



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ÖZ ANLAYIŞ, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE BENLİK SAYGISININ MEME
KANSERİ TANISI ALIP MASTEKTOMİ UYGULANMIŞ OLAN HASTALARDA VE
SAĞLIKLI GÖNÜLLÜLERDE DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİYLE
İLİŞKİSİ**

Dr. Elif ÇAKAR

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2023



**T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ÖZ ANLAYIŞ, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE BENLİK SAYGISININ MEME
KANSERİ TANISI ALIP MASTEKTOMİ UYGULANMIŞ OLAN HASTALARDA VE
SAĞLIKLI GÖNÜLLÜLERDE DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİYLE
İLİŞKİSİ**

Dr. Elif ÇAKAR

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. S. Saygın EKER

BURSA-2023

İÇİNDEKİLER

Özet.....	iii
İngilizce Özet.....	v
GİRİŞ	1
1. Meme Kanseri.....	1
1.A. Etiyoloji.....	1
1.B. Klinik Belirti ve Bulgular.....	1
1.C. Tanı	2
1.D. Evreleme.....	2
1.E. Tedavi	4
2. Anksiyete	5
3. Depresyon.....	6
4. Öz Anlayış.....	7
5. Benlik Saygısı	7
6. Psikolojik Dayanıklılık	7
7. Mastektominin Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri.....	8
1. Örneklem Seçimi.....	10
2. Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri.....	10
3. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri	10
4. Veri Toplama Araçları	11
4.A. Sosyodemografik Veri Formu.....	11
4.B. Beck Depresyon Envanteri (BDE).....	11
4.C. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	12
4.D. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)	12
4.E. Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A)	12

4.F. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ).....	12
4.G. Rosenberg Benlik Saygısı Alt Ölçeği (RBS-AÖ).....	12
4.F. Öz Anlayış Ölçeği (ÖAÖ)	13
5. İstatistiksel Yöntem	13
BULGULAR	14
TARTIŞMA VE SONUÇ	45
KAYNAKLAR.....	55
EKLER.....	62
TEŞEKKÜR.....	77
ÖZGEÇMİŞ.....	78

ÖZET

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanserdir ve tedavisinde mastektomi etkili bir cerrahi yöntem olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada meme kanseri tanısı ile mastektomi yapılmış hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin öz anlayış, psikolojik dayanıklılık ve benlik saygısıyla olan ilişkisini ve sağlıklı kontrol grubuyla kıyaslanması amaçlandı.

Çalışmamıza Bursa Uludağ Üniversitesi Genel Cerrahi polikliniğine gelen mastektomi geçirmiş 52 hasta ve 68 sağlıklı kontrol dahil edildi. Katılımcılar bir defa kesitsel olarak görüldü. Sosyodemografik veri formu, Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) ve Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A) uygulayıcı tarafından, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ), Öz Anlayış Ölçeği (ÖAÖ) ve Rosenberg Benlik Saygısı Alt Ölçeği (RBS-AÖ) katılımcılar tarafından bir defaya mahsus olmak üzere dolduruldu.

Hasta grubunda depresyon ve anksiyete düzeyleri kontrol grubundan yüksek, benlik saygısı ise düşük olarak bulundu. Öz anlayış ve psikolojik dayanıklılık ile hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık görülmedi. Hasta grubunda hem depresyon hem anksiyete düzeyleri düşük eğitim düzeyi, operasyon sürecinde gelişen komplikasyon varlığı, düşük öz anlayış, düşük psikolojik dayanıklılık ve düşük benlik saygısıyla ilişkili bulundu.

Mastektominin ve meme kanseri tanısının hastalarda yarattığı psikolojik stres, işlevsellik kaybı ve eşlik eden psikiyatrik sorunların yüksekliği göz önünde bulundurulduğunda hastaların tanı aldığı andan itibaren psikiyatrik şikayetler açısından sorgulanması, gerekli durumlarda psikiyatri takibi ile öz anlayış, psikolojik dayanıklılık ve benlik saygısı üzerinde çalışılarak hastaların olumsuz durumlarla baş etme becerilerinin güçlendirilmesi ile depresyon ve

anksiyete düzeylerinin azaltılması hatta depresyon ve anksiyete bozuklukları gelişiminin önlenmesi mümkün olabilir.

Anahtar kelimeler: Depresyon, Anksiyete, Öz anlayış, Benlik saygısı, Psikolojik dayanıklılık.

SUMMARY

Associations of Self Compassion, Psychological Resilience And Self Esteem with Depression and Anxiety Levels on Breast Cancer Diagnosed Mastectomy Patients And Healthy Volunteers

Breast cancer is the most common type of cancer in women and mastectomy is used as an effective treatment. In this study, it was aimed to find associations of self compassion, psychological resilience and self esteem with depression and anxiety levels on patients diagnosed with breast cancer and had mastectomy and compare these findings with healthy volunteers.

52 volunteer participated from Bursa Uludağ University General Surgery Outpatient Clinic and 68 suitable healthy volunteers selected as control group. Participants were evaluated cross sectionally once. Sociodemographic Data Form, Hamilton Depression Rating Scle and Hamilton Anxiety Rating Scale were filled by researcher while Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, Self Compassion Scale, Rosenberg Self Esteem Scale and Resilient Scale For Adults were filled by participants.

Depression and anxiety scores were found higher in patients than control group whereas patients' self esteem were found significantly lower than controls. Self compassion and psychological resilience were found statistically indifference between these two groups. In patients, lower education, surgical complications, lower self compassion, lower self esteem and lower psychological resilience were associated with higher depression and anxiety scores.

Considering the psychological stress, functionality loss and precence of psychiatric comorbidity, we recommend that patients who diagnosed breast cancer and had mastectomy should be frequently questioned for psychiatric symptoms, referred to a psychiatrist if needed, and should be reinforced the abilities of coping mechanisms by working on self compassion, psychological resilience and self esteem with appopritate clinical interventions. These interventions may be reduce the levels of depression and anxiety symptoms or may be prevented patients from developing depression and anxiety disorders.

Keywords: Depression, Anxiety, Self compassion, Self esteem, Psychological resilience.

GİRİŞ

Meme kanseri, dünya çapında ve Türkiye’de kadınlarda en sık görülen kanserdir. Türkiye’deki insidans hızı 43,8/100.000’dir. Kanser tanısı konan kadınların 1/4’ünün tanısı meme kanseridir (1). 2014 yılı Türkiye kanser istatistiklerine göre, meme kanseri tanısı alanların %40,4’ünün 25-49 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Etiyolojisinde genetik, hormonal, çevresel ve psikososyal etmenlerin yer aldığı düşünülmektedir (2,3).

Meme kanseri tanı ve tedavi sürecinde hastalarda anksiyete ve depresyon belirtileri, uyku sorunları, cinsel uyum sorunları, benlik saygısında azalma, beden algısında bozulma, öfke, gelecek kaygısı ve ölüm korkusu gibi sorunlar görülebilmektedir. Kanser hastalarında herhangi bir psikiyatrik bozukluğun görülme yaygınlığı %50’dir (3,4).

1. Meme Kanseri

1.A. Etiyoloji

Meme kanseri etiyolojisinde değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk etmenleri tanımlanmıştır. Değiştirilemeyen risk etmenleri arasında ileri yaş, kadın cinsiyet, ailede meme kanseri öyküsünün bulunması, erken menarş yaşı, geç menopoz yaşı, artmış meme dokusu yoğunluğu, proliferatif meme hastalığının olması, genetik mutasyonların varlığı sayılabilir. Değiştirilebilen risk etmenleri arasında sigara ve alkol kullanımı, yüksek vücut kitle indeksi (VKİ) ve obezite, radyasyon ve çevresel kimyasallara maruziyet, hormonal maruziyet sayılabilir (5,6).

1.B. Klinik Belirti ve Bulgular

Çoğu hastada ilk bulgu memede ele gelen, ağrısız, zamanla büyüyen kitledir. Meme başında çekilme, çökme veya çeşitli şekil bozukluğu olması, meme başından gelen akıntı olması, memede kızarıklık, şişlik, renk değişikliği, inflamatuvar görüntü, asimetri bulunması, ciltte ülser varlığı, deride portakal

kabuğu görünümü, koltuk altı lenf bezlerinde şişlik hissedilmesi gibi bulgular görülebilir. Tek taraflı, memeyi sıkmadan kendiliğinden gelen, genellikle kanlı, kahverengi veya pembe renkli, yapışkan ve berrak görünümlü olan akıntılarda malignite riski yüksektir (7).

1.C. Tanı

Erken tanı için en önemli faktör toplumun bilinçlendirilmesidir. Genellikle erken tanıda meme kanserinin tespit edilebilmesi için üç temel yöntem vardır. Amerikan Kanser Birliği, meme kanserinin erken tanısı için evde kendi kendine meme muayenesinin 20 yaşından sonra her kadın için ayda bir kez yapılmasını, 20-40 yaş arasındaki her kadın için 3 yılda bir, 40 yaşından büyük kadınlarda her yıl bir profesyonel tarafından fiziksel meme muayenesi yapılmasını, 35-40 yaş kadınların ilk mamografisini çektirmesini, 40-50 yaş arasında iki yılda bir ve 50 yaşından büyük kadınlarda yıllık olarak mamografi tekrarını önerir (7).

Girişimsel olmayan tanı yöntemleri arasında mamografi, ultrasonografi (USG) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sayılabilir. Girişimsel işlemler ise meme biyopsisi (tru-cut biyopsi, ince iğne aspirasyon biyopsisi, stereotaktik kor biyopsi, USG veya MRG eşliğinde kor biyopsi) ile galaktografidir. Laboratuvar testi olarak CEA ile CA-15.3 düzeyleri bakılabilir fakat meme kanseri için spesifik değildir ve rutin tarama amacıyla kullanılmamalıdır. Riskli gruplarda BRCA1 ve BRCA2 gibi genetik mutasyonların taraması yapılabilir (8).

1.D. Evreleme

Meme kanseri klinik evrelemesi American Joint Committee on Cancer (AJCC) Evreleme Kılavuzunun 8. Düzenlemesine göre yapılmakta olup evrelemede primer tümörün boyutu, lenf nodu tutulumu, metastatik tutulum olup olmadığını göz önünde bulunduran TNM sistemi kullanılmıştır (2,9). Tablo-1'de meme kanseri klinik evrelemesi gösterilmiştir.

Tablo-1: Meme kanseri klinik evreleri (9).

Evre	Tümör boyutu	Lenf nodu tutulumu	Uzak Metastaz Varlığı
Evre 0	Karsinoma in situ	Yok	Yok
Evre 1	<20 mm	Yok	Yok
Evre 2A	>20 mm, <50mm	Yok	Yok
Evre 2B	<50 mm	1-3 adet lenf nodu tutulumu	Yok
Evre 3A	Herhangi bir boyutta	>4 aksiller lenf nodu veya internal mammaryal lenf nodu tutulumu	Yok
Evre 3B	>50 mm	>1 aksiller lenf nodu tutulumu	Yok
Evre 3C	Herhangi bir boyutta, göğüs kafesi veya deri tutulumu olması veya inflamatuvar meme kanseri	Herhangi bir tutulum	Yok
Evre 4	Herhangi bir boyutta	Herhangi bir tutulum	Var

Aynı klinik evrede, benzer histolojik yapıda ve benzer tedavi uygulanan hastaların sağkalım oranlarının farklı olabildiği görülmüştür. Yapılan çalışmalar sonucu hastaların moleküler gen ekspresyon profili çıkartılarak moleküler sınıflama oluşturulmuştur. Bu sınıflamaya göre Luminol A, luminol B, triple negatif ve HER-2 overekspresyonu olmak üzere farklı patolojik, klinik ve sağkalım oranı özellikleri olan 4 grup oluşturulmuştur (8).

Luminol A grubu meme kanserinin en sık görülen çeşidi olup östrojen reseptörü (ER) ve progesteron reseptörü (PR) pozitif, HER2 negatif, ki67 eşik değeri düşük olan gruptur. Bu grupta sadece hormonoterapi yeterli olabilir (8).

Luminol B grubunda ER, PR ve HER2 pozitif olup ki67 değeri yüksektir, hormonoterapiye ek olarak kemoterapi de tedaviye eklenir (8).

HER2 overekspresyonu gurubunda ER ve PR negatifken HER2 pozitifdir, genellikle patolojik grade yüksektir ve lenf nodu metastazı daha sık saptanır (8).

Triple negatif gurubunda ER, PR ve HER2 negatifken epidermal büyüme faktörü reseptörü (EGFR veya HER1) pozitifdir. Sağkalımı diğer gruplara göre daha kötüdür ve daha çok genç hastalarda görülür. Agresif davranış göstermesine rağmen sitotoksik kemoterapiye hassastır. Bu özelliği triple negatif paradoksu diye adlandırılır (8,10).

1.E. Tedavi

Cerrahi tedavide mastektomi uzun yıllardır kullanılmakta olup basit mastektomi, subkutan mastektomi, modifiye radikal mastektomi ve radikal mastektomi kullanılan tekniklerdir. Modifiye radikal mastektomi (MRM) lokal ve bölgesel hastalık kontrolünde etkili olmasına karşın ciddi fiziksel bozukluklara yol açabilir. Bu nedenle erken evrede meme koruyucu cerrahi (MKC) MRM'ye göre sağaltımda eşdeğer bulunması ve daha az komplikasyonu olması nedeniyle MRM'nin yerini almıştır. Hastalık multisentinsel, multifokalse, tümör çapı negatif sınır elde edilemeyecek kadar büyükse veya hastanın tercihi bu yndeysel MRM tercih edilir (8).

Lenfatik metastaz varlığı belirlenmesinde aksiller lenf nodu diseksiyonu (ALND) ağrı, lenf dem, hareket kısıtlılığı, parestezi gibi postoperatif komplikasyonların sıklığı nedeniyle yerini sentinel lenf nodu biyopsisine (SLNB) bırakmıştır (8).

Hormonoterapide selektif sterojen reseptör modlatr olan tamoksifen, yeni nesil ER antagonisti olan fulvestrant, aromataz inhibitörleri, luteinizan hormon salıveren hormon (LHRH) inhibitörleri kullanılır (11,12). Sitotoksik kemoterapide dosetaksel ve paklitaksel ya da antrasiklin içeren kemoterapi protokolleri kullanılabilir (13).

Hedefe yönelik biyolojik ajanların kullanılmaya başlamasıyla HER-2 reseptör pozitifliği olan hastalarda transtuzumab (herceptin, anti-HER2 antikoru) kullanılmaya başlanmıştır. Yine bir biyolojik ajan olan pertuzumab,

cerrahi öncesinde etkin bulunmuş olup transtuzumabla beraber verildiğinde transtuzumabın etkisini arttırdığı görülmüştür (8).

2. Anksiyete

Anksiyete tanım olarak içten gelen, sebebi bilinmeyen sürekli bir kaygı, sıkıntı hali, kötü bir şey olacaktı beklenmesidir (14,15). Nesnesi belirsiz olan korku ya da gerçek tehlikeyle orantısız korku olarak da tanımlanabilir (16).

Anksiyetenin oluş şekli 1970'lere kadar S. Freud'un psikoanalitik kuramı ile açıklanıyordu. Bu kurama göre anksiyete, iç çatışmanın bir sonucudur. Benlik ile dürtüler arasında çatışma olması benliğin dürtüler ile baş edemediğinin göstergesidir, bu durum tehlike olarak algılanır. Anksiyete benlikteki tehlikenin işaretidir. Organizma tehlike işaretini algıladığında adrenerjik sistem devreye girer ve anksiyetenin otonom sistem belirtileri oluşur (17).

Anksiyete bozuklukları duygudurum bozuklukları ile birlikte toplumda yaygın olarak görülürler. Anksiyete ya da duygudurum bozukluğu tanısı olan hastaların yarısından çoğunda bu iki bozukluk bir arada bulunur. Toplum taramalarında anksiyete bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %13,6 ile %28,8 arasındadır. Genel toplumda görülme oranı en yüksek anksiyete bozukluğu özgül fobilerdir, bunu panik bozukluğu, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu izler. Genellikle erken yaşlarda başlar, olguların %80'inde başlangıç yaşı 35 yaşından öncedir (15,17).

Fiziksel hastalığın getirdiği çaresizlik, yetersizlik, ölüm korkusu, hastalığa verilen öznel anlam ve kişisel algılanmış tehlikeler kişide anksiyeteye yol açar. Ciddi, akut, yaşamı tehdit eden veya organ kaybına yol açan durumlarda anksiyete daha yaygın görülür (17,18).

Kansere eşlik eden anksiyete yaygınlığı hastalığın tanısı ve evresi, eşlik eden ek hastalıkların varlığı, tedavinin türü, cinsiyet, tanı konduktan sonraki geçen süreye bağlı olarak değişse de %10-30 oranındadır (16).

3. Depresyon

Depresyon depresif duygudurum, anhedoni, isteksizlik, çeşitli türde emosyonel, bilişsel değişiklikler, uyku ve iştahta değişiklikler, değersizlik ve yineleyen ölüm düşünceleri ile seyreden bir durumdur (17). DSM 5'e göre Majör Depresif Bozukluk (MDB) ise en az 2 hafta boyunca devam eden depresif duygudurum, ilgide ve zevk veren aktivitelerden alınan hazda azalma, kilo kaybı ya da alımı, uykusuzluk veya aşırı uyku, psikomotor ajitasyon ya da yavaşlama, yorgunluk, bitkinlik, enerji kaybı, değersizlik ya da uygun olmayan suçluluk duyguları, düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma, kararsızlık, yineleyen ölüm ya da intihar düşünceleri belirtilerinden en az beşini içeren, kişinin işlevselliğinin belirgin olarak bozulduğu bir klinik tanıdır (15,19).

Depresyon %16,9 sıklıkla en yaygın görülen ruhsal hastalıktır (20). Kadınlarda erkeklerden yaklaşık 2 kat sık görülür. Ortalama başlangıç yaşı 25-30 yaşlardır (17,18).

Depresyona sıklıkla başka bir psikiyatrik bozukluk eşlik eder. Sequenced Treatment Alternatives to Relive Depression (STAR*D) çalışmasında depresyon hastalarının üçte ikisinde ek bir psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Depresyona en çok eşlik eden psikiyatrik tanı ise anksiyete bozukluklarıdır. Depresyon hastalarının %58'ine anksiyete bozukluğu tanısı konulabilirken anksiyete bozukluğu tanısı konan hastaların %68'ine depresyon tanısı konabilir (18,21).

Fiziksel bir hastalığa eşlik eden depresyon, hastaların tedaviye uyumunu, tedavi yanıtını ve hastalığın seyrini olumsuz olarak etkilemektedir. Mortalite ve morbidite oranlarının depresyonu olan hastalarda fiziksel hastalık tanısından bağımsız olarak arttığı gösterilmiştir (16).

Meme kanseri tanısı konan hastalarda kontrollere göre depresyon yaklaşık 2 kat daha fazla görülmüş, 3 yıllık izlem çalışmasında daha önce depresyon tanısı olan hastalarda 3/4 oranında yineleme olduğu, kontrollere göre karşılaştırmada majör depresyonun iyileşememe oranının 3 kat fazla olduğu görülmüştür (16,22).

4. Öz Anlayış

Öz anlayış yaşam zorlukları, olumsuz yaşantılar, başarısızlıklar karşısında kişinin kendisine anlayışlı ve şefkatli olması olarak tanımlanan, temeli Budist psikolojisine dayanan, son zamanlarda ilgi çekmeye ve araştırılmaya başlanmış bir kavramdır (23). Neff tarafından kavramlaştırılan öz anlayışın 3 temel bileşeni öz yargılamaya karşı öz sevecenlik, izolasyona karşı paylaşımların bilincinde olma ve aşırı özdeşleşmeye karşı bilinçlilik (24). Yapılan birçok çalışmada öz anlayışın depresyon ve/veya anksiyete ile negatif ilişkisi gösterilmiştir (23,25).

5. Benlik Saygısı

Benlik saygısı, kişinin kendisiyle ilgili düşündüğü olumlu veya olumsuz duygular, kendinden duyduğu memnuniyet ve kendine güven tarafından belirlenir. Kişinin hayatta karşılaştığı zorluklarla başa çıkabileceği ve mutlu olmaya layık olduğu inançlarıyla ilişkilidir (26). Düşük benlik saygısı ile depresyon ve diğer psikolojik stres faktörleri arasında yakın ilişki bulunmuştur (26–28).

6. Psikolojik Dayanıklılık

Psikolojik dayanıklılık kişinin tehlikeli durumlar karşısında biyolojik, akli ve ruhsal dengesini sürdürebilme yeteneğidir (29). Psikolojik dayanıklılıkta olumsuz durumu içeren bir zorluk ve olumsuz durumlara karşı gelişen davranışsal ve sosyal uyum kapasitesini içeren pozitif uyum şeklinde iki unsur bulunur (30). Bir çalışmada yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyi olan kişilerde düşük psikolojik dayanıklılık düzeyine göre daha düşük depresyon ve anksiyete düzeyiyle, daha yüksek yaşam kalitesi, daha iyi fiziksel, emosyonel ve sosyal performansla ilişkili bulunmuştur (31).

7. Mastektominin Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri

Kanser, hastalarda çeşitli psikolojik bozukluklara yol açma riski yüksek olan bir hastalıktır. Kişide ortaya çıkan psikolojik yanıt hastalığın tanısı, evresi, kişinin psikososyal çevresi ve uygulanan tedavi yöntemine göre değişebilir.

Meme kanserli kadınlarda daha önce yapılan çalışmalarda uyum bozuklukları, depresyon, anksiyete bozuklukları ve somatoform bozukluk tanılarının kanser tanısı konan 1 yıl içindeki risk artışı gösterilmiş olup, özellikle depresyon, hastaların 5 yıllık hastalık döneminde %10-30 oranında görülmüştür. Kanser tanılı hastalarda eşlik eden psikiyatrik bozukluklar tedavi uyumunu etkileyerek mortaliteyi arttırabilir. Bu nedenle kanser hastalarında psikiyatrik bozuklukların tanınması ve erken dönemde gerekli destek ve tedavinin sağlanması önem taşır (32).

Öz anlayışın depresyon ve/veya anksiyete ile negatif ilişkisi yapılan çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Kanser tanısı olan hastalarla yapılan bir çalışmada öz anlayışın pozitif bileşenleriyle, azalmış depresyon ve/veya anksiyete belirtilerinin ilişkisi gösterilmiştir (23).

Düşük benlik saygısı ile depresyon ve diğer psikolojik stres etmenleri arasında yakın ilişki bulunmuştur. Benlik saygısının meme kanserli hastalarda normal yaşama dönüşte önemli etmenlerden biri olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (26).

Düşük psikolojik dayanıklılık düzeyi ile yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyi karşılaştırıldığında dayanıklılık düzeyi yüksek olan grupta daha düşük depresyon ve anksiyete düzeyi, daha yüksek yaşam kalitesi, daha iyi fiziksel, emosyonel ve sosyal performans ilişkili bulunmuştur (30). Meme kanserli kadınlarda psikolojik dayanıklılık ve yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada depresif belirtilerin daha az olduğu kadınlarda psikolojik dayanıklılık düzeyi daha yüksek bulunmuştur (31). Mastektomi uygulanan kadınlarla yapılan bir çalışmada da psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek olan kadınlarda benlik saygısı ve beden algısının daha iyi olduğu bulunmuş (33).

Alanyazın gözden geçirildiği zaman depresyon ve/veya anksiyete ile öz anlayış, psikolojik dayanıklılık, benlik saygısı ilişkisinin ayrı ayrı veya birlikte araştırıldığı pek çok yayın bulunmakla birlikte mastektomi uygulanmış

kadınlarda öz anlayış, psikolojik dayanıklılık ve benlik saygısının birbirleriyle ve depresyon ve/veya anksiyete düzeyleriyle ilişkisini araştıran çalışma sayısı kısıtlıdır. Bu uzmanlık tez çalışmasının amacı öz anlayış, psikolojik dayanıklılık ve benlik saygısının birbirleriyle ve depresyon ve anksiyete düzeyleriyle ilişkisini meme kanseri nedeniyle mastektomi uygulanan kadınlarda incelemek ve sağlıklı gönüllü grubuyla karşılaştırmak olarak belirlenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

1. Örneklem Seçimi

Çalışma grubu, 01.04.2022-31.12.2022 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi polikliniğine başvuran, meme kanseri tanısıyla mastektomi yapılmış hastalar arasından seçilmiştir. Çalışmaya dâhil edilme ve dışlama ölçütlerini karşılayan 52 meme kanseri tanısı olan hasta çalışmaya alınmıştır. Kontrol grubu ise, 18-65 yaş arasında, okur yazar, zeka geriliği olmayan, geçmişinde veya çalışmanın yapıldığı tarihte meme kanseri tanısı konmamış olan 68 kadın sağlıklı gönüllüden oluşturulmuştur.

Çalışma ile ilgili etik kurul onayı Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nca 16 Mart 2022 tarihinde 2022-6/31 nolu karar numarası ile alınmıştır.

2. Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri

Hasta grubu 18-65 yaş aralığında olan, okuma yazması olan, kontrol altına alınmamış kronik tıbbi hastalığı bulunmayan, zeka geriliği bulunmayan, geçmişte veya çalışmanın yapıldığı tarihte meme kanseri tanısının bulunup mastektomi operasyonu uygulanmış olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler arasından seçilmiştir.

3. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri

Ölçeklerin uygulanmasına engel bir durumu bulunanlar (okuma-yazma bilmeyenler), ciddi ruhsal bir hastalığa sahip olanlar, zekâ geriliği olanlar, madde ve alkol kötüye kullanımı veya bağımlılık öyküsü olanlar, kontrol altına alınmamış kronik tıbbi hastalığı bulunanlar, inoperabl meme kanseri tanısı olanlar ve çalışmaya katılmak istemeyen kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir.

4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, sosyodemografik bilgiler için Sosyodemografik Veri Formu (Ek-1), depresyon belirtilerini değerlendirmek amacıyla Beck Depresyon Envanteri (Ek-8) ve Hamilton Depresyon Ölçeği (Ek-3), anksiyete belirtilerini değerlendirmek amacıyla Beck Anksiyete Ölçeği (Ek-7) ve Hamilton Anksiyete Ölçeği (Ek-2), psikolojik dayanıklılığı değerlendirmek amacıyla Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (Ek-4), benlik saygısını değerlendirmek için Rosenberg Benlik Saygısı Alt Ölçeği (Ek-6) öz anlayışı değerlendirmek için Öz Anlayış Ölçeği (Ek-5) kullanılmıştır. Katılımcılar bir defa kesitsel olarak görülmüştür. Sosyodemografik veri formu, HAM-A ve HAM-D araştırmacı tarafından uygulanmış olup BDE, BAÖ, YPDÖ, RBS-AÖ ve ÖAÖ gönüllüler tarafından doldurulmuştur.

4.A. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmacılar tarafından hazırlanmış olan bu formla, araştırmaya katılan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, alkol kullanımı, madde kullanımı, geçmişte tanı konan psikiyatrik bir hastalığının olup olmadığı, değerlendirilen kesitte psikiyatrik bir hastalık tanısı bulunup bulunmadığı, eşlik eden kronik hastalıkları ile hasta grubunda yer alan bireylerin mastektomi uygulanma tarihi, kanserin evresi, operasyonun türü ve operasyon sonrası herhangi bir komplikasyonun gelişim gelişmediği ile ilgili bilgiler edinilmiştir.

4.B. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilen, depresyonda görülen bedensel, bilişsel, duygusal ve motivasyonel belirtilerin düzeyini ve şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilen, dörtlü Likert tipi, her biri 0-3 puan arasında puanlanan 21 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (34). Depresyonun bilişsel ve duygusal belirtileri üzerinde daha çok durur (18). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır (35). Kişi ölçeği doldururken doldurduğu an da dahil olmak üzere son 1 hafta içerisinde kendi ruh durumunu göz önünde bulundurur. Ölçekten alınan toplam puan 0 ile 63 arasındadır. 0-9 puanlar arası normal, 10-18 puanlar arası hafif şiddette

depresyon, 19-29 arası puanlar orta şiddette depresyon, 30-63 arası puanlar ise şiddetli depresyonu göstermekte olup, Türkçe uyarlaması için kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir.

4.C. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck ve arkadaşları tarafından dördümlü Likert tipi, 21 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (36). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1998 yılında Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (37). Ölçekten alınan puanlar 0-63 puan arasındadır. 0-7 puanlar arası minimal düzeyde, 8-15 puanlar arası hafif düzeyde, 16-25 puanlar arası orta düzeyde ve 26-63 puanlar arası şiddetli düzeyde anksiyete belirtilerini gösterir. Kişi ölçeği doldururken doldurduğu an da dahil olmak üzere son 1 hafta içerisinde ölçekte sıralanan belirtilerin kendilerini ne kadar rahatsız ettiğini göz önünde bulundurur.

4.D. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)

HAM-D'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve ark. tarafından 1996 yılında yapılmış olup, depresyonun çekirdek belirtilerinin dışında bedensel ve anksiyete belirtilerine de yer vermektedir (38). Üçlü veya beşli Likert tipi toplam 17 sorudan oluşmakta olup, görüşmeci tarafından doldurulur.

4.E. Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A)

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve ark. tarafından yapılan HAM-A görüşmeci tarafından doldurulan beşli Likert tipinde 14 sorudan oluşan bir ölçektir (39). Anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddetini ölçmek dışında depresif belirtilere de yer verir.

4.F. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)

Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği 2003 yılında Friborg ve ark. tarafından geliştirilmiş olup Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Basım ve ark. tarafından 2011 yılında yapılmıştır (40,41). Toplam 33 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir.

4.G. Rosenberg Benlik Saygısı Alt Ölçeği (RBS-AÖ)

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, 1965 yılında Rosenberg tarafından geliştirilmiş toplam 63 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeği olup, ilk 10 sorusu benlik saygısını ölçmek için kullanılmaktadır (42). Ölçeğin ilk 10 sorusundan

alınan puan 0-1 ise yüksek, 2-4 ise orta, 5-6 ise düşük benlik saygısını göstermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını Çuhadaroğlu ve ark. tarafından 1986 yılında yapılmıştır (43).

4.F. Öz Anlayış Ölçeği (ÖAÖ)

Öz anlayış düzeyini değerlendirebilmek amacıyla Neff ve ark. tarafından 2003 yılında geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Deniz ve ark. tarafından 2004 yılında yapılmıştır (44,45). Neff ve ark. tarafından geliştirilen ölçeğin üç faktörlü yapısı ve toplam 26 maddesi bulunurken Deniz ve ark. tarafından Türkçe uyarlaması yapılan ölçek tek faktörlü yapıda ve toplamda 24 maddeden oluşur. Türkçe uyarlamasındaki 1,3,5,7,10,12,15,17,19,22 ve 23. maddeler tersten puanlanır.

5. İstatistiksel Yöntem

Uygulanan ölçeklerin güvenilirlikleri Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı ile incelenmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile incelenmiştir. İki grup karşılaştırmaları verilerin normal dağılım göstermesi durumunda t testi ile normal dağılım göstermemesi durumunda ise Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır. İkidenden fazla grup olması durumunda verilerin normal dağılmaması durumunda Kruskal Wallis testi ile yapılmış ve anlamlı farklılıklar bulunması durumunda da ikili karşılaştırmalar da Dunn Bonferroni testi uygulanmıştır. Verilerin normal dağılması ve parametrik testlerin uygulanması durumunda tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma olarak, aksi durumda medyan(min-max) değer olarak verilmiştir. Gruplar arasında kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare, Fisher's exact test ve Fisher-Freeman-Halton testi ile yapılmıştır. Kategorik veriler frekans ve yüzde olarak betimlenmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman sıra korelasyon katsayısı ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $\alpha=0,05$ alınmıştır. İstatistiksel analizler SPSS v25 paket programı kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya 52 hasta ve 68 sağlıklı gönüllü olmak üzere toplam 120 kişi katılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo-2: Gruplar arasında demografik ve klinik özelliklere göre karşılaştırmalar.

		Hasta (n=52)	Kontrol (n=68)	p	İkili Karşılaştırmalar
Yaş		46,6±9,0 1	45,35±9, 91	0,480	
Medeni Durum	Evli	44 (84,6)	51 (75,0)	0,199	
	Bekar	8 (15,4)	17 (25,0)		
Eğitim	Yok	3 (5,8)	0 (0,0)	0,075	
	İlköğretim	20 (38,5)	23 (33,8)		
	Lise	17 (32,7)	18 (26,5)		
	Üniversite	12 (23,1)	27 (39,7)		
Meslek	Çalışmıyor (I)	29 (55,8)	19 (27,9)	0,001	I-II: <0,001 I-III: 0,591 II-III: 0,034
	Çalışıyor (II)	14 (26,9)	41 (60,3)		
	Emekli (III)	9 (17,3)	8 (11,8)		
Geçmişte tanı konan psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok (I)	33 (63,5)	58 (85,3)	0,018	I-II: 0,013 I-III: 0,082 II-III: 0,700
	Depresyon (II)	10 (19,2)	4 (5,9)		
	Anksiyete (III)	9 (17,3)	6 (8,8)		
Şimdiki psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok (I)	26 (50,0)	65 (95,6)	<0,001	I-II: <0,001 I-III: <0,001 II-III: 1,000
	Depresyon (II)	15 (28,8)	2 (2,9)		
	Anksiyete (III)	11 (21,2)	1 (1,5)		

Hasta ve kontrol grupları arasında yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo-2).

Mesleklere göre hasta ve kontroller arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Çalışmayanlar ve çalışanlar bakımından hastalarda çalışmayan oranı daha fazla iken kontrollerde çalışan oranı daha fazladır. Çalışanlar ve emekli olanlar bakımından çalışanların oranı hastalarda kontrollere göre daha düşüktür (Tablo-2).

Geçmişte tanı konan psikiyatrik hastalık öyküsüne göre hasta ve kontroller arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,018$). İkili karşılaştırmalarda hasta ve kontrollerde daha önce psikiyatrik bir tanısı olmayanlar ile daha önce depresyon öyküsü olanların oranları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,013$). Hastalarda geçirilmiş depresyon öyküsü oranı kontrollere göre daha yüksektir. Hasta ve kontrollerde geçirilmiş anksiyete bozuklukları öyküsü ile daha önce psikiyatrik bir tanısı olmayanlar ve daha önce depresyon öyküsü olanlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo -2).

Şimdiki psikiyatrik hastalık öyküsüne göre hasta ve kontroller arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). İkili karşılaştırmalarda hasta ve kontrollerde çalışmanın yapıldığı tarihte psikiyatrik bir tanısı olmayanlar ile çalışmanın yapıldığı tarihte depresyon ($p<0,001$) ve anksiyete bozuklukları tanısı olanların ($p<0,001$) oranları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Hastalarda depresyon ve anksiyete bozuklukları tanısı oranları kontrollere göre daha yüksektir. Hasta ve kontrollerde çalışmanın yapıldığı tarihte depresyon tanısı olanlar ve anksiyete bozukluğu tanısı olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo-2).

Ölçek güvenilirlikleri incelendiğinde HAM-A ölçeği ve alt ölçekleri, HAM-D, YPDÖ ölçeği ve alt ölçekleri, ÖAÖ, RBS, BAÖ ve BDE ölçeklerinin

güvenirlikleri madde sayıları da dikkate alındığında yeterli olduğu görülmüştür (Tablo-3).

Tablo-3: Ölçeklerin güvenirlikleri (n=120).

Ölçek	Madde sayısı	Cronbach Alpha
HAM-A Pisişik	5	0,821
HAM-A Somatik	9	0,870
HAM-A Toplam	14	0,920
HAM-D	17	0,903
YPDÖ-Yapısal stil	4	0,670
YPDÖ-Gelecek algısı	4	0,805
YPDÖ-Aile uyumu	6	0,759
YPDÖ-Kendilik algısı	6	0,645
YPDÖ-Sosyal yeterlilik	6	0,676
YPDÖ-Sosyal Kaynaklar	7	0,687
YPDÖ-Toplam	33	0,891
ÖAÖ	24	0,892
RBS-AÖ	6	0,659
BAÖ	21	0,922
BDE	21	0,888

Hastalara yönelik tanımlayıcı istatistikler Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo-4: Hastalara yönelik tanımlayıcı istatistikler (n=52).

		Medyan (Min-Max) / n(%)
Operasyonun üzerinden geçen süre (ay)		10,5(1-151)
Evre	İn situ	4 (7,7)
	Evre I	9 (17,3)
	Evre II	20 (38,5)
	Evre III	19 (36,5)
Operasyon türü	Unilateral	37 (30,8)
	Bilateral	15 (12,5)
Komplikasyon	Var	34 (28,3)
	Yok	18 (15,0)

Hasta ve kontrol gruplarında ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo-5: Hasta ve kontrol gruplarında göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.

GRUP	Hasta (n=52) Median(Min-Max)	Kontrol (n=68) Median(Min-Max)	p
HAM-A Toplam	15,5(2-36)	7,00(0-24)	<0,001
HAM-A Psişik	6(1-13)	3,00(0-10)	<0,001
HAM-A Somatik	10(1-24)	4,00(0-16)	<0,001
HAM-D	14(2-33)	6,00(0-26)	<0,001
YPDÖ-Toplam	133(86-160)	137,00(82-162)	0,094
YPDÖ-Yapısal stil	15,5(4-20)	16(4-20)	0,372
YPDÖ-Gelecek algısı	14,5(4-20)	16(4-20)	0,040
YPDÖ-Aile uyumu	26(10-30)	26(10-30)	0,788
YPDÖ-Kendilik algısı	23,5(11-30)	25(14-30)	0,066
YPDÖ-Sosyal yeterlilik	24(10-30)	25(12-30)	0,403
YPDÖ-Sosyal kaynaklar	31(16-35)	31(19-35)	0,494
ÖAÖ	80,5(34-117)	84(52-116)	0,148
RBS-AÖ	1,5(0-6)	1(0-5)	0,001
BAÖ	20(1-46)	10,5(0-41)	0,001
BDE	16,5(2-39)	7,5(0-32)	<0,001

Hasta ve kontroller arasında YPDÖ toplam, YPDÖ yapısal stil, YPDÖ aile uyumu, YPDÖ kendilik algısı, YPDÖ sosyal yeterlilik, YPDÖ sosyal kaynaklar, ÖAÖ puanları bakımından hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak bakımından anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 5).

Hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında HAM-A toplam ($p<0,001$), HAM-A psişik ($p<0,001$), HAM-A somatik ($p<0,001$), HAM-D ($p<0,001$), YPDÖ gelecek algısı ($p=0,040$), RBSÖ-AÖ ($p=0,001$), BAÖ ($p=0,001$), BDE ($p<0,001$) puanları bakımından hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. HAM-A toplam, HAM-A psişik, HAM-A somatik, HAM-D, RBSÖ-AÖ, BAÖ, BDE ölçek puanları hastalarda daha yüksek iken, YPDÖ gelecek algısı ölçek puanı kontrollerde daha yüksektir (Tablo 5).

Yaş ve eğitim durumu ile ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo-6: Yaş ve eğitim ile ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki.

		Hasta (n=52)		Kontrol (n=68)	
		YAŞ	EĞİTİM	YAŞ	EĞİTİM
HAM-A toplam	r	-0,062	-0,328	0,175	-0,204
	p	0,664	0,017	0,154	0,096
HAM-A psişik	r	-0,084	-0,296	0,112	-0,178
	p	0,552	0,033	0,364	0,146
HAM-A somatik	r	-0,030	-0,355	0,207	-0,201
	p	0,831	0,010	0,090	0,100
HAM-D	r	0,058	-0,349	0,149	-0,227
	p	0,682	0,011	0,226	0,063
YPDÖ toplam	r	-0,009	0,198	-0,040	-0,024
	p	0,949	0,160	0,743	0,846

YPDÖ yapısal stil	r	-0,172	0,186	-0,183	0,082
	p	0,223	0,186	0,134	0,504
YPDÖ gelecek algısı	r	-0,039	0,120	-0,043	0,004
	p	0,782	0,397	0,725	0,977
YPDÖ aile uyumu	r	-0,020	-0,003	0,014	-0,045
	p	0,889	0,982	0,910	0,715
YPDÖ kendilik algısı	r	-0,020	0,227	-0,016	0,084
	p	0,887	0,105	0,895	0,498
YPDÖ sosyal yeterlilik	r	0,187	0,112	-0,012	-0,191
	p	0,184	0,430	0,925	0,120
YPDÖ sosyal kaynaklar	r	0,080	0,233	-0,108	0,086
	p	0,571	0,097	0,381	0,485
ÖAÖ	r	0,069	0,073	0,020	0,085
	p	0,627	0,608	0,874	0,489
RBS-AÖ	r	0,010	-0,205	0,248	-0,201
	p	0,942	0,146	0,042	0,101
BAÖ	r	-0,173	-0,268	-0,001	0,011
	p	0,219	0,054	0,995	0,932
BDE	r	0,075	-0,382	0,077	-0,135
	p	0,596	0,005	0,532	0,272

Hasta grubunda yaş ile ölçek ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Kontrol grubunda yaş ile RBS-AÖ ölçek puanı arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (**p=0,042**). Diğer ölçek ve alt ölçekler ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 6).

Hasta grubunda eğitim ile HAM-A toplam (**p=0,017**), HAM-A psişik (**p=0,033**), HAM-A somatik (**p=0,010**), HAM-D (**p=0,011**), BDE (**p=0,005**)

ölçek puanları arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Kontrol grubunda eğitim ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 6).

Hastalarda medeni duruma göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo-7: Hastalarda medeni duruma göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	Evli (n=44) Median (min-max)	Bekar (n=8) Median(min-max)	p
HAM-A toplam	16(2-36)	14(2-33)	0,990
HAM-A psişik	6(1-13)	6(1-12)	0,970
HAM-A somatik	10(1-24)	9(1-24)	0,950
HAM-D	13,5(4-33)	15,5(2-32)	0,775
YPDÖ toplam	133(89-160)	127(86-153)	0,911
YPDÖ yapısal stil	14,5(5-20)	18(4-20)	0,477
YPDÖ gelecek algısı	14,5(4-20)	13(4-19)	0,389
YPDÖ aile uyumu	26(10-30)	24(13-30)	0,323
YPDÖ kendilik algısı	23,5(11-30)	23,5(20-27)	0,813

YPDÖ sosyal yeterlilik	24(10-30)	23,5(15-29)	0,794
YPDÖ sosyal kaynaklar	31(16-35)	31(17-35)	0,775
ÖAÖ	81,5(34-117)	71,5(46-112)	0,462
RBS-AÖ	2(0-6)	1(0-2)	0,223
BAÖ	19(1-46)	22(6-44)	0,700
BDE	16,5(4-30)	16,5(2-39)	0,970

Hastalarda medeni duruma göre ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo-7).

Kontrollerde medeni duruma göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo-8: Kontrollerde medeni duruma göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	Evli (n=51)	Bekar (n=17)	p
	Median (min-max)	Median (min-max)	
HAM-A toplam	8(0-24)	5(0-19)	0,239
HAM-A psişik	3(0-10)	2(0-7)	0,219
HAM-A somatik	4(0-16)	3(0-12)	0,251
HAM-D	6(0-26)	5(0-21)	0,513
YPDÖ toplam	138(82-162)	128(89-157)	0,200

YPDÖ yapısal stil	16(4-20)	17(8-20)	0,780
YPDÖ gelecek algısı	16(4-20)	16(8-20)	0,471
YPDÖ aile uyumu	26(17-30)	25(10-30)	0,062
YPDÖ kendilik algısı	25(15-30)	26(14-30)	0,674
YPDÖ sosyal yeterlilik	25(12-30)	23(14-28)	0,071
YPDÖ sosyal kaynaklar	32(21-35)	31(19-35)	0,325
ÖAÖ	84(60-116)	84(52-114)	0,771
RBS-AÖ	1(0-3)	1(0-5)	0,322
BAÖ	11(0-41)	10(0-29)	0,750
BDE	8(0-32)	7(0-24)	0,733

Kontrollerde medeni duruma göre ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo-8).

Hastalarda meslek grubuna göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo-9: Hastalarda meslek gruplarına göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	Çalışmıyor (I) (n=29) Median (min-max)	Çalışıyor (II) (n=14) Median (min-max)	Emekli (III) (n=9) Median (min-max)	p	İkili Karşılaştırmalar
HAM-A toplam	20(2-36)	13(7-18)	12(2-33)	0,111	
HAM-A psişik	8 (1-13)	5,5(1-7)	3(1-12)	0,226	
HAM-A somatik	12(1-24)	7,5(4-12)	9(1-21)	0,085	
HAM-D	15(2-33)	13(6-19)	13(4-32)	0,545	
YPDÖ toplam	127(94-160)	142 (89- 160)	130 (86-153)	0,311	
YPDÖ yapısal stil	15 (6-20)	16,5 (11-20)	12 (4-20)	0,278	
YPDÖ gelecek algısı	13 (4-19)	17 (5- 20)	14 (4- 20)	0,110	
YPDÖ aile uyumu	26 (10-30)	26,5 (10- 30)	24 (16- 30)	0,836	
YPDÖ kendilik algısı	22(14-28)	26(11- 30)	24(18- 28)	0,153	
YPDÖ sosyal yeterlilik	23(14-29)	25(10-30)	25(10-30)	0,840	
YPDÖ sosyal kaynaklar	30(16-35)	31,5(25-35)	31(17-34)	0,366	
ÖAÖ	74(34-116)	81,5(56-117)	107(40-111)	0,278	
RBS-AÖ	2(0-6)	1(0-2)	1(0-6)	0,022	I-II: 0,021 I-III: 0,559 II-III: 1,000
BAÖ	21(1-46)	19(6-36)	14(7-44)	0,713	
BDE	21(2-39)	12,5(6- 29)	16(10-37)	0,224	

Hastalarda meslek gruplarına göre RBS-AÖ ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Yapılan ikili karşılaştırmalarda çalışanlar ile çalışmayanlar arasında RBS-AÖ puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (**p=0,021**), çalışmayanların çalışanlara göre ölçek puanı daha yüksektir. Emekli ile çalışmayan ve çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır Hastalarda meslek grubuna göre diğer ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (Tablo-9).

Kontrollerde meslek grubuna göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo-10: Kontrollerde meslek grubuna göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	Çalışmıyor (I) (n=19) Median(mi n-max)	Çalışıyor (II) (n=41) Median(mi n-max)	Emekli (III) (n=8) Median(mi n-max)	p	İkili Karşılaştırmalar
HAM-A toplam	12(0-23)	6(0-24)	6,5(2-18)	0,19 4	
HAM-A psişik	4(0-10)	2(0-8)	2(0-7)	0,30 4	
HAM-A somatik	7(0- 16)	3(0- 16)	4(2-11)	0,16 1	
HAM-D	11(0- 26)	5(0- 21)	5(3-13)	0,30 5	
YPDÖ toplam	128(82- 159)	141(89- 162)	141(110- 160)	0,07 4	
YPDÖ yapısal stil	15(4- 20)	16(8- 20)	17,5(8- 20)	0,17 8	

YPDÖ gelecek algısı	16(4- 20)	17(8- 20)	18(12- 20)	0,05 0	
YPDÖ aile uyumu	25(10- 30)	26(19-30)	24,5(19-30)	0,24 7	
YPDÖ kendilik algısı	23(15-30)	26(14-30)	27,5(22-30)	0,04 4	I-II: 0,080 I-III: 0,127 II-III: 1,000
YPDÖ sosyal yeterlilik	25(12- 30)	25(14- 30)	23(18-30)	0,75 7	
YPDÖ sosyal kaynaklar	28(19-35)	32(21- 35)	33(24-35)	0,01 7	I-II: 0,028 I-III: 0,076 II-III: 1,000
ÖAÖ	78(60-107)	94(52-116)	81(69-113)	0,02 2	I-II: 1,000 I-III: 0,021 II-III: 0,705
RBS-AÖ	1(0-3)	1(0-5)	1,5(0-3)	0,31 2	
BAÖ	11(0-36)	10(0-41)	9,5(3-24)	0,65 3	
BDE	9(1-32)	7(0-24)	8(1-18)	0,24 7	

Kontrol grubunda mesleklere göre YPDÖ kendilik algısı alt ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmakla birlikte (**p=0,044**), yapılan ikili karşılaştırmalarda gruplar arasında anlamlı olacak kadar bir farklılık olmadığı görülmektedir. Mesleklere göre YPDÖ sosyal kaynaklar alt ölçek puanında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p=0,017**). Yapılan

ikili karşılaştırmalarda çalışanlar ile çalışmayanlar arasında YPDÖ sosyal kaynaklar alt ölçeği puanı bakımından farklılık bulunmuştur ($p=0,028$), çalışmayanların çalışanlara göre ölçek puanı daha düşüktür. Emekli ile çalışmayan ve çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. Mesleklere göre ÖAÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,022$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda çalışmayanlar ile emekliler arasında ÖAÖ puanı bakımından farklılık bulunmuştur ($p=0,021$). Çalışmayanların emeklilere göre ölçek puanı daha düşüktür. Çalışanlar ile çalışmayan ve emekliler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo-10).

Hastalarda geçmişte tanı konan psikiyatrik hastalık öyküsüne göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo-11: Hastalarda geçmişte tanı konan psikiyatrik hastalık öyküsüne göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.

Geçmişte tanı konan psikiyatrik hastalık	Yok (I) (n=33) Median (min-max)	Depresyon (II) (n=10) Median (min-max)	Anksiyete (III) (n=9) Median (min-max)	p	İkili Karşılaştırmalar
HAM-A total	14(2-36)	18,5(11-29)	12(3-33)	0,330	
HAM-A psişik	6(1-13)	7(4-10)	3(1-12)	0,477	
HAM-A somatik	8(1-24)	11(6-19)	9(2-21)	0,297	
HAM-D	12(2-33)	18(14-28)	12(5-32)	0,054	
YPDÖ toplam	138(89-160)	114,5(86-141)	131(96-151)	0,034	I-II: 0,029 I-III: 1,000 II-III: 0,242

YPDÖ yapısal stil	16(5-20)	12(4-20)	16(6-20)	0,217	
YPDÖ gelecek algısı	14(4-20)	14(7-20)	16(4-20)	0,745	
YPDÖ aile uyumu	26(13-30)	20,5(10-28)	27(22-30)	0,011	I-II: 0,013 I-III: 0,038 II-III: 1,000
YPDÖ kendilik algısı	25(11-30)	19,5(15-30)	26(16-28)	0,363	
YPDÖ sosyal yeterlilik	25(10-29)	19,5(14-30)	22(10-29)	0,370	
YPDÖ sosyal kaynaklar	32(16-35)	30(16-34)	32(17-35)	0,147	
ÖAÖ	81(34-112)	78(46-117)	73(60-116)	0,940	
RBS-AÖ	2(0-6)	1,5(0-6)	1(0-3)	0,528	
BAÖ	19(2-46)	29(10-45)	14(1-44)	0,150	
BDE	15(2-29)	22(12-39)	18(6-37)	0,099	

Hastalarda geçmişte tanı konan psikiyatrik hastalık öyküsüne göre YPDÖ toplam ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p=0,034**). Yapılan ikili karşılaştırmalarda geçmişte psikiyatrik hastalık tanısı bulunmayanların puanı geçmişte depresyon öyküsü olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (**p=0,029**), geçmişte psikiyatrik hastalık tanısı bulunmayanların ölçek puanı geçmişte depresyon öyküsü olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Geçmişte anksiyete bozukluğu öyküsü ile geçmişte psikiyatrik hastalık tanısı bulunmayanlar ve geçmişte

depresyon öyküsü olanlarda ölçek puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. Geçmişte tanı konan psikiyatrik hastalık öyküsüne göre YPDÖ aile uyumu alt ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p=0,011**). Yapılan ikili karşılaştırmalarda geçmişte psikiyatrik hastalık tanısı bulunmayanların puanı geçmişte depresyon öyküsü (**p=0,013**) ve geçmişte anksiyete bozukluğu öyküsü (**p=0,038**) olanlardan istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Geçmişte psikiyatrik hastalık tanısı bulunmayanların puanı depresyon öyküsü olanlardan daha yüksek, anksiyete bozukluğu öyküsü olanlardan daha düşüktür. Geçmişte tanı konan psikiyatrik hastalık öyküsüne göre diğer ölçek ve alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo-11).

Kontrollerde geçmişte tanı konan psikiyatrik hastalık öyküsüne göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo-12: Kontrollerde geçmişte tanı konan psikiyatrik hastalık öyküsüne göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.

Geçmişte tanı konan psikiyatrik hastalık	Yok (n=58) Median (min-max)	Depresyon (n=4) Median (min-max)	Anksiyete (n=6) Median (min-max)	p
HAM-A total	6,5(0-24)	4(2-16)	8(2-12)	0,775
HAM-A psişik	3(0-10)	2(0-6)	3,5(0-5)	0,913
HAM-A somatik	4(0- 16)	2(2- 10)	5,5(2-8)	0,650
HAM-D	5,5(0-26)	5,5(2-14)	6,5(2-14)	0,960
YPDÖ toplam	137(82-162)	133(123-154)	141,5(123-158)	0,731
YPDÖ yapısal stil	16(4-20)	15,5(12-20)	17,5(10-20)	0,650
YPDÖ gelecek algısı	16,5(4-20)	15,5(8-18)	16,5(10-20)	0,608
YPDÖ aile uyumu	26(10-30)	28(22-30)	26(25-30)	0,392

YPDÖ kendilik algısı	25(14-30)	25(21-26)	24(18-30)	0,778
YPDÖ sosyal yeterlilik	25(12-30)	24,5(16-27)	25(22-28)	0,955
YPDÖ sosyal kaynaklar	31(19-35)	32(27-35)	33(31-35)	0,169
ÖAÖ	83(52-115)	101,5(94-116)	94(60-109)	0,095
RBS-AÖ	1(0-5)	0(0-1)	0,5(0-2)	0,257
BAÖ	10(0-41)	14,5(1-26)	21(3-28)	0,660
BDE	8,5(0-32)	8(2-10)	6,5(2-10)	0,770

Kontrollerde geçmişte tanı konan psikiyatrik hastalık öyküsüne göre ölçek ve alt ölçek puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo-12).

Hastalarda çalışmanın yapıldığı tarihte tanı konan psikiyatrik hastalık öyküsüne göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo-13: Hastalarda çalışmanın yapıldığı tarihte tanı konan psikiyatrik hastalık öyküsüne göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.

Çalışmanın yapıldığı tarihte tanı konan psikiyatrik hastalık	Yok (I) (n=26) Median (min-max)	Depresyon (II) (n=15) Median (min-max)	Anksiyete (III) (n=11) Median (min-max)	p	İkili Karşılaştırmalar
HAM-A toplam	12,5(2-25)	20(8-36)	15(3-25)	0,025	I-II: 0,022 I-III: 1,000 II-III: 0,229
HAM-A psişik	5,5(1-11)	8(3-13)	5(1-9)	0,030	I-II: 0,038 I-III: 1,000 II-III: 0,115

HAM-A somatik	7,5(1-24)	12(5-24)	9(2-19)	0,029	I-II: 0,024 I-III: 1,000 II-III: 0,401
HAM-D	13(2-28)	18(7-33)	12(5-25)	0,054	
YPDÖ toplam	143(104-160)	113(89-153)	130(86-160)	0,008	I-II 0,006 I-III: 0,570 II-III: 0,557
YPDÖ yapısal stil	17,5(5-20)	12(9-20)	12(4-20)	0,046	I-II: 0,062 I-III: 0,317 II-III: 1,000
YPDÖ gelecek algısı	15,5(6-20)	11(4-20)	15(7-20)	0,069	
YPDÖ aile uyumu	26,5(12-30)	24(10-29)	29(22-30)	0,006	I-II: 0,036 I-III: 0,891 II-III: 0,008
YPDÖ kendilik algısı	25,5(17-28)	21(11-30)	23(14-30)	0,269	
YPDÖ sosyal yeterlilik	26(10-29)	19(11-30)	21(10-29)	0,075	
YPDÖ sosyal kaynaklar	32(16-35)	30(16-34)	32(17-35)	0,027	I-II: 0,031 I-III: 1,000 II-III: 0,138
ÖAÖ	82(40-112)	76(34-117)	73(60-116)	0,590	
RBS-AÖ	1(0-5)	2(0-6)	1(0-6)	0,345	
BAÖ	19(2-46)	28(2-45)	20(1-40)	0,187	
BDE	13(2-29)	23(12-39)	17(6-28)	0,007	I-II: 0,008 I-III: 1,000 II-III: 0,051

Çalışmanın yapıldığı tarihte tanı konan psikiyatrik hastalık öyküsüne göre, YPDÖ yapısal stil alt ölçeği puanları karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmakla birlikte (**p=0,046**), ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık olacak kadar bir farklılık görülmemiştir. Çalışmanın yapıldığı tarihte tanı konan psikiyatrik hastalık öyküsüne göre, HAM-A toplam ölçek puanları karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p=0,025**). Yapılan ikili karşılaştırmalarda çalışmanın yapıldığı tarihte

psikiyatrik hastalığı olmayanların ölçek puanı çalışmanın yapıldığı tarihte depresyon tanısı olanlardan istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (**p=0,022**). Çalışmanın yapıldığı tarihte depresyon tanısı olanların ölçek puanı çalışmanın yapıldığı tarihte psikiyatrik hastalığı olmayandan daha yüksektir. Çalışmanın yapıldığı tarihte tanı konan psikiyatrik hastalık öyküsüne göre, HAM-A psikiyatrik alt ölçeği puanları karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p=0,030**). Yapılan ikili karşılaştırmalarda çalışmanın yapıldığı tarihte psikiyatrik hastalığı olmayanların ölçek puanı çalışmanın yapıldığı tarihte depresyon tanısı olanlardan istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (**p=0,038**). Çalışmanın yapıldığı tarihte depresyon tanısı olanların ölçek puanı çalışmanın yapıldığı tarihte psikiyatrik hastalığı olmayandan daha yüksektir. Çalışmanın yapıldığı tarihte tanı konan psikiyatrik hastalık öyküsüne göre, HAM-A somatik alt ölçeği puanları karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p=0,029**). Yapılan ikili karşılaştırmalarda çalışmanın yapıldığı tarihte psikiyatrik hastalığı olmayanların ölçek puanı çalışmanın yapıldığı tarihte depresyon tanısı olanlardan istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (**p=0,024**). Çalışmanın yapıldığı tarihte depresyon tanısı olanların ölçek puanı çalışmanın yapıldığı tarihte psikiyatrik hastalığı olmayandan daha yüksektir. Çalışmanın yapıldığı tarihte tanı konan psikiyatrik hastalık öyküsüne göre, YPDÖ toplam ölçek puanları karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p=0,008**). Yapılan ikili karşılaştırmalarda çalışmanın yapıldığı tarihte psikiyatrik hastalığı olmayanların ölçek puanı çalışmanın yapıldığı tarihte depresyon tanısı olanlardan istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (**p=0,006**). Çalışmanın yapıldığı tarihte psikiyatrik hastalığı olmayanların YPDÖ toplam ölçek puanı çalışmanın yapıldığı tarihte depresyon tanısı olanlardan daha yüksektir. Çalışmanın yapıldığı tarihte tanı konan psikiyatrik hastalık öyküsüne göre, YPDÖ aile uyumu alt ölçeği puanları karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p=0,006**). Yapılan ikili karşılaştırmalarda, çalışmanın yapıldığı tarihte psikiyatrik hastalığı olmayanların ölçek puanı çalışmanın yapıldığı tarihte depresyon tanısı olanlardan (**p=0,036**) ve çalışmanın yapıldığı tarihte depresyon tanısı olanların

ölçek puanı çalışmanın yapıldığı tarihte anksiyete bozukluğu tanısı olanlardan (**p=0,008**) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Çalışmanın yapıldığı tarihte psikiyatrik hastalığı olmayanların ölçek puanı çalışmanın yapıldığı tarihte depresyon tanısı olanlardan daha yüksektir, çalışmanın yapıldığı tarihte anksiyete bozukluğu tanısı olanların ölçek puanı çalışmanın yapıldığı tarihte depresyon tanısı olanlardan daha yüksektir. Çalışmanın yapıldığı tarihte tanı konan psikiyatrik hastalık öyküsüne göre, YPDÖ sosyal kaynaklar alt ölçeği puanları karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p=0,027**). Yapılan ikili karşılaştırmalarda çalışmanın yapıldığı tarihte psikiyatrik hastalığı olmayanların ölçek puanı çalışmanın yapıldığı tarihte depresyon tanısı olanlardan istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (**p=0,031**). Çalışmanın yapıldığı tarihte psikiyatrik hastalığı olmayanların ölçek puanı çalışmanın yapıldığı tarihte depresyon tanısı olanlardan daha yüksektir. Çalışmanın yapıldığı tarihte tanı konan psikiyatrik hastalık öyküsüne göre, BDE ölçek puanları karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p=0,007**). Yapılan ikili karşılaştırmalarda çalışmanın yapıldığı tarihte psikiyatrik hastalığı olmayanların ölçek puanı çalışmanın yapıldığı tarihte depresyon tanısı olanlardan istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (**p=0,008**). Çalışmanın yapıldığı tarihte depresyon tanısı olanların ölçek puanı çalışmanın yapıldığı tarihte psikiyatrik hastalığı olmayandan daha yüksektir (Tablo-13).

Kontrollerde çalışmanın yapıldığı tarihte tanı konan psikiyatrik hastalık öyküsüne göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 14'te verilmiştir.

Tablo-14: Kontrollerde çalışmanın yapıldığı tarihte tanı konan psikiyatrik hastalık öyküsüne ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.

Çalışmanın yapıldığı tarihte tanı konan psikiyatrik hastalık	Yok (n=65) Median (min-max)	Depresyon (n=2)	Anksiyete (n=1)	p*
HAM-A total	7(0-24)	3-7	8	-
HAM-A psişik	3(0-10)	1-4	2	-
HAM-A somatik	4(0-16)	2-3	6	-
HAM-D	6(0-26)	4-9	7	-
YPDÖ toplam	138(82-162)	122-129	123	-
YPDÖ yapısal stil	16(4-20)	12-20	10	-
YPDÖ gelecek algısı	16(4-20)	16-17	10	-
YPDÖ aile uyumu	26(10-30)	20-30	26	-
YPDÖ kendilik algısı	25(14-30)	24-26	22	-
YPDÖ sosyal yeterlilik	25(12-30)	15-16	22	-
YPDÖ sosyal kaynaklar	31(19-35)	26-29	33	-
ÖAÖ	84(52-115)	74-116	104	-
RBS-AÖ	1(0-5)	1-1	1	-
BAÖ	10(0-41)	17-24	28	-
BDE	7(0-32)	9-24	7	-

*Depresyon ve anksiyete gruplarında veri sayısı yetersiz olmasından dolayı istatistiksel karşılaştırma yapılamamıştır.

Hastalarda evre ve operasyondan sonra geçen süre ile ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiler Tablo 15'te verilmiştir.

Tablo-15: Hastalarda evre ve operasyondan sonra geçen süre ile ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiler.

		Evre	Operasyondan sonra geçen süre (ay)
HAM-A toplam	r	-0,032	0,128
	p	0,823	0,366
HAM-A psişik	r	-0,049	0,057
	p	0,730	0,690
HAM-A somatik	r	-0,033	0,141
	p	0,814	0,317
HAM-D	r	0,001	-0,005
	p	0,994	0,972
YPDÖ toplam	r	-0,031	-0,283
	p	0,829	0,042
YPDÖ yapısal stil	r	0,068	-0,109
	p	0,631	0,441
YPDÖ gelecek algısı	r	0,084	-0,194
	p	0,555	0,169
YPDÖ aile uyumu	r	-0,170	-0,432
	p	0,228	0,001
YPDÖ kendilik algısı	r	-0,046	-0,109
	p	0,745	0,441
YPDÖ sosyal yeterlilik	r	0,085	-0,107
	p	0,551	0,451
YPDÖ sosyal kaynaklar	r	-0,184	-0,401
	p	0,192	0,003
ÖAÖ	r	-0,090	-0,299
	p	0,525	0,031
RBS-AÖ	r	0,245	0,113
	p	0,080	0,426
BAÖ	r	-0,003	0,198
	p	0,983	0,159
BDE	r	0,081	0,185
	p	0,568	0,189

Evre ile ölçek ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Operasyondan sonra geçen süre ile YPDÖ toplam ($p=0,042$), YPDÖ aile uyumu alt ölçeği ($p=0,001$), YPDÖ sosyal kaynaklar alt ölçeği ($p=0,003$) ve ÖAÖ puanları ($p=0,031$) arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Diğer ölçek ve alt ölçekler operasyondan sonra geçen süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo-15).

Hastalarda operasyon türüne göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo-16: Hastalarda operasyon türüne göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.

Operasyon Türü	Unilateral (n=37) Median (min-max) / AO±SS	Bilateral (n=15) Median (min-max) / AO±SS	p
HAM-A toplam	15,03±8,07	17,53±7,95	0,313
HAM-A psişik	5(1-13)	7(1-12)	0,334
HAM-A somatik	9(1-24)	12(2-24)	0,134
HAM-D	13,84±7,16	17,20±8,33	0,149
YPDÖ toplam	135(86-160)	131(89-160)	0,709
YPDÖ yapısal stil	15(4-20)	16(11-20)	0,364
YPDÖ gelecek algısı	15(4-20)	14(4-20)	0,808
YPDÖ aile uyumu	25(10-30)	28(12-30)	0,458
YPDÖ kendilik algısı	24(14-30)	23(11-30)	0,678
YPDÖ sosyal yeterlilik	25(10-30)	21(10-30)	0,085
YPDÖ sosyal kaynaklar	31(16-35)	32(16-35)	0,453
ÖAÖ	81,35±19,79	81,80±23,02	0,944
RBS-AÖ	1(0-6)	2(0-3)	0,876
BAÖ	19(2-45)	28(1-46)	0,307
BDE	16,78±7,55	20,93±10,89	0,192

Hastalarda operasyon türüne göre ölçek ve alt ölçek puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo-16).

Hastalarda operasyon sonrası komplikasyon gelişip gelişmemesine göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 17'de verilmiştir.

Tablo-17: Hastalarda komplikasyona göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.

KOMPLİKASYON	Yok (n=34) Median (min- max) / AO±SS	Var (n=18) Median (min- max) / AO±SS	p
HAM-A toplam	13,79±6,80	19,44±9,04	0,028
HAM-A psişik	6(1-12)	8(1-13)	0,063
HAM-A somatik	8,5(1-24)	12(2-24)	0,017
HAM-D	13,12±6,41	18,00±8,73	0,046
YPDÖ toplam	137,5(86-160)	128,5(89-151)	0,201
YPDÖ yapısal stil	16(4-20)	14(9-20)	0,593
YPDÖ gelecek algısı	15,5(4-20)	14(4-20)	0,170
YPDÖ aile uyumu	26(10-30)	24,5(10-30)	0,649
YPDÖ kendilik algısı	24(14-30)	23,5(11-28)	0,339
YPDÖ sosyal yeterlilik	25(10-30)	21(10-30)	0,183
YPDÖ sosyal kaynaklar	31,5(16-35)	30,5(16-35)	0,678
ÖAÖ	82,88±20,67	78,83±20,60	0,504
RBS-AÖ	1(0-6)	2(0-5)	0,255
BAÖ	19,5(2-46)	24,5(1-45)	0,356
BDE	16,26±7,81	21,22±9,67	0,051

Hastalarda operasyon sonrası komplikasyon gelişip gelişmemesine göre HAM-A toplam (**p=0,028**), HAM-A somatik (**p=0,017**) ve HAM-D ölçek puanları (**p=0,046**) bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hastalarda operasyon sonrası komplikasyon gelişenlerde HAM-A toplam, HAM-A somatik ve HAM-D ölçek puanları operasyon sonrası

komplikasyon gelişmeyenlerden daha yüksektir. Hastalarda operasyon sonrası komplikasyon gelişip gelişmemesine göre diğer ölçek ve alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 17).

HAM-D puanı ile diğer ölçek ve alt ölçek puanlarının ilişkileri Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo-18: HAM-D puanı ile diğer ölçek ve alt ölçek puanlarının ilişkilerinin incelenmesi.

		HAM-D	
		Hasta (n=52)	Kontrol (n=68)
BDE	r	0,796	0,704
	p	<0,001	<0,001
ÖAÖ	r	-0,313	-0,392
	p	0,024	0,001
RBS-AÖ	r	0,391	0,253
	p	0,004	0,037
YPDÖ toplam	r	-0,583	-0,430
	p	<0,001	<0,001
YPDÖ yapısal stil	r	-0,242	-0,338
	p	0,083	0,005
YPDÖ gelecek algısı	r	-0,559	-0,409
	p	<0,001	0,001
YPDÖ aile uyumu	r	-0,307	-0,331
	p	0,027	0,006
YPDÖ kendilik algısı	r	-0,525	-0,446
	p	<0,001	<0,001
YPDÖ sosyal yeterlilik	r	-0,395	-0,163
	p	0,004	0,183
YPDÖ sosyal kaynaklar	r	-0,423	-0,402
	p	0,002	0,001

Hasta ve kontrollerde HAM-D puanı ile BDE (sırasıyla $p<0,001$ ve $p<0,001$) ve RBS-AÖ puanları (sırasıyla $p=0,004$ ve $p=0,037$) arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Hasta ve kontrollerde HAM-D puanı ile ÖAÖ (sırasıyla $p=0,024$ ve $p=0,001$), YPDÖ toplam (sırasıyla $p<0,001$ ve $p<0,001$), YPDÖ gelecek algısı alt ölçeği (sırasıyla $p<0,001$ ve $p=0,001$), YPDÖ aile uyumu alt ölçeği (sırasıyla $p=0,027$ ve $p=0,006$), YPDÖ kendilik algısı alt ölçeği (sırasıyla $p<0,001$ ve $p<0,001$), YPDÖ sosyal kaynaklar alt ölçeği (sırasıyla $p=0,002$ ve $p=0,001$) puanları arasında ters yönde anlamlı bir ilişki vardır. Hastalarda HAM-D puanı ile YPDÖ sosyal yeterlilik alt ölçeği puanı arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p=0,004$) var iken kontrollerde anlamlı ilişki bulunamamıştır. Kontrollerde HAM-D puanı ile YPDÖ yapısal stil alt ölçeği puanı arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p=0,005$) var iken hastalarda anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo-18).

HAM-A toplam ve alt ölçek puanları ile diğer ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiler Tablo 19'da verilmiştir.

Tablo-19: HAM-A toplam ve alt ölçek puanları ile diğer ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesi.

		Hasta (n=52)			Kontrol (n=68)		
		HAM-A Toplam	HAM-A Psikik	HAM-A Somatik	HAM-A Toplam	HAM-A Psikik	HAM-A Somatik
BAÖ	r	0,800	0,749	0,810	0,765	0,654	0,798
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
YPDÖ toplam	r	-0,654	-0,624	-0,606	-0,467	-0,482	-0,415
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
YPDÖ yapısal stil	r	-0,261	-0,224	-0,241	-0,420	-0,403	-0,398
	p	0,062	0,111	0,085	<0,001	0,001	0,001

YPDÖ gelecek algısı	r	-0,657	-0,679	-0,600	-0,439	-0,434	-0,398
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001
YPDÖ aile uyumu	r	-0,407	-0,365	-0,410	-0,376	-0,432	-0,297
	p	0,003	0,008	0,003	0,002	<0,001	0,014
YPDÖ kendilik algısı	r	-0,552	-0,578	-0,467	-0,403	-0,467	-0,307
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	0,011
YPDÖ sosyal yeterlilik	r	-0,456	-0,380	-0,441	-0,244	-0,228	-0,245
	p	0,001	0,005	0,001	0,045	0,062	0,044
YPDÖ sosyal kaynaklar	r	-0,498	-0,494	-0,440	-0,442	-0,386	-0,442
	p	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	0,001	<0,001
RBS-AÖ	r	0,564	0,526	0,533	0,161	0,118	0,175
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,189	0,337	0,155
ÖAÖ	r	-0,458	-0,456	-0,395	-0,398	-0,443	-0,337
	p	0,001	0,001	0,004	0,001	<0,001	0,005

Hasta ve kontrollerde, HAM-A toplam puanları ile YPDÖ toplam (sırasıyla $p<0,001$ ve $p<0,001$), YPDÖ gelecek algısı (sırasıyla $p<0,001$ ve $p<0,001$), YPDÖ aile uyumu (sırasıyla $p=0,003$ ve $p=0,002$), YPDÖ kendilik algısı (sırasıyla $p<0,001$ ve $p=0,001$), YPDÖ sosyal kaynaklar (sırasıyla $p<0,001$ ve $p<0,001$) ve ÖAÖ puanları (sırasıyla $p=0,001$ ve $p=0,001$) arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki, BAÖ puanları arasında (sırasıyla $p<0,001$ ve $p<0,001$) aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Hasta ve kontrollerde, HAM-A psişik alt ölçeği puanları ile YPDÖ toplam (sırasıyla $p<0,001$ ve $p<0,001$), YPDÖ gelecek algısı (sırasıyla $p<0,001$ ve $p<0,001$), YPDÖ aile uyumu (sırasıyla $p=0,008$ ve $p<0,001$), YPDÖ kendilik algısı (sırasıyla $p<0,001$ ve $p<0,001$), YPDÖ sosyal kaynaklar (sırasıyla $p<0,001$ ve $p=0,001$) ve ÖAÖ puanları (sırasıyla $p=0,001$ ve $p<0,001$)

arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki, BAÖ puanları arasında **(sırasıyla $p<0,001$ ve $p<0,001$)** aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Hasta ve kontrollerde, HAM-A somatik alt ölçeği puanları ile YPDÖ toplam **(sırasıyla $p<0,001$ ve $p<0,001$)**, YPDÖ gelecek algısı **(sırasıyla $p<0,001$ ve $p=0,001$)**, YPDÖ aile uyumu **(sırasıyla $p=0,003$ ve $p=0,014$)**, YPDÖ kendilik algısı **(sırasıyla $p<0,001$ ve $p=0,011$)**, YPDÖ sosyal kaynaklar **(sırasıyla $p=0,001$ ve $p<0,001$)** ve ÖAÖ puanları **(sırasıyla $p=0,004$ ve $p=0,005$)** arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki, BAÖ puanları arasında **(sırasıyla $p<0,001$ ve $p<0,001$)** aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Hastalarda, HAM-A toplam, HAM-A psişik, HAM-A somatik puanları ile YPDÖ sosyal yeterlilik alt ölçeği puanı arasında ters yönde **(sırasıyla $p=0,001$, $p=0,005$ ve $p=0,001$)**, RBS-AÖ ölçek puanları ile aynı yönde **(sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$ ve $p<0,001$)** istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Kontrollerde, HAM-A toplam, HAM-A psişik, HAM-A somatik puanları ile YPDÖ yapısal stil alt ölçeği puanı arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır **(sırasıyla $p<0,001$, $p=0,001$ ve $p=0,001$)**. Kontrollerde, HAM-A toplam ve HAM-A somatik puanları ile YPDÖ sosyal yeterlilik alt ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak ters yönde anlamlı bir ilişki **(sırasıyla $p=0,045$ ve $p=0,044$)** vardır (Tablo-19).

BDE puanı ile diğer ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiler Tablo 20'de verilmiştir.

Tablo-20: BDE puanı ile diğer ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesi.

		BDE_TOPLAM	
		Hasta (n=52)	Kontrol (n=68)
YPDÖ toplam	r	-0,756	-0,481
	p	<0,001	<0,001
YPDÖ yapısal stil	r	-0,351	-0,356
	p	0,011	0,003
YPDÖ gelecek algısı	r	-0,689	-0,453
	p	<0,001	<0,001
YPDÖ aile uyumu	r	-0,499	-0,351
	p	<0,001	0,003
YPDÖ kendilik algısı	r	-0,627	-0,417
	p	<0,001	<0,001
YPDÖ sosyal yeterlilik	r	-0,510	-0,24
	p	<0,001	0,045
YPDÖ sosyal kaynaklar	r	-0,608	-0,411
	p	<0,001	<0,001
ÖAÖ	r	-0,525	-0,474
	p	<0,001	<0,001
RBS-AÖ	r	0,448	0,313
	p	0,001	0,009

Hasta ve kontrollerde BDE puanı ile YPDÖ toplam (sırasıyla $p<0,001$ ve $p<0,001$), YPDÖ yapısal stil (sırasıyla $p=0,011$ ve $p=0,003$), YPDÖ gelecek algısı (sırasıyla $p<0,001$ ve $p<0,001$), YPDÖ aile uyumu (sırasıyla $p<0,001$ ve $p=0,003$), YPDÖ kendilik algısı (sırasıyla $p<0,001$ ve $p<0,001$), YPDÖ sosyal yeterlilik (sırasıyla $p<0,001$ ve $p=0,045$), YPDÖ sosyal kaynaklar (sırasıyla $p<0,001$ ve $p<0,001$) ve ÖAÖ puanları (sırasıyla $p<0,001$ ve $p<0,001$) arasında ters yönde, RBS-AÖ puanı (sırasıyla $p=0,001$ ve $p=0,009$) arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (Tablo-20).

BAÖ puanı ile diğer ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiler Tablo 21'de verilmiştir.

Tablo-21: BAÖ puanı ile diğer ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesi.

		BAÖ	
		Hasta (n=52)	Kontrol (n=68)
YPDÖ toplam	r	-0,451	-0,401
	p	0,001	0,001
YPDÖ yapısal stil	r	-0,109	-0,394
	p	0,442	0,001
YPDÖ gelecek algısı	r	-0,383	-0,406
	p	0,005	0,001
YPDÖ aile uyumu	r	-0,331	-0,221
	p	0,017	0,070
YPDÖ kendilik algısı	r	-0,397	-0,285
	p	0,004	0,019
YPDÖ sosyal yeterlilik	r	-0,362	-0,443
	p	0,008	<0,001
YPDÖ sosyal kaynaklar	r	-0,335	-0,271
	p	0,015	0,025
ÖAÖ	r	-0,342	-0,289
	p	0,013	0,017
RBS-AÖ	r	0,404	0,011
	p	0,003	0,929

Hasta ve kontrollerde BAÖ puanı ile YPDÖ toplam (**sırasıyla p=0,001 ve p=0,001**), YPDÖ gelecek algısı (**sırasıyla p=0,005 ve p=0,001**), YPDÖ kendilik algısı (**sırasıyla p=0,004 ve p=0,019**), YPDÖ sosyal yeterlilik (**sırasıyla p=0,008 ve p<0,001**), YPDÖ sosyal kaynaklar (**sırasıyla p=0,015 ve p=0,025**) ve ÖAÖ puanları (**sırasıyla p=0,013 ve p=0,017**) arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Kontrollerde BAÖ puanı

ile YPDÖ yapısal stil alt ölçeği puanı arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (**p=0,001**). Hastalarda BAÖ puanı ile YPDÖ aile uyumu alt ölçek puanı ile ters yönde ($p=0,017$), RBS-AÖ puanı arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki (**p=0,003**) vardır (Tablo-21)

YPDÖ toplam ve alt ölçek puanlarının ÖAÖ ve RBS-AÖ ölçek puanları arasındaki ilişki Tablo 22’de verilmiştir.

Tablo-22: YPDÖ toplam ve alt ölçek puanlarının ÖAÖ ve RBSÖ ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi.

		Hastalar (n=52)		Kontrol (n=68)	
		ÖAÖ	RBS-AÖ	ÖAÖ	RBS-AÖ
YPDÖ toplam	r	0,634	-0,409	0,507	-0,108
	p	<0,001	0,003	<0,001	0,380
YPDÖ yapısal stil	r	0,228	-0,236	0,261	-0,177
	p	0,104	0,092	0,032	0,149
YPDÖ gelecek algısı	r	0,651	-0,430	0,510	-0,013
	p	<0,001	0,001	<0,001	0,919
YPDÖ aile uyumu	r	0,319	-0,272	0,376	0,012
	p	0,021	0,051	0,002	0,922
YPDÖ kendilik algısı	r	0,630	-0,491	0,565	-0,064
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,604
YPDÖ sosyal yeterlilik	r	0,375	-0,207	0,243	-0,020
	p	0,006	0,140	0,046	0,869
YPDÖ sosyal kaynaklar	r	0,601	-0,325	0,459	-0,292
	p	<0,001	0,019	<0,001	0,016

Hastalarda RBS-AÖ puanı ile YPDÖ toplam (**p=0,003**), YPDÖ gelecek algısı (**p=0,001**), YPDÖ kendilik algısı (**p<0,001**), YPDÖ sosyal kaynaklar alt ölçeği (**p=0,019**) puanları arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Kontrollerde RBS-AÖ puanı ile sadece YPDÖ sosyal kaynaklar puanı arasında ters yönde (**p=0,016**) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Hastalarda ÖAÖ puanı ile YPDÖ toplam (**p<0,001**), YPDÖ gelecek algısı (**p<0,001**), YPDÖ aile uyumu (**p=0,021**), YPDÖ kendilik algısı (**p<0,001**), YPDÖ sosyal yeterlilik (**p=0,006**), YPDÖ sosyal kaynaklar alt ölçeği (**p<0,001**) puanları arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Kontrollerde ÖAÖ puanı ile YPDÖ toplam (**p<0,001**), YPDÖ yapısal stil (**p=0,032**), YPDÖ gelecek algısı (**p<0,001**), YPDÖ aile uyumu (**p=0,002**), YPDÖ kendilik algısı (**p<0,001**), YPDÖ sosyal yeterlilik (**p=0,046**), YPDÖ sosyal kaynaklar (**p<0,001**) puanları arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (Tablo-22).

RBS-AÖ ve ÖAÖ puanları arasındaki ilişki Tablo 23'te verilmiştir.

Tablo-23: RBS-AÖ ve ÖAÖ puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi.

		RBS-AÖ	
		Hasta (n=52)	Kontrol (n=68)
ÖAÖ	r	-0,390	-0,233
	p	0,004	0,056

Hastalarda RBS-AÖ ve ÖAÖ puanları arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (**p=0,004**). Kontrol grubunda ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo-23).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada meme kanseri tanısı alarak mastektomi operasyonu geçirmiş 52 hasta ile 68 sağlıklı gönüllüde öz anlayış, benlik saygısı ve psikolojik dayanıklılığın birbiriyle ve depresyon ve anksiyete düzeyleriyle olan ilişkisi incelenmiştir.

Çalışmada depresyon ve anksiyete düzeyleri hem uygulayıcı tarafından doldurulan HAM-D ve HAM-A ile hem öz bildirim ölçekleri olan BDE ve BAÖ ile değerlendirilmiştir. Hem hasta hem kontrol grubunda HAM-D ile BDE arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunması, gönüllülerin sübjektif depresif belirtileri ile uygulayıcının objektif olarak gözlemlediği depresif bulguların uyumlu olduğunu düşündürmüştür. Aynı şekilde hem hasta hem kontrol grubunda HAM-A toplam ve alt ölçekleri ile BAÖ arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunması, gönüllülerin sübjektif anksiyöz belirtileri ile uygulayıcının objektif olarak gözlemlediği anksiyöz bulguların uyumlu olduğunu düşündürmüştür. Hasta grubunda kontrol grubuna göre depresyon ve anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Hasta grubunun BAÖ, BDE, HAM-D, HAM-A ölçek ve alt ölçek puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu bulgu hasta grubunun depresyon ve anksiyete düzeylerinin kontrol grubundan yüksek olduğunu gösterir. Çalışmadan elde edinilen bulgular alanyazınla uyumludur (3,4,22,32,33,46).

İki grubun sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında iki grup arasında yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamakla beraber meslek açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Hasta grubunda çalışmayanların oranı %55,8, çalışanların oranı %26,9, emekli olanların oranı %17,3 iken kontrol grubunda çalışmayanların oranı %27,9, çalışanların oranı %60,3, emekli olanların oranı %11,8 bulunmuştur. de Boer ve ark'ın (47) 2009 yılında yayınladığı 36

çalışmanın incelendiği, 20366 kanser tanılı hasta ve 157603 sağlıklı kontrol olmak üzere toplamda 177969 kişinin dahil edildiği meta analizde kanser tanısı olan hasta grubunun sağlıklı kontrollere göre işsiz olma olasılığının 1,37 kat daha fazla olduğunu gösterilmiştir. Wang ve ark. ise (48) meme kanseri tanılı hastalarda işsizliği mastektomi, evre 2,3 ve 4 hastalık, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi, Afrikan-Amerikan olmak ve çocuksuz olmakla yüksek ilişkili bulmuştur. Bu çalışmada ayrıca mastektomi MKC'ye göre işsizlikle orta derecede fakat istatistiksel olarak daha yüksek düzeyde ilişkili bulunmuştur. Emekli olmuş olan ve çalışmayan oranının hasta grubunda daha yüksek olması alanyazında meme kanserinin tedavi sürecindeki fiziksel, psikolojik ve mesleki işlevsellik kaybı ile ilişkili olarak açıklanabilse de bu çalışmada mesleğin yanı sıra mesleki işlevsellik kaybının araştırılmaması çalışmanın kısıtlılıklarındandır (47–51).

Çalışmıyor olmak meme kanseri tanılı hastalarda düşük yaşam kalitesi ve artmış ölüm oranı ile ilişkili bulunmuşken çalışıyor olmak yüksek benlik saygısı, yüksek sosyal işlevsellik, yüksek finansal destek ve daha iyi sağlıkla ilişkili bulunmuştur (48). Alvaro ve ark.'ın (52) 2019'da yayınlanan bir çalışmasında çalışmayan erkeklerde daha düşük benlik saygısı ve daha yüksek depresyon düzeyleri gösterilmişken bu ilişki kadınlarda gösterilememiştir. Robson (53) 1988'de işsizlikle düşük benlik saygısı arasında kuvvetli bir ilişkiden söz etmiştir. Bu çalışmada her iki grup için çalışma durumu ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gösterilememiştir. Hasta grubundaki çalışanların RBS-AÖ puanları çalışmayanlardan daha düşük bulunmuştur, emeklilerle çalışan ve çalışmayan kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu bulgu hasta grubunda çalışanların benlik saygısının çalışmayanlardan daha yüksek olduğuna işaret eder. Aynı ilişkinin kontrol grubu için gösterilememesi, kontrol grubunda çalışmayanların oranının hasta grubundan istatistiksel olarak anlamlı yüksek olmasından kaynaklanabilir.

YPDÖ ölçek ve alt ölçek puanları ile çalışma durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda çalışma durumu ile YPDÖ arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (54,55). Bu çalışmadan da elde edilen bulgularda alanyazınla uyumlu olarak her iki grup için çalışma durumu ile YPDÖ arasında anlamlı ilişki bulunmamışken sadece kontrol grubunda çalışanların YPDÖ sosyal kaynaklar alt ölçeği puanları çalışmayanlardan yüksek bulunmuştur.

Alanyazında çalışma durumuyla öz anlayış arasındaki ilişkiyi araştıran herhangi bir yayına rastlanmamakla birlikte Chiacchia ve ark. (56) 2018'de ekonomik buhran durumunda yüksek öz anlayışın anksiyete düzeyi üzerine olumlu etkisinden bahsetmiştir. Bu çalışmada hasta grubunda çalışma durumu ile öz anlayış arasında anlamlı ilişki bulunmamakla birlikte kontrol grubunda çalışmayanların ÖAÖ puanları emeklilerden düşük bulunmuşken çalışanlar ile çalışmayan ve emekli olan kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu bulguyu destekleyecek yayına alanyazında rastlanmamıştır.

İki grup geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü açısından karşılaştırıldığında hasta grubunda YPDÖ toplam puanı geçmişte psikiyatrik tanı öyküsü bulunmayanlarda geçmişte depresyon öyküsü olanlardan yüksek bulunmuştur. Hasta grubunda çalışmanın yapıldığı kesitte var olan psikiyatrik hastalık öyküsü incelendiğinde BDE, HAM-A toplam ve alt ölçek puanları depresyon tanısı olan hastalarda aldıkları tanı ile uyumlu olarak tanı konmuş hastalığı olmayanlara göre yüksek bulunmuştur. YPDÖ toplam puanı ise çalışmanın yapıldığı kesitte tanı konmuş psikiyatrik hastalığı olmayanlarda depresyon tanılı hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular alanyazındaki yüksek psikolojik dayanıklılıkla düşük depresyon düzeylerini destekler (31,33,57–59). Kontrol grubunda geçmişte tanı almış psikiyatrik hastalık öyküsü ile ölçek ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır, çalışmanın yapıldığı kesitte depresyon veya anksiyete bozukluğu tanısı olanların sayısı yetersiz olmasından dolayı istatistiksel karşılaştırma yapılamamıştır.

Hasta grubunda yaş ve medeni durumla kullanılan ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamışken eğitim durumu ile HAM-A toplam, psikişik, somatik, HAM-D, BDE ölçek ve alt ölçek puanları arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu bulgu hasta grubunda yüksek eğitim düzeyinin depresyon ve anksiyete semptomları gelişme riskini azalttığına işaret edebilir. Tsaras ve ark'ın (60) 2018'de yayınladığı çalışmaya göre meme kanseri tanısı olan kadınlarda eğitim düzeyi daha düşük olan grupta depresyon ve anksiyete semptomları daha sık görülmüştür. Osborne ve ark'ın (61) 2003'te 731 meme kanseri hastasını değerlendirdikleri çalışmada ise sekiz yıl veya daha az eğitim görmüş hastalarda anksiyete semptomlarının gelişme ihtimali daha uzun süre eğitim görmüş hastalardan 4 kat yüksek bulunmuşken depresyon için risk artışı görülmemiştir. Lopes ve ark'ın (62) 2022 yılında yayınlanan çalışmasında yüksek eğitim düzeyi daha düşük depresyon ve anksiyete düzeyleriyle ilişkili bulunmuştur. Aynı çalışmada MKC'ye göre mastektomi yapılan kadınların depresyon ve anksiyete düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda medeni durum ve eğitim durumuyla kullanılan ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamışken yaş ile RBS-AÖ puanı arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Alanyazın incelendiğinde kronolojik yaş benlik saygısının belirleyici faktörleri arasında bulunmamıştır (63,64).

Fox ve ark.'ın (65) 2013'te yaptığı çalışmada meme kanseri tanısı olup ek psikiyatrik hastalığı bulunanlarda operasyon sürecinde komplikasyon gelişme olasılığı daha yüksek bulunmuş, ayrıca ek psikiyatrik hastalığı bulunan meme kanserli hastaların bilateral mastektomi olma ihtimalleri psikiyatrik ek hastalığı olmayan hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda meme kanserinin evresiyle ve tek veya iki taraflı mastektomi yapılmasıyla ölçek ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır fakat mastektomi sonrası komplikasyon gelişenlerde HAM-A toplam puanı ve HAM-A somatik alt ölçeği puanı ile HAM-D puanları

komplifikasyon gelişmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu komplifikasyon gelişen hastalarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu şeklinde yorumlanabileceği gibi Fox ve ark.'ın (65) çalışmasında belirttikleri gibi depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksek hastaların komplifikasyon geliştirme ihtimalinin daha yüksek olduğu şeklinde de yorumlanabilir.

2023'te yayınlanan bir çalışmada operasyonun üzerinden geçen süre depresyon ve anksiyete düzeyleriyle ilişkili bulunmuş, operasyon üzerinden 5 yıl veya daha fazla süre geçenlerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin daha sık olduğu görülmüştür (66). Tam tersine operasyonun üzerinden geçen süreyle depresyon ve anksiyete düzeylerinin giderek azaldığını gösteren yayınlar da mevcuttur (67,68). Depresyon ve anksiyete düzeylerinin her hastanın kanser tanısını ve tedavi sürecini nasıl karşıladığına bağlı kişisel farklılıklara göre değiştiği fakat genel olarak tanıdan sonraki ilk yıl yüksek olduğu, birinci yıldan sonra ise giderek azaldığını öne süren yayınlar da mevcuttur (68). Bu çalışmada ise mastektomi operasyonun üzerinden geçen süreyle depresyon veya anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterilememiştir.

Düşük benlik saygısı depresyon ve anksiyete bozukluklarıyla ilişkili faktörlerden biri olarak gözükmemektedir (33,53,69–71). Lopes ve ark.'ın (62) çalışmasında MKC'ye kıyasla mastektomi daha düşük benlik saygısı ve daha yüksek depresyon düzeyiyle ilişkili bulunmuştur. Çalışmada her iki grupta HAM-D ve BDE ölçek puanlarıyla RBS-AÖ puanları arasındaki aynı yönde istatistiksel anlamlı ilişki bulunması düşük benlik saygısıyla yüksek depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi gösterir. Hasta grubunda BAÖ, HAM- toplam ve alt ölçek puanları ile RBS-AÖ puanları arasında aynı yönde anlamlı ilişki bulunmuşken kontrol grubunda bu ilişki gösterilememiştir. Bu bulgu hasta grubunda düşük benlik saygısı ile yüksek anksiyete düzeyi arasındaki ilişkiyi gösterir (53,70,71). Hasta grubunda HAM-D, BDE, RBS-AÖ, HAM-A toplam, HAM-A somatik, HAM-A psişik ve BAÖ ölçek puanları kontrol grubundan daha

yüksek bulunmuştur. Bu bulgular ise alanyazınla uyumlu olarak hasta grubunda depresyon ve anksiyete düzeylerinin kontrol grubundan daha yüksek, benlik saygısının ise kontrol grubundan daha düşük olduğunu gösterir.

Sağlıklı kişilerle ve meme kanseri tanısı olan kişilerle yapılan çalışmalarda yüksek öz anlayışın daha az depresif ve anksiyöz belirtilerle ilişkili olduğu gösterilmiştir (59,72,73). Sherman ve ark'ın (74) meme ucu korunmuş mastektomi uygulanmış hastalarda beden algısı ve psikolojik stresi araştıran çalışmasında artmış psikolojik stresin olumsuz beden algısını arttırdığını, öz anlayışın ise düzenleyici etkisi olduğu öne sürülmüştür. Alanyazında meme kanseri olan hastalarda öz anlayışla ilgili birçok yayın olmasına rağmen bu çalışmanın yazıldığı tarihte mastektomi uygulanmış hastalarda Sherman ve ark'ın (74) yaptığı çalışma dışında öz anlayışın rolünü inceleyen yayın görülmemiştir. Bu çalışmada her iki grupta HAM-D ve BDE ölçek puanı ile ÖAÖ ile ters yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Yine her iki grupta BAÖ, HAM-A toplam ve alt ölçek puanları ile ÖAÖ puanları arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu bulgular hem mastektomi uygulanmış grupta hem sağlıklı gönüllü grubunda yüksek öz anlayış düzeyiyle düşük depresyon ve anksiyete düzeyi arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Hasta ve kontrol grubu arasında ise ÖAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Psikolojik dayanıklılığın hem sağlıklı kişilerde hem meme kanserli hastalarda depresyon ve anksiyete üzerine koruyucu etkisinden birçok çalışmada bahsedilmiştir (29,31,33,46,75). Bu çalışmada da her iki grupta BAÖ, HAM-A toplam puanı ve alt ölçek puanları, HAM-D ve BDE ölçek puanı ile YPDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ters yönde ilişki bulunmuştur. Bu bulgu her iki grupta yüksek psikolojik dayanıklılık ile düşük depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi gösterir. İki grup arasında ise YPDÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı olabilecek bir farklılık gösterilememiştir.

Kişinin ailesiyle beraber mutlu olması ve kendi dünya görüşünün ailesiyle uyumlu olmasını gösteren psikolojik dayanıklılığın aile uyumu alt ölçeği puanının yüksek olması düşük depresyon düzeyiyle ilişkili bulunmuştur. Bu bulgu aile uyumunun yüksek olmasının depresif belirtiler üzerinde koruyucu etkisine işaret edebilir. Anksiyete belirtileri için ise aile uyumu alt ölçeğiyle istatistiksel olarak anlamlı ters ilişki sadece hasta grubunda gösterilmiştir. İki grup arasında ise YPDÖ aile uyumu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı olabilecek bir farklılık gösterilememiştir.

Psikolojik dayanıklılığın kişinin öz güveni, öz disiplini ve diğer güçlü yanlarını yansıtan yapısal stil alt ölçeği, kontrol grubunda düşük depresyon düzeyiyle ilişkili bulunmuşken hasta grubu için bu ilişki gösterilememiştir. Yapısal stil alt ölçeği her iki grupta da hem depresyon hem anksiyete düzeyleriyle ilişkili bulunmamıştır. İki grup arasında ise YPDÖ yapısal stil alt ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı olabilecek bir farklılık gösterilememiştir.

Bireyin kim olduğu, kendisiyle ilgili farkındalığı ve düşüncelerini yansıtan psikolojik dayanıklılığın kendilik algısı alt ölçeğinin yüksekliği, her iki grupta da düşük depresyon ve anksiyete düzeyleriyle ilişkili olarak bulunmuştur. İki grup arasında ise YPDÖ kendilik algısı alt ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı olabilecek bir farklılık gösterilememiştir.

Psikolojik dayanıklılığın kişinin geleceğe dair olumlu düşünceleri ve bakışını yansıtan gelecek algısı alt ölçeği ile her iki grupta da depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu bulgu olumlu gelecek algısının düşük depresyon ve anksiyete düzeyleriyle ilişkisini göstermektedir. YPDÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları arasında sadece gelecek algısı alt ölçeği için hasta ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Kontrol grubunda olumlu gelecek algısı hasta grubundan daha yüksektir. Bu bulgu hasta grubunda kanser nedeniyle gelecek hakkında belirsizlik hissetme, gelecekle ilgili plan

yapmaktan kaçınma, gelecekte hastalığın ilerleyeceği veya tekrarlayıcı korkuları gibi nedenlerden kaynaklanıyor olabilir.

Sosyal kaynaklar alt ölçeği kişinin sosyal alandaki sorumluluğu, ilişkileri ve bu konudaki yeterlilik düzeyini gösterir. Her iki grupta da yüksek sosyal kaynaklar alt ölçek puanları düşük depresyon ve anksiyete düzeyleriyle ilişkili bulunmuştur. İki grup arasında ise YPDÖ sosyal kaynaklar alt ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı olabilecek bir farklılık gösterilememiştir.

Sosyal yeterlilik alt ölçeği ise kişinin sosyal uyum düzeyi, aldığı sosyal destek düzeyi ve sosyalleşmesini yansıtır. Hasta grubunda yüksek sosyal yeterlilik düzeyi ile düşük depresyon düzeyi arasında ilişki bulunmuş olmasına rağmen kontrol grubunda bu ilişki gösterilememiştir. Düşük anksiyete düzeyleri ise her iki grupta da yüksek sosyal yeterlilikle ilişkili bulunmuştur. İki grup arasında ise YPDÖ sosyal yeterlilik alt ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı olabilecek bir farklılık gösterilememiştir.

Öz anlayış ile benlik saygısı arasında aynı yönde ilişkiyi gösteren çalışmalar alanyazında mevcuttur (76). Hasta grubunda RBS-AÖ puanı ile ÖAÖ puanı arasında ters yönde anlamlı ilişki bulunmuşken kontrol grubunda bu ilişki gösterilememiştir. Bu bulgu hasta grubunda yüksek benlik saygısı ile yüksek ön anlayış arasındaki ilişkiyi göstermektedir.

Alanyazın incelendiğinde öz anlayış ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok yayın vardır (58,77–81). Alizadeh ve ark.'ın (29) 2018 tarihi çalışmasında meme kanseri tanısı olan İranlı kadınlarda öz anlayış ve psikolojik dayanıklılık aynı yönde ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmadan elde edilen veriler incelendiğinde her iki grupta da ÖAÖ puanları ile YPDÖ toplam puanı arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Hasta grubunda ÖAÖ puanı ile YPDÖ'nün yapısal stil dışındaki tüm alt ölçekleri aynı yönde ilişki bulunmuşken kontrol grubunda ÖAÖ puanı ile YPDÖ'nün tüm alt ölçek puanlarıyla aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu

bulgular kontrol grubunda yüksek öz anlayış ile yüksek psikolojik dayanıklılık ve bütün alt bileşenleri arasındaki ilişkiyi gösterirken hasta grubunda ise bu ilişki yapısal stil alt bileşeni dışındaki diğer psikolojik dayanıklılık alt bileşenleriyle gösterilmiştir.

Yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyleriyle yüksek benlik saygısı arasındaki ilişki birçok yayında gösterilmiştir (57,76,82). Izydorczyk ve ark'ın (33) 2018'de mastektomi yapılmış Polonyalı kadınlarla yaptıkları çalışmada yüksek psikolojik dayanıklılık yüksek benlik saygısıyla ilişkili bulunmuştur. Hasta grubunda RBS-AÖ ile YPDÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş fakat kontrol grubu için bu ilişki gösterilememiştir. Bu bulgu hasta grubunda yüksek psikolojik dayanıklılık ile yüksek benlik saygısı ilişkisini gösterir. Hasta grubunda yüksek benlik saygısı düzeyleri psikolojik dayanıklılığın gelecek algısı, kendilik algısı ve sosyal kaynaklar bileşenleriyle aynı yönde ilişkili bulunmuşken yapısal stil, aile uyumu ve sosyal yeterlilik bileşenleriyle istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Kontrol grubunda ise benlik saygısı ile sadece sosyal kaynaklar alt bileşeni arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında kesitsel çalışma olması, tek merkezli olması, örneklem sayısının kısıtlı olması, hastalık tanısı ve tedavi süreçlerine bağlı olarak mesleki işlevsellik kaybının sorgulanmamış olması gösterilebilir.

Meme kanseri nedeniyle mastektomi yapılan kadınlarda hem kanser tanısı hem mastektomi operasyonu çeşitli psikiyatrik sorunlara neden olabilmektedir. Bu çalışmadan elde edilen veriler de hasta grubunda depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek, benlik saygısının ise daha düşük olduğunu göstermiştir. İki grup için de depresyon ve anksiyete düzeylerinin öz anlayış, psikolojik dayanıklılık ve benlik saygısıyla ilişkisi gösterilmiştir. Bu nedenle mastektomili hasta grubunda psikiyatrik belirtilerin sık sık sorgulanması, gerekli durumda psikiyatri hekimiyile multidisipliner bir yaklaşımın izlenmesi önemlidir. Öz anlayış, psikolojik dayanıklılık ve benlik

saygısının güçlendirilmesi yoluyla depresyon ve anksiyete düzeylerinin düşürülmesi hatta depresyon ve anksiyete bozukluklarının gelişiminin önüne geçilmesi mümkün olabilir. Alanyazında bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Tosun H, Andsoy I, Gul A. Cultural Beliefs of Turkish Women for Breast Cancer and Screening. *Journal of Transcultural Nursing*. 2020;32(5):451–7.
2. Grogan Fleege NM, Cobain EF. Breast cancer management in 2021: A primer for the obstetrics and gynecology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2022; 82:30–45.
3. Duran K. Meme Kanseri Hastalarında Eşler Arası Uyum ve Sosyal Destek Düzeyinin Depresyon, Anksiyete, Benlik Saygısı ve Cinsellik Üzerine Etkilerinin İncelenmesi [Uzmanlık Tezi]. Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.
4. Tünel M, Vural A, Evlice YE et al. Meme Kanserli Hastalarda Psikiyatrik Sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2012;21(3):189–219.
5. Steiner E, Klubert D, Knutson D. Assessing Breast Cancer Risk in Women. *Am Fam Physician*. 2008;78(12):1361–6.
6. Nindrea RD, Aryandono T, Lazuardi L. Breast Cancer Risk From Modifiable and Non-Modifiable Risk Factors among Women in Southeast Asia: A Meta-Analysis. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2017;18(12):3201.
7. Parlar S, Kaydul N, Ovayolu N. Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesinin Önemi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010;8(1):72–83.
8. Akyolcu N, Özhanlı Y, Kandemir D. Meme Kanserinde Güncel Gelişmeler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2019;6(3):583–94.
9. Amin MB, Greene LF, Edge SB et al. The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more “personalized” approach to cancer staging. *CA Cancer J Clin*. 2017;67(2):93–9.
10. Poggio F, Bruzzone M, Ceppi M et al. Platinum-based neoadjuvant chemotherapy in triple-negative breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Oncology*. 2018;29(7):1497–508.
11. Bradley R, Burrett J, Clarke M et al. Aromatase inhibitors versus tamoxifen in early breast cancer: Patient-level meta-analysis of the randomised trials. *The Lancet*. 2015;386(10001):1341–52.

12. Spring LM, Gupta A, Reynolds KL et al. Neoadjuvant Endocrine Therapy for Estrogen Receptor-Positive Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Oncol.* 2016;2(11):1477.
13. Ward S, Simpson E, Davis S et al. Taxanes for the adjuvant treatment of early breast cancer: systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess.* 2007;11(40):1-144.
14. Sadock BJ, Ruiz P, Sadock VA (eds). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry.* 11th edition. Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
15. Güllülü RA. Akromegali Tanılı Hastalarda Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete, Beden Algısı ve Cinsel Fonksiyonların Değerlendirmesi [Uzmanlık Tezi]. Bursa: Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2022.
16. Elbi H, Cimilli C, Sertöz ÖÖ (eds). *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi.* 1st edition. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2019.
17. Öztürk MO, Uluşahin NA (eds). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.* 14th edition. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.; 2016.
18. Karamustafaloğlu KO (eds). *Temel ve Klinik Psikiyatri.* 1st edition. Güneş Tıp Kitabevleri; 2018.
19. American Psychiatric Association, editor. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th edition. Washington DC, London: American Psychiatric Publishing; 2013.
20. National Institute for Health and Care Excellence. (2011) Common mental health problems: identification and pathways to care. (NICE guideline CG123). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>. Erişim tarihi: 26/10/2022
21. Rush AJ, Fava M, Wisniewski SR et al. Sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR*D): rationale and design. *Control Clin Trials.* 2004;25(1):119–42.
22. Gandubert C, Carrière I, Escot C et al. Onset and relapse of psychiatric disorders following early breast cancer: a case–control study. *Psychooncology.* 2009;18(10):1029–37.
23. Zhu L, Wang J, Liu S et al. Self-Compassion and Symptoms of Depression and Anxiety in Chinese Cancer Patients: the Mediating Role of Illness Perceptions. *Mindfulness.* 2020; 11:2386-96

24. Neff K. Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*. 2010;2(2):85–101.
25. Meng R, Luo X, Du S et al. The Mediating Role of Perceived Stress in Associations Between Self-Compassion and Anxiety and Depression: Further Evidence from Chinese Medical Workers. *Risk Manag Healthc Policy*. 2020; 13:2729.
26. Tsai PL, Kuo TT, Ku CH et al. Self-Esteem as a Predictor of Mental Adjustment in Patients with Breast Cancer. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(23).
27. Mustian KM, Katula JA, Gill DL et al. Tai Chi Chuan, health-related quality of life and self-esteem: a randomized trial with breast cancer survivors. *Support Care Cancer*. 2004;12(12):871–6.
28. Çalışkan I, Korkmaz FD. Meme Kanseri Cerrahisi Geçiren Kadınların Beden Algıları ve Eş Uyumlarının İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2017;33(2):1–15.
29. Alizadeh S, Khanahmadi S, Vedadhir A et al. The Relationship between Resilience with Self-Compassion, Social Support and Sense of Belonging in Women with Breast Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018;19(9):2469.
30. Schumacher A, Sauerland C, Silling G et al. Resilience in patients after allogeneic stem cell transplantation. *Support Care Cancer*. 2014;22(2):487–93.
31. Ristevska-Dimitrovska G, Filov I, Rajchanovska D et al. Resilience and Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Open Access Maced J Med Sci*. 2015;3(4):727–31.
32. Heo J, Chun M, Oh YT et al. Psychiatric comorbidities among breast cancer survivors in South Korea: a nationwide population-based study. *Breast Cancer Res Treat*. 2017;162(1):151–8.
33. Izydorczyk B, Kwapniewska A, Lizinczyk S et al. Psychological Resilience as a Protective Factor for the Body Image in Post-Mastectomy Women with Breast Cancer. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(6):1181.
34. Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561–71.

35. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği. Psikoloji Dergisi. 1989;7(23):3–13.
36. Beck AT, Epstein N, Brown G et al. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. J Consult Clin Psychol. 1988;56(6):893–7.
37. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmén H. Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. J Cogn Psychother. 1998;12(2):163.
38. Akdemir A, Türkçapar MH, Örsel SD et al. Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. Compr Psychiatry. 2001;42(2):161–5.
39. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N et al. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Değerlendiriciler Arası Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1998;9(2):114–7.
40. Basım HN, Çetin F. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2011;22(2):104–14.
41. Friberg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH et al. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? Int J Methods Psychiatr Res. 2003;12(2):65–76.
42. Rosenberg M. Society and the Adolescent Self Image. Princeton: Princeton University Press; 1965.
43. Çuhadaroğlu F. Adolesanlarda Benlik Saygısı [Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi; 1986.
44. Neff KD, Bluth K, Tóth-Király I et al. Development and Validation of the Self-Compassion Scale for Youth. J Pers Assess. 2021;103(1):92–105.
45. Deniz M, Kesici Ş, Sümer A. The validity and reliability of the Turkish version of the self-compassion scale. Soc Behav Pers. 2008;36(9):1151–60.
46. Battersby C. Psychological implications of mastectomy. Aust N Z J Surg. 1981;51(3):300–3.
47. De Boer A, Taskila T, Ojajärvi A et al. Cancer Survivors and Unemployment: A Meta-analysis and Meta-regression. JAMA. 2009;301(7):753–62.

48. Wang L, Hong BY, Kennedy SA et al. Predictors of Unemployment After Breast Cancer Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Journal of Clinical Oncology*. 2018;36(18):1868.
49. Coughlin SS. Social determinants of breast cancer risk, stage, and survival. *Breast Cancer Res Treat*. 2019;177(3):537–48.
50. Zomkowski K, De Souza BC, Da Silva FP et al. Physical symptoms and working performance in female breast cancer survivors: A systematic review. *Disabil Rehabil*. 2018;40(13):1485–93.
51. Grinshpun A, Rottenberg Y. Unemployment following breast cancer diagnosis: A population-based study. *The Breast*. 2019; 44:24–8.
52. Álvaro JL, Garrido A, Pereira CR et al. Unemployment, Self-esteem, and Depression: Differences between Men and Women. *Span J Psychol*. 2019;22: E1.
53. Robson PJ. Self-Esteem – a Psychiatric View. *The British Journal of Psychiatry*. 1988;153(1):6–15.
54. Bektaş M, Özben Ş. Evli Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Bazı Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2016; 14 (1).
55. Bildirici F. Özel eğitime gereksinimi olan çocuğa sahip ailelerde aile yükü ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2014.
56. Chiacchia DJ, Greenglass ER, Katter JKQ et al. The role of self-compassion during difficult economic times. *Anxiety Stress Coping*. 2018;31(6):611-25.
57. Chung JOK, Lam KKW, Ho KY et al. Relationships among resilience, self-esteem, and depressive symptoms in Chinese adolescents. *J Health Psychol*. 2020;25(13-14):2396-405.
58. Baker DA, Caswell HL, Eccles FJR. Self-compassion and depression, anxiety, and resilience in adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2019; 90:154–61.
59. Przedziecki A, Sherman KA, Baillie A et al. My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psychooncology*. 2013;22(8):1872–9.

60. Tsaras K, Papathanasiou IV, Mitsi D et al. Assessment of Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients: Prevalence and Associated Factors. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018;19(6):1661.
61. Osborne RH, Elsworth GR, Hopper JL. Age-specific norms and determinants of anxiety and depression in 731 women with breast cancer recruited through a population-based cancer registry. *Eur J Cancer*.2003;39(6):755–62.
62. Lopes C, Lopes-Conceição L, Fontes F et al. Prevalence and Persistence of Anxiety and Depression over Five Years since Breast Cancer Diagnosis-The NEON-BC Prospective Study. *Curr Oncol*. 2022;29(3):2141–53.
63. Alaphilippe D. Self-esteem in the elderly. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2008;6(3):167–76.
64. Pruessner JC, Lord C, Meaney M et al. Effects of self-esteem on age-related changes in cognition and the regulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Ann N Y Acad Sci*. 2004; 1032:186–94.
65. Fox JP, Philip EJ, Gross CP et al. Associations Between Mental Health and Surgical Outcomes Among Women Undergoing Mastectomy for Cancer. *Breast J*. 2013;19(3):276–84.
66. Álvarez-Pardo S, de Paz JA, Romero-Pérez EM et al. Related Factors with Depression and Anxiety in Mastectomized Women Breast Cancer Survivors. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(4):2881.
67. Vahdaninia M, Omidvari S, Montazeri A. What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;(3):355–61.
68. Lam WWT, Bonanno GA, Mancini AD et al. Trajectories of psychological distress among Chinese women diagnosed with breast cancer. *Psychooncology*.2010;19(10):1044–51.
69. Beck AT. *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row; 1967.
70. Ingham JO, Kreitman NB, Miller PMcC et al. Self-esteem, vulnerability and psychiatric disorder in the community. *British Journal of Psychiatry*. 1986; 148:375–85.
71. Rosenberg M. The association between self esteem and anxiety. *J Psychiatr Res*. 1962; 1:135–52.

72. Raes F. The Effect of Self-Compassion on the Development of Depression Symptoms in a Non-clinical Sample. *Mindfulness* (N Y). 2011;2(1):33–6.
73. Brown SL, Hughes M, Campbell S et al. Could worry and rumination mediate relationships between self-compassion and psychological distress in breast cancer survivors? *Clin Psychol Psychother*. 2020;27(1):1–10.
74. Sherman KA, Woon S, French J et al. Body image and psychological distress in nipple-sparing mastectomy: the roles of self-compassion and appearance investment. *Psychooncology*. 2017;26(3):337–45.
75. Mushtaq M, Naz F. View of Body Image Satisfaction, Distress And Resilience in Women with Breast Cancer Surgery: A Within Group Study. *J Postgrad Med*. 2017;31(1)
76. Joy GV, Alomari AMA, Singh Ket al. Nurses' self-esteem, self-compassion and psychological resilience during COVID-19 pandemic. *Nurs Open*. 2023; 00:1-9.
77. Harmanci H, Akdeniz S. Self-Compassion and COVID-19 Stress in Turkish Healthcare Workers: The Mediating Role of Psychological Resilience. *Psychol Rep*. 2023;126(2):775.
78. Eghbali BB, Saadat S, Hasanzadeh K et al. Relationship between self-compassion and psychological well-being with the mediating role of resilience in people with multiple sclerosis. *Postepy psychiatrii neurologii*. 2022;31(2):43–51.
79. Khosrobeigi M, Hafezi F, Naderi F et al. Effectiveness of self-compassion training on hopelessness and resilience in parents of children with cancer. *Explore (NY)*. 2022;18(3):357–61.
80. Smith JL. Self-Compassion and Resilience in Senior Living Residents. *Seniors Housing & Care Journal*. 2015;16(1):16-31.
81. Hatun O, Kurtça TT. Self-compassion, Resilience, Fear of COVID-19, Psychological Distress, and Psychological Well-being among Turkish Adults. *Curr Psychol*. 2022; 1:1.
82. Franjić D, Franjić I, Babić D et al. Association of Resilience with Quality of Life and Self-Esteem in Healthcare Workers of Covid-19 Hospital. *Zdravstveni glasnik*. 2021;7(2):13-22.

EKLER

Ek-1. Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Protokol no:

Tarih:

1.Yaş:

2.Cinsiyet:

1)Kadın 2)Erkek

3.Medeni durum:

1)Evli 2)Boşanmış 3)Dul 4)Bekar

4.Eğitim düzeyi:

1)Okula gitmemiş 2)İlköğretim 3)Lise 4)Üniversite

5.Meslek:

1)Çalışmıyor 2)Çalışıyor 3)Emekli

6.Alkol kullanımı:

1)Yok 2)Var

Var ise birim/hafta

7.Madde Kullanımı:

1)Yok 2)Var

Var ise hangisi/ne kadar süre ile kullandığı:

8,9,10 ve 11. Soruları hasta gönüllü grubu için doldurunuz.

8.Meme kanseri evresi:

9.Mastektomi uygulanma tarihi:

10.Operasyon türü:

11.Operasyon sonrası komplikasyon:

1)Yok 2)Var

12.Geçmişte tanı konan psikiyatrik hastalık:

1)Yok 2)Var

13.Bu kesitte aktif psikiyatrik hastalık:


1)Yok 2)Var

14.Eşlik eden komorbid hastalık:

1)Yok 2)Var

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 16.03.2022
Form No : 2022-6/31

Ek-2. Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A)

	BUÜ-SUAM RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI		
	HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-18	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa 1 / 2
Rev. No : 00	Rev.Tarihi :		

Hasta Adı/Soyadı:
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl): / /
Protokol No:

O. Yok


1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)
3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)
4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirci)

BİRİNİ İŞARETLEYİN

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ANKSİYETELİ MİZAC: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, iritabilite. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. ENTELLEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. DEPRESİF MİZAC: İLgi yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. SOMATİK (Musküler): Ağrılar, seğirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sızramalar, diş gıcırdatma, titre k konuşma, artmış kas tonusu. (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 16.03.2022
Karar No : 2022-6/31

Bu doküman Bursa Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir. Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.

	BUÜ-SUAM RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-18	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa
	Rev. No : 00	Rev.Tarihi :	2/2

9. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne. 0 1 2 3 4
10. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyuları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon. 0 1 2 3 4
11. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menoraji, frigidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans. 0 1 2 3 4
12. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması. 0 1 2 3 4
13. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kırışma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geğirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzozfalmus. 0 1 2 3 4

TOPLAM:

PSİŞİK:

SOMATİK:


(1,2,3,5,6)

(4,7,8,9, 10,11, 12,13)

Değerlendiren Dr:

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 16.03.2022
Karar No : 2022-6/31

Ek-3. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)

	BUÜ-SUAM RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKALRI ANABİLİM DALI		
	HAMILTON DEPRESYONU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-19	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa
Rev. No : 00	Rev.Tarihi :	1 / 2	

Hasta Adı/Soyadı:
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl): / /
Protokol No:

1. Depresif ruh hali (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)
 0. Yok
 1. Yalnızca sorulan cevaplarken anlaşıyor.
 2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
 3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşıyor.
 4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor.
2. Suçluluk duyguları
 0. Yok
 1. Kendi kendini kaniyor, insanları üzdüğüünü sanıyor.
 2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
 3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
 4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.
3. İntihar
 0. Yok
 1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
 2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.
 3. İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
 4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir).
4. Uykuya dalamamak
 0. Bu konuda zorluk çekmiyor.
 1. Bazen gece yatığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikâyetçi.
 2. Gece boyunca gözüni bile kırpmadığından şikâyet ediyor.
5. Geceyarısı uyanmak
 0. Herhangi bir sorunu yok.
 1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikâyetçi.
 2. Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın).
6. Sabah erken uyanmak
 0. Herhangi bir sorunu yok.
 1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalyor.
 2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.
7. Çalışma ve aktiviteler
 0. Herhangi bir sorunu yok.
 1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki mesguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
 2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki mesguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durumu ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).
 3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.

Bu doküman Bursa Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir. Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.
Uludağ Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 16.03.2022
Karar No : 2022-6/31



**BUÜ-SUAM RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKALRI ANABİLİM DALI
HAMILTON DEPRESYONU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ**

Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-19

İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011

Sayfa

Rev. No : 00

Rev.Tarihi :

2 / 2

4. Hastabğından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yarımsız yapamayanlara 4 puan verilir.
0. Düşünceleri ve konuşması normal.
1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.
3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor
4. Tam stuporda.
0. Yok.
1. Eleriyle oynuyor, saçlarını çektiyor.
2. Elini ovuşturuyor, tırmak yiyor, dudaklarını ısırıyor.
0. Herhangi bir sorun yok.
1. Subjektif gerilim ve irritabilite.
2. Küçük şeylere üzülüyor.
3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.
0. Yok.
1. Hafif
2. İlimli
3. Şiddetli
4. Çok şiddetli
- Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik sorunlar:**
Gastrointestinal: Ağz kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme
Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı
Solumuma ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme sık idrara çıkma Terleme
0. Yok.
1. İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.
0. Yok.
1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağır hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.
0. Yok.
1. Hafif.
2. Şiddetli.
3. Anlaşlamadı.
0. Yok.
1. Kuruntulu
2. Aldını sağlık konularına takmış durumda.
3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
4. Hipokondriyalık delizyonları.
- A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)
0. Kilo kaybı yok.
1. Önceki hastalığına bağlı olması zayıflama.
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.
- B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.
0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
1. Hastalığını biliyor ama bunu ikilme, kötü yiyeceklerle, virtüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
2. Hasta olduğunu kabul etmiyor:

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 16.03.2022
Karar No : 2022-6/39

Bu doküman Bursa Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir. Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.

Ek-4. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)

Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği

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

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 16.03.2022
Karar No : 2022-6/31

11

Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği Devamı

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

Ek-5. Öz Anlayış Ölçeği (ÖAÖ)

Reference:

Deniz, M. E., Kesici Ş., & Sümer, A. S. (2008). The validity and reliability study of the Turkish version of self-compassion scale. *Social Behavior and Personality*, 36 (9), 1151-1160.

Contact e-mail: edeniz@yildiz.edu.tr

The Self-Compassion Scale

A single factor structure (Turkish version)

Coding Key:

1, 3, 5, 7, 10, 12, 15, 17, 19, 22, 23 (Reverse score)
(1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1)

Öz-Anlayış Ölçeği

Türkçe versiyonu tek faktörlü yapıdadır.

Kodlama anahtarı:

1, 3, 5, 7, 10, 12, 15, 17, 19, 22, 23 (Tersten puanlama)
(1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1)

ÖZ-ANLAYIŞ ÖLÇEĞİ

ZORLUKLAR KARŞISINDA KENDİME GENEL OLARAK NASIL DAVRANIYORUM?	
Yanıtlamadan önce her bir ifadeyi dikkatle okuyunuz. Her bir maddenin sağında takip eden ölçeği kullanarak, belirtilen durumda ne kadar sıklıkla hareket ettiğinizi belirtiniz.	
1. Kendimi kötü hissettiğimde, kötü olan her şeye takılma eğilimim vardır.	
2. İşler benim için kötü gittiğinde zorlukların yaşamın bir parçası olduğunu ve herkesin bu zorlukları yaşadığını görebilirim.	
3. Yetersizliklerimi düşünmek kendimi daha yalnız ve dünyadan kopuk hissetmeme neden olur.	
4. Duygusal olarak acı yaşadığım durumlarda kendime sevgiyle yaklaşmaya çalışırım.	
5. Benim için önemli bir şeyde başarısız olduğunda, yetersizlik hisleriyle tükenirim.	
6. Kötü hissettiğimde, dünyada benim gibi kötü hisseden pek çok kişi olduğunu kendi kendime hatırlatırım.	
7. Zor zamanlar geçirdiğimde kendime daha katı (acımasız) olma eğilimindeyim.	
8. Herhangi bir şey beni üzdüğünde hislerimi dengede tutmaya çalışırım.	
9. Kendimi bir şekilde yetersiz hissettiğimde kendi kendime birçok insanın aynı şekilde kendi hakkında yetersizlik duyguları yaşadığını hatırlatmaya çalışırım.	
10. Kişiliğimin sevmediğim yanlarına karşı hoşgörüsüz ve sabırsızım.	
11. Çok sıkıntılıysam, kendime ihtiyacım olan ilgi ve şefkati gösteririm.	
12. Kendimi kötü hissettiğimde diğer insanların çoğunun benden mutlu olduğunu düşünme eğilimindeyim.	
13. Acı veren bir şey olduğunda, durumu dengeli bir bakış açısıyla görmeye çalışırım.	

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 16.03.2022
Karar No : 2022-6/31

14. Başarısızlıklarımı insan olmanın bir parçası olarak görmeye çalışırım.
15. Sevmediğim yanlarımı gördüğümde kendi kendimi üzzerim.
16. Benim için önemli bir şeyde başarısız olduğumda, işleri belli bir bakış açısı içerisinde tutmaya çalışırım.
17. Ben mücadele halindeyken diğer herkesin işlerinin benimkinden kolay gittiğini hissetme eğilimim vardır.
18. Acı çektiğim zamanlarda, kendime karşı iyiyimdir.
19. Bir şey beni üzdüğünde, duygusal olarak bunu abartırım.
20. Acı çektiğim durumlarda kendime karşı bir parça daha soğukkanlı olabilirim.
21. Kendi kusur ve yetersizliklerime karşı hoşgörülüyümdür.
22. Acı veren bir şey olduğunda, olayı bütütme eğilimim vardır.
23. Benim için önemli bir şeyde başarısız olduğumda, başarısızlığın yalnız benim başıma geldiği duygusunu hissetme eğiliminde olurum.
24. Kişiliğimin sevmediğim yönlerine karşı anlayışlı ve sabırlı olmaya çalışırım.

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 16.03.2022
Karar No : 2022-6/31

Ek-6. Rosenberg Benlik Saygısı Alt Ölçeği (RBS-AÖ)

Adı Soyadı:

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

D-1

MADDE 1

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğumu düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 2

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 3

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 4

7. Genel olarak kendimden memnunuz.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 5


8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 6

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 16.03.2022
Karar No : 2022-6/31

Ek-7. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

	BUÜ-SUAM BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-09	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa 1/2
Rev. No : 01	Rev.Tarihi : 16 Ocak 2013		

Hasta Adı/Soyadı:
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl): / /
Protokol No:

Tarih:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak, ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 16.03.2022
Karar No : 2022-6/31

Bu doküman Bursa Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir. Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.

**BUÜ-SUAM BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ**

Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-09

İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011

Sayfa
2 / 2

Rev. No : 01

Rev.Tarihi : 16 Ocak 2013


12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Beck Anksiyete Ölçeği

Toplam BECK-A skoru:

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulü
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 16.03.2022
Karar No : 2022-6/21

Ek-8. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

	BUÜ-SUAM BECK DEPRESYON ENVANTERİ SORU FORMU		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-10	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa : 1 / 3
Rev. No : 01	Rev.Tarihi : 16 Ocak 2013		

Hasta Adı/Soyadı:
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl): / /
Protokol No:

Tarih:

Açıklama: Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. **Son 1 hafta** içindeki (şu an dâhil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak size en uygun olan ifadeyi bulunuz ve işaretleyiniz.

1. (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum,
(b) Kendimi üzgün hissediyorum,
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum,
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (a) Gelecekte umutsuz değilim.
(b) Gelecek konusunda umutsuzum.
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum,
(b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır,
(c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığım olduğunu görüyorum,
(d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4. (a) Her şeyden eskisi kadar doyum alabiliyorum (zevk alabiliyorum),
(b) Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum,
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum,
(d) Beni doyuran hiçbir şey yok, her şey çok sıkıcı.
5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum,
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim olur,
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum,
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. (a) Cezalandırılmıyormuşum gibi duygular içinde değilim,
(b) Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular yaşıyorum,
(c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum,
(d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7. (a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım,
(b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım,
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum,
(d) Kendimden nefret ediyorum.
8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum,
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum,
(c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum,
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 16.03.2021
Karar No : 2021-6/31

Bu doküman Bursa Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir. Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.




UÜ-SUAM BECK DEPRESYON ENVANTERİ SORU FORMU

Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-10	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa 2 / 3
Rev. No : 00	Rev.Tarihi :	

9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam,
(c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterim,
(d) Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
10. (a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum,
(b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum,
(c) Şimdilerde her an ağlıyorum,
(d) Eskiden ağlayabilirdim, şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11. (a) Eskisine göre daha sinirli ve tedirgin sayılmam,
(b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim,
(c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim,
(d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim,
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim,
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim,
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum,
(b) Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum,
(c) Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum,
(d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğumu sanmıyorum,
(b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum,
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum,
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum,
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum,
(c) Ne iş olursa olsun yapabilmek için kendimi çok zorluyorum,
(d) Hiç çalışmıyorum.
16. (a) Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum,
(b) Şimdilerde eskisi kadar rahat ve kolay uyuyamıyorum,
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum,
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum,
(b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum,
(c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum,
(d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil,
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil,
(c) Şimdilerde iştahım epey kötü,
(d) Artık hiç iştahım yok.
19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum,
Bu doküman Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir. Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 16.03.2022
Form No : 2022-6/31

	UÜ-SUAM BECK DEPRESYON ENVANTERİ SORU FORMU		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-10	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa 3 / 3
	Rev. No : 00	Rev.Tarihi :	

- (b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim,
(c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim,
(d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20. (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
(c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor,
(d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka bir şey düşünemiyorum.
21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum,
(c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
(d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 16.03.2022
Karar No : 2022-6/31

Bu doküman Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir. Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan başta tez danışmanım Prof. Dr. S. Saygın Eker'e, değerli hocalarım Prof. Dr. Selçuk Kırılı, Prof. Dr. Aslı Sarandöl, Prof. Dr. Cengiz Akkaya ve Doç. Dr. E. Yusuf Sivrioğlu'na,

Tezimle ilgili her konuda yardımlarını esirgemeyen ve destek olan değerli Prof. Dr. M. Őehsuvar Gökğöz ve Doç. Dr. Kazım Őenol'a,

Tez verilerinin istatistiksel olarak yorumlanmasında bana yol gösteren ve destek olan değerli Prof. Dr. İlker Ercan'a,

Beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma, servis ve poliklinikteki hemşire, sekreter, personel olmak üzere tüm Uludağ Psikiyatri Ailesi'ne,

Rotasyonlarım süresince eğitimime katkısı bulunan değerli öğretim üyelerine ve hekim arkadaşlarıma,

Hayatımda her anlamda bana destek olan kıymetli aileme çok teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

1994 yılında Kocaeli’nde doğdum. İlkokulu Yalova Gaziosmanpaşa İlköğretim Okulu’nda, ortaokulu Özel Yücebilgili İlköğretim Okulu’nda okudum. Lise eğitimimi Bolu Fen Lisesi’nde bitirdikten sonra 2012 yılında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi’ne başladım. 2018 yılında mezuniyetimden sonra Ekim 2018-Ocak 2019 arasında Yalova Devlet Hastanesi’nde pratisyen hekim olarak çalıştım. Ocak 2019 itibariyle Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda uzmanlık eğitimime başladım. Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği (BDPD) tarafından Bilişsel Davranışçı Terapi eğitimini 90 saat grup süpervizyonu dahil tamamlamakla birlikte süpervizyon sürecime devam etmekteyim.