



**SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAğLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ**

**KANSERLİ HASTALARDA AFFETME,
RAHATSIZLIğA DAYANMA DÜZEYLERİ VE PSİKİYATRİK
BELİRTİLER**

Hilal Merve BELEN

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Gamze SARIKOÇ

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Psikiyatri Hemşireliği Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

OCAK/2021

TEZ KABUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanlığında
Hilal Merve BELEN tarafından hazırlanan
“Kanserli Hastalarda Affetme, Rahatsızlığa Dayanma Düzeyleri Ve Psikiyatrik Belirtiler”
başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından **OY BİRLİĞİ** / OY ÇOKLUĞU ile
YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Prof. Dr. Fatma ÖZ

Lokman Hekim Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı
Hemşirelik Bölümü Başkanı

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

Üye: Doç. Dr. Çiğdem YÜKSEL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

Danışman/Üye: Dr. Öğr. Üyesi Gamze SARIKOÇ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

Tez Savunma Sınavı Tarihi: 06 /01/2021

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım tez çalışmamda;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışının olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Hilal Merve Belen

(06.01.2021)

ÖZET

Kanserli Hastalarda Affetme, Rahatsızlığa Dayanma Düzeyleri ve Psikiyatrik Belirtiler

Giriş: Araştırma kanserli hastaların affetme, rahatsızlığa dayanma düzeyleri ve psikiyatrik belirtilerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'nde tedavi gören kanser hastaları oluşturmuştur.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Şubat-Mart ve Haziran-Temmuz 2020 tarihleri arasında Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'nde yapılmıştır. Araştırmanın verileri “Kişisel Bilgi Formu”, “Heartland Affetme Ölçeği”, “Kısa Semptom Envanteri” ve “Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. İstatistiksel analizler SPSS 22.0 programı kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin analizinde Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi ve Spearman korelasyon testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma da hastaların “Kısa Semptom Envanteri” toplam puan ortalamaları 8.91 ± 2.43 , “Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği” toplam puan ortalamaları 20.76 ± 7.14 , “Heartland Affetme Ölçeği” toplam puan ortalamaları 89.95 ± 15.74 olarak bulunmuştur. Hastaların “Kısa Semptom Envanteri” ve alt ölçekleri toplam puan ortalamaları ile “Kendini Affetme” ve “Heartland Affetme Ölçeği” toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Ayrıca “Kendini Affetme”, “Durumu Affetme” alt ölçek toplam puan ortalamaları ve “Heartland Affetme Ölçeği” toplam puanı ile “Dayanma” alt ölçek toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde düşük düzeyde ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sonuç: Araştırmanın bulgularına göre; “Kısa Semptom Envanteri” alt ölçekleri “Anksiyete”, “Depresyon”, “Heartland Affetme Ölçeği” ve “Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği” inde cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu, çalışma durumu, kanser türü, hastalık tanısı alındığında yaşanan duygular, hastalıkla ilgili destek alma durumu, yaşadığı zorluklarla baş etme yöntemi, hastalık süresince aile desteği alma durumunu değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ancak medeni

durum, meslek, yaşanılan yer, çocuk sahibi olma, tanı evresi, hastalık süresi ve hastalık etkenini değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($p>0.05$).

Anahtar Kelimeler: Affetme, Rahatsızlığa Dayanma, Psikiyatrik Belirtiler



ABSTRACT

Forgiveness, Discomfort Intolerance Levels and Psychiatric Symptoms In Patients With Cancer

Introduction: The study was conducted as a descriptive and relationship seeker in order to examine cancer patients' levels of forgiveness, discomfort intolerance and psychiatric symptoms. The sample of the study was Dr. Abdurrahman Yurtaslan formed cancer patients treated in Ankara Oncology Training and Research Hospital Medical Oncology Clinic Outpatient Chemotherapy Unit.

Materials and Methods: The research was conducted between February-March and June-July 2020 by Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Oncology Training and Research Hospital Medical Oncology Clinic Outpatient Chemotherapy Unit. The data of the study were collected by using "Personal Information Form", Heartland Forgiveness Scale ", " Brief Symptom Inventory” and "Discomfort Intolerance Scale ". Statistical analyzes were obtained using SPSS 22.0 program. Mann Whitney U Test, Kruskal Wallis Test and Spearman correlation test were used for data analysis.

Results: In the study, the total mean score of the patients in the "Brief Symptom Inventory" was 8.91 ± 2.43 , the total mean score of the "Resilience to Distress Scale" was 20.76 ± 7.14 , and the total mean score of the "Heartland Forgiveness Scale" was 89.95 ± 15.74 . A moderate negative correlation was found between the total mean scores of the “Brief Symptom Inventory” and its subscales, and the total mean scores of the “Forgiveness” and “Heartland Forgiveness Scale” ($p < 0.05$). In addition, there was a low positive correlation between "Forgiveness", "Forgiveness" subscale total score averages and "Heartland Forgiveness Scale" total score and " Intolerance" subscale total score averages ($p < 0.05$).

Conclusion: According to the findings of the research; In the “Brief Symptom Inventory” subscales “Anxiety”, “Depression”, “Heartland Forgiveness Scale” and "Discomfort Intolerance Scale", gender, age, education level, income status, employment status, cancer type, emotions experienced when diagnosed with disease, A statistically significant difference was found between the related support status, the method of coping with the difficulties experienced, and the evaluation of family

support during the illness. However, no statistically significant difference was found in evaluating marital status, occupation, place of residence, having a child, stage of diagnosis, duration of disease and disease factor. ($p > 0.05$).

Keywords: Forgiveness, Discomfort Intolerance, Psychiatric Symptoms



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim, tez konumun belirlenmesi ve tez çalışmam süresince çok değerli bilgi ve deneyimleriyle sabırla bana yol gösteren değerli tez danışman hocam *Dr. Öğr. Üyesi Gamze SARIKOÇ' a,*

Lisans eğitimim, tez konumun belirlenmesi ve tez çalışmam süresince çok değerli bilgi ve deneyimleriyle katkıda bulunan ve rehberlik eden; sabrı, sevgisi ve anlayışıyla desteğini hep hissettiğim değerli hocam *Sayın Prof. Dr. Fatma ÖZ' e,*

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki değerli öğretim üyeleri *Doç. Dr. Çiğdem YÜKSEL* ve *Doç. Dr. Emine ÖKSÜZ' e,*

Tez dönemim boyunca hiçbir zaman yardımlarını esirgemeyen *Uzm. Fzt. Merve SEVİK DÖNDERİCİ,* *Uzm. Hem. Hafize SAVAŞ* ve *Uzm. Fzt. Mustafa SARI* ve tüm çalışma arkadaşlarıma,

Araştırmanın yapıldığı ayaktan kemoterapi ünitesi sorumlu hemşiresi Zeynep Sipahi KARSLI başta olmak üzere tüm ekibe ve üniteadaki tedavi gören tüm kanser hastalarına,

Varlıklarıyla bana güç veren, tüm eğitim hayatım boyunca bana olan inançları, sonsuz sevgileri, sabırları ve destekleriyle yanımda olan babam *Rasim BELEN,* annem *Dilek BELEN,* kız kardeşim *İclal Kardelen BELEN* ve anneannem *Zekiye GÜNAL' a* sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hilal Merve BELEN

Ankara/2021

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLO LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR.....	xv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	15
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	15
1.2. Araştırma Soruları.....	17
2. GENEL BİLGİLER.....	18
2.1. Kanser Kavramı.....	18
2.1.1. Kanser Tanımı.....	18
2.1.2. Kanser Etiyoloji ve Epidemiyolojisi.....	18
2.1.3. Kanser Tedavisi.....	19
2.2. Kanser Hastalarında Psikiyatrik Belirtiler.....	20
2.3. Rahatsızlığa Dayanma.....	21
2.4. Affetme Kavramı.....	22
2.4.1. Kendini Affetme.....	23
2.4.2. Başkalarını Affetme.....	24
2.4.3. Durumu Affetme.....	24
2.5. Affetme Kavramının Kuramsal Alt Yapısı.....	25
2.5.1. Enrigh Affetme Süreç Modeli.....	25
2.5.2. Worthington Affetme Modeli.....	26
2.5.3. Hargrave Affetme Modeli.....	27
2.5.4. Smedes Affetme Modeli.....	27
2.6. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. Araştırmanın Türü.....	30
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	30
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	30
3.4. Araştırmanın Etik Boyutu.....	31

3.5. Veri Toplama Araçları	31
3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	34
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	34
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	35
4. BULGULAR.....	36
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Bilgileri ve Hastalığa İlişkin Özellikleri	36
4.2. Hasta Bireylerin Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları.....	38
4.3. Hasta Bireylerin Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	39
4.3.1. Hasta Bireylerin Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları ile Heartland Affetme Ölçeği ve Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	39
4.3.2. Hasta Bireylerin Heartland Affetme Ölçeği Puan Ortalamaları ile Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	40
4.4. Hasta Bireylerin Tanıtıcı Özelliklere Göre Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları	41
4.4.1. Cinsiyet.....	41
4.4.2. Yaş.....	42
4.4.3. Medeni Durum	43
4.4.4. Eğitim Durumu.....	44
4.4.5. Gelir Durumu	46
4.4.6. Çalışma Durumu.....	47
4.4.7. Meslek	48
4.4.8. Yaşanılan yer.....	49
4.4.9. Çocuk Sahibi Olma Durumu	50
4.4.10. Kansere Türü	51
4.4.11. Tanı Evresi	52

4.4.12. Hastalık Tanısı Alındığında Yaşanan Duygular.....	53
4.4.13. Hastalığın Süresi	54
4.4.14. Hastalıkla İlgili Destek Alma Durumu.....	55
4.4.15. Ruhsal Sağlığını Değerlendirme Durumu	57
4.4.16. Yaşadığı Zorluklarla Baş Etme Yöntemleri	59
4.4.17. Hastalık Etkenini Değerlendirme Durumu.....	61
4.3.18. Hastalık Süresince Aile Desteği Alma Durumu.....	62
5. TARTIŞMA	64
5.1. Affetme, Rahatsızlığa Dayanma ve Kısa Semptom Envanteri Toplamlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	64
5.2. Affetme, Rahatsızlığa Dayanma ve Kısa Semptom Envanteri Arasındaki İlişkinin Tartışılması	64
5.3. Affetme, Rahatsızlığa Dayanma ve Psikiyatrik Belirtilerin Tanıtıcı Özelliklerle Karşılaştırılması	65
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	71
7.KAYNAKLAR	74
8.EKLER.....	84
EK-1 : SBÜ Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Onayı.....	85
EK-2 : SBÜ Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi TUEK Onayı	86
EK-3 : Araştırmanın Yapılacağı Birim İzni.....	87
EK-4 : Kişisel Bilgi Formu	88
EK-5 : Heartland Affetme Ölçeği (HAÖ).....	89
EK-6 : HAÖ İzin	90
EK-7 : Kısa Semptom Envanteri (KSE)	91
EK-8 : KSE İzin	92
EK-9 : Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği (RDÖ).....	93
EK-10 : RDÖ İzin	94
EK-11 : Katılmaya Gönüllü Onam Formu	95
ÖZGEÇMİŞ	99

TABLO LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Bilgileri	36
Tablo 4.2. Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları	38
Tablo 4.3. Hasta Bireylerin Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları ile Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	39
Tablo 4.4. Hastaların Heartland Affetme Ölçeği Puan Ortalamaları ile Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	40
Tablo 4.5. Cinsiyete Göre Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları	41
Tablo 4.6. Yaşa Göre Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları	42
Tablo 4.7. Medeni Duruma Göre Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları	43
Tablo 4.8. Eğitim Durumuna Göre Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları	44
Tablo 4.9. Gelir Durumuna Göre Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları	46
Tablo 4.10. Çalışma Durumuna Göre Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları	47
Tablo 4.11. Mesleğe Göre Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları	48
Tablo 4.12. Yaşanılan Yere Göre Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları	49

Tablo 4.13. Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları.....	50
Tablo 4.14. Kanser Türüne Göre Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları.....	51
Tablo 4.15. Tanı Evresine Göre Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları.....	52
Tablo 4.16. Hastalık Tanısı Alındığında Yaşanan Duygulara Göre Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları	53
Tablo 4.17. Hastalığın Süresine Göre Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları.....	54
Tablo 4.18. Hastalıkla İlgili Destek Alma Durumuna Göre Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları.....	55
Tablo 4.19. Ruhsal Sağlığını Değerlendirme Durumuna Göre Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları.....	57
Tablo 4.20. Yaşadığı Zorluklarla Baş Etme Yöntemine Göre Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları.....	59
Tablo 4.21. Hastalık Etkenini Değerlendirme Durumuna Göre Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları.....	61
Tablo 4.22. Hastalık Süresince Aile Desteği Alma Durumuna Göre Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları.....	62

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HAÖ	: Heartland Affetme Ölçeği
KSE	: Kısa Semptom Envanteri
RDÖ	: Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği
KLP Hemşireliği	: Konsültasyon Liyazon Psikiyatri Hemşireliği
Ort.	: Ortalama
ss.	: Standart Sapma



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya’da ve ülkemizde gün geçtikçe kanser tanısı alan birey sayısı artmaktadır. DSÖ 2020 yılında 1.8 milyondan fazla yeni tanı teşhis edileceğini duyurmuştur. 2018 Türkiye İstatistikleri Kurumu verilerine göre de iyi huylu ve kötü huylu tümörlerin %19.7 ile kanser ölüm oranlarında ikinci sırada yer aldığı tespit edilmiştir (1,2).

Kanser gibi varoluşu tehdit eden bir hastalık tanısı almak bireyde uyumlu ya da uyumsuz ruhsal ve davranışsal tepkiler oluşturabilmektedir. Birey hastalık tanısını aldığı anda durumu anlamlandırmaya çalışır ve nedenini bulmak için çaba gösterir. “Neden ben?”, “Niçin şimdi?”, “Ne yaptığım için bu benim başıma geldi?” gibi sorular sıklıkla bireyin benliğine yönelttiği sorulardır. Bu bilişsel süreçle birlikte hastalar bireysel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri ışığında cevap bulmaya çalışırlar (3–5). Bu cevaplar doğrultusunda birey uyum gerçekleştiremezse çeşitli psikiyatrik belirtiler ortaya çıkar. Bu belirtilerde; kişinin hastalığa dayanma gücü, baş etme örüntüleri, çaresizlik ve umutsuzluk düzeyi, bireyin hayatta kalma süresi, tedaviye uyumu ve bu süreci nasıl anlamlandırma durumunu etkilemektedir (6).

Literatür incelendiğinde, kanseri deneyimleyen hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesiyle ilgili 2013 yılında yapılan çalışmada; hastaların %88.7’sinin depresif belirtilere sahip olmakla birlikte yorgunluk, nefes darlığı, uykusuzluk ve iştahsızlık deneyimlediği bulunmuştur (7). Onkoloji polikliniğine başvuran hastalarda depresyon tanısı alma ve depresyon-anksiyete belirtilerinin ortaya çıkmasındaki etmenlerin araştırıldığı başka bir çalışmada uyku bozukluğu, ajitasyon belirtileri, intihar düşünceleri, enerji kaybı gibi etkenlerin ön planda olduğu görülmüştür (8).Yapılan çalışmalar göstermektedir ki kanser hastalarında psikiyatrik belirtilerin tanınması ve ilişkili olan faktörlerin belirlenmesi bireyin hastalığı kabul etmesi, tedaviye uyum sağlaması ve sürdürmesinde önemli faktörlerdir. Bu veriler tedavi süresince psikososyal bakımın da dahil edilmesinin, bireyin holistik yaklaşımla ele alınmasının önemini göstermektedir (9–11). Bununla birlikte yapılan çalışmalarda rahatsızlığa dayanamama ve rahatsızlıktan kaçınamamanın anksiyete bozukluklarına neden olduğu belirlenmiştir. Rahatsızlığa dayanma; kişide rahatsızlığa neden olacak fiziksel duyumlardaki kapasitenin kişisel

farklılıkları olarak tanımlanmaktadır (12). Kabul-kararlılık terapisi ve psikoterapide; olumsuz yaşantılardan kaçmada rahatsızlığa dayanmanın arttırılarak zararlı etkilerin ve kabullenmenin gerçekleştirilebileceği vurgulanmaktadır (13,14).

Alan yazında, kanserli hastaların bakım ve tedavi süresince rahatsızlığa dayanma güçleri ile hastalığa anlam bulmalarında “affetme” nin hastaların duygusal yükünü azaltmaya yardımcı olduğunu destekleyen çalışmalar mevcuttur (15,16). Temel olarak affetme; birine bir duruma ya da kendimize karşı olumsuz duygularımızdan bireysel olarak vazgeçme olarak tanımlanmıştır (17).”Affetme” ile ilgili ortaya çıkan ilk model olan Affetme Süreç Modeli; Enright ve Human Development Study Group tarafından literatüre kazandırılmıştır. Model; olumsuz davranışa maruz kalan kişinin; karşısındaki kişiye, duruma ya da kendisine karşı kızma, intikam alma hakkı olmasına rağmen; merhametli, cömert, empatiyle ve sevgiyle yaklaşması şeklinde tanımlanmıştır (17,18). Affetme Süreç Modeli; keşfetme, karar, çalışma ve derinleşme olmak üzere birbirini takip eden dört evreden oluşmaktadır. Temel olarak modelde ortaya koyulan ilk tepkiler; acı, saldırganlık, kızgınlık, nefret, empatik anlayış, olumsuz hislerden vazgeçme şeklindedir ve psikolojik sağlık için affetmenin gerekli olduğuna dikkat çekmektedir (19).

Bireylerin affetme düzeyinin düşük olmasının; negatif duygulanımın artmasına, bilişsel süreçlerin azalmasına, sosyal ve bilişsel gelişime bariyerler oluşmasına neden olduğu saptanmıştır. Affetmenin gerçekleştiği durumdaysa (kişinin kendisi, durumu veya başkasını affetmesi) duygusal yükün azaldığı, olumlu etkilerin hissedildiği ve çevreyle pozitif ilişkilerin kurulmasının ardından güçlenme duygusu ortaya çıkarmaktadır (19–21). Dashtipour ve ark. (2019) kanserli hastalarda ve sağlıklı kişilerde kişilik özellikleri, bağışlama ve dayanıklılığı inceledikleri araştırmalarında; kişilik özellikleri, affetme ve dayanıklılık gibi psikolojik faktörlerin hastalığın oluşumu ve ilerlemesinde rolü olduğunun önemini vurgulamışlardır (22). Örnekleme meme, uterus ve yumurtalık kanseri tanısı olan 30 kadın hasta üzerinde deney- kontrol grubu ön test- son test ile uygulanan “Affetme Hemşireliği Müdahale Programı”nın kanserli hastalarda umut, yaşam kalitesi ve acı çekmenin azaltılmasında etkili olduğu ortaya koyulmuştur (23). Alan yazında “affetme” kavramı birçok sosyal psikoloji alanında kullanılmaktadır. Affetmenin yaşamdan anlam ve amaç bulma, değer, inanç ve tutumlar ile güçlü bir ilişkisinin olduğu ortaya koyulmaktadır (15,24,25). Öfke,

psikiyatrik belirtiler ve ilişkili bozukluklar ve bağımlılık gibi ruhsal sağlık sorunları deneyimleyen bireylerde affetmenin gerçekleşmesi hastalığı kabul etmeyi, deneyimlenen rahatsızlığa dayanma gücü ve tedavi sürecine uyumu olumlu yönde etkileyeceği öngörülmektedir. Yükleme kuramına göre hastalık tanısı almanın ardından psikiyatrik belirtiler yaşayan bireylerin; hastalıklarına bir neden arama ve hastalıklarının nedeni bir başka bireye, yaşadıkları herhangi bir olumsuz duruma veya alışkanlığa yüklemeleri nedeniyle öfke, kin gibi olumsuz duygular besleme eğilimi gösterdikleri saptanmıştır (26,27) Bu olumsuz duygular da iyileşmeyi geciktirmekte, psikiyatrik morbiditeyi artırmaktadır. Bakım verme sürecinde bireye bütüncül yaklaşımla ele alan ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği girişimleri göz önünde bulundurulduğunda; affetmenin gücü hastalıklarla baş etme sürecinde bireyleri güçlendirmeye yardımcı olabilir. Bu nedenle bu çalışmada kanserli hastalarda affetme, rahatsızlığa dayanma düzeyleri ve psikiyatrik belirtilerin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, kanserli hastalarda affetme, rahatsızlığa dayanma düzeyleri ve psikiyatrik belirtilerinin incelenmesi, ölçekler arasındaki ilişkinin ve sosyo-demografik özelliklere göre ölçek puan ortalamaları arasında fark olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

Araştırmanın amacı doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. Kanser hastalarının affetme düzeyleri nasıldır?
2. Kanser hastalarının rahatsızlığa dayanma düzeyleri nasıldır?
3. Kanser hastalarının psikiyatrik belirlileri nelerdir?
4. Kanser hastalarının affetme, rahatsızlığa dayanma düzeyleri ve psikiyatrik belirtiler arasında ilişki var mıdır?
5. Kanser hastalarının tanıtıcı özelliklerine göre affetme, rahatsızlığa dayanma ve psikiyatrik belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser Kavramı

2.1.1. Kanser Tanımı

Kanser anormal hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve yayılmasıdır ve kötü huylu tümör, neoplazma olarak da adlandırılmaktadır. Normal hücreden tümör hücresine dönüşümün, hücrenin kontrolsüz büyümeyle çevre dokuyu istila ettiği ve uzak bölgelere metastaz yapabildiği çok amaçlı bir süreçtir (28).

2.1.2. Kanser Etiyolojisi ve Epidemiyoloji

Günümüzde bireyin varoluşunu tehdit eden en tehlikeli hastalık grubu olan kanser, erken teşhis ve tedavi olanağı rağmen görülme sıklığı giderek artmaktadır. DSÖ 2020 yılında 1.8 milyondan fazla yeni kanser vakasının teşhis edileceğini beklemektedir. Meme, kolorektal, akciğer, rahim ağzı ve tiroid kanseri kadınlarda en yaygın olanları; akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanseri erkeklerde en sık görülen kanser türleridir. 2018 verilerine göre de dünyada 9.6 milyon kişi kanser nedeniyle hayatını kaybetmiştir. En sık ölüme neden olan kanser türleri ise; akciğer, kolorektal, mide, karaciğer ve meme kanseridir (1). DSÖ 2018 istatistiklerine göre ülkemizde 210. 537 yeni vaka olduğu belirlenmiştir. Bu vakaların en sık; akciğer, meme, kolorektal, prostat ve tiroid kanseri şeklinde sıralanmaktadır (29).

Türkiye İstatistik Kurumu 2018 verilerine göre; ölüm nedenlerinde iyi huylu ve kötü huylu tümörler %19,7 ile ikinci sırada yer almaktadır. Kötü huylu tümörler nedeniyle gerçekleşen ölümlerin toplamı aynı yılda 81.129'dur. Bu ölümlerin %30,8'i gırtlak ve soluk borusu/bronş/akciğerin kötü huylu tümöründen kaynaklanmıştır. Diğer en sık ölüme neden olan kötü huylu tümörler ise; lenfoid ve hematopoetik, mide, kolon, pankreas kötü huylu tümörleri şeklinde sıralanmakta olup 65-74 yaş aralığındadır (2).

Kanserin ortaya çıkmasında genetik ve çevresel faktörler etkilidir. Özellikle çevresel faktörler; fiziksel karsinojenler; iyonize radyasyon, mesleki maruziyet (baca temizleyicileri, madenciler vb.), kimyasal karsinojenler; alkol, tütün kullanımı, bakteri-parazit gibi enfeksiyonlara neden olan biyolojik karsinojenler, sedanter yaşam ve obezitedir (30,31) .

2.1.3. Kanser Tedavisi

Kanser tedavisinde; radyoterapi, kemoterapi ve cerrahi yöntemler en sık kullanılan tedavi yöntemleridir. Bu tedavi yöntemlerine destek olarak immünoterapi, hormon terapisi, hedeflenmiş terapileri, gen terapisi gibi biyolojik terapiler tek başına veya kombine olarak kullanılmaktadır (32).

2.1.3.1. Radyoterapi

Radyasyon; kanser hücrelerini öldürebilen veya ölümlerine neden olacak genetik değişikliklere neden olarak yok olmaları için kullanılan fiziksel bir ajandır. Radyoterapi; tümörün lokalizasyonu, uygun tedavi dozunun planlanması ile kanserli hücrelerini iyonizan ışınlar kullanarak yok eden tedavi yöntemidir (32,33). Bu tedavi yöntemindeki temel amacı kanser hücrelerinin çoğalma potansiyellerini azaltmaktır. Kanser hücrelerini yok ederken çevre sağlıklı dokuları da etkilemesi, uygulama sonrası kusma, saç kaybı, halsizlik, iştah kaybı yan etkileri nedeniyle yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Radyasyon hastalara kanserin neden olduğu semptomları yönetebilmek amacıyla palyatif olarak da kullanılabilir (32,34).

2.1.3.2. Kemoterapi

Kemoterapi (KT); kemoterapötik ajanlar kullanarak kanser hücrelerini yok etmeyi hedefler. Kemoterapi tedavisi; palyatif, küratif, adjuvan ve neoadjuvan kemoterapi olmak üzere dört şekilde uygulanmaktadır (35,36).

Kemoterapi tedavisi anormal hücre yapısının yanında normal hücre dokularını da yok ederek birçok olumsuz yan etkiye yol açmaktadır. Mide bulantısı, kusma, saç dökülmesi, iştahsızlık, yorgunluk, anemi, enfeksiyon, diyare belirlenen başlıca fizyolojik yan etkileridir (37,38). Bununla beraber psikiyatrik belirtiler, düşük beden imajı algısı, uyku güçlüğü, duygu durum bozuklukları vb. gibi önemli psikolojik semptomlara yol açmaktadır (39,40).

2.1.3.3. Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavi; profilaksi olarak parça alınıp tanı konulmasında, metastas/yayılım olmamış kanserli doku/kitlenin vücuttan çıkarılmasında kullanılır

(32). Koruyucu cerrahiyle birlikte sağlıklı dokulara zarar vermeden kitlenin çıkarılmadığı durumlarda da KT ve radyoterapi ile kombine olarak kullanılır (32,41).

2.2. Kanserli Hastalarda Psikiyatrik Belirtiler

Kanser tanısı; bireyin varoluşunu tehdit eden stresli bir yaşam deneyimidir. Bireyler tanı ile birlikte “Ben kimim?”, “Benim yaşamımı oluşturan değer ve ilkeler neler?”, “Yaşam hedeflerim nelerdi?”, “Yaşantımın neresinde varım?”, “Yaşadığım durumun anlamı ne?” sorgulamasıyla “ölüm” gerçeğiyle yüzleşir (42). Bireyin bu yüzleşmeyle birlikte varoluşunu tehdit eden kansere karşı çeşitli tepkiler verir. Bu stresli yaşam deneyimiyle birlikte kansere verdiği tepkiler mücadelecı ruh, çaresizlik-ümitsizlik, endişeli bekleyiş, kadercilik, inkar ve kaçınma olmak üzere beş başlıkta toplanmıştır (43).

- 1) Mücadelecı Ruh: Hastalığın kontrol edilebilir olduğunu inanarak, onunla mücadele eder ve geleceğe olumlu bir bakış açısıyla bakar.
- 2) Çaresizlik-Ümitsizlik: Hastalığın herhangi bir şekilde kontrol edilebileceğine inanmaz ve savaşmak için etkili baş etme stratejilerinden yoksundur. Onun için hastalık bir kayıptır.
- 3) Kadercilik: Pasif bir kabul edişle birlikte kansere herhangi bir kontrolün konulabileceğine inanmaz ve sonucu olduğu gibi kabul eder.
- 4) İnkâr ve kaçınma: Hastalığı göremediği için kontrol edebileceği fikri aklına bile gelmez ve durumu az bir tehdit olarak algılayarak olumlu sonuçlanacağını düşünür (44).

Bireyin kanser tanısı alma ile birlikte oluşan stresten kurtulma çabası ve buna yönelik başvurduğu yöntemler, uyum mekanizmasını etkileyerek yeniden denge kurma gereksinimini ortaya çıkarır. Bu gereksinimle birey; hastalık durumunu anlamlandırma biçimi, baş etme mekanizmalarının uygunluğu ve sosyal destek sistemlerini etkin bir şekilde kullanarak kriz durumuna karşı pozitif veya negatif uyum gösterir (42,45). Bu uyum sürecinde bireyin kişiliği, hastalığın seyri, sosyal çevresi ve aktiviteleri, aile ilişkileri, maddi sıkıntıları ile ilgili alanlardaki psikolojik baskı düzeyinin azalması ve bireyin daha hafif düzeyde baskı hissetmesi, pozitif yönde uyum göstergesidir. Psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkması ise negatif uyum göstergeleridir (46,47).

Kanser hastalarında psikolojik belirtilerin ortaya çıkabileceği iki temel faktör vardır. Bunlardan ilki; biyopsikososyal model, ikincisiyse kanser ve tedavisinin nöropsikiyatrik etkisidir. Biyopsikososyal model, psikolojik belirtilerin tanının alınmasından, tedavi, nüks ve yaşam sonu bakıma yönelik bireylerin psikolojik tepkilerinden kaynaklandığını vurgulamaktadır (48). Psikolojik belirtiler; kanserin türü, tedavinin yan etkileri (saç dökülmesi, cinsel işlev kaybı, kusma, mukozit veya organ kaybı vb.), hayatta kalma beklentileri, sosyal rollere olumsuz etkilere neden olmaktadır (49,50).

Bireyin kanser tanısı almasıyla en sık gözlemlenen psikiyatrik belirtinin %40 oranı ile hafif veya ağır depresif bozukluk olduğu ve tanı alındıktan sonraki ilk üç aylık süreçte %30-60 oranında görüldüğü saptanmıştır (51). Psikiyatrik belirtinin ortaya çıkmasında; ölüm korkusu, yaşam planlarının kesintiye uğraması, beden imajı ve benlik saygısındaki değişimler, sosyal rol ve yaşam tarzındaki değişikliklerle, kültürel farklılıklar etkilidir (7,52). Özellikle kadın cinsiyet, genç yaş ve sosyal destek sistemlerinin az olması psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasına neden olan önemli faktörler olarak belirlenmiştir (53). Diğer gözlemlenen en sık psikiyatrik belirtiyse; hastalığın getirdiği belirsizlikle beraber yaşanan korku, tedavinin işe yaramayacağı, olumsuz sonuçlanacağı düşüncesi ve hastalık süresinde yetersiz aile desteğiyle birlikte anksiyetedir (11,54). Komorbid olarak psikiyatrik belirtilerle seyreden anksiyete semptomlarının %10 oranında olduğu ve ortaya çıkmasında hastalığın seyri, beden imajındaki bozulma derecesinin öneminin fazla olduğu da saptanmıştır (53).

2.3. Rahatsızlığa Dayanma

Rahatsızlığa dayanma (Discomfort İntolerance); kişide rahatsızlığa neden olacak fiziksel duyumlardaki kapasitenin kişisel farklılıkları olarak tanımlanır. Ancak sadece belirli iç uyaranlarla sınırlandırılmamakla birlikte bedensel duyumlarla ilişkili olarak bireyde ağrı olmasa da rahatsız olduğunu gösteren bir kavramdır (12,55,56).

Rahatsızlığa dayanma, sıkıntıya dayanma (Distress İntolerance) ile karıştırılmamalıdır (55). Sıkıntıya dayanma; bireyin olumsuz psikolojik durumları deneyimleme ve bunlara dayanma kapasitesidir (55,57) İki durum bazen paralel seyredebilmekle beraber rahatsızlığa dayanma bireysel farklılıkları yansıtan duygusal veya deneyimsel kaçınmayla ayırt edilmektedir (58).

Kişide duygusal kabul, rahatsızlık veya ağrıya dayanamama anksiyete düzeyinde değişimlere neden olarak kabul edilirken; bu değişimlere karşı rahatsızlıktan kaçınma davranışı geliştirilmektedir. Rahatsızlığa dayanamama ile rahatsızlıktan kaçınmamanın başta panik bozukluk olmak üzere bir çok anksiyete bozukluğu neden olduğu bilinmektedir (12,59,60). Sütçügil ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan araştırmada göstermektedir ki rahatsızlığa dayanamama anksiyete bozukluğunun önemli nedenlerinden birisidir. Bireyin düşük rahatsızlığa dayanma kapasitesine sahip olması anksiyeteyi başlatmanın yanında süreklilik kazanmasına da neden olmaktadır (59). Ek olarak rahatsızlığa dayanma kapasitesinin düşük olması anksiyete ile etkili baş etme yöntemlerinin kullanılmasına da engel olmaktadır (12).

2.4. Affetme Kavramı

Affetme, psikolojide olumlu tutum ve davranışlara yönelik konular arasında olup 1960' lı yıllarda ele alınmaya başlanmıştır. Affetme kavramı ile ilgili çalışmalar 1980'lerde hız kazanmış, 2000'li yıllarda pozitif psikolojinin yükselişiyle psikoloji ve psikoterapide önemi artmıştır (61–64). İlk olarak affetmenin; yapılan hataya göz yumma ya da bahane bulma olmadığı, suçlunun sorumluluğundan kurtulması anlamına gelmediği, bireyin kendi mağduriyetine olan bireysel cevabı olduğunu ve barışma durumuyla farklı olduğunu bilmek gerekmektedir. Barışma da hatalı birey, hatasının farkında olup düzeltme için girişimlerde bulunur ve iki insan tekrar bir araya gelir; ancak affetme tamamen bireyseldir (65). Affetme kavramının tanımı ile ilgili alan yazında farklı görüşlere rastlanmaktadır. Aşağıda en yaygın kullanılan tanımlara yer verilmiştir.

Manevi yönden affetme; bireyin gücenme, darılma, öç alma gibi olumsuz davranışlardan vazgeçerek, kendisine yönelik kusur işleyen ve onu inciten birine karşı, onun hak etmediği merhamet ve sevgiyi göstermesi olarak tanımlanmıştır. Kişinin suçluya karşı düşünce, duygu ve davranışlarındaki alturizme dönüşüme verilen bir isimdir (66). Affetme; vazgeçmek, bağışlamak, çekilerek görülmeyecek hale getirmek ve cezalandırmanın kaldırılması; hoşgörü anlamını içermektedir (67).

Enright (1996)'a göre affetme; bireyin gönüllü olarak, haksız kararlarına ve kişiyi incitmiş kişilere karşı olan öfkesinden vazgeçmesi ve bunu yaparken de o kişiye karşı şefkat, cömertlik ve sevgi gibi olumlu duygular beslemesidir. Ek olarak sürecin

içsel bir süreç olduğu ve bu içsel süreçten kaynaklanan kişiler arası ilişki durumu olarak belirtilmiştir (17). Esas olan, yapılan ihlali bilinç düzeyinden uzaklaştırılarak daha olumlu şekilde, pozitif değer katarak hatırlamaktır (64,68,69). Bireyde olumsuz duyguların yerini olumlu duyguların almasıyla birlikte, kişinin yaşamında, davranışlarında ve hayata bakışında daha olumlu gelişmelerin olacağına yönelik ümit oluşturmaktadır.

Enright ve Fitzibbons (2000) yaygın olarak kabul edilen affetme tanımında; bireyin hata yaptığı düşünülen kişiye karşı geliştirdiği, öfke, kızgınlık, öç alma, gibi olumsuz duygulardan bilerek ve isteyerek vazgeçmesi ve bu tepkilerin yerine, merhamet, cömertlik, yardımseverlik gibi olumlu tepkiler geliştirmeye çaba sarf etmesi olarak ele alınmaktadır (61). McCullough, Pargament ve Thorensen (2000) tarafından benzer başka bir tanımda affetme; bireyin kendisi ve çevresine zarar veren olumsuz duygulardan vazgeçip, ilişkiyi düzeltmek amacıyla olumsuz duygular olan öfke, intikam duygularını hoşgörü ve empati duygularıyla değiştirme süreci olarak tanımlanmaktadır (70).

Affetme ve uzlaşma, bir insanın diğerini derinden incittiği deneyimi paylaşması bakımından benzerliğe sahip olsa da karıştırılmaması gereken kavramlardır. Uzlaşma; iki kişiyi iletişimi, birbirleriyle olan ilişkisini içerir ve meydana gelmesi için diğerleriyle iş birliğinin sağlanması gerekir. Affetme ayrıca güven ve uzlaşma için anahtardır. Uzlaşma kişilerarası bir olgu iken affetme tanımlarda da görüldüğü gibi kişisel bir özellik taşımaktadır (18,71).

Affetme süreci; gönüllü ve koşulsuz olarak gerçekleşir ve aktif bir süreçtir. Bu şekilde gerçekleşen “affetme” hem affedeni hem de affedileni dönüştürebilir (17,18,72). Süreç; kendini affetme, başkasını affetme ve durumu affetme olarak üç alt boyutta incelenmektedir (18,73).

2.4.1. Kendini Affetme

Enright ve İnsan Çalışma Grubu tarafından kendini affetme ; kişinin nesnel yanlış karşısında kendine kızgınlığından vazgeçerek, kendine karşı merhamet, cömertlik ve sevgi beslemesi olarak tanımlanmıştır (17). Bauer ve arkadaşları (1992), kişinin kendisinden veya hayatında olan olumsuzluklardan kaçamadığında kabul edip, kendini yargılama durumundan vazgeçip kendini kucaklamaya geçtiği bir yolculuk

olarak ortaya koymuşlardır (72). Hall ve Ficham (2005) ise kişinin sorumluluk duygusuyla pişmanlık ve suçluluk duygularını deneyimleyerek, yanlışını kabul edip kendisiyle ilgili olumlu duygular oluşturduğu süreç olarak tanımlamışlardır (74).

2.4.2. Başkalarını Affetme

McCullough, Worthington ve Rachal (1997), başkalarını affetme sürecinin dört belirleyicisinin, sosyal-bilişsel empati, görülen zararın algılanan önemi, kişiyle olan yakınlık ilişkisi ve kişinin intikama yönelik tutumları olduğunu belirtmiştir. Olaya verilen tepkilerde öfkenin etkili olduğu öne sürülmüştür. Başkalarını affetmede anahtarın kişinin empati düzeyi olduğunu vurgulamışlardır (75).

Enright ve arkadaşları (1996), kişinin onu inciten bireye karşı öfke, olumsuz değerlendirme ve davranmadan kendi isteğiyle vazgeçip, kişiye karşı sevgi, cömertlik gibi olumlu duygular geliştirmesi olarak tanımlamışlardır (17).

Yapılan çalışmalarda başkasını affetme bireylerin değerlendirdiği birçok durum olduğu tespit edilmiştir. Bunlar; zarar veren bireye yakınlık düzeyi, olumsuz davranışın altında yatan neden, olumsuz davranışın sonuçlarının ciddiyeti, zarar veren kişinin davranışı için özür dileme ya da pişmanlık duyma ifadeleri, diğer insanların tutumları, olumsuz davranışın mevcut durumu (olumsuz durum ortadan kalktı mı yoksa kişiyi etkilemeye devam mı ediyor) ve kişilik özellikleridir (empati düzeyi, uzlaşmacı, inatçı olma vb.).

Başkalarını affetmede; kişi kendi içinde suçluyu affeder ve bunu davranışlarına yansıtırsa tam affetme gerçekleşir. Ancak kişi (kurban) suçluyu samimi olarak affetmez ancak onu affetmiş gibi ilişkilerini devam ettirirse eksik/riyakar affetme gerçekleşir. Kişi suçluyu affeder ancak bunu davranışlarına yansıtmasa da gizli affetme olarak karşımıza çıkar (76).

2.4.3. Durumu Affetme

Thompsan ve arkadaşları (2005); kişilerin durumlara (yıkıcı bir hastalık tanısı alma, kaza, işlev bozukluğu, uzuv kaybı vb.) karşı öfke-üzüntü duyguları, “hayatımı mahvetti”, “bu neden başıma geldi” düşünceleri gibi tepkilerini olumsuzdan nötr veya olumluya çevirmelerinin “Durumu Affetme” süreci olarak tanımlamışlardır (77).

2.5. Affetme Kavramının Kuramsal Alt Yapısı

Affetme kavramı, 1980'lerde pozitif psikoloji akımıyla birlikte kuramcılar tarafından farklı açılardan ele alınmıştır.

2.5.1. Enrigh Affetme Süreç Modeli

Enrigh ve İnsan Gelişimi Çalışma Grubu- Affetme Süreç Modeli; duygu, düşünce ve davranışın etkileşim halinde olduğunu ve dört evrede gerçekleştiğini ifade etmektedir. Keşfetme evresi; kişi yaşanan sorunla ilgili farkındalık kazanmaya başlar. Bu farkındalıkla birlikte birey acı ve adaletsizlik duygusu yüzünden, öfke, kızgınlık ve öç alma gibi olumsuz duygular yaşamaktadır. Öncelikli hedef; yaşanan duygusal acı ve bunun psikolojik sağlığını nasıl etkilediğiyle ilgili farkındalık kazanmasıdır. Karar evresi; kişi yaşadığı olayın ve yapılan hatanın kendisi için ne anlama geldiğini düşünmektedir. Affetmenin ne olduğunu ve ne işe yarayabileceğini anlamaya çalışmaktadır. Çalışma evresi; kişi hata yapan kişiyi empati ve merhamet duygusuyla ve farklı bir bakış açısıyla yeniden anlamaya çalışır, bu sayede hata yapan kişiye karşı daha olumlu bir bakış açısı geliştirmeye başlamaktadır. Derinleşme evresi; kişi kazanmış olduğu yeni bakış açısıyla öfke, kızgınlık ve öç alma gibi kişinin sağlık durumunu olumsuz etkileyebilecek duygulardan bilinçli olarak vazgeçmektedir. Yaşadığı haksızlık ve acıdan kişisel gelişimi için yararlı olabilecek yeni ve olumlu hedefler ve anlamlar çıkarmaktadır. Bu evrede birey kendisine; "Daha önce affedilmeye ihtiyaç duydum mu?" ya da "Daha önce affedildim mi?" gibi sorular sorarak affetme sürecini kolaylaştırır. Bu evrelerin kişiden kişiye ve kişinin karşılaşmış olduğu hastanın özelliklerine göre değişebileceği vurgulanmaktadır (61).

Enright Süreç Modeli aşamaları aşağıdaki gibi ortaya koyulmuştur.

1. Keşfetme Evresi; bu evre birçok süreçlerden geçer. Bunlar;
 - İnkâr etmek; kişinin kendisine veya başkasına yönelik davranışının yanlış olmadığını düşünmesi,
 - Suçluluk, pişmanlık yaşamak; kişinin kendisi veya başkasına karşı hatalı olduğunu kabul ederek öfke yaşaması,
 - Utanç duymak; başkaları tarafından ayıplanacağını düşünmesi,
 - Yük gibi hissetmek; kişinin olumsuz duyguları ile tükenmesi
 - Bilişsel tekrar yapmak; kişinin olayı tekrar tekrar canlandırması,

- İncittiğim kişinin (başka bir kişi ya da kendim) farkına varmak; kişi kendini incitmişse benliğinin önceki ve sonraki halini karşılaştırması, başkasını incitmişse; kendisinin şanslı olma durumuyla bir başkasının şansız olma durumunu karşılaştırması,
- Kusurlu olduğunu kabul etmek; “Ben Kimim?” sorusuna cevabın değişimiyle bireyin düşük benlik saygısı yaşamasıdır.

2. Karar Evresi: Kişinin süreci değiştirmesi gerektiğini düşünmesiyle kendini affetme konusunda isteklilik göstermesi ve kendini aşağılama durumundan vazgeçerek kendini affetmede farkındalık kazanmasıdır.

3. Eylem Evresi: Bireyin geçmiş tepkilerinin farkına vararak kendine yönelik yeniden çerçeve oluşturmasıyla acısının kendi yaptıklarının sonucu olduğunu fark etmesi ancak kendisine merhamet ederek, kendisini sevmeye istekli olup hatalı davranışından kaynaklanan acısını kabul etmesidir.

4. Derinleşme Evresi: Kişinin incinme durumundan anlam bularak başkaları tarafından affedilip başkalarını da affettiğini fark etmesi ve yalnız olmadığını farkına varıp yeni bir yaşam amacı oluşturarak pişmanlık, öfke gibi olumsuz duygulardan vazgeçer (17).

2.5.2. Worthington Affetme Piramit Modeli

Worthington (1998) Model'in de model çekirdeğini oluşturan empatinin sağlanmaması durumunda affetmenin gerçekleşmeyeceği, bireyin alçakgönüllülüğüyle de kendisinin de incittiği kişiler olduğunu anımsayarak affetmeyi kolaylaştırdığını ortaya koymuştur. Affetmenin gerçekleşmiş olması içinse; kişiye affettiğini açıkça ifade etmesi gerektiğini vurgulamıştır (78,79). Piramit model; “Reach” kelimesi ile kısaltılan bir süreç modeli şeklindedir. İlk olarak bireyden acı veren kötü olayı zihninde canlandırması istenir (Recall the hurt), suçlu kişi ile empati kurma bu adımı takip eder (**E**mpathize with the one who hurt you), üçüncü olarak suçlu kişiye özgeci bir armağan sunma (**A**ltruistic gift of forgiveness), suçlu kişiye affettiğini ifade etme (**C**ommitment to forgive) ve affetmeyi sürdürme (**H**old on to the forgiveness) olarak beş adımdan oluşmaktadır (78,80,81).

2.5.3. Hargrave Affetme Modeli

Hargrave'nin affetme modeli aile ilişkilerine odaklanmaktadır. Zarar gören aile üyesi, güvenilir bir ilişkiyi hakketmediğini düşünerek suçluluk ve utanç hisseder ve ona zarar veren aile üyesine karşı kontrolsüz öfke ve kin duyguları besler. Zarar gören kişi ilişkilerinde zarar görme riskini en aza indirmek için aşırı kontrollü davranabilir ya da incinmenin kaçınılmaz olduğunu düşünerek kaos içerisinde yaşamını sürdürebilir. Modeli; “aklama” ve “affetme” olmak üzere iki faktör oluşturur. Aklama; zarara uğrayan aile üyesinin diğer aile üyesine karşı empati geliştirerek, maruz kaldığı olumsuz durumla ilgili iç görü kazanmasıdır. Affetme; aile ilişkisinde sevgi ve güvenin kurulabilmesi için zarar gören ve zarar veren aile üyesinin birbiriyle etkileşime geçmesidir (82,83).

2.5.4. Smedes Affetme Modeli

Smedes affetme sürecinde kişinin geçirdiği halleri anlatmak için “yolculuk” metaforunu kullanmış ve dört istasyonlu bir tren yolculuğuna benzetmiştir.

- Birinci İstasyon; Uzaklaşma: olumsuz duruma maruz kalıp incinen kişi, suçlu ile olan güven ilişkisini sürdüremez ve ondan uzaklaşır.
- İkinci İstasyon; Affetme: kişi kendisine kabahat işleyenden uzaklaştığında onunla ilgili olumsuz duygu ve değerlendirmelere sahiptir. Affetme aşamasında suçluyu cezalandırma hakkından vazgeçip olayı normalleştirir. İntikam alma eğilimi giderek suçluyu içinde bulunduğu durumdan kurtarma eğilimine dönüşür.
- Üçüncü İstasyon; Uzlaşma: affedilen kişiyle olan ilişki normalleştirilir. Uzlaşmanın olabilmesi için affetmenin gerçekleşmiş olması gerekir. Ancak affetme uzlaşma olmadan da gerçekleşir. Yine de affetmenin nihai hedefi kurban ile suçlunun uzlaşmasıdır.
- Dördüncü İstasyon; Ümit: affetme, kişiyi geçmişin hatalarına bağlanıp kalmaktan kurtarır ve geçmişle uğraşı durdurarak özgürleştirir. Affetme bireye ümit ihtiyacı getirirken bir yandan ümit ihtiyacı da bırakır. Çünkü ümit olmazsa uzlaşma için çaba olmaz ve aynı zamanda ümit etmedikçe de uzlaşmanın gerçekleşmesi beklenemez.

Özetle, affetme, uzlaşmayı başlatır; ümit ise devam ettirmek için motive edici enerjiyi sağlar (66).

2.6. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Kanser birey ve ailesinde kaygı, umutsuzluk, çaresizlik, belirsizlik ve ölümlle ilgili duygu ve düşüncelerin oluşmasına neden olan; bireyin beden imajı, yaşamdan beklentisi, ego bütünlüğü, sosyal ilişkilerini olumsuz etkileyerek psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasına neden olan bir hastalık türüdür. Psikiyatrik belirtiler; tanıya uyum sağlayamama, uzun tedaviler, belirsizlik, beden imajında bozulma, azalan yaşam kalitesi gibi nedenlerle ortaya çıkmaktadır (84,85). Ortaya çıkan psikiyatrik belirtilerle birlikte hastalarda rahatsızlığa dayanma durumlarını da etkilemektedir.

Kanser hastalarında tıbbi tedaviden etkin yararın sağlanmasında psikososyal bakım önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle bakım sürecinde hastaların; biyolojik, kültürel, spiritüel ve psikososyal gereksinimleri bütüncül olarak değerlendirilmeli ve desteklenmelidir (86,87). Bu bütüncül bakımın sağlanmasında da Konsültasyon Liyezon Psikiyatri (KLP) hemşireleri oldukça önemli rollere sahiptirler. Çünkü KLP hemşireleri; gerçek veya potansiyel fiziksel işlev bozukluğa sahip olan hastalar ve ailelerine yönelik bakım hizmetinde koruma ve geliştirme, tedavi, bakım, rehabilitasyon süreçlerinde yer alırlar (86,88–92). KLP hemşireleri bireyin mevcut hastalığı ve hastalığın yol açtığı işlev bozukluklarıyla baş etme gücünü geri kazanabilmelerine ve hastalık yaşantısını anlamlandırmaları yönünde bakımlarını planlarlar. Hemşirelik girişimleri; bireyin baş etme yöntemlerini güçlendirme, destek sistemlerinin farkına varmasını sağlama ve harekete geçirme, duyguların ifade edilmesi için destekleme, kriz girişimleri terapi girişimlerini kullanması, danışmanlık ve psikoeğitimi içerir (85, 90). Remmers ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışma sonucunda; hastaların gereksinimlerinin fiziksel olarak karşılanmasının ötesinde duygularına önem verilmesi ve empatik iletişim kuran hemşireleri istedikleri bulunmuştur. Hemşireler, hastaların gereksinimlerinin saptanması ve bakımın planlanmasında derin bilgi beceriye sahip olduklarında bireye özgü desteğin sağlanabilmesi için aktif rol almaktadırlar (89). Affetmedeyse danışmanlık rolleri ön plana çıkmaktadır. Affetmenin gerçekleşebilmesi için KLP hemşirelerinin kanser hastası bireylere empatiyle yaklaşımları büyük önem taşımaktadır (17,93).

Kanser tanısıyla birlikte yaşamın her alanı etkilenen birey için; tanının kabul edilmesi ve tedaviye uyum sağlama sürecinde baş etme mekanizmalarının farkına varılması önemli basamaklardır. Hastaların ve ailelerini bütüncül ve özgül olarak

değerlendirilip tedavi edici ve rehabilite edici süreçlerin planlanmasında KLP hemşireleri önemli bir yere sahiptir (94,95). Bu doğrultuda kanser hastalarında affetme eğiliminin hastalığın önemli belirtileri olan depresyon- anksiyete ve rahatsızlığa dayanmada KLP hemşireliği rollerinden danışmanlık, eğiticilik, bilişsel davranışçı terapi girişimlerinin kullanılması, bireyin kendinin, duygularının farkına varması, öfke kontrolü ve kriz yönetimi süreçlerinde etkili bir şekilde kullanılmalıdır. KLP hemşireleri bireylerin affetme serüveninde ilk olarak; hastaların haksızlık/olumsuz durum/ kendilerine karşı olan öfke benzeri duyguları, savunma mekanizmaları ve bunların yaşamlarına olan etkisinin farkına varması için desteklemelidir. Ardından eğitici rollerini kullanarak; hastaların öfkelerini fark etmeleri ve öfkelerini yönetebilmeleri için bilişsel, duyuşsal ve öfkeye neden olan uyarılmanın yönünün değiştirilmesi müdahalelerini öğretip, öfkelerini uyumlu olarak ifade etmelerini sağlamalıdır. Bununla birlikte bireyin affetmeyi kavraması ve bunun kendini özgürleştiren bir seçenek olduğunun farkına varması için affetme kararını alması süreci beklenir. Bu süreçte maruz kalınan durum ya da bireye karşı empati duygusu pekiştirilerek affetme sürecinin hızlanmasına destek olunmalıdır. Burada kişi; bireye/duruma/ kendisine karşı farkındalık kazanıp olumsuz düşüncelerini olumlu düşüncelere yönlendirip yeni yaşam anlamları kazanmış olur. KLP hemşiresi affetme basamaklarında bireyi etkili olarak destekler. Ayrıca affetmenin sürdürülerek belirsizliğe uyumsuz tepkiler olarak karışımıza çıkan depresyon-anksiyete ve rahatsızlığa dayanma semptomlarının azalması, kontrol altına alınmasında etkin rol alır (96). Görüldüğü gibi kanseri deneyimleyen bireylerde bakım sürecinin planlanmasında, kanserin yol açtığı etkilerle baş etmede, özellikle duygusal gereksinimlerin doğru saptanması, uygun psikolojik destek yaklaşımına karar verilmelidir. Bu yaklaşımlarında uygulanması ve sunulan hizmetlerinde araştırmalar yoluyla sürekli olarak geliştirilmesi önem arz etmektedir (97–99).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma, kanserli hastalarda affetme, rahatsızlığa dayanma düzeyleri ve psikiyatrik belirtilerin incelenmesi ve aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Şubat-Mart ve Haziran-Temmuz 2020 tarihleri arasında Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'nde gerçekleştirilmiştir.

Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'nde 64 koltuk kapasitesiyle gününbirlik kemoterapi tedavi hizmeti verilmektedir. Ünite ekibi 8 hemşiresi ve iki yardımcı personeli ile hafta içi 08.00 ile 17.00 arasında hastalara hizmet vermektedir. Üniteye 18 yaş üzerindeki hastaların tedavisi sürdürülmekte olup, günlük ortalama 100-150 hastaya tedavi verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'nde kemoterapi tedavisi alan kanser hastaları oluşturmaktadır.

Çalışmada örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G*Power 3.1.9 programı kullanılmıştır. Hesaplamalar sonucunda etki büyüklüğü $p=0.29$ olarak belirlenmiştir. %95 istatistiksel güç ve 0.05 hata payı için çalışmaya dahil edilmesi gereken minimum örneklem sayısı toplam 124 olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın örneklemini ayaktan kemoterapi tedavisi alan hastalardan araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve katılmayı kabul eden 208 kişi oluşturmuştur.

Dahil Olma Kriterleri;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma,
- 18 yaş üstü olma,
- Okuryazar olma,

- Tıbbi onkoloji kliniği ayaktan kemoterapi ünitesinde kanser tanısı ile izlenen birey olma,
- En az ikinci kemoterapi küründe olma,
- Oral kanser tanısı almış olma, konuşma güçlüğü yaşama ya da ağrının varlığı gibi faktörlerin olmaması

Dahil Olmama Kriterleri;

- Ruhsal bozukluğu olma,
- Sadece bir kemoterapi kürü almış olma,

3.4. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmayı uygulamaya başlamadan önce Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan 46418926 sayılı 07.01.2019 tarihli toplantıda 2020/10 numaralı araştırma için gerekli yazılı izin ve onay alınmıştır (Bkz. EK-1) Ayrıca Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık ve Eğitim Kurulu'ndan (TUEK) yazılı izin ve onay (Bkz. EK-2), çalışmanın yapılacağı birimden yazılı izin (Bkz. Ek-3) alınmıştır.

Katılımcılara araştırmaya katılımın gönüllülük ilkesine dayandığı ve istediklerinde araştırmadan çekilme hakkına sahip oldukları açıklanmıştır. Araştırmaya katılacak bireylere araştırmanın amaç ve kapsamı hakkında bilgi verilmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu :Kişisel bilgi formu hastaların sosyo-demografik faktörlerle hastalık tanısı, hastalık evresi, ilk tanı alınan zaman, tanı konulduktan sonra geçen süre, şuana dek alınan kemoterapi kür sayısı, ilk hastalık tanısı alındığında deneyimlenen hisler, hastalıkları ile ilgili destek alma durumları, ruhsal sağlığını değerlendirme durumları, hastalık etkenini değerlendirme durumları, yaşanan zorluklarla baş etme durumları, hastalık süresince aile desteği alma durumlarına ilişkin soruları içermektedir (Bkz EK-4).

Heartland Heartland Affetme Ölçeği (HAÖ): Thompson ve arkadaşları (2005) tarafından bireylerin kendini, başkasını ve durumu affetme özelliklerinin tümünü ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (25). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması geçerlik güvenirlik çalışması 2010 yılında Bugay ve Demir tarafından yapılmıştır. Yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında Cronbach α katsayıları; kendini affetme alt boyutu için .64, başkasını affetme alt boyutu için .79 ve durumu affetme alt boyutu için .76 olarak ve ölçeğin toplam affetme puanı için ise .81 olarak hesaplanmıştır (73). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach α katsayıları; kendini affetme alt boyutu için .40, başkasını affetme alt boyutu için .68 ve durumu affetme alt boyutu için .55 olarak ve ölçeğin toplam affetme puanı için ise .73 olarak hesaplanmıştır. 18 maddeden oluşan affetme düzeyini değerlendiren ölçek "Kendini Affetme", "Başkasını Affetme" ve "Durumu Affetme" olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Likert tipi ölçeğin maddeleri 7'li değerlendirme ölçeğine göre değerlendirilmekte olup değerlendirme; "Beni hiç yansıtmıyor" (1 puan), "Beni pek yansıtmıyor" (3 puan), "Beni biraz yansıtıyor" (5 puan) ve "Beni tamamen yansıtıyor" (7 puan) şeklinde olup yanıtlanmaktadır. Ölçek maddelerinde; 2, 4, 6, 7, 9, 11, 13, 15, ve 17. maddeler ters olarak puanlanmaktadır. Ölçek, toplam ve alt ölçek puanlarına göre değerlendirilmekte ve bir kesme puanı bulunmamaktadır. Ölçeğin alt boyutlarının her birinden alınan yüksek puanların ilgili alt boyuttaki affetme düzeyinin yüksek oluşunu veya azlığını işaret etmektedir. Ölçeğin alt boyutlarının puanlarının toplamıyla toplam affetme puanı meydana gelmektedir. (73,100).

Heartland Heartland Affetme Ölçeği alt boyutları ve maddeleri şunlardır;

- I. Kendini Affetme (6 madde); 1, 2, 3, 4, 5, 6
- II. Başkasını Affetme (6 madde); 7, 8, 9, 10, 11, 12
- III. Durumu Affetme (6 madde); 13, 14, 15, 16, 17, 18

Heartland Heartland Affetme Ölçeği'nin kullanılabilmesi için Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan Aslı Bugay'dan izin alınmıştır (73,100). (Bkz Ek-5, Ek-6)

Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ölçek Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş, kısa formu 53 maddeden oluşan ölçek; strese bağlı psikolojik sıkıntıları ölçen kendini değerlendirme tipi bir envanterdir (101). Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Şahin ve Durak tarafından 1994' de yapılan ölçeğin, beş alt boyutu ve

Cronbach α katsayıları ise; depresyon .88, anksiyete .87, olumsuz benlik .87, somatizasyon .75, hostalite.76 ve toplam ölçek için .94 şeklindedir (101,102). Bu çalışmada ölçeğin alt boyutları için Cronbach α katsayıları; depresyon .84, anksiyete .79, olumsuz benlik .76, somatizasyon .71, hostalite.51 ve toplam ölçek için .92 olarak hesaplanmıştır. KSE likert tipi bir ölçek olup maddeler, “hiç” ve “çok fazla” ifadelerine eşlik eden 0-4 değerleri arasında derecelendirilerek puanlanmaktadır. Ölçeği dolduracak kişilere her maddeyi ayrı ayrı okumaları ve o gün dahil olmak üzere son hafta içinde bu belirtilerden her birinin kendilerini ne kadar rahatsız ettiğini işaretlemeleri söylenmektedir. Her alt ölçek için toplam, o alt ölçekteki madde sayısına bölüldüğünde o boyut içi bir puan elde edilmektedir.

Kısa Semptom Envanteri alt ölçek boyutları ve maddeleri;

- I. Anksiyete; 12, 13, 28, 31, 32, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 47, 49. maddeler
- II. Depresyon; 9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27, 35, 37, 39. maddeler
- III. Olumsuz Benlik; 15, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 50, 51, 52, 53. maddeler
- IV. Somatizasyon; 2, 5, 7, 8, 11, 23, 29, 30, 33. maddeler
- V. Hostalite; 1, 3, 4, 6, 10, 40, 41. maddeler

Kısa Semptom Envanteri’ nin kullanılabilmesi için Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan Prof. Dr. Neslin Hisli Şahin adına Gülşen Hisli’ den izin alınmıştır (101,102) (Bkz Ek-7, Ek-8).

Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği (RDÖ): Rahatsız edici duyumlara dayanma kapasitesindeki kişisel farklılıkları ölçmek amacıyla Norman B. Schmidt ve arkadaşları tarafından 2006’da geliştirilen bu ölçeğin Türkçe formunun faktör yapısı, güvenilirliği ve geçerliliği 2012’de Özdel ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (12,13). Rahatsızlığa dayanma ölçeği “Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği” (RD-RD) ve “Rahatsızlıktan Kaçınma” (RD-RK) alt ölçeklerinden oluşmaktadır.” Rahatsızlığa Dayanma” bedensel duyumlara dayanma kapasitesini ölçerken, “Rahatsızlıktan Kaçınma” ise bedensel duyumlardan kaçınma derecesini ölçer. Ölçek 7’li likert tipi sorulardan oluşmaktadır ve cevap seçenekleri 0 (bana hiç uygun değil) ve 6 (tümüyle bana uygun) arasında değişmektedir. Ölçeğin belirli bir kesme puanı bulunmamaktadır ve katılımcılar (0-42) arası puan alabilmektedirler. Kişinin aldığı puan arttıkça rahatsızlığa toleransının fazlaştığı kabul edilmektedir. Maddelerden; 3,6 ve 7’ inci maddeler ise ters maddelerdir ve o yüzden ters puanlanırlar. Ölçeğin tümü için

Cronbach α katsayısı .59; alt boyutların Cronbach α katsayıları rahatsızlığa dayanma.67 ve rahatsızlıktan kaçınma .60 olarak bulunmuştur (13). Bu çalışma da alt boyutların Cronbach α katsayıları rahatsızlığa dayanma .44 ve rahatsızlıktan kaçınma .52 ve ölçek toplamı için .38 olarak hesaplanmıştır.

Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği alt ölçek boyutları ve maddeleri;

- I. Rahatsızlığa Dayanma; 1, 2, 4, 5. maddeler
- II. Rahatsızlıktan Kaçınma; 3, 6, 7. maddeler

Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği' nin kullanılabilmesi için Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan Kadir Özdel' den izin alınmıştır (13) (Bkz. EK-9, Ek-10).

3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Kurumsal yazılı izinlerin alınmasından sonra araştırmaya katılmaya uygun hastalara araştırmanın amacı ve veri toplama formlarının içeriğine ilişkin yazılı ve sözlü bilgi verilmiş ve katılmaya gönüllü olanlara, Ek- 11 'de verilen yazılı onam formu imzalatılmış, ardından veri toplama araçları (Bkz. Ek 4, 5, 7, 9) uygulanmıştır. Veri toplama araçları 11.02.2020-01.03.2020 ve 01.06.2020-02.07.2020 tarihleri arasında Tıbbi Onkoloji Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'nde kemoterapi kürleri süresince veya öncesinde tedavi, koltuklarıyla üç koridora ayrılmış olan ünite alanında uygulanmıştır. Veri toplama araçları, hastaların kendisi tarafından ortalama 20-30 dakikada doldurulmuştur. Şubat-2020' de başlanan veri toplama sürecine pandemiden dolayı araştırmaların durdurulması nedeniyle bu süreçte ara verilmiş, 1 Haziran tarihinde tekrar başlanmıştır.

3.7.Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler toplandıktan sonra araştırması tarafından SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 istatistik yazılım programında bilgisayara kaydedilmiş ve analizler gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler için ortalama \pm standart sapma, sayı ve yüzdelik gösterimi kullanılmıştır. Örneklem verilerinin, normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov Testi ile test edilmiş olup, örneklemin normal dağılım göstermediği belirlenmiş ve non-parametrik testler kullanılmıştır.

Hastaların; cinsiyet, çalışma durumu, yaşanan yer, çocuk sahibi olma durumlarına göre hastaların "Kısa Semptom Envanteri", "Rahatsızlığa Dayanma

Ölçeği” ve “Heartland Affetme Ölçeği” puan ortalamalarını karşılaştırmak amacıyla Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Yaş, medeni durum, meslek, eğitim durumu, gelir durumu, kanser türü, tanı evresi, hastalık tanısı alındığında yaşanan duygular, hastalığın süresi, hastalık ile ilgili destek alma durumu, ruhsal sağlık durumu, hastalık etkeni, yaşanan zorluklarla baş etme yöntemleri ve hastalık süresince aile desteği alma durumlarına göre hastaların “Kısa Semptom Envanteri”, “Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği” ve “Heartland Affetme Ölçeği” puan ortalamalarını karşılaştırmak için Kruskal Wallis Testi kullanılırken, alt grupların farklılığını değerlendirmek için Mann Whitney U Testi ile yapılmıştır. Çalışmada hastaların “Heartland Affetme Ölçeği” puanları, “Kısa Semptom Envanteri” ve “Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği” ölçeği puanları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla, normal dağılım göstermeyen değişkenler için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Çalışmada anlamlılık derecesi korelasyon katsayıları göz önünde bulundurularak; 0.05-0.30 düşük korelasyon, 0.30-0.60 Orta derecede korelasyon, 0.60-0.70 iyi derecede korelasyon, 0.70-0.75 çok iyi derecede korelasyon 0.75-1.00 mükemmel korelasyon olarak yorumlanmıştır (103). İstatistiksel değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir. Bu değerden küçük p değerleri için “istatistiksel olarak anlamlı” büyük değerler için ise “istatistiksel olarak anlamlı değil” yorumu yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek merkezli olarak gerçekleştirilmesi ve yalnızca ayaktan kemoterapi alan hastaların örnekleme oluşturması, erkek hastaların daha az araştırmaya katılmayı kabul etmesi çalışmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Örnekleme yalnızca ayaktan kemoterapi alan hastaların oluşturmasından dolayı sonuçlar çalışmanın yapıldığı onkoloji hastanesindeki ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi alan hastalar için genellenebilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri, affetme, rahatsızlığa dayanma düzeyleri ve psikiyatrik belirtileri etkileyen faktörlere yönelik bulgular yer almaktadır.

4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Bilgileri ve Hastalığa İlişkin Özellikleri

Bu bölümde hastaların sosyo-demografik bilgileri ve hastalığa ilişkin özelliklerine yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı bilgileri

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	170	81.7
	Erkek	38	18.3
Yaş grubu	20-39	32	15.4
	40-59	117	56.3
	60 ve üzeri	59	28.3
Medeni durum	Evli	163	78.3
	Boşanmış	20	9.6
	Bekar	18	8.7
	Dul	7	3.4
Eğitim durumu	İlkokul	102	49
	Ortaokul	30	14.4
	Lise	44	21.2
	Ön lisans ve üstü	32	15.4
Çalışma durumu	Çalışan	50	24
	Çalışmayan	158	76
Meslek	Memur-Mühendis	22	13.7
	İşçi	12	7.5
	Serbest Meslek	16	9.9
Yaşanılan yer	İl	183	88
	İlçe	25	12
Gelir durumu	Gelir gidere denk	99	47.6
	Gelir giderden yüksek	16	7.7
	Gelir giderden düşük	93	44.7
Çocuk sahibi olma durumu	Var	187	89.9
	Yok	21	10.1
Kanser türü	Meme-Jinekolojik Kanser	141	67.8
	Diğer (mide, kolon, akciğer, prostat vb.)	67	32.2
Tanı evresi	1. Evre	16	7.7
	2. Evre	50	24
	3. Evre	51	24.5
	4. Evre	91	43.8
Hastalığın tanısı alındığında yaşanan duygular	Bir şey düşünmedim, hissetmedim	47	22.6
	Kabullendim	54	26
	Şok/ İnkâr	9	4.3

	Aşırı stres-üzüntü yaşadım	80	38.5
	Korku	4	1.9
	Gelecek Kaygısı	3	1.4
	Diğer (yıkılma, öfke, şaka vb)	11	5.3
Hastalığın süresi	0-6 ay	72	34.6
	7 ay -12 ay	29	13.9
	13 ay- 24 ay	42	20.2
	25 ay ve üzeri	65	31.3
Hastalıkla ilgili destek alma durumu	Destek almadım	160	76.9
	Bilgilendirme desteği aldım	22	10.6
	Psikolojik destek aldım (Ruhsal hastalık tanısı almamış hastalar)	26	12.5
Ruhsal sağlığını değerlendirme durumu (Hastanın sağlığına yönelik algısı)	İyi	126	60.6
	Orta	73	35.1
	Kötü	9	4.3
Hastalık etkenini değerlendirme durumu	Stres-üzüntü	100	48.1
	Genetik faktörler	24	11.5
	Sedanter yaşam	22	10.6
	Fiziksel-çevresel etkenler	15	7.2
	Kader	17	8.2
	Bilmiyorum	30	14.4
Yaşanılan zorluklarla baş etme yöntemi	Manevi destek (dua etmek, namaz kılmak, yoga, meditasyon ...)	62	29.9
	Psikolojik destek (Ruhsal hastalık tanısı almamış hastalar)	5	2.4
	Arkadaş/ aile yakını ile konuşma	77	37
	Egzersiz	4	1.9
	Diğer (alışveriş yapma, örgü, temizlik yapma vb)	60	28.8
Hastalık süresince aile desteği alma durumu	Yeterli düzey	164	78.8
	Orta düzey	35	16.8
	Destek görmedim	9	4.3
TOPLAM		208	100

Araştırmaya katılan hastaların % 81.7'si kadın, %56.3' ü 40-59 yaş arasında, %78,4' ü evli olup, %49'u ilkokul mezunudur. Hastaların %76'sı çalışmamaktadır ve çalışanların %7.2'si memurdur. Hastaların %88'i ilde yaşamakta olup, %47.6'sının gelir durumları giderlerine denktir, %89.9'unun çocuğu vardır.

Hastalarının %67.8'nin meme-jinekolojik kanser tanısı aldığı, %43.8'inin 4.evrede olduğu, %33.7'sinin hastalık etkenini stres ve üzüntü olarak tanımladığı görülmüştür, %34.6'sının hastalık tanısı aldığından bu yana geçen sürenin 0-6 ay

arasında olduğu %76.9'unun hastalıklar ilgili destek almadığı, %60.6'sının ruhsal sağlığını iyi olarak değerlendirdiği, % 48.1'inin hastalık etkeni olarak stres ve üzüntü olduğunu belirttiği görülmüştür. Ayrıca hastaların %37'sinin yaşanan zorluklarla baş etmek için arkadaş veya aile yakınıyla konuşmayı tercih ettiği, %78.8'inin hastalık süresince ailesinden yeterli destek aldığı görülmüştür.

4.2. Hasta Bireylerin Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları

Bu bölümde kemoterapi alan hastaların “Heartland Affetme Ölçeği”, “Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği” ve “Kısa Semptom Envanteri” puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Min.	Mak.	X (ortalama)	Standart Sapma
HAÖ				
Kendini Affetme	6	42	30.59	8.08
Durumu Affetme	11	42	29.87	5.94
Başkasını Affetme	8	42	29.45	6.72
Toplam	32	120	89.95	15.74
RDÖ				
Kaçınma	0	18	6.38	4.75
Dayanma	0	24	14.37	5.43
Toplam	0	42	20.76	7.14
KSE				
Anksiyete	1	4.62	1.66	0.55
Depresyon	1	4.42	1.97	0.69
Olumsuz Benlik	1	3.57	1.88	0.55
Somatizasyon	1	5	1.75	0.60
Hostilite	1	4.25	1.66	0.53
Toplam	5.38	21.52	8.91	2.43

Hastaların “Heartland Affetme Ölçeği” puan ortalamaları 89.95 ± 15.74 , “Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği” puan ortalamaları 20.76 ± 7.14 , “Kısa Semptom Envanteri” puan ortalamaları 8.91 ± 2.43 olarak bulunmuştur.

4.3. Hasta Bireylerin Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

4.3.1 Hasta Bireylerin “Kısa Semptom Envanteri” Puan Ortalamaları ile “Heartland Affetme Ölçeği” ve “Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği” Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 4.3 Hasta Bireylerin Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları ile Heartland Affetme Ölçeği ve Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

	Kendini Affetme		Başkasını Affetme		Durumu Affetme		HAÖ Toplam		Dayanma		Kaçınma		RDÖ Toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
KSE														
Anksiyete	-0.302	0.000	-0.233	0.001	-0.241	0.000	-0.345	0.000	-0.098	0.161	-0.125	0.071	-0.241	0.000
Depresyon	-0.349	0.000	-0.239	0.001	-0.297	0.000	-0.386	0.000	-0.197	0.004	-0.238	0.001	-0.238	0.001
Hostilite	-0.310	0.000	-0.270	0.000	-0.261	0.000	-0.389	0.000	0.032	0.643	-0.126	0.070	-0.047	0.496
Somatizasyon	-0.305	0.000	-0.157	0.024	-0.202	0.004	-0.294	0.000	-0.148	0.033	-0.044	0.530	-0.146	0.035
Olumsuz Benlik	-0.308	0.000	-0.228	0.001	-0.359	0.000	-0.380	0.000	-0.052	0.456	-0.144	0.039	-0.135	0.051
Toplam	-0.394	0.000	-0.283	0.000	-0.330	0.000	-0.445	0.000	-0.114	0.100	-0.123	0.076	-0.183	0.008

r= Spearman Korelasyon Testi

Hastaların “Kısa Semptom Envanteri” ve alt ölçekleri toplam puan ortalamaları ile “Kendini Affetme” ve “Heartland Affetme Ölçeği” toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

Hastaların “Anksiyete” toplam puan ortalaması ile “Başkalarını Affetme” ve “Durumu Affetme”, “Dayanma” alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde düşük düzeyde ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). Hastaların “Depresyon” ile “Dayanma” alt ölçekleri puan ortalamaları arasında da negatif yönde düşük düzeyde ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

4.3.2. Hasta Bireylerin “Heartland Affetme Ölçeği” Puan Ortalamaları ile “Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği” Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 4.4. Hasta Bireylerin Heartland Affetme Ölçeği Puan Ortalamaları ile Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Ölçekler	Kaçınma		Dayanma		RDÖ Toplam	
	r	p	r	p	r	p
HAÖ						
Kendini Affetme	0.33	0.637	0.084	0.229	0.070	0.312
Başkasını Affetme	0.009	0.898	0.158	0.022	0.116	0.094
Durumu Affetme	0.157	0.023	0.167	0.016	0.241	0.000
Toplam	0.99	0.155	0.180	0.009	0.200	0.004

r= Spearman Korelasyon Testi

Hastaların “Kendini Affetme”, “Durumu Affetme” alt ölçek puan ortalamaları ve “Heartland Affetme Ölçeği” toplam puanı ile “Dayanma” alt ölçek puan ortalamaları arasında pozitif yönde düşük düzeyde ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların “Kendini Affetme” alt ölçek toplam puan ortalamaları ile “Dayanma” ve “Kaçınma” alt ölçek toplam puan ortalamaları arasında ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0.05$).

4.4. Hasta Bireylerin Tanıtıcı Bilgilere Göre Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları

Bu bölümde cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, meslek, eğitim durumu, yaşanılan yer, gelir durumu, çocuk sahibi olma durumu, kanser türü, tanı evresi, hastalık tanısı alındığında yaşanan duygular, hastalığın süresi, hastalık ile ilgili destek alma durumu, ruhsal sağlığını değerlendirme durumu, hastalık etkeni, yaşanılan zorluklarla baş etme yöntemleri ve hastalık süresince aile desteği alma durumlarına göre hastaların “Heartland Affetme Ölçeği”, “Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği” ve “Kısa Semptom Envanteri” puan ortalamaları incelenmiştir.

4.4.1. Cinsiyet

Tablo 4.5. Cinsiyete Göre Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	KADIN	ERKEK	İstatistiksel Analiz*
	Ort.± ss.	Ort.± ss.	
HAÖ			
Kendini Affetme	29.65 ± 5.90	30,86±6,12	Z=-1.069 p=0.285
Durumu Affetme	30.22±7.93	32,21 ±8,65	Z=-1.605 p=0.109
Başkasını Affetme	29.10±0.64	31,00 ±6,93	Z=-1.411 P=0.158
Toplam	88.98±15.39	94,07 ±16,80	Z=-1.533 p= 0.125
RDÖ			
Kaçınma	6.32±4.76	6,68±4.73	Z=-0.415 p=0.678
Dayanma	14.30±5.32	14,68±5.98	Z=-0.408 p=0.683
Toplam	20.62±7.01	21,36±7.77	Z=-1.077 p=0.281
KSE			
Anksiyete	1.70 ±0.57	1,50 ± 0,39	Z=-1.773 p= 0.76
Depresyon	2.03 ± 0.69	1.71± 0.64	Z=-2.869 p=0.004
Olumsuz Benlik	1.68 ± 0.54	1,60±0.48	Z=-0.738 p= 0.460
Somatizasyon	1.76 ±0.63	1,49±0.39	Z=-2.519 p=0.012
Hostilite	1.89±0.55	1,81±0.55	Z=-1.031 p= 0.302
Toplam	9.08±2.52	8.12±1.83	Z=-2.191 p=0.28

*Bu analizde Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

Kadın Hastaların “Kısa Semptom Envanteri” toplam puan ortalamaları ile “Depresyon” alt ölçeği puan ortalamalarının erkek hastalardan istatistiksel olarak

anlamli düzeyde yuiksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bununla birlikte, cinsiyete göre ‘‘Rahatsızlığa Dayanma leği’’ ve alt ölçekleri puan ortalamaları, ‘‘Heartland Affetme leği’’ toplam puan ortalamaları, ‘‘Başkasını Affetme’’, ‘‘Durumu Affetme’’, ‘‘Kendini Affetme’’ alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

4.4.2. Yaş

Tablo 4.6. Yaşa Göre Hastaların Heartland Affetme leği, Rahatsızlığa Dayanma leği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	20-39 YAş	40-59 YAş	60 ve uzeri	İstatistiksel Analiz*
	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	
HA				
Kendini Affetme	2,28 ±6.54	29,38±6.00	31,08± 5.39	$X^2 = 2.860$ $p=0.239$
Durumu Affetme	29,43 ±8.61	30,75±7.20	31,37± 9.31	$X^2 = 3.127$ $p=0.209$
Başkasını Affetme	28,56 ±5.41	29,42±6.78	29,32±7.32	$X^2 = 0.051$ $P=0.975$
Toplam	29,78±14.09	89,56±15.18	91,77±2.29	$X^2 = 2.014$ $p= 0.365$
RD				
Kaçınma	7,34±4.66	6,30±4.54	6,03±0.67	$X^2 = 2.335$ $p=0.311$
Dayanma	14,37±5.47	14,42±5.10	14,27±6.09	$X^2 = 0.035$ $p=0.982$
Toplam	21,71±7.24	20,73±6.29	20,30±8.60	$X^2 = 0.659$ $p=0.719$
KSE				
Anksiyete	87,78±0.58	1,66±0.50	1,52±0.57	$X^2 = 14.257$ p= 0.001
Depresyon	1,93±0.78	2.00±0.06	1.75±0.63	$X^2 = 12.590$ p=0.002
Olumsuz Benlik	1,77±0.65	1,66±0.49	1,60±0.55	$X^2 = 1.536$ $p= 0.464$
Somatizasyon	1,85±0.57	1,72±0.60	1,64±0.62	$X^2 = 4.694$ $p=0.096$
Hostilite	2,01±0.54	1,88±0.55	1,80±0.56	$X^2 = 4.501$ $p= 0.105$
Toplam	9.85 ±2.69	8.94 ±2.23	8.33±2.56	$X^2 = 9.854$ p= 0.007

**Bu analizde Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.

Hastaların yaş gruplarına göre tüm ölçeklerin toplam puan ve alt ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde; “Kısa Semptom Envanteri” toplam puan ortalamaları, “Anksiyete” alt ölçeği toplam puan ortalamaları ile “Depresyon” alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu istatistiksel farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı belirlemek amacıyla yapılan ikili analizlerde; 20-39 yaş grubu arasındaki hastaların “Anksiyete” alt ölçek toplam puan ortalamalarının 40-59 yaş grubundaki hastaların toplam puan ortalamalarından yüksek olduğu belirlenmiştir ($Z=-2.394$; $p=0.017$). 20-39 yaş grubu arasındaki hastaların “Kısa Semptom Envanteri” toplam puan ortalamaları ($Z=-2.793$ $p=0.005$), “Anksiyete” alt ölçek toplam puan ortalamaları ($Z=-3.506$; $p=0.00$) ve “Depresyon” alt ölçek toplam puan ortalamalarının ($Z=-3.197$; $p=0.001$) 60 yaş ve üzeri hastalardan yüksek olduğu tespit edilmiştir. 40-59 yaş grubu arasındaki hastaların “Anksiyete” alt ölçek toplam puan ortalamalarının ($Z=-2.375$; $p=0.018$), “Kısa Semptom Envanteri” toplam puan ortalamalarının ($Z=-2.275$; $p=0.023$) ve “Depresyon” alt ölçek toplam puan ortalamalarının ($Z=-2.611$; $p=0.009$) 60 yaş ve üzeri gruptan yüksek olduğu saptanmıştır.

4.4.3. Medeni Durum

Tablo 4.7. Medeni Duruma Göre Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Evli	Boşanmış	Bekar	Dul	İstatistiksel Analiz*
	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	
HAÖ					
Kendini Affetme	29.78±5.85	32.00±6.75	28.16±5.11	30,28±7.13	$X^2 = 3.851$ $p=0.278$
Durumu Affetme	30.98±7.73	30.05±8.12	29.05±8.86	27,00±13.47	$X^2 = 1.338$ $p=0.720$
Başkasını Affetme	29.18±6.43	29.50±7.72	31.22±6.40	31,00±11.03	$X^2 = 3.165$ $p=0.367$
Toplam	89.95±15.52	91.55±14.49	88.44±13.86	88,28±28.55	$X^2 = 0.595$ $p= 0.898$
RDÖ					
Kaçınma	6.54±4.75	5.60±4.05	6.77±5.89	4,00±2.88	$X^2 = 2.526$ $p= 0.471$

Dayanma	14.33±5.49	15.45±5.96	14.33±4.33	12,28±5.25	$X^2 = 2.139$ $p= 0.544$
Toplam	20.88±7.11	21.05±8.10	21.11±4.33	16,28±3.68	$X^2 = 4.278$ $p= 0.233$
KSE					
Anksiyete	1.62±0.48	1.78±0.64	1.81±0.61	1,94±1.20	$X^2 = 2.404$ $p= 0.493$
Depresyon	1.92±0.64	2.13±0.81	2.18±0.82	2,23±1.01	$X^2 = 2.885$ $p= 0.410$
Olumsuz Benlik	1.64±0.47	1.71±0.59	1.77±0.73	1,80±1.10	$X^2 = 0.248$ $p= 0.970$
Somatizasyon	1.71±0.58	1.62±0.50	1.79±0.51	1,90±1.26	$X^2 = 1.615$ $p= 0.656$
Hostilite	1.83±0.49	2.08±0.67	2.12±0.72	1,79±0.85	$X^2 = 4.578$ $p= 0.205$
Toplam	8.73±2.16	9.34±2.70	9.69±2.89	9,69±5.29	$X^2 = 2.308$ $p= 0.511$

*Bu analizde Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.

Hastaların medeni durumlarına göre her üç ölçüm aracı toplam puan ve alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

4.4.4. Eğitim Durumu

Tablo 4.8. Eğitim Durumuna Göre Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları

	İlkokul	Ortaokul	Lise	Ön lisans ve Üstü	İstatistiksel Analiz*
	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	
HAÖ					
Kendini Affetme	29,30 ±6.03	29,20 ±6.14	30,18±5.72	31,90±5.52	$X^2 = 5.294$ $p=0.152$
Durumu Affetme	30,60±8.57	30,70±6.79	31,09±8.06	29,75±7.90	$X^2 = 0.772$ $p=0.856$
Başkasını Affetme	28,36±6.83	28,40±5.56	31,25±7.04	31,43±6.19	$X^2 = 10.447$ $p=0.015$
Toplam	88,27±16.66	88,30±11.83	92,52±16.19	93,09±14.97	$X^2 = 4.832$ $p= 0.184$

RDÖ					
Kaçınma	5,84±4.90	6,83±5.78	6,54±3.97	7,50±4.10	$X^2 = 4.836$ $p= 0.184$
Dayanma	14,80±5.54	14,60±6.24	13,84±4.34	13,53±5.71	$X^2 = 2.568$ $p= 0.463$
Toplam	20,64±7.13	21,43±9.39	20,38±5.79	21,03±6.71	$X^2 = 0.651$ $p= 0.885$
KSE					
Anksiyete	1,66±0.55	1,69±0.49	1,70±0.59	1,61±0.54	$X^2 = 1.539$ $p= 0.673$
Depresyon	1,95±0.70	2,07±0.73	2,02±0.63	1,88±0.74	$X^2 = 2.653$ $p= 0.448$
Olumsuz Benlik	1,71±0.53	1,71±0.46	1,54±0.54	1,63±0.61	$X^2 = 6.296$ $p= 0.098$
Somatizasyon	1,73±0.54	1,70±0.65	1,81±0.77	1,54±0.44	$X^2 = 3.444$ $p= 0.328$
Hostilite	1,83±0.52	1,96±0.64	1,98±0.56	1,80±0.53	$X^2 = 3.222$ $p= 0.359$
Toplam	8.90±2.42	9.16±2.48	9.06±2.48	8.48±2.44	$X^2 = 2.482$ $p= 0.478$

*Bu analizde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Hastaların eğitim durumlarına göre “Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği” ve alt ölçekleri, “Heartland Affetme Ölçeği” toplam puan ortalamaları ve “Kendini Affetme” ve “Başkalarını Affetme” alt ölçek toplam puan ortalamaları, “Kısa Semptom Envanteri” ve alt ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bununla birlikte hastaların eğitim durumlarına göre “Durumu Affetme” alt ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ikili analizlerde; ilkokul mezunu hastaların lise ve ön lisans-lisans üstü mezunu hastalardan düşük olduğu tespit edilmiştir ($Z=-2.541$, $p=0.011$; $Z=-2.181$, $p=0.029$). Ortaokul mezunu olan hastaların “Durumu Affetme” toplamının alt ölçeği toplam puan ortalamalarının da lise mezunu olanlarındakinden düşük olduğu bulunmuştur ($Z=-2.262$, $p=0.024$).

4.4.5. Gelir Durumu

Tablo 4.9. Gelir Durumuna Göre Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları

	Gelir-Gidere Denk	Gelir Giderden Yüksek	Gelir Giderden Düşük	Gider Gelirden Yüksek	İstatistiksel Analiz*
	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	
HAÖ					
Kendini Affetme	29,98±5.37	28,68 ± 6.70	29,86± 6.52	30.35±6.09	$X^2 = 0.229$ p=0.892
Durumu Affetme	30,85± 7.02	27,56± 9.32	30,90 ± 8.84	30.47±9.21	$X^2 = 1.820$ p=0.403
Başkasını Affetme	30,70 ±6.19	29,12 ±5.64	27,57 ±7.25	30.82±6.69	$X^2 = 8.935$ p=0.011
Toplam	91,55 ±13.59	85,37±15.50	88,35± 17.7	91.64±18.13	$X^2 = 3.682$ p= 0.159
RDÖ					
Kaçınma	7,30 ±4.83	7,68 ±3.80	4,64 ± 4.53	7.64±4.03	$X^2 = 16.890$ p= 0.000
Dayanma	14,91 ±4.91	13,25 ±5.10	14,36± 5.80	12.29±6.61	$X^2 = 1.574$ p= 0.455
Toplam	22,22 ±6.50	20,93± 7.08	19.01± 7.42	19.4±8.21	$X^2 = 8.263$ p= 0.016
KSE					
Anksiyete	1.58 ±0.47	1,62 ± 0.53	1,75 ± 0.63	1.76±0.57	$X^2 = 3.242$ p= 0.198
Depresyon	1.88± 0.65	1.92 ±0.84	2.04 ± 0.71	2.24±0.64	$X^2 = 2.524$ p=0.283
Olumsuz Benlik	1,56 ±0.46	1,61 ±0.54	1,77 ± 0.60	1.80±0.54	$X^2 = 5.952$ p= 0.51
Somatizasyon	1,64 ±0.52	1,68± 0.54	1,83 ±0.73	1.67±0.33	$X^2 = 2.818$ p=0.244
Hostilite	1,79 ±0.51	1,95± 0.63	1,98 ±0.59	1.86±0.50	$X^2 = 5.925$ p= 0.052
Toplam	8.48±2.12	8.80±2.80	9.39±2.73	9.35±2.11	$X^2 = 6.779$ p= 0.079

*Bu analizde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Hastaların gelir durumlarına göre “Durumu Affetme” alt ölçeği, “Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği” toplamı ve “Kaçınma” alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ikili analizlerde; gelirleri-gidere denk olan hastaların “Durumu Affetme” alt ölçek toplam puan ortalamalarının ve “Kaçınma” alt ölçek toplam puan ortalamalarının geliri giderden düşük olan hastalardan yüksek olduğu bulunmuştur ($Z=-2.929$, $p=0.003$; $Z=-3.781$ $p=0.001$). Geliri-gidere denk olan hastaların “Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği” toplam puan ortalamaları geliri giderden düşük olan hastalardan yüksek olduğu belirlenmiştir ($Z=-2.882$, $p=0.004$). Ayrıca geliri giderden düşük olan hastaların “Kaçınma” alt ölçek toplam puan ortalamalarının geliri giderden yüksek olan hastalardan düşük olduğu tespit edilmiştir ($Z=-2.809$, $p=0.005$).

4.4.6. Çalışma Durumu

Tablo 4.10. Çalışma Durumuna Göre Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Çalışan	Çalışmayan	İstatistiksel Analiz*
	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	
HAÖ			
Kendini Affetme	30.70±5.58	29.61±6.04	$Z=-1.023$ $p=0.306$
Durumu Affetme	28.36±7.99	31.29±8.00	$Z=-2.244$ $p=0.025$
Başkasını Affetme	30.74±6.58	29.04±6.73	$Z=-1.560$ $p=0.119$
Toplam	89.80±14.91	89.95±16.04	$Z=-0.44$ $p=0.965$
RDÖ			
Kaçınma	6.88±4.01	6.23±4.96	$Z=-1.201$ $p=0.230$
Dayanma	14.04±5.61	14.48±5.39	$Z=-0.635$ $p=0.525$
Toplam	20.92±6.37	20.71±7.38	$Z=-0.115$ $p=0.909$
KSE			
Anksiyete	1.68±0.53	1.66±0.55	$Z=-0.419$ $p=0.675$
Depresyon	1.98±0.70	1.97±0.69	$Z=-0.097$ $p=0.923$

Olumsuz Benlik	1.67±0.58	1.66±0.52	Z=-0.365 p=0.715
Somatizasyon	1.58±0.41	1.76±0.64	Z=-1.284 p= 0.199
Hostilite	1.85±0.56	1.88±0.55	Z=-0.516 p=0.606
Toplam	8.78±2.30	8.95±2.48	Z=-0.326 p=0.744

*Bu analizde Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

Çalışmayan hastaların “Başkasını Affetme” alt ölçek toplam puan ortalamaları çalışan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

4.4.7. Meslek

Tablo 4.11. Mesleğe Göre Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Ev Hamını	Memur- Mühendis	İşçi	Serbest Meslek	İstatistiksel Analiz*
	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	
HAÖ					
Kendini Affetme	28.97±6.13	31.40±5.83	31.50±3.84	29.12±6.28	$X^2 = 4.194$ p=0.241
Durumu Affetme	30.33±8.10	27.31±6.66	26.41±8.41	31.25±9.00	$X^2 = 5.693$ p=0.128
Başkasını Affetme	28.31±6.76	30.22±6.61	29.41±6.02	32.43±6.99	$X^2 = 6.800$ p=0.079
Toplam	87.62±15.87	88.95±13.87	87.33±11.38	92.81±18.60	$X^2 = 2.458$ p=0.483
RDÖ					
Kaçınma	6.01±4.61	7.81±3.47	5.66±4.39	6.5±4.36	$X^2 = 4.888$ p= 0.180
Dayanma	14.54±5.11	12.90±6.30	15.25±3.41	14.68±5.92	$X^2 = 1.732$ p=0.630
Toplam	20.55±7.06	20.72±6.58	20.91±5.28	21.18±7.18	$X^2 = 0.175$ p=0.982
KSE					
Anksiyete	1.75±0.60	1.68±0.58	1.70±0.52	1.65±0.49	$X^2 = 0.300$ p=0.960
Depresyon	2.07±0.70	1.93±0.77	2.18±0.76	1.89±0.55	$X^2 = 2.180$ p=0.536
Olumsuz Benlik	1.72±0.56	1.66±0.69	1.73±0.53	1.64±0.45	$X^2 = 1.728$ p=0.631
Somatizasyon	1.82±0.62	1.55±0.42	1.59±0.35	1.63±0.47	$X^2 = 5.177$ p=0.159

Hostilite	1.95±0.56	1.86±0.62	1.88±0.50	1.83±0.55	$\chi^2 = 1.669$ $p=0.664$
Toplam	9.33±2.61	8.70±2.35	9.10±2.18	8.66±1.98	$\chi^2 = 2.351$ $p=0.503$

*Bu analizde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Hastaların meslek durumlarına göre her üç ölçüm aracı toplam puan ortalamaları ve alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

4.4.8. Yaşanılan yer

Tablo 4.12. Yaşanılan Yere Göre Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	İL	İLÇE	İstatistiksel Analiz*
	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	
HAÖ			
Kendini Affetme	30.03 ±5.80	28.68±6.92	Z= -0.440 p= 0.660
Durumu Affetme	30.80±8.03	29.04±8.42	Z= -1.073 p= 0.283
Başkasını Affetme	29.37±6.68	30.04±7.09	Z= -0.698 p=- 0.485
Toplam	90.21±15.35	87.76±18.57	Z= -0.280 p= 0.780
RDÖ			
Kaçınma	6.31±4.78	6.96±4.59	Z= -0.589 p= 0.556
Dayanma	14.31±5.60	14.80±4.010	Z= -0.012 p= 0.990
Toplam	20.62±7.28	21.76±6.04	Z= 0.583 p=0.560
KSE			
Anksiyete	1.67±0.51	1.64±0.76	Z= -1.074 p= 0.283
Depresyon	1.98±0.69	1.87±0.73	Z= -1.103 p= 0.270
Olumsuz Benlik	1.67±0.51	1.62±0.68	Z= -0.966 p=0.344
Somatizasyon	1.72±0.58	1.68±0.76	Z= -1.007 p= 0.314
Hostilite	1.87±0.54	1.90±0.62	Z= -0.160 p= 0.873
Toplam	8.93±2.32	8.73±3.23	Z= -0.994 p= 0.320

*Bu analizde Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Hastaların yaşadıkları yere göre her üç ölçüm aracı toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

4.4.9. Çocuk Sahibi Olma Durumu

Tablo 4.13. Çocuk sahibi Olma Durumuna Göre Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	VAR	YOK	İstatistiksel Analiz*
	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	
HAÖ			
Kendini Affetme	29.86±5.93	30.00±6.18	Z= -0.167 p= 0.868
Durumu Affetme	30.68±7.95	29.71±9.33	Z= -0.481 p= 0.631
Başkasını Affetme	29.37±6.71	30.14±6.95	Z= -0.487 p= 0.627
Toplam	89.92±15.76	89.85±15.98	Z= -0.199 p= 0.842
RDÖ			
Kaçınma	6.45±4.73	5.76±4.95	Z= -0.713 p= 0.476
Dayanma	14.44±5.53	13.76±4.54	Z= -0.699 p= 0.484
Toplam	20.90±7.16	19.52±6.99	Z= -1.390 p= 0.165
KSE			
Anksiyete	1.65±0.54	1.77±0.60	Z= -0.902 p= 0.367
Depresyon	1.95±0.67	2.15±0.82	Z= -1.051 p= 0.293
Olumsuz Benlik	1.66±0.52	1.69±0.67	Z= -0.441 p= 0.659
Somatizasyon	1.72±0.61	1.70±0.51	Z= -0.351 p= 0.726
Hostilite	1.87±0.53	1.98±0.70	Z= -0.376 p= 0.707
Toplam	8.86±2.39	9.31±2.83	Z= -0.633 p= 0.527

*Bu analizde Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Hastaların çocuk sahibi olma durumlarına göre her üç ölçüm aracı toplam puan ve alt ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.4.10. Kanser Türü

Tablo 4.14. Kanser Türüne Göre Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları

	Meme-Jinekolojik Kanserler	Diğer	İstatistiksel Analiz*
	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	
HAÖ			
Kendini Affetme	29.97±6.03	30.14±5.79	Z= -0.173 p= 0.86
Durumu Affetme	29.88±7.93	32.07±8.24	Z= -1.432 p=0.152
Başkasını Affetme	28.95±6.66	30.49±6.78	Z= -2.001 p=0.045
Toplam	88.58±15.44	92.71±16.12	Z= -1.530 p=0.126
RDÖ			
Kaçınma	6.43±4.65	6.28±4.98	Z= -0.273 p=0.786
Dayanma	14.34±5.29	14.44±5.76	Z= -0.131 p=0.896
Toplam	20.78±6.86	20.73±7.74	Z= -0.131 p=0.896
KSE			
Anksiyete	1.70±0.57	1.58±0.49	Z= -1.477 p=0.140
Depresyon	2.03±0.68	1.85±0.70	Z= -2.112 p=0.035
Olumsuz Benlik	1.69±0.54	1.62±0.51	Z= -0.980 p=0.327
Somatizasyon	1.74±0.57	1.66±0.66	Z= -.428 p=0.153
Hostilite	1.91±0.55	1.81±0.55	Z= -1.303 p=0.192
Toplam	9.08±2.46	8.54±2.35	Z= -1.729 p=0.084

*Bu analizde Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Meme-jinekolojik kanser tanıları hastaların “Başkasını Affetme” alt ölçek puan ortalamalarının diğer (akciğer, mide, prostat, karaciğer kanserleri vb.) tanıları hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir (p<0.05). “Depresyon” alt ölçek toplam puan ortalamalarının da istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05).

4.4.11. Tanı Evresi

Tablo 4.15. Tanı Evresine Göre Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	1.EVRE	2.EVRE	3.EVRE	4.EVRE	İstatistiksel Analiz*
	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	
HAÖ					
Kendini Affetme	30.12±7.15	30.32±5.53	28.96±5.60	30.09±6.16	$X^2 = 2.873$ $p=0.412$
Durumu Affetme	29.12±6.78	32.20±8.31	28.92±7.97	30.90±8.13	$X^2 = 6.346$ $p=0.096$
Başkasını Affetme	29.06±6.16	28.84±6.74	28.72±6.72	30.26±6.82	$X^2 = 2.548$ $p=0.467$
Toplam	88.31±13.63	91.36±15.84	86.60±16.20	91.26±15.72	$X^2 = 3.748$ $p= 0.290$
RDÖ					
Kaçınma	5.43±3.28	6.74±4.75	6.11±4.25	6.51±5.24	$X^2 = 0.826$ $p= 0.843$
Dayanma	13.68±6.01	14.86±5.03	13.72±6.03	14.59±5.23	$X^2 = 1.390$ $p= 0.708$
Toplam	19.12±5.81	21.60±7.12	19.84±7.24	21.10±7.31	$X^2 = 2.147$ $p= 0.543$
KSE					
Anksiyete	10.47.65±	1.59±0.45	1.78±0.69	1.64±0.51	$X^2 = 1.200$ $p= 0.753$
Depresyon	1.95±0.57	1.90±0.60	2.13±0.75	1.92±0.71	$X^2 = 3.315$ $p=0.346$
Olumsuz Benlik	1.50±0.40	1.63±0.50	1.78±0.64	1.64±0.49	$X^2 = 3.210$ $p= 0.360$
Somatizasyon	1.61±0.48	1.60±0.46	1.85±0.78	1.72±0.56	$X^2 = 2.858$ $p=0.414$
Hostilite	1.87±0.52	1.78±0.48	1.97±0.55	1.88±0.60	$X^2 = 3.253$ $p= 0.354$
Toplam	8.60±1.98	8.53±2.00	9.53±2.89	8.82±2.41	$X^2 = 3.578$ $p= 0.311$

*Bu analizde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Hastaların tanı evresine göre her üç ölçek toplam ve alt ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

4.4.12. Hastalık Tanısı Alındığında Yaşanan Duygular

Tablo 4.16. Hastalık Tanısı Alındığında Yaşanan Duygulara Göre Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Bir Şey Düşünmedim Hissetmedim	Kabullendim	Şok/İnkar	Aşırı Stres Üzüntü Yaşadım	Gelecek Kaygısı	Korku	Diğer	İstatistiksel Analiz*
	Ort. ±Ss	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	
HAÖ								
Kendini Affetme	30.36 ±5.30	31.92 ±5.40	30.33 ±10.55	28.32 ±5.74	27.66 ±1.15	27.75 ±3.50	30.00±6.85	$X^2 = 15.60$ $p=0.016$
Durumu Affetme	31.29±9.45	32.38 ±7.76	28.44 ±6.71	29.06 ±7.66	26.33 ±1.52	33.50 ±7.18	31.72±7.24	$X^2 = 10.44$ $p=0.107$
Başkasını Affetme	30.08 ±7.55	29.68 ±6.56	31.88 ±5.55	28.40 ±6.31	34.33 ±4.72	34.75±1.50	28.00±7.96	$X^2 = 9.973$ $p=0.126$
Toplam	91.74 ±16.84	94.00 ±14.98	90.66 ±18.49	85.78 ±14.83	88.33 ±3.78	96.00±6.58	89.72±18.71	$X^2 = 10.86$ $p=0.093$
RDÖ								
Kaçınma	7.08. ±5.46	6.03±4.23	6.44 ±5.81	6.10 ±4.35	10.66 ±9.45	5.25 ±3.59	6.45 ±5.24	$X^2 = 2.47$ $p=0.871$
Dayanma	15.23. ±4.76	14.57 ±5.08	14.44 ±5.85	13.87 ±5.69	14.66 ±4.93	17.50±1.91	12.09±8.04	$X^2 = 4.792$ $p=0.571$
Toplam	22.31. ±6.22	20.61 ±6.58	20.88 ±8.50	19.97 ±7.23	25.33 ±9.71	22.75±3.30	18.54±11.17	$X^2 = 4.997$ $p=0.544$
KSE								
Anksiyete	1.48 ±0.43	1.55 ±0.45	1.56 ±0.39	1.89±0.64	1.10±0.088	1.63 ±0.18	1.57±0.42	$X^2 = 24.367$ $p=0.000$
Depresyon	1.75 ±0.69	1.78 ±0.55	2.00 ±0.87	2.27±0.67	1.36±0.12	2.12 ±0.78	1.78±0.61	$X^2 = 31.08$ $p=0.000$
Olumsuz Benlik	1.54±0.42	1.62±0.52	1.68 ±0.39	1.79±0.62	1.33±0.22	1.56 ±0.41	1.58±0.41	$X^2 = 7.55$ $p=0.273$
Somatizasyon	1.61 ±0.54	1.65±0.68	1.86±0.64	1.82±0.61	1.37±0.39	1.63 ±0.18	1.76±0.48	$X^2 = 9.021$ $p=0.172$
Hostilite	1.74 ±0.49	1.77±0.56	1.87±0.45	2.02±0.57	1.57±0.28	2.35 ±1.04	1.92±0.27	$X^2 = 13.96$ $p=0.030$
Toplam	8.13 ±2.12	8.39±2.19	8.99±2.41	9.81±2.65	6.73±0.54	9.31±1.99	8.62±1.72	$X^2 = 23.48$ $p=0.001$

*Bu analizde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Hastalık tanısı alındığında yaşanan duygulara göre hastaların “Kendini Affetme”, “Anksiyete”, “Depresyon”, “Hostilite” ve “Kısa Semptom Envanteri” toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ($p < 0.05$). Bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ikili analizlerde; “Bir şey düşünmedim hissetmedim” şeklinde ifade eden hastaların “Anksiyete” ($Z = -3.747$, $p = 0.000$), “Depresyon” ($Z = -4.447$, $p = 0.000$), “Hostilite” ($Z = -2.883$, $p = 0.004$) ve “Kısa Semptom Envanteri” ($Z = -3.915$, $p = 0.000$) toplam puan ortalamaları “Aşırı stres üzüntü yaşadım” diyen hastalardan düşüktür. “Aşırı stres üzüntü yaşadım” diyen hastaların “Anksiyete” ($Z = -3.116$, $p = 0.002$), “Depresyon” ($Z = -4.277$, $p = 0.000$), “Hostilite” ($Z = -2.593$, $p = 0.010$) ve “Kısa Semptom Envanteri” toplam puan ortalamaları “Kabullendim” diyen hastalardan düşüktür. “Aşırı stres üzüntü yaşadım” diyen hastaların “Kendini Affetme” ($Z = -3.497$, $p = 0.000$) toplam puan ortalamaları “Kabullendim” diyen hastalardan, “Depresyon” ($Z = -2.084$, $p = 0.037$) toplam puan ortalamaları ise “Diğer” diyen hastalardan yüksek bulunmuştur. “Aşırı stres üzüntü yaşadım” diyen hastaların “Anksiyete” ($Z = -2.675$, $p = 0.007$), “Depresyon” ($Z = -2.541$, $p = 0.011$) ve “Kısa Semptom Envanteri” ($Z = -2.342$, $p = 0.019$) toplam puan ortalamaları “Gelecek Kaygısı” ifade eden hastalardan yüksektir. “Korku” yaşadığını ifade eden hastalarında “Anksiyete” ($Z = -2.141$, $p = 0.032$) toplam puan ortalaması “Gelecek kaygısı” ifade eden hastalardan yüksek olarak tespit edilmiştir.

4.4.13. Hastalığın Süresi

Tablo 4.17. Hastalığın Süresine Göre Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	0-6 Ay	7-12 Ay	13-24 Ay	24 Ay ve Üzeri	İstatistiksel Analiz*
	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	
HAÖ					
Kendini Affetme	30.27±5.78	29.65±5.56	29.59±6.01	29.70±6.34	$\chi^2 = 0.786$ $p = 0.853$
Durumu Affetme	29.69±7.86	30.51±5.76	31.04±9.00	31.32±8.63	$\chi^2 = 2.738$ $p = 0.434$

Başkasını Affetme	29.00±6.04	28.96±5.52	30.80±7.03	29.29±7.68	$X^2 = 2.903$ $p=0.407$
Toplam	88.97±14.11	89.13±13.08	91.45±17.37	90.32±17.59	$X^2 = 1.669$ $p=0.644$
RDÖ					
Kaçınma	7.15±3.98	5.6±4.88	5.85±4.68	6.07±5.47	$X^2 = 4.039$ $p=0.257$
Dayanma	13.73±5.56	14.86±4.28	14.92±5.43	14.50±5.78	$X^2 = 1.971$ $p=0.578$
Toplam	20.88±6.16	20.82±6.78	20.78±7.58	20.58±8.12	$X^2 = 0.328$ $p=0.955$
KSE					
Anksiyete	1.60±0.49	1.77±0.52	1.70±0.53	1.67±0.62	$X^2 = 3.048$ $p=0.384$
Depresyon	1.92±0.66	1.96±0.69	2.00±0.67	2.01±0.75	$X^2 = 0.548$ $p=0.908$
Olumsuz Benlik	1.60±0.51	1.77±0.53	1.59±0.47	1.73±0.59	$X^2 = 4.949$ $p=0.176$
Somatizasyon	1.57±0.45	1.81±0.79	1.77±0.60	1.79±0.63	$X^2 = 4.668$ $p=0.198$
Hostilite	1.81±0.55	1.99±0.49	1.80±0.46	1.95±0.62	$X^2 = 4.795$ $p=0.187$
Toplam	8.52±2.25	9.32±2.34	8.88±2.24	9.17±2.76	$X^2 = 3.665$ $p=0.30$

*Bu analizde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Hastalığın süresine göre her üç ölçüm aracı toplam ve alt ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

4.4.14. Hastalıkla İlgili Destek Alma Durumu

Tablo 4.18. Hastalıkla İlgili Destek Alma Durumuna Göre Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Destek Almadım	Bilgilendirme Desteği Aldım	Psikolojik Destek Aldım	İstatistiksel Analiz*
	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	
HAÖ				
Kendini Affetme	30.34±5.50	29.90±7.27	26.96±6.75	$X^2 = 5.242$ $p=0.073$

Durumu Affetme	30.78±8.08	31.40±8.18	28.69±8.05	$X^2 = 1.809$ $p=0.405$
Başkasını Affetme	29.80±6.53	31.63±5.41	25.46±7.53	$X^2 = 9.871$ $p=0.007$
Toplam	90.93±14.90	92.95±18.00	81.11±16.53	$X^2 = 8.353$ $p=0.015$
RDÖ				
Kaçınma	6.51±4.91	6.22±4.75	5.76±3.73	$X^2 = 0.363$ $p=0.834$
Dayanma	14.63±5.55	13.13±5.39	13.84±4.67	$X^2 = 2.105$ $p=0.349$
Toplam	21.14±7.19	19.36±8.24	19.61±5.67	$X^2 = 2.247$ $p=0.325$
KSE				
Anksiyete	1.65±0.52	1.52±0.40	1.89±0.74	$X^2 = 4.396$ $p=0.111$
Depresyon	1.94±0.68	1.85±0.57	2.26±0.82	$X^2 = 3.991$ $p=0.136$
Olumsuz Benlik	1.65±0.53	1.65±0.34	1.75±0.67	$X^2 = 0.852$ $p=0.653$
Somatizasyon	1.67±0.51	1.71±0.88	1.96±0.79	$X^2 = 3.803$ $p=0.149$
Hostilite	1.87±0.55	1.79±0.38	2.02±0.69	$X^2 = 0.937$ $p=0.626$
Toplam	8.80±2.30	8.54±2.03	9.89±3.26	$X^2 = 3.396$ $p=0.183$

*Bu analizde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Hastaların hastalıkla ilgili destek alma durumuna göre “Heartland Affetme Ölçeği” toplam puan ve “Durumu Affetme” alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). “Destek almadım” diyen hastaların “Durumu Affetme” ve “Heartland Affetme Ölçeği” toplamı puan ortalamaları “Psikolojik destek aldım” diyen hastalardan yüksektir ($Z=-2.727$, $p=0.006$ $Z=-2.697$, $p=0.007$). “Bilgilendirme desteği aldım” diyen hastaların “Durumu Affetme” ve “Heartland Affetme Ölçeği” toplam puan ortalamaları “Psikolojik destek aldım” diyen hastalardan yüksek tespit edilmiştir ($Z=-2.987$, $p=0.003$; $Z=-2.434$, $p=0.015$).

4.4.15. Ruhsal Sağlığı Değerlendirme Durumu

Tablo 4.19. Ruhsal Sağlığını Değerlendirme Durumuna Göre Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	İyi	Orta	Kötü	İstatistiksel Analiz*
	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	
HAÖ				
Kendini Affetme	30.89±5.69	28.78 ±5.65	24.44±7.74	$X^2 = 10.258$ p= 0.006
Durumu Affetme	30.95±8.34	30.38 ±7.21	27.22±10.89	$X^2 = 1.708$ p= 0.426
Başkasını Affetme	30.39±6.87	28.32±5.71	25.33±9.59	$X^2 = 8.165$ p=0.017
Toplam	92.24±15.49	87.49±13.85	77.00±24.70	$X^2 = 9.096$ p=0.011
RDÖ				
Kaçınma	6.16±4.78	7.01±4.72	4.44±4.12	$X^2 = 3.512$ p=0.173
Dayanma	15.29±5.09	12.86±5.66	13.77±5.97	$X^2 = 9.187$ p=0.010
Toplam	21.46±6.90	19.87±7.63	18.22±5.40	$X^2 = 3.997$ p=0.136
KSE				
Anksiyete	1.57±0.49	1.70±0.43	2.68±0.98	$X^2 = 18.275$ p=0.000
Depresyon	1.78±0.63	2.15±0.53	3.25±0.94	$X^2 = 33.739$ p=0.000
Olumsuz Benlik	1.57±0.48	1.72±0.46	2.51±0.94	$X^2 = 16.887$ p=0.000
Somatizasyon	1.58±0.50	1.86±0.60	2.40±1.04	$X^2 = 20.398$ p=0.000
Hostilite	1.77±0.52	1.95±0.49	2.84±0.55	$X^2 = 24.528$ p=0.000
Toplam	8.28±2.13	9.39±1.91	13.71±3.95	$X^2 = 32.351$ p=0.000

*Bu analizde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Ruhsal sağlığı değerlendirme durumlarına göre hastaların her üç ölçüm aracı toplam ve alt ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (p<0.05).

Ruhsal sağlığını iyi olarak değerlendiren hastaların;

1. “Kendini Affetme” alt ölçeği ($Z=-2.326$, $p= 0.020$) ve “Heartand Affetme Ölçeği” ($Z=-2.069$, $p= 0.039$) toplam puan ortalamaları kötü olarak değerlendiren hastalardan yüksektir.
2. “Anksiyete” ($Z=-3.492$, $p= 0.001$), “Depresyon” ($Z=-3.880$, $p= 0.001$), “Olumsuz Benlik” ($Z=-3.141$, $p= 0.002$), “Hostilite” ($Z=-4.126$, $p= 0.001$), “Somatizasyon” ($Z=-3.003$, $p= 0.003$) alt ölçek toplam puan ortalamaları ve “Kısa Semptom Envanteri” ($Z=-4.031$; $p=0.000$) toplam puan ortalamaları kötü olarak değerlendiren hastalardan düşük bulunmuştur.
3. “Kendini Affetme” ($Z=-2.464$, $p=0.014$), “Durumu Affetme” ($Z=-2.571$, $p=0.010$), “Heartland Affetme Ölçeği” toplam ($Z=-2353$, $p= 0.019$) puan ortalamaları orta olarak ifade eden hastalardan yüksek olarak tespit edilmiştir.
4. “Anksiyete” ($Z=-2.605$, $p=0.009$), “Depresyon” ($Z=-4.617$, $p=0.001$), “Olumsuz Benlik” ($Z=-2.813$, $p=0.005$), “Somatizasyon” ($Z=-3.760$, $p=0.001$), “Hostilite” ($Z=-2.918$, $p=0.004$) alt ölçek puan ortalamaları ve “Kısa Semptom Envanteri” ($Z=-4.277$; $p=0.000$) toplam puan ortalamaları orta olarak değerlendiren hastalardan düşük bulunmuştur.
5. “Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği” alt ölçek puan ortalamaları orta olarak ifade eden hastalardan yüksek olduğu tespit edilmiştir ($Z=-3.005$, $p=0.003$).

Ruhsal sağlığını kötü olarak değerlendiren hastaların “Anksiyete” ($Z=-3.187$, $p=0.001$), “Depresyon” ($Z=-3.165$, $p=0.002$), “Olumsuz Benlik” ($Z=-2.795$, $p=0.005$), “Hostilite” ($Z=-3.729$, $p=0.001$) alt ölçek puan ortalamaları ve “Kısa Semptom Envanteri” ($Z=-3.427$; $p=0.001$) toplam puan ortalamalarının orta olarak değerlendiren hastalardan yüksek olduğu bulunmuştur.

4.4.16. Yaşadığı Zorluklarla Baş Etme Yöntemi

Tablo 4.20. Yaşadığı Zorluklarla Baş Etme Yöntemine Göre Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Manevi Destek	Psikolojik Destek	Arkadaş Aile Yakını İle Konuşma	Egzersiz	Diğer	İstatistiksel Analiz*
	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	
HAÖ						
Kendini Affetme	31.54±4.53	24.40±6.22	28.89±5.97	31.00±6.21	29.78±6.73	$X^2 = 11.346$ $p=0.023$
Durumu Affetme	33.03±6.68	23.60±9.93	29.62±8.29	34.50±3.87	29.63±8.57	$X^2 = 10.297$ $p=0.036$
Başkasını Affetme	30.90±5.48	24.80±6.72	28.83±6.91	32.75±7.80	28.91±7.36	$X^2 = 6.026$ $p=0.197$
Toplam	95.48±11.48	72.80±9.33	87.35±16.38	98.25±13.32	88.33±17.31	$X^2 = 18.854$ $p=0.001$
RDÖ						
Kaçınma	6.98±4.95	6.20±4.54	6.09±4.95	8.00±1.82	6.06±4.46	$X^2 = 1.989$ $p=0.738$
Dayanma	14.50±5.08	9.60±4.21	13.70±5.47	18.25±5.67	15.25±5.57	$X^2 = 7.999$ $p=0.092$
Toplam	21.48±6.56	15.80±4.96	19.79±7.37	26.25±7.27	21.31±7.34	$X^2 = 6.651$ $p=0.156$
KSE						
Anksiyete	10.36.51±0.36	1.98±0.69	1.68±0.51	1.55±0.33	1.78±0.70	$X^2 = 4.916$ $p=0.296$
Depresyon	1.80±0.61	2.46±0.87	1.98±0.63	1.64±0.45	2.11±0.81	$X^2 = 7.920$ $p=0.095$
Olumsuz Benlik	1.52±0.39	1.80±0.58	1.70±0.57	1.47±0.38	1.76±0.60	$X^2 = 6.056$ $p=0.195$
Somatizasyon	1.51±0.39	2.24±0.82	1.87±0.63	1.25±0.18	1.71±0.66	$X^2 = 20.047$ $p=0.000$
Hostilite	1.67±0.42	2.00±0.69	1.91±0.57	1.78±0.35	2.04±0.60	$X^2 = 12.604$ $p=0.013$
Toplam	8.04±1.66	10.49±3.47	9.17±2.36	7.71±1.07	9.42±2.90	$X^2 = 11.810$ $p=0.019$

*Bu analizde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Yaşanılan zorluklarla baş etme yöntemine göre hastaların “Kendini Affetme”, “Başkalarını Affetme”, “Heartland Affetme Ölçeği”, “Somatizasyon” ve “Hostilite” alt ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla ikili analizler yapılmıştır.

Manevi destek alan hastaların;

1. “Kendini Affetme” ($Z = -2.614$, $p = 0.009$), “Başkalarını Affetme” alt ölçeği ($Z = -2.287$, $p = 0.022$), “Heartland Affetme Ölçeği” ($Z = -3.307$, $p = 0.001$) toplam puan ortalamaları psikolojik destek alan hastalardan yüksek olduğu, “Somatizasyon” ($Z = -1.980$, $p = 0.048$) alt ölçek toplam puan ortalamalarının ise düşük olduğu tespit edilmiştir.
2. “Kendini Affetme” ($Z = -2.771$, $p = 0.006$), “Başkalarını Affetme” alt ölçeği ($Z = -2.386$, $p = 0.017$), “Heartland Affetme Ölçeği” ($Z = -3.177$, $p = 0.001$) toplam puan ortalamaları arkadaş/aile yakını ile konuşan hastalardan yüksek olduğu, “Kısa Semptom Envanteri” toplam puan ortalamalarının ($Z = -2.809$, $p = 0.05$), “Hostilite” ($Z = -2.397$, $p = 0.017$) ve “Somatizasyon” ($Z = -3.177$, $p = 0.001$) alt ölçek toplam puan ortalamalarının ise düşük olduğu tespit edilmiştir.
3. “Başkalarını Affetme” alt ölçeği ($Z = -2.155$, $p = 0.031$) ve “Heartland Affetme Ölçeği” ($Z = -2.455$, $p = 0.014$) toplam puan ortalamalarının diğer (alışveriş yapma, örgü, temizlik yapma vb) diyen hastalardan yüksek olduğu; “Hostilite” ($Z = -3.496$, $p = 0.001$) alt ölçek toplam puan ortalaması ve “Kısa Semptom Envanteri” ($Z = -2.714$, $p = 0.007$) toplam puan ortalamalarının ise düşük olduğu bulunmuştur.

Psikolojik destek alan hastaların (Ruhsal hastalık tanısı almamış hastalar) “Heartland Affetme Ölçeği” toplam puan ortalamalarının spor yapan ($Z = -2.084$, $p = 0.037$) ve diğeri ($Z = -2.242$, $p = 0.025$) ifade eden hastalardan düşüktür. Arkadaş/ aile yakını ile konuşmayı tercih eden hastaların “Kısa Semptom Envanteri” alt ölçek toplam puan ortalamaları spor yapman ($Z = -2.381$, $p = 0.017$) ve diğeri ($Z = -2.050$, $p = 0.040$) tercih eden hastalardan yüksek olduğu bulunmuştur.

4.4.17. Hastalık Etkenini Değerlendirme Durumu

Tablo 4.21. Hastalık Etkenini Değerlendirme Durumuna Göre Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları

	Stres - Üzüntü	Genetik	Sedanter Yaşam	Fiziksel- Çevresel Etkenler	Kader	Bilmiyorum	İstatistiksel Analiz*
	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	
HAÖ							
Kendini Affetme	29.05±6.4 4	30.33±5.01	30.50±5.26	32.73±4.49	31.29±5.08	29.56±6.19	$X^2 = 7.073$ $p=0.215$
Durumu Affetme	29.97±7.7 5	30.58±8.09	30.50±8.98	30.00± 11.09	34.47±6.96	30.83±7.37	$X^2 = 4.670$ $p=0.457$
Başkasını Affetme	28.71±6.8 2	31.25±6.26	30.31±7.59	33.00±4.14	28.00±6.79	28.90±6.62	$X^2 = 8.894$ $p=0.113$
Toplam	87.73± 16.00	92.16± 13.55	91.31± 17.73	95.73± 15.14	93.76± 12.90	89.30± 16.46	$X^2 = 4.902$ $p=0.428$
RDÖ							
Kaçınma	6.35±4.75	6.75±4.86	5.77±4.53	6.93±3.57	5.88±4.87	6.70±5.15	$X^2 = 0.964$ $p=0.965$
Dayanma	14.65±5.7 0	14.00±5.23	13.63±4.40	13.53±4.06	16.00±6.24	13.80±5.61	$X^2 = 3.352$ $p=0.646$
Toplam	21.00±6.9 5	20.75±7.78	19.40±6.47	20.46±4.80	21.88±7.47	20.50±8.75	$X^2 = 1.767$ $p=0.880$
KSE							
Anksiyete	1.75±0.60	1.65±0.53	1.53±0.53	1.60±0.50	1.59±0.41	1.56±0.44	$X^2 = 4.861$ $p=0.433$
Depresyon	2.10±0.74	1.94±0.61	1.79±0.71	1.66±0.48	1.96±0.49	1.85±0.69	$X^2 = 9.443$ $p=0.093$
Olumsuz Benlik	1.75±0.58	1.61±0.47	1.57±0.56	1.49±0.51	1.71±0.55	1.56±0.37	$X^2 = 6.193$ $p=0.288$
Somatizasyon	1.74±0.59	1.73±0.56	1.52±0.48	1.45±0.30	1.64±0.50	1.94±0.82	$X^2 = 8.264$ $p=0.142$
Hostilite	2.00±0.60	1.75±0.58	1.71±0.50	1.72±0.39	1.97±0.57	1.72±0.34	$X^2 = 10.469$ $p=0.063$
Toplam	9.35±2.64	8.70±2.25	8.14±2.40	7.93±1.79	8.89±1.91	8.65±2.22	$X^2 = 9.225$ $p=0.100$

*Bu analizde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Hastaların hastalık etkenini değerlendirme durumuna göre her üç ölçüm aracının toplam puan ve alt ölçekler toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

4.4.18. Hastalık Süresince Aile Desteği Alma Durumu

Tablo 4.22. Hastalık Süresince Aile Desteği Alma Durumuna Göre Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları

	Yeterli Düzeyde Destek Gördüm	Orta Düzeyde Destek Gördüm	Destek Görmedim	İstatistiksel Analiz*
	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	Ort. ± ss.	
HAÖ				
Kendini Affetme	30.24±6.06	29.20±4.68	25.77±7.01	$X^2 = 4.288$ $p = 0.117$
Durumu Affetme	30.59±8.44	29.71±6.47	33.88±6.58	$X^2 = 2.473$ $p = 0.290$
Başkasını Affetme	29.57±6.93	29.11±6.09	28.44±5.47	$X^2 = 0.917$ $p = 0.632$
Toplam	90.42±16.58	88.02±12.05	88.11±12.90	$X^2 = 1.370$ $p = 0.504$
RDÖ				
Kaçınma	6.35±4.63	6.17±5.09	7.88±5.79	$X^2 = 0.731$ $p = 0.694$
Dayanma	14.31±5.42	14.40±5.16	15.33±7.01	$X^2 = 0.199$ $p = 0.905$
Toplam	20.67±7.17	20.57±6.46	23.22±9.31	$X^2 = 0.945$ $p = 0.624$
KSE				
Anksiyete	1.63±0.56	1.75±0.50	1.88±0.42	$X^2 = 5.732$ $p = 0.057$
Depresyon	1.94±0.70	2.03±0.57	2.38±0.88	$X^2 = 3.677$ $p = 0.159$
Olumsuz Benlik	1.61±0.55	1.87±0.41	1.81±0.48	$X^2 = 15.665$ $p = 0.000$
Somatizasyon	1.70±0.61	1.70±0.51	1.96±0.79	$X^2 = 0.790$ $p = 0.674$
Hostilite	1.86±0.57	1.92±0.43	2.07±0.69	$X^2 = 2.456$ $p = 0.293$
Toplam	8.76±2.48	9.29±1.98	10.13±2.94	$X^2 = 5.341$ $p = 0.069$

*Bu analizde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Hastalık süresinde aile desteği alma durumuna göre hastaların “Olumsuz Benlik” alt ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu farklılığının hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla yapılan ikili analizlerde yeterli destek gördüğünü ifade eden hastaların “Olumsuz Benlik” alt ölçek toplam puan ortalamaları orta düzeyde destek gördüğünü ifade eden hastalardan düşük olduğu tespit edilmiştir ($Z=-3.829$, $p=0.001$).



5. TARTIŞMA

Bu bölümde kanserli hastalarda affetme, rahatsızlığa dayanma düzeyleri ve psikiyatrik belirtilerin incelenmesi ve ölçekler arasındaki ilişkinin ve sosyo-demografik özelliklere göre ölçek puan ortalamaları arasında fark olup olmadığının değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

5.1. Hastaların Heartland Affetme Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri Toplam Puanlarının Tartışılması

Hastaların affetme düzeylerinin yüksek olduğu, orta düzeyde rahatsızlığa dayanma toleranslarına sahip oldukları ve psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkma düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur. Bulguları destekleyici yönde Beirne ve arkadaşlarının (2020) affetme ve kronik ağrının ilişkisini gözden geçirdikleri çalışmalarında düşük affetme düzeyine sahip hastaların rahatsızlığa toleranslarının da düşük olduğunu saptamışlardır (104). Kim ve arkadaşlarının (2020) kanserli bireylerde affetme ve sağlık sonuçlarının ilişkisini inceledikleri çalışmada başkalarını affetme düzeyi yüksek hastalarda düşük psikiyatrik belirtiler gözlemlendiğini tespit etmişlerdir (105). Bulgular doğrultusunda affetme düzeyinin yüksek olmasıyla bireylerin hastalığa neden bulmada olumlu yönelim gösterdiği düşünülmektedir. Dolayısıyla da bu durumun psikiyatrik belirtileri daha az deneyimlemelerini ve rahatsızlığa toleranslarının artmasını sağladığı düşünülebilir.

5.2. Affetme, Kısa Semptom ve Rahatsızlığa Dayanma Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Araştırma sonuçlarına göre hastaların psikiyatrik belirtilerden, anksiyete ve depresyon düzeyleri arttıkça affetme ve kendilerini affetme düzeyleri azaldığı veya affetme, kendini affetme düzeyleri arttıkça depresyon ve anksiyete belirtilerinin azaldığı tespit edilmiştir. Bulguları destekleyici yönde Friedman ve arkadaşları (2010) çalışmasında, yüksek kendini affetme düzeyine sahip kişilerin azalan depresyon semptomlarına sahip oldukları belirtilmiştir (106).

Hastalarda strese bağlı psikolojik sıkıntılar ortaya çıktıkça bireyin affetme ve kendini affetme düzeyinin azaldığı veya kendini affetme ve affetme düzeyi arttıkça psikiyatrik belirti görülme oranının azaldığı bulunmuştur. Kanser hastası bireylerin ruhsal iyilik halinin araştırıldığı çalışmalarda da etkili baş etme örüntülerine sahip

olmayan bireylerin kendilerini affetme eğilimlerinin düşük olduğu saptanmıştır (107,108).

Bireylerin olumsuz benlik algısı arttıkça affetme, kendini ve durumu affetme eğilimleri azalmaktadır. Öyle ki hastalık ve kemoterapinin yan etkileriyle yaşanan fonksiyon kayıpları, fiziksel görünümdeki değişim ve rollerini yerine getirememesiyle; öz-benliklerine karşı olumsuz duygular oluştururlar. Bireylerin kendilerine yönlendirdikleri bu olumsuz duygularında affetme eğilimlerinin düşmesine neden olabileceği düşünülebilir.

5.3. Affetme, Rahatsızlığa Dayanma ve Psikiyatrik Belirtilerin Tanıtıcı Özelliklerle Karşılaştırılması

Araştırma sonuçlarına göre; kadın hastaların kısa semptom envanteri toplam puanları ve depresyon puanları, erkek hastalardan yüksektir. Bu bulgu stres kaynaklı psikolojik sorunların ve depresyonun cinsiyete göre farklı olabileceğini göstermesi açısından önemlidir. Bu durumda kadınlar, erkeklere göre daha fazla strese bağlı psikolojik sıkıntı yaşamakta ve depresyon deneyimlemektedir. Cohee ve arkadaşları tarafından (2020) depresyon sonuçlarının belirleyicilerinin incelendiği araştırmada; kanser tanısı almış kadın hastalardaki depresyon oranının yüksek olduğu belirlenmiştir (109). Götze ve arkadaşları (2020) kanser tanısı almış hastaları 5-10 yıllık süreçte inceledikleri araştırmada da bulgularımıza paralel olarak kadınlarda erkeklere göre daha yüksek depresyon-anksiyete bildirilmiştir (110). Literatürde genel olarak bulgularımızı destekleyici yönde kadınlarda depresyon ve strese bağlı psikolojik sıkıntı yaşamının yüksek olduğu belirtilmektedir (111–113). Kadınlara atfedilen toplumsal yüklerin (anne olma, evi idare etme, yuvayı kurma vb.) depresyon yaşama ihtimal ve sıklığını artırdığı düşünülebilir.

Yaş gruplarına göre; 20-39 yaş grubu ve 40-59 yaş grubunun kısa semptom, anksiyete ve depresyon puanları 60 yaş ve üzeri hastaların puanlarından yüksektir. Yaş gruplarında 20-39 yaş grubunun da anksiyete puanı 40-59 yaş grubundan yüksektir. Bulgularımızı destekleyici yönde Hinz ve arkadaşları (2019) kanser hastalarında depresyon-anksiyetenin yaş ve cinsiyet farklılıklarını genel popülasyonla karşılaştırdıkları araştırmada; genç yaş grubunda (18-61 yaş) yüksek düzeyde anksiyete- depresyon saptamışlardır (114). Bu çalışma sonucuna paralel olarak; Geue

ve arkadaşları (2019) genç yetişkin hastalarda anksiyete ve depresyonu inceledikleri çalışmalarında genç yaşta (yaş ort. 29.6) depresyon -anksiyete belirtilerinin yüksek olduğunu belirlemişlerdir (115). Yaş guruplarında 20-39 yaş ve 40-59 yaş grubu aralığında; bireyler yakın ilişkiler kurma, benliğin en önemli işlevlerinde üretme, yaratma ve sevgiyle bağlanma döneminde dirler. Bu doğrultuda; bireylerin kanser tanısı alma yaşamdan beklediklerini henüz gerçekleştiremediklerini düşünmeleri sebebiyle de depresyon, anksiyete ve strese bağlı ruhsal sorunların ortaya çıkmasına neden olduğu düşünülebilir.

Hastaların medeni durumlarına göre rahatsızlığa dayanma, affetme, kısa semptom puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Buna karşın dul hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve rahatsızlıktan kaçınmaları evli, boşanmış ve bekar hastalardan yüksektir. Ayrıca eşlerinden boşanmış hastaların diğerlerine göre başkalarını affetmeleri düşüktür. Bulgumuzun aksine Tejada ve arkadaşlarının (2017) kolorektal kanser hastalarında anksiyete ve depresyon değişiklikleri arasındaki ilişkinin inceledikleri çalışmada bekar olan hastalarda depresyon-anksiyetenin anlamlı şekilde yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır (116). Bulgularımız doğrultusunda Hildur ve arkadaşlarının (2013) eşini kaybetmiş kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada; eşini kaybetmiş hastaların depresyon, anksiyete ve olumsuz fiziksel semptomlarının diğer hasta grubuna göre yüksek olduğunu belirlemişlerdir (117). Eşlerini kaybetmeleriyle birlikte bireylerin destek sistemlerinin azalması yaşanan semptomların yüksek çıkmasına neden olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca; eş kaybıyla birlikte meydana gelen yalnızlıkla başkalarına karşı olumsuz duygular üretme eğilimi nedeniyle başkalarını affetmesinin etkilendiği düşünülebilir.

Eğitim durumlarına göre lise eğitimine sahip olanların durumu affetmelerinin ilkokul ve ortaokul eğitimine sahip; ön lisans ve lisans üstü eğitim düzeyine sahip olanların da durumu affetmelerinin ortaokul eğitim düzeyine sahip olan hastalardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Olga ve arkadaşları (2020); kanser hastaları ile yürüttükleri çalışmalarında yüksek ve mesleki eğitim almış kanser hastalarının affetme ihtiyaçlarının orta ve düşük eğitim almış hastalara göre yüksek olduğunu ifade etmişlerdir (118). Linder ve arkadaşlarının (2018) özofagus ve gastroözofageal bağlantı kanserinde hasta eğitim düzeyi tedaviye uyum ve prognozu değerlendirdikleri

çalışmada yüksek eğitim düzeyine sahip hastaların durumu kabul etmelerinin ve tedaviye uyumlarının yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır (119). Öyle ki eğitim düzeyindeki artışın; yıkıcı durumu değerlendirmede ve belirsizliği ortadan kaldırmak için doğru bilgiye ulaşma ve profesyonel yardıma başvurmada artış sağlayabileceği ve farkındalıklarının artmasıyla da durumu affetme eğilimlerinin arttığı düşünülmektedir.

Gelir durumlarına göre geliri-gidere denk olanların durumu affetme ve rahatsızlıktan kaçınma puanları geliri-giderden düşük olan hastalardan yüksektir. Ayrıca geliri-gidere denk olan hastaların rahatsızlığa dayanma puanları geliri-giderden yüksek olanlardan düşüktür. Literatürde de bulgularımızı destekleyici yönde bireylerin ekonomik sorunlarının hastalığı olumsuz algılama, ruhsal iyilik halinin olumsuz etkilenmesi ve düşük yaşam kalitesine neden olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (120–122). Geliri yüksek olan bireylerin; durumdan gördükleri zararı değerlendirme, telafi edebilecekleri imkanlara ulaşabilmede daha fazla ekonomik olanağa sahip olmalarından dolayı durumu affetmelerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Buna bağlı olarak da rahatsızlıktan kaçınma ve rahatsızlığa dayanmalarının yüksek olduğu da düşünülmektedir.

Bulgularımız doğrultusunda; çalışmayan hastaların başkalarını affetmeleri çalışan hastalardan yüksektir. Çalışmamanın; iş stresi, yönetici ve çalışma arkadaşları ile olan olumsuz ilişkilerden uzak kalma avantajını sağlamasıyla bireylerin başkaları tarafından maruz kaldıkları kötü muamelede olumsuz duygularını, olumlu duygulara çevirmede daha fazla eğilimli oldukları düşünülebilir.

Meme-jinekolojik kanser tanıları hastalarda başkasını affetme düzeylerinin diğer (akciğer, mide, prostat, karaciğer vb.) tanıları hastalara göre düşük olduğu belirlenmiş, depresyon oranının ise yüksek olduğu saptanmıştır. Alan yazında da bulgularımızı destekleyen, kanser tanıları kadın hastalardaki depresyon oranının yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (123–127). Bulguları destekleyici yönde kanser hastalarında eşler arasında psikolojik rahatsızlık belirleyicileri olarak fonksiyonel bozukluk, evlilik kalitesi ve hastanın psikolojik sıkıntılarının araştırıldığı çalışmada, kadın hastaların eşleriyle sıkıntılı/kötü iletişimleri nedeniyle onlarla barışmadıkları, bunun da daha fazla psikiyatrik belirti yaşamalarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır (128). Kadın hastaların hastalığın bir başkası nedeniyle başına geldiğini düşünmesi ve o

kişiyeye karşı öfke, kin gibi duygular yaşaması nedeniyle başkalarını affetme düzeyinin düşük olduğu düşünülmektedir.

Araştırma sonuçlarında hastalık tanısı alındığında yaşanan duygulara göre “Kabullendim” diyen hastaların kendini affetme ve affetme düzeyleri “Aşırı stres üzüntü yaşadım” diyen hastalardan yüksektir. Ayrıca “Aşırı stres üzüntü yaşadım” diyenlerinde anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, hostilite, somatizasyon ve strese bağlı psikolojik sıkıntı bulguları “kabullendim” diyen hastalardan yüksektir. Ek olarak “Kabullendim” diyen hastaların kendini affetme düzeyleri “Diğer” diyen hastaların puanlarından yüksektir. Bu bulgular doğrultusunda; hastaların hastalık tanısına uyum sağlamaları, durumu kabullenmeleri, olumsuz duygularını ortadan kaldırıp, olumlu duyguya dönüştürmeye istekli olma yönünde avantajlı hale getirerek; kendilerini affetme, affetme düzeylerinin yüksek; depresyon-anksiyete bulgularının ise düşük olmasını sağladığı düşünülebilir. Ayrıca “Aşırı stres üzüntü yaşadım” diyen hastaların durumu affetme düzeyleri, depresyon ve anksiyete belirtileri “Diğer” diyen hastalardan yüksektir. “Diğer” diyenlerinde strese bağlı psikolojik sıkıntı semptomlarının “Aşırı stres üzüntü yaşadım” diyenlerden yüksektir. Bireyin varoluşu tehdit edici hastalık tanısı almaya karşı verilen aşırı stres tepkisi durumla ilgili olumsuz duygularını deneyimlemesine ve olaya karşı daha kolay olumlu duygular meydana getirmesini sağlayabilir ancak bu belirsizliğe verilen uyumsuz tepkileriyle de depresyon-anksiyete belirtilerinin daha yüksek çıktığı düşünülmektedir.

Bireylerin hastalıkla ilgili destek alma durumuna göre “Destek almadım” diyen hastaların ve “Bilgilendirme desteği aldım” diyen hastaların affetme ve durumu affetme düzeyleri “Psikolojik destek aldım” diyen hastalardan yüksektir. Bulgumuzun aksine literatürde sosyal destek almanın hastalığın olumsuz etkilerine uyum sağlamada etkili olduğu bulunmuştur (129,130). Bu bulgular doğrultusunda; hastalık tanısı ve tedavi sürecine uyum sağlayan bireylerin affetme ve durumu affetme düzeylerinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Araştırma sonuçlarına göre ruh sağlığını iyi olarak değerlendiren hastaların kötü olarak değerlendiren hastalara göre affetme, kendini affetme düzeyleri yüksek; anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, hostilite, somatizasyon ve strese bağlı ortaya çıkan psikolojik sıkıntıların ortaya çıkma düzeyleri düşüktür. Ayrıca ruhsal sağlığını kötü olarak değerlendiren hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, hostilite,

somatizasyon ve strese bağlı ortaya çıkan psikolojik sıkıntılarının ortaya çıkma düzeyinin orta olarak değerlendiren hastalara göre yüksek bulunmuştur. Ek olarak ruhsal sağlığını iyi olarak değerlendiren hastaların orta olarak değerlendirenlere göre affetme, kendini ve durumu affetme ve rahatsızlığa dayanma düzeyleri yüksek; anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, hostilite, somatizasyon ve strese bağlı ortaya çıkan psikolojik sıkıntılarının ortaya çıkma düzeyleri düştük bulunmuştur. Bulgular doğrultusunda bireylerin ruhsal sağlığını iyi algılamasının; kendilerine karşı merhametle, sevgiyle ve cömertçe davranmalarına; kendilerini affetmelerine ve affetme düzeylerinin fazla olmasında etkili olduğu dştnlmektedir. Ayrıca bireylerin ruhsal durumlarını orta veya kötü algılamalarının strese bağlı ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasına neden olabileceğini dştndrmektedir.

Hastaların yaşıadığı zorluklarla baş etme yöntemine göre manevi destek aldığını ifade eden hastaların affetme, kendini ve başkasını affetme düzeyleri psikolojik destek alan ve arkadaş/aile yakını ile konuşanlardan yüksektir. Ayrıca manevi destek alanların somatizasyon belirtileri psikolojik destek alanlardan; hostilite, somatizasyon ve strese bağlı psikolojik sıkıntı belirtileri arkadaş/aile ile konuşanlardan düştük bulunmuştur. Manevi destek alan hastaların başkalarını affetme ve affetme düzeyleri diğer cevabı veren hastalardan yüksek, hostilite ve strese bağlı psikolojik belirtilerinin ise düştük düzeyde bulunmuştur. Arkadaş/ aile yakını ile konuşan hastaların strese bağlı psikolojik belirtilerinin spor yapan ve diğeri tercih eden hastalardan yüksektir. Rikikiene ve arkadaşlarının (2020) kanser hastalarının manevi ihtiyaçlarını belirledikleri araştırmalarında; affetme düzeylerinin hastaların manevi ihtiyaçlarının karşılanmasıyla orta düzeyde ilişkili olduğunu saptamışlardır (118). Ng ve arkadaşlarının (2017) kanserli hastalarda depresyon-anksiyete belirtilerinde spiritüel/manevi başa çıkmayı inceledikleri araştırmalarında olumsuz ve düştük manevi baş etmenin depresyon-anksiyete belirtileri ve psikolojik rahatsızlık durumunu arttırdığını vurgulamışlardır (131). Literatürde genel olarak bulgularımızı destekleyici yönde manevi/spiritüel baş etme ile bireylerin hastalığa uyumlarını olumlu yönde etkilediği şeklinde ortaya koyulmuştur (132,133). Bulgular doğrultusunda manevi destek alan hastaların; kendilerine ve hastalık durumuna karşı, öfke, intikam vb. kötü duygularla baş ederek; empatiyle olumlu duygular geliştirme ve strese karşı verilen

tepkilere uyum sağlayarak anksiyete-depresyon semptomlarının daha az görülmesine katkı sağladığı düşünülmektedir.

Araştırma sonuçlarına göre hastalık süresince aile desteği almada; orta düzeyde destek gördüğünü ifade eden hastaların olumsuz benlik algılarının yeterli düzeyde destek görenlerinkinden yüksektir. “Kısa Semptom Envanteri” maddelerinde “*kendini değersiz görme, değersizlik hissi, insanların sizi sevmediği kötü davrandığına inanmak*” gibi ifadelerle karşılaşılmaktadır. Bu ifade puanlarını yüksek puanlayan bireylerinde olumsuz benlik saygısına sahip olacağı düşünülmektedir (134). Kramer ve arkadaşları (2010) kanser hastalarında aile çatışmaları ve yordayıcılarını araştırdıkları çalışmada da; aile çatışmalarının hastalarda olumsuz fiziksel ve psikolojik semptomları artırdığını ortaya koymuştur (135). Bireylerin varoluşlarını tehdit eden bir hastalık tanısı almaları aile içindeki algıladıkları destek düzeyinin az olması bireylerin kendileriyle ilgili olumsuz duygulara yönelttiği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Kanserli hastalarda affetme, rahatsızlığa dayanma düzeyleri ve psikiyatrik belirtilerinin incelenmesi, ölçekler arasındaki ilişkinin ve sosyo-demografik özelliklere göre ölçek puan ortalamaları arasında fark olup olmadığının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Araştırmaya katılan kanser hastalarının affetme düzeylerinin yüksek olduğu, orta düzeyde rahatsızlığa dayanma toleranslarına sahip oldukları ve psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkma düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur.
2. Psikiyatrik belirtilerden, anksiyete ve depresyon düzeyleri arttıkça affetme ve kendilerini affetme düzeylerinin azaldığı veya affetme, kendini affetme düzeyleri arttıkça depresyon ve anksiyete belirtilerinin azaldığı tespit edilmiştir. Hastalarda strese bağlı psikolojik sıkıntılar ortaya çıktıkça bireyin affetme ve kendini affetme düzeyinin azaldığı veya kendini affetme ve affetme düzeyi arttıkça psikiyatrik belirti görülme oranının azaldığı bulunmuştur.
3. Kadın hastaların strese bağlı psikolojik sıkıntı ve depresyon düzeyi erkek hastalardan yüksek bulunmuştur.
4. Kanser hastalarında genç yaş grubunda (20-39 yaş ve 40-59 yaş) strese bağlı ruhsal rahatsızlık ortaya çıkma düzeyi, depresyon ve anksiyete düzeyi orta ve yaşlı gruba göre (60 yaş ve üzeri) yüksek olduğu bulunmuştur.
5. Medeni durum, meslek, yaşanılan yer, çocuk sahibi olma, tanı evresi, hastalık süresi ve hastalık etkenini değerlendirmede rahatsızlığa dayanma, affetme ve kısa semptom puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.
6. Kanserli hastalarda eğitim düzeyi arttıkça durumu affetme düzeylerinin arttığı bulunmuştur.
7. Hastaların gelir durumları arttıkça durumu affetme düzeyleri ve rahatsızlığa toleranslarının arttığı bulunmuştur.

8. Çalışmayan hastaların başkalarını affetme düzeyleri çalışan hastalardan yüksek bulunmuştur.
9. Meme-jinekolojik kanser tanılı hastaların başkasını affetme düzeylerinin diğer (akciğer, mide, prostat, karaciğer vb.) tanılı hastalara göre düşük olduğu belirlenmiştir. Depresyon oranının ise yüksek olduğu bulunmuştur.
10. Hastalık durumunu kabullenen hastaların affetme ve kendini affetme düzeylerinin yüksek, depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, hostilite, somatizasyon ve strese bağlı psikolojik belirtilerin gözlemlenmesinin düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca aşırı stres üzüntü yaşadığını ifade eden hastalarında durumu affetme, depresyon, anksiyete ve strese bağlı psikolojik sıkıntıların gözlemlenme düzeyi yüksek bulunmuştur.
11. Hastalıkla ilgili destek almadığını ifade eden hastaların affetme ve durumu affetme düzeyleri yüksek bulunmuştur.
12. Ruh sağlığını iyi olarak değerlendiren hastaların affetme, kendini affetme ve rahatsızlığa dayanma düzeylerinin yüksek; anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, hostilite, somatizasyon ve strese bağlı ortaya çıkan psikolojik belirtilerin ortaya çıkma düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca ruhsal sağlığını kötü olarak değerlendiren hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, hostilite, somatizasyon ve strese bağlı ortaya çıkan psikolojik belirtilerin ortaya çıkma düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur.
13. Yaşadığı zorluklarla baş etmede manevi destek aldığını ifade eden hastaların affetme, kendini ve başkalarını affetme düzeylerinin yüksek, somatizasyon, hostilite ve strese bağlı psikolojik sıkıntı belirtilerinin düşük olduğu saptanmıştır.
14. Hastalık süresince aile desteği alma durumunda; orta düzeyde destek gördüğünü ifade eden hastaların olumsuz benlik algılarının yüksek olduğu bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Araştırmanın sonucunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Sağlık bakım hizmeti veren kurumlarda, kanser tanısı alan bireylerde affetmenin ele alındığı eğitim programları hazırlanarak hem hastaların hem de sağlık personelinin farkındalıkları artırılmalıdır.
2. Affetme, rahatsızlığa dayanma düzeyleri ve psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkiyi etkileyen faktörlerin belirlenmesi için çok merkezli ileri düzey çalışmaların yapılması önerilmektedir.
3. Kendini affetme, durumu ve başkalarını affetme; rahatsızlığa dayanma gücünü artırma ve psikiyatrik semptomların azalmasında etkili olabilmektedir. Bu nedenle affetme eğitiminin uygulanarak etkilerinin değerlendirildiği çalışmaların planlanması önerilmektedir.

7.KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO). WHO. Cancer - Data and statistics <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/data-and-statistics> (Erişim Tarihi:7.11.2020)
2. TÜİK. Ölüm Nedenleri İstatistikleri.(2018). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626>. (ErişimTarihi:7 Kasım2020).
3. Armay, Z., Özkan, M., Kocaman, N., Özkan, S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeği'nin Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10(4).
4. Bostancı Daştan, N., Buzlu, S. (2010). Meme Kanseri Hastalarında Maneviyatın Etkileri Ve Manevi Bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*,3(1).
5. Lipowski, Z. J. (1981). Liaison psychiatry, liaison nursing, and behavioral medicine. *Comprehensive Psychiatry*.;22(6):554–61.
6. Güleç, G., Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar/Cancer and Psychiatric Disorders. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*;3(2), 343-67.
7. Ng, C. G., Zainal, N. Z. (2014). Prevalence of Depression in Cancer Patients: A Review on the Comparison Between Different Regions. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 23(2), 90-113.
8. Tokgöz, G., Yaluğ, İ., Özdemir, S., Yazıcı, A., Uygun, K., Aker, T. (2008). Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 59-66.
9. Morrison EJ, Novotny PJ, Sloan JA, Yang P, Patten CA, Ruddy KJ, Clark MM. (2017).Emotional Problems, Quality of Life, and Symptom Burden in Patients With Lung Cancer. *Clinical Lung Cancer*;18(5):497–503.
10. Nipp RD, El-Jawahri A, Fishbein JN, Eusebio J, Stagl JM, Gallagher ER, Park ER, Jackson VA, Pirl WF, Greer JA, Temel JS.(2016). The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer.*American Cancer Society*;122(13):2110–6.
11. Beser, N., Öz, F. (2003). Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. *CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1), 47-58.
12. Schmidt, N. B., Richey, J. A., Fitzpatrick, K. K. (2006). Discomfort intolerance: Development of a construct and measure relevant to panic disorder. *Journal of anxiety disorders*, 20(3), 263-280.
13. Özdel, K., Alkar, Ö. Y., Taymur, İ., Türkçapar, M. H., Zamkı, E., Sargın, A. E. (2012). Rahatsızlığa dayanma ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1 (1), 52-58.
14. Aydın, M. (2018). Genç yetişkinlerde rahatsızlığa dayanma ve rahatsızlıktan kaçınma ile öznel iyi oluş arasındaki ilişkinin incelenmesi. *V. Yıldız Uluslararası Sosyal Bilimler Kongresi*, 13-14.

15. Silva RS, Caldeira S, Coelho AN, Apóstolo JLA.(2020). Forgiveness facilitation in palliative care: a scoping review. *JBIEvid Synth*;15(10):2469–79.
16. Exline JJ, Prince-Paul M, Root BL, Peereboom KS, Worthington EL. Forgiveness, Depressive Symptoms, and Communication at the End of Life: A Study with Family Members of Hospice Patients. *Journal Of Palliative Medicine*;15(10):1113–9.
17. Enright RD. (1996). Counseling within the forgiveness triad: On forgiving, receiving forgiveness, and self-forgiveness. *Couns Values*;40(2):107–26.
18. Enright, R. D. (1991). The moral development of forgiveness. *Handbook of moral behavior and development, 1*, 123-152.
19. Sutton, G. W. (2016). Forgiveness therapy: An empirical guide for resolving anger and restoring hope. *Journal of Psychology and Christianity*, 35(4), 368.
20. Stackhouse, M. R., Ross, R. J., Boon, S. D. (2016). The devil in the details: Individual differences in unforgiveness and health correlates. *Personality and Individual Differences*, 94, 337-341.
21. Asıcı, E., Uygur, S. S. (2017). Duygusal Öz-Yeterlik ve Affetmenin Algılanan Stres Düzeyini Yordayıcı Rolü. *Itobiad: Journal of the Human & Social Science Researches*, 6(3).
22. Dashtipour M, Vahedi H, Taher M. The Comparison of Personality Traits, Forgiveness, and Resilience between the Patients with Cancer and Healthy Persons. *International Journal of Health Studies*;4(3):27–30.
23. Tae, YS, Youn, SJ. (2006). Effects of a Forgiveness Nursing Intervention Program on Hope and Quality of life in Woman Cancer Patients. *Asian Oncology Nursing*;6(2):111–20.
24. Recine AC. Designing Forgiveness Interventions. (2015). *Journal of Holistic Nursing*;33(2):161–7.
25. Toussaint L, Barry M, Bornfriend L, Markman M. (2014). Restore: The Journey Toward Self-Forgiveness: A Randomized Trial of Patient Education on Self-Forgiveness in Cancer Patients and Caregivers. *Journal of Health Care Chaplaincy*.20(2):54–74.
26. Courneya KS, Friedenreich CM, Sela RA, Quinney HA, Rhodes RE, Jones LW. Exercise motivation and adherence in cancer survivors after participation in a randomized controlled trial: An attribution theory perspective (2004). *International Journal of Behavioral Medicine*.11, 8–17.
27. Weiner, B. (2001). Intrapersonal and interpersonal theories of motivation from an attribution perspective. In *Student motivation* (pp. 17-30). Springer, Boston, MA.
28. World Health Organization (WHO). Cancer (2018). Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. Erişim Tarihi: 6 Kasım2020.

29. World Health Organization(WHO).(2020).The Global Cancer Observatory. Turkey. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf>.ErişimTarihi:7 Kasım 2020.
30. Blackadar CB.(2016). Historical review of the causes of cancer. *World Journal of Clinical Oncology*. 7(1).54–86.
31. Das, S., Kundu, M., Jena, B. C., & Mandal, M. (2020). Causes of cancer: physical, chemical, biological carcinogens, and viruses. In *Biomaterials for 3D Tumor Modeling* (pp. 607-641).
32. Baykara, O. (2016). Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 154-165.
33. Citrin, D. E. (2017). Recent developments in radiotherapy. *New England journal of medicine*, 377(11), 1065-1075.
34. Baskar, R., Lee, K. A., Yeo, R., & Yeoh, K. W. (2012). Cancer and radiation therapy: current advances and future directions. *International journal of medical sciences*, 9(3), 193.
35. Dönmez, A. A. (2018). The Most Apparent Aspect of Chemotherapy: Alopecia: Is It Possible to Prevent It. *SDU Journal of Health Science Institute/SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(2).
36. Semiz, D. (2018). *Meme kanserinde kemoterapi semptom yönetimi-öz etkililik ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği* (Master's thesis, Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
37. Kayl, A. E., Meyers, C. A. (2006). Side-effects of chemotherapy and quality of life in ovarian and breast cancer patients. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 18(1), 24-28.
38. Carelle, N., Piotto, E., Bellanger, A., Germanaud, J., Thuillier, A., Khayat, D. (2002). Changing patient perceptions of the side effects of cancer chemotherapy. *Cancer*, 95(1), 155-163.
39. Beaver, C. C., & Magnan, M. A. (2016). Managing chemotherapy side effects: Achieving reliable and equitable outcomes. *Clinical journal of oncology nursing*, 20(6).
40. Lavdaniti, M. (2015). Assessment of symptoms in cancer patients undergoing chemotherapy in Northern Greece. *Materia socio-medica*, 27(4), 255.
41. Taha, S., Matheson, K., Cronin, T., & Anisman, H. (2014). Intolerance of uncertainty, appraisals, coping, and anxiety: The case of the 2009 H 1 N 1 pandemic. *British journal of health psychology*, 19(3), 592-605.
42. İnci, F., Öz, F. (2012). Palyatif Bakım ve Ölüm Kaygısı. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2).
43. Bahrami M.(2011). Meanings and aspects of Quality of Life for cancer patients: A descriptive exploratory qualitative study. *Journal Of Contemporary Nurse*. 39(1):75–84.
44. Westman, B., Bergenmar, M., Andersson, L. (2006). Life, illness and death—existential reflections of a Swedish sample of patients who have undergone curative treatment for breast or prostatic cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 10(3), 169-176.
45. Gençöz F. (1998).Uyum Psikolojisi. *Kriz Dergisi*. 6 (2):1–8.

46. Brandão, T., Schulz, M. S., Matos, P. M. (2017). Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Psycho-oncology*, 26(7), 917-926.
47. Hallac S, Öz F. Existential Anxiety in Diagnostic Process of Genital Cancer. (2011). *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*. 3(4):595.
48. Chad-Friedman, E., Coleman, S., Traeger, L. N., Pirl, W. F., Goldman, R., Atlas, S. J., & Park, E. R. (2017). Psychological distress associated with cancer screening: a systematic review. *Cancer*, 123(20), 3882-3894.
49. Smith, H. R. (2015). Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment. *Oncology letters*, 9(4), 1509-1514.
50. Stark DPH, House A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer*. Nature Publishing Group.83;1261-7.
51. Bag, B. (2014). Kanser Hastalarında Depresyon/Depression in Cancer Patients. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 6(2), 186.
52. Pasquini, M., Biondi, M. (2007). Depression in cancer patients: a critical review. *Clinical Practice and epidemiology in mental health*, 3(1), 2.
53. Pitman A, Suleman S, Hyde N, Hodgkiss A.(2018). Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ*. 361.
54. Öz F.Hastalık Yaşantısında Belirsizlik Türk Psikiyatri Dergisi .(2001)*Türk Psikiyatri Dergisi*;12(1):61-8.
55. Simons, J. S., Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, 29(2), 83-102.
56. Akçay G. Kanser Hastalarında Kişilik Yapısı, Anksiyete Düzeyi Ve Rahatsızlığa Dayanma Gücü Arasındaki İlişki. Üskidar Üniversitesi; 2019.
57. Sargın, A. E., Özdel, K., Utku, Ç., Kuru, E., Alkar, Ö. Y., Türkçapar, M. H. (2012). Sıkıntıya dayanma ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması.
58. Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152.
59. Sütçügil L, Nur A, Yurdakul N, Hakan M. (2017). Üniversite Öğrencilerinde Ertelemeciliğin Rahatsızlığa Dayanıksızlıkla İlişkinin İncelenmesi. *JCBPR*. 6(3):123-32.
60. Schmidt NB, Richey JA, Cromer KR, Buckner JD. (2007). Discomfort Intolerance: Evaluation of a Potential Risk Factor for Anxiety Psychopathology. 247-55.
61. Enright RD, Fitzgibbons RP. (2004). Helping clients forgive: An empirical guide for resolving anger and restoring hope. Helping clients forgive: An empirical guide for resolving anger and restoring hope. American Psychological Association.
62. Walker DF, Gorsuch RL. (2002). Forgiveness within the Big Five personality model. *Pers Individ Dif*;32(7):1127-37.

63. Bugay A, Demir A. (2012) Affetme Arttırılabilir mi? *Affetmeyi Geliştirme Grubu .Türk Psikolojik Danışma ve Rehabilitasyon Dergisi*.4(37):96-106.
64. Aydın, F. T. (2017). Pozitif bir karakter gücü olarak affedicilik. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 5(1), 1-22.
65. Enright, RObert D. NJ.(1998). Exploring forgiveness University of Wisconsin Press.
66. Ayten A. Affedicilik ve din: affetme eğilimi ve dindarlıkla ilişkisi üzerine ampirik bir araştırma. (2009). *MÜ İlahiyat Fakültesi Dergisi*.37(2):111–28
67. Khırızad By. Ööas. (2016). Transpersonel Psikolojide Affetmek. (Yayınlanmış Doktora Tezi): Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Din Psikolojisi Bilim Dalı.
68. Worthington, E. L., Scherer, M. (2004). Forgiveness is an emotion-focused coping strategy that can reduce health risks and promote health resilience: Theory, review, and hypotheses. *Psychology & Health*, 19(3), 385-405.
69. Friesen, M. D., Fletcher, G. J. (2007). Exploring the lay representation of forgiveness: Convergent and discriminant validity. *Personal Relationships*, 14(2), 209-223.
70. McCullough, M. E., Pargament, K. I., & Thoresen, C. E. (Eds.). (2000). *Forgiveness: Theory, research, and practice*. Guilford Press
71. Freedman, S. (1998). Forgiveness and reconciliation: The importance of understanding how they differ. *Counseling and Values*, 42(3), 200-216.
72. Bauer, L., Duffy, J., Fountain, E., Halling, S., Holzer, M., Jones, E., Rowe, J. O. (1992). Exploring self-forgiveness. *Journal of Religion and Health*, 31(2), 149-160.
73. Bugay, A., Demir, A. (2010). A Turkish version of heartland forgiveness scale. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1927-1931.
74. Hall, J. H., Fincham, F. D. (2005). Self-forgiveness: The stepchild of forgiveness research. *Journal of social and clinical psychology*, 24(5), 621-637.
75. McCullough, M. E., Rachal, K. C., Sandage, S. J., Worthington Jr, E. L., Brown, S. W., Hight, T. L. (1998). Interpersonal forgiving in close relationships: II. Theoretical elaboration and measurement. *Journal of personality and social psychology*, 75(6), 1586.
76. Bugay, A., Demir, A. (2011). Hataya İlişkin Özelliklerin Başkalarını Affetmeyi Yordaması. *Turkish Psychological Counseling & Guidance Journal*, 4(35).
77. Thompson, L. Y., Snyder, C. R., Hoffman, L., Michael, S. T., Rasmussen, H. N., Billings, L. S., Roberts, D. E. (2005). Dispositional forgiveness of self, others, and situations. *Journal of personality*, 73(2), 313-360.
78. Worthington Jr, E. L. (1998). The pyramid model of forgiveness: Some interdisciplinary speculations about unforgiveness and the promotion of forgiveness. *Dimensions of forgiveness: Psychological research and theological perspectives*, 107-137.

79. Worthington Jr, E. L., Wade, N. G. (1999). The psychology of unforgiveness and forgiveness and implications for clinical practice. *Journal of Social and clinical psychology, 18*(4), 385-418.
80. Goldman, D. B., Wade, N. G. (2012). Comparison of forgiveness and anger-reduction group treatments: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research, 22*(5), 604-620.
81. Worthington, E. L. (2001). *Five steps to forgiveness: The art and science of forgiving*. Crown.
82. Hargrave, T. D., Sells, J. N. (1997). The development of a forgiveness scale. *Journal of Marital and Family Therapy, 23*(1), 41-62.
83. Sells, J. N., Hargrave, T. D. (1998). Forgiveness: A review of the theoretical and empirical literature. *Journal of Family Therapy, 20*(1), 21-36.
84. Arrieta, Ó., Angulo, L. P., Núñez-Valencia, C., Dorantes-Gallareta, Y., Macedo, E. O., Martínez-López, D., & Oñate-Ocaña, L. F. (2013). Association of depression and anxiety on quality of life, treatment adherence, and prognosis in patients with advanced non-small cell lung cancer. *Annals of surgical oncology, 20*(6), 1941-1948.
85. Lim, C. C., Devi, M. K., Ang, E. (2011). Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 9*(3), 215-235.
86. Kocaman N. (2005). Genel Hastane Uygulamasında Psikososyal Bakım Ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.9*(1):49–54.
87. Demirarslan E.(2016). Kanser Hastaları İçin Psikososyal Destek Hizmetleri: Olgu sunumu. *Sağlık Akademisi Kastamonu;1*(1):71–71.
88. Sharrock, J., Happell, B. (2000). The psychiatric consultation-liaison nurse: Towards articulating a model for practice. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing, 9*(1), 19-28.
89. Remmers, H., Holtgräwe, M., Pinkert, C. (2010). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: a qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing, 14*(1), 11-16.
90. Yıldırım, S., Gürkan, A. Psikososyal Açıdan Kanser Ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 26*(1), 87-98.
91. Gurevich, M., Devins, G. M., Rodin, G. M. (2002). Stress response syndromes and cancer: conceptual and assessment issues. *Psychosomatics, 43*(4), 259-281.
92. Tambağ, H., Kaykunoğlu, M. (2017). Kanser Hastalarında Yaşanan Anksiyeteyi Ele Almada Konsültasyon Liyazon Psikiyatri Hemşiresinin Rollerini. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Hemşireliği-Özel Konular, 3*(1), 27-31.

93. Van Laarhoven, H. W., Schilderman, J., Verhagen, C. A., & Prins, J. B. (2012). Comparison of attitudes of guilt and forgiveness in cancer patients without evidence of disease and advanced cancer patients in a palliative care setting. *Cancer nursing*, 35(6), 483-492.
94. Kaneko, M., Yamauchi, N., Yasuda, T., Igita, H., & Kawano, Y. (2013). Requirements with Regard to Nursing Consultation by Mental Health Consultation Liaison Nurses and Suggestions for their Intervention. *J Nurs Care S*, 5, 2167-1168.
95. Valdes-Stauber, J., Vietz, E., & Kilian, R. (2013). The impact of clinical conditions and social factors on the psychological distress of cancer patients: an explorative study at a consultation and liaison service in a rural general hospital. *BMC psychiatry*, 13(1), 226.
96. Reed, G. L., & Enright, R. D. (2006). The effects of forgiveness therapy on depression, anxiety, and posttraumatic stress for women after spousal emotional abuse. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(5), 920.
97. Salz, T., Oeffinger, K. C., McCabe, M. S., Layne, T. M., & Bach, P. B. (2012). Survivorship care plans in research and practice. *CA: a cancer journal for clinicians*, 62(2), 101-117.
98. İnci, F., Öz, F. (2012). Palyatif Bakım ve Ölüm Kaygısı. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 4(2).
99. İnci, F., Öz, F. (2009). Effects of death education on nurses' death anxiety, depression regarding death, and attitudes towards the dying patient.
100. Bugay, A., Demir, A., Delevi, R. (2012). Assessment of reliability and validity of the Turkish version of Heartland Forgiveness Scale. *Psychological reports*, 111(2), 575-584.
101. Sahin, N. H., Durak, B. A., Uğurtaş, S. (2002). The validity, reliability and factor structure of the Brief Symptom Inventory (BSI). *Türk psikiyatri dergisi/Turkish journal of psychiatry*, 13(2), 125.
102. Sahin, N. H., Batigün, A. D., Uğurtaş, S. (2002). Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımın Geçerlik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*.
103. Hayran M., Hayran M. *Sağlık Araştırmaları İçin Temel İstatistik*. 1. Baskı, Omega Araş. Ankara; 2001: 137-367.
104. O'Beirne, S., Katsimigos, A. M., & Harmon, D. (2020). Forgiveness and chronic pain: a systematic review. *Irish Journal of Medical Science (1971)*, 189,1359-1364.
105. Kim, J., Hulett, J., & Heiney, S. P. (2020). Forgiveness and Health Outcomes in Cancer Survivorship: A Scoping Review. *Cancer Nursing*.
106. Friedman, L. C., Barber, C. R., Chang, J., Tham, Y. L., Kalidas, M., Rimawi, M. F., Elledge, R. (2010). Self-blame, self-forgiveness, and spirituality in breast cancer survivors in a public sector setting. *Journal of Cancer Education*, 25(3), 343-348.

107. Li, J., & Lambert, V. A. (2007). Coping strategies and predictors of general well-being in women with breast cancer in the People's Republic of China. *Nursing & health sciences*, 9(3), 199-204.
108. Bloom, J. R., Stewart, S. L., Johnston, M., Banks, P., & Fobair, P. (2001). Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Social science & medicine*, 53(11), 1513-1524.
109. Cohee, A. A., Kroenke, K., Vachon, E., Wu, J., Tu, W., & Johns, S. A. (2020). Predictors of depression outcomes in adults with cancer: A 12 month longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 110169.
110. Götze, H., Friedrich, M., Taubenheim, S., Dietz, A., Lordick, F., & Mehnert, A. (2020). Depression and anxiety in long-term survivors 5 and 10 years after cancer diagnosis. *Supportive Care in Cancer*, 28(1), 211-220.
111. Linden W, Vodermaier A, MacKenzie R, Greig D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorder*;141(2-3):343-51.
112. Ghanem, I., Castelo, B., Jimenez-Fonseca, P., Carmona-Bayonas, A., Higuera, O., Beato, C., Calderon, C. (2020). Coping strategies and depressive symptoms in cancer patients. *Clinical and Translational Oncology*, 22(3), 330-336.
113. Jefford, M., Ward, A. C., Lisy, K., Lacey, K., Emery, J. D., Glaser, A. W., Bishop, J. (2017). Patient-reported outcomes in cancer survivors: a population-wide cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*, 25(10), 3171-3179.
114. Hinz A, Herzberg PY, Lordick F, Weis J, Faller H, Brähler E. (2019). Age and gender differences in anxiety and depression in cancer patients compared with the general population. *Eur J Cancer Care*, 28(5).
115. Geue, K., Göbel, P., Leuteritz, K., Nowe, E., Sender, A., Stöbel-Richter, Y., Friedrich, M. (2019). Anxiety and depression in young adult German cancer patients: Time course and associated factors. *Psycho-oncology*, 28(10), 2083-2090.
116. Gonzalez-Saenz de Tejada, M., Bilbao, A., Baré, M., Briones, E., Sarasqueta, C., Quintana, J. M., CARESS-CCR Group. (2017). Association between social support, functional status, and change in health-related quality of life and changes in anxiety and depression in colorectal cancer patients. *Psycho-oncology*, 26(9), 1263-1269
117. Ásgeirsdóttir, H. G., Valdimarsdóttir, U., Fürst, C. J., Steineck, G., & Hauksdóttir, A. (2013). Low preparedness before the loss of a wife to cancer and the widower's chronic pain 4-5 years later—a population-based study. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2763-2770.
118. Riklikienė, O., Tomkevičiūtė, J., Spirgienė, L., Valiulienė, Ž., & Büssing, A. (2020). Spiritual needs and their association with indicators of quality of life among non-terminally ill cancer patients: Cross-sectional survey. *European Journal of Oncology Nursing*, 44, 101681.

119. Linder, G., Sandin, F., Johansson, J., Lindblad, M., Lundell, L., & Hedberg, J. (2018). Patient education-level affects treatment allocation and prognosis in esophageal-and gastroesophageal junctional cancer in Sweden. *Cancer epidemiology*, *52*, 91-98.
120. Chen, J. E., Lou, V. W., Jian, H., Zhou, Z., Yan, M., Zhu, J., He, Y. (2018). Objective and subjective financial burden and its associations with health-related quality of life among lung cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, *26*(4), 1265-1272.
121. Park, J. (2019). A letter to the editor referencing "Objective and subjective financial burden and its associations with health-related quality of life among lung cancer patients". *Supportive Care in Cancer*, *27*(2), 329.
122. Altice, C. K., Banegas, M. P., Tucker-Seeley, R. D., & Yabroff, K. R. (2017). Financial hardships experienced by cancer survivors: a systematic review. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, *109*(2).
123. Salibasic, M., & Delibegovic, S. (2018). The quality of life and degree of depression of patients suffering from breast cancer. *Medical archives*, *72*(3), 202.
124. Chen, C. M., Cano, S. J., Klassen, A. F., King, T., McCarthy, C., Cordeiro, P. G., Pusic, A. L. (2010). Measuring quality of life in oncologic breast surgery: a systematic review of patient-reported outcome measures. *The breast journal*, *16*(6), 587-597.
125. Park, E. M., Gelber, S., Rosenberg, S. M., Seah, D. S., Schapira, L., Come, S. E., & Partridge, A. H. (2018). Anxiety and depression in young women with metastatic breast cancer: a cross-sectional study. *Psychosomatics*, *59*(3), 251-258
126. Firouzbakht, M., Hajian-Tilaki, K., & Dariush, M. (2020). Analysis of quality of life in breast cancer survivors using structural equation modelling: the role of spirituality, social support and psychological well-being. *International health*.
127. Paredes, A. C., & Pereira, M. G. (2018). Spirituality, distress and posttraumatic growth in breast cancer patients. *Journal of religion and health*, *57*(5), 1606-1617.
128. Fang, C. Y., Manne, S. L., & Pape, S. J. (2001). Functional impairment, marital quality, and patient psychological distress as predictors of psychological distress among cancer patients' spouses. *Health Psychology*, *20*(6), 452.
129. Luszczynska, A., Pawlowska, I., Cieslak, R., Knoll, N., & Scholz, U. (2013). Social support and quality of life among lung cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology*, *22*(10), 2160-2168.
130. Hipkins, J., Whitworth, M., Tarrier, N., & Jayson, G. (2004). Social support, anxiety and depression after chemotherapy for ovarian cancer: a prospective study. *British journal of health psychology*, *9*(4), 569-581.
131. Ng, G. C., Mohamed, S., Sulaiman, A. H., & Zainal, N. Z. (2017). Anxiety and depression in cancer patients: the association with religiosity and religious coping. *Journal of religion and health*, *56*(2), 575-590.

132. Thune-Boyle, I. C., Stygall, J. A., Keshtgar, M. R., & Newman, S. P. (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social science & medicine*, 63(1), 151-164.
133. Kalampos A, Roussi P. (2017).Religious beliefs, coping, and psychological well-being among Greek cancer patients. *Journal of Health Psychology*. 22(6):754–64.
134. Yener, Ö., Gülaçtı, F. (2010). Benlik-Kavramı Ve Benliğin Gelişimi Bilen Benliğe Gereksinim Var Mı?. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 12(2), 20-38.
135. Kramer, B. J., Kavanaugh, M., Trentham-Dietz, A., Walsh, M., & Yonker, J. A. (2010). Predictors of family conflict at the end of life: the experience of spouses and adult children of persons with lung cancer. *The Gerontologist*, 50(2), 215-225.



8. EKLER

- EK-1** : SBÜ Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Onayı
- EK-2** : SBÜ Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi TUEK Onayı
- EK-3** : Araştırmanın Yapılacağı Birim İzni
- EK-4** : Kişisel Bilgi Formu
- EK-5** : Heartland Heartland Affetme Ölçeği (HAÖ)
- EK-6** : HAÖ İzin
- EK-7** : Kısa Semptom Envanteri (KSE)
- EK-8** : KSE İzin
- EK-9** : Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği (RDÖ)
- EK-10** : RDÖ İzin
- EK-11** : Katılmaya Gönüllü Onam Formu

EK-1



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926

07.01.2020

Konu : Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 07 OCAK 2019 SALI
TOPLANTI NO : 2020/01
PROJE/ KARAR NO : 2020-10 (Değerlendirilme Tarihi: 07.01.2020)

Üniversitemiz Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalında görevli Dr. Öğr. Üyesi Gamze SARIKOÇ'un sorumlu araştırmacı, Hilal Merve BELEN'in yardımcı araştırmacı olduğu, 2020/10 kayıt numaralı, "**Kanserli Hastalarda Affetmenin Rahatsızlığa Dayanma ile Depresyon- Anksiyete Belirtilerine Etkisi**" başlıklı yüksek lisans tezi proje önerisi, araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

S.NO	AD SOYAD VE UZMANLIK ALANI	İMZA
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR (Anestezi AD Bşk.İlği) Etik Kurul Başkanı	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK (Göğüs Cerr. AD Bşk.İlği) Etik Kurul Başkanı Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR (Üroloji AD Bşk.İlği)	
4	Prof. Dr. Levent KENAR (KBRN, Enstitü)	
5	Prof. Dr. Yusuf İZCI (Beyin ve Sinir Cerr. AD.Bşk.İlği)	
6	Prof. Dr. Ayten TÜRKKANI (Histoloji AD.Bşk.İlği)	
7	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ (Hemşirelik Fakültesi)	
8	Prof. Dr. Dilek YILDIZ (Hemşirelik Fakültesi) Sekreter	
9	Doç. Dr. Ali Kağan COŞKUN (Genel Cerr. AD Bşk.İlği)	
10	Doç. Dr. Cantürk TAŞCI (Göğüs Hast. AD Bşk.İlği)	
11	Doç.Dr. Suat DOĞANCI (Kalp Damar Cerr. AD Bşk.İlği)	
12	Dr.Öğr.Üyesi Mustafa GÜNEY (Mikrobiyoloji AD Bşk.İlği)	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
Etlik-Ankara
Telefon: 0 (312) 304 6135

EK-2

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr.Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık
Uygulama ve Araştırma Merkezi

TIPTA UZMANLIK ve EĞİTİM KURULU TOPLANTI KARAR TUTANAĞI

Toplantı Sayısı :86
Toplantı Tarihi :04.02.2020 Salı
Saat :14:00

Sayın Hilal Merve BELEN

Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Arş. Gör. Hilal Merve BELEN'in Dr. Öğr. Üyesi Gamze SARIKOÇ danışmanlığında yürüteceği 'Kanserli Hastalarda Affetmenin Rahatsızlığa Dayanma ile Depresyon-Anksiyete Belirtilerine Etkisi' konulu tez çalışmasının hastanemizde Zeynep Sipahi KARSLI eşliğinde yürütülmesi husununun uygun olduğuna;

Prof. Dr. Halil BAŞAR
Eğitim Koordinatörü

EK-3

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

DR. A.Y. ANKARA ONKOLOJİ SUAM

Tıbbi Onkoloji Klinik Eğitim Ve İdari Sorumlusuna

Ekte Araştırma Protokolü örneği bulunan ve Dr. Öğr.Üyesi Gamze SARIKOÇ tarafımdan planlanan "Kanserli Hastalarda Affetmenin Rahatsızlığa Dayanma ile Depresyon-Anksiyete Belirtilerine Etkisi" isimli çalışmanın ilgili kısımlarının kliniğiniz/biriminiz bünyesinde gerçekleştirilebilmesi hususunda görüşlerinizi ve ilgili çalışmaya kliniğinizden bir partner belirlenmesi için gereğinin yapılmasını arz ederim.

09.07.2020

Dr. Öğr. Üyesi Gamze SARIKOÇ

ADI-SOYADI

UYGUNDUR

Çalışma Partneri: Leonap Sinchi Karali

UYGUN DEĞİLDİR

09.07.2020

İZİN ALINAN KLİNİK EĞİTİM VE İDARİ SORUMLUSU

ADI-SOYADI

İMZASI

EK-4

1. **Doğum Tarihiniz:**
2. **Medeni Durumunuz;**
 - Evli
 - Boşanmış
 - Bekar
 - Diğer.....
3. **Eğitim durumunuz nedir?**
 - İlkokul
 - Ortaokul
 - Lise
 - Ön lisans ve üstü
4. **Çalışıyor musunuz?**
 - Hayır
 - Evet

Evet ise mesleğiniz;

 - İşçi
 - Memur
 - Serbest meslek
 - Diğer.....
5. **Yaşadığınız yer?**
6. **Gelir durumunuzu nasıl algıyorsunuz?**
 - Gelir-gidere denk
 - Gelir-giderden yüksek
 - Gelir-giderden düşük
7. **Çocuk sayınız** :.....
8. **Tanınız** :.....
9. **Tanınızın Evresi:**.....
10. **İlk tanınızı aldığınız zaman**
...../.....ay/yıl
11. **Hastalık tanısı aldığınızda yaşadığınız duygular nelerdi? Lütfen yazınız...**
.....
.....
.....
12. **Hastalığınızın süresi.....**
 - 0-6 ay
 - 6 ay-1 yıl
 - 1-2 yıl
 - 2 yıl+
13. **Ayaktan kemoterapinin kaçınıcı kürünü alıyorsunuz?**
.....
14. **Daha önce hastalığınız ile ilgili destek aldınız mı (hastalık hakkında bilgilendirilmek, psikolojik destek, vb gibi)? Açıklayınız.**
.....
.....
.....
15. **Ruhsal olarak sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?**
 - İyi
 - Orta
 - Kötü
16. **Hastalığınıza Neden Olduğunu düşündüğünüz etken ya da etkenler sizce nelerdir? Lütfen yazınız...**
.....
.....
.....
17. **Yaşadığınız zorluklarla başa çıkmada başvurduğunuz yöntem veya yöntemler nelerdir? Lütfen yazınız...**
.....
.....
18. **Hastalığınız süresince ailenizin size verdiği desteği değerlendiriniz?**
 - Yeterli düzeyde destek gördüm
 - Orta düzeyde destek gördüm
 - Destek görmedim

EK-5**Heartland Affetme Ölçeği**

Hayatımız boyunca, kendi davranışlarımız, başkalarının davranışları veya kontrolümüz dışındaki durumlar nedeniyle olumsuz olaylar yaşayabiliriz. Bu olumsuz yaşantıların ardından belli bir zaman geçtikten sonra, kendimiz, diğer insanlar veya yaşanan durumlar hakkında olumsuz duygu veya düşüncelerimiz olabilir. Bu tür olumsuz olaylara genel olarak nasıl tepki verdiğinizi düşününüz ve aşağıda verilen her ifadenin yanına, tarif edilen olumsuz duruma genellikle nasıl tepki verdiğinizi ifade eden sayıyı (aşağıdaki 7'li değerlendirme ölçeğine göre) yazınız. Vereceğiniz yanıtlarda doğru veya yanlış cevap yoktur. Lütfen yanıtlarınızda olabildiğince dürüst ve samimi olunuz.

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
Beni hiç yansıtmıyor	Beni pek yansıtmıyor	Beni biraz yansıtmıyor	Beni biraz yansıtıyor	Beni tamamen yansıtıyor		
<input type="checkbox"/>						İşleri berbat ettiğimde önce kötü hissetmeme rağmen zamanla kendimi rahatlatabilirim.
<input type="checkbox"/>						Yaptığım olumsuz şeyler için kendime kin tutarım.
<input type="checkbox"/>						Yaptığım kötü şeylerden öğrendiklerim onlarla baş etmemde bana yardımcı olur.
<input type="checkbox"/>						İşleri berbat ettiğimde, kendimi kabul etmek benim için gerçekten çok zordur.
<input type="checkbox"/>						Yaptığım hatalara, zamanla daha anlayışlı olurum.
<input type="checkbox"/>						Hissettiğim, düşündüğüm, söylediğim ya da yaptığım olumsuz şeyler için kendimi eleştirmeyi durduramam.
<input type="checkbox"/>						Yaptığımın yanlış olduğunu düşündüğüm kişiyi cezalandırmayı sürdürürüm.
<input type="checkbox"/>						Beni incitenlere karşı zamanla daha anlayışlı olurum.
<input type="checkbox"/>						Beni incitenlere karşı katı olmaya devam ederim.
<input type="checkbox"/>						Başkaları bana geçmişte zarar vermiş de olsa, eninde sonunda onları iyi insanlar olarak görebilirim.
<input type="checkbox"/>						Başkaları bana kötü davranırsa, onların hakkında kötü düşünmeye devam ederim.
<input type="checkbox"/>						Biri beni hayal kırıklığına uğrattığında, bu olayı eninde sonunda geçmişte bırakabilirim.
<input type="checkbox"/>						Kontrol edilemeyen nedenlerden dolayı işler ters gittiğinde, onlar hakkında olumsuz düşüncelere takılıp kalırım.
<input type="checkbox"/>						Hayatımdaki kötü durumlara zamanla daha anlayışlı olabilirim.
<input type="checkbox"/>						Hayatımdaki kontrol edilemeyen durumlar yüzünden hayal kırıklığına uğrarsam, onlar hakkında olumsuz düşünmeyi sürdürürüm.
<input type="checkbox"/>						Hayatımdaki kötü durumlarla eninde sonunda barışıırım.
<input type="checkbox"/>						Kimsenin hatası olmayan olumsuz durumları kabullenmek benim için gerçekten çok zordur.
<input type="checkbox"/>						Kimsenin kontrolünde olmayan kötü durumlarla ilgili olumsuz düşüncelerimden, eninde sonunda kurtulurum.

EK-6

Merhaba Hilal,

Ölçeği alışmanızda kullanmanızdan mutluluk duyarım. Ekte ölçeği ve ölçeğe ait bilgileri iceren makale çalışmamızı bulabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Sevgiler,
Asli

-

Asli Bugay, Ph.D.

Associate Professor of Counseling

Middle East Technical University

Northern Cyprus Campus

Guidance and Psychological Counseling Program



EK-7

KSE

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtiler ve yakınmaların bir listesi verimdir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkate okuyun. Daha sonra o belirtinin sizi bugün dahil, son bir haftadır ne kadar rahatsız ettiğini yandaki kutulardan uygun olanının içine [X] işaretiyle gösterin. Her belirti için sadece bir yer işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Fikir değiştirseniz ilk yanıtınız üstündü kararsızın.

	Hiç	Biraz	Orta Derecede	Oldukça fazla	Ciddi derecede
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Baygınlık, bay dönmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edebileceği inancı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bayınıza gelen sıkıntılardan dolayı baykalarının suçlu olduğu düşüncesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Otlayan hatırlamada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Meydanlık (açık) alanlardan korkma duygusu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Yajamınıza son verme düşünceleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. İnsanların çoğuna güvenilmezceği düşüncesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. İştahsızlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hiç bir nedeni olmayan ani korkular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Yalnızlık hissetme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hızlılık, keşerli hissetme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hiçbir şeye ilgi duymama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Açılmaklı hissetme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Kolayca inçineleme, kinima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. İnsanların sizi sevmediğine kötü davranışına inanmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Mide bozukluğu, bulantı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkinizde konuşduğu inancı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Uykuya dalmada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Karar vermede güçlükler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Otobüs, tren, metro gibi umumî vasıtalarla seyahat etmekten korkma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Nefes darlığı, nefessiz kalma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Sıcak, soğuk basmaları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer, etkinliklerden uzak kalmaya çalışma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Kafanızın birden bomboş kalması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Günahlarınız için cezalandırmanız gerektiği düşüncesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguların içinde olmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplamada) güçlük/uzorlanma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Öüm ve ölmek üzerine düşünceler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Bir şeyleri kırma/dökme isteği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Diğerlerinin yanındayken kendini çok fazla göstermek, yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Bir başka insana hiç yakınık duymamak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Deliyet ve panik nöbetleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Sık sık tartışmaya girme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmediğiniz düşüncesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Yerinde duramayacak kadar gergin ve tedirgin hissetme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Kendini değersiz görme, değersizlik hissi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. İnan verdiğiniz takdirde insanların sizi sömüneceği düşüncesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Suçluluk duyguları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Aklinizde bir bozukluk olduğu düşünceleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK-8

Merhaba Hilal,

Kısa Semptom Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak, Ölçeğin orijinalinin Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş olduğuyla ilişkili gerekli referansı da çalışmanızda vermeniz gerektiğini de lütfen ihmal etmeyiniz. Ekte ölçeğin kullanılacak formunu ve ilgili literatürü gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof.Dr.Nesrin Hisli Şahin adına

Gülşen Hisli



EK-9

Discomfort Intolerance Scale (DIS).
Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği (RDÖ)

	0	1	2	3	4	5	6
1. Fazla miktarda fiziksel rahatsızlığa katlanabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Yüksek bir ağrı eşiğim vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fiziksel olarak rahatsız hissetmemek için aşırı önlemler alırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ağrım ya da acım olduğunda asla aspirin gibi ilaçlar almayan insanlardanım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Egzersiz yaparken fiziksel sınırlarımı zorlarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fiziksel olarak rahatsız hissetmeye başlayınca hemen huzursuzluğu gidermek için bir şeyler yapmaya başlarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Çoğu insanla karşılaştırınca fiziksel huzursuzluk hissine daha duyarlıyım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Katılımcılar 0 (bana hiç uygun değil) ile 6(tümüyle bana uygun) arasında puanlama yaparlar.

EK-10

Ölçeğin puanlanmasıyla ilgili olarak: belli bir kesme puanı yoktur. 3, 6 ve 7'nci maddeler ters maddelerdir (ve o yüzden ters puanlanırlar) kişinin aldığı puan arttıkça rahatsızlığa toleransının fazlaştığı kabul edilir. Alt ölçeklerde ilgili olarak: ölçeğin normal örneklemdaki alt ölçekleriyle hastalardaki alt-ölçek yapıları farklılaşabilmektedir. Bununla ilgili tartışma için bkz <http://www.scopemed.org/fulltextpdf.php?mno=18854>
Ayrıca bu ölçeğe benzer diğer bir ölçek Sıkıntıya Dayanma Ölçeğidir yine ikisinin arasındaki fark ve benzerlikler için bkz <http://www.scopemed.org/fulltextpdf.php?mno=29274>
Son olarak bu ölçekler ve konseptlerle ilgili var olan fulltext makaleleri ekte gönderiyorum.

İyi çalışmalar

Kadir

—
Kadir Özdel MD
Associate Professor, Ankara Diskapi YB Teaching and Research Hospital, Department of Psychiatry
Diplomate, Trainer & Supervisor, Academy of Cognitive Therapy
Ass. Ed; Journal of Cognitive Behavioural Psychotherapy and Research



EK-11



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK
KURULU

FORM 6E

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: Kanserli Hastalarda Affetmenin Rahatsızlığa Dayanma ile

Depresyon- Anksiyete Belirtilerine Etkisi

Sorumlu Araştırmacının Adı: Dr. Öğr. Üyesi Gamze SARIKOÇ

Diğer Araştırmacıların Adı: Hilal Merve BELEN

Destekleyici (varsa): -

“Kanserli Hastalarda Affetmenin Rahatsızlığa Dayanma ile Depresyon- Anksiyete Belirtilerine Etkisi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni sizde kanser hastalığının görülmüş olmasıdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında, Dr. Öğr. Üyesi Gamze SARIKOÇ sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu başlık altında aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- *araştırmanın amacı; kanser hastalarında affetmenin rahatsızlığa dayanma ile depresyon ve anksiyete belirtilerine etkisini belirlemek amaçlanmıştır.*
- *çalışmaya kaç kişinin alınmasının planlandığı (tek ya da çok merkezli ise belirtilmesi); Çalışmanın örneklemini 11.02.2020-01.03.2020 ve 01.06.2020-02.07.2020 tarihleri arasında Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi tıbbi onkoloji kliniği ayaktan kemoterapi ünitesinin de kemoterapi tedavisi alan 124 kanser hastası oluşturacaktır. Çalışmaya 18 yaş üstü, okur yazar, oral kanser tanısı almış olma, konuşma güçlüğü yaşama ya da ağrının varlığı gibi faktörlerin olmaması, en az ikinci kemoterapi kürünü alan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan tıbbi onkoloji kliniği ayaktan kemoterapi ünitesinde kanser hastaları dahil edilecektir.*



FORM 6E

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK
KURULU**

Bu çalışmaya katılmamalı mıyım? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Bu başlık altında aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- Çalışmanın hangi yöntemlerle gerçekleştirileceği,
- Araştırmanın süresi
- Hastaya ait biyolojik bir materyal ya da görüntü materyali üzerinde çalışılacaksa tam olarak ne bakılacağı,

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

1. Çalışmanın sizin üzerinizde oluşturacağı bir risk ya da rahatsızlık yoktur.
2. Araştırmadan dolayı göreceğiniz olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar da tarafımızdan karşılanacaktır.

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?

Araştırmadan elde edilen sonuçların sizlere verilen hemşirelik hizmetlerinin niteliğini arttıracığı öngörülmektedir...

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Gamze SARIKOÇ
GÖREVİ : Dr. Öğr. Üyesi
TELEFON :



FORM 6E

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK
KURULU

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim dalında, Dr. Öğr. Üyesi Gamze Sarıkoç tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim)*. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Öğr. Üyesi Gamze SARIKOÇ ‘ten arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

Tıbbi Onkoloji Anabilim dalında, Dr. Öğr. Üyesi Gamze SARIKOÇ tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim)*. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.



FORM 6E

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK
KURULU

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Öğr. Üyesi Gamze SARIKOÇ ten arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Not: Aydınlatma ve katılımcının beyanı birbirlerinin devamı şeklinde olmalı ve aynı sayfada yer almalıdır.

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Ad-Soyadı: Hilal Merve BELEN

Doğum yeri ve tarihi:

Uyruğu: T.C

Medeni Durumu: Bekar

İletişim Adresi:

Yabancı Dili: İngilizce – YÖKDİL 2017 Notu:73,75

II-Eğitimi

2018-2021: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans

2013-2018: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

2008-2012: Hacı Fatma Erdemir Anadolu Lisesi (Kırşehir)

2000-2008: İnkılap İ.Ö.O (Afyonkarahisar/Emirdağ)
Cumhuriyet İlkokulu (Kırşehir)

III. Ünvanları: Hemşire

IV. Mesleki Deneyim:

2019 -: Araştırma Görevlisi – Lokman Hekim Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi/ Hemşirelik Bölümü

V. Üye Olduğu Mesleki Kuruluşlar: Psikiyatri Hemşireliği Derneği

VI. Bilimsel İlgi Alanları: Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği, KLP Hemşireliği, Psiko-onkoloji

VII. Bilimsel Etkinlikler: -

VIII. Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri

- SABAK Uzaktan Eğitim Yetkinlikleri Sertifika Programı/ 21.09.2020-02.10.2020
- (SANERC) Sistematik Derleme Ve Meta-Analiz, Yapma Ve Yayına Hazırlama Kursu-11-12 Haziran 2020
- 1. Bilimsel Araştırmalarda İstatistik Yöntemlerin Kullanımı ve Temel Biyoistatistik Kursu- Türk Üroloji Akademisi Türk Üroloji Derneği İç Anadolu Şubesi/SBÜ Gülhane Tıp Fakóltesi/ 28-29 Şubat 2020 (Ulusal)
- 2. Ruhsal İyiliğe giden Yol: Affetme Eğitimi/ Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi/ 21 Aralık 2019-İzmir (Ulusal)
- 3. Temel Düzey Psikolojik Bakım Kursu/Onkoloji Hemşireliği Derneği/ 13-14 Aralık 2019-Ankara (Ulusal)
- 4. Değişimde Anahtar: Motivasyonel Görüşme Kursu/Lokman Hekim Üniversitesi/ 7 Aralık 2019 (Ulusal)
- Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakóltesi “İletişim: Benden Ötesine Yolculuk” Kursu/ 25 Aralık 2018
- 5. Hacettepe Üniversitesi Lisans ve Lisansüstü Mezunları Derneği ve Yaşlılık Platformu ve Geriatri Hemşireliği Derneği Kursu/ 9 Haziran 2016/ (ulusal)