortalama puanlar kişinin kendine yönelik olumsuz duygu ve düşünceleri için 16.32, şaşkınlık kaçma

fantezileri için 10.83, kişisel uyumsuzluk değişme istekleri için 6.97, yalnızlık/izolasyon için 7.51, umutsuzluk için 7.61 ve tüm ölçek için 49.26 olarak belirtilmiştir.

Mehdipour, Rafiepour ve Haji Alizadeh (2017) kanser hastalarında görülen psikososyal sorunların otomatik düşünceler ve işlevsiz tutumlarla olan ilişkisine vurgu yaparak 30 kanser hastası ile bir çalışma yürütmüştür. Çalışmada 15 hasta deney grubuna alınmış diğer 15 hasta ise kontrol grubuna ayrılmıştır. Deney grubundaki hastalara Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Grup Terapisi uygulanmış bu hastaların işlevsiz tutumlarında ve otomatik düşüncelerinde anlamlı bir azalma olup olmadığına araştırmacılarca bakılmıştır. Sonuç olarak araştırmada, deney grubundaki hastaların fonksiyonel olmayan tutumlarında ve otomatik düşüncelerinde, kontrol grubuna kıyasla, istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu bildirilmiştir.

Liu, Peh ve Mahendran (2017) yeni tanı almış kanser hastalarında beden imajı ve duygusal sıkıntıda, işlevsel olmayan tutumların ve ruminasyonun aracı rolünü araştırmıştır. Araştırmanın çalışma grubunu 72'si erkek 149'u kadın 221 yetişkin kanser hastasının oluşturduğu ifade edilmektedir. Çalışmada fonksiyonel olmayan tutumlar ile beden imajı endişesi, duygusal rahatsızlık ve ruminasyonun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirtilmiştir. Çalışmanın bulgularında, beden imajı ve duygusal sıkıntı arasındaki ilişkide, fonksiyonel olmayan tutumların ve ruminasyonun aracı rol üstlendiği vurgulanmıştır.

Bashiri ve diğ. (2018) kanser hastalarında bilişsel stil, işlevsiz tutumlar, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkileri incelemiştir. Çalışmada, 150 kanserli hastanın bu çalışmaya katıldığından söz edilmektedir. Özetle bu çalışmada, bilişsel tarz ile fonksiyonel olmayan tutumlar, anksiyete ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkiler olduğu ifade edilmiştir.

Lau ve diğ. (2018) kanser hastaları ve onlara bakım veren kişilerde; ölüm kaygısının, işlevsel olmayan tutumların ve yaşam kalitesinin karşılıklı ilişkilerini incelemiştir. Çalışmaya 173 kanser hastası ve onlara bakım veren 173 kişi katılmıştır. Sonuç olarak çalışmada ölüm kaygısı, fonksiyonel olmayan tutumlar ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkiler bulunmuştur.

Ham ve diğ. (2019) kanser hastaları arasında en yaygın görülen psikososyal sorunlardan olan depresyon ve anksiyete için mobil uygulama tabanlı bir bilişsel davranışçı terapinin etkililiğini incelemiştir. Çalışmada; Beck Depresyon Envanteri,

Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği gibi çok sayıda ölçme aracının kullanıldığı belirtilmiştir. Ayrıca çalışmaya katılan katılımcıların deney ve kontrol grubu olarak ikiye ayrıldığı ifade edilmiştir. Terapi alan kontrol grubundaki katılımcıların terapi sonrasında, işlevsel olmayan tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmasa da kaygı düzeyleri azaldığı bildirilmiştir.

2.3 Kaygı ile Otomatik Düşünceler ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Arasındaki İlişki

Bilişsel kurama göre kaygı

Beck ve Emery (2019) anksiyeteyi, kaygı ve bulantı hali olarak tanımlamayı kaygının paradoksal bir özellik taşıdığını yani bir nevi en çok korkulan, nefret edilen veya istenmeyen durumun kaygılı kişinin başına geldiğini ifade etmektedir. Bir başka deyişle, istenmeyen bir şeyin yaşanacağına dair yaşanan korku ve kaygı, bu istenmeyen yaşantının gerçekleşme olasılığını artırabilmektedir.

Beck ve Rush (1985), nevrotik anksiyete yaşayan hastalarla yaptıkları araştırmaların neticesinde, bu hastalarda gözlenen ortak noktalardan yola çıkarak kaygının bilişsel modelini geliştirmiştir. Bu çalışmaya katılan her hastanın belirli durumlara girmek üzereyken veya girdiğinde, kaygı ataklarının başlangıcında, durumun anlamına ilişkin bilişlerinin ortaya çıktığı gözlemlenmiştir. Bu bilişlerin ortak temasının, fiziksel ya da psikolojik olarak zarar vereceği düşünülen ve imgelenen bir tehlike olduğunu söylemek mümkündür. Kaygının tetiklenmesi ve şiddetinin artmasında rol oynayan bu bilişlerin genellikle görsel fantezilerle gerçekleştiği bildirilmektedir (Beck ve Rush, 1985).

Beck kaygının, bireyin kişisel güvenliğine yönelik bir tehdit veya tehlike olarak algılanan bilginin, seçici olarak işlenmesini içerdiğini savunmaktadır. Bireylerin yaşadıkları kaygılı anların belki de en önemli noktası, tıpkı bir refleks gibi aniden ortaya çıkan otomatik düşünceler ve anlık imgelerdir. Aniden ortaya çıkan imge veya otomatik düşünceleri yani bu bilişsel süreci, aslında oldukça normal karşılanabilecek bir uyarı başlatmaktadır (Beck ve Clark, 1997).

Beck'e (1985) göre kaygının birtakım evrimsel temelleri mevcuttur. Örneğin bir belirsizlik anında, yanlış giden şeylere odaklanmak hayatta kalabilmek için faydalı olabilecektir. Böylece kaygı, huzursuzluğa neden olsa da neslin devamını sağlamış olacaktır. Fizyolog Walter Bradford Cannon (1929) tarafından geliştirilen 'savaş ya da

kaç' kavramı bu konuya dair önemli bilgiler sunmaktadır. Herhangi bir tehdit anında insanlar ve hayvanlar epinefrin salgılamakta böylece organizma tehdiye karşı savaşmaya veya kaçmaya hazırlanmaktadır. Bu tip bir uyarılmayla birlikte ruhsal olarak korku, ağrı veya öfke hissedilmekte, fizyolojik olarak kalp hızı artmakta, solunum hızlanmakta, kan basıncı artmakta, terleme artmakta, karaciğerlerdeki rezervlerden şeker salınmakta, göz bebekleri büyümekte, titreme artmakta, sindirim hızı değişmekte ve kan akışı kaslara yönelmektedir.

Öte yandan binlerce yıllık süreç içerisinde yaşadığımız çevre çok önemli ölçüde değişse de bazı doğuştan gelen koruyucu mekanizmalarımız aynı kalmıştır. Mevcut çevremize tam olarak uygun olmayan bu savunma mekanizmaları uyumsuz kaygıya ve kaygı bozukluklarına neden olabilmektedir. Yani aslında normal olan ve uzun süreler bizlerin hayatta kalmasına yardım eden bu mekanizmalar bugün uyumsuzluğa neden olabilmektedir. Netice olarak bilişsel kuramcılarca kaygı bozukluklarının, genelleştirilmiş ve yoğun bir savunmasızlık duygusu ve bunun sonucunda kendini savunma veya kaçış için otomatik seferberlik ile karakterize olduğu ileri sürülmektedir (Beck, 1985).

Kaygının bilgi işleme modeline göre, bazı bireylerin belirsizliğe karşı toleransları düşüktür. Bu bireyler tehlikelere ve çevredeki tehditlere karşı aşırı duyarlıdır. Dolayısıyla buldukları durumlardaki daha çok tehlikeli yönlere veya olumsuzluklara odaklanmakta buna karşın durumda mevcut olan olumlu durumları göz ardı etmekte ya da bu olumlu yanları küçümseyebilmektedir. Böylece bu bireylerde içinde buldukları veya bulunacakları duruma dair olumsuz otomatik düşünceler ve katastrofik düşünceler ortaya çıkmaktadır (Beck ve Clark, 1997).

Kaygı problemi yaşayan bireylerin umumiyetle, çevrelerindeki tehlikelere karşı daha fazla odaklanmakta ve basit tehlikeleri görece daha büyük bir tehlike olarak algılamakta oldukları görülmektedir. Beck'in saldırıya açık olmak olarak tanımladığı bu durumun üç başlıca nedeni olduğu düşünülmektedir. Bu üç temel neden; kişinin kendi yetersizliğine olan inancı, değerlendirmeye tabi olmak ve başarısızlığın ya da ölümün istenmeyen olası sonuçlarıdır (Beck ve Emery, 2019).

Bilişsel modele göre kaygı; yakın tehlike, tehdit ve çekincelerle karakterizedir. Bilişsel modelde kişiyi psikolojik olarak rahatsızlıklara yani anksiyeteye, öfkeye veya

depresyona yönelten temel varsayımlardan söz edilmektedir. ‘‘Herkes beni sevmeli’’, ‘‘benim değerimin ölçüsü başkalarının beni ne kadar tasdik ettiğine bağlıdır’’ gibi birtakım işlevsiz kural ve varsayımlar kişilerde kaygı bozukluğu ya da depresyon gibi sorunlara neden olabilmektedir. Kaygının bilişsel modeli bir piramide benzetilirse; piramidin en üstünde duruma özgü oluşan otomatik düşünceler, orta katmanında hâkim hassasiyet gibi dayanıklı temalar, piramidin en altında ise yanlış veya işlevsiz olan tutumlar, inançlar ve kavramlar vardır. Tutumlar, inançlar ve kavramlar yani bilişsel şemalar, kişinin belirsiz tehlike senaryolarında nasıl düşüneceğini belirleyebilmektedir. Bir başka ifadeyle, tehdit edici bir durum hakkında çok az bilgi sahibi olursa dahi şemalar bu durumun nasıl algılanacağını veya ne kadar tehlikeli olabileceğini belirlemede etkin rol oynayabilmektedir. Sonuç olarak da çok küçük bir işaretle bile bahsi geçen şemalar devreye girerek kişinin felaket senaryolarına kapılmasına ve olumsuz tahminlerde bulunmasına neden olabilmektedir (Leahy, 2018).

Kaygı ile otomatik düşünceler ve fonksiyonel olmayan tutumlar arasındaki ilişkiye dair yapılan çalışmalar

Literatürde, kaygı ile otomatik düşüncelerin ve fonksiyonel tutumların ilişkili olduğunu ortaya koyan birçok çalışma bulunmaktadır. Bu bölümde bu çalışmaların bazılarında bahsedilecektir.

Lohr ve Bonge’un (1981) çalışmasının temel amacı işlevsel olmayan bilişler ile kaygı arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu amaçla 242 lisans öğrencisinden Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği’ni, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri’ni ve Akılcı Olmayan İnançlar Test’ini doldurması istenmiştir. Çalışmada sonuç olarak, durumluk kaygı ile sürekli kaygı arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu belirtilmiştir. Buna ilave olarak, fonksiyonel olmayan tutumlar ile hem durumluk kaygının hem de sürekli kaygının arasında pozitif yönlü ilişkinin varlığı bildirilmektedir.

Beck ve diğ. (1987) anksiyete belirtileri ile anksiyöz otomatik düşüncelerin arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğunu ve bu ilişkinin depresif belirtiler ile depresif otomatik düşüncelerden daha güçlü olduğunu vurgulamaktadır. Özgüven Halise (1999) ise 50’si kontrol 50’si deney grubunu oluşturan 100 kişi ile yaptığı çalışmada, kriz vakalarında fonksiyonel olmayan tutumların ve hatalı otomatik düşüncelerin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ayrıca Sanz ve Avia (1994) sosyal kaygı ve işlevsiz tutumlar arasında ilişki olduğunu belirtmektedir.

Wenzel ve diğ. (2006) panik bozuklukta, fiziksel ve duygusal deneyimlere verilen katastrofik reaksiyonların bireylerin sahip oldukları inançlarla ilişkili olduğunu ifade etmektedir. Wong'un (2008), üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada ise sınav kaygısı ile otomatik düşüncelerin ve fonksiyonel olmayan tutumların istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişkili olduğu bildirilmektedir. Ayrıca ampirik araştırmaların, sağlık anksiyetesinde bedensel semptomların ve hastalıklarla ilgili işlevsiz inançların önemini vurguladığı belirtilmektedir (Weck, Neng, Richtberg ve Strainger, 2012).

Aydın'ın (2009) yapmış olduğu çalışmada, otomatik düşüncelerin durumluk kaygıyı yordayıcı gücünü incelenmiştir. Çalışmaya 119'u kadın, 101'i erkek 220 üniversite dördüncü sınıf öğrencisi katılmıştır. Çalışmada Hollon ve Kendall (1980) tarafından geliştirilen Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Spielberg'in Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'nin durumluk kaygı alt ölçeği kullanılmıştır. Sonuç olarak araştırmada, otomatik düşüncelerin durumluk kaygı üzerinde önemli bir yordayıcı olduğu ve toplam varyansın %39'unu açıkladığı ifade edilmektedir. Bu çalışmaya ek olarak, Muris ve diğ. (2009) 9-12 yaş arasındaki çocuklarla yaptığı araştırmada, olumsuz otomatik düşüncelerin azaltılması ile anksiyete belirtilerinin azaltılması arasındaki ilişki vurgulanmaktadır.

Thijssen ve diğ. (2010) 268 irritabl bağırsak sendromlu yetişkin hasta ile yaptığı çalışmada, hastaların %30'unda anksiyete bozukluğu tespit edilmiş, kaygı düzeyi yüksek hastaların fonksiyonel olmayan tutumlarının da fazla olduğu bildirilmiştir. Buna ek olarak fonksiyonel olmayan tutumların artmasının, hastaların semptom şiddetini de artırdığı belirtilmiştir. Kovacs ve Kovacs (2007) da buna paralel olarak, kaygı düzeyinin ve fonksiyonel olmayan tutumların irritabl bağırsak sendromu ile ilişkili olduğunu ifade etmiştir.

Kara ve Acet (2012), 106 katılımcıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, olumsuz otomatik düşüncelerin öğrenilebilmesi için Otomatik Düşünceler Ölçeği, durumluk kaygının öğrenilebilmesi için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'nin durumluk kaygı alt ölçeğini ve Bireysel Bilgi Toplama Formu kullanmıştır. Çalışmada, durumluk kaygı ile olumsuz otomatik düşüncelerin şaşkınlık, negatif duygu ve umutsuzluk alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişkinin olduğu bildirilmektedir.

Torrente ve diğ. (2014) yaptıkları çalışmanın temel gayesi, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan yetişkinlerde işlevsiz bilişlerin varlığını araştırmaktır. Bu maksatla araştırmada Otomatik Düşünceler Ölçeği, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'nin sürekli kaygı alt ölçeği ve daha birçok ölçek kullanılmıştır. Çalışmada, sürekli kaygı ile otomatik düşünceler arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve oldukça güçlü bir ilişki (.79) bildirilmiştir. Buna ek olarak sürekli kaygı ile fonksiyonel olmayan tutumlar arasında da istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişkinin (.54) varlığından bahsedilmektedir. Son olarak çalışmada, işlevsel olmayan tutumlar ile otomatik düşünceler arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişkiden söz edilmektedir.

Güneş (2016) Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'nin sürekli kaygı alt ölçeğini ve Otomatik Düşünceler Ölçeği'ni kullandığı çalışmada, algılanan ana baba tutumları ile sürekli kaygı ve sürekli depresyon arasındaki ilişkide üstbiliş ve otomatik düşüncenin aracı rolünü incelemiştir. Çalışmaya yaşları 18 ile 35 yaş arasında değişen 386'sı kadın, 172'si erkek 558 katılımcı katılmıştır. Çalışmada, sürekli kaygı ile otomatik düşünceler arasında anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki (.73) bildirilmiştir.

Sinanoğlu (2016) 141 lise son sınıf öğrencisinin kaygı düzeylerini, depresyon düzeylerini ve otomatik düşüncelerini değerlendirmiştir. İstenilen veriler Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Kişisel Bilgi Formu aracılığıyla toplanmıştır. Sonuç olarak çalışmada, kaygı düzeyi ile otomatik düşünceler arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü (.69) ilişkiden söz edilmektedir. Buna ilave olarak çalışmada, depresyon ile kaygı arasında ve depresyon ile otomatik düşünceler arasında pozitif yönlü ilişkilerin varlığı belirtilmektedir. Ayrıca çalışmada, cinsiyete göre otomatik düşünce puanlarında ve anksiyete puanlarında anlamlı bir fark görülmediği ifade edilmektedir. Geçmişte psikolojik yardım alan, psikiyatrik tanısı olan, bedensel hastalığa sahip katılımcıların; otomatik düşüncelerinin daha fazla ve kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır.

Yapan (2018) 186'sı kadın 95'i erkek 281 üniversite öğrencisi ile yaptığı araştırmada, anksiyete ve depresyon belirtilerinin yordayıcılarını incelemiştir. Düşünce baskılama, ruminasyon, işlevsel olmayan tutumlar ve otomatik düşünceler yordayıcı değişkenlerinin incelendiği bu çalışmada; Beck Anksiyete Ölçeği, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Türkçe Formu (DAS-R-TR) ve Otomatik Düşünceler Ölçeği

(OTÖ) kullanılmıştır. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar incelendiğinde yaklaşık ortalama puanın; Otomatik Düşünceler Ölçeği için 54.79, FOTÖ (DAS-R-TR) Mükemmeliyetçilik Alt Boyutu için 18.27, FOTÖ (DAS-R-TR) Bağımlılık Alt Boyutu için 11 ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği'nin tamamı için 29.28 olduğu belirtilmektedir. Çalışmada, otomatik düşünceler ile fonksiyonel olmayan tutumların bağımlılık alt boyutu ve mükemmeliyetçilik alt boyutu arasında pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon olduğu bildirilmektedir. Benzer şekilde çalışmada, kaygı düzeyi ile otomatik düşünceler ve fonksiyonel olmayan tutumlar arasında da pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişkinin varlığı vurgulanmaktadır. Sonuç olarak bu araştırmada, anksiyete belirtilerinin en güçlü yordayıcısının otomatik düşünceler olduğu bildirilmektedir.

Fouladgar (2019) İranlı ve Pakistanlı 1500 üniversite öğrencisinin fonksiyonel olmayan tutumlarını ve kaygı düzeylerini incelemiştir. Çalışmada işlevsel olmayan tutumların değerlendirilebilmesi için Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği, kaygı düzeyinin ölçümlenebilmesi için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri kullanılmıştır. Çalışmada, durumluk kaygı ile sürekli kaygı arasında ve durumluk-sürekli kaygı ile işlevsel olmayan tutumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca cinsiyetin, bekar olmanın, ebeveynlerle yetersiz ilişkiye sahip olmanın, çalışma durumunun, fonksiyonel olmayan tutumların başarı ve mükemmeliyetçilik alt boyutlarının sürekli kaygıyı yordadığı belirtilmektedir. Buna ek olarak kültürün, medeni durumun, ebeveynlerle yetersiz ilişkiye sahip olmanın, fonksiyonel olmayan tutumların başarı ve mükemmeliyetçilik alt boyutlarının durumluk kaygıyı yordadığı bildirilmektedir.

Parim (2019) yüksek lisans tezi kapsamında üniversite öğrencilerinde anksiyete belirtilerini, otomatik düşünceleri ve işlevsel olmayan tutumları değerlendirmiştir. Çalışmada Beck Anksiyete Envanteri, Otomatik Düşünceler Ölçeği, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği ve Demografik Form kullanılmıştır. Çalışmaya 18-53 yaş arası, lisans veya yüksek lisans eğitimi gören 87'si kadın 17'si erkek 100 katılımcı katılmıştır. Çalışmada katılımcıların cinsiyetlerine göre fonksiyonel olmayan tutumlarında, otomatik düşüncelerinde ve kaygı düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmaya ulaşılmadığı ifade edilmiştir. Benzer şekilde, otomatik düşünceler ve fonksiyonel olmayan tutumların birçok boyutu ile yaş arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanılmadığı bildirilmiştir. Katılımcıların, Hollon ve Kendall'ın (1980)

geliştirmiş olduğu Otomatik Düşünceler Ölçeği ortalama puanları yaklaşık 57,93 olarak belirtilmiştir. Çalışmada, otomatik düşüncelerin kişisel uyumsuzluk ve değişim istekleri, yalnızlık/izolasyon, kendine yönelik negatif düşünceler ve şaşkınlık/kaçma fantezileri alt boyutu ile fonksiyonel olmayan tutumların onaylanma ihtiyacı ve mükemmeliyetçi tutum alt boyutları arasında pozitif yönlü ilişkinin varlığı vurgulanmıştır. Buna ek olarak anksiyete ile hem otomatik düşünceler hem de fonksiyonel olmayan tutumlar arasında pozitif yönlü ilişkinin var olduğu ifade edilmiştir.

Kankurtay'ın (2020) yaptığı araştırmanın temel amaçlarından birisi de fonksiyonel olmayan tutumların yaygın anksiyete eğilimini yordayıcı gücünün araştırılmasıdır. Çalışmaya 369'u kadın 105'i erkek toplam 474 üniversite öğrencisi katılmıştır. Çalışmada, cinsiyetlere göre fonksiyonel olmayan tutumların düzeyinin farklılaşmadığı belirtilmektedir. Öte yandan önceden psikolojik yardım alıp almamaya göre Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği puanlarının farklılaştığı bildirilmektedir. Anksiyete ile fonksiyonel olmayan tutumların hem bağımlılık hem de mükemmeliyetçilik alt boyutunun arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişkinin varlığı ifade edilmektedir. Son olarak çalışmada, fonksiyonel olmayan tutumların, yaygın anksiyeteyi istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordadığı ve varyansın %19.9'unu açıkladığı vurgulanmaktadır.

3 YÖNTEM

Bu bölümde; araştırmada kullanılan model, araştırmının çalışma grubu, araştırmada kullanılan veri toplama araçları, araştırma verilerinin nasıl toplandığı ve verilerin analizinin nasıl yapıldığına dair bilgiler verilecektir.

3.1 Araştırmanın Modeli

Araştırma, nicel araştırma yöntemleri başlığının bir alt türü olan genel tarama modelinden, ilişkisel tarama modeline uygun olarak desenlenmiştir. Araştırma değişkenleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi hedeflendiği için bu model tercih edilmiştir. Karasar'a (2005) göre ilişkisel tarama modeli, iki veya daha fazla değişkenin birlikte değişip değişmediğini, eğer birlikte değişim söz konusu ise bu değişimin düzeyinin anlaşılabilmesi için kullanılan araştırma modelidir. Bu araştırmanın da amacının otomatik düşünceler ve fonksiyonel olmayan tutumların kaygıyı yordayıcı gücünün incelenmesi olması sebebiyle ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır.

3.2 Araştırmanın Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubunu, 2020-2021 yılları arasında İstanbul ilinde İstinye Üniversitesi Hastanelerinde ayaktan ve yatarak kanser tedavisi görmekte olan 18 yaş ve üzeri 82'si erkek 93'ü kadın toplam 175 kanser hastası oluşturmaktadır. Herhangi bir spesifik kanser türü veya evresi üzerinden araştırma yürütülmemiştir. Araştırmanın çalışma grubunun seçilmesinde uygun örnekleme kullanılmıştır. Araştırmanın çalışma grubu olan kanser hastalarına ulaşmanın ve araştırma yapmanın güçlüğü nedeniyle, ekonomik ve zamanla ilgili birtakım sınırlılıkların etkisiyle, bu örnekleme yöntemi tercih edilmiştir. Çalışma grubuna dahil olmayla ilişkin; 18 yaşını doldurmuş olma, çalışmaya katılmak için gönüllü olma, herhangi bir kanser türünden kanser tanısı almış olma, bilgilendirilmiş onam formunu onaylama kriterlerine dikkat edilmiştir.

Tablo 3.2.1 Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Sayı (N)	Yüzde (%)
Erkek	82	46.9
Kadın	93	53.1
Toplam	175	100

Tablo 3.2.1'e göre çalışmaya katılan kanser hastalarının 82'si erkek (%46.9), 93'ü kadındır (%53.1). Çalışmaya toplam 175 kanser hastası katılmıştır.

Tablo 3.2.2 Katılımcıların yaşına dair yapılan betimsel analiz

Yaş	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)
	18	84	49.4	13.8	-.236	-.710

Tablo 3.2.2'ye göre çalışma katılan en genç kanser hastası 18, en yaşlı kanser hastası 84 yaşındadır. Katılımcıların, yaş ortalaması 49.4 ve yaşlarının standart sapması 13.8'dir. Ayrıca katılımcıların yaş dağılımı incelendiğinde çarpıklık katsayısının (Skewness) -.236, basıklık katsayısının (Kurtosis) -.710 olduğu görülmüştür.

Tablo 3.2.3 Katılımcıların medeni duruma göre dağılımı

Medeni Durum	Sayı (N)	Yüzde (%)
Evli	132	75.4
Bekar	43	24.6
Toplam	175	100

Tablo 3.2.3'e göre çalışmaya katılan kanser hastalarının 132'si evli (%75.4), 43'ü bekar (%24.6).

Tablo 3.2.4 Katılımcıların sahip olduğu çocuk sayısına göre dağılımı

Çocuk Sayısı	Sayı (N)	Yüzde (%)
Çocuk Yok	39	22.3
1	20	11.4
2	48	27.4
3	32	18.3
4	18	10.3
5	12	6.9
6	4	2.3
8	2	1.1
Toplam	175	100

Tablo 3.2.4'e göre çalışmaya katılan kanser hastalarının 39'unun çocuğu bulunmamakta (%22.3), 20'sinin 1 çocuğu (%11.4), 48'inin 2 çocuğu (%27.4), 32'sinin 3 çocuğu (%18.3), 18'inin 4 çocuğu (%10.3), 12'sinin 5 çocuğu (%6.9), 4'ünün 6 çocuğu (%2.3), 2'sinin 8 çocuğu bulunmaktadır.

Tablo 3.2.5 Katılımcıların eğitim durumuna göre dağılımı

Eğitim Durumu	Sayı (N)	Yüzde (%)
İlkokul Mezunu	33	18.9
Ortaokul Mezunu	8	4.6
Lise Mezunu	58	33.1
Üniversite Mezunu	76	43.4
Toplam	175	100

Tablo 3.2.5'e göre çalışmaya katılan kanser hastalarının 33'ü ilkokul mezunu (%18.9), 8'i ortaokul mezunu (%4.6), 58'i lise mezunu (%33.1), 76'sı üniversite mezunu (%43.4) olduğunu belirtmiştir.

Tablo 3.2.6 Katılımcıların çalışma durumuna göre dağılımı

Çalışma Durumu	Sayı (N)	Yüzde (%)
Çalışıyor	65	37.1
Çalışmıyor	55	31.4
Emekli	55	31.4
Toplam	175	100

Tablo 3.2.6'ya göre çalışmaya katılan kanser hastalarının 65'i çalıştığını (%37.1), 55'i çalışmadığını (%31.4), 55'i emekli olduğunu (%31.4) belirtmiştir.

Tablo 3.2.7 Katılımcıların aylık gelir düzeyine göre dağılımı

Aylık Gelir Düzeyi	Sayı (N)	Yüzde (%)
2200 TL ve Altı	48	27.4
2200-4500 TL Arası	47	26.9
4500-6700 TL Arası	46	26.3
6700 TL ve Üstü	34	19.4
Toplam	175	100

Tablo 3.2.7'ye göre çalışmaya katılan kanser hastalarının 48'i 2200 TL ve altında aylık gelire (%27.4), 47'si 2200 TL ile 4500 TL arası aylık gelire (%26.9), 46'sı 4500 TL ile 6700 TL arası aylık gelire (%26.3), 34'ü 6700 TL ve üstünde aylık gelire (%19.4) sahiptir.

Tablo 3.2.8 Katılımcıların kanser türüne göre dağılımı

Kanser Türü	Sayı (N)	Yüzde (%)
Akciğer	24	13.7
Beyin	5	2.9
Böbrek	2	1.1
Deri	4	2.3
Dil	1	0.6
Gırtlak	2	1.1
Karaciğer	4	2.3
Kolon	24	13.7
Lenf	4	2.3
Meme	44	25.1
Mesane	2	1.1
Mide	21	12
Pankreas	6	3.4
Prostat	7	4
Rahim	6	3.4
Rektum	7	4
Testis	4	2.3
Tiroid	2	1.1
Yumurtalık	6	3.4
Toplam	175	100

Tablo 3.2.8'e göre katılımcıların 24'ü akciğer kanseri (%13.7), 5'i beyin kanseri (%2.9), 2'si böbrek kanseri (%1.1), 4'ü deri kanseri (%2.3), 1'i dil kanseri (%0.6), 2'si gırtlak kanseri (%1.1), 4'ü karaciğer kanseri (%2.3), 24'ü kolon kanseri (%13.7), 4'ü lenf kanseri (%2.3), 44'ü meme kanseri (%25.1), 2'si mesane kanseri (%1.1), 21'i mide kanseri (%12), 6'sı pankreas kanseri (%3.4), 7'si prostat kanseri (%4), 6'sı rahim kanseri (%3.4), 7'si rektum kanseri (%7), 4'ü testis kanseri (%2.3), 2'si tiroid kanseri (%1.1) ve 6'sı yumurtalık kanseridir (%3.4).

Tablo 3.2.9 Katılımcıların kanser tanısı almalarının üzerinden geçen süreye göre dağılımı

Kanser Tanısı Almanın Üzerine Geçen Süre	Sayı (N)	Yüzde (%)
6 Aydan Daha Az	57	32.6
6 Ay - 1 Yıl Arası	51	29.1
1-2 Yıl Arası	36	20.6
2 Yıl ve Daha Fazla	31	17.7
Toplam	175	100

Tablo 3.2.9'a göre çalışmaya katılan kanser hastalarının 57'sinin kanser tanısı almasının üzerinden 6 aydan az süre geçmiş (%32.6), 51'nin kanser tanısı almasının

üzerinden 6 ay ile 1 yıl arasında süre geçmiş (%29.1), 36'sının kanser tanısı almasının üzerinden 1 yıl ile 2 yıl arasında süre geçmiş (%20.6) ve 31'inin kanser tanısı almasının üzerinden 2 yıl veya daha uzun bir süre geçmiştir (%17.7).

Tablo 3.2.10 Katılımcıların şu anki kanser evrelerine göre dağılımı

Kanser Evresi	Sayı (N)	Yüzde (%)
Erken Evre (I. veya II. Evre)	88	50.3
İleri Evre (III. Evre)	53	30.3
Çok İleri Evre (IV. Evre)	34	19.4
Toplam	175	100

Tablo 3.2.10'a göre çalışmaya katılan kanser hastalarının şu anki kanser evreleri değerlendirildiğinde 88'inin erken yani I. veya II. evre kansere (%50.3), 53'ünün ileri yani III. evre kansere (%30.3) ve 34'ünün çok ileri yani IV. evre kansere (%19.4) sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 3.2.11 Katılımcıların kanser tedavisi yönetimine göre dağılımı

Kanser Tedavisi Yöntemi	Sayı (N)	Yüzde (%)
Cerrahi	132	75.4%
Kemoterapi	161	92.0%
Radyoterapi	51	29.1%
Diğer	24	13.7%

Alan yazın bölümünde bahsedildiği üzere kanser hastalarının tedavisinde çoğunlukla birden fazla tedavi yöntemi aynı anda veya sırayla kullanılabilir. Tablo 3.2.11'e göre çalışmaya katılan kanser hastalarının %75.4'ü cerrahi tedavi, %92'si kemoterapi, %29.1'i radyoterapi ve %13.7'si diğer kanser tedavisi yöntemlerinden tedavi görmüş veya halen tedavi görmektedir. Bir başka ifade ile çalışmaya katılan 175 kanser hastasının 132'si cerrahi tedavi, 161'i kemoterapi, 51'i radyoterapi ve 24'ü diğer kanser tedavi yöntemlerinden tedavi görmüş veya halen görmektedir.

Tablo 3.2.12 Katılımcıların kanser tanısı sonrasında psikolojik / psikiyatrik destek alıp almama duruma göre dağılımı

Psikolojik / Psikiyatrik Destek Alma Durumu	Sayı (N)	Yüzde (%)
Evvet, aldım	39	22.3
Hayır, almadım	136	77.7
Toplam	175	100

Tablo 3.2.12'ye göre çalışmaya katılan kanser hastalarının 39'u kanser tanısı sonrasında psikiyatrik / psikolojik yardım alırken (%22.3), 136'sı tanı sonrasında herhangi bir psikiyatrik / psikolojik destek almamıştır (%77.7).

Tablo 3.2.13 Tedavi sürecinde psikolojik / psikiyatrik destek alan katılımcıların kimden yardım aldığına göre dağılımı

Yardım Alınan Uzman	Sayı (N)	Yüzde (%)
Psikiyatrist	22	56.4
Psikolog	13	33.3
Psikolojik Danışman	4	10.3
Toplam	39	100

Tablo 3.2.13'e göre kanser tanısı almasının ardından psikiyatrik / psikolojik yardım alan kanser hastalarının 22'si bir psikiyatristten (%56.4), 13'ü bir psikologdan (%33.3) ve 4'ü bir psikolojik danışmandan (%10.3) yardım almıştır.

Tablo 3.2.14 Katılımcıların psikiyatrik tanı alma durumuna göre dağılımı

Psikiyatrik Tanı	Sayı (N)	Yüzde (%)
Depresyon	11	6.3
Herhangi Bir Psikiyatrik Tanı Almamış	152	86.9
Kaygı Bozukluğu	8	4.6
Panik Bozukluk	3	1.7
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	1	0.6
Toplam	175	100

Tablo 3.2.14'e göre çalışmaya katılan kanser hastalarının 152'si herhangi bir psikiyatrik tanı almamıştır (%86.9). Öte yandan çalışmaya katılan kanser hastalarının 11'i depresyon (%6.3), 8'i kaygı bozukluğu (%4.6), 3'ü panik bozukluk (%1.7) ve 1'i travma sonrası stres bozukluğu (%0.6) tanısı aldığını belirtmektedir.

3.3 Veri Toplama Araç ve/veya Teknikleri

Katılımcılara ait kişisel bilgilerin edinilebilmesi amacıyla "Kişisel Bilgi Formu", katılımcıların kaygı düzeyinin öğrenilebilmesi için "Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI)", katılımcıların olumsuz otomatik düşüncelerinin ne sıklıkla ortaya çıktığının öğrenilebilmesi için "Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ)" ve katılımcıların fonksiyonel

olmayan tutumların belirlenebilmesi için “Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (DAS-R-TR)” kullanılmıştır.

3.3.1 Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI)

Kanser hastalarında kaygıyı ölçümlenmek amacıyla yaygın olarak kullanılan öz bildirim tipindeki ölçeklerden birisi de Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri’dir (Stark ve House, 2000). Bu envanter, bireylerin içinde bulunduğu stresli durumlardaki yaşadıkları durumluk kaygıyı ve genel olarak olayların stresli olarak algılanmasıyla kaygıya neden olabilen yatkınlığı veya daha uzun süreli yaşanan kaygıları yani sürekli kaygıyı ölçmek amacıyla Spielberg ve diğ. (1970) tarafından geliştirilmiştir. Toplam 40 maddeden oluşan envanterin 20 maddesi durumluk kaygıyı, 20 maddesi sürekli kaygıyı ölçmektedir. Her iki kısımdan da 20 ile 80 puan arasında bir puan alınabilmektedir. Alınan yüksek puanlar kaygı düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. 4’lü linkert tipi ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Öner ve LeCompte (1985) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Kuder Richardson Alpha yöntemini kullanarak ulaşılan iç tutarlılığı sürekli kaygı bölümü için 0.83 ile 0.87 arasında, durumluk kaygısı kısmı için 0.94 ile 0.96 arasında olduğu bildirilmektedir. Sürekli Kaygı Ölçeğinin madde güvenilirliği 0.34 ile 0.72 arasında ve test-tekrar test güvenilirliği 0.71 ile 0.86 arasında değişmekte olduğu ifade edilmektedir. Durumluk Kaygı Ölçeğinin; madde güvenilirliğinin 0.42 ile 0.85 arasında, test-tekrar test güvenilirliğinin ise 0.26 ile 0.68 arasında değişmekte olduğu belirtilmektedir. Sonuç olarak Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri’nin, geçerlik ve güvenilirlik düzeylerinin yüksek olduğu anlaşılmaktadır (Öner ve LeCompte, 1985).

Baş’ın (1983) da test tekrar güvenilirliğini Durumluk Kaygı Ölçeği için 0.76, Sürekli Kaygı Ölçeği için 0.78 olarak bulguladığı aktarılmaktadır (Özgüven, 2017). Buna ek olarak, Gökalp (2015) kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada, Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısını durumluk kaygı ölçeği için 0.84, sürekli kaygı ölçeği için 0.95 olarak tespit etmiştir. Bu çalışmada ise Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı durumluk kaygı ölçeği için 0.95, sürekli kaygı ölçeği için 0.94 olarak saptanmıştır.

3.3.2 Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ)

Bu ölçeğin temel amacı olumsuz otomatik düşüncelerin, bireylerin aklından ne sıklıkla geçtiğini ölçmektir. 30 maddelik 5’li linkert tipi Otomatik Düşünceler Ölçeği (Automatic Thoughts Questionnaire-ATQ), Hollon ve Kendall (1980) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte olumsuz otomatik düşünceler maddeler halinde verilip son bir

haftada bu olumsuz otomatik düşüncelerin ne sıklıkla akıldan geçtiği sorgulanmaktadır. Puanların artışı olumsuz otomatik düşüncelerin akıldan daha sık geçtiğine işaret etmektedir. Ölçeğin hem Türkçe formunda hem de orijinal formunda; ümitsizliğe yönelik olumsuz düşünceler (6., 11., 12. ve 25. madde), yalnızlığa yönelik olumsuz düşünceler (1., 4., 10. ve 28. madde), kişisel uyumsuzluğa yönelik olumsuz düşünceler (9., 26. ve 29. madde), şaşkınlık ve kaçmaya yönelik düşünceler (13., 14., 15., 19., 20. ve 22. madde), kendine yönelik olumsuz düşünceler (2., 3., 7., 8., 17., 18., 21., 23., 24. ve 27. madde) olmak üzere 5 alt boyut bulunmaktadır (Şahin ve Şahin, 1992).

Ölçeğin Türkçe uyarlaması, Şahin ve Şahin (1992) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin, Cronbach Alpha Değeri 0.93 olarak, yarı-test güvenilirlik puanı ise 0.91 olarak bulunmuştur (Şahin ve Şahin, 1992). Çalığışu (2020) da Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısını 0.95 olarak tespit etmiş ve yaptığı faktör analizi sonucunda geçerliğin 0.96 olduğunu ifade etmiştir. Bu çalışmada ise Otomatik Düşünceler Ölçeği için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.96 olarak bulunmuştur.

3.3.3 Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (DAS-R-TR)

Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği, bireylerde depresyon veya kaygıya neden olan ara inançların tespit edilebilmesini ve sıklığının öğrenilebilmesini amaçlayan, 7’li linkert tipi, 13 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin, mükemmeliyetçilik/başarı (P) odaklı tutumlar ve onaylanma ihtiyacı/bağımlılık (NFA) olarak iki alt boyutu bulunmaktadır. Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (Dysfunctional Attitude Scale), Weissman ve Beck tarafından 1978 yılında depresyona yol açtığı düşünülen işlevsel olmayan tutumların belirlenebilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Öz bildirim ölçeği olan DAS, 40 madden oluşan 7’li linkert tipi bir ölçektir.

Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1992’de Şahin ve Şahin tarafından yapılmıştır. Ardından bu ölçek Batmaz ve Özdel (2016) tarafından, kısa form haline getirilerek revize çalışması yapılmış, revize edilmiş formun güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılmıştır. DAS-R-TR’nin iç tutarlılık katsayısı “onaylanma ihtiyacı/bağımlılık” alt boyutu için 0.75 olarak, “mükemmeliyetçilik/başarı” alt boyutu için 0.84 olarak ve toplam ölçek için 0,85 olarak bildirilmektedir (Batmaz ve Özdel, 2016). Bu çalışmada ise Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (DAS-R-TR) için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.94 olarak bulgulanmıştır.

Ölçeğin her bir maddesi 1 ile 7 puan arasında puanlanmaktadır. Ölçekte alınabilecek en yüksek puan 91, en düşük puan 13'tür. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Dolayısıyla alınan puanlar ne kadar yüksekse katılımcının fonksiyonel olmayan tutumlarının bir o kadar fazla ve yoğun olduğu anlaşılmaktadır (Batmaz ve Özdel, 2016).

3.3.4 Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından, bu araştırmaya özel olarak hazırlanan bu formda; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik gelir düzeyi, kanser türü, kanser evresi, tanı almanın üzerinden geçen süre, kanser sürecinde profesyonel olarak psikolojik/psikiyatrik yardım alınıp alınmadığı, psikolojik yardım alındı ise bu yardımın kimden alındığı (psikiyatrist, psikolojik danışman, psikolog gibi) ve herhangi bir psikiyatrik tanı alınmışsa bunun ne olduğu gibi bilgiler yer almaktadır.

3.4 Verilerin Toplanması ve Analizi

Araştırma için gerekli izinler; kullanılan ölçekleri geliştiren öğretim üyelerinden, Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü'nden, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve İstinye Üniversitesi Rektörlüğü'nden alınmıştır. Ayrıca çalışmaya katılmaya gönüllü olan her hastadan, ölçekleri doldurmaya başlamadan önce, bilgilendirmiş onam formunu okuması ve çalışmaya katılmayı kabul ettiği takdirde ilgili bölümü imzalaması istenmiştir. Araştırmanın verileri, İstinye Üniversitesi Hastanelerinin Medikal Onkoloji Servislerinde tedavi görmekte olan yetişkin kanser hastalarından, araştırmacı tarafından, 01.12.2020 ile 31.03.2021 tarihleri arasında çalışmaya katılmaya gönüllü olan 175 hastadan toplanmıştır. Verilerin analizinde; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olup olmadığının öğrenilebilmesi için Bağımsız Gruplar t-Testi, değişkenler arasındaki korelasyonel ilişkinin analizi için Pearson Momentler Çarpım Korelasyon Katsayısı, değişkenlerinler arasındaki yordayıcı ilişkinin belirlenebilmesi için Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi tekniklerinden yararlanılmıştır. Tüm bu analiz süreci, IBM SPSS-25 paket programı aracılığıyla yapılmıştır.

4 BULGULAR

Bu bölümde; Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterinden alınan puanların betimsel analizine, Otomatik Düşünceler Ölçeğinden alınan puanların betimsel analizine, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeğinden alınan puanların betimsel analizine, katılımcıların cinsiyetlerine göre durumluk ve sürekli kaygılarının farklılaşp farklılaşmadığına dair bağımsız gruplar t-testine, araştırma kapsamında incelenen değişkenler arasındaki korelasyona ve yordayıcı ilişkiye dair yapılan analizlere yer verilmiştir.

Tablo 4.1 Katılımcıların Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterinden aldıkları puanların betimsel analizi

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)
Durumluk Kaygı	20	79	46.7	14.1	.048	-.667
Sürekli Kaygı	20	80	45.7	13.5	.084	-.763

Curran, West ve Finch'e (1996) göre çarpıklık katsayısının (Skewness) +2 veya -2'ye kadar, basıklık katsayısının (Kurtosis) -7 veya +7'ye kadar olması durumunda normal ya da normale yakın dağılımdan söz etmek mümkündür. Bu çalışmada da normal dağılım için Curran, West ve Finch (1996) tarafından belirtilen değerler referans alınmıştır.

Tablo 4.1'e göre çalışmaya katılan kanser hastalarının Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri'nin Durumluk Kaygı alt ölçeğinden aldığı puanlar incelendiğinde; en düşük puanın 20, en yüksek puanın 79, puanların ortalamasının 46.7, standart sapmanın 14.1, çarpıklık katsayısının (Skewness) .048 ve basıklık katsayısının (Kurtosis) -.667 olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri'nin Sürekli Kaygı alt ölçeğinden aldığı puanlar incelendiğinde; en düşük puanın 20, en yüksek puanın 80, puanların ortalamasının 45.7, standart sapmanın 13.5, çarpıklık katsayısının (Skewness) .084 ve basıklık katsayısının (Kurtosis) -.763 olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 4.2 Katılımcıların Otomatik Düşünceler Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların betimsel analizi

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)
KYOD	10	50	16.2	7.4	1.64	3.01
ŞKYD	6	30	11.6	5.8	.996	.224
KUYD	3	15	7.5	3.6	.579	-.777
YYOD	4	20	8	3.9	1.05	.363
ÜYOD	4	20	8.9	4.7	.811	-.524
ODÖ Toplam	27	131	52.4	23.4	.931	.092

KYOD=Kendine Yönelik Olumsuz Düşünceler, ŞKYD=Şaşkınlık ve Kaçmaya Yönelik Düşünceler, KUYD=Kişisel Uyumsuzluğa Yönelik Olumsuz Düşünceler, YYOD=Yalnızlığa Yönelik Olumsuz Düşünceler, ÜYOD=Ümitsizliğe Yönelik Olumsuz Düşünceler, ODÖ=Otomatik Düşünceler Ölçeği.

Tablo 4.2'ye göre çalışmaya katılan kanser hastalarının Otomatik Düşünceler Ölçeği'nin kendine yönelik olumsuz düşünceler alt boyutundan aldığı puanlar incelendiğinde; en düşük puanın 10, en yüksek puanın 50, puanların ortalaması 16.2, standart sapmanın 7.4, çarpıklık katsayısının (Skewness) 1.64 ve basıklık katsayısının (Kurtosis) 3.01 olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının Otomatik Düşünceler Ölçeği'nin şaşkınlık ve kaçmaya yönelik düşünceler alt boyutundan aldığı puanlar incelendiğinde; en düşük puanın 6, en yüksek puanın 30, puanların ortalamasının 11.6, standart sapmanın 5.8, çarpıklık katsayısının (Skewness) .996 ve basıklık katsayısının (Kurtosis) .224 olduğu anlaşılmaktadır.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının Otomatik Düşünceler Ölçeği'nin kişisel uyumsuzluğa yönelik olumsuz düşünceler alt boyutundan aldığı puanlar incelendiğinde; en düşük puanın 3, en yüksek puanın 15, puanların ortalamasının 7.5, standart sapmanın 3.6, çarpıklık katsayısının (Skewness) .579 ve basıklık katsayısının (Kurtosis) -.777 olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının Otomatik Düşünceler Ölçeği'nin yalnızlığa yönelik olumsuz düşünceler alt boyutundan aldığı puanlar incelendiğinde; en düşük puanın 4, en yüksek puanın 20, puanların ortalamasının 8, standart sapmanın 3.9, çarpıklık katsayısının (Skewness) 1.05 ve basıklık katsayısının (Kurtosis) .363 olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının Otomatik Düşünceler Ölçeği'nin ümitsizliğe yönelik olumsuz düşünceler alt boyutundan aldığı puanlar incelendiğinde; en düşük puanın 4, en yüksek puanın 20, puanların ortalamasının 8.9, standart sapmanın 4.7, çarpıklık katsayısının (Skewness) .811 ve basıklık katsayısının (Kurtosis) -.524 olduğu anlaşılmaktadır.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının Otomatik Düşünceler Ölçeği'nden aldığı toplam puanlar incelendiğinde; en düşük puanın 27, en yüksek puanın 131, puanların ortalamasının 52.4, standart sapmanın 23.4, çarpıklık katsayısının (Skewness) .931 ve basıklık katsayısının (Kurtosis) .092 olduğu görülmektedir

Tablo 4.3 Katılımcıların Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların betimsel analizi

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)
Mükemmeliyetçilik ve Başarı	8	56	19.9	12.1	.804	-.487
Onaylanma ve Bağımlılık	5	35	12.4	7.1	.778	-.350
DAS-R-TR Toplam	13	84	32.3	18.4	.790	-.509

Tablo 4.3'e göre çalışmaya katılan kanser hastalarının Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği'nin mükemmeliyetçilik ve başarı odaklı tutumlar alt boyutundan aldığı puanlar incelendiğinde; en düşük puanın 8, en yüksek puanın 56, puanların ortalamasının 19.9, standart sapmanın 12.1, çarpıklık katsayısının (Skewness) .804 ve basıklık katsayısının (Kurtosis) -.487 olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği'nin onaylanma ihtiyacı ve bağımlılık tutumları alt boyutundan aldığı puanlar incelendiğinde; en düşük puanın 5, en yüksek puanın 35, puanların ortalamasının 12.4, standart sapmanın 7.1, çarpıklık katsayısının (Skewness) .778 ve basıklık katsayısının (Kurtosis) -.350 olduğu anlaşılmaktadır.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği'nden aldığı toplam puanlar incelendiğinde; en düşük puanın 13, en yüksek puanın 84, puanların ortalamasının 32.3, standart sapmanın 18.4, çarpıklık katsayısının (Skewness) .790 ve basıklık katsayısının (Kurtosis) -.509 olduğu görülmektedir.

Tablo 4.4 Durumluk ve sürekli kaygının, cinsiyete göre farklılaşmasına dair yapılan Bağımsız Gruplar t-Testi analizi

	Cinsiyet	N	Ortalama	Standart Sapma	t	df	p
Durumluk Kaygı	Erkek	82	43.3537	12.83646	-3.016	173	.003
	Kadın	93	49.6667	14.63047			
Sürekli Kaygı	Erkek	82	40.1220	11.33376	-5.658	172.583	.000
	Kadın	93	50.7527	13.51541			

Tablo 4.4'e göre, yapılan Bağımsız Gruplar t-Testi sonucunda, cinsiyete göre durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaştığı görülmüştür ($p < .05$). Çalışmaya katılan kadın kanser hastalarının durumluk kaygılarının ($\bar{x}=49.66$), erkek kanser hastalarından ($\bar{x}=43.35$) daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Benzer şekilde, çalışmaya katılan kadın kanser hastalarının sürekli kaygılarının da ($\bar{x}=50.75$), erkek kanser hastalarından ($\bar{x}=40.12$) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.5 Katılımcıların yaşları ile durumluk ve sürekli kaygıları arasındaki korelasyon

	Durumluk Kaygı	Sürekli Kaygı
Yaş	-.261*	-.287*

* $p < 0.01$

Araştırma kapsamında incelenen değişkenlerin arasındaki ilişkilerin belirlenebilmesi için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı'ndan yararlanılmıştır. r katsayısının; .30'dan düşük olması halinde zayıf ilişki, .30 ile .70 arasında olması halinde orta düzeyde ilişki ve .70'ten büyük olması durumunda yüksek düzeyde ilişkinin olduğu kabul edilmiştir (Büyüköztürk, Çokluk ve Köklü, 2015).

Tablo 4.5'e göre çalışmaya katılan kanser hastalarının yaşları ile durumluk kaygıları arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyde ve negatif yönlü bir ilişki ($r = -.261$ $p < .01$) söz konusudur. Buna ek olarak çalışmaya katılan kanser hastalarının yaşları ile sürekli kaygıları arasında da istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyde ve negatif yönlü bir ilişki ($r = -.287$ $p < .01$) bulgulanmıştır.

Tablo 4.6 Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı ile Otomatik Düşünceler Ölçeği Alt Boyutlarının ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği Alt Boyutlarının Arasındaki Korelasyon

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 STAI-I	1	.791*	.559*	.635*	.720*	.695*	.766*	.719*	.531*	.532*	.557*
2 STAI-II		1	.698*	.773*	.803*	.780*	.809*	.833*	.666*	.645*	.690*
3 KYOD			1	.872*	.624*	.841*	.752*	.924*	.677*	.586*	.674*
4 ŞKYD				1	.727*	.838*	.825*	.945*	.692*	.628*	.700*
5 KUYD					1	.752*	.850*	.833*	.571*	.548*	.590*
6 YYOD						1	.851*	.932*	.712*	.664*	.728*
7 ÜYOD							1	.921*	.648*	.627*	.671*
8 ODÖ-T								1	.726*	.665*	.737*
9 DASMB									1	.807*	.973*
10 DASOB										1	.921*
11 DAS-T											1

* $p < 0.01$ STAI-I=Durumluk Kaygı, STAI-II=Sürekli Kaygı, KYOD=Kendine Yönelik Olumsuz Düşünceler, ŞKYD=Şaşkınlık ve Kaçmaya Yönelik Düşünceler, KUYD=Kişisel Uyumsuzluğa Yönelik Olumsuz Düşünceler, YYOD=Yalnızlığa Yönelik Olumsuz Düşünceler, ÜYOD=Ümitsizliğe Yönelik Olumsuz Düşünceler, ODÖ-T=Otomatik Düşünceler Ölçeği Toplam, DASMB=Mükemmeliyetçilik ve Başarı Odaklı Tutumlar, DASOB=Onaylanma İhtiyacı ve Bağımlılık Tutumları, DAS-T=Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği Toplam

Tablo 4.6'ya göre çalışmaya katılan kanser hastalarının durumluk kaygıları ile kendilerine yönelik olumsuz düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişki ($r=.559$ $p < .01$) söz konusudur. Benzer şekilde, çalışmaya katılan kanser hastalarının durumluk kaygıları ile şaşkınlık ve kaçmaya yönelik düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişki ($r=.635$ $p < .01$) görülmektedir. Buna ek olarak, çalışmaya katılan kanser hastalarının durumluk kaygıları ile kişisel uyumsuzluğa yönelik düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, yüksek düzeyde ve pozitif yönlü ilişki ($r=.720$ $p < .01$) söz konusudur. Ayrıca çalışmaya katılan kanser hastalarının durumluk kaygıları ile yalnızlığa yönelik olumsuz düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişki ($r=.695$ $p < .01$) bulunmuştur. Buna ilave, olarak çalışmaya katılan kanser hastalarının durumluk kaygıları ile ümitsizliğe yönelik olumsuz düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, yüksek düzeyde ve pozitif yönlü ilişki ($r=.766$ $p < .01$) vardır. Sonuç olarak, Otomatik Düşünceler Ölçeği'nin tüm alt boyutları ile durumluk kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif yönlü ilişkiler bulunmakta, ayrıca Otomatik Düşünceler Ölçeği'nin toplamı ile durumluk kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı, yüksek düzeyde ve pozitif yönlü bir ilişki ($r=.719$ $p < .01$) bulgulanmaktadır.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının sürekli kaygıları ile kendilerine yönelik olumsuz düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişki

($r=.698$ $p<.01$) bulgulanmıştır. Buna ek olarak, çalışmaya katılan kanser hastalarının sürekli kaygıları ile şaşkınlık ve kaçmaya yönelik düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, yüksek düzeyde ve pozitif yönlü ilişki ($r=.773$ $p<.01$) görülmektedir. Benzer şekilde, çalışmaya katılan kanser hastalarının sürekli kaygıları ile kişisel uyumsuzluğa yönelik düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, yüksek düzeyde ve pozitif yönlü ilişki ($r=.803$ $p<.01$) söz konusudur. Ayrıca çalışmaya katılan kanser hastalarının sürekli kaygıları ile yalnızlığa yönelik olumsuz düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, yüksek düzeyde ve pozitif yönlü ilişki ($r=.780$ $p<.01$) bulunmuştur. Buna ilave olarak, çalışmaya katılan kanser hastalarının sürekli kaygıları ile ümitsizliğe yönelik olumsuz düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, yüksek düzeyde ve pozitif yönlü ilişki ($r=.809$ $p<.01$) vardır. Sonuç olarak Otomatik Düşünceler Ölçeği'nin tüm alt boyutları ile sürekli kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif yönlü ilişkiler bulunmakta, ayrıca Otomatik Düşünceler Ölçeği'nin toplamı ile sürekli kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı, yüksek düzeyde ve pozitif yönlü bir ilişki ($r=.833$ $p<.01$) bulgulanmaktadır.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının durumluk kaygıları ile mükemmeliyetçilik ve başarı odaklı tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişki ($r=.531$ $p<.01$) bulgulanmıştır. Benzer şekilde, çalışmaya katılan kanser hastalarının durumluk kaygıları ile onaylanma ihtiyacı ve bağımlılık tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişki ($r=.532$ $p<.01$) bulunmuştur. Buna ek olarak, çalışmaya katılan kanser hastalarının durumluk kaygıları ile Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği'nin toplamı arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişki ($r=.557$ $p<.01$) vardır.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının sürekli kaygıları ile mükemmeliyetçilik ve başarı odaklı tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişki ($r=.666$ $p<.01$) bulgulanmıştır. Benzer şekilde, çalışmaya katılan kanser hastalarının sürekli kaygıları ile onaylanma ihtiyacı ve bağımlılık tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişki ($r=.645$ $p<.01$) bulunmuştur. Buna ilave olarak, çalışmaya katılan kanser hastalarının sürekli kaygıları ile Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği'nin toplamı arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişki ($r=.690$ $p<.01$) vardır.

Ayrıca Otomatik Düşünceler Ölçeği tüm alt boyutları (kendine yönelik olumsuz düşünceler, şaşkınlık ve kaçmaya yönelik düşünceler, kişisel uyumsuzluğa yönelik olumsuz düşünceler, yalnızlığa yönelik olumsuz düşünceler, ümitsizliğe yönelik olumsuz düşünceler) ile Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği'nin tüm alt boyutlarının (mükemmeliyetçilik ve başarı odaklı tutumlar, onaylanma ihtiyacı ve bağımlılık tutumları) istatistiksel olarak anlamlı şekilde pozitif yönlü ilişkiye sahip olduğu ve otomatik düşünceler ile fonksiyonel olmayan tutumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı, yüksek düzeyde ve pozitif yönlü bir ilişkinin ($r=.737$ $p<.01$) var olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 4.7 Fonksiyonel olmayan tutumların ve otomatik düşüncelerin, durumluk kaygıyı yordayıcı gücüne ait verileri içeren tablo

Model	B	Standart Hata	Beta	t	p	İkili r	Kısmi r
(Sabit)	23.888	1.836		13.007	.000*		
DAS-R-TR	.046	.060	.060	.760	.448	.058	.040
ODÖ	.407	.047	.675	8.613	.000*	.549	.456

*Durumluk Kaygı – Bağımlı Değişken (Sabit) $F(2-172)$ $R^2_{adjusted} = .51$ * $p<.01$

Varsayımlarının karşılanması neticesinde yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda, Tablo 4.7'ye göre, fonksiyonel olmayan tutumlar ve otomatik düşünceler değişkenlerinin kombinasyonunun durumluk kaygıyı istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordadığı bulgulanmıştır [$F(2, 172) = 92,48$, $p < .001$, $R^2_{adjusted} = .51$]. Çalışmaya katılan kanser hastalarının fonksiyonel olmayan tutumları ile durumluk kaygıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır. Öte yandan çalışmaya katılan kanser hastalarının otomatik düşünceleri ile durumluk kaygıları arasında pozitif yönlü yordayıcı bir ilişki söz konusudur $\beta = .675$, $p < .001$, $pr^2 = .301$ %95 CI [.313, .500]. Sonuç olarak, çalışmaya katılan kanser hastalarının fonksiyonel olmayan tutumlarının ve otomatik düşüncelerinin kombinasyonunun, durumluk kaygıyı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordadığı ve kanser hastalarının durumluk kaygılarındaki varyansın %51'ni açıkladığı bulunmuştur.

Tablo 1.8 Fonksiyonel olmayan tutumların ve otomatik düşüncelerin, sürekli kaygıyı yordayıcı gücüne ait verileri içeren tablo

Model	B	Standart Hata	Beta	t	p	İkili r	Kısmi r
(Sabit)	20.211	1.378		14.663	.000*		
DAS-R-TR	.122	.045	.165	2.704	.008*	.202	.112
ODÖ	.412	.035	.711	11.622	.000*	.663	.480

*Sürekli Kaygı – Bağımlı Değişken (Sabit) $F(2-172)$, $R^2_{\text{adjusted}} = .70$ * $p < .01$

Varsayımlarının karşılanması neticesinde yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda, Tablo 4.8'e göre, fonksiyonel olmayan tutumlar ve otomatik düşünceler değişkenlerinin kombinasyonun sürekli kaygıyı istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordadığı bulgulanmıştır [$F(2, 172) = 206,76$, $p < .001$, $R^2_{\text{adjusted}} = .70$]. Buna ek olarak, çalışmaya katılan kanser hastalarının fonksiyonel olmayan tutumları ile sürekli kaygıları arasında da istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yordayıcı bir ilişkiye rastlanılmıştır $\beta = .165$, $p < .01$, $pr^2 = .040$ %95 CI [.33, .211]. Benzer şekilde, çalışmaya katılan kanser hastalarının otomatik düşünceleri ile sürekli kaygıları arasında da istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yordayıcı bir ilişki söz konusudur $\beta = .711$, $p < .01$, $pr^2 = .440$ %95 CI [.342, .482]. Sonuç olarak, çalışmaya katılan kanser hastalarının fonksiyonel olmayan tutumlarının ve otomatik düşüncelerinin kombinasyonunun, sürekli kaygıyı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordadığı ve kanser hastalarının sürekli kaygılarındaki varyansın %70'ini açıkladığı bulunmuştur.

5 TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1 Tartışma

Bu bölümde, araştırmanın genel amacına ve genel amacından hareketle oluşturulan alt amaçlarına ilişkin bulgular tartışılmıştır. Tartışmalar ve yorumlar, yapılan analizlerin ve bulguların sırası göz önünde bulundurularak yapılmıştır.

Bu çalışmada, çalışmaya katılan kanser hastalarının durumluk kaygı ortalaması 46.7, sürekli kaygı ortalaması 45.7 olarak saptanmıştır. Kanser hastalarında durumluk ve sürekli kaygının ele alındığı çalışmalar incelendiğinde, katılımcıların durumluk kaygı ortalamasının yaklaşık 34.6 ile 46.4 arasında değiştiği (Bodurka-Bevers ve diğ., 2000; Esmе ve diğ., 2006; Tünel, 2011; Bhattacharjee ve Banerjee, 2016; Li ve diğ., 2017), sürekli kaygı ortalamasının yaklaşık 36.9 ile 52.3 arasında değiştiği (Esmе ve diğ., 2006; Tünel, 2011; Bhattacharjee ve Banerjee, 2016; Li ve diğ., 2017; Sarıtaş ve Özdemir, 2018) görülmektedir. Dolayısıyla bu bulgunun, diğer çalışmalarla tutarlı olduğunu söylemek mümkündür. Ayrıca bu bulgu, Şener ve diğ. (1999) tarafından meme kanserli hastalarla yapılan çalışmanın bulgularına oldukça benzerlik göstermektedir. Zira Şener ve diğ. (1999) tarafından yapılan çalışmada, kanser hastalarının durumluk kaygı ortalamasının 47.5, sürekli kaygı ortalamasının 46.5 olarak bulunduğu ifade edilmektedir.

Bu çalışmaya katılan kanser hastalarının; Otomatik Düşünceler Ölçeği'nin kendine yönelik olumsuz düşünceler alt boyutundan aldığı puanların ortalaması 16.2, şaşkınlık ve kaçmaya yönelik düşünceler alt boyutundan aldığı puanların ortalaması 5.8, kişisel uyumsuzluğa yönelik olumsuz düşünceler alt boyutundan aldığı puanların ortalaması 7.5, yalnızlığa yönelik olumsuz düşünceler alt boyutundan aldığı puanların ortalaması 8, ümitsizliğe yönelik olumsuz düşünceler alt boyutundan aldığı puanların ortalaması 8.9 ve Otomatik Düşünceler Ölçeği'nden aldığı toplam puanların ortalaması 52.4 olarak bulunmuştur. Buna yakın olarak, Dönmez'in (2016) kanser hastalarında hastalık algısı ile erken dönem uyumsuz şemalar, üst bilişler ve otomatik düşünceler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptığı çalışmada, kanser hastalarının Otomatik Düşünceler Ölçeği'nin alt boyutlarından aldığı ortalama puanlar kişinin kendine yönelik olumsuz duygu ve düşünceleri için 16.32, şaşkınlık kaçma fantezileri için 10.83, kişisel uyumsuzluk değişme istekleri için 6.97, yalnızlık/izolasyon için 7.51, umutsuzluk için 7.61 ve tüm ölçek için 49.26 olarak bulunduğu bildirilmektedir. Görüldüğü üzere, Dönmez'in (2016) çalışmasına katılan kanser hastalarının ve bu çalışmaya katılan kanser

hastalarının, Otomatik Düşünceler Ölçeği'nin alt boyutlarından aldığı puanların ortalamasının birbirine yakın olduğu anlaşılmaktadır.

Bu çalışmanın bulguları incelendiğinde, çalışmaya katılan kanser hastalarının Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği'nin mükemmeliyetçilik ve başarı odaklı tutumlar alt boyutundan aldığı puanların ortalamasının 19.9, onaylanma ihtiyacı ve bağımlılık tutumları alt boyutundan aldığı puanların ortalamasının 12.4, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği'nden aldığı toplam puanların ortalamasının 32.3 olduğu anlaşılmaktadır. Alan yazında kanser hastalarıyla yürütülen ve bu çalışmada kullanılmış olan Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği'nin (DAS-R-TR) kullanıldığı bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Fakat Yapan'ın (2018) üniversite öğrencileriyle yapmış olduğu çalışmada Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği'nin mükemmeliyetçilik ve başarı odaklı tutumlar alt boyutu için puan ortalamasının 18.27, onaylanma ihtiyacı ve bağımlılık tutumları alt boyutu için puan ortalamasının yaklaşık 11 ve ölçeğin toplamı için puan ortalamasının 29.29 olduğu ifade edilmektedir. Dolayısıyla Yapan'ın (2018) üniversite öğrencileriyle yapmış olduğu çalışmada belirttiği Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği'nden alınan ortalama puanlar ile kanser hastalarıyla yapılan bu çalışmada bulguların ortalama puanların çok ciddi bir farklılık göstermediği görülmektedir. Ancak bu veriler, kanser hastalarının fonksiyonel olmayan tutumlarının, üniversite öğrencilerinden veya başka bir sağlıklı çalışma grubundan istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklı olup olmadığına dair bir yorumda bulunmak için yeterli değildir. Bu tip bir çıkarımda bulunulabilmesi için kanser hastalarının ve sağlıklı bireylerin yani her iki grubunda katıldığı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışmada kadın kanser hastalarının sürekli kaygı ortalaması 50.75, durumluk kaygı ortalaması 49.67 olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan erkek kanser hastalarının ise sürekli kaygı ortalaması 40.12, durumluk kaygı ortalaması 43.35 olarak tespit edilmiştir. Sonuç olarak kadın kanser hastalarının hem durumluk hem de sürekli kaygılarının erkek kanser hastalarından anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmektedir.

Bu bulgu ile tutarlı biçimde, Schag ve Heinrich'in (1989) 320 kanser hastası ile yaptığı çalışmada; hastaların %23'ünün önemli düzeyde kaygılı olduğu ve kadın hastaların erkek hastalara kıyasla; diğer hastaları tedavi görürken izlemek, doktoru görmeyi beklemek, tetkiklerin sonuçlarını öğrenmek için beklemek ve kemoterapi almak

gibi durumlarda daha yüksek düzeyde kaygılandıkları ifade edilmektedir. Bilişsel cinsiyet şemaları, bireylerin düşünce süreçlerini ve davranışlarını etkileyebilmekte, böylece cinsiyetler arasında kaygı düzeyi bakımından farklılıklar görülebilmektedir (Baloğlu, Özteke Kozan ve Kesici, 2018). Bal ve diğ. (2013) göre genel popülasyonda kadınların kaygı düzeylerinin erkeklere nazaran daha yüksek olmasında ve kaygı bozukluklarının kadınlarda daha sık görülmesinde; serotonin reseptörü sayısındaki ve yapısındaki farklılıklar gibi biyolojik birtakım farklılıklar, sosyal öğrenme, bağlanma örüntüleri, kaygının dışavurumundaki farklılıklar ve diğer bazı psikososyal etmenler rol oynamaktadır. Aass ve diğ. (1997) tıpkı genel nüfusta olduğu gibi kadın hastaların kaygı düzeylerinin, erkek hastaların kaygı düzeyinden anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu belirtmektedir.

Benzer şekilde Alacacıoğlu (2007) yaptığı çalışmada kadın hastaların, erkek hastalara göre daha fazla kaygılı olduğu bulgusundan bahsetmektedir. Buna paralel olarak Lieu (2010) yaptığı çalışmada, kadın kanser hastalarının durumluk kaygılarının, erkek kanser hastalarından daha yüksek düzeyde olduğunu bildirmektedir. Cardoso ve diğ. (2015) da kadın olmanın kaygı ve depresyon açısından bir risk faktörü olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca Avşaroğlu (2012) zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip anne-babaların durumluk ve sürekli kaygılarını incelediği araştırmada, annelerin kaygı düzeylerinin babalara göre daha yüksek olduğunu ifade etmektedir. Buna paralel olarak Avşaroğlu ve Çavdar (2018) görme engelli çocuğu olan ailelerin durumluk ve sürekli kaygılarını incelediği çalışmada, annelerin durumluk ve sürekli kaygılarının babalardan daha yüksek düzeyde olduğunu belirtmektedir.

Öte yandan bu çalışmanın cinsiyete göre hem durumluk hem sürekli kaygının farklılaştığı bulgusuna örtüşmeyecek şekilde, Esmen ve diğ. (2006) akciğer kanseri hastalarıyla yaptığı çalışmada, cinsiyet ile durumluk ve sürekli kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanılmadığı ifade edilmektedir. Bhattacharjee ve Banerjee (2016) ise yaptığı çalışmada, kadın kanser hastalarının sürekli kaygılarının erkek kanser hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olmasına karşın durumluk kaygı için cinsiyetler arasında önemli bir farklılığa rastlanılmadığını bildirilmektedir.

Bu çalışmanın bulgularına göre çalışmaya katılan kanser hastalarının yaşları ile durumluk kaygıları arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyde ve negatif yönlü bir ilişki söz konusudur. Benzer şekilde çalışmaya katılan kanser hastalarının yaşları ile

sürekli kaygıları arasında da istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyde ve negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Bir başka ifadeyle kanser hastasının yaşının azalmasıyla hem durumluk hem de sürekli kaygısının arttığını söylemek mümkündür.

Bu bulguya paralel olarak Hinz ve diğ. (2010), aynı yaş grubundaki hastaları ve genel popülasyonu karşılaştırdıkları araştırmada, 70 yaş ve üzeri hastaların kaygı düzeyinin genel popülasyondan çok farklı olmadığını ancak genç hastaların kaygı düzeyinin yaşlıları olan sağlıklı gençlerden çok daha yüksek olduğunu ifade etmektedir. Buna ek olarak, Mystakidou ve diğ. (2010) da yaptıkları çalışmada, yaş ile kaygı arasında negatif yönlü bir ilişkinin varlığından bahsetmektedir. Benzer şekilde Linden, Vodermaier, MacKenzie ve Greig (2012) yaptıkları çalışmada, bazı kanser türlerinde duygusal sıkıntının yaşla ters orantılı olduğunu bildirmektedir. Sheppard, Harper, Davis, Hirpa ve Makambi (2014) meme kanseri hastalarıyla yaptıkları çalışmada, bu çalışmanın bulgusuna oldukça benzer şekilde, yaş ile kaygı arasında negatif yönlü korelasyon ($r = -.224$) olduğunu ifade etmektedir. Ayrıca Weiss Wiesel ve diğ. (2015) kanserli yaşlı bireylerde kaygının yaşla birlikte azaldığını belirtmektedir. Srivastava ve diğ. (2016) de kanser hastalarıyla yaptıkları araştırmada; genç yaş grubunun, düşük aylık gelirin, daha az maddi desteğe sahip olmanın, düşük eğitim düzeyinin ve bekar olmanın kaygı ve depresyon ile ilişkili olduğunu bildirmektedir. Fakat öte yandan Esmé ve diğ. (2006) yaptıkları çalışmada, kanser hastalarının yaşları ile kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmadığından söz edilmesi, bu çalışmanın bulgusuyla örtüşmemektedir.

Kanser hastalarında duygusal sıkıntı ile yaş arasında negatif bir ilişkinin olmasının olası nedenleri arasında; genç hastaların günlük yaşantılarının daha fazla olumsuz etkilenmesinden, yaşlı hastaların kanserden önce de fiziksel işlevselliklerinde bozulmaların meydana gelmiş olmasından ve yaşlı hastaların hastalığı kabul etmede duygusal-bilişsel hazırlığa sahip olmasından söz edilmektedir (Linden ve diğ., 2012). Blank ve Bellizzi (2008) yaşlı kanser hastalarının kanserle daha iyi başa çıkabilmesini; yaşlı bireylerin daha çok içinde buldukları yere ve ana odaklanmasıyla, yaşlı bireylerin gelişimsel görevlerde ustalaşmasıyla, yaşla artan bilgelikle, yaşlı bireylerin yaşamlarında daha önce karşılaştıkları zorlu yaşantılara karşı başa çıkma mekanizmaları geliştirmiş olmalarıyla ilişkilendirmektedir.

Bu çalışmada kendine yönelik olumsuz düşünceler ile durumluk kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde korelasyon bulgulanmıştır. Bir başka deyişle, kanser hastalarının kendine yönelik olumsuz düşünceleri arttıkça durumluk kaygıları da artmaktadır. Benzer şekilde, kendine yönelik olumsuz düşünceler ile sürekli kaygı arasında da istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. Yani kanser hastalarının, kendilerine yönelik olumsuz düşünceleri arttıkça sürekli kaygıları da artmaktadır. Bu bulgular ışığında, kanser hastalarında görülen durumluk ve sürekli kaygı ile kendine yönelik olumsuz düşüncelerin birlikte azaldığını ya da arttığını söylemek mümkündür.

Ayrıca bu çalışmada, şaşkınlık ve kaçmaya yönelik düşünceler ile durumluk kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde korelasyon bulgulanmıştır. Bir başka ifadeyle, kanser hastalarının şaşkınlık ve kaçmaya yönelik düşünceleri arttıkça durumluk kaygıları da artmaktadır. Ayrıca şaşkınlık ve kaçmaya yönelik düşünceler ile sürekli kaygı arasında da istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyde korelasyon saptanmıştır. Yani kanser hastalarının şaşkınlık ve kaçmaya yönelik düşünceleri arttıkça sürekli kaygıları da artmaktadır. Bu bulgular ışığında, kanser hastalarında görülen durumluk ve sürekli kaygı ile şaşkınlık ve kaçmaya yönelik düşüncelerin birlikte azaldığını ya da arttığını söylemek mümkündür.

Benzer şekilde bu çalışmada, kişisel uyumsuzluğa yönelik olumsuz düşünceler ile durumluk kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyde korelasyon bulgulanmıştır. Bir başka deyişle, kanser hastalarının kişisel uyumsuzluğa yönelik olumsuz düşünceleri arttıkça durumluk kaygıları da artmaktadır. Buna paralel olarak, kişisel uyumsuzluğa yönelik olumsuz düşünceler ile sürekli kaygı arasında da istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyde korelasyon bulunmuştur. Yani kanser hastalarının kişisel uyumsuzluğa yönelik olumsuz düşünceleri arttıkça sürekli kaygıları da artmaktadır. Bu bulgular ışığında, kanser hastalarında görülen durumluk ve sürekli kaygı ile kişisel uyumsuzluğa yönelik olumsuz düşüncelerin birlikte azaldığını ya da arttığını söylemek mümkündür.

Bu bulgulara paralel olarak bu çalışmada, yalnızlığa yönelik olumsuz düşünceler ile durumluk kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde korelasyon bulgulanmıştır. Bir başka ifadeyle, kanser hastalarının yalnızlığa yönelik olumsuz düşünceleri arttıkça durumluk kaygıları da artmaktadır. Benzer şekilde,

yalnızlığa yönelik olumsuz düşünceler ile sürekli kaygı arasında da istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyde korelasyon tespit edilmiştir. Yani kanser hastalarının yalnızlığa yönelik olumsuz düşünceleri arttıkça sürekli kaygıları da artmaktadır. Bu bulgular ışığında, kanser hastalarında görülen durumluk ve sürekli kaygı ile yalnızlığa yönelik olumsuz düşüncelerin birlikte azaldığını ya da arttığını söylemek mümkündür.

Ayrıca bu çalışmada, ümitsizliğe yönelik olumsuz düşünceler ile durumluk kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyde korelasyon bulgulanmıştır. Bir başka deyişle, kanser hastalarının ümitsizliğe yönelik olumsuz düşünceleri arttıkça durumluk kaygıları da artmaktadır. Buna ek olarak, ümitsizliğe yönelik olumsuz düşünceler ile sürekli kaygı arasında da istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyde korelasyon saptanmıştır. Yani kanser hastalarının ümitsizliğe yönelik olumsuz düşünceleri arttıkça sürekli kaygıları da artmaktadır. Bu bulgular ışığında, kanser hastalarında görülen durumluk ve sürekli kaygı ile ümitsizliğe yönelik olumsuz düşüncelerin birlikte azaldığını ya da arttığını söylemek mümkündür.

Son olarak bu çalışmada, otomatik düşünceler toplamı ile durumluk kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyde korelasyon bulgulanmıştır. Bir başka ifadeyle kanser hastalarının otomatik düşünceleri arttıkça durumluk kaygıları da artmaktadır. Benzer şekilde otomatik düşünceler toplamı ile sürekli kaygı arasında da istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyde korelasyon saptanmıştır. Yani kanser hastalarının otomatik düşünceleri arttıkça sürekli kaygıları da artmaktadır. Bu bulgular ışığında, kanser hastalarında görülen durumluk ve sürekli kaygı ile otomatik düşüncelerin birlikte azaldığını ya da arttığını söylemek mümkündür.

Literatürde, farklı çalışma gruplarıyla yürütülmüş, otomatik düşünceler ile kaygı arasındaki pozitif yönlü ilişkinin varlığı bulgusunu destekleyen, çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Örneğin Beck ve diğ. (1987), anksiyete belirtileri ile anksiyöz otomatik düşüncelerin arasında pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğunu ve hatta bu ilişkinin depresif belirtiler ile depresif otomatik düşünceler arasındaki ilişkiden daha güçlü olduğunu vurgulamaktadır. Kara ve Acet (2012) ise yaptıkları çalışmada, durumluk kaygı ile olumsuz otomatik düşüncelerin şaşkınlık, negatif duygu ve umutsuzluk alt boyutları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişkinin olduğunu bildirmektedir. Torrente ve diğ.

(2014) de bu çalışmanın bulgusuna benzer şekilde, sürekli kaygı ile otomatik düşünceler arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki (.79) olduğunu ifade etmektedir. Buna paralel olarak Güneş (2016) yaptığı çalışmada, sürekli kaygı ile otomatik düşünceler arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişkiden (.73) söz etmektedir. Ayrıca Sinanoğlu (2016) lise son sınıf öğrencileriyle yaptığı çalışmada, kaygı düzeyi ile otomatik düşünceler arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişkinin (.69) var olduğunu, bedensel hastalığa sahip katılımcıların, otomatik düşüncelerinin daha fazla ve kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Bunun yanı sıra Yapan (2018) da yaptığı çalışmada, kaygı düzeyi ile otomatik düşünceler arasında pozitif yönlü bir ilişkinin bulunduğunu ifade etmektedir. Benzer şekilde, Parim (2019) üniversite öğrencileriyle yapmış olduğu çalışmada, otomatik düşünceler ile anksiyete arasındaki pozitif yönlü ilişkinin varlığından bahsetmektedir.

Bu çalışmada fonksiyonel olmayan tutumların mükemmeliyetçilik alt boyutu ile durumluk kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde korelasyon bulgulanmıştır. Bir başka ifadeyle, kanser hastalarının, mükemmeliyetçilik tutumları arttıkça durumluk kaygıları da artmaktadır. Buna paralel olarak fonksiyonel olmayan tutumların mükemmeliyetçilik alt boyutu ile sürekli kaygı arasında da istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. Yani kanser hastalarının, mükemmeliyetçilik tutumları arttıkça sürekli kaygıları da artmaktadır. Bu bulgular ışığında, kanser hastalarında görülen durumluk ve sürekli kaygı ile mükemmeliyetçilik tutumlarının birlikte azaldığını ya da arttığını söylemek mümkündür.

Benzer şekilde fonksiyonel olmayan tutumların bağımlılık alt boyutu ile durumluk kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde korelasyon bulgulanmıştır. Bir başka deyişle, kanser hastalarının, bağımlılık tutumları arttıkça durumluk kaygıları da artmaktadır. Buna ilave olarak, fonksiyonel olmayan tutumların bağımlılık alt boyutu ile sürekli kaygı arasında da istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. Yani kanser hastalarının, bağımlılık tutumları arttıkça sürekli kaygıları da artmaktadır. Bu bulgular ışığında, kanser hastalarında görülen durumluk ve sürekli kaygı ile bağımlılık tutumlarının birlikte azaldığını ya da arttığını söylemek mümkündür.

Bu bulgulara paralel olarak, Fouladgar (2019) da yaptığı çalışmada, fonksiyonel olmayan tutumların her iki alt boyutunun da sürekli kaygıyla pozitif yönde ilişkili olduğunu ifade etmektedir. Buna ek olarak Kankurtay'ın (2020) fonksiyonel olmayan tutumlar ile yaygın anksiyete eğilimi arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmada, mükemmeliyetçilik tutumları ve bağımlılık tutumları ile anksiyete arasındaki pozitif yönlü ilişkinin varlığını bildirmesi, bu çalışmanın bulgularıyla örtüşmektedir.

Bunun yanı sıra bu çalışmada, fonksiyonel olmayan tutumlar ile durumluk kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde korelasyon bulunmuştur. Yani kanser hastalarının, işlevsel olmayan tutumları arttıkça durumluk kaygıları da artmaktadır. Ayrıca buna ek olarak, fonksiyonel olmayan tutumlar ile sürekli kaygı arasında da istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. Dolayısıyla kanser hastalarının, işlevsel olmayan tutumları arttıkça sürekli kaygıları da artmaktadır. Bu bulgular ışığında, kanser hastalarında görülen durumluk ve sürekli kaygı ile fonksiyonel olmayan tutumların birlikte azaldığını ya da arttığını söylemek mümkündür.

Musarezaie ve diğ. (2015) kanser hastalarıyla yürüttüğü çalışmada, fonksiyonel olmayan tutumlar ile kaygı arasında pozitif yönlü bir ilişkinin varlığını bildirilmesi, bu çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir. Buna paralel olarak Lau ve diğ. (2018) kanser hastaları ve onlara bakım veren kişilerle yaptığı çalışmada, ölüm kaygısı ile fonksiyonel olmayan tutumlar arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin varlığını belirtmesi, bu çalışmanın bulgularıyla çelişmemektedir.

Ayrıca çalışmanın bu bulgusuyla tutarlı bulgular bildiren ve farklı çalışma gruplarıyla yürütülmüş çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmanın bulgularına paralel olarak, Lohr ve Bonge'un (1981) çalışmasında da fonksiyonel olmayan tutumlar ile hem durumluk kaygınının hem de sürekli kaygınının arasında pozitif yönlü ilişkinin varlığı ifade edilmektedir. Benzer şekilde, Torrente ve diğ. (2014) yaptıkları çalışmada, sürekli kaygı ile fonksiyonel olmayan tutumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönlü bir ilişkinin var olduğu belirtilmektedir. Buna ek olarak, Yapan'ın (2018) çalışmasında da kaygı düzeyi ile fonksiyonel olmayan tutumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönlü bir ilişki bildirilmektedir. Ayrıca Fouladgar (2019) durumluk ve sürekli kaygı ile işlevsel olmayan tutumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin mevcut olduğunu ifade etmektedir. Son olarak Parim (2019) de

yaptığı çalışmada, anksiyete ile fonksiyonel olmayan tutumlar arasındaki pozitif yönlü ilişkinin varlığından söz etmektedir.

Yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda, çalışmaya katılan kanser hastalarının fonksiyonel olmayan tutumları ile durumluk kaygıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir yordayıcı ilişkiye rastlanılmamıştır. Fakat bu bulguyla örtüşmeyen şekilde, Fouladgar'ın (2019) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada, fonksiyonel olmayan tutumların başarı ve mükemmeliyetçilik alt boyutlarının durumluk kaygıyı yordadığı belirtilmektedir.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının otomatik düşünceleri ile durumluk kaygıları arasında pozitif yönlü yordayıcı bir ilişki söz konusudur. Bu bulguyla tutarlı olarak, Aydın'ın (2009) üniversite öğrencileriyle yapmış olduğu çalışmada, otomatik düşüncelerin durumluk kaygı üzerinde önemli bir yordayıcı olduğu ve toplam varyansın %39'unu açıkladığı ifade edilmektedir.

Sonuç olarak, çalışmaya katılan kanser hastalarının fonksiyonel olmayan tutumlarının ve otomatik düşüncelerinin kombinasyonunun, durumluk kaygıyı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordadığı ve kanser hastalarının durumluk kaygılarındaki varyansın %51'ni açıkladığı bulunmuştur.

Ayrıca yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda, çalışmaya katılan kanser hastalarının fonksiyonel olmayan tutumları ile sürekli kaygıları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yordayıcı bir ilişki saptanmıştır. Bu bulguya paralel olarak, Fouladgar'ın (2019) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada, fonksiyonel olmayan tutumların başarı ve mükemmeliyetçilik alt boyutlarının sürekli kaygıyı yordadığı belirtilmektedir. Buna ek olarak Kankurtay (2020) da üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada, fonksiyonel olmayan tutumların, yaygın anksiyeteyi istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordadığını ifade etmektedir.

Bu çalışmaya katılan kanser hastalarının otomatik düşünceleri ile sürekli kaygıları arasında da pozitif yönlü yordayıcı bir ilişki söz konusudur. Bu bulguyla örtüşecek şekilde, Yapan (2018) da üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada, anksiyete belirtilerinin en güçlü yordayıcısının otomatik düşünceler olduğu bulgusundan söz etmektedir.

Netice olarak bu çalışmada, çalışmaya katılan kanser hastalarının fonksiyonel olmayan tutumlarının ve otomatik düşüncelerinin kombinasyonunun, sürekli kaygıyı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordadığı ve kanser hastalarının sürekli kaygılarındaki varyansın %70'ini açıkladığı bulunmuştur.

Fonksiyonel olmayan tutumlar her ne kadar çocuklukta oluşan temel inançların bir sonucu olarak ortaya çıkmış olsalar da işlevsel olmayan tutumların daha aktif olmasını sağlayan en önemli nedenlerden birisi de stres yaratıcı fiziksel hastalıklardır (Beck, 1987). Buna paralel olarak Foster ve McLellan (2000), kanser gibi önemli yaşam olaylarında sahip olunan tutumların, varsayımların, ara inançların ve temel inançların aktive olduğunu belirtmektedir. Bilişsel modele göre fonksiyonel olmayan tutumlar, anlık oluşan olumsuz otomatik düşüncelerin ve davranışların düzenleyicileri ya da belirleyicileridir (Beck, 2018). İşlevsel olmayan tutum ve düşüncelerin kaygıya neden olabildiğini ifade edilmektedir (Leahy, 2018; Ak ve diğ., 2020). Tüm bu bilgiler ışığında Otis-Green ve diğ. (2002) kanser deneyiminin, duygusal sıkıntıya ve olumsuz bilişlere önemli ölçüde katkıda bulunabileceğini ifade etmesi, kanser hastalarının fonksiyonel olmayan tutumlarının ve otomatik düşüncelerinin kombinasyonunun, sürekli kaygıyı yordaması bulgusuyla örtüşmektedir.

Genel olarak bu çalışmanın bulguları değerlendirildiğinde, fonksiyonel olmayan tutumların ve otomatik düşüncelerin, durumluk ve sürekli kaygı ile ilişkili olduğu görülmektedir. Kanser hastalarında fonksiyonel olmayan tutumlar ve otomatik düşünceler ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, fonksiyonel olmayan tutumların ve otomatik düşüncelerin, bu çalışmanın bulgularıyla tutarlı şekilde, birçok psikososyal sorunla ilişkili olduğu anlaşılmaktadır.

Örneğin Kallay, Dégi ve Vincze (2007) tarafından yürütülen, farklı evrelerden ve farklı türlerden kanser hastalarının katıldığı çalışmada, fonksiyonel olmayan tutumlar ile depresyon düzeyinin ilişkili olduğu bildirilmektedir. Xianying ve Wang (2010) ise Çinli kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada, olumsuz otomatik düşünceler ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Jiang ve diğ. (2011) de meme kanseri hastalarının otomatik düşünceleri ile depresyon ve psikiyatrik duygu durum bozuklukları arasında pozitif yönlü ilişkinin var olduğundan söz etmektedir.

Buna paralel olarak Jiang, Weili ve Jiangyan (2011) bir başka çalışmada, otomatik düşünceler ile depresyon düzeyi arasında pozitif yönlü korelasyon tespit edildiğinden ve otomatik düşüncelerin depresyon düzeyini istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordadığından bahsetmektedir. Ayrıca Desautels ve diğ. (2011), kanser hastalarında uykuya ilişkin fonksiyonel olmayan inanç ve tutumların, uykusuzluğun hem gelişiminde hem de sürdürülmesinde etkili olduğunu vurgulamaktadır.

Alçalar ve diğ. (2012) ise yaptıkları çalışmada, otomatik düşüncelerin ve bilişsel hataların, meme kanseri yetişkin kadınlarda depresyonun önemli yordayıcılarından olduğunu öne sürmektedir. Buna ek olarak Degi (2013) yaptığı çalışmada klinik olarak depresif olan kanser hastalarında daha yüksek düzeyde; umutsuzluk, durumluk kaygı, sosyal destek eksikliği, duygu odaklı başa çıkma ve fonksiyonel olmayan tutumlar bulgularını belirtmektedir.

Lam ve diğ. (2015) da yaptıkları çalışmada, işlevsel olmayan tutumların somatik olmayan depresif belirtileri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordadığını bildirmektedir. Bunun yanı sıra Liu, Peh ve Mahendran (2017) yeni tanı almış kanser hastalarıyla yürüttükleri çalışmada, beden imajı ve duygusal sıkıntı arasındaki ilişkide, fonksiyonel olmayan tutumların ve ruminasyonun aracı rol üstlendiğini ifade etmektedir.

Tüm bu veriler ışığında, kanser hastalarında otomatik düşüncelerin ve fonksiyonel olmayan tutumların kaygıyı anlamlı şekilde yordaması bulgusunun, alan yazında kanser hastalarıyla yapılan diğer çalışmalarla (Kallay, Dégi ve Vincze, 2007; Xianying ve Wang, 2010; Jiang ve diğ., 2011; Desautels ve diğ., 2011; Jiang, Weili ve Jiangyan, 2011; Alçalar ve diğ., 2012; Degi, 2013; Lam ve diğ., 2015; Liu, Peh ve Mahendran, 2017) oldukça tutarlı olduğu görülmüştür.

5.2 Sonuç

- 1- Kadın kanser hastalarının hem durumluk hem de sürekli kaygıları, erkek hastalara kıyasla, anlamlı düzeyde daha yüksek düzeydedir.
- 2- Kanser hastalarının durumluk ve sürekli kaygıları ile yaşları arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki vardır.
- 3- Kanser hastalarının durumluk kaygı düzeyleri ile ümitsizliğe yönelik olumsuz otomatik düşünceleri arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki vardır.

- Ayrıca kanser hastalarının sürekli kaygı düzeyleri ile ümitsizliğe yönelik olumsuz otomatik düşünceleri arasında da pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki vardır.
- 4- Kanser hastalarının durumluk kaygı düzeyleri ile yalnızlığa yönelik olumsuz otomatik düşünceleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki vardır. Buna paralel olarak, kanser hastalarının sürekli kaygı düzeyleri ile yalnızlığa yönelik olumsuz otomatik düşünceleri arasında da pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki vardır.
 - 5- Kanser hastalarının durumluk kaygı düzeyleri ile kişisel uyumsuzluğa yönelik olumsuz otomatik düşünceleri arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki vardır. Benzer şekilde, kanser hastalarının sürekli kaygı düzeyleri ile kişisel uyumsuzluğa yönelik olumsuz otomatik düşünceleri arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki vardır.
 - 6- Kanser hastalarının durumluk kaygı düzeyleri ile şaşkınlık ve kaçmaya yönelik otomatik düşünceleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki vardır. Buna ek olarak, kanser hastalarının sürekli kaygı düzeyleri ile şaşkınlık ve kaçmaya yönelik otomatik düşünceleri arasında da pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki vardır.
 - 7- Kanser hastalarının durumluk kaygı düzeyleri ile kendine yönelik olumsuz otomatik düşünceleri arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki vardır. Ayrıca kanser hastalarının sürekli kaygı düzeyleri ile kendine yönelik olumsuz otomatik düşünceleri arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki vardır.
 - 8- Kanser hastalarının durumluk kaygı düzeyleri ile mükemmeliyetçilik/başarı odaklı tutumları arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki vardır. Buna ek olarak, kanser hastalarının sürekli kaygı düzeyleri ile mükemmeliyetçilik/başarı odaklı tutumları arasında da pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki vardır.
 - 9- Kanser hastalarının durumluk kaygı düzeyleri ile onaylanma ihtiyacı/bağımlılık tutumları arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Buna ilave olarak, kanser hastalarının sürekli kaygı düzeyleri ile onaylanma ihtiyacı/bağımlılık tutumları arasında da pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki vardır.
 - 10- Kanser hastalarının otomatik düşünceleri ve fonksiyonel olmayan tutumları, hastaların durumluk kaygı düzeylerini anlamlı düzeyde yordamaktadır.
 - 11- Kanser hastalarının otomatik düşünceleri ve fonksiyonel olmayan tutumları, hastaların sürekli kaygı düzeylerini anlamlı düzeyde yordamaktadır.

5.3 Öneriler

- Kanser hastalarının kaygı düzeylerinin yüksek olması bulgusundan hareketle, kanser hastalarına yönelik kaygı ile başa çıkmaya dair psikoeğitimlerin düzenlenmesinin faydalı olabileceği ifade edilebilir.
- Kadın kanser hastalarının kaygı düzeylerinin erkek hastalardan anlamlı şekilde yüksek olduğu bulgulanmıştır. Ayrıca kanser hastalarının yaşları ile kaygı düzeyleri arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Dolayısıyla kanser hastalarıyla çalışan ruh sağlığı uzmanlarının, genç ve kadın kanser hastalarının kaygı bakımından risk grubunda olabileceğini göz önünde bulundurması yararlı olabilir.
- Kanser hastalarının kaygı düzeyleri ile otomatik düşüncelerinin ve fonksiyonel olmayan tutumlarının ilişkili olması bulgusundan hareketle, kanser hastalarında otomatik düşünce ve fonksiyonel olmayan tutumlara dair çeşitli çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.
- Kanser hastalarının otomatik düşünce ve fonksiyonel olmayan tutumlarının kaygı düzeylerini anlamlı şekilde yordadığı belirlenmiştir. Kanser hastalarıyla yürütülen psikolojik danışmanlık ve psikoeğitim hizmetlerinde bu hususa da dikkat edilmesinin faydalı olabileceği ifade edilebilir.

KAYNAKÇA

- Aass, N., Fosså, S. D., Dahl, A. A. ve Aloe, T. J. (1997). Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital. *European journal of cancer*, 33(10), 1597-1604. doi: 10.1016/S0959-8049(97)00054-3
- Acar, Ş. (2018). *Kanser hastası olan ve olmayan ergenlerin kendilik algısı ve öznel iyi oluşlarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ak, M., Kırkpınar, İ., Atmaca, M., Erkan Yüce, A., Güler, Ö., Kesici, Ş. ve Akkişi Kumsar, N. (2020). *Klinik Uygulamada Bilişsel Davranışçı Terapi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Alacacıoğlu, A. (2007). *Kanser hastaları ve hasta yakınlarının depresyon, umutsuzluk ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.
- Alacalıoğlu, A., Öztop, İ. ve Yılmaz, U. (2012). The Effect of Anxiety and Depression on Quality of Life in Turkish Non Small Lung Cancer Patients. *Turk Toraks Dergisi*, 13(2), 50. doi: 10.5152/ttd.2012.12
- Alamış, B. (2017). *Meme kanseri tanılı hastalarda hastalık algısı, anksiyete, depresyon ve eş uyumu ilişkisi: kontrollü bir çalışma*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Albery, I. P. ve Munafó, M. (2008). *Key concepts in health psychology*. London, UK: Sage Publications.
- Alçalar, N., Özkan, S., Küçüçük, S., Aslay, I. ve Özkan, M. (2012). Association of coping style, cognitive errors and cancer-related variables with depression in women treated for breast cancer. *Japanese journal of clinical oncology*, 42(10), 940-947. doi: 10.1093/jjco/hys119
- Altuğ, B., Kaya, N., Encirli, Ş., Dura, S. ve Kucur, R. (1995). *Kanser hastalarında psikiyatrik semptom dağılımı*. Konya: IV. Anadolu Psikiyatri Günleri, 268-272.

- American Cancer Society. (2017). *Types of Support Services*. 1 Temmuz 2020 tarihinde <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/emotional-side-effects/understanding-psychosocial-support-services/types-of-support-services.html> adresinden erişildi.
- American Cancer Society. (2020). *Signs and Symptoms of Cancer*. 3 Şubat 2021 tarihinde <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/signs-and-symptoms-of-cancer.html> adresinden erişildi.
- American Society of Clinical Oncology. (2021). *Counseling*. 6 Haziran 2021 tarihinde <https://www.cancer.net/coping-with-cancer/finding-social-support-and-information/counseling> adresinden erişildi.
- An, E., Lo, C., Hales, S., Zimmermann, C. ve Rodin, G. (2018). Demoralization and death anxiety in advanced cancer. *Psycho-oncology*, 27(11), 2566-2572. doi: 10.1002/pon.4843
- Anuk, D., Özkan, M. ve Alçalar N. (1999). Konsültasyon – liyezon psikiyatrisi bilim dalı psikoonkoloji çalışmalarının 2 yıllık dökümü. İçinde S. Özkan (Editör), *Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı*, 174- 181. İstanbul: Düz.
- Ateş, E., Canyılmaz, E., Çakır, N. G., Yurtsever, C. ve Yöney, A. (2018). Kanser hastalarının ve onlara bakım veren kişilerin depresyon ve anksiyete durumlarının değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 18(1), 61-67. doi: 10.17098/amj.408965
- Ateşçi, F. C., Baltarlı, B., Oğuzhanoglu, N. K., Karadağ, F., Özdel, O. ve Karagöz, N. (2004). Psychiatric morbidity among cancer patients and awareness of illness. *Supportive Care in Cancer*, 12(3), 161-167. doi: 10.1007/s00520-003-0585-y
- Ateşçi, F. Ç., Oğuzhanoglu, N. K., Baltarlı, B., Karadağ, F., Özdel, O. ve Karagöz, N. (2003). Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14, 145-152.
- Atıcı, E. (2007). Tıp tarihinde kanser ve lösemi. *Türk onkoloji dergisi*, 22(4), 197-204. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/iuonkder/issue/1067/12107> adresinden erişildi.

- Avis, N. E., Crawford, S. ve Manuel, J. (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 13(5), 295-308. doi: 10.1002/pon.744
- Avşaroğlu, S. (2012). Zihinsel yetersizliğe sahip çocuğu olan anne-babaların kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 9(1), 533-549.
- Avşaroğlu, S. (2019). Merhamet Eğitimi Programının Üniversite Öğrencilerinin Merhametli Olma Düzeylerine Etkisi. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(3), 2484-2500. doi: 10.33206/mjss.551706
- Avşaroğlu, S. ve Çavdar, İ. (2019). Görme Engelli Çocuklara Sahip Anne-Babaların Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (47), 105-122. doi: 10.21764/maeuefd.399486
- Aydın, K. B. (2009). Automatic thoughts as predictors of Turkish university students' state anxiety. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 37(8), 1065-1072. doi: 10.2224/sbp.2009.37.8.1065
- Aydoğan, Ü., Doğaner, Y. C., Borazan, E., Kömürçü, Ş., Koçak, N., Öztürk, B., Özet, A. ve Sağlam, K. (2012). Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 16(2), 55-60.
- Bağ, B. (2012). Psiko-Onkoloji, Psikososyal Sorunlar ve Ölçüm Yöntemleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(4), 449-464. doi: 10.5455/cap.20120427
- Bal, U., Çakmak, S. ve Uğuz, Ş. (2013). Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4), 441-459. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/aktd/issue/2206/29337> adresinden erişildi.
- Baloğlu, M., Özteke Kozan, H. İ. ve Kesici, Ş. (2018). Gender differences in and the relationships between social anxiety and problematic internet use: Canonical analysis. *Journal of medical Internet research*, 20(1), e33. doi: 10.2196/jmir.8947

- Bandura, A. (1962). Social learning through imitation. İçinde M. R. Jones (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation*, 211–274. Nebraska, USA: Nebraska Press.
- Bandura, A. (2010). Self-efficacy. *The Corsini encyclopedia of psychology*, 1-3. doi: 10.1002/9780470479216.corpsy0836
- Bashiri, H., Dehghan, F., Saeedi, S., MehrabiPari, S., ShafieiKohnehsahri, S. ve Abaszadeh, M. (2018). Relationship between looming cognitive style with dysfunctional attitudes, anxiety, and depression among cancer patients. *Journal of Health and Care*, 19(4), 242-250. <http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-901-en.html> adresinden erişildi.
- Batmaz, S. ve Özdel, K. (2016). Psychometric properties of the revised and abbreviated form of the Turkish version of the dysfunctional attitude scale. *Psychological reports*, 118(1), 180-1. doi: 10.1177/0033294116628349
- Baykara, O. (2016). Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 154-165. doi: 10.5505/bsbd.2016.93823
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9(4), 324–333. doi: 10.1001/archpsyc.1963.01720160014002
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of general psychiatry*, 10(6), 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1964.01720240015003
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York, USA: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1985). Theoretical perspectives on clinical anxiety. İçinde A. H. Tuma ve J. D. Maser (Ed.), *Anxiety and the anxiety disorders*. New Jersey, USA: Lawrence Erlbaum Associates.
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 194–198. doi: 10.1037/0022-006X.61.2.194
- Beck, A. T. (2003). *Cognitive therapy of depression*. New York, USA: Guilford Press.

- Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, USA: Guilford Press.
- Beck, A. T. ve Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour research and therapy*, 35(1), 49-58. doi: 10.1016/S0005-7967(96)00069-1
- Beck, A. T. ve Emery, G. (2019). *Anksiyete Bozuklukları ve Fobiler: Bilişsel Bir Bakış Açısı*. (Çev. V. Öztürk). İstanbul: Litera Yayıncılık. (Orijinal yayın tarihi, 2005)
- Beck, A. T. ve Rush, A. J. (1985). A cognitive model of anxiety formation and anxiety resolution. *Issues in Mental Health Nursing*, 7(1-4), 349-365. doi: 10.3109/01612848509009461
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I. ve Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(3), 179. doi: 10.1037/0021-843X.96.3.179
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 2-27
- Beck, J. S. (2018). *Bilişsel Davranışçı Terapi: Temelleri ve Ötesi (2. Baskı)*. (Çev. M. Şahin). İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık. (Orijinal yayın tarihi, 2011).
- Beutel, M. E., Weißflog, G., Leuteritz, K., Wiltink, J., Haselbacher, A., Ruckes, C., ... ve Brähler, E. (2014). Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) with depressed breast cancer patients: results of a randomized controlled multicenter trial. *Annals of oncology*, 25(2), 378-384. doi: 10.1093/annonc/mdt526
- Bhattacharjee, A. ve Banerjee, A. (2016). State and trait anxiety among cancer patients: A comparative analysis. *Journal of Psychosocial Research*, 11(2), 427.
- Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., ... ve Ulaş, H. (2014). Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25, 264-81.

- Blank, T. O. ve Bellizzi, K. M. (2008). A gerontologic perspective on cancer and aging. *Cancer*, 112(11), 2569-2576. doi: 10.1002/cncr.23444
- Blonna, R. ve Watter, D. (2005). What is health counseling. *Health counseling: A microskills approach*. Boston, USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Bodurka-Bevers, D., Basen-Engquist, K., Carmack, C. L., Fitzgerald, M. A., Wolf, J. K., De Moor, C., ve Gershenson, D. M. (2000). Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecologic oncology*, 78(3), 302-308. doi: 10.1006/gyno.2000.5908
- Bolund, C. (1990). Crisis and coping learning to live with cancer. *Psychosocial aspects of oncology*. Berlin, DE: Springer.
- Boratav, H. ve Sunar, D. (2005). Sağlık Psikolojisi: Türkiye Açısından Bir Durum Değerlendirmesine Doğru. *Psikoloji Çalışmaları*, 25, 1-18. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/iupcd/issue/9408/117945> adresinden erişildi.
- Bovbjerg, D. H., Montgomery, G. H. ve Raptis, G. (2005). Evidence for Classically Conditioned Fatigue Responses in Patients Receiving Chemotherapy Treatment for Breast Cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(3), 231–237. doi: 10.1007/s10865-005-4659-9
- Boyle, P. ve Levin, B. (2008). *World cancer report 2008*. Lyon: International Agency for Research on Cancer. <https://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2008> adresinden erişildi.
- Boynueğri, S. T. (2017). *Değerler, otomatik düşünceler ve fonksiyonel olmayan tutumlar arasındaki yordayıcı ilişkiler*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Bozcuk, H., Erdoğan, V., Eken, C., Çıplak, E., Samur, M., Özdoğan, M. ve Savaş, B. (2002). Does awareness of diagnosis make any difference to quality of life?. *Supportive care in cancer*, 10(1), 51-57. doi: 10.1007/s005200100308
- Bozo, Ö., Anahar, S., Ateş, G. ve Etel, E. (2010). Effects of illness representation, perceived quality of information provided by the health-care professional, and

- perceived social support on depressive symptoms of the caregivers of children with leukemia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(1), 23-30. doi: 10.1007/s10880-009-9177-4
- Böncü, M., Özacar, R., Halilçolar, H. ve Aydemir, Ö. (2001). Akciğer kanserli olgularda anksiyete ve depresyon şiddeti. *Türkiye Klinikleri Akciğer Arşivi*, 2(3), 123-126.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A. ve Jemal, A. (2018). Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. doi: 10.3322/caac.21492
- Breitbart, W. (1989). Psychiatric management of cancer pain. *Cancer*, 63(11), 2336-2342. doi: 10.1002/1097-0142(19890601)63:11%3C2336::AID-CNCR2820631144%3E3.0.CO;2-7
- Brown, K. W., Levy, A. R., Rosberger, Z. ve Edgar, L. (2003). Psychological distress and cancer survival: A follow-up 10 years after diagnosis. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 636–643. doi: 10.1097/01.PSY.0000077503.96903.A6
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult?. *British medical journal*, 288(6430), 1597. doi: 10.1136/bmj.288.6430.1597
- Burger, J. M. (2016). *Kişilik: Psikoloji biliminin insan doğasına dair söyledikleri*. (Çev. İ. D. Erguvan Sarıoğlu) İstanbul: Kaknüs.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. ve Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330(702). doi: 10.1136/bmj.38343.670868.D3
- Buzlu, S. (2010). Evre I-II meme kanseri hastalarına uygulanan psikoegitimin kanser uyum, anksiyete, depresyon ve duygu durum profiline etkisi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 1(2), 100-103.
- Büyüköztürk, Ş., Çokluk, Ö. ve Köklü, N. (2015). *Sosyal bilimler için istatistik*. Ankara: Pegem Akademi.

- Calvert, P. ve Palmer, C. (2003). Application of the cognitive therapy model to initial crisis assessment. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(1), 30-38. doi: 10.1046/j.1440-0979.2003.00266.x
- Cannon, W. B. (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear, and rage*. Amerika Birleşik Devletleri: Appleton and company.
- Cardoso, G., Graca, J., Klut, C., Trancas, B. ve Papoila, A. (2016). Depression and anxiety symptoms following cancer diagnosis: a cross-sectional study. *Psychology, health & medicine*, 21(5), 562-570. doi: 10.1080/13548506.2015.1125006
- Carey, M. P. ve Burish, T. G. (1988). Etiology and treatment of the psychological side effects associated with cancer chemotherapy: A critical review and discussion. *Psychological Bulletin*, 104(3), 307–325. doi: 10.1037/0033-2909.104.3.307
- Carroll, B. T., Kathol, R. G., Noyes Jr, R., Wald, T. G. ve Clamon, G. H. (1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *General hospital psychiatry*, 15(2), 69-74. doi: 10.1016/0163-8343(93)90099-A
- Chida, Y., Hamer, M., Wardle, J. ve Steptoe, A. (2008). Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival?. *Nature clinical practice Oncology*, 5(8), 466-475. doi: 10.1038/ncponc1134
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour research and therapy*, 24(4), 461-470. doi: 10.1016/0005-7967(86)90011-2
- Classen, C., Butler, L. D., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., Giese-Davis, J., ... ve Spiegel, D. (2001). Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. *Archives of general psychiatry*, 58(5), 494-501. doi: 10.1001/archpsyc.58.5.494
- Curran, P. J., West, S. G. ve Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods*, 1(1), 16–29. doi: 10.1037/1082-989X.1.1.16

- Cüceloğlu, D. (2015). *İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çalıkuşu, H. (2020). *Ergenlerde Özgüven ile Olumsuz Otomatik Düşünceler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Daştan, N. B. ve Buzlu, S. (2018). Kanser Hastalarında Anksiyete ve Depresyon Yönetimi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Hemşireliği-Özel Konular*, 4(2), 21-28.
- Davis, H. (1986). Effects of biofeedback and cognitive therapy on stress in patients with breast cancer. *Psychological Reports*, 59(2), 967-974. doi: 10.2466/pr0.1986.59.2.967
- Dedeli, Ö. ve Karadeniz, G. (2009). Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. *Ağrı*, 21(2), 45-53.
- Deği, C. L. (2013). Psychosocial aspects of cancer in hospitalized adult patients in Romania. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 82, 32-38. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.06.221
- Demiralp, M. ve Oflaz, F. (2011). Gevşeme Eğitiminin Meme Kanserli Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Üzerine Etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2).
- DePinho, R. A. (2000). The age of cancer. *Nature*, 408(6809), 248-254. doi: 10.1038/35041694.
- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A. M., ... ve Carnicke, C. L. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Jama*, 249(6), 751-757. PMID: 6823028
- Desautels, C., Ruel, S., Ivers, H. ve Savard, J. (2011). Dysfunctional Beliefs and Attitudes About Sleep Both Predispose and Maintain Insomnia During The Cancer Care Trajectory. *Sleep Medicine*, (12), 97.

- Dobson, K. S. ve Breiter, H. J. (1983). Cognitive assessment of depression: Reliability and validity of three measures. *Journal of Abnormal Psychology*, 92(1), 107. doi: 10.1037/0021-843X.92.1.107
- Doğan, D. (2019). Kanser Hastalarına Yönelik Psiko-onkoloji Uygulamaları. *International Social Sciences Studies Journal*, 5(35), 2669-2690. doi: 10.26449/sss.1472
- Dougherty, K., Templer, D. I. ve Brown, R. (1986). Psychological states in terminal cancer patients as measured over time. *Journal of Counseling Psychology*, 33(3), 357-359. doi: 10.1037/0022-0167.33.3.357
- Dönmez, G. (2016). *Kanser hastalarında hastalık algısı ile üstbiliş, erken dönem uyumsuz şemalar ve olumsuz otomatik düşünceler arasındaki ilişkiler*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Edelman, S., Bell, D. R. ve Kidman, A. D. (1999). A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 8(4), 295-305. doi: 10.1002/(sici)1099-1611(199907/08)8:4%3C295::aid-pon386%3E3.0.co;2-y
- Ellis, P. M. ve Tattersall, M. H. (1999). How should doctors communicate the diagnosis of cancer to patients? *Annals of medicine*, 31(5), 336-341. doi: 10.3109/07853899908995900
- Endler, N. S., ve Kocovski, N. L. (2001). State and trait anxiety revisited. *Journal of anxiety disorders*, 15(3), 231-245. doi: 10.1016/S0887-6185(01)00060-3
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. doi: 10.1126/science.847460
- Epiktetos. (2015). *İçsel huzur iyi yaşamın kapısını açar*. (Çev. C. Erengil). İstanbul: Alkim Yayınevi.

- Erdoğan, H. (2015). *Kanser hastalarında algılanan sosyal desteğin travma sonrası stres bozukluğu depresyon anksiyete ve stres ile olan ilişkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
- Ertan, T. (2008). Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu*. 25-30.
- Esme, H., Sezer, M., Demir, A., Güler, Ö., Sağlam, H. ve Ünlü, M. (2006). Akciğer Kanseri Hastalarda Tanıyı Bilme ile Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişki. *Solunum*, 8(4), 163-167.
- Eylen, B. (2001). *Bilgi verici danışmanlığın kanser hastalarının ailelerinin sosyal destek becerileri üzerine etkisi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Fawzy, F. I. (1999). Psychosocial interventions for patients with cancer: what works and what doesn't. *European Journal of Cancer*, 35(11), 1559-1564. doi: 10.1016/s0959-8049(99)00191-4
- Fawzy, F. I. ve Fawzy, N. W. (1998). Group therapy in the cancer setting. *Journal of Psychosomatic Research*, 45(3), 191–200. doi: 10.1016/S0022-3999(98)00015-4
- Ferlic, M., Goldman, A. ve Kennedy, B. J. (1979). Group counseling in adult patients with advanced cancer. *Cancer*, 43(2), 760-766. doi: 10.1002/1097-0142(197902)43:2%3C760::aid-cnrcr2820430253%3E3.0.co;2-k
- Foster, L. W. ve McLellan, L. (2000). Cognition and the cancer experience: clinical implications. *Cancer Practice*, 8(1), 25-31. doi: 10.1046/j.1523-5394.2000.81004.x
- Fouladgar, F. (2019). *Dysfunctional Attitude and Performance Anxiety in University Students of Iran and Pakistan* (Yayınlanmamış Tez). University of the Punjab Centre for Clinical Psychology, Lahore, Pakistan. http://pr.hec.gov.pk/jspui/bitstream/123456789/11045/1/Farzaneh%20Foulaggar_Psychology_2018_Punjab.pdf adresinden erişildi.

- Freud, S. (1920). Beyond The Pleasure Principle. İçinde *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XVIII (1920-1922): Beyond the Pleasure Principle, Group Psychology and Other Works*, 1-64
- Freud, S. (1953). Thoughts for the time on war and death. İçinde Strachey J. (Ed.). *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Volume XIV*, 289. London, UK: Hogarth.
- Friedman, H. S. ve Adler, N. E. (2007). The History and Background of Health Psychology. *Foundations of health psychology*, 3–18. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Gansler, T., Henley, S. J., Stein, K., Nehl, E. J., Smigal, C. ve Slaughter, E. (2005). Sociodemographic determinants of cancer treatment health literacy. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 104(3), 653-660. doi: 10.1002/cncr.21194
- Gautam, S. ve Nijhawan, M. (1987). Communicating with cancer patients. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 760–764. doi: 10.1192/bjp.150.6.760
- Geçtan, E. (2006). *Psikanaliz ve sonrası*. İstanbul: Metis Yayınları.
- Gemalmaz, A. ve Avşar, G. (2015). Kanser tanısı ve sonrası yaşananlar: kalitatif bir alışma. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 12(2), 93-98. doi: 10.5222/HEAD.2015.093
- Gibbs, H. W. ve Achterberg-Lawlis, J. (1978). Spiritual values and death anxiety: Implications for counseling with terminal cancer patients. *Journal of Counseling Psychology*, 25(6), 563–569. doi: 10.1037/0022-0167.25.6.563
- Gil, F., Costa, G., Hilker, I. ve Benito, L. (2012). First anxiety, afterwards depression: psychological distress in cancer patients at diagnosis and after medical treatment. *Stress and Health*, 28(5), 362-367. doi: 10.1002/smi.2445
- Gilbert, P. (1998). The evolved basis and adaptive functions of cognitive distortions. *British Journal of Medical Psychology*, 71(4), 447-463. doi: 10.1111/j.2044-8341.1998.tb01002.x

- Girgis, A. ve Sanson-Fisher, R. W. (1995). Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *Journal of Clinical Oncology*, 13(9), 2449-2456. doi: 10.1200/jco.1995.13.9.2449
- Goldberg, J. A., Scott, R. N., Davidson, P. M., Murray, G. D., Stallard, S., George, W. D. ve Maguire, G. P. (1992). Psychological morbidity in the first year after breast surgery. *European journal of surgical oncology: the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*, 18(4), 327-331. PMID: 1521623
- Gökalp, K. (2015). *Müzik Terapisinin Yaşlı Kanser Hastalarının Anksiyete ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Greer, J. A., Traeger, L., Bemis, H., Solis, J., Hendriksen, E. S., Park, E. R., ... ve Safren, S. A. (2012). A pilot randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral therapy for anxiety in patients with terminal cancer. *The oncologist*, 17(10), 1337. doi: 10.1634/theoncologist.2012-0041
- Gül, E. (2016). *Ergenlerde sosyal görünüş kaygısı ve sosyal karşılaştırmanın fonksiyonel olmayan tutum ve bilişsel çarpıtmalarla ilişkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Güleç, G., Güleç, S., Ceyhan, D., Bahar, M. ve Özdemir, S. (2017). Tanısını bilen ve bilmeyen kanser hastalarının anksiyete, depresyon ve ağrı ile başa çıkma davranışları. *Ağrı Dergisi*, 29(3), 109-116. doi: 10.5505/agri.2017.56688
- Güleş, E., ve Avşaroğlu, S. (2017). Özel gereksinimli çocuğu olan anne babaların merhamet düzeyleri. Alanya: II. Ines uluslararası akademik araştırmalar kongresi. 18-21 Ekim.
- Gültekin, M., ve Boztaş, G. (2014). *Türkiye kanser istatistikleri*. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.
- Gündüz, A. ve Gündoğmuş, İ. (2019). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile otomatik düşünceler, ara inançlar, uyumsuz şemalar, anksiyete ve

depresif belirti şiddeti ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22(4). doi: 10.5505/kpd.2019.72621

Güneş, R. (2016). *Sürekli kaygı ve sürekli depresyon ile algılanan ana baba tutum boyutları arasındaki ilişki: otomatik düşünce ve üstbilişin aracı rolleri*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Güran, Ş. (2005). Prevention from cancer. *Gulhane Medical Journal*, 47(4).

Güren, E., Tekgül, S., Bilaçeroğlu, S., Arslan, S., Çimen, P., Taşdöğen, N. ve Özden, E. P. (2005). Akciğer Kanserli Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeylerindeki Değişimler. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 19(3), 83-91. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ighd/issue/43082/521893> adresinden erişildi.

Ham, K., Chin, S., Suh, Y. J., Rhee, M., Yu, E. S., Lee, H. J. ... ve Chung, K. M. (2019). Preliminary results from a randomized controlled study for an app-based cognitive behavioral therapy program for depression and anxiety in cancer patients. *Frontiers in psychology*, 10, 1592. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01592

Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998). *T.C. Resmi Gazete* (23420, 01 Ağustos 1998)

Hinz, A., Krauss, O., Hauss, J. P., Höckel, M., Kortmann, R. D., Stolzenburg, J. U. ve Schwarz, R. (2010). Anxiety and depression in cancer patients compared with the general population. *European journal of cancer care*, 19(4), 522-529. doi: 10.1111/j.1365-2354.2009.01088.x

Holland, J. C. (Ed.). (2010). *Psycho-oncology*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Hollon, S. D. ve Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive therapy and research*, 4(4), 383-395. doi: 10.1007/BF01178214

Hudson, J. L. ve Rapee, R. M. (2004). From Anxious Temperament to Disorder: An Etiological Model. *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. New York, USA: Guilford Press.

- Işıkoğlu, B. D. (2018). *Ayaktan kemoterapi uygulamasının kanser hastalarında anksiyete-depresyon-insomniya kümesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Jacobsen, P. B., Andrykowski, M. A. ve Thors, C. L. (2004). Relationship of catastrophizing to fatigue among women receiving treatment for breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(2), 355. doi: 10.1037/0022-006X.72.2.355
- Janiszewska, J., Buss, T., de Walden-Gałuszko, K., Majkowicz, M., Lichodziejewska-Niemierko, M. ve Modlińska, A. (2008). The religiousness as a way of coping with anxiety in women with breast cancer at different disease stages. *Supportive care in cancer*, 16(12), 1361-1366. doi: 10.1007/s00520-008-0437-x
- Janoff-Bulman, R (1999) Rebuilding shattered assumptions after traumatic life events: coping processes and outcomes. İçinde Snyder CR. (Ed.) *Coping: the psychology of what works*, 305–23. New York, USA: Oxford University Press.
- Jiang, Z., Weili, W., Jiangyan, S. ve Shaohua, H. (2011). Associations of depression, personality characteristics and automatic thoughts in postoperative breast cancer patients receiving chemotherapy. *Journal of Nursing Science*, 8. https://en.cnki.com.cn/Article_en/CJFDTotat-HLXZ201108047.htm adresinden erişildi.
- Kallay, E., Dégi, C. L. ve Vincze, A. E. (2007). Dysfunctional attitudes, depression and quality of life in a sample of Romanian. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 7(1), 95-106.
- Kangas, M., Henry, J. L. ve Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology review*, 22(4), 499-524. doi: 10.1016/s0272-7358(01)00118-0
- Kankurtay, S. (2020). *Üniversite öğrencilerinde fonksiyonel olmayan tutumların yaygın anksiyete eğilimleri üzerindeki etkisinde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolü*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

- Kapçı, E. G. (2004). Ameliyat Olan Kanser Hastalarının Kaygı ve Depresyon Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(21).
- Kara, F., İltter, H. ve Keskinçilic, B. (2018). *Türkiye kanser istatistikleri 2015*. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.
- Kara, H., ve Acet, M. (2012). *Spor Yöneticilerinde Durumluk Kaygısının Otomatik Düşünceler Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi*, NWSA-Social Sciences, 7(4), 244-258.
- Karakaş, S. (2007). *Kanser Hastalarının Hastalığı Değerlendirme Biçimlerinin Anksiyete Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Karakartal, D. (2019). Kanser Hastalarının Yaşadıkları Psiko-Sosyal Sorunların İncelenmesi. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi*, 4(9), 48-62.
- Karakuş, G., Öztürk, Z. ve Tamam, L. (2012). Ölüm ve ölüm kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(1), 42-79.
- Karamustafaloğlu, O. ve Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- Karasar, N. (2005). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara: Nobel Yayıncılık
- Kav, S., Hanoğlu, Z. ve Algier, L. (2008). Türkiyede Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı: Literatür Taraması. *UHOD: Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 18(1).
- Kaya, A., Yüksel, E. ve Öğüt, P. (2011). Sağlık Haberlerinde Mucize Tedaviler. *Selçuk İletişim*, 7(1). <https://dergipark.org.tr/tr/pub/josc/issue/19023/200586> adresinden erişildi.
- Kelly, G. A. (1970). A brief introduction to personal construct theory. *Perspectives in personal construct theory*, 1, 29.

- Kendler, H. H. (1947). An investigation of latent learning in a T-maze. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 40(4), 265–270. doi: 10.1037/h0056024
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. ve Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- Ketenci, T. ve Topuz, M. (2014). Platon'da Beden ve Yasa İlişkisi. *Kaygı Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Felsefe Dergisi*, 22, 27-43. doi: 10.20981/kuufefd.11476
- Khalil, R. B. (2013). Attitudes, beliefs and perceptions regarding truth disclosure of cancer-related information in the Middle East: a review. *Palliat Support Care*, 11(1), 69-78. doi: 10.1017/s1478951512000107
- Kissane, D. W., Bloch, S., Miach, P., Smith, G. C., Seddon, A. ve Keks, N. (1997). Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer—techniques and themes. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 6(1), 25-33. doi: 10.1002/(sici)1099-1611(199703)6:1%3C25::aid-pon240%3E3.0.co;2-n
- Kissane, D. W., Love, A., Hatton, A., Bloch, S., Smith, G., Clarke, D. M., ... ve Snyder, R. D. (2004). Effect of cognitive-existential group therapy on survival in early-stage breast cancer. *Journal of clinical oncology*, 22(21), 4255-4260. doi: 10.1200/jco.2004.12.129
- Kocabaş, E. Ö. (2007). Bir Uygulama Alanı Olarak Sağlık Psikolojik Danışmanlığı. *Ege Eğitim Dergisi*, 8(2), 37-51. dergipark.org.tr/tr/pub/egeefd/issue/4913/67267 adresinden erişildi.
- Kocaman Yıldırım, N., Özkan, M., Özkan, S., Özçınar, B., Güler, S. A. ve Özmen, V. (2009). Meme kanserli hastaların tedavi öncesi ve sonrası anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi: Bir yıllık prospektif değerlendirme sonuçları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46(4), 175-181.

- Kovács, Z. ve Kovács, F. (2007). Depressive and anxiety symptoms, dysfunctional attitudes and social aspects in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37(3), 245-255. doi: 10.2190%2FPM.37.3.a
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C. ve Neale, J. M. (2017). *Anormal psikolojisi: psikopatoloji*. (Çev. M. Şahin). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Londra, UK: Routledge.
- Lam, K. F., Lim, H. A., Tan, J. Y. ve Mahendran, R. (2015). The relationships between dysfunctional attitudes, rumination, and non-somatic depressive symptomatology in newly diagnosed Asian cancer patients. *Comprehensive psychiatry*, 61, 49-56. doi: 10.1016/j.comppsy.2015.06.001
- Lau, B. H. P., Wong, D. F., Fung, Y. L., Zhou, J., Chan, C. L. ve Chow, A. Y. (2018). Facing death alone or together? Investigating the interdependence of death anxiety, dysfunctional attitudes, and quality of life in patient-caregiver dyads confronting lung cancer. *Psycho-oncology*, 27(8), 2045-2051. doi: 10.1002/pon.4773
- Leahy, R. L. (2018). *Bilişsel Terapi ve Uygulamaları-Tedavi Müdahaleleri için Bir Kılavuz- (4. Baskı.)*. (Çev. H. Hacak, M. Macit ve F. Özpilavcı). İstanbul: Litera Yayıncılık. (Orijinal yayın tarihi, 2004).
- Levenstein, J. H., McCracken, E. C., McWhinney, I. R., Stewart, M. A. ve Brown, J. B. (1986). The patient-centred clinical method. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Family practice*, 3(1), 24-30. doi: 10.1093/fampra/3.1.24
- Levin, T. T. ve Applebaum, A. J. (2014). Acute cancer cognitive therapy. *Cognitive and behavioral practice*, 21(4), 404-415. doi: 10.1016/j.cbpra.2014.03.003
- Li, X. M., Xiao, W. H., Yang, P. ve Zhao, H. X. (2017). Psychological distress and cancer pain: Results from a controlled cross-sectional survey in China. *Scientific reports*, 7(1), 1-9. doi: 10.1038/srep39397

- Lieu, C. C. H. (2010). *Gender Differences in the Occurrence and Severity of Anxiety, Depression, and Fatigue in Oncology Patients at the Initiation of Radiation Therapy*. (Yayınlanmamış Tez). University of California, Master of Science in Nursing, San Francisco, Amerika Birleşik Devletleri.
- Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R. ve Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of affective disorders*, 141(2-3), 343-351. doi: 10.1016/j.jad.2012.03.025
- Linn, M. W., Linn, B. S. ve Harris, R. (1982). Effects of counseling for late stage cancer patients. *Cancer*, 49(5), 1048-1055. PMID: 7059922
- Liu, J., Peh, C. X. ve Mahendran, R. (2017). Body image and emotional distress in newly diagnosed cancer patients: The mediating role of dysfunctional attitudes and rumination. *Body image*, 20, 58-64. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.11.001
- Lohr, J. M. ve Bonge, D. (1981). On the distinction between illogical and irrational beliefs and their relationship to anxiety. *Psychological Reports*, 48(1), 191-194. doi: 10.2466/pr0.1981.48.1.191
- Magrath, I., Steliarova-Foucher, E., Epelman, S., Ribeiro, R. C., Harif, M., Li, C. K., ... ve Howard, S. C. (2013). Paediatric cancer in low-income and middle-income countries. *The lancet oncology*, 14(3), 104-116. doi: 10.1016/s1470-2045(13)70008-1
- Manav, F. (2011). Kaygı kavramı. *Toplum Bilimleri*, 5(9), 201-211
- Marrs, J. A. (2006). Stress, fears, and phobias: the impact of anxiety. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(3), 319-22. doi: 10.1188/06.cjon.319-322
- Mehdipour, F., Rafiepoor, A. ve HajiAlizadeh K. (2017). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Group Therapy in Reducing Negative Automatic Thoughts and Dysfunctional Attitudes in Cancer Patients, *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences: 19(6)*. doi: 10.5812/zjrms.10609
- Meriç, M. (2010). *Yaygın Anksiyete Bozukluğu Olan Kadın Hastalarda Bilişsel Yaklaşım Temelli Danışmanlığın Hastalığın Tedaviyle İlgili Otomatik Düşüncelerine Etkisi*.

(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

- Miller, A.B., Hoogstraten, B., Staquet, M. ve Winkler, A. (1981), Reporting results of cancer treatment. *Cancer*, 47, 207-214. doi: 10.1002/1097-0142(19810101)47:1%3C207::aid-cnrcr2820470134%3E3.0.co;2-6
- Miller, K. D., Nogueira, L., Mariotto, A. B., Rowland, J. H., Yabroff, K. R., Alfano, C. M., ... ve Siegel, R. L. (2019). Cancer treatment and survivorship statistics, 2019. *CA: a cancer journal for clinicians*, 69(5), 363-385. doi: 10.3322/caac.21565
- Montgomery, G. H. ve Bovbjerg, D. H. (2003). Expectations of chemotherapy-related nausea: emotional and experiential predictors. *Annals of Behavioral Medicine*, 25(1), 48-54. doi: 10.1207/S15324796ABM2501_07
- Montgomery, G. H., Kangas, M., David, D., Hallquist, M. N., Green, S., Bovbjerg, D. H. ve Schnur, J. B. (2009). Fatigue during breast cancer radiotherapy: An initial randomized study of cognitive-behavioral therapy plus hypnosis. *Health Psychology*, 28(3), 317. doi: 10.1037/a0013582
- Montgomery, G. H., Schnur, J. B. ve Kravits, K. (2013). Hypnosis for cancer care: over 200 years young. *CA: a cancer journal for clinicians*, 63(1), 31-44. doi: 10.3322/caac.21165
- Moorey, S. ve Greer, S. (2011). *Oxford Guide to CBT for People with Cancer*. New York, USA: Oxford University Press.
- Morris, B. A., Shakespeare-Finch, J. ve Scott, J. L. (2012). Posttraumatic growth after cancer: the importance of health-related benefits and newfound compassion for others. *Supportive Care in Cancer*, 20(4), 749-756. doi: 10.1007/s00520-011-1143-7
- Morrow, G. R. ve Morrell, C. (1982). Behavioral treatment for the anticipatory nausea and vomiting induced by cancer chemotherapy. *New England Journal of Medicine*, 307(24), 1476-1480. doi: 10.1056/nejm198212093072402

- Mosconi, P., Meyerowitz, B. E., Liberati, M. C. ve Liberati, A. (1991). Disclosure of breast cancer diagnosis: patient and physician reports. *Annals of Oncology*, 2(4), 273-280. doi: 10.1093/oxfordjournals.annonc.a057936
- Murdock, N. L. (2016). *Psikolojik danışma ve psikoterapi kuramları*. (Çev. F. Akkoyun). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Muris, P., Mayer, B., Adel, M., Tamara, R., ve Wamelen, J. (2009). Predictors of Change Following Cognitive-Behavioral Treatment of Children with Anxiety Problems: A Preliminary Investigation on Negative Automatic Thoughts and Anxiety Control, *Child Psychiatry Hum Dev*, 40, 139-151.
- Musarezaie, A., Khaledi, F., Momeni-GhaleGhasemi, T., Keshavarz, M. ve Khodae, M. (2015). Investigation the dysfunctional attitudes and its relationship with stress, anxiety and depression in breast cancer patients. *Health Syst Res*, 11(1). <http://eprints.skums.ac.ir/6109/1/2003> adresinden erişildi.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Gogou, P., Theodorakis, P. ve Vlahos, L. (2010). Self-efficacy beliefs and levels of anxiety in advanced cancer patients. *European journal of cancer care*, 19(2), 205-211. doi: 10.1111/j.1365-2354.2008.01039.x
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E. ve Vlahos, L. (2005). Patterns and barriers in information disclosure between health care professionals and relatives with cancer patients in Greek society. *European Journal of Cancer Care*, 14(2), 175-181. doi: 10.1111/j.1365-2354.2005.00554.x
- Neel, C., Lo, C., Rydall, A., Hales, S. ve Rodin, G. (2015). Determinants of death anxiety in patients with advanced cancer. *BMJ supportive & palliative care*, 5(4), 373-380. doi: 10.1136/bmjspcare-2012-000420
- Neilson-Clayton, H. ve Brownlee, K. (2002). Solution-focused brief therapy with cancer patients and their families. *Journal of psychosocial oncology*, 20(1), 1-13. doi: 10.1300/J077v20n01_01
- Nusbaum, M. R., Hamilton, C. ve Lenahan, P. (2003). Chronic illness and sexual functioning. *American family physician*, 67(2), 347-354. PMID: 12562156

- O'steen, L., Lockney, N. A., Morris, C. G., Johnson-Mallard, V., Pereira, D. ve Amdur, R. J. (2021). A prospective randomized trial of the influence of music on anxiety in patients starting radiation therapy for cancer. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 109(3). doi: 10.1016/j.ijrobp.2020.09.048
- Olinger, L. J., Kuiper, N. A. ve Shaw, B. F. (1987). Dysfunctional attitudes and stressful life events: An interactive model of depression. *Cognitive therapy and research*, 11(1), 25-40. doi: 10.1007/BF01183130
- Otis-Green, S., Sherman, R., Perez, M. ve Baird, R. P. (2002). An integrated psychosocial-spiritual model for cancer pain management. *Cancer Practice*, 10, 58-65. doi: 10.1046/j.1523-5394.10.s.1.13.x
- Öcal, O. (2010). Varoluşsal sorunlar, birey ve yeni hayat. *Türklük Bilimi Araştırmaları*, (28), 313-324. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tubar/issue/16969/177282> adresinden erişildi.
- Ögel, K., Sağduyu, A. A., Erol, Ö. ve Boratav, C. (1999). *İç Hastalıkları ve Ruhsal Bozukluklar*. İstanbul: Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi Derneği.
- Öksüzoğlu, B., Abalı, H., Bakar, M., Yıldırım, N. ve Zengin, N. (2006). Disclosure of cancer diagnosis to patients and their relatives in Turkey: views of accompanying persons and influential factors in reaching those views. *Tumori Journal*, 92(1), 62-66. PMID: 16683385
- Öner, N. ve LeCompte, A. (1983). *Durumluk–Sürekli Kaygı Envanteri* (1.baskı). İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Matbaası.
- Özatlı, T., Bal, Ö., Budakoğlu, B., Ekinçi, A. Ş., Eşbah, O. ve Öksüzoğlu, B. (2013). Yeni Tanı Mide Karsinomlu Hastada İzole Leptomeningeal Karsinomatosis. *Acta Oncologica Turcica*, 46(1), 65-67. doi: 10.5505/aot.2013.09797
- Özdemir, Ü. ve Taşcı, S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/erusaglik/issue/5986/79604> adresinden erişildi.

- Özdoğan, M., Samur, M., Bozcuk, H. S., Çoban, E., Artac, M., Savaş, B., ... ve Sualp, Y. (2004). "Do not tell": what factors affect relatives' attitudes to honest disclosure of diagnosis to cancer patients? *Supportive care in cancer*, 12(7), 497-502. doi: 10.1007/s00520-004-0633-2
- Özgün, G., Türker, P. F. ve Kaya, B. (2020). Onkoloji Hastalarının Kanser Türlerine Göre Yaşam Kalitesi, Kaygı ve Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(3), 345-368. doi:10.21020/husbfd.663720
- Özguven Halise, D., (1999). Psikiyatrik kriz vakalarında hatalı otomatik düşünceler ve fonksiyonel olmayan tutumların sıklığı, *Kriz Dergisi*, 7(2), 9-16. doi: 10.1501/Kriz_0000000146
- Özguven İ. E. (2017). *Psikolojik Testler (14. Basım)*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Özkal, F. (2008). *Kanser Tanısının Hastaya Söylenmesine İlişkin Hasta ve Hasta Yakınlarının Görüşleri*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.
- Özkan, S. (1999). Psikiyatrik ve Psikososyal Açından Kanser. İçinde *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı 1998-1999*. İstanbul: İstanbul Tıp Fakültesi Yayınları.
- Özkan, S. (2012). Kanser hastasında psikiyatrik ve psikososyal destek. İçinde *Kanser hastasına yaklaşım: tanı, tedavi ve takipte sorunlar*. Onat, H. ve Mandel, N. M. (Ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Öztürk, G. (2008). *7-18 Yaş Çocuk Kanser Hastaları İçin Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeğinin geliştirilmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Parim, K. N. (2019). *Üniversite Öğrencilerinin Otomatik Düşünceler Fonksiyonel Olmayan Tutumlar ve Anksiyete Belirtilerinin İncelenmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Phungrassami, T., Sriplung, H., Roka, A., Mintrasak, E. N., Peerawong, T. ve Aegem, U. (2003). Disclosure of a cancer diagnosis in Thai patients treated with radiotherapy. *Social science & medicine*, 57(9), 1675-1682. doi: 10.1016/s0277-9536(02)00552-x
- Redd, W. H. ve Andrykowski, M. A. (1982). Behavioral intervention in cancer treatment: controlling aversion reactions to chemotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50(6), 1018. doi: 10.1037/0022-006X.50.6.1018
- Rodrigue, J. R. ve Park, T. L. (1996). General and illness-specific adjustment to cancer: Relationship to marital status and marital quality. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(1), 29–36. doi: 10.1016/0022-3999(95)00540-4
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. doi: 10.1037/h0045357
- Rogers, C. R. (1959). *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework*. (184-256). New York, USA: McGraw-Hill.
- Roscoe, J. A., Kaufman, M. E., Matteson-Rusby, S. E., Palesh, O. G., Ryan, J. L., Kohli, S., ... ve Morrow, G. R. (2007). Cancer-related fatigue and sleep disorders. *The oncologist*, 12(1), 35-42. doi: 10.1634/theoncologist.12-s1-35
- Roth, A. J., Weinberger, M. I. ve Nelson, C. J. (2008). Prostate cancer: psychosocial implications and management. *Future Oncology*, 4(4), 561-568. doi: 10.2217/14796694.4.4.561
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1), 1. doi: 10.1037/h0092976
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M. ve Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive therapy and research*, 1(1), 17-37. doi: 10.1007/BF01173502

- Sanz, J., ve Avia, M. D. (1994). Cognitive Specificity in social anxiety and depression: self statements, self focused attention and dysfunctional attitudes. *Journal of Social and Clinical Psychology* 13(2), 105-137.
- Sarafino, E. P. ve Smith, T. W. (2014). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. New York, USA: John Wiley & Sons.
- Sarıtaş, S. C. ve Özdemir, A. (2018). Identification of the correlation between illness perception and anxiety level in cancer patients. *Perspectives in psychiatric care*, 54(3), 380-385. doi: 10.1111/ppc.12265
- Schag, C. A. ve Heinrich, R. L. (1989). Anxiety in medical situations: Adult cancer patients. *Journal of Clinical Psychology*, 45(1), 20–27. doi: 10.1002/1097-4679(198901)45:1<20::AID-JCLP2270450103>3.0.CO;2-Z
- Seligman, M. E. ve Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of experimental psychology*, 74(1), 1. doi: 10.1037/h0024514
- Sheppard, V. B., Harper, F. W., Davis, K., Hirpa, F. ve Makambi, K. (2014). The importance of contextual factors and age in association with anxiety and depression in Black breast cancer patients. *Psychooncology*, 23(2), 143-150. doi: 10.1002/pon.3382
- Sherman, A. C. ve Simonton, S. (1999). Family therapy for cancer patients: Clinical issues and interventions. *The family journal*, 7(1), 39-50. doi: 10.1177/1066480799071006
- Sinanoğlu, B. (2016). *Lise son sınıf öğrencilerinin depresyon, anksiyete belirtileri ve olumsuz otomatik düşüncelerin taranması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Skapinakis, P. (2014). Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. *Encyclopedia of quality of life and well-being research*. Hollanda: Springer.
- Skinner, B. F. (1963). Operant behavior. *American psychologist*, 18(8), 503. doi: 10.1037/h0045185

- Slevin, M. L. (1987). Talking about cancer: how much is too much?. *British journal of hospital medicine*, 38(1), 56-58. PMID: 3620769
- Spiegel, D. ve Bloom, J. R. (1983). Pain in metastatic breast cancer. *Cancer*, 52(2), 341-345. PMID: 6861077
- Spiegel, D. ve Moore, R. (1997). Imagery and hypnosis in the treatment of cancer patients. *Oncology-Huntington*, 11(8), 1179-1188. PMID: 9268979
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI (Form Y)*. Palo Alto, USA: Consulting Psychologists.
- Spielberger, C. D. (2010). State-Trait anxiety inventory. *The Corsini encyclopedia of psychology*, 1-1. doi: 10.1002/9780470479216.corpsy0943
- Spielberger, C. D. (Ed.). (1966). *Anxiety and behavior*. Tennessee, USA: Academic Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. ve Lushene, R.E. (1970). *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, USA: Consulting Psychologists Press.
- Srivastava, V., Ansari, M. A., Kumar, A., Shah, A. G., Meena, R. K., Sevach, P. ve Singh, O. P. (2016). Study of anxiety and depression among breast cancer patients from North India. *Clinical Psychiatry*, 2(1), 4. doi: 10.21767/2471-9854.100017
- Stafford, L., Foley, E., Judd, F., Gibson, P., Kiropoulos, L. ve Couper, J. (2013). Mindfulness-based cognitive group therapy for women with breast and gynecologic cancer: a pilot study to determine effectiveness and feasibility. *Supportive Care in Cancer*, 21(11), 3009-3019. doi: 10.1007/s00520-013-1880-x
- Stagno, D., Stiefel, F., Krenz, S. L., Zdrojewski, C., Lüthi, F. ve Leyvraz, S. (2007). Depression among cancer patients: a randomised controlled trial comparing standard care with short psychodynamic psychotherapy. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 57(02), A101. doi: 10.1055/s-2007-970720

- Stark, D. P. H., ve House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British journal of cancer*, 83(10), 1261-1267. doi: 10.1054/bjoc.2000.1405
- Starkstein, S. (2018). Sigmund Freud and the psychoanalytical concept of fear and anxiety. İçinde *A Conceptual and Therapeutic Analysis of Fear* (231-257). Londra, UK: Palgrave Macmillan.
- Stein, K. D., Syrjala, K. L. ve Andrykowski, M. A. (2008). Physical and psychological long-term and late effects of cancer. *Cancer*, 112(11), 2577-2592. doi: 10.1002/cncr.23448
- Stern, M., Norman, S. L. ve Zevon, M. A. (1991). Career development of adolescent cancer patients: A comparative analysis. *Journal of counseling psychology*, 38(4), 431. doi: 10.1037/0022-0167.38.4.431
- Stewart, B.W. ve Wild C.P. (Ed.). (2014). *World Cancer Report 2014*. Lyon, FR: International Agency for Research on Cancer.
- Straker, N. (1998). Psychodynamic psychotherapy for cancer patients. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 7(1), 1.
- Strongman, K. T. (1995). Theories of anxiety. *New Zealand Journal of Psychology*, 24(2), 4-10.
- Subaşı, H. G., Yıldız, H. N. ve Tekin, S. (2016). Kanser Hastalarının Bakımıyla İlgilenen Yakınlarının Umut Düzeylerinin İncelenmesi. *Journal of Turkish Educational Sciences*, 14(2). <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tebd/issue/28536/> erişildi.
- Swann, R., McPhail, S., Witt, J., Shand, B., Abel, G. A., Hiom, S., ... ve National Cancer Diagnosis Audit Steering Group. (2018). Diagnosing cancer in primary care: results from the National Cancer Diagnosis Audit. *British Journal of General Practice*, 68(666), 63-72. doi: 10.3399/bjgp17X69416
- Şahin, M. (2019). Korku, Kaygı ve Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(10), 117-135.

- Şahin, N. H. ve Şahin, N. (1992). Reliability and Validity of the Turkish Version of the Automatic Thoughts Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 48(3), 334-340.
- Şener, Ş., Günel, N., Akçalı, Z., Şenol, S. ve Koçkar, A. İ. (1999). Meme kanserinin ruhsal ve sosyal etkileri üzerine bir çalışma. *Klinik Psikiyatri*, 2, 254-260.
- Tallman, B. A., Altmaier, E. ve Garcia, C. (2007). Finding benefit from cancer. *Journal of Counseling Psychology*, 54(4), 481–487. doi: 10.1037/0022-0167.54.4.481
- Taş, F. ve Aydın. A. (2000). Kanserin nedenleri, sigara ve kanser ilişkisi, diyet ve kanser. İçinde *Klinik Onkoloji*. Topuz E, Aydın A, Karadeniz NA (Ed.). 54-58.
- Taylor, S. E. ve Armor, D. A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of personality*, 64(4), 873-898. doi: 10.1111/j.1467-6494.1996.tb00947.x
- Telch, C. F. ve Telch, M. J. (1986). Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: A comparison of strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(6), 802–808. doi: 10.1037/0022-006X.54.6.802
- Thijssen, A. Y., Jonkers, D. M., Leue, C., van der Veek, P. P., Vidakovic-Vukic, M., van Rood, Y. R., ... ve Masclee, A. A. (2010). Dysfunctional cognitions, anxiety and depression in irritable bowel syndrome. *Journal of clinical gastroenterology*, 44(10), 236-241. doi: 10.1097/mcg.0b013e3181eed5d8
- Tokgöz, G., Yaluğ, İ., Özdemir, S., Uygun, K. ve Aker, T. (2008). Kanserli hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ruhsal gelişim. *New Symposium Journal*, 46 (2).
- Tolman, E. C. (1948). Cognitive maps in rats and men. *Psychological review*, 55(4), 189. doi: 10.1037/h0061626
- Torrente, F., López, P., Alvarez Prado, D., Kichic, R., Cetkovich-Bakmas, M., Lischinsky, A. ve Manes, F. (2014). Dysfunctional Cognitions and their Emotional, Behavioral, and Functional Correlates in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Is the Cognitive-Behavioral Model

Valid? *Journal of Attention Disorders*, 18(5), 412–424. doi: 10.1177/1087054712443153

Tsai, P. S., Chen, P. L., Lai, Y. L., Lee, M. B. ve Lin, C. C. (2007). Effects of electromyography biofeedback-assisted relaxation on pain in patients with advanced cancer in a palliative care unit. *Cancer nursing*, 30(5), 347-353. doi: 10.1097/01.NCC.0000290805.38335.7b

Tuna, P. (1993). *Kanserli Hastaların Benlik Saygıları Üzerine Bir Araştırma*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Tunç, A. (2014). *Meme kanseri tanısı almış kadınların hastalık temsilleri, başa çıkma stratejileri, kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi ile psiko-sosyal ihtiyaçlarının belirlenmesi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Mersin Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Mersin.

Turan, A. H. (1992). *Kanser Hastalarında Anksiyete, Depresyon, Uyum Güçlüğü Prevelansı ve Bunların Psiko-Sosyal Durumla İlişkinin İncelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, İstanbul.

Tünel, M. (2011). *Meme kanserli hastalarda cerrahi tedavi öncesi ve sonrası anksiyete ve depresyon düzeyi*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana.

Türk Dil Kurumu. (2020). *Online kaynak erişimi*. 3 Aralık 2019 tarihinde <https://sozluk.gov.tr/?kelime=hastalik> adresinden erişildi.

Türkçapar, M. H. (2018). *Bilişsel Davranışçı Terapi: Temel İlkeler ve Uygulama (11. Baskı)*. İstanbul: Epsilon Yayınevi.

Türkçapar, M. H. ve Sargın, A. E. (2012). Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 7-14.

Twombly, R. (2006). Decades after cancer, suicide risk remains high. *Journal of the National Cancer Institute*, 98(19), 1356-1358. doi: 10.1093/jnci/djj424

- Uncu, Y. ve Akman, M. (2004). *Sağlığa biyopsikosozyal yaklaşım, aile doktorları için kurs notları*. Ankara: Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık.
- Uzunca, K. (2007). İnmeli Hastalarda EMG Biofeedback Kullanımı. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Turkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 53.
- Ülger, E., Alacacıoğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L. ve Tarhan, M. O. (2014). Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2), 85-92. doi: 10.18614/deutfd.88761
- van Erp, L. M. E., Maurice-Stam, H., Kremer, L. C. M., Tissing, W. J. E., van der Pal, H. J. H., de Vries, A. C. H., ... ve Grootenhuis, M. A. (2021). A vulnerable age group: the impact of cancer on the psychosocial well-being of young adult childhood cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 1-11. doi: 10.1007/s00520-021-06009-y
- van't Spijker, A., Trijsburg, R. W. ve Duivenvoorden, H. J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic medicine*, 59(3), 280-293. doi: 10.1097/00006842-199705000-00011
- Vasterling, J., Jenkins, R. A., Tope, D. M. ve Burish, T. G. (1993). Cognitive distraction and relaxation training for the control of side effects due to cancer chemotherapy. *Journal of behavioral medicine*, 16(1), 65-80. doi: 10.1007/bf00844755
- Wang, D. C., Peng, X., Guo, C. B. ve Su, Y. J. (2013). When clinicians telling the truth is de facto discouraged, what is the family's attitude towards disclosing to a relative their cancer diagnosis?. *Supportive Care in Cancer*, 21(4), 1089-1095. doi: 10.1007/s00520-012-1629-y
- Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological review*, 20(2), 158. doi: 10.1037/h0074428

- Watson, J. B. ve Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), 1–14. doi: 10.1037/h0069608
- Watson, M., Haviland, J. S., Greer, S., Davidson, J. ve Bliss, J. M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *The Lancet*, 354(9187), 1331-1336. doi: 10.1016/s0140-6736(98)11392-2
- Watts, S., Prescott, P., Mason, J., McLeod, N. ve Lewith, G. (2015). Depression and anxiety in ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ open*, 5(11). doi: 10.1136/bmjopen-2015-007618
- Weck, F., Neng, J. M. B., Richtberg, S. ve Strainger, U. (2012). Dysfunctional Beliefs about symptoms and illness in patient with hypochondriasis, *Psychosomatics*, 53(2), 148-154. doi: 10.1016/j.psych.2011.11.007
- Weißflog, G., Brähler, E., Leuteritz, K., Barthel, Y., Kuhnt, S., Wiltink, J., ... ve Beutel, M. E. (2015). Does psychodynamic short-term psychotherapy for depressed breast cancer patients also improve fatigue? Results from a randomized controlled trial. *Breast cancer research and treatment*, 152(3), 581-588. doi: 10.1007/s10549-015-3494-0
- Weissman, A. N. ve Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. Toronto, USA: The American Educational Research Association
- Wellisch, D. K., Mosher, M. B. ve Van Scoy, C. (1978). Management of family emotion stress: Family group therapy in a private oncology practice. *International Journal of Group Psychotherapy*, 28(2), 225-231.
- Wenzel, A., Sharp, R.L. Brown, G. K. Greenberg, R., L. ve Beck, A. T. (2006). Dysfunctional beliefs in panic disorder: The Panic Belief Inventory. *Behavior Research Therapy*, 44(6), 819-833. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.001
- Weiss Wiesel, T. R., Nelson, C. J., Tew, W. P., Hardt, M., Mohile, S. G., Owusu, C., ... ve Cancer Aging Research Group (CARG). (2015). The relationship between age, anxiety, and depression in older adults with cancer. *Psycho-Oncology*, 24(6), 712-717. doi: 10.1002/pon.3638

- Wilcox, P. M., Fetting, J. H., Nettesheim, K. M. ve Abeloff, M. D. (1982). Anticipatory vomiting in women receiving cyclophosphamide, methotrexate, and 5-FU (CMF) adjuvant chemotherapy for breast carcinoma. *Cancer Treatment Reports*, 66(8), 1601-1604. PMID: 7049385
- Wilkins, P. (2000). Unconditional positive regard reconsidered. *British Journal of Guidance & Counselling*, 28(1), 23-36. doi: 10.1080/030698800109592
- Williams, A. M., Khan, C. P., Heckler, C. E., Barton, D. L., Ontko, M., Geer, J. ... ve Janelins, M. C. (2021). Fatigue, anxiety, and quality of life in breast cancer patients compared to non-cancer controls: a nationwide longitudinal analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 1-11. doi: 10.1007/s10549-020-06067-6
- Williams, C. J. (1990). *Cancer biology and management: An introduction*. New York, USA: Wiley.
- Wong, S. S. (2008). The relations of cognitive triad, dysfunctional attitudes, automatic thoughts and irrational beliefs with test anxiety. *Current Psychology*, 27, 177-191. doi: 10.1007/s12144-008-9033-y
- Wood, J. D. (2004). The first Nobel prize for integrated systems physiology: Ivan Petrovich Pavlov, 1904. *Physiology*, 19(6), 326-330. doi: 10.1152/physiol.00034.2004
- Worden, J. W. ve Weisman, A. D. (1980). Do cancer patients really want counseling? *General Hospital Psychiatry*, 2(2), 100–103. doi: 10.1016/0163-8343(80)90022-5
- World Health Organization. (2018a). Cancer Fact sheet February 2018. 28 Haziran 2020 tarihinde <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer> adresinden erişildi.
- World Health Organization. (2018b). *Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018*. Geneva: International Agency for Research on Cancer Press Realese N. 263.

- Xianying, L. I. ve Wang, C. (2010). The impact of self-efficacy on negative automatic thoughts and quality of life in cancer patients. *Chinese Journal of Behavioral Medicine and Brain Science*, 19(10), 927-928.
- Yağın, S. (2001). *Kanser hastaları ve yakınları ile ölümcül olmayan hastalar ve yakınlarının psikolojik bazı değişkenler yönünden karşılaştırılması*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Yalçın, H. (2018). *Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin işlevsel olmayan tutumlar, depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından incelenmesi: karşılaştırmalı bir çalışma*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
- Yalom, I. D. (2018). *Varoluşçu Psikoterapi*. (Çev. Z. Babayiğit). İstanbul: Pegasus Yayınları
- Yapan, S. (2018). *Depresyon ve Anksiyete Belirtilerinin Yordayıcıları Olarak Ruminasyon, Otomatik Düşünceler İşlevsel Olmayan Tutumlar ve Düşünce Baskılama*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
- Yayan, G. (2018). *Orta yaş grubundaki bireylerin otomatik düşünce düzeylerinin depresyon, anksiyete ve pozitif-negatif duygular üzerindeki etkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yıldırım, I. (2017). *High school students knowledge level of, attitudes toward and interest in cancer*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Bilkent Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Yıldırım, S. (2003). *Kanser Hastalarına Dinletilen Müziğin Kemoterapi Yan Etkilerine ve Durumluluk Sürekli Kaygı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

- Yıldırım, S. ve Gürkan, A. (2010). Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 26 (1). 87-97. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/835964> adresinden erişildi.
- Yılmaz Karabulutlu, E., Sungur, A., Dalmışlar, M. ve Alkanat, M. (2007). Kanser hastalarında tedavi süresince yaşanan fiziksel semptomların anksiyete ve depresyon düzeyine etkisi. *MN Dahili Tıp Bilimleri*, 2(5-6), 183-9.
- Yuppa, D. P. ve Meyer, F. (2017). When and Why Should Mental Health Professionals Offer Traditional Psychodynamic Therapy to Cancer Patients?. *AMA journal of ethics*, 19(5), 467-474. doi: 10.1001/journalofethics.2017.19.5.stas2-1705
- Yurica, C. L. ve DiTomasso, R. A. (2005). Cognitive distortions. İçinde *Encyclopedia of cognitive behavior therapy*. 117-122. USA: Springer.
- Zebrack, B. J. (2011). Psychological, social, and behavioral issues for young adults with cancer. *Cancer*, 117(10), 2289-2294. doi: 10.1002/cncr.26056

EKLER

EK-I: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, Prof. Dr. Selahattin AVŞAROĞLU danışmanlığında yürütülen yüksek lisans tezi kapsamında Necmettin Erbakan Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Yüksek Lisans öğrencisi olan Muhammed Ali AĞCA tarafından yapılmaktadır. Bu çalışmanın temel amacı, kanser hastalarında otomatik düşüncelerin ve fonksiyonel olmayan tutumların kaygı düzeyini yordayıcı gücünü incelemektir. Bu çalışmaya katılmanız durumunda yanıtlayacağınız anketlerin, tedavi sürecinde ve yaşam kalitenizde olumlu ya da olumsuz bir etkisinin olmayacağı beklenmektedir. Araştırmaya katılmayı onaylamanız durumunda, sizlere verilen anketleri eksiksiz bir şekilde yanıtlamanız beklenmektedir. Verdiğiniz yanıtlar hiçbir kişi veya kurum ile paylaşılmayacak, yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Soruların doğru ya da yanlış yanıtları bulunmamaktadır. Dolayısıyla soruları içtenlikle yanıtlamanız araştırmaya büyük katkı sağlayacaktır. Uygulanacak olan anketler bireysel bir değerlendirme değildir, anket sonuçları anonim şekilde değerlendirilecektir. Araştırmayla ilgili merak ettiğiniz tüm sorularınızı Psikolojik Danışman Muhammed Ali AĞCA'ya pdmuhammedaliagca@gmail.com adresinden ulaştırabilirsiniz.

Değerli katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Katılımcının Beyanı

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip bırakabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

Katılımcının Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

EK-II: Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: Erkek Kadın
3. Medeni durumunuz nedir? Evli Bekar
4. Varsa kaç çocuğunuz olduğunu rakamla belirtiniz
5. Eğitim durumunuzu aşağıdaki seçeneklere göre belirtiniz.
 Okuma-yazma biliyor İlkokul mezunu Ortaokul mezunu
 Lise mezunu Üniversite mezunu
6. Çalışıyor musunuz? Çalışıyorum Çalışmıyorum Emekli
7. Aylık gelir düzeyinizi belirtiniz?
 2200 TL altı 2200-4500 TL arası
 4500-6700 TL arası 6700 TL üstü
8. Kanser türünüzü belirtiniz (Meme kanseri, akciğer kanseri gibi)
.....
9. Kanser tanısı almanızın üzerinden ne kadar süre geçti?
 6 aydan daha az 6 ay-1 yıl 1-2 yıl 2 yıl ve daha fazla
10. Şu anki kanser evrenizi belirtiniz.
 Erken [I. veya II. Evre] İleri [III. Evre]
 Çok İleri [IV. Evre]
11. Geçmişte aldığınız veya halen almakta olduğunuz tedavileri işaretleyiniz
(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz).
 Cerrahi [Ameliyat] Kemoterapi Radyoterapi [Işın]
 Diğer:.....
12. Tedavi sürecinde psikolojik / psikiyatrik destek aldınız mı?
 Evet Hayır
Eğer yanıtınız evet ise aşağıdaki soruyu yanıtlayınız, yanıtınız hayır ise
aşağıdaki soruyu boş bırakınız.
13. Kimden yardım aldınız veya alıyorsunuz? (Psikiyatrist, psikolog,
psikolojik danışman gibi)
Herhangi bir tanı verildi mi?

EK-III: Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-1)

STAI – I

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamen
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sınırlarım gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-IV: Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-2)

STAI - 2

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-V: Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ)

ODÖ

Aşağıda kişilerin zaman zaman aklına gelen bazı düşünceler sıralanmıştır. Lütfen her birini okuyarak bu düşüncenin SON BİR HAFTA içinde AKLINIZDAN NE SIKLIKTA GEÇTİĞİNİ işaretleyiniz. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz ve maddelerin yanındaki uygun sayıyı aşağıdaki şıkları dikkate alarak işaretleyiniz.

1=Hiç 2=Ender Olarak 3=Arada Sırada 4=Sıklıkla 5=Hep aklımdaydı

		1	2	3	4	5
1	Tüm dünya bana karşıymış gibi geliyor.					
2	Hiçbir işe yaramıyorum.					
3	Neden hiç başarılı olamıyorum?					
4	Beni hiç kimse anlamıyor.					
5	Başkalarını düş kırıklığına uğrattığım oldu.					

EK-VI: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (DAS-R-TR)

DAS-R-TR

Bu ölçek insanların zaman zaman savunduğu ya da inandığı tutumları bir listesini içermektedir. Lütfen HER CÜMLEYİ ayrı ayrı dikkatle okuyup, bunlara ne kadar katıldığımız belirleyin. Her tutuma ilişki kendi katılma derecenizi, yandaki cevap bölümündeki sayılardan birinin üzerine (X) işareti koyarak belirleyiniz. Her tutum için sadece BİR işaret koymaya özen gösterin. İnsanların hepsinin kendine özgü düşünceleri olduğundan, burada doğru ya da yanlış diye bir yanıt söz konusu değildir. Lütfen seçimlerinizin SİZİN GENEL OLARAK nasıl düşündüğünüzü yansıtmaya özen gösterin.								
		Hiç katılmıyorum	Çok az katılmıyorum	Ender olarak katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Orduka katılmıyorum	Genellikle katılmıyorum	Tümüyle katılmıyorum
1	Bir insanın mutlu olabilmesi için ya çok güzel (yakışıklı), ya çok zengin, ya çok zeki, ya da çok yaratıcı olması gerekir	1	2	3	4	5	6	7
2	İnsanların bana değer vermesi için hiç hata yapmamam gerekir	1	2	3	4	5	6	7
3	İnsanların bana saygı göstermeleri için her zaman başarılı olmam gerekir	1	2	3	4	5	6	7
4	Risk almak hiç bir zaman doğru bir şey değildir. Çünkü kaybetmek bir felaket olabilir	1	2	3	4	5	6	7
5	Mutlu olabilmem için tanıdığım insanların çoğunun hayranlığımı kazanmalıyım	1	2	3	4	5	6	7

EK-XII: Etik Kurun İzin Belgesi



NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BAŞKANLIĞI
ETİK KURUL KARARI

Etik Kurul Toplantı Tarihi/Sayısı ve Karar No	Tarih:18/12/2020 Toplantı Sayısı:03 Karar No:2020/130
Araştırmanın Başlığı	Kanser Hastalarında Otomatik Düşünce ve Fonksiyonel Olmayan Tutumların Kaygı Düzeylerini Yordayıcı Gücü
Sorumlu Araştırmacı	Prof. Dr. Selahattin AVŞAROĞLU
Yardımcı Araştırmacılar	Muhammed Ali AĞCA
Etik Kurul Kararı	Oy Çokluğu <input type="checkbox"/> Oy birliği <input checked="" type="checkbox"/> Uygun <input checked="" type="checkbox"/> Uygun Değil <input type="checkbox"/> Düzeltme* <input type="checkbox"/> Görevsizlik** <input type="checkbox"/>
Düzeltme ise gerekçeleri *	
Görevsizlik ise gerekçeleri**	

EK-VIII: İstinye Üniversitesi İzin Belgesi



HİZMETE ÖZEL

T.C.

İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ



Sayı : 89636268-100-E.2003
Konu : Araştırma İzni (Muhammed Ali
AĞCA)

21/10/2020

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : Necmettin Erbakan Üniversitesi'nin 31/08/2020 tarih ve E.14045 sayılı yazısı.

İlgide kayıtlı yazınız gereğince, Üniversiteniz Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Muhammed Ali AĞCA'nın "Kanser Hastalarında Otomatik Düşünce ve Fonksiyonel Olmayan Tutumların Kaygı Düzeylerini Yordayıcı Gücü" adlı tez çalışması kapsamında Üniversitemiz Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezine bağlı hastanelerde veri toplamak amacıyla çalışma yapması uygun görülmüştür. Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Erdal KARAÖZ
Rektör V.

21/10/2020 Genel Sekreter

Atilla VARLI

Evrakı Doğrulamak İçin : http://ebys.istinye.edu.tr/enVision/validate_doc.aspx?V=BELCBH92

Istinye Üniversitesi Topkapı Kampüsü, Maltepe Mah., Edirne Çarşısı Yolu, No.9 Zeytinburnu, İstanbul
WEB: www.istinye.edu.tr **TEL**: 0850 283 60 00 **FAKS**: +90 212 481 56 88
MAIL: genelsekreterlik@istinye.edu.tr **KEP**: istinyeuniversitesi@hs03.kep.tr

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.