MEME KANSERİ SONRASI SAĞ KALIMLILARDA KANSER NÜKS KORKUSU, BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK, ÜSTBİLİŞLER VE BAŞ ETME STRATEJİLERİ İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Mübeccel Kübra BABADOSTU
181180121

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Aslı EYRENCİ

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Eylül, 2022

MEME KANSERİ SONRASI SAĞ KALIMLILARDA KANSER NÜKS KORKUSU, BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK, ÜSTBİLİŞLER, BAŞ ETME STRATEJİLERİ İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Mübeccel Kübra BABADOSTU
181180121
ORCID: 0000-0002-8261-5417

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Aslı EYRENCİ

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Eylül,2022



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Öncelikle tez sürecim boyunca gösterdiği desteği, rehberliği, anlayışı, sabrı ve kapsayıcılığı için tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi sayın Aslı EYRENCİ'ye çok teşekkür ederim.

Tez savunma jürimde bulunarak değerli yorumlarıyla tezime katkıda bulunan sayın Dr. Öğr. Üyesi Barış ÖZDEMİR ve sayın Dr. Öğr. Üyesi Z. Deniz AKTAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Psikoloji alanındaki yolculuğuma birlikte adım attığım ve o zamandan bu yana hem mesleki yolculuğumda hem de hayattaki yolumda bana tüm içtenlikleriyle destek olan sevgili dostlarım Tuba GÜLER, Musa ÇEKMEZ ve Deniz ŞİBKA'ya çok teşekkür ederim.

Değerli AİLEME ve kıymetli Onur YILMAZER'e tüm sevgi ve destekleriyle, inandığım yolda ilerlemem için bana her zaman güç ve cesaret verdikleri için sonsuz teşekkür ederim.

Tez sürecimde beni masa başında yalnız bırakmayıp, hem neşelendirip hem rahatlatan Mücver ve Maşuk'a teşekkür ederim.

Son olarak çalışmama katılarak tezimin oluşmasına destek olan tüm katılımcılarıma teşekkür ediyorum.

Mübeccel Kübra BABADOSTU

Eylül, 2022

ÖZ

MEME KANSERİ SONRASI SAĞ KALIMLILARDA KANSER NÜKS KORKUSU, BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK, ÜSTBİLİŞLER, BAŞ ETME STRATEJİLERİ İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Mübeccel Kübra BABADOSTU
Yüksek Lisans Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Aslı EYRENCİ
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2022

Bu araştırmada meme kanseri sonrası sağ kalımlı kadınlarda kanser nüks korkusu, belirsizliğe tahammülsüzlük, üstbilişler ve baş etme stratejileri ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Değişkenler arası dolaylı ilişkilerin incelenmesi adına durumsal aracılık analizleri yapılmıştır. Araştırmaya amaçlı kartopu örneklem yöntemiyle meme kanseri sonrası sağ kalımlı 130 kadın dahil edilmiştir. Veriler "Kanser Nüks Korkusu Envanteri (KNKE)", "Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Formu (BTÖ-12)", "Üstbilişler-30 ÖlçeğI (ÜBÖ-30)" ve "Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Kısa Formu (BÇSÖ-KF)" kullanılarak toplanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; meme kanseri sonrası sağ kalımlı kadınların kanser nüks korkusu, belirsizliğe tahammülsüzlük ve üstbilişler değerleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Değişkenler arası durumsal aracılık etkisi anlamlı çıkmamıştır. Bununla birlikte, belirsizliğe tahammülsüzlük ile kanser nüks korkusu ilişkisinde üstbilişlerin düzenleyicilik etkisi anlamlı bulunmuştur. Araştırma sonucu elde edilen bulgular, ilgili literature çerçevesinde değerlendirilip tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Sağ kalım, kanser nüks korkusu, belirsizliğe tahammülsüzlük, üstbilişler, baş etme stratejileri.

ABSTRACT

AN INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN FEAR OF CANCER RECURRENCE, INTOLERANCE OF UNCERTAINTY, METACOGNITIONS AND COPING STRATEGIES AMONG BREAST CANCER SURVIVORS

Mübeccel Kübra BABADOSTU
Master Thesis
Department of Psychology
Clinical Psychology Programme with Thesis
Thesis Advisor: Assistant Professor, Aslı EYRENCİ
Maltepe University Graduate School, 2022

The aim of this study was to evaluate the relationship between fear of cancer recurrence, intolerance to uncertainty, metacognitions, and coping strategies. The moderated mediation analyses were conducted to investigate the indirect relationships between theese variables. 130 breast cancer survivors have recruited for the study through convenience and snowball sampling. The data were obtained with the "Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI)", "Intolerance to Uncertainty Scale-Short Form (IUS)", "Metacognitions Questionnaire-30 (MCQ-30)" and "Brief COPE Inventory (Brief COPE)". As a result of the study, there was a positive significant relationship between fear of cancer recurrence, intolerance to uncertainty, metacognitions scores of the breast cancer survivors. Moderated mediation effect between the variables has been found as non-significant. However, the moderation effect of metacognitions on the relationship between intolerance to uncertainty and fear of cancer recurrence has been found as significant. The results obtained from the research were discussed and evaluated within the framework of the relevant literature.

Keywords: cancer survivors, fear of cancer recurrence, intolerance to uncertainty, metacognitions, coping strategies

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZ v
ABSTRACT vi
İÇİNDEKİLER vii
TABLOLAR LİSTESİ xi
ŞEKİLLER LİSTESİ xii
KISALTMALAR xiii
1. GİRİŞ 1
1.1 Problem 1
1.2 Amaç 7
1.3 Önem 8
1.4 Varsayımlar 8
1.5 Sınırlıklar 8
1.6 Tanımlar 9
2. GENEL BİLGİLER 10
2.1 Kanser 10
2.2 Meme Kanseri 11
2.2.1 Meme kanserinde risk faktörleri 12
2.2.2 Meme kanserinde tanı, teşhis ve tedavi 14
2.3 Sağ Kalım 15
2.3.1 Kanser nüks korkusu (KNK) 17

2.3.1.1 KNK teori ve modelleri 20

2.4 Belirsizliğe Tahammülsüzlük (BT) 28

2.4.1 BT ve baş etme 30

2.4.2 BT ve KNK 31

2.5 Üstbiliş 31

2.5.1 Üstbiliş kavramı 31

2.5.2 Üstbiliş ve KNK 35

2.5.3 Üstbiliş ve BT 36

2.5.4 Üstbiliş, BT ve KNK 37

2.6 Baş Etme Stratejileri 38

2.6.1 Sağ kalım ve baş etme 39

2.6.2 Baş etme ve KNK 41

2.7 KNK, BT, Üstbiliş ve Baş Etme Stratejileri 42

3. YÖNTEM 44

3.1 Araştırma Modeli 44

3.2 Evren ve Örneklem 45

3.2.1 Katılımcıların sosyodemografik özellikleri 46

3.3 İşlem 48

3.3.1 Veri toplama araçları 49

3.3.1.1 Sosyodemografik bilgi formu 49

3.3.1.2 Kanser nüks korkusu envanteri (KNKE) 49

3.3.1.3 Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği-kısa formu (BTÖ-12) 50

3.3.1.4 Üstbiliş ölçeği-30 (ÜBÖ-30) 50

3.3.1.5 Başa çıkma stratejileri ölçeği kısa formu (BÇSÖ-KF) 51

3.3.1.6 Covid-19 korkusu ölçeği (COVKÖ) 52

3.4 Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 52

4. BULGULAR VE TARTIŞMA 55

4.1 Bulgular 55

4.1.1 Araştırma değişkenlerine dair betimleyici istatistikler 55

4.1.2 Sosyodemografik özelliklere göre değişkenlerin incelenmesi 57

4.1.2.1 Yaş, tanı üzerinden geçen süre, primer tedavinin sonlanması üzerinden geçen süre ile knk ve bt puan ilişkilerinin incelenmesi 57

4.1.3 BT, KNK ve üstbilişler arasındaki korelasyon analizi sonuçları 58

4.1.4 BT, KNK, üstbilişler ve baş etme stratejileri puanları arasındaki korelasyon analizi sonuçları 61

4.1.5 Durumsal aracılık modelinin analizi 62

4.1.5.1 BT ve KNK ilişkisinde üstbilişlerin düzenleyici etkisinin incelenmesi 63

4.1.5.2 BT'nin mizahi yaklaşım baş etme stratejisi üzerine etkisinde knk ve üstbilişlerin durumsal aracılık rolünün incelenmesi 65

4.1.5.3 BT'nin duygulara odaklanma ve ortaya koyma baş etme stratejisi üzerine etkisinde knk ve üstbilişlerin durumsal aracılık rolünün incelenmesi ... 66

4.1.5.4 BT'nin madde kullanımı baş etme stratejisi üzerine etkisinde knk ve üstbilişlerin durumsal aracılık rolünün incelenmesi 67

4.1.5.5 BT'nin yadsıma baş etme stratejisi üzerine etkisinde knk ve üstbilişlerin durumsal aracılık rolünün incelenmesi 69

4.1.5.6 BT'nin davranışsal olarak ilgiyi kesme baş etme stratejisi üzerine etkisinde knk ve üstbilişlerin durumsal aracılık rolünün incelenmesi 70

4.1.5.7 BT'nin olumlu yeniden yorumlama baş etme stratejisi üzerine etkisinde knk ve üstbilişlerin durumsal aracılık rolünün incelenmesi 71

4.1.5.8 BT'nin duygusal sosyal destek kullanma baş etme stratejisi üzerine etkisinde knk ve üstbilişlerin durumsal aracılık rolünün incelenmesi 72

4.1.5.9 BT'nin planlama baş etme stratejisi üzerine etkisinde knk ve üstbilişlerin durumsal aracılık rolünün incelenmesi 73

4.2 Tartışma 74

5. SONUÇ ve ÖNERİLER 86

5.1 Özet 86

5.2 Yargı 86

5.3 Öneriler 87

KAYNAKLAR 88

EKLER 116

EK 1. Etik Kurul Kararı 116

EK2. Bilgilendirilmiş Onam Formu 117

EK 3. Demografik Bilgi Formu 118

EK 4. Kanser Nüks Korkusu Envanteri 119

EK 5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12) 122

EK 6. Üstbilişler Ölçeği-30 123

EK 7. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği (BÇSÖ-KF) 126

EK 8. Koronavirüs (Covid-19) Korkusu Ölçeği (COVKÖ) 128

ÖZGEÇMİŞ 129

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı 46
Tablo 2. Normal Dağılım Tablosu (N= 130) 53
Tablo 3. Ölçek Puan Ortalamaları 55
Tablo 4. Yaş, Tanı Üzerinden Geçen Süre, Primer Tedavinin Sonlanması Üzerinden Geçen Süre İle KNK ve BT Ölçek Puanları Arasında Korelasyon Analizi 58
Tablo 5. BT, KNK ve Üstbilişler Arasında Korelasyon Değerleri 60
Tablo 6. BT, KNK ve Üstbilişler ile Başa Etme Stratejileri Puanları Arasında Korelasyon Analizi 62
Tablo 7. BT ve KNK Arasında Üstbilişlerin Düzenleyici Etkisi 64
Tablo 8. BT'nin Mizahi Yaklaşım Baş Etme Stratejisi Üzerine Etkisinde KNK ve Üstbilişlerin Durumsal Aracılık Rolü 65
Tablo 9. BT'nin Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma Baş Etme Stratejisi Üzerine Etkisinde KNK ve Üstbilişlerin Durumsal Aracılık Rolü 67
Tablo 10. BT'nin Madde Kullanımı Baş Etme Stratejisi Üzerine Etkisinde KNK ve Üstbilişlerin Durumsal Aracılık Rolü 68
Tablo 11. BT'nin Yadsıma Baş Etme Stratejisi Üzerine Etkisinde KNK ve Üstbilişlerin Durumsal Aracılık Rolü 69
Tablo 12. BT'nin Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme Baş Etme Stratejisi Üzerine Etkisinde KNK ve Üstbilişin Durumsal Aracılık Rolü 70
Tablo 13. BT'nin Olumlu Yeniden Yorumlama Baş Etme Stratejisi Üzerine Etkisinde KNK ve Üstbilişlerin Durumsal Aracılık Rolü 71
Tablo 14. BT'nin Duygusal Sosyal Destek Kullanma Baş Etme Stratejisi Üzerine Etkisinde KNK ve Üstbilişlerin Durumsal Aracılık Rolü 72
Tablo 15. BT'nin Planlama Baş Etme Stratejisi Üzerine Etkisinde KNK ve Üstbilişlerin Durumsal Aracılık Rolü 73

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Öncül Kanser Nüks Korkusu Modeli 23
Şekil 2. Kanser Nüks Korkusuna Bilişsel İşlemleme Yöntemi 27
Şekil 3. Önerilen Model..... 45
Şekil 4. BT ve KNK Arasında Üstbilişin Düzenleyici Etkisine İlişkin Diyagram..... 65

KISALTMALAR

BÇSÖ-KF **:** Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Kısa Formu

BT **:** Belirsizliğe tahammülsüzlük

BTÖ-12 **:** Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği-Kısa Formu

COVKÖ **:** Covid-19 Korkusu Ölçeği

HBT **:** Hastalıkta Belirsizlik Teorisi

HKD-OAM **:** Hastalığın Kendini-Düzenleme Ortak Algı Modeli

KD-YİM **:** Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler Modeli

KNK **:** Kanser Nüks Korkusu

KNK-BİY **:** Kanser Nüks Korkusuna Bilişsel İşlemleme Yaklaşımı

KNK-HTM **:** Kanser Nüks Korkusunun Harmanlanmış Teoriler Modeli

KNKE **:** Kanser Nüks Korkusu Envanteri

ÜBÖ-30 **:** Üstbiliş Ölçeği-30

1. GİRİŞ

1.1 Problem

Kanser 2020 yılında yaklaşık 10 milyon ölüm ile dünya çapında ölüme neden olan hastalıkların başında gelmektedir (Ferlay ve ark., 2020). Dünyada tanı konulan en yaygın kanser türü (%11.7) meme kanseri olmuştur ve %6.9 ölüm oranıyla ölüme neden olan kanser türlerinin ilk beşindedir (Sung ve ark., 2021). Öte yandan kanser erken tanı ve tedavilerindeki gelişmelerle birlikte yaygın kanser türlerindeki sağ kalım oranları artmıştır (Siegel ve ark., 2021) ve erken tanı ve tedaviye yönelik araştırma ve yatırımların ve kanser müdahale programlarının arttırılmasıyla kanser nedeniyle ölümlerde düşüşün artması beklenmektedir (Siegel ve ark., 2022).

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kötü huylu tümördür (Harbeck ve ark., 2019). Meme kanseri etiyolojisinde kalıtsal (BRCA1, BRCA2 mutasyonu vb.) ve kalıtsal olmayan (Cinsiyet, yaş, doğum yaşı, menapoz, hormon tedavileri, obezite, radyasyon, alkol sigara tüketimi, vb.) faktörler etkilidir (Açıkgöz ve Yıldız, 2017; Özsoy ve ark., 2017). Biyopsikososyal açıdan, meme kanseri tanısı almak, tanı, tedavi ve hayatta kalma aşamaları da dahil olmak üzere tüm süreç boyunca tanı alan bireyi, sürekli korku ve endişe duygularıyla olumsuz etkilemektedir. Genel olarak tedavi sonrası hastalar ister cerrahi ister klinik tedavi geçirmiş olsun, 10 yıla kadar konsültasyonlar veya takip ziyaretleri ile sürece devam etmektedirler (Lopes ve ark., 2018).

Sağ kalım üzerine kabul gören ortak bir tanımlama olmasa da en yaygın şekilde kullanılan tanım şu şekildedir; sağ kalım, tanı ile başlayıp yaşam boyu devam eden bir süreçtir (Marzorati, Riva ve Pravettoni, 2017). Kanser sonrası sağ kalımlı bireyler kanser tanısından itibaren tedavi sonrası süreçte de devam eden yorgunluk, ağrı, şişkinlik, vücut imajına dair şikayetler, cinsel yaşamda problemler, uyku problemleri, bilişsel bozukluklar gibi fiziksel (Deimling ve ark., 2006; Matulonis ve ark., 2008; Palesh ve ark., 2018); psikolojik sıkıntı, kaygı (Smith ve ark., 2018), depresyon (Maass ve ark., 2015), günlük aktivitelere ilginin azalması (Jones ve ark., 2020), kanser nüks korkusu (Jones ve ark., 2020; Reed ve ark., 2020; Smith ve ark., 2018) gibi psikososyal güçlüklerle karşılaşmaktadırlar. Bunların arasında kanser nüks korkusu meme,

yumurtalık, bağırsak, akciğer ve prostat kanseri hastaları tarafından belirtilen ilk ya da ikinci en yaygın problemdir (Lebel ve ark., 2014).

Kanserin vücudun aynı yerinde veya başka bir bölümünde geri dönebileceği veya ilerleyebileceği endişesi olarak tanımlanan kanser nüks korkusu (KNK) (Lebel ve ark., 2016a; Simard ve ark., 2010; Vickberg, 2001), kanser sonrası sağ kalımlı bireylerin yaşama bakışlarını ve uyum becerilerini önemli düzeyde etkilemekte ve yaşam kalitelerinde bozulmalara yol açmaktadır (Allen ve ark., 2009; Simard, ve ark., 2010; van den Beuken-van Everdingen ve ark., 2008). Kadın olmak, düşük eğitim seviyesi (Brenner ve Arndt, 2013; Crist ve Grunfeld, 2012; Koch ve ark., 2013; Simard ve ark., 2013; van de Wal ve ark., 2016), genç olmak (Brenner ve Arndt, 2013; Crist ve Grunfeld, 2012; Kahraman, 2016; Koch ve ark., 2013; Shin ve ark., 2021; Simard ve ark., 2013; van de Wal ve ark., 2016) yüksek KNK düzeyiyle ilişkili olan sosyodemografik etmenlerdendir. KNK, tanıdan itibaren kendini gösterebildiği gibi (Luo ve ark., 2020) tanı üzerinden geçen süre arttıkça azalabilmektedir (Van de Wal, 2016). Fakat yıllar boyunca aynı düzeyde de kalabilmektedir (Koch ve ark., 2013; Simard ve ark., 2013). Zira kanserin nüks etme olasılığı gerçektir ve sağ kalımlı kişilerin nüks ihtimaline bağlı yaşadıkları kaygı yaşamları boyunca varlığını hissettirmektedir (Bağ, 2013). KNK'nın düşük seviyeleri, kontrol muayeneleri ve sağlıklı yaşam tarzı için bir motivasyon yaratırken (Butow ve Sharpe, 2021) klinik düzeydeki KNK, korkmaktan korkma veya kaçınma davranışlarını getirir (Almeida ve ark., 2019). KNK düşünceleriyle aşırı meşguliyet (örn. endişe, tekrarlayan ya da girici düşünceler); uyumsuz baş etme (örn. kaçınma, güvence arayışı, fiziksel semptomların kontrolü); fonksiyonel bozulmalar (örn. iş hayatı gibi günlük işleyişin bölünmesi, başkalarıyla ilişkileri etkileme); aşırı sıkıntı hali (örn. KNK ile alakalı aşırı sıkıntı ve rahatsızlık hissi, duygusal sıkıntı) ve gelecek planları yapmada güçlük yaşama (örn. gelecek hakkında paralize olmak) klinik düzeyde KNK özelliklerindendir (Lebel ve ark., 2016). Mutsaers ve arkadaşları (2016) klinik düzeyde KNK'ya sahip sağ kalımlıların ölümle alakalı düşünceler, yalnızlık hissi, kanserin geri geleceğine dair inanç, belirsizliğe tahammülsüzlük, kontrol edilmesi güç, günlük 30 dakika ya da daha fazla süren ve tekrar eden kanserle alakalı düşünceler ve imgeleri deneyimlediklerini ve bunların günlük hayatlarını etkilediğini belirtmişlerdir. Ayrıca kaygı bozuklukları gibi

psikolojik bozukluklarla benzer özellikler paylaşsa da KNK'nın bunlardan ayrı bir olgu olduğunu vurgulamışlardır.

Birtakım tetikleyiciler, duygular, düşünceler, psikolojik tepkiler ve baş etme mekanizmalarını kapsayan çok boyutlu bir yapı olduğunu düşünülen KNK'nın (Lebel ve ark., 2016a) nasıl ortaya çıktığını ve hangi faktörlerle sürdürüldüğünü açıklamak adına, Hastalıkta Belirsizlik Kuramı (Uncertainty in Illness Theory) (Mishel, 1990); Kendini Düzenleyici-Yürütücü İşlevler Modeli (Self-Regulatory Executive Functioning Model) (Wells ve Matthews, 1996); hastalığın öz–düzenlemesi (illness self-regulation) / sağduyu (common-sense) (Leventhal ve ark., 1992; Leventhal ve ark., 2016) modelinden yola çıkarak geliştirilen Kanser Nüks Korkusu Modeli (Lee-Jones ve ark., 1997); Lebel ve arkadaşlarının 2014'te ortaya koyduğu önceki model ve teorilerden yola çıkarak oluşturdukları Kanser Nüks Korkusunun Harmanlanmış Teoriler Modeli (Blended Theoretical Model of Fear of Cancer Recurrence) ve Kanser Nüks Korkusuna Bilişsel İşlemleme Yaklaşımı (Cognitive-Processing approach to Fear of Cancer Rerurrence) (Fardell ve ark., 2016) gibi model ve teorileri kapsayan çeşitli çalışmalar sunulmuştur. Bu teorilerin çoğunda üstbilişlere, baş etme stratejilerine (Butow, Fardell ve Smith, 2015; Fardell ve ark., 2016; Lebel ve ark., 2014) ve birinde bunlara ek olarak belirsizliğe tahammülsüzlüğe (Lebel ve ark., 2014) yer verilmiştir.

Tosun ve Irak (2008)'ın tanımlamasına göre üstbiliş, "kişinin kendi zihnindeki olay ve işlevlerin farkında olmasını, zihin olaylarını ve işlevlerini amaçlı yönlendirebilmesini içeren bir üst sistemdir. Kişiler olayları değerlendirmelerini etkileyen düşünceleri (işlevsel olmayan bilişleri) hakkında bir takım olumlu ve olumsuz inançlara (üstbilişlere) sahiptirler. Bu tarzdaki üstbilişler kişinin uyuma yönelik olmayan tepki tarzları geliştirmelerine yol açmaktadır." (s. 68). Bu sistem kişinin yaşamın herhangi bir getirisinde olduğu gibi hastalık durumunda da işlemektedir. KNK ve üstbilişler arasındaki ilişki çeşitli araştırmalarca incelenmiştir. Erken dönem meme kanseri sonrası sağ kalımlı kadınlarla yapılan bir çalışmada KNK'nın üstbilişler ile orta derecede anlamlı bir ilişki gösterdiği, endişe hakkında olumsuz inançlar (örn."endişelenmek beni hasta edecek") ve düşünceleri kontrol ihtiyacının artmış KNK ile kuvvetli bir ilişki gösterdiği bulunmuş olup klinik düzeyde KNK'nın tedavisi için uyumsuz üstbilişler ile çalışmanın önemi vurgulanmıştır (Thewes ve ark., 2013).

Belirsizliğe tahammülsüzlük (BT) bireyin, bir olumsuz olayın meydana gelmesi ihtimalini, onun meydana gelme olasılığına bakmaksızın, kabul edilemez ve tehditkâr olarak değerlendirmesi eğilimi olarak tanımlanmaktadır (Carleton, 2012). Endişe ve kaygı bozukluklarının sürdürülmesine katkıda bulunan bir bilişsel incinebilirlik faktörü olan BT (Norr ve ark., 2013), belirsizliğe dair olumsuz inançları, muğlaklık durumlarında yanlı bilgi işlemeyi, belirsizliğin tehdit olarak yorumlanmasını barındırır ve kişiyi geçici rahatlama sağlayan kesinlik arayışı davranışlarına iter (Jacoby, 2020). Kanser gibi belirsizlikle dolu bir hastalık söz konusu olduğunda kişinin belirsizliğe tahammül düzeyi, kanser sonrası sürecini etkileyebilmektedir. Prostat kanseri sonrası sağ kalımlı kişilerle yapılan bir çalışmada BT'nin kanser ile ilişkili sıkıntıyla pozitif bir ilişkisi olduğu bulunmuştur (Eisenberg ve ark., 2015).

"Baş etme kavramının işlevsel ve kuramsal pek çok tanımın yapılmasına karşın genel eğilim baş etmenin psikolojik sıkıntı ya da strese yol açan öncüllerin/kaynakların azaltılmasıyla ilgili bilişsel ve davranışsal tepkilerden oluşan dinamik bir süreç, olduğu şeklindedir." (Bacanlı ve ark., 2013, s.81). Baş etmeyi, problem odaklı-duygu odaklı baş etme stratejileri (Folkman ve Lazarus, 1980, 1988) ve aktif davranışsal, aktif bilişsel ve kaçınmacı baş etme stratejileri (Holahan ve Moos, 1987) olarak farklı şekillerde gruplandırmışlardır. Folkman (1984) baş etme stratejilerinin işe yararlılığının durumun getirdiği ihtiyaca, nasıl kullanıldığına ve uygulama becerisine bağlı olduğunu belirtmiştir. Yani baş etme stratejisinin etkinliği durumun doğurduğu ihtiyaca ve kullanılan stratejinin duruma uygunluğuna bağlıdır (Lazarus, 1993). Kanser söz konusu olduğunda hastaların ve sağ kalımlıların baş etmeleri üzerine yapılan araştırmalarda klinik düzeyde KNK'nın kaçınma, güvence arayışı, bedensel semptomların kontrolü gibi uyumsuz baş etme stratejileriyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Almeida ve ark., 2019; Lebel ve ark., 2016a).

KNK'nın ortaya çıkışı, gelişimi ve sürdürülmesini açıklamak adına geliştirilen modellerden KNK'nın Harmanlanmış Teoriler Modeli (KNK-HTM), BT, üstbilişler ve baş etme stratejilerini ele almıştır (Lebel ve ark., 2014; Lebel ve ark., 2018).). KNK'nın endişe ile benzer özellikler gösterdiğini iddia eden ve endişenin bilişsel teorilerinden beslenen KNK-HTM, bu teorilerin BT'nin ve üstbilişlerin endişenin yatkınlaştırıcı (cognitive vulnerability) faktörleri olduğu yönündeki önermesinden dolayı söz konusu

değişkenleri de modele bileşen olarak almıştır (Lebel ve ark., 2014; Lebel ve ark., 2018). KNK-HTM modeline göre, endişelenmeye dair olumlu inançlara sahip olan ve belirsizliğe karşı düşük tolerans gösteren kanser sonrası sağ kalımlı kişiler daha yüksek KNK yaşar ve uyumsuz baş etme stratejilerini daha fazla kullanırlar (Lebel ve ark., 2014). Nitekim modelin sağlaması adına gerçekleştirilen araştırmada, kanser sonrası sağ kalımlılarda; BT ve endişe hakkında olumlu inançların, uyumsuz baş etme stratejilerini yordarken KNK'yı yordamadığı ve yalnızca BT'nin KNK'yı yordama eğiliminde olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca KNK uyumsuz baş etme stratejilerini yordamış fakat beklenmedik bir şekilde bilişsel kaçınma ile anlamlı negatif bir ilişki göstermiştir (Lebel ve ark., 2018). KNK, BT, üstbilişler ve baş etme stratejilerine birlikte yer veren bir diğer çalışmada ise, hali hazırda kişide var olan BT, üstbilişler, kontrol ihtiyacı gibi yatkınlaştırıcı bilişsel incinebilirlik (cognitive vulnerability) faktörlerinin, bağlamsal faktörlerin ve varoluşsal faktörlerin yüksek düzeyde KNK ile ilişkili çıkacağı ve her bir değişkenin KNK'yı yordayacağı öne sürülmüş ve ek olarak uyumsuz baş etme ve kişiler için değerli olan aktivitelerle daha az uğraşın KNK'nın yordayıcısı olabileceği varsayılmıştır (Curran ve ark., 2020). Bunun yanı sıra, yine bu araştırma sonucunda, Lebel ve arkadaşlarının (2018) bulgularından farklı olarak, üstbilişlerin KNK'yı anlamlı bir şekilde yordadığını fakat aynı durumun BT ve uyumsuz baş etme stratejileri için geçerli olmasa da BT ve uyumsuz baş etme stratejilerinin KNK ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Curran ve ark., 2020). Bu sonucun olası sebepleri olarak, BT'nin kaygının etiyolojisini açıklıyorken, üstbilişin kaygının sürdürülmesini açıklamasıyla bağlantılı olabileceğini belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcıların tanıları üzerinden uzun yıllar geçmiş kişiler olması nedeniyle BT'nin artık KNK'yı yordama ile ilgili olmayabileceğini de önermişlerdir. Bir diğer açıklama olarak ise, BT'nin üstbilişlerle etkileşimi üzerinden KNK'yı yordayabileceğini; yani ancak endişenin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğu inancı var ise BT'nin düşük seviyelerinin bile KNK'yı yordayabileceğini belirtmişlerdir. Son olarak ise, BT'nin KNK'yı belirsizliğin yüksek olduğu durumlarda yordayabileceğini belirtmişlerdir (Curran ve ark., 2020). Tüm KNK modellerinde KNK'yı sürdüren etmenlerden biri olarak baş etme stratejileri ele alınmış olsa da, Lebel ve diğerleri (2018) ile benzer şekilde Curran ve arkadaşları (2020) da araştırmalarında uyumsuz baş etme stratejilerinin KNK'yı yordamadığını bulmuşlardır. Bunun olası nedeni olarak, uyumlu veya uyumsuz baş etme stratejilerinin KNK sonucunda ortaya

çıkıp zaman içerisinde KNK'yı sürdüren ya da yok eden bir faktör olabileceği şeklinde açıklamışlardır.

Özetle KNK özelinde BT, üstbilişler ve baş etme stratejileri arası ilişkisi üzerine yapılan araştırmalar sınırlı sayıda olup, bu bağlamda oluşturulan modeller doğrultusunda yapılan araştırmalar, beklenenden farklı sonuçlar vermiştir. Yukarıda belirtildiği gibi Lebel ve diğerleri (2018), KNK-HTM (Lebel ve ark., 2014)'de öne sürülenden farklı olarak endişe hakkında olumlu inançlar ve BT'nin birarada KNK'yı yordamadığını fakat daha fazla uyumsuz baş etme stratejilerinin kullanımıyla ilişkili olduklarını ve tek başına BT'nin KNK'yı yordama eğiliminde olduğunu bulmuşlardır. Bu bulgulardan farklı olarak Curran ve arkadaşları (2020), KNK, BT ve üstbilişler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve üstbilişlerin de yer aldığı hiyerarşik regresyon analizlerinde üstbilişlerin KNK'yı yordarken BT'nin KNK'yı yordamadığı sonuçlarını elde etmişlerdir ve buna açıklama olarak BT'nin KNK'yı endişeye dair olumsuz inançlar ve yoğun belirsizlik içeren durumlarda yordayabileceğini öne sürmüşlerdir (Curran ve ark., 2020).

Ayrıca Maheu ve diğerleri (2021) meme kanseri sonrası sağ kalım literatüründe, KNK, sağlık anksiyetesi, endişe ve belirsizlik için kullanılan mevcut kavram ve bu kavramların ölçümleri üzerine yaptıkları sistematik derleme çalışmasında KNK, endişe, sağlık anksiyetesi ve belirsizliğe ait ayrışan ve örtüşen teorik özellikleri ortaya koymuşlardır. Bu özelliklerden belirsizliğe karşı bilişsel incinebilirlik özelliği, belirsizlik harici diğer üç yapıda bulunmuştur. Bunun nedeninin, meme kanseri sonrası sağ kalım literatüründe belirsizliğe atıfta bulunan çalışmaların spesifik olarak belirsizliğe karşı incinebilirliği araştırmamasından kaynaklanabileceği ve bu özelliğin belirsizliğe tahammülsüzlük (BT) kavramı ile daha uyumlu olabileceği yönünde açıklamışlardır.

Maheu vd. (2021)'nın belirttiği gibi BT kavramı ile uyumlu olan belirsizliğe karşı incinebilirlik özelliğine yönelik kanser sonrası sağ kalım literatüründe spesifik araştırmaların olmaması bir önceki paragrafta yapılan araştırmalarda KNK, üstbilişler ve BT arası ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesi önünde bir engel teşkil etmektedir.

Hem kanser sonrası sağ kalım literatüründe BT özelinde yeterli çalışma olmaması hem de kurgulanan modellerde BT, KNK, üstbilişler ve baş etme stratejileri arası ilişkinin

net olmaması nedeniyle bu araştırmada, KNK, BT, üstbilişler ve baş etme stratejileri ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.2 Amaç

Tüm bu bilgiler doğrultusunda spesifik olarak KNK, BT, üstbilişler ve baş etme stratejileri arası ilişkinin incelenmesine dair literatürün yetersizliği ve bu ilişkinin net olmaması; Türkiye'de KNK, BT, üstbilişler ve baş etme stratejileri üzerine araştırmaların eksikliği nedenleriyle bu araştırmada KNK, BT, üstbilişler ve baş etme stratejileri arasındaki ilişkinin dünyada ve Türkiye'de en yaygın kanser türü olan meme kanseri (Ferlay ve ark., 2020) sonrası hayatta kalan kadınlar üzerinden incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu amaçla incelenecek hipotezler şunlardır;

- H1: Meme kanseri sonrası sağ kalım sürecinde bireylerin KNK ile BT düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
- H2: Meme kanseri sonrası sağ kalım sürecinde bireylerin KNK ile üstbilişleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
- H3: Meme kanseri sonrası sağ kalım sürecinde bireylerin BT düzeyleri ile üstbilişleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
- H4: Meme kanseri sonrası sağ kalım sürecinde bireylerin KNK ile uyumlu/işlevsel baş etme stratejileri (örn. planlama, olumlu yeniden yorumlama) arasında negatif yönde; uyumsuz/işlevsel olmayan baş etme stratejileri(örn. davranışsal olarak ilgiyi kesme, yadsıma) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
- H5: Meme kanseri sonrası sağ kalım sürecinde bireylerin BT düzeyleri ile uyumlu/işlevsel baş etme stratejileri (örn. planlama, olumlu yeniden yorumlama) arasında negatif yönde; uyumsuz/işlevsel olmayan baş etme stratejileri (örn. davranışsal olarak ilgiyi kesme, yadsıma) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
- H6: Meme kanseri sonrası sağ kalım sürecinde BT düzeyleri ile KNK düzeyleri arasındaki ilişkide üstbilişlerin düzenleyici rolü vardır.
- H7: Meme kanseri sonrası sağ kalım sürecinde BT düzeyleri ile baş etme stratejileri arasındaki ilişkide KNK'nın aracı rolü vardır.

- H8: BT ile baş etme stratejileri arasındaki ilişkiye KNK aracılık etmektedir ve bu dolaylı ilişki üstbilişlerin BT ve KNK arasındaki düzenleyici rolü nedeniyle üstbilişler daha yüksek olduğunda güçlenmektedir.

1.3 Önem

Bu araştırmanın, literatürde KNK, BT, üstbilişler ve baş etme stratejileri arasındaki muğlak ilişkiye dair bir ışık tutma niteliğinde olmasıyla önem taşıdığı düşünülmektedir. Ayrıca araştırma sonucu elde edilen çıktılar, sağ kalımlı bireylerle yapılacak psikolojik müdahale programlarında BT, üstbilişler ve baş etme stratejilerinin ele alınmasını destekleyerek müdahalenin etki düzeyinin artmasını sağlayabilir.

1.4 Varsayımlar

Araştırma örnekleminin araştırma evrenini doğru biçimde temsil ettiği, katılımcıların doğru ve dürüst bir şekilde sorulara yanıt verdiği varsayılmıştır. Anket ölçek sorularının varılması beklenen sonuçları ölçebilmek adına yeterli olduğu varsayılmıştır. Ayrıca ölçme araçlarının değişkenler arasındaki düzenlenmiş aracılık etkisini ölçeceği varsayılmıştır.

1.5 Sınırlıklar

Araştırmanın öz bildirim ölçekleriyle çevrimiçi olarak uygulanmış olmasına bağlı olarak anketin yanıtlandığı ortam koşullarının farklılık göstermesi yanıtların güvenilirliğine etki edebilmektedir.

Araştırmanın en yaygın kanser türü olan meme kanseri üzerinden yapılmış olması diğer kanser türlerinde aynı ilişkinin varlığına dair bir bilgi sağlamamaktadır.

Ayrıca araştırma sadece kanser sonrası sağ kalımlı kadınlar üzerinden yapılmış ve kanser sonrası sağ kalımlı erkeklere dair de bilgi vermemektedir.

Araştırmada KNK düzeyleri için bir kesme puanı (cut off) kullanılmadan değerlendirme yapılması araştırma değişkenleri ile KNK'nın klinik düzeyleri ilişkisine dair bilgi edinilmesini engellemiştir.

1.6 Tanımlar

Sağ kalım: tanı ile başlayıp yaşam boyu devam eden bir süreç (Marzorati, ve ark., 2017).

Kanser Nüks Korkusu: Kanserin vücutta aynı yerde ya da vücudun başka bir yerinde geri gelebileceği veya ilerleyebileceği korkusu ya da endişesi (Vickberg, 2001).

Üstbiliş: kişinin kendi zihnindeki olay ve işlevlerin farkında olmasını, zihin olaylarını ve işlevlerini amaçlı yönlendirebilmesini içeren bir üst sistem (Tosun ve Irak, 2008).

Belirsizliğe Tahammülsüzlük: Bireyin, bir olumsuz olayın meydana gelmesi ihtimalini, onun meydana gelme olasılığına bakmaksızın, kabul edilemez ve tehditkâr olarak değerlendirmesi eğilimi (Carleton, 2012).

Baş etme: Bireyin karşılaştığı stres yaratıcı durumları yönetmek için kullandığı çeşitli bilişsel ya da davranışsal çabalar (Folkman ve Moskowitz, 2004).

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Kanser

Değiştirilemeyen (yaş, cinsiyet, aile öyküsü) ve değiştirilebilir (sigara ve alkol kullanımı, radyasyona maruz kalma, kötü beslenme gibi) faktörler nedeniyle hücrelerin hasarlı DNA'yı onaramaması ve kontrolsüz çoğalması olarak tanımlanan, 100'den fazla türü olan ("Kanser Nedir?", t.y., par. 1-5) kanser 2020 yılında yaklaşık 10 milyon ölüm ile dünya çapında ölüme neden olan hastalıkların başında gelmektedir (Ferlay ve ark., 2020). Ölüme neden olan kanser türlerinin başında akciğer kanseri (kanser nedeni ile ölümlerin %18'i) gelmekte ve kolorektal (%9.4), karaciğer (%8.3), mide (%7.7) ve meme kanseri (%6.9) bu sırayı takip etmektedir (Sung ve ark., 2021). 2020 yılında 19.3 milyon yeni vaka ile giderek yaygınlaşmakta olan kanserin 2040 yılında 2020 yılına göre %47 oranında artış göstereceği beklenmektedir (Sung ve ark., 2021). Öte yandan kanser erken tanı ve tedavilerindeki gelişmelerle birlikte yaygın kanser türlerindeki sağ kalım oranları artmıştır (Siegel ve ark., 2021) ve erken tanı ve tedaviye yönelik araştırma ve yatırımların ve kanser müdahale programlarının arttırılmasıyla kanser nedeni ile ölümlerde düşüşün artacağı beklenmektedir (Siegel ve ark., 2022). Nitekim 2000-2014 yılları arasında kanser tanısı almış 37,5 milyon kişinin kayıtlarının incelenmesini ve kanser sağ kalımına dair dünya çapında bilgi edinilmesini içeren CONCORD-3 programının sonuçlarına göre sağ kalım eğilimlerinin, daha ölümcül kanserlerden bazıları için bile, genellikle yükseldiği; bazı ülkelerde karaciğer, pankreas ve akciğer kanserlerinde sağ kalımın %5'e ulaşan oranlarda arttığı bulunmuştur (Allemani ve ark., 2018). En yüksek sağ kalım oranları Amerika Birleşik Devletleri'nde görülürken Türkiye'de sağ kalım oranları bazı kanser türlerine göre şu şekildedir; prostat kanseri %80.6, meme kanseri %78.6, mide kanseri %17.1 ve akciğer kanseri %10.1 (Allemani ve ark., 2018).

Dünya çapında artan sağ kalım oranları, kanser sonrası sağ kalım sürecindeki bireylerin fiziksel ve psikososyal ihtiyaçlarına yönelik çalışmaların önem kazanması gerektiğini göstermektedir (Doyle, 2008).

2.2 Meme Kanseri

Meme kanseri, meme dokusundan, en yaygın olarak süt kanallarının iç astarından veya kanalları sütle besleyen lobüllerden kaynaklanan kanser türlerini ifade etmektedir. Genellikle kanser, ortaya çıktığı vücut kısmına göre adlandırılır; bu nedenle meme kanseri, meme dokusundan kaynaklanan hücrelerin düzensiz büyümesi ve çoğalması anlamına gelmektedir. Çoğu meme kanseri, kanalları kaplayan hücrelerde başlamaktadır (duktal kanserler). Bazıları lobülleri kaplayan hücrelerde (lobüler kanserler) başlarken, diğer dokularda az sayıda baş göstermektedir (Sharma ve ark., 2010).

2020 yılında dünyada tanı konulan en yaygın kanser türü (%11.7) meme kanseri olmuştur ve %6.9 ölüm oranıyla ölüme neden olan kanser türlerinin ilk beşindedir (Sung ve ark., 2021). Fakat son yıllarda, tanı ve tedavi hizmetindeki gelişmeler sayesinde meme kanseri mortalitesinde azalma söz konusu olmuştur (Canelo-Aybar ve ark., 2021).

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kötü huylu tümördür ve moleküler düzeyde heterojen bir hastalıktır. Son 10-15 yılda, tedavi konseptleri bu heterojenliği hesaba katacak şekilde gelişmiştir ve tedavinin olumsuz etkilerini azaltmak için daha biyolojik olarak yönlendirilen tedavilere ve tedavi şiddetinin azaltılmasına vurgu yapılmıştır. Erken dönem meme kanseri, yani memede bulunan veya yalnızca koltuk altı lenf düğümlerine yayılmış kanser, tedavi edilebilir olarak kabul edilmektedir. Multimodel tedavideki gelişmeler, hastaların yaklaşık olarak %70-80'inde iyileşme şansının artmasını sağlamıştır. Öte yandan, ilerlemiş (metastatik) hastalık, mevcut süreçte, eldeki terapötik seçenekler kullanılarak tedavi edilememektedir. Fakat, tedaviye bağlı düşük toksisite semptomlarını kontrol altında tutarak yaşam kalitesini arttırmak amacıyla yapılan çalışmalar ilerlemiş meme kanseri için sağ kalımı sürdüren faktörlerden sayılmaktadır (Harbeck ve ark., 2019).

Biyopsikososyal açıdan, meme kanseri tanısı almak, tanı, tedavi ve hayatta kalma aşamaları da dâhil olmak üzere tüm süreç boyunca tanı alan bireyi, sürekli korku ve endişe duygularıyla olumsuz etkilemektedir. Genel olarak tedavi sonrası hastalar ister cerrahi ister klinik tedavi geçirmiş olsun, 10 yıla kadar konsültasyonlar veya takip ziyaretleri ile sürece devam etmektedirler (Lopes ve ark., 2018).

Son yıllarda en fazla ön plana çıkan meme kanseri türlerinden olan üçlü negatif meme kanseri, hücre zarında östrojen reseptörü, progesteron reseptörü ve insan epidermal büyüme faktörü reseptörü-2(HER2) bulunmayan meme kanseri türü olarak tanımlanmaktadır. Epidemiyolojik veriler, üçlü negatif meme kanserinin çoğunlukla tüm meme kanseri hastalarının yaklaşık %15-20'sini oluşturan 40 yaşın altındaki menopoz öncesi genç kadınlarda meydana geldiğini göstermektedir (Yin ve ark., 2020). 40 yaş altında teşhis edilen meme kanserleri daha agresiftir, hızlı ilerlemektedir ve prognozu daha kötüdür. Hastalığın erken döneminde daha yüksek oranda sağ kalım mümkün olsa da metastatik (ilerlemiş) hastalarda küratif tedavi mümkün değildir. Erken tanı hayati önem taşıdığından, tanı koymada tarama programları çok önemlidir. Tarama mamografisi, meme kanserleri için var olan tek tarama aracıdır. Mamografi taramasının başlama yaşı ülkelere göre farklılık gösterse de genel olarak 40 yaşından sonra başlamaktadır. 40 yaş öncesi tarama programlarının olmaması bu grup için önemli bir sorundur (Aydın ve Ercan, 2018).

Erkeklerde meme kanseri nadirdir ve oranı, toplam meme kanseri vakalarının %1'ine denk gelmektedir. Erkekler açısından en dikkat çekici risk faktörleri arasında hormonal dengesizlikleri içeren klinik bozukluklar (özellikle jinekomasti ve siroz), radyasyona maruz kalma, pozitif aile öyküsü ile genetik yatkınlık yer almaktadır (Cardoso ve ark., 2019).

Meme kanseri, genel bir tanımlamaya göre değerlendirilse de kendi içerisinde, farklı türler (Non-invaziv, invaziv, medüller karsinom, iltihaplı meme kanseri, vb. gibi) dahilinde ele alınmaktadır. (Akram ve ark., 2017)

2.2.1 Meme kanserinde risk faktörleri

Kadınlar açısından büyük bir sağlık tehdidi olarak değerlendirilebilecek olan meme kanserinin tanı ve tedavisi açısından birçok önemli gelişme kaydedilmiş olmasına rağmen, bu kanser türüne sebebiyet veren unsurların temelindeki etmenler için hala net bir değerlendirme söz konusu değildir. (Akyolcu ve ark., 2019). Meme kanseri etiyolojisinde kalıtsal ve kalıtsal olmayan faktörler etkilidir. Kalıtsal meme kanseri olgularının büyük çoğunluğunun BRCA1 ve BRCA2 mutasyonu ile ilişkili olduğu

kabul edilmektedir. Kalıtsal olmayan faktörlerden ön önemlisi ise cinsiyet ve yaştır (Özsoy ve ark., 2017).

Meme kanserine sebebiyet verdiği düşünülen ve mevcut süreçte kabul gören faktörler şöyle sıralanabilir (Açıkgöz ve Yıldız, 2017):

• Cinsiyet ve Yaş: Kadınların erkeklere göre meme kanserine yakalanma potansiyelleri daha yüksektir. Aynı zamanda, 30 yaş sonrası, kadınlar için meme kanseri riski giderek artmaktadır.

• Genetik Yatkınlık: Akrabalık derecesi arttıkça, bireylerin yaşamış oldukları meme kanseri riski de artış göstermektedir. Özellikle anne ve kız kardeşteki meme kanseri vakaları, önemli birer etmendir.

• Doğum Yaşı ve Menapoz: Kadınlarda, doğum süreci, süreç sonrasındaki şartlar ve nihayetinde ortaya çıkan menapoz, meme kanseri için tetikleyici ya da etkilerini arttırıcı niteliktedir.

• Süregelen, Farklı Tedaviler: Bireylerin düzenli olarak görmüş oldukları tedaviler, tedavi sürecinde kullanılan ağır ilaçlar (özellikle hormon ilaçları) ve bu tedavilerin yaratmış olduğu olumsuz etkiler, meme kanseri açısından risk yaratmaktadır.

• Obezite: Özellikle menapoz sonrası kadınlardaki aşırı kilo artışı, meme kanseri riskini arttırmaktadır.

• Düzensiz Diyet: Bireysel anlamda uygulanan ve herhangi bir tıbbi dayanağı bulunmayan tüm diyet tercihleri, zaman içerisinde, ciddi sağlık sorunlarıyla birlikte meme kanserine etki edecek tehlikeleri yaratmaktadır.

• İnsülin Direnci: Giderek artan yaşla birlikte riski artabilen insülin, özellikle 60 yaş sonrası kadınlar için bir meme kanseri tehdidi oluşturmaktadır.

• Radyasyon Maruziyeti: Gerek iş ortamında gerekse de tıbbi tedaviler sürecinde, haddinden fazla maruz kalınan radyasyon, kemik kaynaklı birçok fizyolojik soruna sebebiyet verebileceği gibi meme kanseri için de risk barındırmaktadır.

• Alkol ve Sigara Tüketimi: Düzenli alkol ve sigara tüketimi gerçekleştiren kadınlarda, meme kanserine odaklı semptomların görülme riski çok daha fazladır.

• Fiziksel Aktivite Eksikliği: Bireylerin, gündelik yaşam içerisinde giderek hareketsiz kalması, kan dolaşımı sorunları başta olmak üzere birçok farklı sorunu tetiklemekle birlikte meme kanseri için de bir tehdit yaratmaktadır.

Sıralanan unsurlar, bireylerin kendi tercihleri dahilinde ortaya çıkabileceği gibi bireylerin iradelerinin dışında ve fiziksel şartlarının ya da yaşam şartlarının bir getirisi olarak da ortaya çıkabilmektedir. Fakat bireysel anlamda sorumluluk alınabilmesi mümkün olan konular, meme kanserinin önlenmesi adına değerlidir.

Özellikle, kadınlar açısından, her kadının meme kanserine yakalanma riski olduğu görülmektedir. Söz konusu riskin varlığı, riskin boyutlarının değerlendirilmesi adına önemli olmaktadır. Değerlendirme bireyin aile öyküsünün risk potansiyelini değerlendirme ile ya da bireyin menarş yaşı, ilk doğumunu yaptığı yaş, önceki meme biyopsilerinin sayısı, meme kanseri olan birinci derece akrabalarının sayısı gibi faktörlerin değerlendirilmesi ile yapılabilmektedir (Sevindik ve ark., 2011).

2.2.2 Meme kanserinde tanı, teşhis ve tedavi

Meme kanserinin tanı ve teşhisi açısından ilk adımlar, 1960'lı yıllarda, İsveç'te, mamografi uygulamaları ile gerçekleştirilmiştir. İlerleyen zaman diliminde ise farklı ülkelerde, mamografi yönteminin, meme kanserinin ilk evrelerinde etkin bir tedavi yöntemi geliştirilmesine yardımcı olduğu gibi meme kanserine bağlı ölümlerin azaltılmasına yardımcı olduğu da görülmüştür. Buna paralel olarak uzun yıllardır, dünya genelinde, çeşitli meme kanseri tarama programları geliştirilmeye başlanmıştır (Çelik ve ark., 2017). Erken tanı yöntemlerinin gelişmesi ve tedavideki ilerlemelere rağmen, meme kanseri hala önemli morbidite ve mortalite nedenidir (Tekin ve Doğan, 2018).

Meme kanseri için söz konusu olan tarama programları, erken dönemde engellenmesi mümkün olan ve sık karşılaşılan hastalıklar için gerçekleştirilmektedir (Kayhan ve Arıbal, 2014). Meme kanserine dair görüntüleme yöntemlerindeki gelişmeler, metastazların erken evrelerde fark edilmesine yardımcı olmaktadır (Polat ve Soran,

2010). Görüntüleme yöntemleri tümörün yeri, boyutu, tedavi yanıtının değerlendirilmesi için kullanılmaktadır (Üstün, 2019).

Meme kanseri tanısı konan kadınlar, fiziksel ve psikososyal açıdan birçok farklı olumsuzluk ve sıkıntı ile karşılaşmaktadırlar. Bu süreç uzun bir dönemi kapsamakla birlikte sorunların çözümü açısından da dayanıklılık gerektiren aşamalar ortaya çıkmaktadır. Meme kanseri tedavisinde yararlanılan yöntemlerden olan cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve hormonoterapi ayrı ayrı olduğu gibi aynı anda da hastalara uygulanabilmektedir (Taze ve Kanan, 2020). Meme kanserinin antiöstrojenlerle tıbbi tedavisi, meme kanseri geliştirme riski yüksek olanlarda meme kanserini önleyebilmektedir. Bazı yüksek riskli kadınlarda her iki memenin de ameliyatla alınması başka bir önleyici tedbirdir. Uzak metastazı olanlarda tedaviler daha çok yaşam kalitesini ve sağ kalım oranını iyileştirmeye yöneliktir (Kabel ve Baali, 2015). Tüm bu tedavi yöntemleri ile birlikte hastanın bireysel özelliklerine göre tedavisi kişiselleştirilmektedir (McDonald ve ark., 2016).

2.3 Sağ Kalım

Sağ kalımlı bireyler, ilk kez kanser tanısı almış kişilerden, kanser tanısı üzerinden 5 yıl ve üstü zaman geçmiş kişilere çeşitli şekillerde tanımlanmışlardır (Feuerstein, 2007). İlk defa 1980'lerde kanser ile alakalı olarak kullanılmaya başlanan sağ kalım kavramı (Doyle, 2008), kendi kanser sürecinden yola çıkan Mullan tarafından 1985'te *Sağ Kalım Mevsimleri – Seasons of Survival* olarak detaylı şekilde tanımlanmıştır (Mullan, 1985). Üç mevsime ayırdığı bu sürecin ilk mevsimi, kanser teşhisinin konması ile başlayan, tanı ve tedavinin domine ettiği, korku ve kaygının yanında ağrının da yüksek düzeyde hissedildiği "Akut Sağ Kalım"dır. İkinci mevsim ise birincil tedavilerin sonlanıp düzenli aralıklarla kontrollerin olduğu, kanser nüks korkusunun yoğun bir şekilde yaşantılandığı "Uzatılmış Sağ Kalım"dır. Son mevsim ise hastalığın ve nüks riskinin başarılı bir şekilde azaldığı, fakat hastalığın fiziksel ve duygusal deneyimlerinin izinin devam ettiği "Kalıcı Sağ Kalım" dır (Mullan, 1985). Mullan (1985)'ın bu çalışması sonrası, diğer kanser organizasyonları ile birlikte kurulan National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS) (Amerikan Ulusal Kanserle Yaşayanlar Derneği) tarafından "sağ kalımlı olmak" şu şekilde kabul edilmiştir; kanser tanısı alınması ile başlayan ve kişinin nihai ölüm nedenine bakılmaksızın yaşamının sonuna kadar devam eden bir süreçte

olmak (National Coalition for Cancer Survivorship. About our history., t.y.). Bu tanımın yanı sıra sağ kalım biyomedikal perspektiften de ele alınmaktadır. Carter (1993) meme kanseri geçirmiş kadınlarla yaptığı bir çalışmada, katılımcıları, meme kanseri tanısı üzerinden nükssüz 5 yıl ve üstü geçmiş kadınlar olarak tanımlamış ve sağ kalımı hastalığın tekrarlamadığı belli bir zaman aralığı üzerinden değerlendirmiştir. Kanser nüksü ve tanı üzerinden geçen süre kriterlerinin yanında, birincil tedavinin tamamlanmış olması kriteri de sağ kalımı tanımlamada kullanılmıştır (Marcus, 2004). Fakat sağ kalımın, bir zaman aralığı, tedavi sonucu ve bir dönem olarak değerlendirilmesi önleyici tedavi alan, kontrol altına alınmış kanser ile yaşayan, tedavi yöntemlerinde periyodik değişiklikler yaşayan, kanseri nüks etmiş ve tedavinin sonradan ortaya çıkan yan etkilerini yaşayan kişilerin göz ardı edilmesine neden olduğu gerekçesiyle eleştirilmiştir (Leigh, 2007). Biyomedikal yaklaşımın aksine sağ kalımı kanser tanısı ile başlayan bir süreç olarak ele alan Mullan (1985)'ın yaklaşımı, daha kapsayıcı görünse de 2007 yılında sağlık çalışanları, hastalar gibi hastalıkla ilişkili kişilerin katıldığı meme kanseri sempozyumunda yapılan bir anket sonucunda, katılımcıların sadece %26'sı tarafından tercih edilmiş, katılımcıların %51'i ise sağ kalımı kanserin görülmediği 5 yıl olarak tanımlamayı tercih etmiştir (De Fusco ve Chlebowski, 2009). Benzer şekilde meme kanseri geçirmiş kadınlarla yapılan bir çalışmada, kadınların, kanser nüks ihtimali ve kelimenin fazla kahramanvari çağrışımı nedenleriyle kendilerini sağ kalımlı (survivor) olarak tanımlamak istemedikleri bulunmuştur (Kaiser, 2008). Öte yandan yakın tarihte NCCS tarafından 2021 yılında 1104 sağ kalımlı ile yapılan anket çalışmasında katılımcıların %85'i, tanı aldıkları andan itibaren kendilerini sağ kalımlı (survivor) olarak gördüklerini ve kanser tanısı sonrası geçen süre arttıkça kendilerini sağ kalımlı (survivor) tanımına daha ait hissettiklerini belirtmişlerdir (National Coalition for Cancer Survivorship. 2021 state of survivorship. t.y.).

Sonuç olarak, sağ kalım üzerine kabul gören ortak bir tanımlama olmasa da en yaygın şekilde kullanılan tanım, sağ kalımı tanı ile başlayıp yaşam boyu devam eden bir süreç olarak ele almaktadır ve bu tanım kişilerin tanıdan itibaren oluşan ihtiyaçlarını vurguladığı gibi araştırmalar için geçerli bir örnekleme kriteri de sağlamaktadır (Marzorati, ve ark., 2017).

Kanser sonrası sağ kalımı tanımlamada ortak görüş problemli olsa da kanser sonrası sağ kalımlı bireylerin yaşadığı fiziksel ve psikososyal güçlükler ortaktır. Kanser sonrası sağ kalımlı bireyler kanser tanısından itibaren tedavi sonrası süreçte de devam eden yorgunluk, ağrı, şişkinlik, vücut imajına dair şikayetler, cinsel yaşamda problemler, uyku problemleri, bilişsel bozukluklar gibi fiziksel (Deimling ve ark., 2006; Matulonis ve ark., 2008; Palesh ve ark., 2018); psikolojik sıkıntı, kaygı (Smith ve ark., 2018), depresyon (Maass ve ark., 2015), günlük aktivitelere ilginin azalması (Jones ve ark., 2020), kanser nüks korkusu (Jones ve ark., 2020; Reed ve ark., 2020; Smith ve ark., 2018) gibi psikososyal güçlüklerle karşılaşmaktadırlar. Bunların arasında kanser nüks korkusu, meme, yumurtalık, bağırsak, akciğer ve prostat kanseri hastaları tarafından belirtilen ilk ya da ikinci en yaygın problemdir (Lebel ve ark., 2014).

2.3.1 Kanser nüks korkusu (KNK)

Hastalığın tekrarlama ihtimali, kronik fiziksel hastalığı olan özellikle kanser sağ kalımlıları için büyük bir tehdit olarak değerlendirilmektedir (Herschbach ve ark., 2005). Kanserin vücutta aynı yerde ya da vücudun başka bir yerinde geri gelebileceği veya ilerleyebileceği korkusu ya da endişesi olarak tanımlanan kanser nüks korkusu (KNK) (Vickberg, 2001), kanser sonrası sağ kalımlı bireylerin yaşama bakışlarını ve uyum becerilerini önemli düzeyde etkilemekte ve yaşam kalitelerinde bozulmalara yol açmaktadır (Allen, ve ark., 2009; van den Beuken-van Everdingen ve ark., 2008). KNK'nın kanser sonrası sağ kalımlıların %73'ü tarafından deneyimlendiği, bu popülasyonun %49'unun KNK'yı orta ve yüksek seviye aralığında, %7'sinin ise yüksek seviyede deneyimlediği tahmin edilmektedir (Simard ve ark., 2013). Kanser sürecinin tanıdan itibaren her aşamasında KNK varlığını hissettirebilmektedir. Luo ve arkadaşları (2020) yaptıkları araştırmada yeni tanı almış 996 hastanın %64,6'sının yüksek düzeyde KNK'ya sahip olduğunu göstermiştir. Diğer yandan, tanı üzerinden yıllar geçmiş olsa dahi sağ kalımlı kişilerin, KNK seviyelerinin düşükten yükseğe değiştiği ya da yıllar boyunca aynı düzeyde kaldığı bulunmuştur (Koch ve ark., 2013; Simard ve ark., 2013). Bu bulgularla paralel olarak bir başka çalışmada ise, tanısı üzerinden 5 yıldan kısa süre geçmiş olan kanser sonrası sağ kalımlıların tanısı üzerinden 5 yıldan fazla geçmiş olan kanser sonrası sağ kalımlılara göre daha yüksek seviyede KNK gösterdikleri bulunmuştur (Van de Wal, 2016).

KNK tanı üzerinden geçen süreyle olduğu gibi başka birçok etmenle ilişkilidir. Yapılan araştırmalarda yüksek düzeyde KNK'nın kadın olmak, düşük eğitim seviyesine sahip olmak (Brenner ve Arndt, 2013; Crist ve Grunfeld, 2012; Koch ve ark., 2013; Simard ve ark., 2013; van de Wal ve ark., 2016), genç olmak (Brenner ve Arndt, 2013; Crist ve Grunfeld, 2012; Kahraman, 2016; Koch ve ark., 2013; Shin ve ark., 2021; Simard ve ark., 2013; van de Wal ve ark., 2016), partnerin olmaması, en az bir çocuğa sahip olmak, sosyal açıdan izole olmak (Koch ve ark., 2013; Koch-GallenKamp ve ark., 2016), yalnız yaşamak, çalışıyor olmak, yaşama olumsuz anlam vermek ve tanı üzerinden 1 yıldan az süre geçmiş olması (Kahraman, 2016) ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

KNK kanseri deneyimleyen bireylerde olduğu gibi bakım verenlerinde de görülmekte (Kim ve ark., 2012) ve hem sağ kalımlı kişilerde hem de bakım verenlerinde kaygı seviyelerinde yükselmelere neden olmaktadır (Tan, Sharpe ve Russell, 2021; Üzar-Özçetin ve Dursun, 2020). Bununla birlikte, yaşam kalitesinde düşüş, sosyal rollerde yetersizlikler, bozuk işlevsellik de görülebilmektedir (Tan ve ark., 2021). Sağ kalımlı kişilerin kanserin nüks etme olasılığına bağlı yaşadıkları kaygı yaşamları boyunca varlığını hissettirmektedir (Bağ, 2013). Kaygının yanı sıra KNK, dehşet, keder, belirsizlik, gerginlik, güçsüzlük, umutsuzluk, çaresizlik gibi duyguların yaşanmasına neden olmaktadır (Almeida vd. 2019).

Kanser sonrası sağ kalımlılar tarafından, tanıdan itibaren zihinlerinin arka planında mevcut olarak betimlenen KNK, normal, adaptif bir endişeden uyumsuz, klinik düzeydeki sıkıntı ve işlevsel bozukluklara giden bir aralıktadır ve kişinin hayatını büyük ölçüde etkiler (Almeida ve ark., 2019; Lebel ve ark., 2016a). Kanser tanısının getirdiği varoluşsal bir tehdide ve bilinmezliğe karşı normal ve anlaşılabilir bir tepki olarak görülebilecek KNK'nın düşük seviyeleri, kontrol muayeneleri ve sağlıklı yaşam tarzı için bir motivasyon yaratırken (Butow ve Sharpe, 2021) klinik düzeydeki KNK, korkmaktan korkma veya kaçınma davranışlarını getirir (Almeida ve ark., 2019). Lebel ve diğerleri (2016), KNK alanında uzman kişilerin görüşlerini alarak ortak ve geçerli bir KNK tanısı ve özellikleri ortaya koymak amacıyla yaptıkları çalışmada, klinik düzeydeki KNK özellikleri olarak, zihnin KNK düşünceleriyle aşırı meşgul olması (örn. endişe, tekrarlayan ya da girici düşünceler); uyumsuz baş etme (örn. kaçınma, güvence

arayışı, fiziksel semptomların kontrolü); fonksiyonel bozulmalar (örn. iş hayatı gibi günlük işleyişin bölünmesi, başkalarıyla ilişkileri etkileme); aşırı sıkıntı hali (örn. KNK ile alakalı aşırı sıkıntı ve rahatsızlık hissi, duygusal sıkıntı) ve gelecek planları yapmada güçlük yaşamayı (örn. gelecek hakkında paralize olmak) göstermişlerdir.

KNK'yı tetikleyen etkenlere dair yapılan araştırmalarda, içsel (örn. yeni gelişen ağrılar gibi fiziksel semptomlar) ve dışsal uyaranların (örn. başkasının kanseri hakkında duyum almak, medyada kanser ile alakalı haber duymak, medikal muayeneler) (Custers ve ark., 2017; Gill ve ark., 2004) etkili olduğu bulunmuştur. Maheu ve diğerleri (2021) meme kanseri sonrası sağ kalım literatüründe KNK, sağlık kaygısı, endişe ve belirsizlik kavramlarına ve bu kavramların ölçümlerine dair yaptıkları sistematik derleme çalışmasında, KNK'nın genç yaş, yoğun duygusal sıkıntı hali, alınan sosyal desteğin niceliği, kendini koruma tepkileri, ölüm korkusu, uyumsuz ve tetikte olunan baş etme yöntemleri, geleceğe dair plan yapmada zorluk, sağlıkla ilişkili hayat kalitesinde azalma, tehdidin değerlendirilmesi, fonksiyonel bozukluklar ve kronik belirsizlik ile ilişkili olduğunu bulmuştur. KNK'nın psikolojik, bilişsel ve davranışsal bu kavramlarla ilişkisi, KNK'nın çok boyutlu yapısına dair ipucu vermektedir. Meme kanseri sağ kalımlıları ile yaptığı niteliksel araştırmada Vickberg (2001), sağ kalımlıların hastalığın ilerlemesi, sonrasında alacakları tedavi (özellikle kemoterapi), ölüm ihtimali, duygusal zorluklar, ağrı, aile bireylerinin acı çekmesi gibi konular etrafında toplanan korkularından, hayat şartlarından, korkuları ve korkuyla baş etme stratejilerini tetikleyen olaylardan bahsettiklerini ortaya koymuş ve KNK'nın çok boyutlu bir yapı olarak ele alınması gerektiğini öne sürmüştür. Benzer bir şekilde, Mutsaers ve arkadaşları (2016) klinik düzeyde KNK'ya sahip sağ kalımlıların ölüm ile alakalı düşünceler, yalnızlık hissi, kanserin geri geleceğine dair inanç, belirsizliğe tahammülsüzlük, kontrol edilmesi güç, günlük 30 dakika ya da daha fazla süren ve tekrar eden kanser ile alakalı düşünceler ve imgeler deneyimlediklerini ve bunların günlük hayatlarını etkilediğini belirtmişlerdir. Ayrıca kaygı bozuklukları gibi psikolojik bozukluklarla benzer özellikler paylaşsa da KNK'nın bunlardan ayrı bir olgu olduğunu vurgulamışlardır.

2.3.1.1 KNK teori ve modelleri

Birtakım tetikleyiciler, duygular, düşünceler, psikolojik tepkiler ve baş etme stratejilerini kapsayan çok boyutlu bir yapı olduğunu düşünülen KNK'nın (Lebel ve ark., 2016a) nasıl ortaya çıktığını ve hangi faktörlerle sürdürüldüğünü açıklamak adına teorik çerçevelerin kullanıldığı çalışmalar yapılmıştır.

KNK'nın yapısını açıklamak adına Hastalıkta Belirsizlik Kuramı (Uncertainty in Illness Theory) (Mishel, 1990); Kendini Düzenleyici-Yürütücü İşlevler Modeli (Self-Regulatory Executive Functioning Model) (Wells ve Matthews, 1996) ve hastalığın öz–düzenlemesi (illness self-regulation) / sağduyu (common-sense) (Leventhal, ve ark., 1992; Leventhal, ve ark., 2016) modelinden yola çıkarak geliştirilen Kanser Nüks Korkusu Modeli (Lee-Jones ve ark., 1997); Lebel ve arkadaşlarının 2014'te ortaya koyduğu önceki model ve teorilerden yola çıkarak oluşturdukları Kanser Nüks Korkusunun Harmanlanmış Teoriler Modeli (Blended Theoretical Model of Fear of Cancer Recurrence) ve Kanser Nüks Korkusuna Bilişsel İşlemleme Yaklaşımı (Cognitive-Processing approach to Fear of Cancer Rerurrence) (Fardell ve ark., 2016) gibi model ve teorileri kapsayan çeşitli çalışmalar sunulmuştur. Çalışmanın bundan sonraki bölümünde sırasıyla bu model ve kuramlardan bahsedilecektir:

KNK'ya dair ilk kuramsal açıklamalardan olan, akut hastalıklar bazında geliştirilip daha sonra kronik ya da nüks ihtimali barındıran hastalıkları da katarak yeniden kavramsallaştırılan, hastaların hastalık ile ilişkili uyaranları bilişsel olarak nasıl işlediklerini ve bu olaylara dair nasıl anlam ürettiklerini açıklayan Hastalıkta Belirsizlik Teorisi (HBT) (Uncertainty in Illness) (Mishel, 1990) KNK'nın yapısını açıklamada kullanılmıştır. Bu teori, kanser gibi nüks edip etmeyeceği kesin bir biçimde bilinemeyen bir hastalık için kullanılabilir bir yapıya sahiptir (Mishel, 1990; Simonelli ve ark., 2016). Hastalıkla ilişkili olayların anlamını belirleyememe olarak açıklanan belirsizliğin, hastalıkta ya da tedavi yönteminde tutarsızlık, rastgelelik, karmaşıklık, öngörülemezlik mevcut olduğunda ve hasta için önemli konularda bilgi eksikliği barındıran durumlarda ortaya çıktığı öne sürülmektedir (Mishel, 1988). HBT'ye göre hastalıkla alakalı durumların nasıl değerlendirildiği, adaptasyon sağlayıp anlam oluşturmaya ya da travma sonrası stres tepkilerine benzer tepkilere yol açar. Eğer belirsizlik, engelleyici, kısıtlayıcı bir bakış açısıyla ile ele alınırsa travma sonrası stres

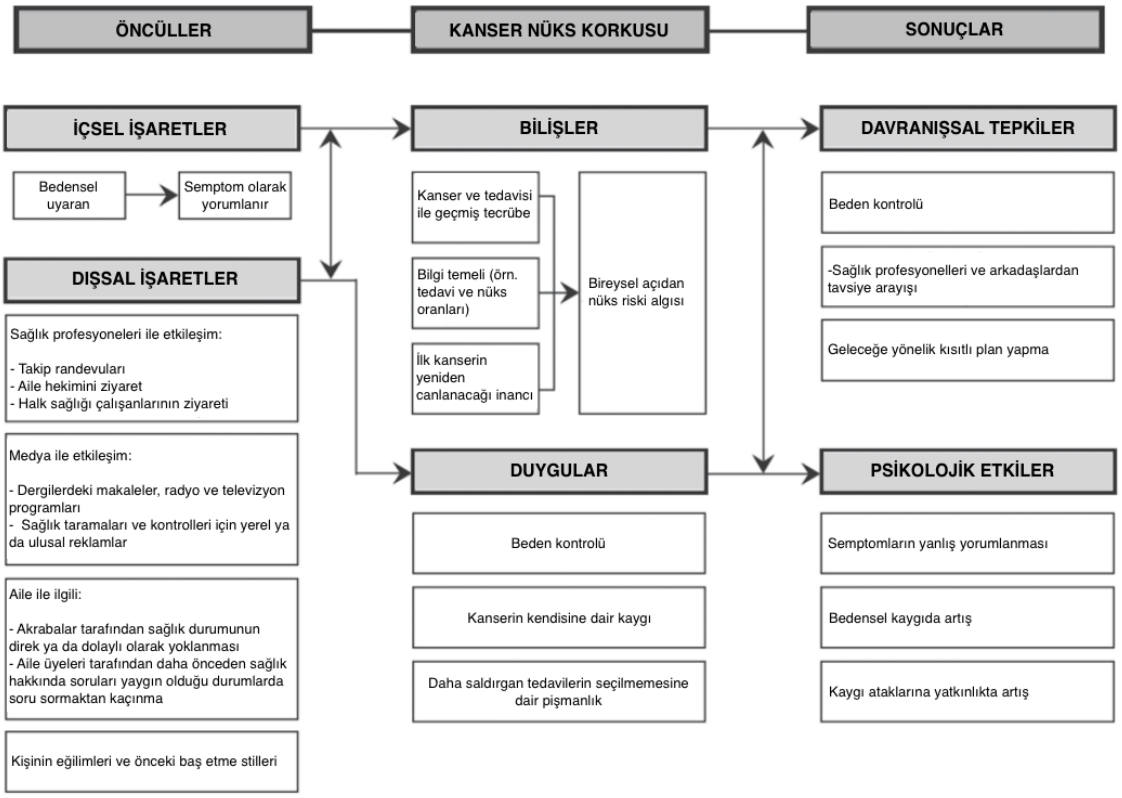
tepkilerini ortaya çıkarma eğilimde olur. Eğer farklı sonuçları barındıran, olasılıklara dayalı bir yaklaşım ile değerlendirilirse hayatın doğal bir getirisi olarak kabul edilir ve olasılıklar ve anlamlandırma çerçevesinden algılanır (Mishel, 1990). Mishel (1990)'e göre hastalar alternatifleri değerlendirmeye, seçenekleri fırsatlar olarak görmeye teşvik edildiği takdirde; düşünce işleyişleri yaşadıkları durumu, engelleyici olarak algılamaktan olasılık barındıran durumlar olarak algılamaya doğru evrilecektir. Belirsizlik durumunun, KNK, yüksek psikolojik sıkıntı ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkili bulunduğu çalışmalar mevcuttur (Clayton ve ark., 2006; Eisenberg ve ark., 2015; Mishel, 1990). Ayrıca teorinin öne sürdüğü hastanın bilgilendirilmesi ile belirsizliğin azalacağı varsayımı da Clayton ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında desteklenmiştir. Benzer şekilde, belirsizlikle baş etmek adına kanser sonrası sağ kalımlı kişilerin sağlık profesyonelleriyle daha fazla iletişime geçtiği (Armes ve ark., 2016) ve bilgi sağlayıcı müdahale programlarının belirsizlikte düşüşü sağladığı (Germino ve ark., 2013; Gill ve ark., 2006) bulunmuş olsa da tersi bir şekilde, başka bir çalışmada, kanser sonrası sağ kalımlıların sağlık profesyonelleriyle iletişime geçmesi ve yaşadıkları belirsizlik arasında ilişki bulunamamış olup, belirsizliğin nüks düşünceleri ile pozitif bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur (Clayton ve ark., 2006). Aynı çalışmada, ileri yaştaki kanser sonrası sağ kalımlıların, semptomlardan daha az rahatsızlık duyduğu ve dolaylı olarak ileri yaşın, daha az belirsizlik ve yüksek iyi oluş ile ilişkili olduğu bulunmuş ve bunu yaş ilerledikçe hayat tecrübelerine dayanan ve semptomları anlaşılabilir kılan bir bilişsel şema oluşturulmasına bağlamışlardır (Clayton ve ark., 2006). HBT belirsizliğin KNK'yı nasıl etkilediğini açıklamakta yetersiz olmakla eleştirilmiştir (Fardell ve ark., 2016). Yukarıda bahsedilen çalışmalara dair bulgular, HBT'nin uygulanabilir yanlarını ortaya koyuyor olsa da, HBT, tüm kanser sonrası sağ kalımlılar için nükse dair belirsizlik bir noktaya kadar mevcutken, neden tüm kanser sonrası sağ kalımlı herkesin klinik düzeyde KNK geliştirmediğini açıklamakta yetersiz kalmaktadır.

KNK'yı açıklamak adına Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler Modeli (KD-YİM) (Self-Regulatory Executive Function Model) (Wells ve Matthews, 1996) Butow, Kelly ve arkadaşları (2015) tarafından kullanılmıştır. Bilişsel bir model olan KD-YİM duygu bozuklukları için temel olan ve kaygı bozukluklarının uyumsuz bilgi işleme stilleri tarafından oluştuğu, sürdürüldüğü ve şiddetlendirildiğini öne süren, içerikten ziyade sürece odaklanan bir modeldir (Wells ve Matthews, 1996). KD-YİM'ye göre kişide

hastalık ile ilgili konuya dair hassasiyet ve dikkat yanlılığı olur, bu da ruminasyona (tekrarlayan düşünce) ve yüksek düzeyde endişeye neden olan girici düşünceleri ortaya çıkarır. Endişe ise uyumlu ve uyumsuz üstbilişler tarafından sürdürülmektedir. Kişinin ne düşündüğüne dair düşüncesi olarak özetlenebilecek üstbilişler (Tosun ve Irak, 2008) endişeye ve tehdidin izlenmesine dair olumlu inançlar (örn. "kanser nüksü hakkında endişelenmem beni ona hazırlıklı kılar") ve bu düşüncelerin kontrol edilemezliğine, anlamına ve tehlikesine dair olumsuz inançları (örn. "endişem kontrol edilemez", "endişelenmek yine hasta olmama neden olacak") içermektedir (Butow, Kelly ve ark., 2015). Bu inançlar değerlendirme ve baş etme stratejilerini etkileyerek tekrar eden bir süreci besler, öyle ki tekrarlayıcı düşünce, endişe, kaçınma, bastırma gibi uyumsuz baş etme stratejilerini ortaya çıkarır ve bunlar da olumsuz bilgi ve düşünce oluşumunu arttırmaktadır (Wells ve Matthews, 1996). KNK'nın yapısını KD-YİM üzerinden açıklamak adına erken dönem meme ve prostat kanseri geçirmiş sağ kalımlı hastalarla yapılan çalışmada, klinik düzeyde KNK'sı olanların, KNK'sı klinik düzeyde olmayanlara kıyasla, endişeye dair olumlu inançlarının (örn: "kaygılanmak hazırlıklı olmaya yardım eder") ve kaygının kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna dair inançlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Butow, Kelly ve ark., 2015). Aynı çalışma, uyumsuz üstbilişlerin KNK ile ilişkisini bu bulgularla desteklerken, dikkat yanlılığıyla KNK arasında anlamlı bir ilişki bulmamıştır. Yani, KD-YİM'nin modelin başlangıç noktası olarak aldığı kişinin hastalık ile ilgili konuya dair hassasiyeti ve dikkat yanlılığı olacağı önermesi sağlanmamıştır.

Lee-Jones ve arkadaşları (1997) KNK'nın bir başka bilişsel model olan Hastalığın Kendini-Düzenleme Sağduyu Modeli (HKD-OAM) (The Common-Sense Self-Regulation Model of Illness) (Leventhal, ve ark., 1992; Leventhal, vd. 2016) üzerinden anlaşılabileceğini önermişlerdir. Bu model çerçevesinden bakıldığında, kanser geçmişine sahip olmak kanserin ağır, uzun süreli, kontrol dışı olduğu inancına götürür ve tedavi ve hayatta kalım oranlarına dair zayıf ya da yanlış bilgiye sahip olmak daha yüksek risk algısı geliştirmeye neden olur. Bu da kansere verilen yoğun duygusal tepkiler (kaygı ve daha ciddi tedavilerin denenmemesinden dolayı pişmanlık hissi gibi) ile birlikte yüksek düzeyde KNK'ya neden olur. Bunlara öncüllük eden içsel (örn. semptomlar) ve dışsal (örn. sağlık profesyoneli ile konuşmak, medyada kanser ile ilgili içeriklere maruz kalmak, aile ile ilgili alanlar ya da kanserden kaçınma) tetikleyiciler

KNK'yı arttırabilir. KNK da psikolojik etkilere (örn. kaygı, panik atak) ve davranışsal değişimlere (örn. aşırı semptom kontrolü, sağlık profesyonelinden güvence arama) neden olur (Bkz. Şekil 1).



Şekil 1. Öncül Kanser Nüks Korkusu Modeli (Lee-Jones ve ark., 1997)

Lee-Jones ve arkadaşlarının (1997) modelinin, KNK'nın sonuçlarını içermesi, modelin literatüre yaptığı önemli katkılardandır (Simonelli ve ark., 2016). Modele göre, kanser sonrası hayatta kalanlar KNK ile baş edebilmek adına kaçınma, beden kontrolü, aşırı güvence arayışı gibi uyumsuz baş etme stratejilerine başvururlar. Bu uyumsuz baş etme stratejileri kısa vadede rahatlama sağlasa da uzun vadede KNK'nın artmasına neden olurlar. Modele göre KNK ile bu uyumsuz baş etme stratejileri arasında ikili bir ilişki vardır; baş etme stratejileri anlık onay vererek geçici bir rahatlama sağlarlarken uzun vadede KNK'yı artırırlar (Lee-Jones ve ark., 1997, McGinty, Small, Laronga ve Jacobsen, 2016). Her ne kadar KNK'yı açıklamada Lee-Jones ve arkadaşlarının modeli (1997) anlamlı olup içsel ve dışsal tetikleyicilerin yüksek düzeyde KNK ile ilişkili olduğu bulunmuş olsa da (Custers ve ark., 2017) modelin KNK'nın objektif bir riskten bağımsız, yanlış değerlendirmeye bağlı olarak ortaya çıktığı önermesi ve kanser riskinin

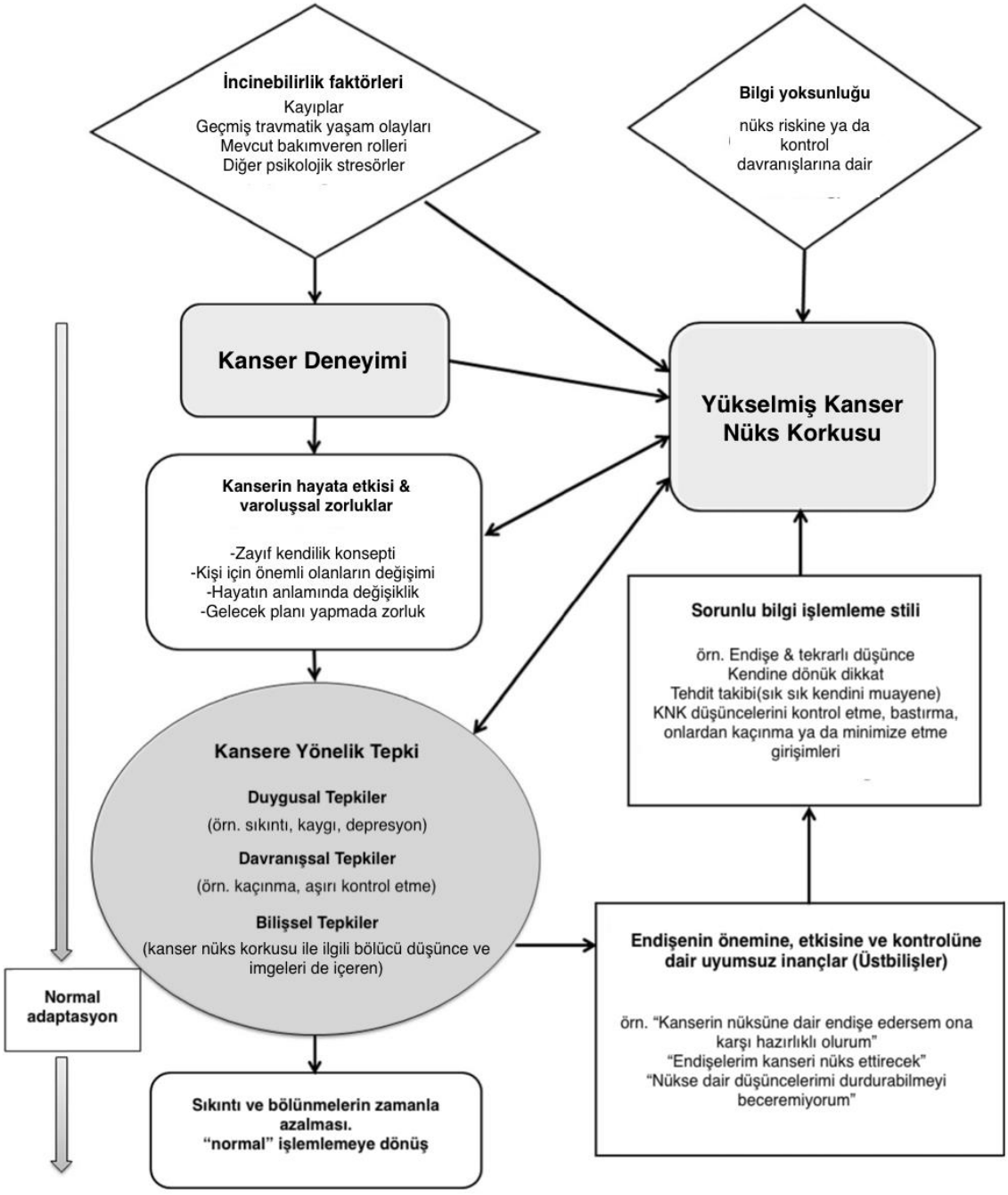
gerçek, sürekli olması ve KNK'nın bir noktaya kadar uyum sağlayıcı olması gibi faktörleri dikkate almaması nedeniyle yetersizdir (Butow ve Sharpe, 2021; Kvale ve ark., 2015).

Lebel ve diğerleri (2014), yukarıda bahsedilen modeller ve teorilerden Lee-Jones ve arkadaşlarının Modeli, HBT ve endişenin bilişsel modellerini harmanlayarak ortaya Kanser Nüks Korkusunun Harmanlanmış Teoriler Modeli'ni (KNK-HTM) (Blended Theoretical Model of Fear of Cancer Recurrence) koymuşlardır. KNK-HTM'ne göre Lee-Jones ve arkadaşlarının Modeli ve HBT, KNK'yı sürdüren faktörleri iyi bir şekilde ortaya koysalar da bilişsel incinebilirlik faktörlerini (belirsizliğe tahammülsüzlük, kaygı duyarlılığı, sıkıntıya dayanma, rahatsızlığa tolerans (Norr ve ark., 2013)) spesifik olarak ortaya koymamaktadır (Lebel ve ark., 2018). KNK'nın endişe ile benzer özellikler gösterdiğini iddia eden ve endişenin bilişsel teorilerinden beslenen KNK-HTM, bu teorilerin belirsizliğe tahammülsüzlüğün ve üstbilişlerin endişenin sürdürülmesindeki ana incinebilirlik faktörleri olduğu önermesinden dolayı belirsizliğe tahammülsüzlüğü modellerine katmışlardır (Lebel ve ark., 2014; Lebel ve ark., 2018). Lebel ve diğerleri (2014) meme kanseri ve yumurtalık kanseri sonrası sağ kalımlılarda gerçekleştirdikleri müdahale programının altyapısını KNK-HTM ile oluşturmuşlardır. Müdahale programı için KNK-HTM kapsamında bir teorik çerçeve ile ilerlemişlerdir. Bu çerçeveye göre; içsel ve dışsal tetikleyicileri deneyimlemek, kanser sonrası sağ kalımlıların nüks riski altında oldukları algısını arttırarak KNK'da artışa neden olur. Bu da kanser sonrası sağ kalımlıların beden kontrolü, güvence arayışı, kaçınma gibi stratejiler uygulamalarına neden olur. Eğer kanser sonrası sağ kalımlı kişi, kanser nüksüne dair daha fazla bilgiye sahipse daha az belirsizlik deneyimler ve dolayısıyla daha az bilgiye sahip olanlara kıyasla daha düşük KNK yaşar. Son olarak, endişelenmeye dair olumlu inançlara sahip olan ve belirsizliğe karşı düşük tolerans gösteren kanser sonrası sağ kalımlı kişiler daha yüksek KNK yaşar ve uyumsuz baş etme stratejilerini daha fazla kullanırlar (Lebel ve ark., 2014). 2014'te Lebel ve arkadaşlarının uyguladığı müdahale programı öne sürdükleri modelin istatistiksel analizlerini içermediğinden dolayı 2018 yılında bu modeli test etmek amacıyla Lebel ve diğerleri meme ve jinekolojik kanser sonrası sağ kalımlı kadınlarla bir araştırma yapmıştır. Bu araştırmanın öne sürdüğü 4 ana önerme olmuştur; 1) içsel ve dışsal tetikleyiciler ile kanser nüksü algısı arasında pozitif bir ilişki olacaktır, bu da tetikleyiciler ve KNK arasında pozitif bir ilişkiyi doğuracaktır. 2)

Hastalıkta belirsizlik, kanser nüks algısı ve tetikleyiciler arasındaki ilişkiyi modere edecektir. 3) Belirsizliğe tahammülsüzlük ve endişelenmeye dair olumlu inançlar, KNK ve uyumsuz baş etme stratejilerinin kullanımında artış ile ilişkili olacaktır. 4) KNK ve uyumsuz baş etme stratejileri arasında pozitif anlamlı bir ilişki olacaktır. Araştırma sonunda, bu önermelerden bazıları sağlanmamış olup, model bileşenleri arasında önermelerin dışında ilişkiler bulunmuştur. Bunlara örnek olarak, tetikleyicilerin nüks riski algısından bağımsız olarak KNK'yı yordadığı; KNK'nın bilişsel kaçınma ile negatif şekilde ilişkili olduğu; daha fazla hastalıkta belirsizlik bildirenlerin kanser nüksünü daha olası algıladıkları ve daha fazla güvence arayışı içinde oldukları; hastalıkta belirsizliğin tetikleyiciler ve yüksek KNK arasında biçimlendirici rolde olduğu araştırmanın bulguları arasındadır. Yapılan çalışmada kanser sonrası sağ kalımlılarda; BT ve endişe hakkında olumlu inançların birlikte uyumsuz baş etme stratejilerini yordarken, KNK'yı yordamadığı ve yalnızca BT'nin KNK'yı yordama eğiliminde olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca KNK uyumsuz baş etme stratejilerini yordamış fakat bilişsel kaçınma ile anlamlı negatif bir ilişki göstermiştir (Lebel ve ark., 2018).

Son olarak Lee Jones ve arkadaşlarının KNK modeli (1997), KD-YİM ve bilişin ve dilin temelinde olaylar ya da uyaranlar arasında gelişigüzel öğrenilmiş ve bağlamsal olarak kontrol edilen ilişkiler olduğunu savunan İlişkisel Çerçeve Teorisi'nin (Relational Frame Theory) (Hayes ve ark., 2006) yeniden ele alınmasıyla oluşturulan Kanser Nüks Korkusuna Bilişsel İşlemleme Yaklaşımı (KNK-BİY) (Cognitive-Processing Approach to Fear of Cancer Rerurrence) (Fardell ve ark., 2016) 6 ana önerme ortaya koymuştur. 1) Kanserden bir yakınını kaybetme, geçmiş travmatik olaylar, bakım veren rolleri ve psikolojik strese neden olan diğer etmenler KNK'ya karşı savunmasızlığı arttırabilir. 2) Kanserin şiddeti, kronik yapısı ve varoluşsal etkisine dair inançlar yüksek düzeyde KNK'ya sebep olabilecek yoğun duygular yaratabilir. 3) Endişelenmenin doğasına ve önemine dair inançlar, endişe ile sorunlu baş etme stratejilerinin temelinde yatan etken olabilir. 4) Endişeyle baş etmede kullanılan bu sorunlu baş etme stratejileri, tekrarlı düşünme, tehdit ile ilişkili bilgiye yanlı dikkat, kendine-dönük dikkat ve kontrol girişimleri, potansiyel nükse dair düşüncelerden kaçınma ya da düşünceleri bastırmayı içerir ve KNK'yı yükseltir. 5) Sağlığın en iyi şekilde nasıl korunarak sürdürülebileceğine dair bilgi eksikliği, belirsizliğe ve uygun

kontrol davranışlarına dair kafa karışıklığına neden olur. 6) KNK geleceğe dair plan yapmayı güçleştirebilir, bu da zayıf kendilik algısına neden olabilir. Akabinde ise, temel hayat amaçları ile bağlantıda kalma ve onları gerçekleştirecek enerjiyi yönlendirebilme zorlaşır. Bu yaklaşım orijinal şeması üzerinden Şekil 2'de gösterilmiştir. Lee-Jones ve arkadaşlarının KNK modelinde (1997) olduğu gibi bu modelde de, bilişsel süreçler üstüne bir yaklaşım benimsemiştir. Fakat kanser sonrası sağ kalımlıların bir kısmının klinik düzeyde KNK gösteriyorken bir kısmının göstermediğini açıklamada hastalık temsillerinden ziyade üstbilişlerin özellikle önemli olduğunu öne sürmesiyle Lee-Jones ve arkadaşlarının KNK modeliyle (1997) ayrışmaktadır (Fardell ve ark., 2016). Ayrıca KNK-BİY test edilebilir önermeler sunmaktadır; modele göre ilk olarak, endişeye dair uyumsuz inançlar, bireysel incinebilirlik ve bilgi eksikliğiyle birlikte daha klinik düzeyde KNK geliştirilmesine neden olacak; ikinci olarak, tedavi sonrası yüksek düzeyde KNK yaşayanlar, kendine-dönük dikkat, tekrarlı düşünce ve kontrol etme, endişeden kaçınma ya da bastırma gibi uyumsuz baş etme stratejileri kullanacaklardır; son olarak yüksek düzeyde KNK yaşayanlar, gelecek hakkında plan yapma ve hayattan anlam çıkarmayı zorlaştıran varoluşsal zorluklarla karşılaşmaya daha yatkın olacaklardır. Fardell ve diğerleri (2016), Hastalıkta Belirsizlik Teorisi'ni belirsizliğin KNK'ya nasıl etki ettiğini açıklamamasıyla eleştirmiştir. Öte yandan Fardell ve diğerleri (2016) KNK-BİY ile geçmiş travmatik yaşam deneyimleri, yanlı dikkat gibi bilişsel incinebilirlik faktörlerini oluşturdukları model içine katmış olsalar da yanlı dikkat gibi ortaya sürdükleri bilişsel incinebilirlik faktörünün KNK ile ilişkisini desteklemeyen çalışmalar da vardır (Butow, Kelly ve ark., 2015).



Şekil 2. Kanser Nüks Korkusuna Bilişsel İşlemleme Yöntemi (Fardell ve ark., 2016)

Sonuç olarak, kanser nüks korkusunun ortaya çıkışı ve sürmesine dair yukarıda bahsedilen model ve yaklaşımlar, birbirlerinden beslenerek KNK'nın anlaşılmasına katkıda bulunmuşlardır.

2.4 Belirsizliğe Tahammülsüzlük (BT)

90'lı yılların ortalarından itibaren gündemde olan belirsizliğe tahammülsüzlük (BT) kavramının o zamandan bu yana kabul gören bir tanımlaması şöyledir; tehdit düzeyini olduğundan fazla ve hatalı algılamaya sebep olan ve baş etmesinin zor olduğu, önyargılı bilgi işlemleme ile oluşan bilişsel, duygusal ve davranışsal tepki (Freeston ve ark., 1994). Güncel yaklaşımlar ise, belirsizliğe tahammülsüzlüğü bireyin, bir olumsuz olayın meydana gelmesi ihtimalini, onun meydana gelme olasılığına bakmaksızın, kabul edilemez ve tehditkâr olarak değerlendirmesi eğilimi olarak tanımlamaktadır (Carleton, 2012). BT seviyesi daha yüksek olan kişiler bir durumda tehdit edici bir unsur olduğunu düşündüklerinde daha fazla endişelenirler (Buhr ve Dugas, 2009), endişeye dair daha fazla olumlu inançlar taşırlar, belirsiz durumları daha fazla tehlikeli olarak algılarlar (Davey ve ark., 2007), daha fazla "ya eğer" (what if) düşünceleri olur (Ottaviani ve ark., 2014) ve daha sık bilişsel kaçınmaya başvururlar (Kertz ve ark., 2015).

BT'yi daha iyi anlayabilmek adına ölçüm araçlarının geliştirilip uygulanması ile BT kavramsallaştırma çalışmaları yapılmış ve son tahlilde öngörülebilirlik arzusu ("Gelecekte neler olacağını bilmek istiyorum") ve belirsizlik felci ("Belirsiz bir durumda hareketsiz kalırım") olarak BT iki alt boyutta değerlendirilmiştir. "Öngörülebilirlik arzusu, kişinin gelecekte olabilecek olanla ilgili netlik arayışı iken belirsizlik felci ise belirsiz durum ortaya çıktığında, ketlenme veya belirsizliği ortaya çıkaran durumdan uzak durma ile ilişkili gibi gözükmektedir. Bu anlamda öngörülebilirlik arzusu daha ziyade bir bilişsel bileşen gibi gözükürken, belirsizlik felci, davranışsal bir bileşen gibi gözükmektedir" (Yığman ve Fidan, 2021, s. 577). BT; bilişler, üstbilişsel inançlar, duygular ve davranışları içeren genel bir kavram gibi gözükmektedir (Yığman ve Fidan, 2021, s. 577).

Bilişsel davranışsal bir bakış açısıyla ele alındığında BT, belirsiz duruma yönelmiş yanlı dikkati, belirsizliğin tehdit olarak yorumlanmasını barındırır ve kaygı ve sıkıntı durumlarını yaratarak, kişiyi geçici rahatlama sağlayan kesinlik arayışı ya da kaçınma davranışlarına iter (Jacoby, 2020). Erteleme, kaçınma, kontrol etme gibi davranışlar geçici rahatlama sağlasa da tekrarlayıcı bir örüntüyle gerçekleştirildiklerinde, olumsuz bir pekiştireç etkisiyle problemin yerleşik duruma gelmesine neden olurlar (Robichaud, 2013).

Kaygı bozukluklarının merkezinde olan endişe için en bilinen bilişsel incinebilirlik faktörleri BT (Buhr ve Dugas, 2009; Dugas ve ark., 2004; Ladouceur Gosselini ve ark., 2000) ve üstbilişlerdir (Hirsch ve ark., 2013; McEvoy ve Mahoney, 2011; Yılmaz ve ark., 2008). BT'nin endişenin sürdürülmesindeki ana etkenlerden biri olarak değerlendirildiği Belirsizliğe Tahammülsüzlük Modeli (Intolerance to Uncertainty Model) (Dugas ve ark., 1998) genel kaygı bozukluğu olan kişilerin belirsizliği sıkıntı verici bulmalarının, belirsiz bir durumla karşılaştıklarında endişenin başlamasına ve bunun da kaygı ve bir yandan kaygının da beslediği zayıf problem yönetimine ve bilişsel kaçınmaya neden olduğunu öne sürmektedir. Endişe, zaman içerisinde, bireyin yaşamındaki hemen her konuda kendisini gösterebilmektedir (Dugas ve ark., 2001). Nitekim yakın zamanda sağlıklı popülasyonla yapılan bir çalışmada BT'nin olumsuz yaşam olayları ve kaygı arasında düzenleyici rolü olduğu bulunmuştur. Yüksek düzeyde BT gösteren kişiler olumsuz bir yaşam olayıyla karşılaştıklarında daha fazla kaygı göstermişlerdir (Chen ve Hong, 2010).

Yani endişenin (Buhr ve Dugas, 2009; Laugesen ve ark., 2003) ve kaygı bozukluklarının ilerlemesi ve sürdürülmesinde BT'nin önemli ölçüde rolü olan bir bilişsel incinebilirlik faktörü olduğu düşünülmektedir (Buhr ve Dugas, 2009; Freeston, ve ark., 1994; Koerner ve Dugas, 2008; Ladouceur ve ark., 2000; Norr ve ark., 2013). Genel kaygı bozukluğu ve endişe, BT ile ilişkili olduğu düşünülen ilk kaygı bozuklukları formlarıdır (Dugas ve ark., 2004; Holaway ve ark., 2006). Dugas ve arkadaşları (2007) genel kaygı bozukluğu için oluşturdukları bilişsel modelde, BT'yi genel kaygı bozukluğu riski olan kişiler için karakteristik bir yatkınlık olarak değerlendirmişlerdir. Model, yüksek düzeyde BT yaşayanların, belirsiz durumları, düşük düzeyde BT yaşayanlara kıyasla daha tehdit edici algılayacaklarını ve günlük yaşamın içinde belirsizliğin kaçınılmaz olması nedeniyle, BT'nin genel kaygı bozukluğunda görülen kaçınma ve kronik strese katkıda bulunacağını ileri sürmektedir. Nitekim BT'nin, obsesif-kompulsif bozukluk (Holaway ve ark., 2006), sosyal anksiyete (Carleton ve ark., 2010), istifleme (Oglesby ve ark., 2013) gibi kaygı durumlarıyla ve depresyon (McEvoy ve Mahoney, 2011) ile ilişkili bulunduğu çalışmalar mevcuttur.

2.4.1 BT ve baş etme

BT bu psikolojik sorunların sürdürülmesinde önemli bir roldedir (Carleton, 2012) ve bu psikolojik sorunlar belirsizliğin arttığı durumlarda daha travmatik sonuçlar yaratma potansiyeline sahiptir (Vousoura ve ark., 2021). Bu anlamda, araştırmacılar dikkatlerini, BT'nin bireyin ruh sağlığı sonuçları üzerindeki etkilerini arttırabilecek veya azaltabilecek diğer bireysel kaynaklara odaklamaktadırlar. Nitekim, bir çalışmada, psikolojik problemleri olan katılımcıların olmayanlara kıyasla daha yüksek seviyede BT gösterdiği ve kendini kısıtlama, kabullenme, davranışsal ilgiyi kesme ve alkol/madde kullanımı gibi baş etme stratejilerini daha fazla kullandığı bulunmuştur (Doruk ve ark., 2015). Yüksek düzeyde BT gösteren kişiler, yanlı algı ve belirsizliğin kabul edilemez olduğu gibi temel inançlar nedeniyle ortaya çıkan duyguları elimine etmek amacıyla uyumsuz baş etme stratejileri kullanırlar (Amici, 2021; Einstein, 2014) Bu bağlamda, başa çıkma stratejileri ele alınmış ve yüksek seviyede BT ve inkarın daha yüksek stres algısına yol açtığı, izolasyon ve sosyal desteğin, BT ve stres algısı arasındaki ilişkide düzenleyici rolü olduğu bulunmuştur (Palma ve ark., 2022). Benzer bir şekilde yüksek düzeyde BT gösteren kişilerin, problem çözme becerilerinin, problem çözmeye dair düşük özgüven, zayıf kontrol inançları ve istenmeyen duygusal tepkiler nedeniyle bozulduğu, ayrıca BT'nin duygusal problem yönetimi ile birlikte endişenin önemli yordayıcılarından olduğu bulunmuştur (Dugas ve ark., 1997). BT'nin belirsiz durumları tehdit edici olarak algılama eğilimi yaratması (Koerner ve Dugas, 2008) inkar gibi pasif baş etme (Palma ve ark., 2022) veya olumluya odaklanma gibi duygu odaklı baş etme (Bozkur ve ark., 2020) stratejilerini getirse de Rosen ve Knäuper (2009) belirsiz bir sağlık tehdidi altında olunduğu durumlarda, BT'nin kişiyi sağlık taraması yaptırma gibi olumlu sağlık davranışlarına yönlendirebileceğini ileri sürmüşlerdir. Bununla birlikte tehdit edici bilgi ve uyaranlardan kaçınma veya bunları ortadan kaldırma girişiminin BT karşısında etkili sonuçlar verdiği görülürken, belirsizlik hakkındaki kesinliği artırmak için sergilenen davranışlara aşırı derecede bağlılık (örn. saplantılı bir şekilde bilgi araştırmak, durum ve sonuçlar hakkında derin düşüncelere dalmak vb.) BT'yi körükleyen davranışlar olarak görülmüştür (Wu ve ark., 2021).

2.4.2 BT ve KNK

Kanser gibi belirsizlikle dolu bir hastalık söz konusu olduğunda kişinin belirsizliğe tahammül seviyesi, kanser sonrası sürecini etkileyebilmektedir. KNK'yı açıklayabilmek adına geliştirilen KNK-HTM'de KNK'nın endişe ile benzer özellikler göstermesi nedeniyle endişenin bilişsel teorilerine yer verilmiş ve bu teorilerin öne sürdüğü ana incinebilirlik faktörleri olan BT ve üstbilişlere modelde yer verilmiştir (Lebel ve ark., 2014). Öyle ki, prostat kanseri sonrası sağ kalımlı kişilerle yapılan bir çalışmada BT'nin kanser ile ilişkili sıkıntıyla pozitif bir ilişkisi olduğu bulunmuştur (Eisenberg ve ark., 2015). Yine prostat kanseri sonrası sağ kalımlı kişilerle yapılan bir çalışmada, üriner semptomlar ile birlikte BT'nin, kaygıyı beslediği bulunmuştur (Tan ve ark., 2016). Mutsaers ve arkadaşları (2016) klinik düzeyde KNK gösteren kanser sonrası sağ kalımlı kişilerle yaptıkları yarı-yapılandırılmış görüşmeler sonucu kanser sonrası sağ kalımlıların yaşadıkları arasında BT'nin de yer aldığını ortaya koymuşlardır. Kolorektal kanser sonrası sağ kalımlı kişilerle yapılan bir çalışmada KNK ile BT arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Cessna Palas ve ark., 2021). Öte yandan Lebel ve diğerleri (2018) BT'nin KNK'yı yordama eğiliminde olduğunu bulmuşlardır. Çocukluk çağı kanseri geçirmiş kişiler ve ebeveynleri ile yapılan bir çalışmada her iki grupta da yüksek KNK seviyeleri yüksek BT ve ağrıyı felaketleştirmeyle ilişkili bulunmuştur (Tutelman ve ark., 2022). Yine kolorektal kanseri sonrası sağ kalımlılarla yapılan bir çalışmada ise BT, KNK ile anlamlı şekilde ilişki göstermiştir (Cessna Palas ve ark., 2021).

2.5 Üstbiliş

2.5.1 Üstbiliş kavramı

Üstbiliş çeşitli epistemolojik süreçlere atıfta bulunmak için kullanılan bir kavramdır. Üstbiliş esasen, düşünceler hakkındaki düşünceler, bilgi hakkındaki bilgi ya da eylemler hakkındaki dışavurumlar olarak açıklanabilecek ikincil düzey bilişlere atıfta bulunan biliş hakkındaki biliş anlamına gelmektedir. Yani eğer biliş algılamayı, anlamayı, hatırlamayı vb. içeriyorsa üstbilişler de bireyin kendi algılaması, anlaması, hatırlaması vb. hakkında düşünmesini içermektedir (Papaleontiou-Louca, 2003).

Plato'nun, bilişin kendisinin kavranmasından bahsettiği ve benzer şekilde, Aristotales'in gerçekten görme ve duymanın ötesinde psişenin bunları gerçekleştirdiğinin farkına varmasına vesile olan ayrı bir güç olduğundan bahsettiği Spearman tarafından ortaya konmuştur (akt. Georghiades, 2004). Aslında kendinden çok uzun yıllar önce bahsettirmiş olan üstbiliş kavramı ilk kez Flavell tarafından 70'li yıllarda ortaya atılmış ve detaylı şekilde tanımlanmıştır (Flavell, 1979). Flavell üstbilişi, bilişler hakkındaki bilgi, bilişsel görevler hakkındaki bilgi, farklı görevlerin çözümünde uygulanmış stratejiler hakkındaki bilgi ve bireyin bilişsel aktivitelerini kontrol edebilme becerisi olarak detaylı şekilde tanımlamıştır. Flavell'e (1979) göre üstbiliş; bilişsel işlemlere, öz-düzenlemeye ve bilinçli strateji seçimi ve göreve uygun stratejiyi görevle eşlemeyi içeren öğrenme ile bağlantılı süreçlerin yönetimine işaret etmektedir.

Baker ve Brown (1980), Schraw ve Dennison (1994) ve Veenman ve arkadaşları (2006) gibi araştırmacılar üstbilişin iki bileşeni olarak üstbilişsel bilgi ve üstbilişsel düzenleme/kontrolü birbirinden ayırmışlardır. Üstbilişsel bilgi, kişilerin kendi bilişleri veya genel olarak biliş hakkında ne bildiklerini ifade ederken, üstbilişsel düzenleme/kontrol bilişi düzenlemek adına bireyin bu bilgileri nasıl kullandığını ifade etmektedir (Schraw ve Moshman, 1995). Üstbilişsel bilgi, üstbilişin yansıtmacı yönünü sağlayan üç alt işlemi içermektedir; bildirimsel bilgi (örn. Bireyin kendisi hakkındaki ve kullandığı stratejiler hakkındaki bilgi), yöntemsel bilgi (örn. Stratejileri nasıl kullanacağı hakkındaki bilgi) ve durumsal bilgi (örn. Stratejileri neden ve ne zaman kullanacağına dair bilgi) (Schraw ve Dennison, 1994). Üstbilişsel düzenleme/kontrol ise, kişinin düşünme ve öğrenmesini kontrol etmesine yardımcı olan üstbilişsel aktiviteleri ifade eder ve planlama (örn. Bireyin uygun stratejileri seçimi ve kaynaklarını düzenlemesi), izleme (örn. Bireyin kullandığı yöntemler doğrultusunda gidişatın durumunu gösteren bilişsel süreç) ve değerlendirme (örn. Kişinin sonuçları ve verimliliğini değerlendirmesi) ile üç ana beceriyi içerir. (Schraw ve Moshman, 1995).

Yani özetle "üstbiliş (metacognition) kavramı, bilişleri kontrol eden, düzenleyen ve değerlendiren üst düzey bilişsel yapı, bilgi ve süreçler olarak tanımlanabilir. Üst-biliş, kişinin kendi zihnindeki olay ve işlevlerin farkında olmasını, zihin olaylarını ve işlevlerini amaçlı yönlendirebilmesini içeren bir üst sistemdir." (Tosun ve Irak, 2008, s. 68). Üstbiliş, öğrenme süreçlerini açıklamak adına kullanımının (Baker ve Brown,

1980; Flavell, 1979; Schraw ve Dennison, 1994; Schraw ve Moshman, 1995; Veenman, ve ark., 2006) yanı sıra psikopatolojik süreçleri açıklamak adına da kullanılmıştır.

Wells ve Matthews (1994; 1996)'un, psikolojik bozuklukların üstbiliş üzerinden ele alınmasını içeren Üstbiliş Teorisi'ne göre endişe bireylerin tutunduğu genel olumsuz sosyal inançlardan (örn. "değersizim", "dünya tehlikelidir") ziyade farklı bir bilgi temelinden gelmektedir. Bu bilgi temeli, bilişsel sistemi kontrol eden üstbilişsel yapıdadır (Davey ve Wells, 2006). Üstbiliş Teorisi'ne göre iki çeşit üstbilişsel bilgi vardır; açık ve örtük (Wells ve Matthews 1994; Wells, 2000). Açık ve örtük bilgi, bireyin düşünme becerilerini temsil eder (Wells, 2009). Açık bilgi, "endişelenmek kalp krizine neden olabilir.", "eğer endişeme odaklanırsam zarar görmeyi engelleyebilirim." gibi sözel olarak ifade edilebilirdir. Örtük bilgi ise, direkt sözel olarak işlenemeyen, düşünceyi yönlendiren kurallar ve programlar olarak düşünülebilir. Üstbilişsel bilgi, düşünceye dair olumlu ve olumsuz inançları barındırır (örn. "bazı düşünceler benim için zararlıdır.", "endişelenmek baş etmeme yardımcı olur.") (Wells ve Matthews, 1994). Bu teori, tüm psikolojik bozukluklarda bulunan ve bunların gelişimi ve sürdürülmesinde rol oynayan bir biliş şablonundan söz eder. Bilişsel Dikkat Sendromu (BDS) olarak adlandırdıkları bu şablon, endişe/tekrarlayıcı düşünce, tehdit kaynaklarına odaklanmış dikkat ve olumsuz inançları yönetmede başarısız olan baş etme stratejilerinden (örn. düşünceleri bastırma, kaçınma, madde kullanımı) oluşur. BDS, üstbilişsel bilgi ve inançlardan doğar. Yukarıda da değinildiği gibi, BDS'in bileşenlerine başvurmaya dair olumlu inançlar (örn. "eğer endişeme odaklanırsam zarar görmeyi engelleyebilirim.") ve düşünce ve hislerin kontrol edilemezliğine, tehlikesine ya da önemine dair olumsuz inançların ("düşüncelerim beni deliye döndürebilir.") işleyişe olan etkisi BDS'yi doğurmaktadır (Wells, 2009). Bazı inançlar, durum özelindeki biliş ve davranış için planlardır ve direkt sözel olarak temsil edilemese de kendilerini sözel şekillerde gösterebilirler. Örneğin, stres sonrası travma bozukluğu yaşayan bir kişi, "hazırlıklı kalabilmem için tehlikeye odaklanmam gerekir." şeklinde bir inanca sahiptir. Bazı üstbilişsel inançlar da tehdidi izlemeyi içerir. Benzer şekilde psikolojik bozukluğa sahip kişiler, endişe ya da tekrarlayıcı düşünceye başvurmaya dair olumlu inanca sahip olabilirler (örn. "Kontrolü sürdürebilmek adına hata yapmaya dair endişelenmem gerekir."). Bunlara ek olarak düşüncelerin anlamına ya da önemine dair olumsuz inançlar, bazı psikolojik bozuklukların merkezindedir. Örneğin, obsesif kompulsif

bozukluğu olan bir kişi, girici düşüncelerin zararlı/tehlikeli olduğuna inanmaktadır (Wells, 2006).

Yani psikolojik bozuklukların üstbilişsel teorisinde, bilgi, deneyim, baş etme stratejilerindeki uyum bozuculuğun bir arada bulunması, psikolojik bozukluklara yol açan, işlevsiz düşünme kalıbını ortaya çıkarır. Daha açık bir şekilde ortaya koymak gerekirse, "Kişiler olayları değerlendirmelerini etkileyen düşünceleri (işlevsel olmayan bilişleri) hakkında bir takım olumlu ve olumsuz inançlara (üstbilişlere) sahiptirler. Bu tarzdaki üstbilişler kişinin uyuma yönelik olmayan tepki tarzları geliştirmelerine yol açmaktadır" (Tosun ve Irak, 2008, s. 68).

Nitekim teorinin öne sürdüğü gibi, temelinde endişenin bulunduğu panik bozukluklar ve genel kaygı bozukluğu yaşayan kişilerin uyumsuz üstbilişsel inançlara sahip olduğunu bulan çalışmalar (Morrison ve Wells, 2003; Wells ve Carter, 2001) olduğu gibi, farklı psikolojik/psikiyatrik bozukluklar yaşayan kişilerin de uyumsuz üstbilişsel inançlara sahip olduğunu gösteren çalışmalar (Ekinci ve Ekinci, 2016; Sarisoy ve ark., 2014; Sun ve ark., 2017) mevcuttur.

Psikolojik bozukluklarda olduğu gibi, uyumsuz üstbilişsel inançların, kronik hastalığı olan kişilerde, medikal tedaviye uyumu etkileyen olumsuz duyguların gelişiminde yer alan bir faktör olabileceği düşünülmektedir (Lenzo ve ark., 2020). Nitekim bunu araştırmak adına çalışmalar yürütülmüştür. Multiple skleroz hastalarıyla yapılan bir çalışmada hastaların uyumsuz üstbilişsel inançlara yatkınlığı olduğu bulunmuş ve üstbilişin bu hastalarla terapötik bir çalışma için kullanımının, faydalı olabileceği öne sürülmüştür (Pöttgen ve ark., 2015). Ancak multiple skleroz hastalarının ve normal popülasyondaki kişilerin üstbiliş faktörleri arasında anlamlı fark bulunamadığı da olmuştur (Quattropani ve ark., 2018). Diğer bir yandan kanser hastaları ve sağ kalımlıları ile yapılan çalışmalarda üstbilişlerin bu popülasyon için önemli bir faktör olduğu gösterilmiştir (Butow ve ark., 2015; Fisher ve ark., 2019; Fisher ve ark., 2017; Fisher, vd. 2018; Mutlu ve ark., 2018; Quattropani ve ark., 2016).

2.5.2 Üstbiliş ve KNK

KNK'yı açıklamak adına üstbilişlerin yer aldığı modeller kullanılmıştır (Butow, Kelly ve ark., 2015; Fardell ve ark., 2016; Lebel ve ark., 2014). Bu modellere göre, üstbilişler, KNK'nın gelişimi ve sürdürümünde önemli bir yere sahiptir. Butow, Kelly ve diğerleri (2015) KNK'yı açıklamak adına Wells ve Matthews (1996)'un modelini ele almışlardır. Modelde, kişide hastalık ile ilgili konuya dair hassasiyet ve dikkat yanlılığı olduğu, bunun da ruminasyona (tekrarlayan düşünce) ve yüksek düzeyde endişeye neden olan girici düşünceleri ortaya çıkardığı öne sürülmektedir. Endişe ise, uyumlu ve uyumsuz üstbilişler tarafından sürdürülmektedir. Endişeye ve tehdidin izlenmesine dair olumlu inançlar (örn. "kanser nüksü hakkında endişelenmem beni ona hazırlıklı kılar.") ve bu düşüncelerin kontrol edilemezliğine, anlamına ve tehlikesine dair olumsuz inançları (örn. "endişem kontrol edilemez", "endişelenmek yine hasta olmama neden olacak") içermektedir (Butow, Kelly ve ark., 2015). Bu inançlar değerlendirme ve baş etme stratejilerini etkileyerek tekrar eden bir süreci besler, öyle ki tekrarlayıcı düşünce, endişe, kaçınma, bastırma gibi uyumsuz baş etme stratejilerini ortaya çıkarır ve bunlar da olumsuz bilgi ve düşünce oluşumunu arttırmaktadır (Wells ve Matthews, 1996). KNK'nın yapısını KD-YİM üzerinden açıklamak adına erken dönem meme ve prostat kanseri geçirmiş sağ kalımlı hastalarla yapılan çalışmada klinik düzeyde KNK'sı olanların, KNK'sı klinik düzeyde olmayanlara kıyasla endişeye dair daha olumlu inançları olduğu (örn: "endişelenmek hazırlıklı olmaya yardım eder") ve endişenin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna dair inançlarının da daha yüksek olduğu bulunmuştur (Butow, Kelly ve ark., 2015). Bu bulguların aksine, Lebel ve diğerleri (2018) KNK modellerini test ettikleri çalışmalarında, beklediklerinin tersine, endişeye dair olumlu inançların KNK'yı yordamadığını bulmuştur. Diğer bir model ise Fardell ve diğerleri (2016) tarafından oluşturulmuş ve üstbilişlerin, sağ kalımlılar arasında KNK düzeylerinin fark göstermesini açıklamada önemli yere sahip olduğunu, endişeye dair olumsuz inançların daha ziyade klinik düzeyde KNK'ya neden olacağını öne sürmüştür.

Bu modeller dışında yapılan çalışmalarda da üstbilişler ve KNK arasındaki ilişki ortaya konmuştur. Butow ve diğerleri (2017), meme, kolorektal kanser ya da melenom geçirmiş kişilere uygulanan, dikkati yönetme, üstbilişler, kabullenme ve tarama davranışları ve değer temelli hedef belirlemeyi içeren müdahale programını, yalnızca

dikkati kontrol etme üzerine uygulanan müdahale programı ile 3 ve 6 ay aralıklarla karşılaştırmışlardır. Kontrol grubuna kıyasla diğer grubun KNK düzeylerinde, 6 aylık takipte dahi düşüş eğilimi olduğu görülmüştür. Ayrıca yine kontrol grubuna kıyasla, diğer grubun Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ-30)'nden aldıkları toplam puanda ve düşünceleri kontrol ihtiyacında düşüş görülmüştür. Benzer bir şekilde kanser sonrası sağ kalımlılarla yapılan çalışmalarda, katılımcılar üstbilişleri ile çalışmayı içeren terapi programından geçmiş ve kaygı, depresyon, KNK, travma sonrası stres semptomları ve üstbilişsel inançlarında 6 aylık takipte dahi anlamlı bir düşüş görülmüştür (Fisher ve ark., 2019; Fisher, ve ark., 2017). Bunun dışında, erken dönem meme kanseri sonrası sağ kalımlı kadınlarla yapılan bir çalışmada, KNK'nın tüm üstbiliş alt boyutlarıyla orta derecede anlamlı bir ilişki gösterdiği, endişe hakkında olumsuz inançlar (örn."endişelenmek beni hasta edecek") ve düşünceleri kontrol ihtiyacının artmış KNK ile kuvvetli bir ilişki gösterdiği bulunmuş olup, klinik düzeyde KNK'nın tedavisi için uyumsuz üstbilişler ile çalışmanın önemi vurgulanmıştır (Thewes ve ark., 2013). Curran ve arkadaşları (2020) yaptıkları araştırmada KNK'nın üstbilişler, tehdidin yorumlanması, ölüm kaygısı, girici düşünceler ve daha genç yaş aralığı ile yordandığını bulmuştur. KNK ve üstbilişler arasındaki bu ilişki, KNK modellerinde (Butow, Kelly ve ark., 2015; Fardell ve ark., 2016; Lebel ve ark., 2018; Lee-Jones ve ark., 1997; Mishel, 1990) de değinildiği gibi KNK'nın ortaya çıkışını anlama ve klinik boyuttaki KNK tedavilerinde kullanılabilmesi adına önemli bir yere sahiptir.

2.5.3 Üstbiliş ve BT

BT ve üstbilişler endişenin sürdürülmesindeki ana incinebilirlik faktörleri olarak belirtilmiştir (Lebel ve ark., 2018). BT ve üstbilişler arasındaki ilişki çeşitli klinik alanlarda araştırılmıştır. Örneğin problemli yeme alışkanlığı olan kişilerle normal yeme alışkanlığı olan kişilerin karşılaştırıldıkları bir çalışmada BT ve üstbilişler arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Konstantellou ve Reynolds, 2010). Normal popülasyonda yapılan bir çalışmada ise BT ile olumsuz üstbilişsel inançlar (örn. "endişelerim benim için tehlikelidir.") ve günlük endişe arasında anlamlı bir ilişki bulunurken, olumlu üstbilişsel inançlar ile anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Thielsch ve ark., 2015a). Farklı yaş grupları ile de çalışmalar yapılmıştır. Örneğin ergenlerle yapılan bir çalışmada üstbilişler, BT ve endişe arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur

(Thielsch ve ark., 2015b). Kanser sonrası sağ kalım literatüründe ise BT çalışmalarda çok fazla yer verilen bir kavram olmamıştır (Maheu ve ark., 2021). Kısıtlı sayıda yapılan çalışmalarda, BT ve üstbilişler arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Curran ve ark., 2020; Lebel ve ark., 2018).

2.5.4 Üstbiliş, BT ve KNK

Normal popülasyonun dışında kanser sonrası sağ kalımlı kişiler ile yapılan, endişe ile benzer özellikler taşıdığı düşünülen (Simard, ve ark., 2010) KNK'yı inceleyen araştırmalarda BT ve üstbilişlere birlikte yer verilmiştir. Kyriacou ve arkadaşları (2017) yumurtalık ve fallop tüpü kanseri sonrası sağ kalımlı 14 kadınla, kanser sonrası deneyimleri hakkında görüşmelerle, KNK'yı daha iyi anlayabilmek adına yaptıkları niteliksel araştırmada, kadınlardan dokuzunun belirsizliğe tahammüllerinin yüksek olduğunu çünkü belirsizliği hayatın bir parçası olarak gördüklerini, üçünün ise kendilerini belirsizliğe tahammülsüz olarak açıkladıklarını, tüm kadınların endişeye dair inançlarını ise kaçınılmaz, olumsuz ve olumlu olarak üç kategori içinde açıkladıklarını ve 11 kadının endişelenmenin enerji tüketici, mutsuz edici olması nedeniyle endişelenmeye dair olumsuz inançlara sahip olduklarını ortaya koymuşlardır. KNK, BT ve üstbilişler arasında ilişkiye dair niceliksel araştırmalar da yapılmıştır. Örneğin; kolorektal kanser sonrası sağ kalımlı kişilerle yapılan bir çalışmada BT, endişe hakkında olumlu ve olumsuz inançlar ile KNK arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu görülmüştür (Cessna Palas, ve ark., 2021). Lebel ve diğerleri (2018) KNK-HTM'yi test ettikleri çalışmalarında, endişe hakkında olumlu inançlar ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün, birlikte KNK'yı yordamasa da daha fazla uyumsuz baş etme stratejileri kullanımıyla ilişkili olduğunu bulmuştur. Bunun nedenini endişeye dair olumsuz inançların, KNK üzerinde, endişeye dair olumlu inançlardan daha büyük bir etkisi olabileceği ve bu üstbilişlerin, KNK üzerinde dolaylı bir etkisi olabileceği şeklinde açıklamış ve ayrıca tek başına BT'nin KNK'yı yordama eğiliminde olduğunu ortaya koymuşlardır. Benzer şekilde Curran ve arkadaşları (2020) çalışmalarında regresyon analizlerinde KNK ve üstbilişler arasında, BT ve üstbilişler arasında anlamlı bir ilişki bulmuş olsa da KNK ve BT arasında yalnızca tek değişkenli analizlerde anlamlı bir ilişki bulmuş, bunu, Lebel ve arkadaşlarının (2018) açıklamasına benzer

şekilde, BT'nin KNK'yı endişe hakkında olumsuz inançlar olduğu durumlarda ya da belirsizliğin yoğun olduğu zamanlarda yordayabileceği şeklinde açıklamışlardır.

2.6 Baş Etme Stratejileri

Baş etme kavramı psikoloji literatüründe uzun ve karmaşık bir geçmişe sahiptir (Deimling ve ark., 2006). "Baş etme kavramının işlevsel ve kuramsal pek çok tanımın yapılmasına karşın genel eğilim baş etmenin psikolojik sıkıntı ya da strese yol açan öncüllerin/kaynakların azaltılmasıyla ilgili bilişsel ve davranışsal tepkilerden oluşan dinamik bir süreç, olduğu şeklindedir." (Bacanlı ve ark., 2013, s.81). Lazarus ve Folkman'ın (1984)'ın bilişsel stres ve baş etme modeline, baş etme üzerine yapılan birçok çalışmada yer verilmiştir (Bacanlı, ve ark., 2013). Bu modele göre birey stres ve getirilerini, bilişsel değerlendirme süreci ve baş etme stratejileri aracılığı ile işler (Lazarus ve Folkman, 1984). Bilişsel değerlendirme kişinin karşılaştığı durumu zararlı, tehdit edici, baş edilebilir ya da kontrol edilebilir olarak değerlendirdiği birincil bilişsel değerlendirme ile başlar. Karşılaştığı durumu zararlı, tehdit edici ya da kontrol edilemez olarak değerlendirirse durum ile baş etme yolları bulabilmek adına bireysel kaynaklarını değerlendirdiği ikincil bilişsel değerlendirmeyi gerçekleştirir. Birincil ve ikincil bilişsel değerlendirmelere dayanarak durum ile baş etmek adına stratejiler seçer (Folkman ve Lazarus, 1988; Lazarus, 1984). Bu baş etme stratejilerini ise tehdit edici durumu çözmeye/ortadan kaldırmaya odaklanan (problem odaklı baş etme) ve tehdit edici durumun yarattığı duyguyu düzenlemeye odaklanan (duygu odaklı baş etme) olarak iki gruba ayırmışlardır. Problem odaklı baş etme tehdit edici durumu değiştirmeye odaklı iken duygu odaklı baş etme durumun önemini ya da anlamını değiştirmeye odaklanır (Folkman ve Lazarus, 1980, 1988). Problem odaklı ve duygu odaklı olarak baş etme stratejilerini ayırmanın yanı sıra literatürdeki çalışmalar baş etmeyi aktif (problemle yüzleşmeyi içeren) ve stresi problemden kaçınarak azaltmaya çalışan kaçınmacı baş etme stratejileri olarak da ele almaktadır (Holahan ve Moos, 1987). Bu bağlamda Billing ve Moos (1981) baş etme stratejilerini üçe ayırdıkları bir tipoloji ile açıklamışlardır; aktif davranışsal baş etme stratejileri (problem ile direkt baş etmeyi içeren davranışsal girişimler), aktif bilişsel baş etme stratejileri (durumun stres düzeyinin değerlendirilmesini kontrol etmeye yönelik çabalar) ve kaçınma stratejileri (problemle yüzleşmekten kaçınma girişimleri ya da stresi azaltmaya yönelik daha fazla

yemek yeme, sigara içme gibi davranışlar). Bu baş etme stratejileri etkililikleri bakımından karşılaştırılmışlardır. Aktif baş etme stratejilerinin kaçınma stratejilerinden daha etkili olduğu birçok çalışmada bulunmuştur (Suls ve Fletcher, 1985). Baş etmenin problem ya da duygu odaklı stratejilerinin karşılaştırmasına dair ise farklı sonuçlar vardır. Problem odaklı baş etme stratejilerinin duygu odaklı baş etme stratejilerine kıyasla daha etkili bulunsa da (Mikulincer ve Solomon, 1989) duygu odaklı baş etme stratejilerinin daha etkili olduğunu bulan sonuçlar da mevcuttur (Murray ve Terry, 1999). Carver ve ark. (1989) Lazarus ve Folkman'ın (1984) çalışmalarına dayanarak baş etme stratejileri ölçeği geliştirmiş ve Carver 1997 yılında geliştirdikleri bu ölçeğin, baş etme stratejilerini 14 alt boyutta ele alan kısa formunu oluşturmuştur. Bu alt boyutlardan aktif başa çıkma, planlama, diğer etkinlikleri bırakma, olumlu yeniden yorumlama, kabullenme, kendini sınırlandırma, mizahi yaklaşım ve dine yönelme alt boyutlarının olumlu/işlevsel baş etme stratejileri olarak; duygulara odaklanma ve ortaya koyma, yadsıma, davranışsal olarak ilgiyi kesme, zihinsel olarak ilgiyi kesme ve madde kullanımı alt boyutlarının olumsuz/işlevsel olmayan baş etme stratejileri olarak gruplandıklarını ortaya koymuş ve araçsal ve duygusal sosyal destek kullanmanın birlikte kullanıldığı baş etme stratejilerine göre işlevselliğinin değerlendirilebileceğini belirtmişlerdir (Carver ve ark., 1989). Folkman (1984) baş etme yaklaşımlarının işe yararlılığının durumun getirdiği ihtiyaca, nasıl kullanıldığına ve uygulama becerisine bağlı olduğunu belirtmiştir. Yani baş etme stratejisinin etkinliği durumun doğurduğu ihtiyaca ve kullanılan stratejinin duruma uygunluğuna bağlıdır (Lazarus, 1993).

2.6.1 Sağ kalım ve baş etme

Kanser tanı ve tedavi sürecinin getirileriyle birlikte kişilerin hayatlarında başlı başına büyük bir stres faktörüdür. Araştırmalar sağ kalımlı kişiler, aileleri ve bakım verenlerinde hayat kalitelerinde düşüş ve artmış sıkıntı halini ortaya koymaktadır (Corner, ve ark., 2007; Janz ve ark., 2014; Kantsiper ve ark., 2009). Kanser tanısı sonrası kişilerin bu süreç ile nasıl başa çıktıklarına dair birçok çalışma yapılmıştır. Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor ve Falke (1992) yaptıkları çalışmada kanser hastalarının baş etme stratejilerine dair beş örüntü tanımlamışlardır; mesafelenme, sosyal destek arama ya da kullanma, olumluya odaklanma, bilişsel kaçınma ve davranışsal kaçınma. Bu çalışma sonucunda, mesafelenme en öne çıkan baş etme

stratejisi olmuş ve onu kullanım sıklıkları eşit derecede çıkan destek arama, olumluya odaklanma ve bilişsel kaçınma takip etmiştir. Davranışsal kaçınma ise en az kullanılan strateji olmuştur. Baş etme stratejilerini genel sağlık tehdidi durumları ve özellikle kanser için inceleyen Miller ve arkadaşları (1988) sağlık tehdidi altındaki kişilerin baş etmeyi, izleme davranışlarından hissizleşme tepkilerine bir aralık olarak değerlendirdiklerini öne sürmüştür. İzleme davranışı gösterenler, tehdide karşı sürekli bir bilgi ve olası tehdit arayışındadırlar. Öte yandan hissizleşme tepkisi geliştirenler ise, sağlık tehdidi ile alakalı bilgilerden kaçınma ya da bunları inkâr etme içinde olurlar. İzleme davranışının, stres verici durum yüksek olduğunda ortaya çıktığını fakat izleme davranışının etkililiğinin konuya bağlı olduğunu ve yüksek düzeyde izleme davranışı gösterenlerin inkâr ve ilişik kesme ile ilişkili olan girici düşünceye daha yatkın olduğunu göstermişlerdir (Miller ve ark., 1996). Carver ve arkadaşları (1993), meme kanseri hastaları ve sağ kalımlıları ile yaptıkları çalışmada, kabullenme, olumlu yeniden yorumlama ve dine yönelme olumlu/işlevsel baş etme stratejilerinin en çok kullanılan baş etme stratejileri olduğunu, yadsıma ve davranışsal ilgiyi kesme olumsuz/işlevsel olmayan baş etme stratejilerinin ise en az kullanılan baş etme stratejileri olduğunu bulmuştur. Aynı çalışmada yadsıma, davranışsal olarak ilgiyi kesme gibi olumsuz/işlevsel olmayan baş etme stratejilerinin artmış sıkıntı hali ile ilişkili olduğunu ve bu baş etme stratejilerinin kabullenme baş etme stratejisinin olmadığı durumlarda kullanıldıklarında artmış sıkıntı hali ile ikili bir ilişki içinde oldukları bulunmuştur.

Kanser hastalarının ve sağ kalımlıların kullandıkları baş etme stratejilerinin yordayıcılarına dair çalışmalar yapılmıştır. Kanser ile geçen sürenin baş etme stratejileri üzerine etkisini, yeni tanı almış kişilerle ve kanser üzerinden belli bir süre geçmiş kişilerle yapılan çalışmalar ortaya koymaktadır. Yeni meme kanseri tanısı almış kadınlarla yapılan bir çalışmada, aktif davranışsal baş etme ve aktif bilişsel baş etme stratejilerinin, kaçınma stratejisinden daha fazla kullanıldığı bulunmuştur (McCaul ve ark., 1999). Tedavisi üzerinden üç yıl geçmiş meme kanseri takipli kadınlarla yürütülen bir çalışmada ise, aktif baş etme ve kaçınmacı baş etme stratejilerinin katılımcılar arasında eşit derecede kullanıldığı fakat kaçınmacı baş etme stratejilerini kullanan kadınların aktif baş etme stratejilerini kullanan kadınlara kıyasla daha yüksek kaygı seviyeleri gösterdiği bulunmuştur (Hack ve Degner, 2004). Dunkel-Schetter ve arkadaşları (1992) meme kanseri sonrası sağ kalımlı olmanın sosyal destek arama ve

kullanma ile ilişkili olduğunu ve tanı üzerinden geçen sürenin davranışsal kaçınma ile pozitif yönde ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Benzer şekilde meme kanseri hastaları ile yapılan yakın tarihli bir çalışmada alınan sosyal destek arttıkça aktif baş etme stratejilerinin kullanımının da arttığı bulunmuştur (Boatemaa Benson, ve ark., 2020). Kanser evresinin baş etme stratejilerine etkisine bakıldığında ise evre II hastalarının evre IV hastalarına göre daha fazla olumlu yaklaşım ve mücadeleci tavır içinde olup umutsuzluk seviyelerinin ise daha düşük olduğu bulunmuştur (Schnoll ve ark., 1998). Benzer şekilde, meme kanseri ile baş etme üzerine yapılan bir literatür çalışmasında baş etme stratejilerinin, kanserin evresine, tedaviye, hastalığın süresine ve kullanılan baş etme ölçeğine bağlı olarak değişebildiği bulunmuştur (Kvillemo ve Bränström, 2014). Bu anlamda meme kanseri literatüründe sıkça kullanılan Baş Etme Stratejileri Kısa Ölçeği'nin (Carver, 1997) 14 boyutlu yapısının baş etme stratejilerini ölçme için yüksek düzeyde uyum gösterdiği bulunmuştur (Rand ve ark., 2019). Baş etme stratejilerinin kullanımının kanserin türüne göre değiştiğini gösteren bir meta-analiz çalışması yapılmıştır (Lashbrook ve ark., 2018). Bu çalışmada meme kanseri sağ kalımlılarında hastalığı kabullenip sosyal ve duygusal destek sağlayan fiziksel aktivitelere yönelmenin önemini vurgulamış, prostat kanseri sağ kalımlıları için kişilik özellikleri ön plana çıkmış ve kolorektal kanseri sağ kalımlılarında, ise öz-yönetimi arttırarak normal hayatlarına geri dönmede bilgi arayışının önemini vurgulamışlardır.

2.6.2 Baş etme ve KNK

Çok boyutlu bir yapı olduğunu düşünülen KNK'nın (Lebel ve ark., 2016a) nasıl oluştuğunu ve hangi faktörlerle sürdürüldüğünü açıklamak adına oluşturulan modellerde (Butow ve ark., 2015; Fardell ve ark., 2016; Lebel ve ark., 2014; Lee-Jones ve ark., 1997) ve yapılan çalışmalarda (Almeida ve ark., 2019; Stanton ve ark., 2002; McGinty ve ark., 2016; Simard, ve ark., 2010) baş etme stratejilerine yer verilmiştir. Örneğin Lee-Jones ve arkadaşlarının (1997) modeline göre, kanser sonrası hayatta kalanlar KNK ile baş edebilmek adına, kaçınma, beden kontrolü, aşırı güvence arayışı gibi uyumsuz baş etme stratejilerine başvurdukları görülmüştür. Bu uyumsuz baş etme stratejileri kısa vadede rahatlama sağlasa da uzun vadede KNK'nın artmasına neden olurlar. Modele göre, KNK ile bu uyumsuz baş etme stratejileri arasında ikili bir ilişki vardır; öyle ki; söz konusu baş etme stratejileri anlık onay vererek geçici bir rahatlama sağlarlarken

uzun vadede KNK'yı artırırlar (Lee-Jones ve ark., 1997, McGinty ve ark., 2016). Nitekim klinik düzeyde KNK, kaçınma, güvence arayışı, bedensel semptomların kontrolü gibi uyumsuz baş etme stratejileriyle ilişkili bulunmuştur (Almeida ve ark., 2019; Lebel ve ark., 2016a). Benzer şekilde meme kanseri tanısı almış kişilerle yapılan bir çalışmada, kaçınmacı baş etme stratejilerinin daha yüksek KNK'yı yordadığı bulunmuştur (Stanton ve ark., 2002). Diğer bir yandan yüksek KNK seviyesine sahip meme kanseri sağ kalımlıları, daha düşük baş edebilme yeterliliği ve daha yüksek güvence arayışı davranışları sergilemişlerdir (McGinty ve ark., 2016).

2.7 KNK, BT, Üstbiliş ve Baş Etme Stratejileri

KNK'nın ortaya çıkışı, gelişimi ve sürdürülmesini açıklamak adına geliştirilen modellerden KNK-HTM, BT, üstbilişler ve baş etme stratejileri bileşenlerini ele alarak KNK modellerini oluşturmuşlardır (Lebel ve ark., 2014; Lebel ve ark., 2018). Oluşturdukları bu çerçeveye göre, endişelenmeye dair olumlu inançlara sahip olan ve belirsizliğe karşı düşük tolerans gösteren kanser sonrası sağ kalımlı kişiler, daha yüksek KNK yaşar ve uyumsuz baş etme stratejilerini daha fazla kullanırlar (Lebel ve ve ark., 2014). Modellerini test etmek adına yaptıkları araştırmada, KNK'nın bilişsel kaçınma ile negatif şekilde ilişkili olduğu, BT ve endişelenme hakkında olumlu inançları olanların daha fazla uyumsuz baş etme stratejilerini kullandıkları bulunmuş olup, beklenenin aksine BT ve endişelenmeye dair olumlu inançların birlikte KNK'yı yordamadığı ve yalnızca BT'nin KNK'yı yordama eğilimde olduğu bulunmuş ve ayrıca KNK'nın, uyumsuz baş etme stratejilerini yordadığı görülmüştür. (Lebel ve ark., 2018). Bu sonuçların olası nedenlerini ise, endişeye dair olumlu inançlardan farklı olan üstbilişlerin, örneğin endişeye dair olumsuz inançlar gibi, KNK üzerinde daha fazla etkisi olabileceği ve bu değişkenlerin KNK üzerinde dolaylı bir etkisi olabileceği şeklinde açıklamışlardır.

KNK, BT, Üstbilişler ve baş etme stratejilerine modelinde yer veren bir diğer çalışma ise Curran ve arkadaşları (2020) tarafından yürütülmüştür. Modellerinde hali hazırda kişide var olan BT, üstbilişler, kontrol ihtiyacı gibi bilişsel incinebilirlik faktörlerinin, sosyal kısıtlar gibi bağlamsal faktörlerin ve temel inanç ve yaşamın anlamının azalması gibi varoluşsal faktörlerin yüksek düzeyde KNK ile ilişkili olacağını hipotez etmişlerdir. Bunun yanı sıra, uyumsuz baş etme ve kişi için değerli olan aktivitelerle daha az

etkileşimin KNK'yı yordayacağını öne sürmüşlerdir. Araştırma sonucunda, üstbilişlerin KNK'yı anlamlı bir şekilde yordadığını fakat aynı durumun BT ve uyumsuz baş etme stratejileri için geçerli olmasa da BT ve uyumsuz baş etme stratejilerinin KNK ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Lebel ve arkadaşlarının (2018) sonuçlarıyla benzer şekilde, BT, üstbilişlerin bulunduğu kompleks yol modelinde KNK'yı yordamamıştır. Bunun olası sebepleri olarak, BT'nin kaygının etiyolojisini açıklarken, üstbilişin kaygının sürdürülmesini açıklamasıyla bağlantılı olabileceğini belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcıların tanı üzerinden uzun yıllar geçmiş kişiler olması nedeniyle BT'nin artık KNK'yı yordama ile ilgili olmayabileceğini önermişlerdir. Bir diğer açıklama olarak ise, endişenin tehlikeli ve kontrol edilemez inancı olduğu durumlarda, BT'nin üstbilişlerle etkileşiminin, BT'nin KNK ile ilişkisini arttırabileceğini belirtmişlerdir. Son olarak ise BT'nin belirsizliğin yüksek olduğu durumlarda KNK'yı yordayabileceğini belirtmişlerdir (Curran ve ark., 2020). Tüm KNK modellerinde KNK'yı sürdüren etmenlerden biri olarak baş etme stratejileri modele dahil edilse de yine Lebel ve diğerleri (2018) ile benzer şekilde Curran ve arkadaşları (2020), uyumsuz baş etme stratejilerinin KNK'yı yordamadığını bulmuşlardır. Bunun olası nedeni olarak, uyumlu veya uyumsuz baş etme stratejilerinin, KNK sonucunda ortaya çıkabileceğini ve zaman içerisinde KNK'nın sürdürülmesine ya da yok olmasına neden olabileceklerini fakat bu etkinin ancak boylamsal çalışmalarla görülebileceğini öne sürmüşlerdir.

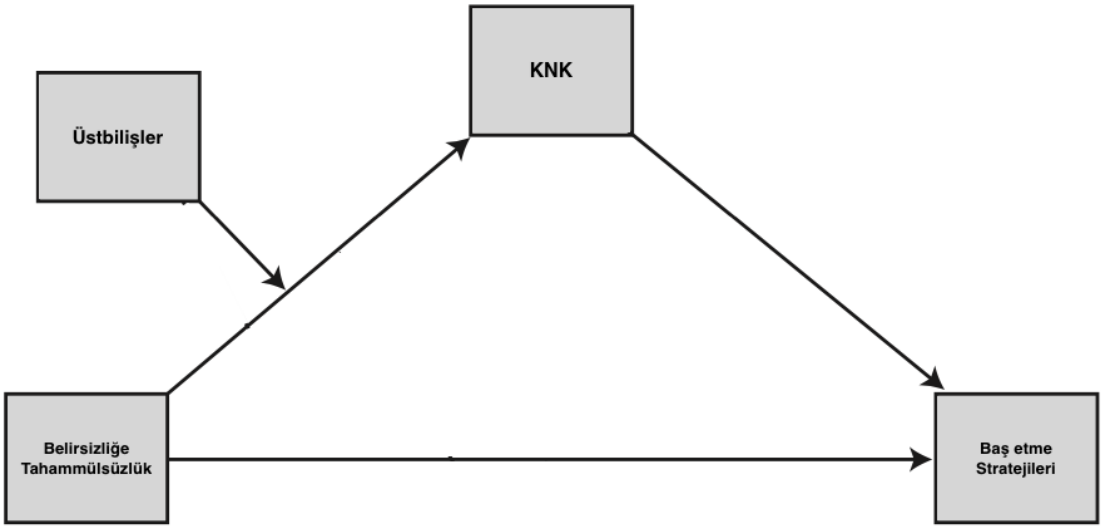
3. YÖNTEM

Bu bölümde, araştırma modeli, evren ve örneklem, veriler ve toplanması ile verilerin çözümlenmesi ve yorumlanması bilgilerine yer verilmiştir.

3.1 Araştırma Modeli

Bu çalışmada kanser nüks korkusu, belirsizliğe tahammülsüzlük, üstbilişler ve baş etme stratejileri ilişkilerinde durumsal aracılık etkilerinin incelenmesi amacıyla oluşturulan durumsal aracılık modeli Şekil 3'de sunulmuştur. Çalışmanın yordayan değişkeni belirsizliğe tahammülsüzlük, yordanan değişkeni baş etme stratejileri, aracı değişkeni kanser nüks korkusu, düzenleyici değişkeni ise üstbilişlerdir. Modele göre BT ve KNK; üstbilişler; uyumsuz baş etme stratejileri arasında pozitif anlamlı bir ilişki vardır. BT ve baş etme stratejileri arasındaki ilişkide KNK aracı roldedir. BT ve KNK arasındaki ilişkide üstbilişler düzenleyici roldedir. BT ile baş etme stratejileri arasındaki ilişkiye KNK aracılık etmektedir ve BT ve KNK arasındaki ilişki üstbilişler tarafından biçimlendirilmektedir, öyle ki bu ilişki üstbilişler pozitif yönde daha yüksek olduğunda güçlenmektedir.

Araştırmada betimsel ve ilişkisel tarama modelleri kullanılmıştır. İlişkisel tarama modelleri, iki ve daha çok sayıda değişken arasında meydana gelen değişimin varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelleridir (Büyüköztürk ve ark., 2016).



Şekil 3. Önerilen Model

Belirsizliğe tahammülsüzlük ile baş etme stratejileri arasındaki ilişkide KNK'nın aracı rolü vardır. Ayrıca üstbilişler, BT ve KNK arasındaki ilişkide düzenleyici roldedir. Yani BT ile baş etme stratejileri arasındaki ilişkiye kanser nüks korkusu aracılık etmektedir ve BT ile KNK arasındaki ilişki üstbilişler tarafından biçimlendirilmektedir.

3.2 Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni kanser sonrası sağ kalımlı kişilerdir. Örneklem grubu dünyada ve Türkiye'de en yaygın kanser türü olan meme kanseri (Ferlay ve ark., 2020) sonrası sağ kalımlı kadınlardan oluşmaktadır. Örneklem sayısı G*Power 3.1.9 programı ile güç (power) analizi yapılarak hesaplanmıştır. Buna göre %95 istatistiksel güç ve .05 hata payı için çalışmaya dâhil edilmesi gereken örneklem sayısı toplam 130 olarak hesaplanmıştır. İlgili literatürde benzer bir araştırma olarak Curran ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan araştırmada etki büyüklüğü (Effect size) 0.136 olarak hesaplanmıştır. Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde 130 kişiye ulaşılması gerektiği bulunmuştur (df=126; F=2.677).

Örneklem grubu amaçlı kartopu örneklem yöntemi ile internet tabanlı anket tekniğinden faydalanılarak toplanmıştır. Her evreden meme kanseri tanısı almış sağ kalımlı, Primer tedavisinin (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi operasyon) sonlanması üzerinden en az bir yıl geçmiş, hiç kanser nüksü yaşamamış ve Covid-19 Korkusu Ölçeği'nde çeyrekler

arası açıklık yöntemine göre uç değerde olmayan, 18-65 yaş arası kadın araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya 136 meme kanseri sonrası sağ kalımlı kadın katılmıştır. Katılımcılardan, primer tedavisi bitmemiş, kanser nüksü yaşamış ve ortancanın kullanıldığı merkezi dağılım ölçüm yöntemi olan çeyrekler arası açıklık (*interquartile range*) yöntemine göre Covid-19 Korkusu Ölçeği'nde uç değerlerde kalan (>21.75) 6 katılımcı araştırmaya dahil edilmemiş ve katılımcı sayısı 130 olarak nihailenmiştir.

3.2.1 Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin veriler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1 incelendiğinde katılımcıların 39-65 yaş aralığında (*Ort.*= 54.2, *SS.*= 6.95) olduğu ve %33.8'inin (*N*= 44) 50 ve altı, %42.3'ünün (*N*= 55) 51-60 ve %23.8'inin (*N*= 31) 60 üzeri olarak dağıldığı görülmektedir.

Tanıdan itibaren geçen süre 1-17 yıl arasındadır (*Ort.*= 5.91, *SS.*= 3.61). Benzer şekilde katılımcıların primer tedavilerinin sonlanmasından itibaren geçen süreleri de 1-17 yıl arasındadır (*Ort.*= 5.49, *SS.*= 3.61).

Katılımcıların tanı aldıkları evrelere göre dağılımı 1. ve 2. evrede %43.1 (*N*= 56) iken 3. evrede %13.8 (*N*= 18) şeklindedir.

Katılımcıların sosyodemografik bilgilerine ait ayrıntılı veriler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Özellikler	*Ort.*	*SS*
Yaş	54.2	6.95
Tanı üzerinden geçen süre (yıl)	5.91	3.61
Primer tedavi sonlanmasından itibaren geçen süre (yıl)	5.49	3.61
	N	***%***
Yaş		
50 Ve Altı	44	33.8

51-60	55	42.3
60 Üzeri	31	23.8
Medeni Durum		
Evli	102	78.5
Bekar	28	21.5
Eğitim Seviyesi		
İlköğretim	41	31.5
Lise	53	40.8
Üniversite	36	27.7
Ekonomik Durum		
Düşük	12	9.2
Orta	118	90.8
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	73	56.2
Emekli	22	16.9
Tam Zamanlı	19	14.6
Yarı Zamanlı	16	12.3
Çocuk Varlığı		
Evet	113	86.9
Hayır	17	13.1
Evre		
1	56	43.1
2	56	43.1
3	18	13.8
Kontrol Randevusu Sıklığı		
3 Ayda Bir	29	22.3

6 Ayda Bir	51	39.2
Yılda Bir	50	38.5
Şu An Adjuvan Tedavi Alma Durumu		
Evet	68	52.3
Hayır	62	47.7
Başka Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	43	33.1
Hayır	87	66.9
Psikolojik Yardım Alma Durumu		
Evet	13	10.0
Hayır	117	90.0
Daha Önce Psikolojik Yardım Alma Durumu		
Evet	36	27.7
Hayır	94	72.3
Tanı Alınmış Psikolojik Rahatsızlık Durumu		
Evet	14	10.8
Hayır	116	89.2

3.3 İşlem

Mevcut araştırma önerisi ve araştırmada yer alacak veri toplama araçları, Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Etik Kurulu'na sunularak araştırma uygulaması için gerekli onay alınmıştır (16 Mayıs 2022 tarih ve 2022/15-09 no'lu karar). Etik kurulu kararı EK-7'de yer almaktadır. Veriler, Temmuz ve Ağustos 2022 aylarında toplanmıştır.

Veri toplama yolu olarak internet tabanlı anket tekniğinden faydalanılmıştır. Araştırma içleme kriterleri belirtilerek internet tabanlı anket olarak e-mail, sosyal medya platformları vb. aracılığı ile araştırmacının çevresine duyurulmuş ve içleme kriterlerini karşılayan kişilere internet tabanlı anket iletilmiştir ve katılım sağlayan kişilerin kendi çevrelerinde içleme kriterlerine uyan kişilere ulaşması ile amaçlı kartopu örneklem yöntemiyle veriler toplanmıştır.

İnternet tabanlı anket formu altı bölümden oluşmuştur. İlk bölümde katılımcılara araştırmanın amacını ve prosedürü anlatan verilerin gizliliğini bildiren, araştırmacının iletişim bilgilerini içeren onam formu yazısı ve "Okudum, anladım, araştırmaya katılmayı onaylıyorum" seçeneği sunularak onayları alınmış ve daha sonra sosyodemografik bilgilere dair soruların yer aldığı ikinci kısım sunulmuştur. Daha sonra sırasıyla KNK, BT, üstbilişler, baş etme stratejileri ve Covid-19 korkusunu ölçmek adına aşağıdaki ölçekler yer almıştır;

3.3.1 Veri toplama araçları

3.3.1.1 Sosyodemografik bilgi formu

Araştırmacı tarafından katılımcıların sosyodemografik bilgilerini almak amacıyla oluşturulmuştur. Bu form aracılığı ile katılımcıların yaş, medeni hal, çocuk sahibi olup olmama, aile geliri, eğitim düzeyi, meme kanseri tanısı alınan evre, tanı almasından bu yana geçen süre, hangi tedavi yöntem/yöntemlerini aldığı, tedavinin tamamlanmasından bu yana geçen süre, kontrol randevusu sıklığı, adjuvan tedavi alma durumu, başka kronik hastalığı olma durumu, şu anda ve daha önce psikolojik/psikiyatrik tedavi alıp almama durumu, tanı almış olduğu bir psikolojik/psikiyatrik bozukluğu olup olmaması durumu, kanser nüksü yaşayıp yaşamadığı ile ilgili bilgiler alınmıştır.

3.3.1.2 Kanser nüks korkusu envanteri (KNKE)

Kanser Nüks Korkusu Envanteri Simard ve Savard (2009) tarafından Fransızca olarak meme, prostat, akciğer ve kolon kanseri hastaları için geliştirilmiştir. Lebel vd. (2016b) tarafından İngilizce'ye çevrilmiş versiyonundan Türkçe'ye adaptasyonu yapılmıştır (Eyrenci ve Berk, 2018). Orijinalinde 7 alt ölçekli olan envanterin Türkçe versiyonu Tetikleyiciler, Fonksiyonel Bozulmalar, Nükse İlişkin Üst bilişler, Duygu Odaklı Baş

Etme Stratejileri ve Yaşam Kalitesi olmak üzere 5 alt ölçekli hale gelmiştir. 0 (asla)-4 (her zaman) olacak şekilde 4'lü Likert tipindedir. Orijinal ölçeğin Cronbach Alpha değeri .95'tir (Simard ve Savard, 2009). Türkçe versiyonunda Cronbach Alpha değeri .94 bulunmuştur (Eyrenci ve Berk, 2018). Bu araştırmada KNK ölçeğinin güvenirliği Cronbach Alpha değeri .97 olarak yüksek düzeyde bulunmuştur.

3.3.1.3 Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği-kısa formu (BTÖ-12)

Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği (BTÖ-12) Carleton ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilen yetişkinlere yönelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması, Sarıçam ve arkadaşları (2014) tarafından gerçekleştirilmiştir. BTÖ-12, ileriye yönelik kaygı ve engelleyici kaygı olmak üzere iki alt boyuttan oluşan 12 maddelik 5'li dereceleme ölçeğidir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 12 ile 60 arasında değişmektedir. Yükselen puanlar yüksek düzeyde belirsizliğe tahammülsüzlüğü göstermektedir. Cronbach alfa iç tutarlık katsayı ölçeğin bütünü için .88; ileriye yönelik kaygı alt boyutu için .84, engelleyici kaygı alt boyutu için .77 olarak bulunmuştur. Ölçüt geçerliği çalışmasında belirsizliğe tahammülsüzlük ile başa çıkma esnekliği arasında negatif (r= -.43); eğitim stresi ile .41 pozitif ilişki olduğu görülmüştür. Test-tekrar test korelasyon katsayısı .74 olarak bulunmuş; ayrıca ölçeğin düzeltilmiş madde-toplam korelasyonlarının .42 ile .68 arasında sıralandığı görülmüştür. Uyarlama çalışmaları sonucunda BTÖ-12'nin yeterli psikometrik değerlere sahip olduğu bildirilmiştir (Sarıçam ve ark., 2014). Bu araştırmada belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin güvenirliği Cronbach's Alpha değeri .94 olarak yüksek düzeyde bulunmuştur.

3.3.1.4 Üstbiliş ölçeği-30 (ÜBÖ-30)

Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30), psikolojik problemlerin üstbilişsel modelindeki üstbilişsel inançların değerlendirilmesi amacı ile Wells ve Cartwright-Hatton (2004) tarafından geliştirilmiştir. 30 maddeden oluşan ölçek, 4'lü Likert tipinde 1 (katılmıyorum) ve 4 (tamamen katılıyorum) arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 30 ile 120 arasında değişmekte ve yüksek puanlar üstbilişsel inançların artışına işaret etmektedir. Ölçek, birbiri ile ilişkili beş farklı üstbilişsel inanç alt boyutuna sahiptir. İlk olarak, endişeyle ilgili olumlu inançlar alt boyutu kişinin endişenin işlevselliğine

yönelik olumlu inançlarını ölçmektedir. İkinci olarak, endişenin kontrol edilemezliği ve tehlikeliliği ile ilgili olumsuz inançlar alt boyutu, kişinin endişe ile ilgili olumsuz inançlarını ölçmektedir. Üçüncü alt boyut, bilişsel güvensizlik alt boyutudur ve kişinin kendi bellek süreçlerine olan güvensizliğini ölçmektedir. Dördüncü olarak düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutu, kişinin düşüncelerini kontrol etmesinin gerekliliğine ve kontrol edemediği durumların sonuçlarına ilişkin inançlarını ölçmektedir. Son alt boyut olan bilişsel farkındalık alt boyutu, kişinin düşüncelerini izlemesini ve düşüncelerinin farkında olma eğilimini ölçmektedir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik güvenirlik çalışması Yılmaz ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmış ve aynı faktör yapısı elde edilmiştir. Alt boyutların Cronbach Alpha katsayısı sırası ile Endişeyle ilgili olumlu inançlar alt boyutu için .89, endişenin kontrol edilemezliği ve tehlikeliliği ile ilgili olumsuz inançlar alt boyutu için .80, bilişsel güvensizlik alt boyutu için .89, düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutu için .73 ve bilişsel farkındalık alt boyutu için .80 olarak bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test güvenirliği ise .80 olarak bulunmuştur (Yılmaz ve ark., 2008). Bu araştırmada üstbilişler ölçeğinin güvenirliği Cronbach's Alpha değeri .83 olarak yüksek düzeyde bulunmuştur.

3.3.1.5 Başa çıkma stratejileri ölçeği kısa formu (BÇSÖ-KF)

Carver ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilen ve daha sonra Carver (1997)'in güncellediği insanların strese karşı gösterdikleri farklı davranışları ölçen Başa Çıkma Stratejileri Ölçeğinin (COPE) kısa formu olan BÇS-KF'nun, Bacanlı ve arkadaşları Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yapmıştır (2013). Ölçek formunun açımlayıcı faktör analizi sonucunda 14 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. 14 faktörün açıkladığı varyans %80.37 olarak ortaya çıkmıştır. Faktörlerin Cronbach alfa katsayılarının, .39 ve .92 arasında değiştiği ortaya çıkmıştır. Test tekrarı güvenirliği için korelasyon katsayıları .44 ve .90 aralığında değiştiği bulunmuştur. Alt boyutların alfa katsayıları ise .50 (duygulara odaklanma) ve .90 (madde kullanımı) arasında değişkenlik göstermektedir. Her bir alt boyutun iki maddesi bulunmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarından; planlama, araçsal sosyal destek arama, kendini sınırlandırma, diğer etkinlikleri bırakma problem odaklı başa çıkma; duygusal sosyal destek kullanma, kabullenme, mizahi yaklaşım, olumlu yeniden yorumlama ve dine yönelme duygusal odaklı başa çıkma; duygulara odaklanma ve duyguları açığa vurma, davranışsal olarak

ilgiyi kesme, zihinsel olarak ilgiyi kesme, yadsıma ve ilaç/alkol kullanımı işlevsel olmayan başa çıkma olarak gruplandırılmıştır. Her bir alt boyutun puanlaması ayrı yapılmaktadır. Toplam 28 soru olan ölçekte, sorular 1(bunu hiç yapmıyorum)-4(bunu çok yapıyorum) aralığında değerlendirilmektedir. Bir alt boyuttan alınacak puan 2-8 arasındadır. Alt boyuttan alınan puanın düşüklüğü o boyutun az kullanıldığını; puanın yüksekliği de o boyutun daha fazla kullanıldığını gösterir (Bacanlı ve ark., 2013). Bu araştırmada başa çıkma ölçeğinin güvenirliği Cronbach's Alpha değeri .85 olarak yüksek düzeyde bulunmuştur.

3.3.1.6 Covid-19 korkusu ölçeği (COVKÖ)

Ahorsu ve arkadaşları (2020), tarafından geliştirilen Covid 19 korkusu ölçeği Bakioğlu, Korkmaz ve Ercan (2021) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Tek boyut ve 7 maddeden oluşan beşli likert tipi (1= Kesinlikle Katılmıyorum, 5= Kesinlikle Katılıyorum) bir ölçektir. Türkçe uyarlamasında doğrulayıcı faktör analizi, madde analizi yapılarak Cronbach Alpha iç, tutarlılık katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeğin güvenirliği için iç, tutarlık katsayısı (Cronbach's Alpha) .88 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada Covid-19 korkusu ölçeğinin güvenirliği Cronbach's Alpha değeri .87 olarak yüksek düzeyde bulunmuştur.

3.4 Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir.

Tablo 2. Normal Dağılım Tablosu (N= 130)

	Basıklık	Çarpıklık
BT Toplam	-1.198	-0.357
İleriye Yönelik Kaygı	-0.832	-0.464
Engelleyici Kaygı	-1.399	-0.281
KNK Toplam	-1.182	-0.055
Tetikleyiciler	-0.773	-0.096
İşlevsel Bozukluklar	-0.777	0.580
Nüks ile İlgili Üstbiliş	-0.800	-0.385
Duygu Odaklı Başa Çıkma Stratejileri	-0.979	-0.003
Yaşam Kalitesi	-0.942	0.297
Baş Etme Stratejileri		
Araçsal Sosyal Destek Kullanma	-0.588	-0.458
Mizahi Yaklaşım	-0.937	0.773
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	-1.176	-0.415
Madde Kullanımı	0.954	0.963
Kabullenme	-1.131	-0.363
Diğer Etkinlikleri Bırakma	-1.294	0.240
Dine Yönelme	-0.949	-0.670
Yadsıma	-1.082	0.564
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	-0.269	0.874
Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme	-0.687	-0.159
Kendini Sınırlandırma	-1.042	-0.347
Olumlu Yeniden Yorumlama	-0.809	-0.241

Duygusal Sosyal Destek Kullanma	-0.937	0.237
Planlama	-0.443	-0.422
Üstbilişler Toplam	-0.137	0.230
Olumlu İnançlar	-0.501	1.002
Olumsuz İnançlar	-1.535	-0.022
Bilişsel Güvensizlik	0.463	1.042
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	-0.758	-0.038
Bilişsel Farkındalık	-0.759	0.064

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile-1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile-2.0 (George ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Bu araştırmada, değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır. Hastaların ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler korelasyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Korelasyon katsayıları (r) 0.00-0.25 çok zayıf; 0.26-0.49 zayıf; 0.50-0.69 orta; 0.70-0.89 yüksek; 0.90-1.00 çok yüksek olarak değerlendirilmiştir (Kalaycı, 2006, s.116).

Araştırma modelindeki hipotezler test edilirken aracılık rolü ve düzenleyici rol Hayes'in Process Makro modeli ile incelenmiştir. Bu modelde, hipotez testlerinde, %95 güven aralığıyla 5000 bootstrap örneklem metodu kullanılmıştır. Aracılık analizlerinde daha güvenilir olduğu belirtilen Bootstrap metodu, düşük örneklemli veri setleri için uygundur (Mallinckrodt ve ark., 2006; Preacher ve ark., 2007). Bootstrap yöntemi, örneklemi simülasyon yoluyla test etmek olarak tanımlanabilir. Araştırma bulgularında, Process Makrosundaki 7 numaralı model olan durumsal aracılık raporlanmıştır. Aracılık ve düzenleyicilik etkisini ölçmek için kullanılan bootstrap metoduna uygun bir biçimde, doğrudan etki (direct effect) ve dolaylı etki (indirect effect) ve durumsal aracılık endeksi (moderated mediation index) sonuçları raporlanmıştır.

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde, önce araştırmanın amaçlarını yansıtan belli başlıklar halinde, elde edilen bulgulara; sonra onların kümeler ve bütün halinde anlamlandırılmaya çalışıldığı yorumlara yer verilmiştir.

4.1 Bulgular

4.1.1 Araştırma değişkenlerine dair betimleyici istatistikler

Katılımcıların ölçek değerlerinin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bilgiler tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Ölçek Puan Ortalamaları

Ölçekler ve alt boyutları	*Ort.*	*SS*	*Min.*	*Maks.*
Kanser Nüks Korkusu Toplam	45.3	23.1	4	89
Tetikleyiciler	14.3	7.17	0	28
İşlevsel Bozukluklar	2.33	2.29	0	8
Nüks ile İlgili Üstbiliş	7.71	4.18	0	16
Duygu Odaklı Başa Çıkma Stratejileri	10.93	4.96	0	20
Yaşam Kalitesi	8.65	6.19	0	24
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Toplam	42.12	12.99	14	60
İleriye Yönelik Kaygı	25.73	6.65	9	35
Engelleyici Kaygı	16.39	7.15	5	25
Üstbilişler Toplam	66.78	13.13	41	104
Olumlu İnançlar	10.37	5.81	6	24
Olumsuz İnançlar	15.37	6.47	6	24
	Ort.	*SS*	Min.	Maks.
Bilişsel Güvensizlik	11.28	4.61	6	24

Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	15	4.37	6	24
Bilişsel Farkındalık	14.77	4.11	6	24
Baş Etme Stratejileri				
Araçsal Sosyal Destek Kullanma	5.86	1.57	2	8
Mizahi Yaklaşım	3.86	2.25	2	8
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	5.66	2.09	2	8
Madde Kullanımı	2.40	1	2	6
Kabullenme	5.49	2.11	2	8
Diğer Etkinlikleri Bırakma	4.48	2.16	2	8
Dine Yönelme	6.35	1.86	2	8
Yadsıma	4.15	2.18	2	8
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	3.62	1.80	2	8
Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme	5.77	1.61	2	8
Kendini Sınırlandırma	5.51	2.05	2	8
Olumlu Yeniden Yorumlama	5.42	1.82	2	8
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	4.85	1.77	2	8
Planlama	6.15	1.43	2	8

Tablo 3'te çalışmada kullanılan ölçeklerin tanıtıcı özellikleri detaylıca verilmiştir. Tablo 3 incelendiğinde katılımcıların KNK Envanteri'nden aldıkları toplam puanlar 4-89 değerleri aralığındadır ve toplam puan ortalamalası 45.3±23.1 olarak bulunmuştur.

Katılımcıların BT Ölçeği'nden aldıkları puanlar 14-60 değerleri aralığındadır ve toplam puan ortalaması 42.12±13 şeklinde saptanmıştır.

Katılımcıların Üstbilişler Ölçeği'nden aldıkları puanlar 41-104 değerleri aralığındadır ve toplam puan ortalaması 66.8±13.13 olarak bulunmuştur.

Katılımcıların Baş Etme Stratejileri Ölçeği alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamaları Tablo 3'te detaylıca verilmiştir. Baş Etme Stratejileri alt boyutlarından dine yönelme ortalaması 6.354±1.859 (Min=2; Maks=8) ve planlama ortalaması 6.154±1.428 (Min=2; Maks=8) olarak saptanmış ve diğer alt boyutlara kıyasla ortalamaları maksimum değere daha yakın çıkmıştır. Madde kullanımı (*Ort.*= 2.40; *SS*= 1.00; Min=2; Maks=6), davranışsal olarak ilgiyi kesme (*Ort.*= 3.62; *SS*= 1.80; Min=2; Maks=8) ve mizahi yaklaşım (*Ort.*= 3.86; *SS*= 2.25; Min=2; Maks=8) puan ortalamalarının ise minimum değere daha yakın olduğu saptanmıştır.

4.1.2 Sosyodemografik özelliklere göre değişkenlerin incelenmesi

4.1.2.1 Yaş, tanı üzerinden geçen süre, primer tedavinin sonlanması üzerinden geçen süre ile knk ve bt puan ilişkilerinin incelenmesi

Yaş, tanı üzerinden geçen süre (yıl), primer tedavi sonlanması üzerinden geçen süre (yıl) ve KNK toplam puanları ve BT toplam puanları arasındaki ilişki korelasyon analizleri ile incelenmiştir.

KNK toplam puanları ile yaş arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde (r=-.257; p=.003<.05); KNK toplam puanları ile tanı zamanı üzerinden geçen süre (yıl) arasında negatif orta düzeyde (r=-.563; p=.000<.05), KNK toplam ile primer tedavi sonlanması üzerinden geçen süre (yıl) arasında negatif orta düzeyde (r=-.54; p=.000<.05) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

BT toplam puanları ile yaş arasında negatif çok zayıf düzeyde (r=-.242; p=.005<.05), BT toplam puanları ile tanı sonlanması üzerinden geçen süre (yıl) arasında negatif orta düzeyde (r=-.546; p=.000<.05), belirsizliğe tahammülsüzlük toplam ile primer tedavi sonlanması üzerinden geçen süre (yıl) arasında negatif orta düzeyde (r=-.53; p=.000<.05) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

KNK ve BT ölçeklerinin alt boyutları ile yaş, tedavi sonlanması üzerinden geçen süre (yıl) ve primer tedavi sonlanması üzerinden geçen süre (yıl) arasındaki ilişkiye

bakıldığında ise değişkenlerin negatif yönde ilişkilere sahip olduğu görülmüştür. Bulgular Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Yaş, Tanı Üzerinden Geçen Süre, Primer Tedavinin Sonlanması Üzerinden Geçen Süre İle KNK ve BT Ölçek Puanları Arasında Korelasyon Analizi

	Yaş	Tanı Üzerinden Geçen Süre (yıl)	Primer Tedavi Üzerinden Geçen Süre (yıl)
KNK Toplam	-.257**	-.563***	-.540***
Tetikleyiciler	-.193*	-.505***	-.475***
İşlevsel Bozukluklar	-.268**	-.541***	-.528***
Nüks İle İlgili Üstbiliş	-.197*	-.463***	-.449***
Duygu Odaklı Başa Çıkma Stratejileri	-.238**	-.480***	-.448***
Yaşam Kalitesi	-.284**	-.568**	-.552**
BT Toplam	-.242**	-.546***	-.530***
İleriye Yönelik Kaygı	-.289**	-.483***	-.469***
Engelleyici Kaygı	-.171	-.544***	-.528***

Not. *p<.05; **p<.01; **p<.001; KNK: Kanser Nüks Korkusu; BT: Belirsizliğe Tahammülsüzlük

4.1.3 BT, KNK ve üstbilişler arasındaki korelasyon analizi sonuçları

Çalışmanın hipotezleri doğrultusunda BT, KNK ve üstbilişler değişkenleri arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon analizi ile incelenmiştir. BT ve alt boyutları toplam puanları, KNK ve alt boyutları toplam puanları toplam, üstbilişler ve alt boyutları toplam puanları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde;

KNK toplam puanları ile BT toplam puanları arasında pozitif yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=0.87; p=.000<.05).

KNK toplam puanları ile üstbilişler toplam puanları arasında pozitif zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=.484; p=.000<.05).

Üstbilişler toplam puanları ile BT toplam puanları arasında pozitif orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=0.594; p=.000<.05).

Ölçeklerin toplam puanları ve alt boyutları ile diğer ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde KNK ve BT ölçeklerinin alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Üstbilişlerin alt boyutlarından olumsuz inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutları KNK ve BT alt boyutlarıyla pozitif yönde anlamlı ilişki göstermiştir. Tüm bulgulara dair bilgiler Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. BT, KNK ve Üstbilişler Arasında Korelasyon Değerleri

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
1. BT Toplam	-													
2. İYK	.937***	-												
3. Engelleyici Kaygı	.946***	.773***	-											
4. KNK Toplam	.870***	.773***	.861***	-										
5. Tetikleyiciler	.802***	.694***	.813***	.929***	-									
6. İşlevsel Bozukluklar	.658***	.576***	.661***	.825***	.702***	-								
7. NİÜB	.838***	.762***	.814***	.906***	.829***	.641***	-							
8. DOBÇS	.795***	.736***	.761***	.909***	.781***	0.695***	.819***	-						
9. Yaşam Kalitesi	.793***	.706***	.785***	.939***	.801***	.831***	.795***	.830***	-					
10.Üstbilişler Toplam	.594***	.528***	.588***	.484***	.520***	.261***	.504***	.433***	.386***	-				
11. Olumlu İnançlar	.014	.100	-.068	-.130	-.106	-.157	-.058	-.147	-.112	.405***	-			
12. Olumsuz İnançlar	.714***	.605***	.735***	.727***	.693***	.530***	.671***	.678***	.644***	.582***	-.359***	-		
13. BG	.06	-.056	.161	.080	.181*	-.049	.095	.037	.004	.427***	-.093	.218*	-	
14. DKİ	.620***	.570***	.597***	.548***	.513***	.362***	.552***	.508***	.475***	.759***	.056	.697***	.120	-
15. BF	.026	.05	.000	-.087	-.028	-.109	-.057	-.057	-.131	.419***	.491***	-.194*	-.095	.052

Not. **p*<.05; ***p*<.01; ****p*<.001 Pearson Korelasyon Analizi; BT: Belirsizliğe Tahammülsüzlük, İYK: İleriye Yönelik Kaygı, KNK: Kanser Nüks Korkusu, NİÜB: Nüks ile İlgili Üstbilişler, DOBÇS: Duygu Odaklı Başa Çıkma Stratejileri, BG: Bilişsel Güvensizlik, DKİ: Düşünceleri Kontrol İhtiyacı, BF: Bilişsel Farkındalık

4.1.4 BT, KNK, üstbilişler ve baş etme stratejileri puanları arasındaki korelasyon analizi sonuçları

Çalışmanın hipotezleri doğrultusunda BT, KNK ve üstbilişler toplam puanları ve baş etme stratejileri alt boyutları değişkenleri arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon analizi ile incelenmiş, beklenen şekilde ilişkiler saptanmıştır.

BT toplam, mizahi yaklaşım (r=-.255; p=.003<.05); planlama (r=-.3; p=.000<.05) ve yadsıma (r=-.312; p=.000<.05) alt boyutları ile negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermiştir. BT toplam ile olumlu yeniden yorumlama alt boyutu arasında (r=-.546; p=.000<.05) negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

BT toplam, madde kullanımı (r=.199; p=.023<.05); duygusal sosyal destek kullanma (r=.253; p=.004<.05); davranışsal olarak ilgiyi kesme (r=.262; p=0,003<0.05) ve duygulara odaklanma ve ortaya koyma (r=.343; p=.000<.05) alt boyutları ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermiştir.

KNK toplam, mizahi yaklaşım (r=-.293; p=.001<.05); planlama (r=-.387; p=.000<.05); yadsıma (r=-.336; p=.000<.05) ve kabullenme (r=-.187; p=.034<.05) alt boyutları ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. KNK toplam ile olumlu yeniden yorumlama alt boyutu arasında (r=-.501; p=.000<.05) negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

KNK toplam, madde kullanımı (r=.193; p=,028<0.05); duygusal sosyal destek kullanma (r=0.236; p=0,007<0.05); davranışsal olarak ilgiyi kesme (r=-0.282; p=0,001<0.05) ve duygulara odaklanma ve ortaya koyma (r=0.335; p=0,000<0.05) alt boyutları ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermiştir.

Üstbilişler toplam, dine yönelme (r=0.299; p=0,001<0.05) ve davranışsal olarak ilgiyi kesme (r=0.332; p=0,000<0.05) alt boyutları ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermişken, olumlu yeniden (r=-0.261; p=0,003<0.05) alt boyutu ile negatfi yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Diğer

değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05). Bulgular Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. BT, KNK ve Üstbilişler ile Başa Etme Stratejileri Puanları Arasında Korelasyon Analizi

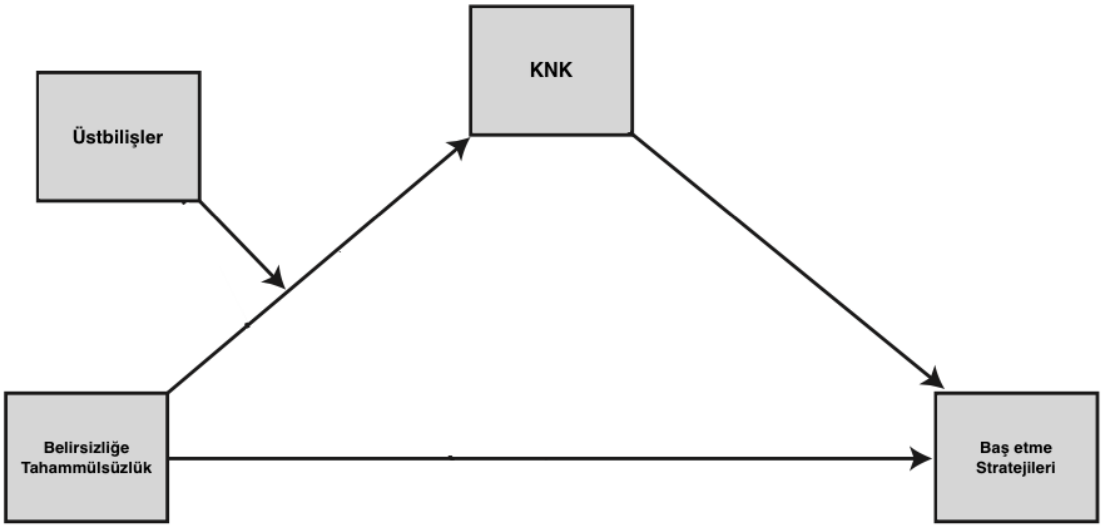
Baş Etme Stratejileri	BT Toplam	KNK Toplam	Üstbilişler Toplam
ASDK	-.038	-.061	.042
Mizahi Yaklaşım	-.255**	-.293**	.081
DOVOK	.343***	.335***	.064
Madde Kullanımı	.199*	.193*	.083
Kabullenme	-.167	-.187*	-.042
DEB	.098	.054	.121
Dine Yönelme	.088	.135	.299**
Yadsıma	-.312***	-.336***	-.038
DOİK	.262**	.282**	.332***
ZOİK	-.068	-.107	.164
Kendini Sınırlandırma	-.102	-.065	-.128
OYY	-.546***	-.501***	-.261**
DSDK	.253**	.236**	.082
Planlama	-.300**	-.387***	-.028

Not. *p<.05; **p<.01; ***p<.001 Pearson Korelasyon Analizi; BT: Belirsizliğe Tahammülsüzlük, KNK: Kanser Nüks Korkusu; ASDK: Araçsal Sosyal Destek Kullanma; DOVOK: Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma; DEB: Diğer Etkinlikleri Bırakma; DOİK: Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme; ZOİK: Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme; OYY: Olumlu Yeniden Yorumlama; DSDK: Duygusal Sosyal Destek Kullanma

4.1.5 Durumsal aracılık modelinin analizi

BT ve baş etme stratejileri arasındaki ilişkide KNK'nın aracı etkisini, bu aracı ilişkide ise üstbilişlerin düzenleyici etkisini inceleme amacıyla Model 7 (Hayes, 2018)

kullanılmış ve oluşturulan durumsal aracılık modelini (bkz. Şekil 4) test etmek adına Process Macro eklentisinden faydalanılmıştır.



Şekil 4. Yordayan Değişken: Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Yordanan Değişken: Baş Etme Stratejileri, Aracı Değişken: KNK, Düzenleyici Değişken: Üstbilişler

Araçsal sosyal destek kullanma, kabullenme, diğer etkinlikleri bırakma, dine yönelme, zihinsel olarak ilgiyi kesme ve kendini sınırlandırma baş etme stratejilerinin, yapılan korelasyon analizinde BT ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermediği görüldüğünden, yalnızca mizahi yaklaşım, duygulara odaklanma ve ortaya koyma, madde kullanımı, yadsıma, davranışsal olarak ilgiyi kesme, olumlu yeniden yorumlama, duygusal sosyal destek kullanma ve planlama baş etme stratejileri boyutları ayrı durumsal aracılık modellerinde test edilmiştir.

4.1.5.1 BT ve KNK ilişkisinde üstbilişlerin düzenleyici etkisinin incelenmesi

Çalışmanın hipotezleri doğrultusunda BT ve KNK arasındaki ilişkide, üstbilişlerin düzenleyici rolü Process eklentisi ile bootstrap metoduyla incelenmiş, beklenen şekilde düzenleyicilik etkisi saptanmıştır.

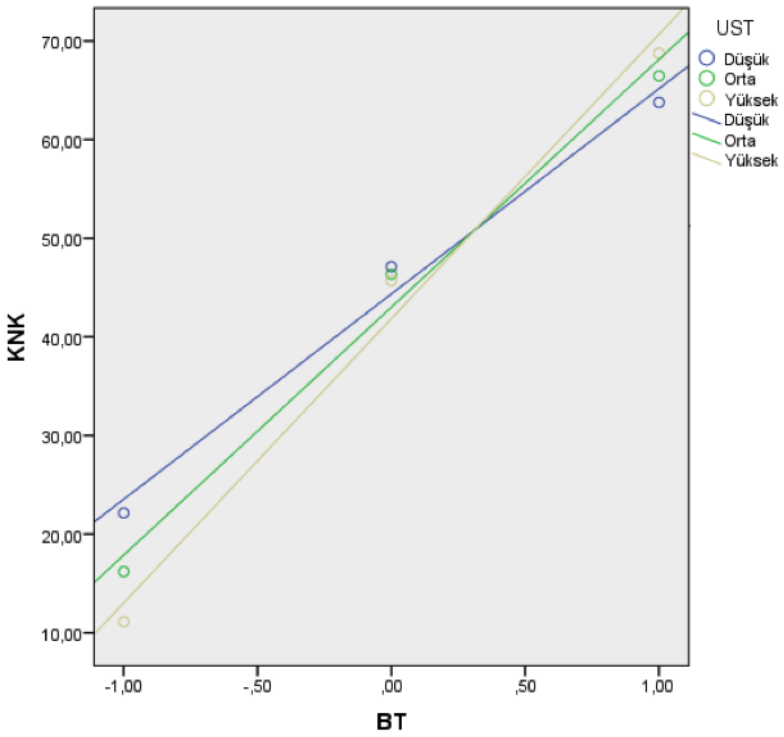
Tablo 7'de de görüldüğü üzere BT ve KNK arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (B=1.67; SH=.095; t(129)=17.55, p<.05). BT ve üstbilişin, KNK üzerindeki etkileşimsel düzenleyiciliği anlamlıdır (B=.020; SH=.006; t(129)=3.35,

p<.05). Koşullu direkt etki üstbilişin yüksek düzeylerinde en güçlü (*M*+1*SD*; *B*=1.92; *SH*=.133; 95% Güven Aralığı=1.65-2.18) ve üstbilişin düşük düzeylerinde en zayıf (*M*-1*SD*; *B*=1.38; *SH*=.113; 95% Güven Aralığı=1.16-1.61) olarak bulunmuştur. Yani üstbilişlerin yüksek düzeyleri, BT ve KNK arasındaki direkt ilişkiyi güçlendirmektedir (bkz. Şekil 5).

Tablo 7. BT ve KNK Arasında Üstbilişlerin Düzenleyici Etkisi

Yordanan Değişken	Yordayan Değişkenler	*B*	*SH*	*t*	*p*	%95 Güven Aralığı	
KNK	Sabit	43.23	1.14	37.79	.000	40.96	45.5
	BT	1.67	.095	17.55	.000	1.48	1.86
	UST	-.093	.092	-1.02	.311	-.28	.09
	BT*UST	.020	.006	3.35	.001	.01	.03
		R^2=.778 ΔR^2=.020 *p*=.000					
Koşullu Dolaylı Etki (UST)		*B*	*SH*	*t*	*p*	%95 Güven Aralığı	
Düşük (*M*-1*SD*)		1.38	.113	12.27	.000	1.16	1.61
Orta (*M*)		1.67	.095	17.54	.000	1.48	1.86
Yüksek (*M*+1*SD*)		1.92	.133	14.44	.000	1.65	2.18

Not. *N*=130; Bootstrap örneklem sayısı: 5000; KNK: Kanser Nüks Korkusu, BT: Belirsizliğe Tahammülsüzlük, UST=Üstbilişler



Şekil 5. BT ve KNK Arasında Üstbilişin Düzenleyici Etkisine İlişkin Diyagram

4.1.5.2 BT'nin mizahi yaklaşım baş etme stratejisi üzerine etkisinde KNK ve üstbilişlerin durumsal aracılık rolünün incelenmesi

BT ve mizahi yaklaşım baş etme stratejisine direkt etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.998>0.05) (bkz. 8). BT'nin mizahi yaklaşım baş etme stratejisine direkt etkisi bulunmadığından, oluşturulan modelde yordanan değişken olarak mizahi yaklaşım baş etme stratejisi ele alındığında, aracılık ve düzenleyici aracılıktan söz edilememektedir.

Tablo 8. BT'nin Mizahi Yaklaşım Baş Etme Stratejisi Üzerine Etkisinde KNK ve Üstbilişlerin Durumsal Aracılık Rolü

Sonuç Değişken	Bağımsız Değişkenler	*B*	*SH*	*t*	*p*	%95 Güven Aralığı	
MY	Sabit	5.15	.783	6.58	.000	3.6	6.7
	BT	.000	.03	-.003	.998	-.059	.059

KNK	-.029	.017	-1.7	.091	-.062	.005
	R^2= .086; *F*=5.95; *p*=.628					
	B	*SH*	%95 Güven Aralığı			
Direkt Etki	.000	.030	-.059	.059		
Dolaylı Etki						
Düşük (*M*-1*SD*)	-.040	.023	-.084	.007		
Orta (*M*)	-.048	.027	-.100	.008		
Yüksek (*M*+1*SD*)	-.055	.032	-.114	.009		
Düzenleyici aracılık endeksi (UST)	Endeks	*SH*	%95 Güven Aralığı			
	-.001	.000	-.001	.000		

Not. N=130; Bootstrap örneklem sayısı: 5000; MY: Mizahi Yaklaşım; KNK: Kanser Nüks Korkusu, BT: Belirsizliğe Tahammülsüzlük, UST: Üstbilişler

4.1.5.3 BT'nin duygulara odaklanma ve ortaya koyma baş etme stratejisi üzerine etkisinde knk ve üstbilişlerin durumsal aracılık rolünün incelenmesi

BT ile duygulara odaklanma ve ortaya koyma baş etme stratejisine direkt etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (*p*=.208>.05). BT'nin duygulara odaklanma ve ortaya koyma baş etme stratejisine direkt etkisi bulunmadığından, oluşturulan modelde yordanan değişken olarak duygulara odaklanma ve ortaya koyma baş etme stratejisi ele alındığında, aracılık ve düzenleyici aracılıktan söz edilememektedir.

Tablo 9. BT'nin Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma Baş Etme Stratejisi Üzerine Etkisinde KNK ve Üstbilişlerin Durumsal Aracılık Rolü

Sonuç Değişken	Bağımsız Değişkenler	*B*	*SH*	*t*	*p*	%95 Güven Aralığı	
DOVOK	Sabit	5.05	.711	7.1	.000	3.64	6.46
	BT	.034	.027	1.27	.208	-.019	.088
	KNK	.014	.015	.889	.376	-.017	.044
		R^2= .123; *F*=8.92; *p*=.000					
		B	*SH*	%95 Güven Aralığı			
Direkt Etki		.000	.030	-.059	.059		
Dolaylı Etki							
Düşük (*M*-1*SD*)		-.040	.023	-.084	.007		
Orta (*M*)		-.048	.027	-.100	.008		
Yüksek (*M*+1*SD*)		-.055	.032	-.114	.009		
Düzenleyici aracılık endeksi		Endeks	*SH*	%95 Güven Aralığı			
		-.001	.000	-.001	.000		

Not. N=130; Bootstrap örneklem sayısı: 5000; DOVOK: Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma; KNK: Kanser Nüks Korkusu, BT: Belirsizliğe Tahammülsüzlük, UST: Üstbilişler

4.1.5.4 BT'nin madde kullanımı baş etme stratejisi üzerine etkisinde knk ve üstbilişlerin durumsal aracılık rolünün incelenmesi

BT ile madde kullanımı baş etme stratejisine direkt etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (*p*=.471>.05) (bkz. Tablo 10). BT'nin madde kullanımı baş etme stratejisine direkt etkisi bulunmadığından, oluşturulan modelde yordanan değişken

olarak madde kullanımı baş etme stratejisi ele alındığında, aracılık ve düzenleyici aracılıktan söz edilememektedir.

Tablo 10. BT'nin Madde Kullanımı Baş Etme Stratejisi Üzerine Etkisinde KNK ve Üstbilişlerin Durumsal Aracılık Rolü

Sonuç Değişken	Bağımsız Değişkenler	*B*	*SH*	*t*	*p*	%95 Güven Aralığı	
MK	Sabit	2.23	.356	6.27	.000	1.53	2.94
	BT	.010	.014	.723	.471	-.017	.037
	KNK	.004	.008	.466	.642	-.012	.019
		R^2= .041; *F*=2.72; *p*=.070					
		B	*SH*	%95 Güven Aralığı			
Direkt Etki		.010	.014	-.017	.037		
Dolaylı Etki							
Düşük (*M*-1*SD*)		.005	.010	-.015	.025		
Orta (*M*)		.006	.012	-.017	.030		
Yüksek (*M*+1*SD*)		.007	.014	-.020	.035		
Düzenleyici aracılık endeksi		Endeks	*SH*	%95 Güven Aralığı			
		.000	.000	.000	.000		

Not. N=130; Bootstrap örneklem sayısı: 5000; MK: Madde Kullanımı; KNK: Kanser Nüks Korkusu, BT: Belirsizliğe Tahammülsüzlük, UST: Üstbilişler

4.1.5.5 BT'nin yadsıma baş etme stratejisi üzerine etkisinde knk ve üstbilişlerin durumsal aracılık rolünün incelenmesi

BT'nin yadsıma baş etme stratejisine direkt etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=.628>.05) (bkz. Tablo 11). BT'nin yadsıma baş etme stratejisine direkt etkisi bulunmadığından, oluşturulan modelde yordanan değişken olarak yadsıma baş etme stratejisi ele alındığında, aracılık ve düzenleyici aracılıktan söz edilememektedir.

Tablo 11. BT'nin Yadsıma Baş Etme Stratejisi Üzerine Etkisinde KNK ve Üstbilişlerin Durumsal Aracılık Rolü

Sonuç Değişken	Bağımsız Değişkenler	*B*	*SH*	*t*	*p*	%95 Güven Aralığı	
YAD	Sabit	5.28	.745	7.08	.000	3.8	6.75
	BT	-.014	.028	-.486	.628	-.07	.042
	KNK	-.025	.016	-1.56	.121	-.057	.007
		R^2= .115; F=8.211; p=.000					
		B	*SH*	%95 Güven Aralığı			
Direkt Etki		-.014	.028	-.070	.042		
Dolaylı Etki							
Düşük (*M*-1*SD*)		-.035	.025	-.082	.016		
Orta (*M*)		-.042	.029	-.096	.018		
Yüksek (*M*+1*SD*)		-.048	.034	-.111	.022		
Düzenleyici aracılık endeksi		Endeks	*SH*	%95 Güven Aralığı			
		-.001	.000	-.001	.000		

Not. N=130; Bootstrap örneklem sayısı: 5000; YAD: Yadsıma; KNK: Kanser Nüks Korkusu, BT: Belirsizliğe Tahammülsüzlük, UST: Üstbilişler

4.1.5.6 BT'nin davranışsal olarak ilgiyi kesme baş etme stratejisi üzerine etkisinde knk ve üstbilişlerin durumsal aracılık rolünün incelenmesi

BT ile davranışsal olarak ilgiyi kesme baş etme stratejisi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=.696>.05) (Tablo 12). BT'nin davranışsal olarak ilgiyi kesme baş etme stratejisine direkt etkisi bulunmadığından, oluşturulan modelde yordanan değişken olarak davranışsal olarak ilgiyi kesme baş etme stratejisi ele alındığında, aracılık ve düzenleyici aracılıktan söz edilememektedir.

Tablo 12. BT'nin Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme Baş Etme Stratejisi Üzerine Etkisinde KNK ve Üstbilişin Durumsal Aracılık Rolü

Sonuç Değişken	Bağımsız Değişkenler	*B*	*SH*	*t*	*p*	%95 Güven Aralığı	
DOİK	Sabit	2.83	.625	4.53	.000	1.6	4.07
	BT	.009	.024	.392	.696	-.038	.056
	KNK	.017	.013	1.3	.198	-.009	.044
		R^2= .081; F=5.57; p=.005					
		B	*SH*	%95 Güven Aralığı			
Direkt Etki		.009	.024	-.038	.056		
Dolaylı Etki							
Düşük (*M*-1*SD*)		.024	.016	-.007	.058		
Orta (*M*)		.029	.019	-.008	.068		
Yüksek (*M*+1*SD*)		.034	.022	-.009	.080		
Düzenleyici aracılık endeksi		Endeks	*SH*	%95 Güven Aralığı			
		.000	.000	.000	.001		

Not. N=130; Bootstrap örneklem sayısı: 5000; DOİK: Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme; KNK: Kanser Nüks Korkusu, BT: Belirsizliğe Tahammülsüzlük, UST: Üstbilişler

4.1.5.7 BT'nin olumlu yeniden yorumlama baş etme stratejisi üzerine etkisinde knk ve üstbilişlerin durumsal aracılık rolünün incelenmesi

BT ile olumlu yeniden yorumlama baş etme stratejisi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=.003>.05). Ancak KNK ile olumlu yeniden yorumlama baş etme stratejisi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=.483>.05). BT'nin olumlu yeniden yorumlama baş etme stratejisi üzerine etkisi bulunsa da KNK ile olumlu yeniden yorumlama baş etme stratejisi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığından aracılık ve düzenleyici aracılıktan söz edilememektedir.

Tablo 13. BT'nin Olumlu Yeniden Yorumlama Baş Etme Stratejisi Üzerine Etkisinde KNK ve Üstbilişlerin Durumsal Aracılık Rolü

Sonuç Değişken	Bağımsız Değişkenler	*B*	*SH*	*t*	*p*	%95 Güven Aralığı	
OYY	Sabit	5.8	.552	1.5	.000	4.71	6.89
	BT	-.064	.021	-3.02	.003	-.105	-.022
	KNK	-.008	.012	-.703	.483	-.032	.015
		R^2= .081; F=5.57; p=.005					
		B	SH	%95 Güven Aralığı			
Direkt Etki		.009	.024	-.038	.056		
Dolaylı Etki							
Düşük (*M*-1*SD*)		-.012	.016	-.045	.020		
Orta (*M*)		-.014	.019	-.053	.023		
Yüksek (*M*+1*SD*)		-.016	.022	-.061	.028		
Düzenleyici aracılık		Endeks	SH	%95 Güven Aralığı			

endeksi	.000	.000	-.001	.000	

Not. N=130; Bootstrap örneklem sayısı: 5000; OYY: Olumlu Yeniden Yorumlama; KNK: Kanser Nüks Korkusu, BT: Belirsizliğe Tahammülsüzlük, UST: Üstbilişler

4.1.5.8 BT'nin duygusal sosyal destek kullanma baş etme stratejisi üzerine etkisinde knk ve üstbilişlerin durumsal aracılık rolünün incelenmesi

BT ile duygusal sosyal destek kullanma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=.264>.05) (bkz. Tablo 14). BT'nin duygusal sosyal destek kullanma baş etme stratejisine direkt etkisi bulunmadığından, oluşturulan modelde yordanan değişken olarak duygusal sosyal destek kullanma baş etme stratejisi ele alındığında, aracılık ve düzenleyici aracılıktan söz edilememektedir.

Tablo 14. BT'nin Duygusal Sosyal Destek Kullanma Baş Etme Stratejisi Üzerine Etkisinde KNK ve Üstbilişlerin Durumsal Aracılık Rolü

Sonuç Değişken	Bağımsız Değişkenler	*B*	*SH*	*t*	*p*	%95 Güven Aralığı	
DSDK	Sabit	4.62	.623	7.41	.000	3.38	5.85
	BT	.027	.024	1.12	.264	-.020	.074
	KNK	.005	.013	.380	.704	-.021	.032
		R^2= .065; F=4.402; p=.014					
		B	*SH*	%95 Güven Aralığı			
Direkt Etki		.027	.024	-.020	.074		
Dolaylı Etki							
Düşük (*M*-1*SD*)		.007	.019	-.031	.043		
Orta (*M*)		.009	.022	-.038	.050		

Yüksek (*M*+1*SD*)	.010	.026	-.044	.058

Düzenleyici aracılık endeksi	Endeks	*SH*	%95 Güven Aralığı	
	.000	.000	-.001	.001

Not. *N*=130; Bootstrap örneklem sayısı: 5000; DSDK: Duygusal Sosyal Destek Kullanma; KNK: Kanser Nüks Korkusu, BT: Belirsizliğe Tahammülsüzlük, UST: Üstbilişler

4.1.5.9 BT'nin planlama baş etme stratejisi üzerine etkisinde knk ve üstbilişlerin durumsal aracılık rolünün incelenmesi

Tablo 15'te görüldüğü üzere, BT ile planlama arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (*p*=.370>.05). KNK ile planlama arasında negatif anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (*B*=-.032; *SH*=.010; t(129) =-3.12, *p*=.002<.05). BT'nin planlama baş etme stratejisine direkt etkisi bulunmadığından, oluşturulan modelde yordanan değişken olarak planlama baş etme stratejisi ele alındığında, aracılık ve düzenleyici aracılıktan söz edilememektedir.

Tablo 15. BT'nin Planlama Baş Etme Stratejisi Üzerine Etkisinde KNK ve Üstbilişlerin Durumsal Aracılık Rolü

Sonuç Değişken	Bağımsız Değişkenler	*B*	*SH*	*t*	*p*	%95 Güven Aralığı	
PLAN	Sabit	7.6	.477	15.93	.000	6.65	8.54
	BT	.016	.018	.899	.370	-.020	.052
	KNK	-.032	.010	-3.12	.002	-.052	-.012
		R^2= .065; *F*=4.402; *p*=.014					

	B	*SH*	%95 Güven Aralığı	
Direkt Etki	.027	.024	-.020	.074
Dolaylı Etki				

Düşük (*M*-1*SD*)	.007	.019	-.031	.043
Orta (*M*)	.009	.022	-.038	.050
Yüksek (*M*+1*SD*)	.010	.026	-.044	.058

Düzenleyici aracılık endeksi	Endeks	*SH*	%95 Güven Aralığı	
	.000	.000	-.001	.001

Not. *N*=130; Bootstrap örneklem sayısı: 5000; PLAN: Planlama; KNK: Kanser Nüks Korkusu, BT: Belirsizliğe Tahammülsüzlük, UST: Üstbilişler

4.2 Tartışma

Bu bölümde çalışma sonucu, meme kanseri sonrası sağ kalımlı örnekleminin, KNK, BT, üstbilişler ve baş etme stratejileri düzeyleri arasındaki ilişki ve bu ilişkiye dair oluşturulan durumsal aracılık modelinin test edilmesine dair sonuç veriler ele alınarak tartışılacaktır.

Öncelikle ölçeklerden alınan puan ortalamalarını ele almak gerekirse, KNK envanterinden elde edilen 45.3 (*SS*= 23.1) ortalama puan, mevcut çalışmada klinik düzeye göre bir ayrım yapılamadığından KNK'nın normal ve klinik düzeylerine göre karşılaştırılamamıştır. Mevcut çalışmanın Üstbilişler puan ortalaması 66.8 (*SS* = 13.13) literatürde yapılan çalışmaların üstünde çıkmıştır (Butow, Kelly ve ark., 2015; Curran ve ark., 2020). Yine BT puan ortalaması 42.12 (*SS*= 13) olarak, sağ kalımlılarla yapılan sınırlı sayıdaki araştırmaya bakıldığında yüksek çıkmıştır (Curran ve ark., 2020). Bu farkın, araştırmaların yapıldığı ülkelerdeki sağlık sistemlerinin farklılaşmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.. Öyle ki, Belçika ve Türkiye'deki meme kanseri hastalarının karşılaştırılmasını içeren bir çalışmada, Belçikalı hastaların Türk hastalara kıyasla daha fazla hastalık hakkında bilgilendirildiğini ve daha doğru bir hastalık algısına sahip oldukları bulunmuş, hastalık sürecine dair üstü kapalı ifadelerde bulunmanın ve kanser kelimesini kullanmaktan kaçınmanın Türk hastalarda Belçikalı hastalara kıyasla daha fazla kaygı ile ilişkili olduğunu ortaya koyulmuştur (Erbil ve ark., 1996). BT ve üstbilişler kaygı bozukluklarının temelindeki endişenin ortaya çıkmasındaki önemli bilişsel incinebilirlik faktörlerinden sayılmaktadır (Lebel ve ark.,

2018). Mevcut araştırmada her ne kadar hastaların bilgi ihtiyacı ve hastalığa yaklaşımı ve kaygı düzeyleri araştırılmamış olsa da dolaylı olarak mevcut araştırmada BT ve üstbilişler puan ortalamalarının diğer çalışmalara kıyasla daha yüksek çıkması bu açıdan ele alınabilir.

Demografik özelliklerden yaş, tanı üzerinden geçen süre ve tedavinin sonlanması üzerinden geçen süreye bakacak olursak; meme kanseri sonrası sağ kalımlı kadınlarda yaş, KNK toplam ve alt boyutları değerleriyle negatif yönde anlamlı ilişki göstermiştir. Diğer bir deyişle, yaş ilerledikçe meme kanseri sonrası sağ kalımlı kadınların KNK'sı azalmakta; tıbbi tahliller, takip muayeneleri, ölüm haberleri gibi etmenlerin KNK'yı tetikleme durumları; kanser nüks düşüncesinin günlük işler, iş gibi alanlara etkisi; kanser nüksü ile ilgili üstbilişler ("kanserin nüksetmesinden korkuyorum" gibi); duygu odaklı başa çıkma stratejilerini kullanımları azalmakta; buna karşın yaşam kalitelerinde artış yaşanmaktadır. Mevcut araştırmada, Yaş ve KNK toplam puan ve alt boyutları arasında bulunan bu anlamlı negatif yönlü ilişki, literatürde birçok çalışma tarafından desteklenmektedir (Brenner ve Arndt,2013; Crist ve Grunfeld, 2012; Kahraman, 2016; Koch ve ark., 2013; Shin ve ark., 2021; Simard ve ark., 2013; van de Wal ve ark., 2016). Bu ilişki dikkate alındığında, meme kanseri sonrası sağ kalımlı kadınların, KNK'yı genç yaşta daha fazla hissetmeleri ya da ileri yaşlarda daha az hissetmeleri, genç yaştaki kişilerin hayatlarında eğitim, kariyer, aile kurma gibi konuların daha başındalarken, ileri yaştaki kişilerin, hayatını belli bir düzene sokma konusunda görece bu aşamaları geride bırakmış olmaları, kanser gibi beklenmedik ve belirsiz bir hastalığa tepkilerini etkileyebilir (van den Beuken-van Everdingen ve ark., 2008; Vickberg, 2003).

Meme kanseri sonrası sağ kalımlı kadınların, tanı üzerinden ve primer tedavilerinin sonlanması üzerinden geçen süreleri, KNK toplam puan ve alt boyutları ile negatif yönde anlamlı ilişki göstermiştir. Yani meme kanseri sonrası sağ kalımlı kadınların tanı ve primer tedavilerinin sonlanması üzerinden geçen zaman arttıkça KNK değerlerinde düşüş meydana gelmiştir. Özellikle, diğer alt ölçeklerden biraz daha güçlü bir şekilde yaşam kalitesi ve işlevsel bozukluklar, tanı üzerinden ve primer tedavilerinin sonlanması üzerinden geçen süre ile orta düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki gösterdiği yönündeki bulgular literatürle desteklenmektedir (Kahraman, 2016; Thewes

ve ark., 2013; van de Wal, 2016). Söz konusu bulgular, meme kanseri sonrası sağ kalımlı kadınlar, tanı ve tedavilerinin sonlanması üzerinden yıllar geçtikçe, kanser sonrası süreci nasıl yönetebileceklerine dair sağlık çalışanlarından da gelen bilgilendirme ile daha fazla deneyime sahip olmaları ve günlük yaşamları içinde bu sürecin yan etkilerini giderek daha az yaşamalarına bağlı olarak KNK'da düşüş yaşıyor olabilecekleri yönünde değerlendirilebilir. Nitekim, sağ kalım sürecinde, bilgi ihtiyacı, ağrı gibi semptomların klinik KNK ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Ellegaard ve ark., 2017). Bunların yanı sıra, mevcut çalışma ile uyumlu şekilde, boylamsal bir çalışmada zaman içerisinde KNK ile ilişkili işlevsel bozuklukların azaldığı ve hayat kalitesinde artışın yaşandığı bulunmuş fakat bu etkinin eş zamanlı hastalık geçiren, ileri evre kanser tanısı ve kemoterapi almış sağ kalımlılarda görülmediği bulunmuştur (Zandbergen ve ark., 2019). Dolayısıyla, bu bağlamda, öte çalışmalarda, katılımcıların tanı evreleri, tedavi türleri gibi etmenler de ele alınarak KNK ve tanı ve tedavi üzerinden geçen süre incelenebilir. Öte yandan, bir çalışmada, bazı sağ kalımlıların, KNK ile ilişkili işlevsel olarak bozukluk yaşamasalar da klinik boyutta KNK gösterdikleri bulunmuştur (Mutsaers ve ark., 2016). Fakat aynı çalışmada, tanı üzerinden geçen süre ele alınmamıştır. Mevcut çalışmada, KNK ile ilişkili işlevsel bozukluklar ile tanı üzerinden geçen süre arasında negatif anlamlı ilişki bulunmuş fakat KNK'nın klinik boyutuna dair bir ayrım yapılamamıştır. Öte yandan, tanı üzerinden yıllar geçmiş olsa da KNK seviyelerinin yıllar boyunca aynı düzeyde kaldığını (Koch ve ark., 2013; Simard ve ark, 2013) ve tanı üzerinden geçen sürenin KNK seviyelerini etkilemediğini (van den Beuken-van Everdingen ve ark., 2008) bulan çalışmalar da mevcuttur. Bunun olası nedeni, tanı ve primer tedavinin sonlanması üzerinden süre geçmesinden bağımsız şekilde, KNK seviyelerini etkileyen sürekli kaygı gibi diğer etmenlerin var olması olabilir (Bağ, 2013). Sonuç olarak, ileriki araştırmalarda, tanı ve tedavi üzerinden geçen süre, işlevsel bozukluklar sürekli kaygı gibi KNK seviyelerini ve sonuçlarını etkileyebilecek söz konusu değişkenlerin birarada ele alındığı boylamsal çalışmaların yapılması faydalı olacaktır.

Meme kanseri sonrası sağ kalımlı kadınlarda yaş, BT toplam ve ileriye yönelik kaygı alt boyutu değerleriyle negatif yönde anlamlı ilişki göstermiştir. Diğer bir ifadeyle, yaş ilerledikçe meme kanseri sonrası sağ kalımlı kadınların BT'si azalmakta; geleceğin neler getireceğini bilme arzusunda azalma yaşanmaktadır. Literatürde, meme kanseri

sonrası sağ kalımlılar özelinde, yaş ve BT arasındaki ilişkiyi içeren fazla sayıda çalışma olmasa da, yapılan bir çalışmada, ileri yaştaki kanser sonrası sağ kalımlıların, genç yaştaki kanser sonrası sağ kalımlılara göre semptomlardan duyulan rahatsızlığa bağlı olarak daha az belirsizlik, daha az nüks düşünceleri ve iyi oluş gösterdikleri bulunmuş ve bunu yaş ilerledikçe hayat tecrübelerine dayanan ve semptomları anlaşılabilir kılan bir bilişsel şemanın oluşturulmasına bağlamışlardır (Clayton ve ark., 2006). Aynı çalışmada, Engelleyici Kaygı alt boyutunun ise yaş ile anlamlı bir ilişki göstermediği bulunmuştur. Yani meme kanseri sonrası sağ kalımlı kadınların belirsiz durumlarda eylemsizlik içerisinde olmaları genç ya da ileri yaşta olmaları ile ilişkili çıkmamıştır. McEvoy ve Mahoney (2012) engelleyici kaygının, panik bozukluk, depresyon gibi psikolojik rahatsızlıklar ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Başka bir çalışmada ise, panik bozukluk ve depresyon gibi psikolojik rahatsızlıkların, yaş ile ilişkili olduğu görülmüştür (Solmi ve ark., 2022). Bu açıdan ele alındığında, mevcut çalışmada katılımcıların %89'unun (*N*= 116) psikolojik/psikiyatrik bir tanı almamış olması, engelleyici kaygı ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmamasının nedeni olarak görülebilir. İleride yapılacak olan boylamsal çalışmalar, kanser sonrası sağ kalımlılarda psikopatolojik özellikler, BT ve yaş arasındaki ilişkiye netlik kazandırabilir.

Meme kanseri sonrası sağ kalımlı kadınların tanı üzerinden geçen süre ve primer tedavilerinin sonlanması üzerinden geçen süreleri BT toplam ve alt boyutları ile negatif yönde anlamlı ilişki göstermiştir. Yani, meme kanseri sonrası sağ kalımlı kadınların tanı ve primer tedavilerinin sonlanması üzerinden geçen zaman arttıkça BT değerlerinde düşüş meydana gelmektedir. Literatürde spesifik olarak, BT ve tanı alma ve primer tedavi üzerinden geçen süreye dair yapılmış fazla sayıda çalışma bulunmamaktadır. Bu sınırlı sayıdaki çalışmalardan birinde, meme kanseri sağ kalımlıları ile sağlık kaygısı üzerine yapılan bir çalışmada, BT'nin sağlık kaygısıyla anlamlı bir ilişkisi bulunsa da sağlık kaygısının yordayıcılarından olmadığı bulunmuş, bunun olası nedeninin katılımcıların tanıları üzerinden geçen sürenin 2.5 yıl üstü olmasına bağlı olarak belirsizliği daha az hissetmeleri olabileceği öne sürülmüştür (Jones ve ark., 2014). Buradan yola çıkarak, öte çalışmalarda, sağ kalımlı bireylerin tanı ve primer tedavilerinin sonlanması üzerinden geçen süre ile BT seviyeleri arasındaki ilişki, algıladıkları belirsizliğin de ele alınarak boylamsal desende incelenmesi işlevsel olacaktır.

Yapılan korelasyon analizleri sonucunda "H1: Meme kanseri sonrası sağ kalım sürecinde bireylerin kanser nüks korkusu ile belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır." hipotezi sağlanmıştır. Yani, meme kanseri sonrası sağ kalımlı kadın katılımcıların BT seviyeleri ne derece yüksekse, KNK seviyeleri de o derece yüksek çıkmıştır. Elde edilen sonuç, sağ kalım literatüründe BT'yi ele alan, kısıtlı sayıdaki çalışma bulgularıyla tutarlıdır (Cessna Palas ve ark., 2021; Curran ve ark., 2020; Eisenberg ve ark., 2015; Lebel ve ark., 2018; Tutelman ve ark., 2022). Kanser sonrası sağ kalım süreci, doğası gereği nüks ihtimalinin gerçek olduğu ve bunun etrafında dönen belirsizliğin hakim olduğu bir süreçtir. Dolayısıyla sağ kalımlı bireylerin belirsizliğe karşı yaklaşımı, karşılaşacakları KNK gibi güçlüklerin boyutunu etkileyecektir (Mishel, 1990). Hastaların, belirsizliği hayatın bir parçası olarak kabul edip, tahammül edilebilir bir olgu olarak görmeleri KNK'yı normal seviyelerde yaşamalarını sağlayabilir (Kyriacou ve ark., 2017). Bunun aksine, hastalar süreç içerisinde belirsiz durumları ne derece tahammül edilemez görürlerse KNK'yı o derece yüksek hissedebilirler. Dolayısıyla, sağ kalımlı bireyler için geliştirilen müdahale programlarında sağ kalımlıların belirsizliğe yaklaşımlarını ele alarak nükse dair korkularında azalma sağlanabilir.

Yapılan korelasyon analizleri sonucunda "H2: Meme kanseri sonrası sağ kalım sürecinde bireylerin kanser nüks korkusu ile üstbilişleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır." hipotezi sağlanmıştır. KNK toplam ve üstbilişler ölçeğinin endişeye dair olumsuz inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutları arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuş olup, KNK toplam ve endişeye dair olumlu inançlar, bilişsel güvensizlik ve bilişsel farkındalık arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Literatürde bu bulguları destekleyen ve desteklemeyen çalışmalar mevcuttur. Örneğin; Butow, Kelly ve arkadaşları (2015), yaptıkları çalışmada mevcut araştırma bulgularının aksine, klinik düzeyde KNK'sı olan sağ kalımlıların klinik düzeyde KNK'sı olmayanlara kıyasla endişeye dair daha olumlu inançlara sahip olduğunu ve mevcut çalışma bulgularıyla uyumlu olarak düşünceleri kontrol altına alma ihtiyacının klinik düzeyde KNK'sı olanlarda daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Ancak; mevcut çalışmada klinik düzeyde KNK belirlenmemesi sebebiyle sonuçlarda farklılık olduğu düşünülmektedir. Mevcut araştırmanın bulgularıyla paralel olarak ise, Lebel ve diğerleri (2018) endişeye dair olumlu inançlar ve KNK arasında anlamlı ilişki bulamamıştır. Başka bir çalışmada ise,

araştırma bulgularıyla uyumlu olarak, endişeye dair olumsuz inançların ve düşünceleri kontrol ihtiyacının artmış KNK ile kuvvetli bir ilişki gösterdiği görülmüştür (Thewes, ve ark., 2013). Söz konusu bulgular, üstbilişlerin, endişeye dair olumsuz inançlar (örn. "endişelenmek beni hasta eder.") ve düşünceleri kontrol ihtiyacı (örn. "düşüncelerimi kontrol altına alamazsam iş göremez hale gelirim.") alt boyutlarının kanser nüksünün olası tetikleyicisi ve kanser nüks düşünceleriyle baş etme yolu niteliğinde olduğu yönünde de değerlendirilebilinir. Nitekim, Vickberg (2001) meme kanseri geçirmiş kadınlarla yaptığı araştırmada, yarı yapılandırılmış görüşmelerde, nüks hakkında endişelenmeye başladıklarında o düşünceyi kontrol altında tutmaya çalıştıklarını, endişelenmenin kendilerini hasta edebileceğini düşündüklerini ortaya koymuştur.

Yapılan korelasyon analizleri sonucunda "H3: Meme kanseri sonrası sağ kalım sürecinde bireylerin, BT düzeyleri ile üstbilişleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır." Hipotezi sağlanmıştır. Bu bulgu literatürde desteklenmektedir (Curran ve ark., 2020; Konstantellou ve Reynolds, 2010). Mevcut çalışmada, BT toplam ve üstbilişler toplam, endişeye dair olumsuz inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutları arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuş olup, BT ve üstbilişlerin alt boyutları olan endişeye dair olumlu inançlar, bilişsel güvensizlik ve bilişsel farkındalık arasında ise anlamlı ilişki bulunamamıştır. Literatürde kanser sonrası sağ kalımlılar özelinde BT ve üstbilişler ilişkisini içeren çalışmalar kısıtlıdır. Yalnızca endişeye dair olumlu inançların ele alındığı bir çalışmada, BT ile endişeye dair olumlu inançlar arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Lebel ve ark., 2018). Mevcut çalışma bulgularıyla uyumlu bir şekilde, kanser sonrası sağ kalımlılarda, üstbilişler toplam puanları ile BT toplam puanları arasında anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur (Curran ve ark., 2020). Mevcut araştırma sonuçlarıyla benzer şekilde, fakat ergenlerle yapılan bir çalışmada, BT ve endişeye dair olumsuz inançlar arasında anlamlı ilişki bulunmuş, BT ve endişeye dair olumlu inançlar arasında ise anlamlı ilişki bulunamamıştır (Thielsch ve ark., 2015b). Üstbiliş alt boyutlarının BT ile ilişkisinin farklılık göstermesinin sebebi, endişeye dair olumlu inançlar (örn. "endişelenmek beni gelecekte olabilecek sorunlara karşı hazırlıklı kılar.") ve bilişsel farkındalık (örn. "düşüncelerimin her zaman farkındayımdır.") alt boyutlarının aslında belirsiz durumlara karşı bir hazırlık niteliğinde olmasıyla endişeyi kullanan bir yapıdayken, endişeye dair olumsuz inançların (örn. endişelerim beni deliye döndürebilir) ve düşünceleri kontrol ihtiyacının

(örn. bazı düşünceleri akıldan geçirmek kötüdür) belirsizliği kabul etmeyen ve onu ortadan kaldırmaya çalışan bir yapıda olmasıyla belirsizliğe tahammülsüzlük ile anlamlı olarak ilişkilenmiş olabileceği düşünülmektedir. Nitekim Wells (2004)'e göre özellikle olumsuz üstbilişler, endişeye dair endişelenmeyi tetiklemesi nedeniyle, patolojik boyuttaki endişe ve kaygının sürdürülmesinde önemli bir yere sahiptir. Bu doğrultuda, mevcut araştırma sonucu BT ile endişeye dair olumsuz inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacı arasındaki anlamlı pozitif ilişki, BT'nin endişe ve kaygının ortaya çıkmasında önemli bir yere sahip olması (Dugas ve ark., 1997) ve özellikle endişeye dair olumsuz üstbilişlerin, endişe ve kaygının sürdürülmesinde önemli olması (Wells, 2004) üzerinden değerlendirilebilir.

Yapılan korelasyon analizleri sonucunda "H4: Meme kanseri sonrası sağ kalım sürecinde bireylerin KNK ile uyumlu/işlevsel baş etme stratejileri arasında negatif yönde; uyumsuz/işlevsel olmayan baş etme stratejileri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır." hipotezi uyumlu/uyumsuz baş etme stratejileri alt boyutlarının çoğu için sağlanmıştır. Araştırma sonucunda, KNK toplam puanları ve mizahi yaklaşım, kabullenme, olumlu yeniden yorumlama ve planlama uyumlu/işlevsel baş etme stratejileri arasında anlamlı negatif yönde ilişki olduğu; KNK toplam puanları ve duygulara odaklanma ve ortaya koyma, madde kullanımı, davranışsal olarak ilgiyi kesme ve duygusal sosyal destek kullanma uyumsuz/işlevsel olmayan baş etme stratejileri arasında anlamlı pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Bu bulgular literatür ile uyumluluk göstermektedir. Klinik düzeydeki KNK'nın özellikleri arasında uyumsuz baş etme stratejilerinin kullanımı olduğu bilinmektedir (Lebel ve ark., 2016; Mutsaers ve ark., 2020). Yani sağ kalımlı bireyler, KNK'nın ileri seviyelerinde aşırı güvence arayışı, davranışsal ve zihinsel olarak ilgiyi kesme gibi uyumsuz baş etme stratejilerine başvurmaktadırlar (Mutsaers ve ark., 2020). KNK özelinde olmasa da Carver ve ark. (1993) meme kanseri hasta ve sağ kalımlıları ile yürüttükleri çalışmalarında uyumlu/işlevsel baş etme stratejilerinin (özellikle kabullenme ve mizahi yaklaşımın) bireylerin iyi oluş hali ve düşük sıkıntı seviyeleri ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Benzer şekilde, başka bir çalışmada, meme kanseri sağ kalımlıları, süreç ile başa çıkmada hastalığı kabullenmenin ve sosyal ve duygusal destek sağlayan fiziksel aktivitelere yönelmenin önemini vurgulamışlardır (Lashbrook ve ark., 2018). Mevcut araştırmada, beklenmedik şekilde, diğer etkinlikleri bırakma, dine yönelme ve kendini

sınırlandırma uyumlu/işlevsel baş etme stratejileri ve araçsal sosyal destek kullanma ve zihinsel olarak ilgiyi kesme uyumsuz/işlevsel olmayan baş etme stratejileri KNK toplam puanları ile anlamlı ilişki göstermemiştir. Benzer şekilde Llewellyn ve ark. (2008) araçsal sosyal destek kullanma ve zihinsel olarak ilgiyi kesme baş etme stratejileri ile KNK arasında anlamlı ilişki bulamamıştır. Carver ve ark. (1993) meme kanseri sağ kalımlıları ile yaptıkları çalışmada KNK özelinde olmasa da , diğer etkinlikleri bırakma, dine yönelme ve kendini sınırlandırma uyumlu/işlevsel baş etme stratejileri ve sosyal destek kullanma ve zihinsel olarak ilgiyi kesme uyumsuz/işlevsel olmayan baş etme stratejileri ile sıkıntı hali arasında ameliyat sonrası süreçte devamlı ilişki gözlemlememiştir. Aynı çalışmada olduğu gibi dine yönelme uyumlu/işlevsel baş etme stratejisi mevcut araştırmada da en fazla kullanılan baş etme stratejisi olmasına rağmen KNK ile ilişkili çıkmamıştır. Diğer bir deyişle, katılımcıların KNK seviyelerindeki değişim ile dine yönelme baş etme stratejisi kullanımındaki değişim arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Mevcut araştırmada, diğer etkinlikleri bırakma uyumlu/işlevsel baş etme stratejisinin KNK toplam puanları ile anlamlı ilişki göstermemiş olması, katılımcıların toplumsal cinsiyet rolleri bağlamında, Türkiye'de kadına atfedilen eş ve anne rolleri ve bunların getirdiği ev işi, çocuk bakımı gibi sorumluluklar ile ilgili olabileceği düşünülmektedir (Özkan ve ark., 2011). Yani meme kanseri sonrası sağ kalımlı kadınlar, kendilerine atanan sorumluluklarını, KNK'yı düşük ya da yüksek düzeyde yaşıyor olsalar da gerçekleştirmeyi sürdürüyor olabilirler. Araştırma bulguları sonucunda, beklenenin aksine uyumsuz/işlevsel olmayan yadsıma baş etme stratejisi KNK toplam puanları ile negatif yönde anlamlı bir ilişki göstermiştir. Literatürde yadsıma uyumsuz/işlevsel olmayan baş etme stratejisinin KNK ile pozitif yönde anlamlı ilişki gösterdiği çalışmalar mevcuttur (Llwellyn ve ark., 2011; Stanton ve ark., 2002). Benzer şekilde başka bir çalışmada, yadsıma uyumsuz/işlevsel olmayan baş etme stratejisinin kanser ile ilgili endişeler ile pozitif yönde anlamlı olduğu bulunmuştur (Deimling ve ark., 2006). Mevcut çalışmada bu bulguların aksine elde edilen sonuç, KNK arttıkça yadsıma baş etme stratejisinin azaldığını, yani katılımcıların yoğun şekilde KNK yaşadıklarında bunu inkar edip yok saymadıklarını göstermektedir. Bu durum, mevcut araştırma sonucunda en fazla kullanılan baş etme stratejilerinin planlama, dine yönelme, araçsal sosyal destek kullanma gibi problemi var sayan baş

etme stratejileri olduğu göz önüne alındığında katılımcıların genel olarak sorun ile yüzleşme eğilimde oldukları şeklinde değerlendirilebilir.

Yapılan korelasyon analizleri sonucunda "H5: BT düzeyleri ile uyumlu/işlevsel baş etme stratejileri (örn. planlama, olumlu yeniden yorumlama) arasında negatif; uyumsuz/işlevsel olmayan baş etme stratejileri (örn. davranışsal olarak ilgiyi kesme, yadsıma) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır." Hipotezi uyumlu/uyumsuz baş etme stratejileri alt boyutlarının çoğu için sağlanmıştır. Araştırma sonucunda, BT toplam puanları ve mizahi yaklaşım, olumlu yeniden yorumlama ve planlama uyumlu/işlevsel baş etme stratejileri arasında anlamlı negatif yönde ilişki olduğu; BT toplam puanları ve duygulara odaklanma ve ortaya koyma, madde kullanımı, davranışsal olarak ilgiyi kesme ve duygusal sosyal destek kullanma uyumsuz/işlevsel olmayan baş etme stratejileri arasında anlamlı pozitif yönde ilişki bulunmuştur. BT'nin bilişsel modelinde (Dugas ve ark., 1997), BT'nin kaygıyı tetikleyebileceği ve akabinde de kesinlik arayışı, kaçınma (Jacoby, 2020) gibi uyumsuz baş etme (Einstein, 2014) stratejilerini ortaya çıkaracağı öne sürülmüştür. Mevcut araştırma modeli bu doğrultuda oluşturulmuş ve araştırma hipotezi uyumlu/uyumsuz baş etme stratejilerinin çoğu için sağlanmıştır. Literatürde meme kanseri özelinde, BT ve baş etme stratejileri arası ilişkiyi inceleyen çalışmalar kısıtlıdır. Bu kısıtlı çalışmalarda, mevcut araştırma sonuçları ile tutarlı şekilde, BT'nin bilişsel kaçınma gibi uyumsuz/işlevsel olmayan baş etme stratejileri ile pozitif yönde anlamlı ilişki gösterdiği bulunmuştur (Curran ve ark., 2020; Lebel ve ark., 2018). Mevcut araştırmada, beklenenin dışında, diğer etkinlikleri bırakma, kabullenme, dine yönelme ve kendini sınırlandırma uyumlu/işlevsel baş etme stratejileri ve araçsal sosyal destek kullanma ve zihinsel olarak ilgiyi kesme uyumsuz/işlevsel olmayan baş etme stratejileri BT toplam puanları ile anlamlı ilişki göstermemiştir. Benzer şekilde Taha ve ark. (2012) diğer etkinlikleri bırakma, kendini sınırlandırma, sosyal destek kullanma, zihinsel olarak ilgiyi kesme baş etme stratejileri ile BT arasında anlamlı ilişki bulamamıştır. Araştırma bulguları sonucunda, beklenenin aksine, uyumsuz/işlevsel olmayan yadsıma baş etme stratejisi BT toplam puanları ile negatif yönde anlamlı bir ilişki göstermiştir. BT'nin belirsiz durumları tehdit edici olarak algılama eğilimi yaratması (Koerner ve Dugas, 2008) yadsıma gibi uyumsuz/işlevsel olmayan baş etme (Palma ve ark., 2022) stratejilerini getirse de sağlık

tehdidi altında olunan durumlarda, BT'nin sağlık taraması gibi olumlu sağlık davranışlara yönlendirebileceği de öne sürülmüştür (Rosen ve Knäuper, 2009). Mevcut çalışmada BT ve yadsıma baş etme stratejisi arasında bulunan negatif ilişki bu açıdan değerlendirilebilir. Yani, meme kanseri sonrası sağ kalımlı kadınlar, belirsiz durumlar karşısında ne derece tahammülsüz ise o derecede durumu kabul edip belirsiz durumu gidermeye yönelik eylemlerde bulunmaktadır.

Düzenleyici etkinin incelendiği analizde "H6: Meme kanseri sonrası sağ kalım sürecinde bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri ile kanser nüks korkusu arasındaki ilişkide üstbilişlerin düzenleyici rolü vardır." hipotezi sağlanmıştır. Daha detaylandırmak gerekirse, BT'nin KNK üzerindeki dolaylı etkisinin üstbilişlerin yüksek yani patolojik düzeylerinde en güçlü olduğu bulunmuştur. Yani, BT üstbilişlerin patolojik olduğu boyutlarda KNK'yı daha güçlü şekilde yordamaktadır. Literatürde spesifik olarak BT ve KNK arasındaki ilişkide üstbilişlerin düzenleyici etkisine dair bilgi yer almamaktadır ancak; bu değişkenlerin bir arada değerlendirildiği, KNK modellerini ele alan çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin, Curran ve arkadaşlarının (2020)'de oluşturdukları modeli test ettikleri çalışmalarında BT'nin KNK ile ilişkisi olsa da üstbilişlerin de yer aldığı kompleks yol analizinde tek başına BT'nin KNK'yı yordamadığı görülmüştür. Bunun açıklaması olarak, BT'nin üstbilişler ile etkisi üzerinden KNK'yı yordayabildiğini yani ancak endişenin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğu inancı var ise BT'nin düşük seviyelerinin bile KNK'yı yordayabileceğini öne sürmüşlerdir. Mevcut çalışma, BT'nin KNK üzerindeki etkisinin üstbilişlerin toplam değerlerinin seviyelerine göre değiştiğini göstererek, Curran ve arkadaşlarının (2020) önermesini sağlamıştır. Nitekim benzer bir sonuca, genel kaygı bozukluğu olan kişilerle yürüttükleri çalışmalarında Ruggiero ve diğerleri (2012) de ulaşmıştır. BT'nin genel kaygı bozukluğuna etkisi, üstbilişlerin endişenin tehlikeli ve kontrol edilemez olduğu inancı alt boyutu ile düzenlenmiştir. Yani, BT hali hazırda kaygı için bir yordayıcı niteliğindeyken üstbilişler bu etkiyi arttırmaktadır. Mevcut çalışmada, üstbilişler ne derece patolojik boyuttaysa, BT'nin KNK'yı o derecede etkilediği bulunmuştur. Bu bulgu, KNK'nın kaygının bilişsel modellerinden yola çıkılarak anlaşılmasına katkıda bulunmaktadır. Öyle ki, BT Modeli'ne (Dugas ve ark., 1997) göre, BT belirsiz bir durum karşısında, endişe ve kaygıyı ortaya çıkarır, uyumsuz üstbilişler aktive olur ki bu

üstbilişler de Üstbilişler Modeli'ne (Wells, 1997) göre endişe ve kaygının sürdürülmesindeki ana faktörlerdendir. Özellikle BT, KNK literatüründe KNK'nın ortaya çıkması ve sürdürülmesine katkıda bulunan bir değişken olarak, üstbilişler kadar ele alınmamıştır. Mevcut çalışmada BT, üstbilişler ve KNK arasında bulunan bu ilişki, KNK'yı daha iyi anlamak adına BT ve üstbilişlerin ele alınmasının önemli olabileceğini göstermektedir. Tüm bu bulgulardan yola çıkarak, meme kanseri sonrası sağ kalımlı kadınlarla yapılacak psikoterapötik çalışmalarda belirsizliğe yaklaşımların ve üstbilişlerin birlikte ele alınması, KNK seviyelerini azaltarak, bireylerin hastalık sonrası süreci daha sağlıklı geçirmelerine yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

Aracı etkinin incelendiği analizde "H7: Meme kanseri sonrası sağ kalım sürecinde belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri ile baş etme stratejileri arasındaki ilişkide kanser nüks korkusunun aracı rolü vardır." hipotezi baş etme stratejilerinin uyumlu/uyumsuz hiçbir alt boyutu için sağlanmamıştır. Mevcut araştırmanın modeli, BT'nin baş etme stratejilerini ortaya çıkardığını öne süren bilişsel model ve bulgulardan (Dugas ve ark., 2007; Einstein, 2014; Jacoby, 2020) ve KNK literatüründeki çalışmalardan (Curran ve ark., 2020; Lebel ve ark., 2018) yola çıkarak oluşturulmuştur. BT Modeli'ne (Dugas ve ark., 1997) göre BT, endişe ve kaygıyı tetikler, bunun akabinde de bu durumla baş etmek adına baş etme stratejileri kullanılır. Sağ kalım literatüründe BT, KNK ve baş etme stratejilerini ele alan çalışmalar sonucunda, KNK'nın baş etme stratejilerini yordadığı ve BT'nin ise üstbilişler ile birlikte baş etme stratejilerini yordadığı bulunmuştur (Curran ve ark., 2020; Lebel ve ark., 2018). Bu bilgiler doğrultusunda oluşturulan mevcut araştırma modelinin, KNK'nın BT ve baş etme stratejileri arasında aracılık rolü olduğu önermesi sağlanmamıştır. Literatürde baş etme stratejilerinin KNK ile ilişkisinde uzun vadede KNK'yı yordadığına dair bulgular mevcuttur (Llewellyn ve ark., 2008), bu araştırmada aracılık etkisinin bulunmamasına dair ipucu verebilir. Ayrıca KNK'ya uyumsuz baş etme stratejileri anlık onay vererek geçici bir rahatlama sağlarlarken uzun vadede uyumsuz baş etme stratejilerinin KNK'yı arttırdığı görülmüştür (Lee-Jones ve ark., 1997; McGinty ve ark., 2016). Dolayısıyla, baş etme stratejilerinin KNK ile ilişkisindeki rolü boylamsal araştırmalarla daha iyi anlaşılabilir. Benzer şekilde fakat KNK özelinde olmasa da, meme kanseri sonrası sağ kalımlıları ile yapılan bir çalışmada, BT'nin depresif semptomlar ile ilişkisinde, duygu odaklı başa

çıkma stratejilerinin aracı rolde olduğu, yüksek düzeyde BT'nin duygu odaklı başa çıkma stratejilerini arttırdığı ve dolayısıyla daha fazla depresif belirtilere neden olduğu bulunmuştur (Taha ve ark., 2012). Aynı şekilde, akciğer kanseri hastaları ile yapılan bir çalışmada, BT ile depresif belirtiler arasında ve BT ile duygusal iyi oluş hali arasında kaçınmacı baş etme stratejilerinin aracı rolde olduğu, BT ve kaçınmacı baş etme stratejilerinin ileri düzeylerinin, daha fazla depresif semptom ve daha düşük duygusal iyi oluş halini yordadığı bulunmuştur (Kurita ve ark., 2013). Diğer bir deyişle, duygu odaklı ve kaçınmacı baş etme stratejileri BT ve depresif belirtiler ve duygusal iyi oluş hali arasında aracı rolde etkili olmuştur. KNK özelinde baş etme stratejilerini boylamsal olarak ve aracı değişken rolünde ele alarak, BT ve KNK ilişkisindeki rolüne dair daha fazla bilgi edinilebilir.

Durumsal aracılık modelinin incelendiği analizler sonucu "H8: BT ile baş etme stratejileri arasındaki ilişkiye KNK aracılık etmektedir ve üstbilişler tarafından düzenlenmektedir, öyle ki dolaylı ilişki üstbilişler daha yüksek olduğunda güçlenmektedir." hipotezi uyumlu/uyumsuz baş etme stratejilerinin hiçbir alt boyutu için sağlanmamıştır. Modelde kurulan etkileşimler, BT Modeli (Dugas ve ark., 1997), Üstbilişler Modeli (Wells, 1997) ve Lebel ve arkadaşlarının (2014; 2018), Curran ve arkadaşlarının (2020) çalışmalarından yola çıkarak oluşturulmuştur. Bu nedenle modelin sağlanmaması model içindeki değişkenlere ek olarak modelin tetikleyiciler, kanser nüks algısı, ölüm kaygısı, temel inançlar gibi değişkenlere ihtiyaç duyuyor olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca değişkenler kendi aralarında anlamlı ilişkiler gösterse de, model içindeki konumlanmalarından dolayı durumsal aracılık etkisi görülmemiş olabilir. Özellikle yukarıda bahsedilen, baş etme stratejileri ve KNK arasındaki ikili ilişki (Lee-Jones ve ark., 1997; McGinty ve ark., 2016) göz önüne alındığında, baş etme stratejilerinin model içerisindeki konumunun yeniden düzenlenmesiyle, örneğin yordanan değişkenden ziyade aracı değişken olması gibi, durumsal aracılık etkisinin sağlanabileceği düşünülmektedir.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1 Özet

Bu araştırma kanser sonrası sağ kalımlı kadınlarda kanser nüks korkusu, belirsizliğe tahammülsüzlük, üstbilişler ve baş etme stratejileri ilişkisinin incelenmesi ve bu değişkenler arası oluşturulan bir durumsal aracılık modelinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya amaçlı kartopu örneklem yöntemiyle meme kanseri sonrası sağ kalımlı 130 kadın dahil edilmiştir. Veriler "Kanser Nüks Korkusu Envanteri", "Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Formu", "Üstbilişler-30 Ölçeği" ve "Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Kısa Formu (BÇSÖ-KF)" kullanılarak toplanmıştır ve daha sonra SPSS 22.0 versiyonunda korelasyon, aracılık ve düzenleyici analizleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre; meme kanseri sonrası sağ kalımlı kadınların kanser nüks korkusu, belirsizliğe tahammülsüzlük ve üstbilişler değerleri arasında pozitif yönde anlamlı istatistiksel ilişki bulunmuştur. Durumsal aracılık modeli istatsitiksel olarak anlamlı şekilde sağlanamamış olsa da belirsizliğe tahammülsüzlük ile kanser nüks korkusu arasındaki ilişkide üstbilişlerin düzenleyici rolü olduğu bulunmuştur.

5.2 Yargı

Bu araştırmada meme kanser sonrası sağ kalımlı kadınlarda KNK, BT, üstbilişler ve baş etme stratejileri ilişkisi incelenmiştir.

Yapılan analizler sonucu BT ve KNK arasındaki ilişkide üstbilişlerin düzenleyici rolünün bulunmuş olması, KNK modellerinde BT'nin konumlandırılmasına dair fikir vermektedir. Öyle ki, BT endişe ve kaygının ortaya çıkmasındaki ana incinebilirlik faktörlerinden sayılmaktadır. Üstbilişler de endişe ve kaygının ortaya çıkma ve sürdürülmesindeki ana incinebilirlik faktörlerindendir. KNK'nın ise endişe ile benzer özellikler gösterdiği öne sürülmektedir. Dolayısıyla, bu bağlamda, KNK'nın kaygının bilişsel modellerinden faydalanılarak ele alınmasının ve BT'nin KNK'yı anlamak adına en az üstbilişler kadar ele alınmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Diğer bir yandan, istatistiksel olarak anlamlılığı sağlanamayan aracılık ve durumsal aracılık modelleri, baş etme stratejilerinin KNK ile etkileşiminde konumunun önemli

olduğunu göstermektedir. Yani baş etme stratejileri KNK tarafından yordanmaktan ziyade KNK düzeylerini etkileyen bir değişken olabilir ki KNK modellerinin bazılarında baş etme stratejileri ve KNK arasında çift yönlü ilişki öne sürülmektedir.

5.3 Öneriler

Araştırma bulgularına göre, kanser sonrası sağ kalım sürecindeki bireylerin KNK'sı üzerine yapılacak psikolojik müdahale programlarına, bireylerin BT ve üstbilişlerine yönelik değerlendirme ve çalışmaların eklenmesi, müdahale programlarının etki düzeyini arttırabilir.

Ayrıca, araştırma bulguları KNK üzerinde BT'nin üstbilişler tarafından düzenlenen etkisini ortaya koyması ile önem taşımaktadır. Bu bulgu ile KNK'nın anlaşılmasında kaygının bilişsel modellerinden yararlanılabileceği, fakat KNK özelinde tetikleyiciler, kanser nüks algısı gibi değişkenlerin de ele alınmasıyla oluşturulacak araştırma modellerin KNK'nın oluşumu ve sürdürülmesine dair daha detaylı sonuçlar verebileceği düşünülmektedir. Diğer bir yandan, KNK'nın aracı değişken ve baş etme stratejilerinin yordanan değişken olarak modele alınması ile durumsal aracılık etkisi istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. İleride yapılacak çalışmalarda, BT, KNK, üstbilişler ve baş etme stratejileri arasındaki ilişkinin modellenmesinde baş etme stratejilerinin yordanan değişkenden ziyade yordayan, aracı ya da düzenleyici değişken olarak ele alınabilecek modellerle test edilebilir.

KAYNAKLAR

Açıkgöz, A. ve Yıldız, E. A. (2017). Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, *5*(1), 45-56. https://doi.org/10.30720/ered.441784

Ahorsu, D. K, Lin, C-Y, Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D. ve Pakpour, A. H. (2020). The fear of covıd-19 scale: development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*. https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8

Akram, M., Iqbal, M., Daniyal, M. ve Khan, A. U. (2017). *Awareness and Current Knowledge of Breast Cancer. Biological Research, 50*(33). https://doi.org/10.1186/s40659-017-0140-9

Akyolcu, N., Özhanlı, Y. Ve Kandemir, D. (2019). Meme Kanserinde Güncel Gelişmeler. *Journal of Health Science and Profession, 6*(3), 583-94. https://doi.org/10.5152/hsp.2019.440012

Allen, J. D., Savadatti, S., ve Gurmankin Levy, A. (2009). The transition from breast cancer 'patient'to 'survivor'. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 18*(1), 71-78. https://doi.org/10.1002/pon.1380

Almeida, S. N., Elliott, R., Silva, E. R., ve Sales, C. (2019). Fear of cancer recurrence: A qualitative systematic review and meta-synthesis of patients' experiences. *Clinical Psychology Review, 68*, 13–24. https://10.1016/j.cpr.2018.12.001

Amici, P. (2021). Intolerance Of Uncertainty: From Transdiagnostic Model To Clinical Management. *Psychiatria Danubina*, *33*(9), 22-25.

Allemani, C., Matsuda, T., Di Carlo, V., Harewood, R., Matz, M., Nikšić, M., Audrey Bonaventure, Valkov, M., Johnson, C. J., Estève, J., Ogunbiyi, O. J., Azevedo e Silva, G., Chen, W., Eser, S., Engholm, G., Stiller, C. A., Monnereau, A., Woods, R. R., Visser, O., ...Hood, M. (2018). Global surveillance of trends in

cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *The Lancet, 391*(10125), 1023-1075. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33326-3

Armes, J., Shewbridge, A., Nordlund, J., Finnegan-John, J., Moore, J., Bloomfield, J. ve Ream, E. (2016). Patients' perceptions of end of treatment consultations for breast cancer: o Armes and colleagues assess the results of an evaluation of patients' views of their quality of life, supportive care needs and the EoTC service. *Cancer Nursing Practice, 15*(4), 28-36 https://doi.org/10.77848/cnp.15.4.28.s20

Aydın, O. U. ve Ercan, A. (2018). Breast Cancer Detection In Patients Younger Than 40 Years Old In an Opportunistic Screening Population. *ACTA Oncologica Turcica, 5*1(1), 1-5. https://doi.org/10.5505/aot.2018.62681

Bacanlı, H., Sürücü, M. ve İlhan. T. (2013). Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formunun (BÇSÖ-KF) Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, 13*(1), 81-96.

Bağ, B. (2013). Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimlar, 5*(1), 110-126.

Baker, L. ve Brown, A. L. (1980). Metacognitive skills and reading. P. D. Pearson (Ed.), *Handbook of reading research* (s.1-74). Longman.

Boatemaa Benson, R., Cobbold, B., Opoku Boamah, E., Akuoko, C. P. ve Boateng, D. (2020). Challenges, coping strategies, and social support among breast cancer patients in Ghana. *Advances in Public Health, 2020*. https://doi.org/10.1155/2020/4817932

Bozkur, B., Kıran, B. ve Cengiz, Ö. (2020). Üniversite Öğrencilerinin Umutsuzluk, Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Gelecekte İş Bulmaya Yönelik Algı ve

Özyeterliklerinin İncelenmesi. *Kastamonu Education Journal, 28*(6), 2401-2409. https://doi.org/10.24106/kefdergi.702233

Buhr, K. ve Dugas, M. J. (2009). The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry: An experimental manipulation. *Behaviour research and therapy, 47*(3), 215-223. https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.12.004

Butow, P., Kelly, S., Thewes, B., Hruby, G., Sharpe, L. ve Beith, J. (2015). Attentional bias and metacognitions in cancer survivors with high fear of cancer recurrence. *Psycho-oncology, 24*(4), 416–423. https://doi.org/10.1002/pon.3659

Butow, P. ve Sharpe, L. (2021). Fear of cancer recurrence. *Essentials of Cancer Survivorship* (1. baskı, s. 56-69) içinde. CRC Press.

Butow, P., Fardell, J. ve Smith, 'B'A., (2015). Fear of cancer recurrence: An overview and Australian perspective. *Cancer Forum, 39*(2), 95-100. https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.289262376228028

Butow, P. N., Turner, J., Gilchrist, J., Sharpe, L., Smith, A. B., Fardell, J. E., Tesson, S., O'Connell, R., Girgis, A., Gebski, V. J., Asher, R., Mihalopoulos, C., Bell, M., Grunewald Zola, K., Beith, J. ve Thewes, B. (2017). Randomized trial of ConquerFear: a novel, theoretically based psychosocial intervention for fear of cancer recurrence. *Journal of Clinical Oncology, 35*(36), 4066-4077. https://doi.org/10.1200/JCO.2017.73.1257

Büyüköztürk, Ş., Çokluk, Ö. ve Köklü, N. (2016). *Sosyal Bilimler İçin İstatistik* (18. Baskı). Pegem Akademi.

Canelo-Aybar, C., Ferreiro, D. S., Ballesteros, M., Posso, M., Montero, N., Solà, I., Saz-Parkinson, Z., Lerda, D., Rossi, P. G., Duffy, S. W., Follmann, M., Gräwingholt, A. ve Alonso-Coello, P. (2021). Benefits and Harms of Breast Cancer Mammography Screening for Women at Average Risk of Breast Cancer: A Systematic Review for the European Commission Initiative on Breast Cancer. *Journal of Medical Screening, 28*(4), 389-404. https://doi.org/10.1177/0969141321993866

Cardoso, F., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rubio, I. T., ... Senkus, E. (2019). Early Breast Cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for Diagnosis, Treatment and Follow-Up. *Annals of Oncology, 30*(8), 1194–1220. https://doi.org/10.1093/annonc/mdz173

Carleton R. N. (2012). The Intolerance of Uncertainty Construct in the Context of Anxiety Disorders: Theoretical and Practical Perspectives. *Expert review of neurotherapeutics, 12*(8), 937–947. https://doi.org/10.1586/ern.12.82

Carleton, R. N., Collimore, K. C. ve Asmundson, G. J. (2010). "It's not just the judgements—It's that I don't know": Intolerance of uncertainty as a predictor of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders, 24*(2), 189-195. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.10.007

Carleton, R. N., Norton, M. P. J. ve Asmundson, G. J. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of anxiety disorders, 21*(1), 105-117. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.014

Carter, B. J. (1993). Long-term survivors of breast cancer. A qualitative descriptive study. *Cancer Nursing, 1*6(5), 354-361.

Carver, C. S., Scheier, M. F. ve Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(2), 267–283. https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267

Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L. ve Clark, K. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of personality and social psychology, 65*(2), 375-90.

Carver, C. S. (1997). You Want to Measure Coping But Your Protocol's Too Long: Consider The Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*(1), 92-100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Cessna Palas, J. M., Hyland, K. A., Nelson, A. M., Small, B. J., Jim, H. ve Jacobsen, P. B. (2021). An examination of the relationship of patient modifiable and non-

modifiable characteristics with fear of cancer recurrence among colorectal cancer survivors. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 29*(2), 869–876. https://doi.org/10.1007/s00520-020-05552-4

Chen, C. Y. ve Hong, R. Y. (2010). Intolerance of Uncertainty Moderates the Relation between Negative Life Events and Anxiety. *Personality and Individual Differences, 49*(2010), 49–53. https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.03.006

Clayton, M. F., Mishel, M. H. ve Belyea, M. (2006). Testing a model of symptoms, communication, uncertainty, and well-being, in older breast cancer survivors. *Research in nursing ve health, 29*(1), 18–39. https://doi.org/10.1002/nur.20108

Corner, J., Wright, D., Hopkinson, J., Gunaratnam, Y., McDonald, J. W. ve Foster, C. (2007). The research priorities of patients attending UK cancer treatment centres: findings from a modified nominal group study. *British journal of cancer, 96*(6), 875–881. https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6603662

Crist, J. V. ve Grunfeld, E. A. (2012). Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology, 22*(5), 978–986. https://doi.org/10.1002/pon.3114

Curran, L., Sharpe, L., MacCann, C. ve Butow, P. (2020). Testing a model of fear of cancer recurrence or progression: the central role of intrusions, death anxiety and threat appraisal. *Journal of behavioral medicine, 43*(2), 225-236.

Custers, J. A., Gielissen, M. F., de Wilt, J. H., Honkoop, A., Smilde, T. J., van Spronsen, D. J., van der Veld, W., van der Graaf, W. T. ve Prins, J. B. (2017). Towards an evidence-based model of fear of cancer recurrence for breast cancer survivors. *Journal of cancer survivorship: research and practice, 11*(1), 41–47. https://doi.org/10.1007/s11764-016-0558-z.

Çelik, L., Çubuk, R. ve Altıntoprak, K. M. (2017). Meme Kanseri Riski Normal veya Artmış Kadınlarda Tarama. *Türkiye Klinikleri J Radiol-Special Topics, 10*(3), 185-197.

Davey, G. C., Eldridge, F., Drost, J. ve MacDonald, B. A. (2007). What ends a worry bout? An analysis of changes in mood and stop rule use across the catastrophising interview task. *Behaviour Research and Therapy, 45*(6), 1231-1243. https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.08.024

Davey, G. C. ve Wells, A. (Eds.). (2006). *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment.* John Wiley ve Sons.

De Fusco, P. ve Chlebowski, R. (2009). An assessment of breast cancer survivorship awareness and educational needs among health care professionals. *Journal of Clinical Oncology, 27*(15), e17542-e17542.

Deimling, G. T., Wagner, L. J., Bowman, K. F., Sterns, S., Kercher, K. ve Kahana, B. (2006). Coping among older-adult, long-term cancer survivors. Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, *Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 15*(2), 143-159 https://doi.org/10.1002/pon.931

Doruk, A., Dugenci, M., Ersöz, F. ve Öznur, T. (2015). Intolerance of Uncertainty and Coping Mechanisms in Nonclinical Young Subjects. *Arch Neuropsychiatr, 52*, 400-405. https://doi.org/10.5152/npa.2015.8779

Doyle, N., (2008). Cancer survivorship: evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *62*(4), 499–509. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04617.x

Dugas, M. J., Buhr, K. ve Ladouceur, R. (2004). The Role of Intolerance of Uncertainty in Etiology and Maintenance. R. G. Heimberg, C. L. Turk, ve D. S. Mennin (Ed.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (s. 143–163) içinde. The Guilford Press.

Dugas, M. J., Freeston, M. H. ve Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research, 21*(6), 593–606. https://doi.org/10.1023/A:1021890322153

Dugas, M. J., Gosselin, P. ve Ladouceur, R. (2001). Intolerance of Uncertainty and Worry: Investigating Specificity in a Nonclinical Sample. *Cognitive Therapy and Research, 25*(5), 551–558. https://doi.org/10.1023/A:1005553414688

Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Laugesen, N., Robichaud, M., Francis, K. ve Koerner, N. (2007). Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behavior therapy, 38*(2), 169-178. https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.07.002

Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E. ve Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology, 11*(2), 79–87. https://doi.org/10.1037/0278-6133.11.2.79

Einstein, D. A. (2014). Extension of the transdiagnostic model to focus on intolerance of uncertainty: A review of the literature and implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice, 21*(3), 280–300. https://doi.org/10.1111/cpsp.12077

Eisenberg, S. A., Kurita, K., Taylor-Ford, M., Agus, D. B., Gross, M. E. ve Meyerowitz, B. E. (2015). Intolerance of uncertainty, cognitive complaints, and cancer-related distress in prostate cancer survivors. *Psycho-oncology, 24*(2), 228–235. https://doi.org/10.1002/pon.3590

Ekinci, O. ve Ekinci, A. (2016). The relationship between clinical characteristics, metacognitive appraisals, and cognitive insight in patients with obsessive-compulsive disorder. *Nordic Journal of Psychiatry, 70*(8), 591-598. https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1188150

Ellegaard, M. B. B., Grau, C., Zachariae, R. ve Bonde Jensen, A. (2017). Fear of cancer recurrence and unmet needs among breast cancer survivors in the first five years. A cross-sectional study. *Acta oncologica, 56*(2), 314-320. https://doi.org/10.1080/0284186X.2016.1268714

Erbil, P., Razavi, D., Farvacques, C., Bilge, N. ve Van Houtte, P. P. (1996). Cancer patients psychological adjustment and perception of illness: cultural differences

between Belgium and Turkey. *Supportive care in cancer, 4*(6), 455-461. https://doi.org/10.1007/BF01880644

Eyrenci, A. ve Berk, H. Ö. S. (2018). Validity and reliability of The Turkish version of Fear of Cancer Recurrence Inventory. *Turkish Journal of Oncology, 33*(2), 55-64. https://doi.org/10.5505/tjo.2018.1759

Fardell, J. E., Thewes, B., Turner, J., Gilchrist, J., Sharpe, L., Smith, A., Girgis, A. ve Butow, P. (2016). Fear of cancer recurrence: a theoretical review and novel cognitive processing formulation. *Journal of cancer survivorship : research and practice, 10*(4), 663–673. https://doi.org/10.1007/s11764-015-0512-5

Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L ve Piñeros M. (2020). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: France: International Agency for Research on Cancer. erişim adresi: https://gco.iarc.fr/today

Feuerstein, M. (2007). Defining Cancer Survivorship. *Journal of Cancer Survivorship, 1*(1), 5-7. https://doi.org/10.1007/s11764-006-0002-x

Fisher, P. L., Byrne, A., Fairburn, L., Ullmer, H., Abbey, G. ve Salmon, P. (2019). Brief metacognitive therapy for emotional distress in adult cancer survivors. *Frontiers in psychology, 10*, 162. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00162

Fisher, P. L., Byrne, A. ve Salmon, P. (2017). Metacognitive therapy for emotional distress in adult cancer survivors: a case series. *Cognitive therapy and research, 41*(6), 891-901 https://doi.org/10.1007/s10608-017-9862-9

Fisher, P. L., McNicol, K., Cherry, M. G., Young, B., Smith, E., Abbey, G. ve Salmon, P. (2018). The association of metacognitive beliefs with emotional distress and trauma symptoms in adolescent and young adult survivors of cancer. *Journal of Psychosocial Oncology, 36*(5), 545-556. https://doi.org/10.1089/jayao.2014.0046

Folkman S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of personality and social psychology, 46*(4), 839–852. https://doi.org/10.1037//0022-3514.46.4.839

Folkman, S. ve Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21*(3), 219–239. https://doi.org/10.2307/2136617

Folkman, S. ve Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social science ve medicine, 26*(3), 309-317. https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90395-4.

Folkman, S. ve Moskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual review of psychology, 55*, 745–774. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456

Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J. ve Ladouceur, R. (1994). Why do people worry?. *Personality and individual differences, 17*(6), 791-802. https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5

George, D. ve Mallery, M. (2010). *Spss for windows step by step: A simple guide and reference, 17.0 güncelleme, 10/e.* Pearson Education India

Georghiades, P. (2004). From the general to the situated: three decades of metacognition. *International Journal of Science Education, 26*(3), 365–383. https://doi.org/10.1080/0950069032000119401

Germino, B. B., Mishel, M. H., Crandell, J., Porter, L., Blyler, D., Jenerette, C. ve Gill, K. M. (2013). Outcomes of an uncertainty management intervention in younger African American and Caucasian breast cancer survivors. *Oncology nursing forum, 40*(1), 82–92. https://doi.org/10.1188/13.ONF.82-92

Gill, K. M., Mishel, M. H., Belyea, M., Germino, B., Porter, L. S. ve Clayton, M. (2006). Benefits of the uncertainty management intervention for African American and White older breast cancer survivors: 20-month outcomes. *International journal of behavioral medicine, 13*(4), 286–294. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm1304_3

Gill, K. M., Mishel, M., Belyea, M., Germino, B., Germino, L. S., Porter, L., LaNey, I. C. ve Stewart, J. (2004). Triggers of uncertainty about recurrence and long-term

treatment side effects in older African American and Caucasian breast cancer survivors. *Oncology nursing forum, 31*(3), 633–639.

Hack, T. F. ve Degner, L. F. (2004). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. Psycho-Oncology: *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 13*(4), 235-247. https://doi.org/10.1002/pon.739

Harbeck, N., Penault-Llorca, F., Cortes, J. ve Gnant, M. (2019). Breast Cancer. *Disease Primers, 5*(66), 1-32. https://doi.org/10.1038/s41572-019-0111-2

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., ve Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy, 44*(1), 1-25. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006

Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach.* Guilford Press.

Hayes, A. F. (2018). Partial, conditional, and moderated moderated mediation: Quantification, inference, and interpretation. *Communication Monographs, 85*(1), 4-40. https://doi.org/10.1080/03637751.2017.1352100

Herschbach, P., Berg, P., Dankert, A., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Waadt, S., Keller, M., Ukat, R. ve Henrich, G. (2005). Fear of progression in chronic diseases: psychometric properties of the Fear of Progression Questionnaire. *Journal of psychosomatic research, 58*(6), 505-511. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.02.007

Hirsch, C. R., Mathews, A., Lequertier, B., Perman, G. ve Hayes, S. (2013). Characteristics of worry in generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 44*(4), 388-395. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.03.004

Holahan, C. J. ve Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(5), 946–955. https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.5.946

Holaway, R. M., Heimberg, R. G. ve Coles, M. E. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders, 20*(2), 158-174. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.01.002

Kanser nedir?. (t.y.). Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Dairesi Başkanlığı. Erişim adresi https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri.html

Jacoby, R. J. (2020). Intolerance of uncertainty. J. S. Abramowitz ve S. M. Blakey (Ed.), *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms.* American Psychological Association. (s. 45-63) içinde. https://doi.org/10.1037/0000150-003

Janz, N. K., Friese, C. R., Li, Y., Graff, J. J., Hamilton, A. S. ve Hawley, S. T. (2014). Emotional well-being years post-treatment for breast cancer: prospective, multi-ethnic, and population-based analysis. *Journal of cancer survivorship : research and practice, 8*(1), 131–142. https://doi.org/10.1007/s11764-013-0309-3

Jones, S. L., Hadjistavropoulos, H. D. ve Gullickson, K. (2014). Understanding health anxiety following breast cancer diagnosis. *Psychology, Health ve Medicine, 19*(5), 525–535. https://doi.org/10.1080/13548506.2013.845300

Jones, J. M., Fitch, M., Bongard, J., Maganti, M., Gupta, A., D'Agostino, N. ve Korenblum, C. (2020). The needs and experiences of post-treatment adolescent and young adult cancer survivors. *Journal of clinical medicine, 9*(5), 1444. https://doi.org/10.3390/jcm9051444

Kabel, A. M. ve Baali, F. H. (2015). Breast Cancer: Insights into Risk Factors, Pathogenesis, Diagnosis and Management. *Journal of Cancer Research and Treatment, 3*(2), 28-33. https://doi.org/10.12691/jcrt-3-2-3.

Kahraman, N. (2016). *Kanser Hastalarının Nüks Korkusunun İncelenmesi* [Yayımlanmamış doktora tezi]. Hacettepe Üniversitesi.

Kaiser, K. (2008). The meaning of the survivor identity for women with breast cancer. *Social Science & Medicine*, 67(1), 79-87. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.036

Kalaycı, Şeref (2006). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Asil Yayın Dağıtım.

Kantsiper, M., McDonald, E. L., Geller, G., Shockney, L., Snyder, C. ve Wolff, A. C. (2009). Transitioning to breast cancer survivorship: perspectives of patients, cancer specialists, and primary care providers. *Journal of general internal medicine*, *24*(2), 459–S466. https://doi.org/10.1007/s11606-009-1000-2

Kayhan, A. ve Arıbal, E. (2014). Meme Kanseri Taraması: Neden Yapıyoruz? Ne Zaman? Değerlendirmede Yaşanan Sorunlar. *Türk Radyoloji Seminerleri*, *2*(2), 230-240. https://doi.org/10.5152/trs.2014.019

Kim, Y., Carver, C. S., Spillers, R. L., Love-Ghaffari, M. ve Kaw, C. K. (2012). Dyadic effects of fear of recurrence on the quality of life of cancer survivors and their caregivers. *Quality of Life Research*, *21*(3), 517-525. https://doi.org/10.1007/s11136-011-9953-0

Koerner, N., Dugas, M. J. (2008). An investigation of appraisals in individuals vulnerable to excessive worry: The role of intolerance of uncertainty. *Cognitive therapy and research*, *32*(5), 619-638.

Koch, L., Jansen, L., Brenner, H. ve Arndt, V. (2013). Fear of recurrence and disease progression in long-term (≥ 5 years) cancer survivors--a systematic review of quantitative studies. *Psycho-oncology*, *22*(1), 1–11. https://doi.org/10.1002/pon.3022

Koch-Gallenkamp, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczek, B., Schmid-Höpfner, S., Waldmann, A., Zeissig, S. R., Brennen, H., ve Arndt, V. (2016). Fear of recurrence in long-term cancer survivors—Do cancer type, sex, time since diagnosis, and social support matter?. *Health Psychology*, *35*(12), 1329. https://doi.org/10.1037/hea0000374

Konstantellou, A. ve Reynolds, M. (2010). Intolerance of uncertainty and metacognitions in a non-clinical sample with problematic and normal eating attitudes. *Eating behaviors, 11*(3), 193–196. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.01.003

Kurita, K., Garon, E. B., Stanton, A. L. ve Meyerowitz, B. E. (2013). Uncertainty and psychological adjustment in patients with lung cancer. *Psycho-Oncology, 22*(6), 1396-1401. https://doi.org/10.1002/pon.3155

Kvale, E. A., Meneses, K., Demark-Wahnefried, W., Bakitas, M. ve Ritchie, C. (2015). Formative research in the development of a care transition intervention in breast cancer survivors. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society, 19*(4), 329–335. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.01.010

Kvillemo, P. ve Bränström, R. (2014). Coping with breast cancer: a meta-analysis. *PloS one, 9*(11), e112733. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112733

Kyriacou, J., Black, A., Drummond, N., Power, J. ve Maheu, C. (2017). Fear of cancer recurrence: A study of the experience of survivors of ovarian cancer. *Canadian oncology nursing journal = Revue canadienne de nursing oncologique, 27*(3), 236–242. https://doi.org/10.5737/23688076273236242.

Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F. ve Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(6), 957–964. https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.6.957

Ladouceur, R., Gosselin, P. ve Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour research and therapy, 38*(9), 933-941. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00133-3

Lashbrook, M. P., Valery, P. C., Knott, V., Kirshbaum, M. N. ve Bernardes, C. M. (2018). Coping strategies used by breast, prostate, and colorectal cancer survivors: a literature review. *Cancer nursing, 41*(5), E23-E39. https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000528

Laugesen, N., Dugas, M. J. ve Bukowski, W. M. (2003). Understanding adolescent worry: The application of a cognitive model. *Journal of abnormal child psychology, 31*(1), 55-64. https://doi.org/10.1023/A:1021721332181

Lazarus, R. S. ve Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Fifty Years of the Research and theory of R.s. Lazarus: An Analysis of Historical and Perennial Issues* (s. 234-247) içinde. Psychology Press.

Lebel, S., Maheu, C., Lefebvre, M., Secord, S., Courbasson, C., Singh, M., Jolicoeur, L., Benea, A., Harris, C., Fung, M. F., Rosberger, Z. ve Catton, P. (2014). Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer: a feasibility and preliminary outcome study. *Journal of cancer survivorship : research and practice, 8*(3), 485–496. https://doi.org/10.1007/s11764-014-0357-3

Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Mutsaers, B., Thewes, B., Prins, J., Dinkel, A., Butow, P. ve University of Ottawa Fear of Cancer Recurrence Colloquium attendees (2016a). From normal response to clinical problem: definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *24*(8), 3265–3268. https://doi.org/10.1007/s00520-016-3272-5

Lebel, S., Simard, S., Harris, C., Feldstain, A., Beattie, S., McCallum, M., Lefebvre, M., Savard, J. ve Devins, G. M. (2016b). Empirical validation of the English version of the Fear of Cancer Recurrence Inventory. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 25*(2), 311–321. https://doi.org/10.1007/s11136-015-1088-2

Lebel, S., Maheu, C., Tomei, C., Bernstein, L. J., Courbasson, C., Ferguson, S., Harris, C., Jolicoeur, L., Lefebvre, M., Muraca, L., Ramanakumar, A. V., Singh, M., Parrott, J. ve Figueiredo, D. (2018). Towards the validation of a new, blended theoretical model of fear of cancer recurrence. *Psycho-oncology, 27*(11), 2594–2601. https://doi.org/10.1002/pon.4880

Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R. ve Hatcher, M. B. (1997). Fear of cancer recurrence--a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psycho-oncology, 6*(2), 95–105. https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199706)6:2<95::AID-PON250>3.0.CO;2-B

Leigh, S. (2007). Cancer survivorship: A nursing perspective. *Cancer Survivorship* (s. 8-13) içinde. Springer.

Lenzo, V., Sardella, A., Martino, G. ve Quattropani, M. C. (2020). A systematic review of metacognitive beliefs in chronic medical conditions. *Frontiers in psychology, 10*, 2875. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02875

Leventhal, H., Diefenbach, M. ve Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research, 16*(2), 143–163. https://doi.org/10.1007/BF01173486

Leventhal, H., Phillips, L. A. ve Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of behavioral medicine, 39*(6), 935–946. https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2

Llewellyn, C. D., Weinman, J., McGurk, M. ve Humphris, G. (2008). Can we predict which head and neck cancer survivors develop fears of recurrence?. Journal of psychosomatic research, 65(6), 525-532. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.03.014

Lopes, J. V., Bergerot, C. D., Rodrigues Barbosa, L., Tavares Calux, N. M. C., Elias, S., Ashing, K. T. ve de Domenico, E. B. L. (2018). Impact of Breast Cancer and Quality of Life of Women Survivors. *Revista brasileira de enfermagem, 71*(6), 2916-2921. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0081

Luo, X., Li, W., Yang, Y., Humphris, G., Zeng, L., Zhang, Z., Garg, S., Zhang, B. ve Sun, H. (2020). High Fear of Cancer Recurrence in Chinese Newly Diagnosed Cancer Patients. *Frontiers in psychology, 11*, 1287. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01287

Maass, S. W., Roorda, C., Berendsen, A. J., Verhaak, P. F. ve de Bock, G. H. (2015). The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: a systematic review. *Maturitas, 82*(1), 100-108. https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.04.010

Maheu, C., Singh, M., Tock, W. L., Eyrenci, A., Galica, J., Hébert, M., Frati, F. ve Estapé, T. (2021). Fear of Cancer Recurrence, Health Anxiety, Worry, and Uncertainty: A Scoping Review About Their Conceptualization and Measurement Within Breast Cancer Survivorship Research. *Frontiers in Psychology*, *12*, 1-22. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.644932

Mallinckrodt, B., Abraham, W. T., Wei, M. ve Russell, D. W. (2006). Advances in testing the statistical significance of mediation effects. *Journal of counseling psychology*, *53*(3), 372-378. https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.372

Marcus, A. D. (2004). Debate heats up on defining a cancer survivor. *Wall Street Journal*, D4.

Matulonis, U. A., Kornblith, A., Lee, H., Bryan, J., Gibson, C., Wells, C., Lee, J., Sullivan, L. ve Penson, R. (2008). Long-term adjustment of early-stage ovarian cancer survivors. *International Journal of Gynecologic Cancer, 18*(6), 1183-1993. https://doi.org/10.1111/j.1525-1438.2007.01167.x

McCaul, K. D., Sandgren, A. K., King, B., O'Donnell, S., Branstetter, A. ve Foreman, G. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal*

of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 8(3), 230-236. https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199905/06)8:3<230::AID-PON374>3.0.CO;2-%23

McDonald, E. S., Clark, A. S., Tchou, J., Zhang, P. ve Freedman, G. M. (2016). Clinical Diagnosis and Management of Breast Cancer. *The Journal of Nuclear Medicine, 57*(2), 9-16. https://doi.org/10.2967/jnumed.115.157834

McEvoy, P. M. ve Mahoney, A. E. (2011). Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and depression. *Journal of anxiety disorders, 25*(1), 112-122. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.010

McEvoy, P. M. ve Mahoney, A. E. (2012). To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behavior therapy, 43*(3), 533-545. https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.02.007

McGinty, H. L., Small, B. J., Laronga, C. ve Jacobsen, P. B. (2016). Predictors and patterns of fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 35*(1), 1–9. https://doi.org/10.1037/hea0000238

Mikulincer, M. ve Solomon, Z. (1989). Causal attribution, coping strategies, and combat-related post-traumatic stress disorder. *European Journal of Personality, 3*(4), 269–284. https://doi.org/10.1002/per.2410030404

Miller, S. M., Brody, D. S. ve Summerton, J. (1988). Styles of coping with threat: implications for health. *Journal of personality and social psychology, 54*(1), 142. https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.1.142

Miller, S. M., Rodoletz, M., Schroeder, C. M., Mangan, C. E. ve Sedlacek, T. V. (1996). Applications of the monitoring process model to coping with severe long-term medical threats. *Health Psychology, 15*(3), 216–225. https://doi.org/10.1037/0278-6133.15.3.216

Mishel, M.H. (1988), Uncertainty in Illness. *Journal of Nursing Scholarship, 20*(4), 225-232. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x.

Mishel, M. H. (1990). Reconceptualisation of the uncertainty in illness theory. *Journal of Nursing Scholarship, 22*(4), 256–262. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1990.tb00225.x

Mullan, F. (1985). Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *New England Journal of Medicine, 313*(4), 270-273. https://doi.org/10.1056/NEJM198507253130421

Morrison, A.P. ve Wells, A. (2003). A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behaviour research and therapy, 41*(2), 251-256. https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00095-5

Murray, J. A. ve Terry, D. J. (1999). Parental reactions to infant death: The effects of resources and coping strategies. *Journal of Social and Clinical Psychology, 18*(3), 341.

Mutlu, H. H., Bilican, F. I., Mutlu, H. H. ve Gumus, M. (2018). A comparison of metacognitive factors among patients with cancer and the control group. *Psycho-Oncology, 27*(4), 1277-1283. https://doi.org/10.1002/pon.4667

Mutsaers, B., Jones, G., Rutkowski, N., Tomei, C., Séguin Leclair, C., Petricone-Westwood, D., Simard, S. ve Lebel, S. (2016). When fear of cancer recurrence becomes a clinical issue: a qualitative analysis of features associated with clinical fear of cancer recurrence. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 24*(10), 4207–4218. https://doi.org/10.1007/s00520-016-3248-5

Mutsaers, B., Butow, P., Dinkel, A., Humphris, G., Maheu, C., Ozakinci, G., Prins, J., Sharpe, L., Smith, A. B., Thewes, B. ve Lebel, S. (2020). Identifying the key characteristics of clinical fear of cancer recurrence: an international Delphi study. *Psycho-oncology, 29*(2), 430-436. https://doi.org/10.1002/pon.5283

Norr, A. M., Oglesby, M. E., Capron, D. W., Raines, A. M., Korte, K. J. ve Schmidt, N. B. (2013). Evaluating the unique contribution of intolerance of uncertainty relative to other cognitive vulnerability factors in anxiety psychopathology. *Journal of affective disorders, 151*(1), 136–142. https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.063

National Coalition for Cancer Survivorship. About Our History. http://www.canceradvocacy.org. Erişim tarihi 24.06.2022

National Coalition for Cancer Survivorship. 2021 State of Survivorship. http://www.canceradvocacy.org. Erişim tarihi 24.06.2022

Oglesby, M. E., Medley, A. N., Norr, A. M., Capron, D. W., Korte, K. J. ve Schmidt, N. B. (2013). Intolerance of uncertainty as a vulnerability factor for hoarding behaviors. *Journal of affective disorders, 145*(2), 227-231. https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.003

Ottaviani, C., Borlimi, R., Brighetti, G., Caselli, G., Favaretto, E., Giardini, I., Marzocchi, C., Nucifora, V., Rebecchi, D., Ruggiero, G. M. ve Sassaroli, S. (2014). Worry as an adaptive avoidance strategy in healthy controls but not in pathological worriers. *International Journal of Psychophysiology, 93*(3), 349-355. https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2014.05.010

Özkan, S., Özkan, M., & Armay, Z. (2011). Cultural meaning of cancer suffering. *Journal of pediatric hematology/oncology, 33*, S102-S104. https://doi.org/10.1097/MPH.0b013e318230db09

Özsoy, A., Barça, N., Akdal Dölek, B., Aktaş, H., Elverici, E., Araz, L. ve Özkaraoğlu, Ö. (2017). The Relationship Between Breast Cancer and Risk Factors: A Single-Center Study. *European Journal of Breast Health, 13*(3), 145-149. https://doi.org/145-149. 10.5152/tjbh.2017.3180

Palesh, O., Scheiber, C., Kesler, S., Mustian, K., Koopman, C. ve Schapira, L. (2018). Management of side effects during and post-treatment in breast cancer survivors. *The Breast Journal, 24*(2), 167-175. https://doi.org/10.1111/tbj.12862

Palma, E. M. S., de Sousa, A. R., de Morais, F. A., Luz, R. E., Neto, A. L. F. ve Lima, P. P. F. (2022). Coping Moderates the Relationship between Intolerance of Uncertainty and Stress in Men during the Covid-19 Pandemic. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 56*, 1-8. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0303

Papaleontiou-Louca, E. (2003). The Concept and Instruction of Metacognition. *Teacher Development, 7*(1), 9-30. https://doi.org/10.1080/13664530300200184

Polat, A. K. ve Soran, A. (2010). Metastatik Meme Kanseri Tanısı Alanlarda Primer Tümör Cerrahisinin Yeri. *Ulusal Cerrahi Dergisi, 26*(4), 185-191. https://doi.org/10.5097/1300-0705.UCD.772-10.00

Pöttgen, J., Lau, S., Penner, I., Heesen, C. ve Moritz, S. (2015). Managing neuropsychological impairment in multiple sclerosis: pilot study on a standardized metacognitive intervention. *International journal of MS care, 17*(3), 130-137. https://doi.org/10.7224/1537-2073.2014-015

Preacher, K. J., Rucker, D. D. ve Hayes, A. F. (2007). Addressing moderated mediation hypotheses: Theory, methods, and prescriptions. *Multivariate behavioral research, 42*(1), 185-227. https://doi.org/10.1080/00273170701341316

Quattropani, M. C., Lenzo, V. ve Filastro, A. (2018). The role of metacognition in multiple sclerosis: A clinical study and assessment of possible correlation with anxiety, depression and coping strategies. *Euromediterranean Biomedical Journal, 13*(9), 039-045. https://doi.org/10.3269/1970-5492.2018.13.9

Quattropani, M. C., Lenzo, V., Mucciardi, M. ve Toffle, M. E. (2016). Metacognition as predictor of emotional distress in cancer patients. *Life Span and Disability, 19*(2), 221-239.

Rand, K. L., Cohee, A. A., Monahan, P. O., Wagner, L. I., Shanahan, M. L. ve Champion, V. L. (2019). Coping among breast cancer survivors: a confirmatory factor analysis of the brief COPE. *Journal of nursing measurement, 27*(2), 259-276. https://doi.org/10.1891/1061-3749.27.2.259

Reed, S. C., Bell, J. F., Miglioretti, D. L., Nekhlyudov, L., Fairman, N. ve Joseph, J. G. (2020). Fear of cancer recurrence and associations with mental health status and individual characteristics among cancer survivors: Findings from a nationally representative sample, *Journal of Psychosocial Oncology*, 1-8. https://doi.org/10.1080/07347332.2019.1649338

Robichaud, M. (2013). Cognitive behavior therapy targeting intolerance of uncertainty: Application to a clinical case of generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 20*(3), 251-263. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.09.001

Rosen, N. O. ve Knäuper, B. (2009). A little uncertainty goes a long way: State and trait differences in uncertainty interact to increase information seeking but also increase worry. *Health communication, 24*(3), 228-238. https://doi.org/10.1080/10410230902804125

Sarıçam, H., Erguvan, F. M., Akın, A., ve Akça, M. Ş. (2014). Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği (BTÖ-12) Türkçe formu: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Route Educational and Social Science Journal, 1*(3), 148-157.

Sarisoy, G., Pazvantoğlu, O., Özturan, D. D., Ay, N. D., Yilman, T., Mor, S., Korkmaz, İ. Z., Kaçar, Ö. F. ve Gümüş, K. (2014). Metacognitive beliefs in unipolar and bipolar depression: A comparative study. *Nordic journal of psychiatry, 68*(4), 275-281. https://doi.org/10.3109/08039488.2013.814710

Schnoll, R. A., Harlow, L. L., Stolbach, L. L. ve Brandt, U. (1998). A structural model of the relationships among stage of disease, age, coping, and psychological adjustment in women with breast cancer. Psycho-Oncology: *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 7*(2), 69-77. https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199803/04)7:2<69::AID-PON286>3.0.CO;2-8

Schraw, G. ve Dennison, R. S. (1994). Assessing metacognitive awareness. *Contemporary Educational Psychology, 19*(4), 460–475. https://doi.org/10.1006/ceps.1994.1033

Schraw, G. ve Moshman, D. (1995). Metacognitive theories. *Educational psychology review, 7*(4), 351-371. https://doi.org/10.1007/BF02212307

Sevindik, F., Çelebi, E, Öner, Ö. İ. ve Oğuzöncül, F. (2011). Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Meme Kanserine İlişkin Risk Faktörleri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi ile İlgili Bilgi ve Davranışları. *e-Journal of New World Sciences Academy, 6*(1), 1-10.

Sharma, G. N., Dave, R., Sanadya, J., Sharma, P. ve Sharma, K. K. (2010). Various Types and Management of Breast Cancer: An Overview. *Journal of Advanced Pharmaceutical Technology ve Research. 1*(2), 109-126.

Shin, J., Shin, D. W., Lee, J., Hwang, J., Cho, B. ve Song, Y. (2021). Fear of Cancer Recurrence in Stomach Cancer Survivors: Exploring socio-demographic, physical, psychological and quality of life-related factors. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-378423/v1

Siegel, R. L., Miller, K. D., Fuchs, H. ve Jemal, A. (2021). Cancer Statistics. *CA: Cancer Journal for Clinicians., 71*(1), 7- 33. https://doi.org/10.3322/caac.21654

Siegel, R. L., Miller, K. D., Fuchs, H. ve Jemal, A. (2022). Cancer Statistics. *CA: Cancer Journal for Clinicians, 72*(1), 7- 33. https://doi.org/10.3322/caac.21708

Simard, S. ve Savard, J. (2009). Fear of Cancer Recurrence Inventory: development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 17*(3), 241–251. https://doi.org/10.1007/s00520-008-0444-y

Simard, S., Savard, J. ve Ivers, H. (2010). Fear of cancer recurrence: specific profiles and nature of intrusive thoughts. *Journal of cancer survivorship: research and practice, 4*(4), 361–371. https://doi.org/10.1007/s11764-010-0136-8

Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S. ve Ozakinci, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a

systematic review of quantitative studies. *Journal of Cancer Survivorship, 7*(3), 300-322. https://doi.org/10.1007/s11764-013-0272-z

Simonelli, L. E., Siegel, S. D., ve Duffy, N. M. (2017). Fear of cancer recurrence: a theoretical review and its relevance for clinical presentation and management. *Psycho-oncology, 26*(10), 1444-1454. https://doi.org/10.1002/pon.4168

Smith, A. B., Rutherford, C., Butow, P., Olver, I., Luckett, T., Grimison, P., Toner, G., Stockler, M. ve King, M. (2018). A systematic review of quantitative observational studies investigating psychological distress in testicular cancer survivors. *Psycho-oncology, 27*(4), 1129-1137. https://doi.org/10.1002/pon.4596

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., ...Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular psychiatry, 27*(1), 281-295. https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7

Suls, J. ve Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology, 4*(3), 249–288. https://doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.249

Sun, X., Zhu, C. ve So, S. H. W. (2017). Dysfunctional metacognition across psychopathologies: a meta-analytic review. *European Psychiatry, 45*, 139-153. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.05.029

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A. ve Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 71*(3), 209-249. https://doi.org/10.3322/caac.21660

Stanton, A. L., Danoff-burg, S. ve Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology, 11*(2), 93–102. https://doi.org/10.1002/pon.574

Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6. Baskı)Pearson.

Taha, S. A., Matheson, K., ve Anisman, H. (2012). Everyday experiences of women posttreatment after breast cancer: the role of uncertainty, hassles, uplifts, and coping on depressive symptoms. *Journal of Psychosocial Oncology, 30*(3), 359-379. https://doi.org/10.1080/07347332.2012.664259

Tan, H. J., Marks, L. S., Hoyt, M. A., Kwan, L., Filson, C. P., Macairan, M., Lieu, P., Litwin, M. S. ve Stanton, A. L. (2016). The Relationship between Intolerance of Uncertainty and Anxiety in Men on Active Surveillance for Prostate Cancer. *The Journal of urology, 195*(6), 1724–1730. https://doi.org/10.1016/j.juro.2016.01.108

Tan, J.H., Sharpe, L. ve Russell, H. (2021), The impact of ovarian cancer on individuals and their caregivers: A qualitative analysis. *Psycho-Oncology, 30*(2) 212-220. https://doi.org/10.1002/pon.5551

Taze, S. S. ve Kanan, N. (2020). Experiences of Women After Breast Cancer Surgery. *Florence Nightingale Journal of Nursing, 28*(2), 174-183. https://doi.org/10.5152/FNJN.2020.19012

Tekin, L. ve Doğan, E. (2018). Meme Kanserlerinin Alt Tiplerine Göre Patolojik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp.Derg., 32*(3), 129-132.

Thewes, B., Bell, M. L. ve Butow, P. (2013). Fear of cancer recurrence in young early-stage breast cancer survivors: the role of metacognitive style and disease-related factors. *Psycho-oncology*, *22*(9), 2059–2063. https://doi.org/10.1002/pon.3252

Thewes, B., Lebel, S., Seguin Leclair, C. ve Butow, P. (2016). A qualitative exploration of fear of cancer recurrence (FCR) amongst Australian and Canadian breast cancer survivors. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 24(5), 2269–2276. https://doi.org/10.1007/s00520-015-3025-x

Thielsch, C., Andor, T. ve Ehring, T. (2015a). Do Metacognitions and Intolerance of Uncertainty Predict Worry in Everyday Life? An Ecological Momentary Assessment Study. *Behavior therapy, 46*(4), 532–543. https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.05.001

Thielsch, C., Andor, T., Ehring, T. (2015b). Metacognitions, intolerance of uncertainty and worry: An investigation in adolescents. *Personality and Individual Differences, 74*, 94–98. https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.10.004

Tosun, A. ve Irak, M. (2008). Üstbiliş ölçeği-30′un Türkçe uyarlamasi, geçerliği, güvenirliği, kaygi ve obsesif-kompülsif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi, 19*(1), 67–80

Tutelman, P. R., Chambers, C. T., Heathcote, L. C., Fernandez, C. V., Flanders, A., Patton, M., Schulte, F. S. M., Guilcher, G. M. T., Simard, S. MacLeod, J. ve Stern, M. (2022). Measuring fear of cancer recurrence in survivors of childhood cancer: Development and preliminary validation of the Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI)-Child and Parent versions. *Psycho-Oncology, 31*(2), 911-919. https://doi.org/10.1002/pon.5879

Üstün, F. (2019). Meme Kanseri Modelleri. *Nucl Med Semin, 5*, 30-39. https://doi.org/10.4274/nts.galenos.2019.0005

Üzar-Özçetin, Y. S. ve Dursun, S. İ. (2020). Quality of life, caregiver burden, and resilience among the family caregivers of cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing, 48*, 101832. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101832

van de Wal, M., van Oort, I., Schouten, J., Thewes, B., Gielissen, M. ve Prins, J. (2016). Fear of cancer recurrence in prostate cancer survivors. *Acta oncologica, 55*(7), 821-827. https://doi.org/10.3109/0284186X.2016.1150607

van den Beuken-van Everdingen, M. H., Peters, M. L., de Rijke, J. M., Schouten, H. C., van Kleef ve M. ve Patijn, J. (2008). Concerns of former breast cancer patients about disease recurrence: a validation and prevalence study. *Psycho-Oncology:*

Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 17(11), 1137-1145. https://doi.org/10.1002/pon.1340

Veenman, M. V., Hout-Wolters, V., Bernadette, H. A. M., Afflerbach, P. (2006). Metacognition and learning: Conceptual and methodological considerations. *Metacognition and learning, 1*(1), 3-14. https://doi.org/10.1007/s11409-006-6893-0

Vickberg, S. M. J. (2001). Fears about breast cancer recurrence. *Cancer Practice, 9*(5), 237-243. https://doi.org/10.1046/j.1523-5394.2001.009005237.x

Vickberg, S. M. J. (2003). The Concerns About Recurrence Scale (CARS): a systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. *Annals of Behavioral Medicine, 25*(1), 16-24. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2501_03

Vousoura, E., Makrygiorgos, N. ve Tsarpalis-Fragkoulidis, A. (2021). COVID-19-Related Anxiety: The Role of Intolerance to Uncertainty and Resilience. https://doi.org/10.12681/psy_hps.28862

Wells, A. (2004). A cognitive model of GAD. R. G. Heimberg, C. L. Turk ve D. S. Mennin (Ed.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*, (s. 164-186) içinde. Guilford Press.

Wells, A. (2006). The metacognitive model of worry and generalised anxiety disorder. G. C. Davey ve A. Wells (Ed.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment*, (s.179-199) içinde. Wiley Series in Clinical Psychology.

Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. The Guilford Press.

Wells, A. ve Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior therapy, 32*(1), 85-102. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80045-9

Wells, A. ve Matthews, G. (1994) Self-consciousness and cognitive failures as predictors of coping in stressful episodes. *Cognition and Emotion, 8*(3), 279–295. https://doi.org/10.1080/02699939408408942

Wells, A. ve Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy, 34*(11-12), 881–888. https://doi.org/10.1016/s0005-7967(96)00050-2

Wells, A. ve Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 385-396. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5

Wu, D., Yang, T., Hall, D. L., Jiao, G., Huang, L. ve Jiao, C. (2021). COVID-19 Uncertainty and Sleep: The Roles of Perceived Stress and Intolerance of Uncertainty during the Early Stage of the COVID-19 Outbreak. *BMC Psychiatry, 21*(306), 1-11. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03310-2

Yığman, F. ve Fidan, S. (2021). Transdiagnostik Faktör Olarak Belirsizliğe Tahammülsüzlük. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 13*(3), 573-587. https://doi.org/10.18863/pgy.827416

Yılmaz, A. E., Gençöz, T. ve Wells, A. (2008). Psychometric characteristics of the Penn State Worry Questionnaire and Metacognitions Questionnaire-30 and metacognitive predictors of worry and obsessive–compulsive symptoms in a Turkish sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 15*(6), 424–439. https://doi.org/10.1002/cpp.589

Yin, L., Duan, J, Bian, X. ve Yu, S. (2020). Triple-Negative Breast Cancer Molecular Subtyping and Treatment Progress. *Breast Cancer Research, 22*(61), 1-13. https://doi.org/10.1186/s13058-020-01296-5

Zandbergen, N., de Rooij, B. H., Vos, M. C., Pijnenborg, J. M., Boll, D., Kruitwagen, R. F., van de Poll-Franse, L. V. ve Ezendam, N. P. (2019). Changes in health-related quality of life among gynecologic cancer survivors during the two years

after initial treatment: a longitudinal analysis. *Acta Oncologica, 58*(5), 790-800. https://doi.org/10.1080/0284186X.2018.1560498

EKLER

EK 1. Etik Kurul Kararı

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

EK2. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

EK 3. Demografik Bilgi Formu

Yaşınız:

Medeni durumunuz: Evli ( ) Bekar ( ) Boşanmış ( ) Dul ( ) Ayrı Yaşıyor ( )

Eğitim seviyeniz: İlköğretim ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Yüksek Lisans ve üzeri ( )

Ekonomik durumunuz: Düşük ( ) Orta ( ) Yüksek ( )

Şu anda çalışma durumunuz: Emekli ( ) Tam zamanlı ( ) Yarı zamanlı ( ) Çalışmıyor ( )

Çocuğunuz var mı?: Evet ( ) Hayır ( )

Meme Kanseri evreniz: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

Ne zaman tanı aldınız? (Ay ve Yıl):

Primer tedaviniz (kemoterapi, radyoterapi, ameliyat) ne zaman tamamlandı? (Ay ve Yıl):

Kontrol randevularınızın sıkılığı nedir? (Ay):

Şu anda adjuvan tedavi (örn: hormon tedavisi) alıyor musunuz?: Evet ( ) Hayır ( )

Kanser nüksü yaşadınız mı? Evet ( ) Hayır ( )

Başka bir kronik hastalığınız/hastalıklarınız var mı?: Evet ( ) Hayır ( )

Cevabınız evet ise lütfen belirtiniz:

Şu anda psikolojik/psikiyatrik yardım alıyor musunuz?: Evet ( ) Hayır ( )

Daha önce psikolojik/psikiyatrik yardım aldınız mı?: Evet ( ) Hayır ( )

Tanı aldığınız bir psikolojik bozukluğunuz var mı?: Evet ( ) Hayır ( )

Cevabınız evet ise lütfen belirtiniz:

EK 4. Kanser Nüks Korkusu Envanteri

KANSER NÜKS KORKUSU ENVANTERİ

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

Aşağıda belirtilen durumlar, kanserin nüksetme olasılığı hakkında beni düşünmeye sevk eder:					
	Hiçbir zaman	**Nadiren**	**Bazen**	**Çoğu zaman**	**Her zaman**
1. Kanser veya hastalık hakkındaki televizyon programları veya gazete yazıları					
2. Doktorumla veya başka bir sağlık profesyoneli ile bir randevu					
3. Tıbbi tetkikler (örneğin; yıllık check-up, kan tahlilleri, röntgenler)					
4. Hasta birini görmek ya da hasta biri hakkında haber almak					
5. Bir cenazeye gitmek ya da gazetenin ölüm ilanları bölümünü okumak					
6. Fiziksel olarak kendimi iyi hissetmediğimde ya da hasta olduğumda					

7. Kanserin nüksetmesinden korkuyorum	Hiç	Az	Biraz	Çok	Büyük ölçüde

8. Kanser nüks ihtimalini ne kadar sıklıkla düşünüyorsunuz?	Asla	Ayda birkaç kere	Haftada birkaç kere	Günde birkaç kere	Günde pek çok kere

9. Kanser nüks ihtimali hakkında düşünmeye günde ne kadar vakit harcıyorsunuz?	Düşünmüyorum	Birkaç saniye	Birkaç dakika	1-2 saat	Pek çok saat

10. Ne kadar zamandır nüks ihtimali hakkında düşünmektesiniz?	Düşünmüyorum	Birkaç haftadır	Birkaç aydır	1-2 yıldır	Birçok yıldır

Kanser nüks ihtimalini düşündüğümde ..... hissederim:					
	Hiç	**Az**	**Biraz**	**Epey**	**Büyük ölçüde**
11. Endişe, korku veya kaygı					
12. Üzüntü, cesaret kırılması ya da hayal kırıklığı					
13. Hüsran/engellenmişlik, kızgınlık veya öfke					
14. Çaresizlik veya teslimiyet					

Kanser nüks ihtimali hakkındaki düşünce ya da korkularım ..... engelliyor/bozuyor:					
	Hiç	**Az**	**Biraz**	**Epey**	**Büyük ölçüde**
15. Sosyal ya da boş zaman faaliyetlerimi (Örneğin; geziler, spor ve seyahat)					
16. İş ya da günlük faaliyetlerimi					
17. Eşim/sevgilim, ailem ya da yakın olduğum insanlarla olan ilişkilerimi					
18. Gelecek ile ilgili planlar yapma ya da yaşam hedefleri koyma becerimi					
19. Ruh halim ya da duygu durumumu					
20. Genel olarak yaşam kalitemi					

	Hiç	Az	Biraz	Epey	Büyük ölçüde
21. Kanser nüks ihtimali hakkında aşırı endişelendiğimi hissediyorum					
22. Diğer insanlar benim kanser nüks ihtimali hakkında aşırı endişelendiğimi düşünüyorlar					
23. Sanırım kanser nüks ihtimali hakkında kanser teşhisi konmuş diğer insanlardan daha fazla endişeleniyorum					

Kanser nüks ihtimalini düşündüğümde şüphelerimi gidermek için aşağıdaki yöntemi uygularım:					
	Hiçbir zaman	**Nadiren**	**Bazen**	**Çoğu zaman**	**Her zaman**
24. Dikkatimi dağıtmaya çalışırım (Örn. çeşitli aktiviteler yaparım, televizyon izlerim, okurum, çalışırım)					
25. Bu stratejileri kullandığınızda şüpheleriniz giderilmiş hisseder misiniz?					

EK 5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12)

Lütfen aşağıdaki maddelerin karşısında bulunan ve maddelere ne kadar katıldığınızı gösteren sayılardan size en uygun olanını işaretleyiniz. **(1) Bana hiç uygun değil, (2) Bana çok az uygun, (3) Bana biraz uygun, (4) Bana çok uygun ve (5) Bana tamamen uygun** anlamına gelmektedir.						
1	Beklenmedik olaylar canımı çok sıkar.	1	2	3	4	5
2	Bir durumda ihtiyacım olan tüm bilgilere sahip değilsem sinirlerim bozulur.	1	2	3	4	5
3	İnsan sürprizlerden kaçınmak için daima ileriye bakmalıdır.	1	2	3	4	5
4	En iyi planlamayı yapsam bile beklenmedik küçük bir olay her şeyi mahvedebilir.	1	2	3	4	5
5	Geleceğin bana neler getireceğini her zaman bilmek isterim.	1	2	3	4	5
6	Bir duruma hazırlıksız yakalanmaya katlanamam.	1	2	3	4	5
7	Her şeyi önceden ayrıntılı bir şekilde organize edebilmeliyim.	1	2	3	4	5
8	Belirsizlik beni hayatı dolu dolu yaşamaktan alıkoyar.	1	2	3	4	5
9	Harekete geçme zamanı geldiğinde, belirsizlik elimi kolumu bağlar	1	2	3	4	5
10	Belirsizlik yaşadığımda pekiyi çalışamam.	1	2	3	4	5
11	En küçük bir şüphe bile hareket etmemi engeller.	1	2	3	4	5
12	Tüm belirsiz durumlardan uzak durmak zorundayım.	1	2	3	4	5

EK 6. Üstbilişler Ölçeği-30

Bu anket insanların kendi düşünceleri hakkında sahip oldukları inançları ile ilgilidir. Aşağıda, insanların ifade ettikleri bazı inançlar listelenmiştir. Lütfen her maddeyi okuyunuz ve bu ifadeye genellikle ne kadar katıldığınızı uygun numarayı daire içine alarak belirtiniz.
Lütfen tüm maddelere cevap veriniz, doğru ya da yanlış cevap yoktur.

		Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1.	Endişelenmek gelecekte olabilecek sorunları engellememe yardımcı olur	1	2	3	4
2.	Endişelerim benim için tehlikelidir	1	2	3	4
3.	Düşüncelerim hakkında çok düşünürüm	1	2	3	4
4.	Endişelenerek kendi kendimi hasta edebilirim	1	2	3	4
5.	Bir sorun üzerinde düşündüğüm esnada, zihnimin nasıl çalıştığının farkında olurum	1	2	3	4
6.	Endişe verici bir düşünceyi kontrol altına almazsam, ve sonra bu düşüncem gerçekleşirse, bu benim hatam olur	1	2	3	4
7.	Planlı kalabilmek için endişelenmem gerekir	1	2	3	4
8.	Kelime ve isimlerle ilgili hafızama güvenim azdır	1	2	3	4

9.	Durdurmak için ne kadar uğraşsam da, endişe verici düşüncelerim devam eder	1	2	3	4
10.	Endişelenmek işleri zihnimde bir düzene koymama yardımcı olur	1	2	3	4
11.	Endişe verici düşüncelerimi görmezden gelmek elimde değildir	1	2	3	4
12.	Düşüncelerimi izler, takip altında tutarım	1	2	3	4
13.	Düşüncelerimi her zaman kontrolüm altında tutabilmem gerekir	1	2	3	4
14.	Hafızam beni zaman zaman yanıltabilir	1	2	3	4
15.	Endişelerim beni deliye döndürebilir	1	2	3	4
16.	Düşüncelerimin sürekli farkındayımdır	1	2	3	4
17.	Hafızam zayıftır	1	2	3	4
18.	Zihnimin nasıl çalıştığına çok dikkat ederim	1	2	3	4
19.	Endişelenmek yaşadıklarımla başetmeme yardımcı olur	1	2	3	4
20.	Düşüncelerimi kontrol altına alamamak bir zayıflık işaretidir	1	2	3	4

21.	Endişelenmeye başladığımda, bunu durduramam	1	2	3	4
22.	Bazı düşünceleri kontrol altına almadığım için cezalandırılacağım	1	2	3	4
23.	Endişelenmek sorunları çözmeme yardımcı olur	1	2	3	4
24.	Yerlerle ilgili hafızama güvenim azdır	1	2	3	4
25.	Bazı düşünceleri akıldan geçirmek kötüdür	1	2	3	4
26.	Hafızama güvenmem	1	2	3	4
27.	Düşüncelerimi kontrol altına alamazsam, iş göremez hale gelirim	1	2	3	4
28.	İyi çalışmak için, endişelenmem gerekir	1	2	3	4
29.	Olaylarla ilgili hafızama güvenim azdır	1	2	3	4
30.	Düşüncelerimi sürekli incelerim	1	2	3	4

Lütfen tüm maddeleri cevapladığınızdan emin olunuz – Teşekkürler.

EK 7. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği (BÇSÖ-KF)

Açıklama: Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı yada nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösteriniz. Seçenekleri işaretlerken aşağıda belirtilen puanlamayı kullanınız.,

1. Asla böyle birşey yapmam **3. Orta derecede böyle yaparım**
2. Çok az böyle yaparım **4. Çoğunlukla böyle yaparım**

Madde				
1. Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.	1	2	3	4
2. Bu olay hakkında daha az düşünmek için sinemaya giderim ya da TV seyrederim.	1	2	3	4
3. Olay hiç olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
4. Bununla baş edemeyeceğimi kabul eder ve denemekten vaz geçerim.	1	2	3	4
5. Olayın gerçekten olduğu fikrine kendimi alıştırırım.	1	2	3	4
6. Allah'tan yardım isterim.	1	2	3	4
7. Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.	1	2	3	4
8. Şartlar uygun olana kadar bu konuda hiçbir şey yapmam.	1	2	3	4
9. Ne hissettiğimi birilerine anlatırım.	1	2	3	4
10. Amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.	1	2	3	4
11. Soruna odaklanabilmek için diğer etkinliklerimi bir tarafa bırakırım.	1	2	3	4
12. Alkol ya da sakinleştirici alarak bir süre	1	2	3	4

kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.				
13. Duygularımı dışarı vururum.	1	2	3	4
14. Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.	1	2	3	4
15. Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.	1	2	3	4
16. Ne yapmam gerektiği konusunda bir strateji geliştirmeye çalışırım.	1	2	3	4
17. Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse- yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.	1	2	3	4
18. Başkasının sempatisini ve anlayışını kazanmaya çalışırım.	1	2	3	4
19. Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç almaya çalışırım.	1	2	3	4
20. Sorunla ilgili şaka yaparım.	1	2	3	4
21. Olayların iyi yanını görmeye çalışırım.	1	2	3	4
22. Sorunun en iyi nasıl ele alınabileceğini düşünürüm.	1	2	3	4
23. Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
24. Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü etkinliklere yönelirim.	1	2	3	4
25. Böyle bir şeyin olduğu gerçeğini kabul ederim.	1	2	3	4
26. Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.	1	2	3	4
27. Dini inancımda huzur bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
28. Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.	1	2	3	4

EK 8. Koronavirüs (Covid-19) Korkusu Ölçeği (COVKÖ)

Değerli Katılımcı, aşağıda sizinle ilgili ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Sizden beklenen içtenlikle cevap vererek bilimsel bir çalışmaya yardımcı olmanız. Lütfen bütün sorularla ilgili görüşlerinizi ifade ediniz.

1: Kesinlikle katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Kararsızım, 4: Katılıyorum, 5: Kesinlikle katılıyorum					
	1	2	3	4	5
1. Koronavirüsten (Covid-19) çok korkuyorum.					
2. Koronavirüsü düşünmek beni rahatsız ediyor.					
3. Koronavirüsü düşündüğümde ellerim soğuk soğuk terliyor.					
4. Koronavirüs nedeniyle hayatımı kaybetmekten korkuyorum.					
5. Sosyal medyada koronavirüsle ilgili hikayeleri ve haberleri gördüğümde gerilir veya endişelenirim.					
6. Koronavirüse yakalanacağım korkusundan dolayı uyuyamıyorum.					
7. Koronavirüse yakalanacağımı düşündüğümde kalbim hızla çarpmaya başlıyor.					

ÖZGEÇMİŞ

Mübeccel Kübra BABADOSTU

Eğitim

Yüksek Lisans	2022 Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Lisans	2016 Işık Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji

Mesleki Birlik/Dernek Üyelikleri

2016 -	Türk Psikologlar Derneği

Alınan Burs ve Ödüller

2012	Işık Üniversitesi %100 Eğitim Bursu

Yayınlar ve Diğer Bilimsel/Sanatsal Faaliyetler