



T. C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**REMİSYONDA MEME KANSERİ HASTALARINDA
SOMATİK BELİRTİ ŞİDDETİ İLE BAĞLAMSA
BENLİK VE YAŞANTISAL KAÇINMANIN İLİŞKİSİ**

Dr. Filiz ÇETİNKAYA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Ocak 2025
İSTANBUL**



T. C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**REMİSYONDA MEME KANSERİ HASTALARINDA
SOMATİK BELİRTİ ŞİDDETİ İLE BAĞLAMSA
BENLİK VE YAŞANTISAL KAÇINMANIN İLİŞKİSİ**

Dr. Filiz ÇETİNKAYA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hasan Turan KARATEPE

Ocak 2025
İSTANBUL

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Filiz Çetinkaya'nın hazırladığı ve jüri önünde savunduğu “REMİSYONDA MEME KANSERİ HASTALARINDA SOMATİK BELİRTİ ŞİDDETİ İLE BAĞLAMSAK BENLİK VE YAŞANTISAL KAÇINMANIN İLİŞKİSİ” tezi başarılı olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ İMZA

.....
İstanbul Medeniyet Üniversitesi

.....
İstanbul Medeniyet Üniversitesi

.....
İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Tez Savunma Tarihi: / / 2025

YAZAR BİLDİRİMİ

“REMİSYONDA MEME KANSERİ HASTALARINDA SOMATİK BELİRTİ ŞİDDETİ İLE BAĞLAMSAK BENLİK VE YAŞANTISAL KAÇINMANIN İLİŞKİSİ” başlıklı uzmanlık tezimin tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazıldığını ve bu tezde;

- Farklı yazarların araştırmaları ile ilgili verilen bilgilere uygun yerlerde ve doğru bir biçimde atıfta bulunulduğunu,
- Tez içerisinde kullanılan yayınlar ve çalışmalardan yapılan alıntılarının tırnak içine alınarak sunulduğı ve gerekli atıfların belirtildiğini,
- Bu tez ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması olmadığını,
- Tezin önceden herhangi bir yerde yayınlanmadığını beyan ederim.

Ocak, 2025

Dr. Filiz ÇETINKAYA

İmza:

BİLGİLENDİRME

- Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.
- Bu tezin hazırlanmasında tez danışmanım Doç. Dr. Hasan Turan Karatepe katkıda bulunmuştur.
- Bu çalışmada adı geçen ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemelerinin üreticileri ile herhangi bir çıkar ilişkim yoktur.
- Bu çalışmaya ait herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Dr. Filiz ÇETINKAYA

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecimde, deneyimi ve bilgisi ile yol gösterici olan değerli tez danışmanım ve Ana Bilim Dalı Başkanı'mız Doç. Dr. Hasan Turan KARATEPE'ye,

Eğitim sürecimde paylaştıkları bilgi birikimi ve klinik bakış açıları ile psikiyatri hekimi olarak yetişmeme büyük katkıları olan değerli hocalarım Prof. Dr. Aynur GÖRMEZ, Doç. Dr. Rümeyza YENİ ELBAY, Doç. Dr. Mehmet Emrah KARADERE, Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KURTULMUŞ ÇALIŞ ve Dr. Öğr. Üyesi Zülal ÇELİK'e,

Birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum sevgili Uzm. Dr. Merve GÜRKÖK KOPACAK, Uzm. Dr. Büşra PARLAKKAYA YILDIZ ve Uzm. Dr. Seda SARIKAYA ERDİL'e,

Rotasyonlarım süresince bilgi ve deneyimlerini paylaşan değerli hocalarım Prof. Dr. Vahdet GÖRMEZ ve Prof. Dr. Temel TOMBUL'a, keyifle çalışma fırsatı bulduğum Çocuk Psikiyatrisi Ana Bilim Dalı ve Nöroloji Ana Bilim Dalı ekibine,

Tezim için hasta aldığım süreçte desteklerini esirgemeyen Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'ndan Doç. Dr. Sinan KOCA'ya ve onkoloji ekibine,

Eşkıdem olmanın ötesinde arkadaşlığı ve desteği ile her zaman yanımda olan sevgili Uzm. Dr. Nehir MUTLUSOY ERASLAN'a; ayrıca birlikte çalıştığım için mutlu olduğum değerli asistan ve ekip arkadaşlarıma,

Fakülte yıllarından bu yana bana ilham veren dostlukları için kendimi şanslı gördüğüm ve her daim desteklerini hissettiğim sevgili Dr. Medine AY ve Uzm. Dr. Harun YETKİN'e; yollarımızın kesişmesinden duyduğum mutluluğu ifade etmek istediğim, samimi arkadaşlıklarıyla yanımda olduklarını hissettiren sevgili Uzm. Dr. Zeynep Dilara YETKİN ve Dr. Berrak ÇELEN'e

Varlığı ile daima güven veren ve her koşulda yanımda olan sevgili ablam Bedriye BÜYÜKTAŞ'a ve değerli eşi Gaffar BÜYÜKTAŞ'a,

Beni yetiştiren ve şefkatle destekleyen anneme ve babama

Sonsuz teşekkürlerimle.

Dr. Filiz ÇETINKAYA

İÇİNDEKİLER

ONAY	i
YAZAR BİLDİRİMİ	ii
BİLGİLENDİRME	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	vii
TABLO LİSTESİ	viii
ŞEKİL LİSTESİ	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. AMAÇ	2
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. SOMATİK BELİRTİLER	4
2.1.1. Tanım ve tarihçe	4
2.1.2. Epidemiyoloji	5
2.1.3. Etiyoloji	5
2.1.4. Tanı ve ayırıcı tanı	7
2.1.5. Tedavi	9
2.2. MEME KANSERİ	10
2.3. KABUL VE KARARLILIK TERAPİSİ (ACT)	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM	13
3.1. ÇALIŞMANIN TASARIMI	13
3.2. ÖLÇME ARAÇLARI	17
3.2.1. Bilgilendirilmiş onam formu	17
3.2.2. DSM-5 için yapılandırılmış klinik görüşme (SCİD-5)	17
3.2.3. Sosyodemografik veri formu	17
3.2.4. Kısa yaşantısal kaçınma ölçeği (BEAQ)	17
3.2.5. Bağlamsal benlik ölçeği (BBÖ)	18
3.2.6. Hasta sağlık anketi somatik semptom alt ölçeği (PHQ-15)	18
3.2.7. Toronto aleksitimi ölçeği (TAÖ-20)	18
3.2.8. Dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeği kısa formu (WHOQOL-BREF)	19

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	19
4. BULGULAR.....	20
5. TARTIŞMA.....	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	40
KAYNAKLAR.....	42
EKLER.....	50
EK 1. ETİK KURUL ONAYI	50
EK 2: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	53
EK 3: DSM-V BOZUKLUKLARI İÇİN YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME (SCID-5)	55
EK 4: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU:	57
EK 5: KISA YAŞANTISAL KAÇINMA ÖLÇEĞİ (BEAQ):.....	58
EK 6: BAĞLAMSAAL BENLİK ÖLÇEĞİ (BBÖ):.....	59
EK 7: HASTA SAĞLIK ANKETİ SOMATİK SEMPTOM ALT ÖLÇEĞİ (PHQ-15):.	60
EK 8: TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ (TAÖ-20):.....	61
EK 9: WHOQOL-BREF DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (KISA FORMU).....	62
EK 10: TEZ ORJİNALLİK BEYAN FORMU	64

KISALTMALAR

ACT	Kabul ve Kararlılık Terapisi
BBB	Bedensel Belirti Bozukluğu
BBÖ	Bağlamsal Benlik Ölçeği
BEAQ	Kısa Yaşantısal Kaçınma Anketi
DSM	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
ICD	Uluslararası Hastalık Sınıflaması
KG	Kontrol Grubu
MK	Meme Kanseri
PHQ-15.....	Hasta Sağlık Anketi Somatik Alt Ölçeği
SCİD-5.....	DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme
SNRI	Serotonin Noradrenalin Geri Alım İnhibitörü
SSRI.....	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü
TAÖ-20.....	Toronto Aleksitimi Ölçeği
WHOQOL-BREF.....	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1.	MK ve KG arasında demografik özelliklerinin karşılaştırılması	20
Tablo 4.2.	MK ve KG arasında klinik özelliklerinin karşılaştırılması	22
Tablo 4.3.	MK ve KG arasında PHQ ortalamalarının karşılaştırılması.....	22
Tablo 4.4.	MK ve KG arasında BEAQ ortalamalarının karşılaştırılması.....	22
Tablo 4.5.	MK ve KG arasında BBÖ ortalamalarının karşılaştırılması	23
Tablo 4.6.	MK ve KG arasında TAÖ20 ortalamalarının karşılaştırılması.....	23
Tablo 4.7.	MK ve KG arasında WHOQOL ortalamalarının karşılaştırılması	23
Tablo 4.8.	MK’da PHQ, BEAQ, BBÖ ve WHOQOL puanları arasındaki ilişki.....	24
Tablo 4.9.	KG’da PHQ, BEAQ, BBÖ ve WHOQOL puanları arasındaki ilişki	25
Tablo 4.10.	MK’da tıbbi hastalık varlığına göre PHQ, BEAQ, BBÖ ve WHOQOL puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	26
Tablo 4.11.	MK’da psikiyatrik tedavi varlığına göre PHQ, BEAQ, BBÖ ve WHOQOL puanlarının karşılaştırılması	27
Tablo 4.12.	MK’da PHQ puanlarını açıklamada BEAQ ve TAÖ puanlarının etkinliği....	28
Tablo 4.13.	KG’da PHQ puanlarını açıklamada BEAQ ve TAÖ puanlarının etkinliği	28
Tablo 4.14.	MK’da WHOQOL puanlarını açıklamada BEAQ, PHQ ve TAÖ puanlarının etkinliği	29
Tablo 4.15.	KG’da WHOQOL puanlarını açıklamada BEAQ, PHQ ve TAÖ puanlarının etkinliği	30

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1.	DSM-5'e göre BBB tanı kriterleri.....	8
Şekil 2.2.	DSM-5 ve ICD-11'de bedensel belirti ve disosiyatif bozukluk tanı grupları ...	8
Şekil 2.3.	Psikolojik Esneklik ve Psikolojik Katılık Altıgenleri	12



ÖZET

REMİSYONDA MEME KANSERİ HASTALARINDA SOMATİK BELİRTİ ŞİDDETİ İLE BAĞLAMSAL BENLİK VE YAŞANTISAL KAÇINMANIN İLİŞKİSİ

Somatizasyon, psikolojik süreçlerde oluşan bir sıkıntının bedensel olarak dışı vurumunu açıklayan kavramdır. Somatik belirtilerin, fiziksel hastalığı olan hastalarda da görüldüğü ve çeşitli psikolojik süreçlerle ilişkili olduğu araştırmalarda çalışılmıştır. Ancak özellikle kanser hastaları ile yapılan çalışmalar kısıtlıdır. Yaşantısal kaçınma ve bağlamsal benlik kavramları Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin psikopatolojisini açıklayan esneklik ve katılık modelleri kapsamında tanımlanan kavramlardır. Amacımız, meme kanseri hastalarında somatik belirtilerin, yaşantısal kaçınma ve bağlamsal benlik ile ilişkisinin incelemektir.

Araştırmanın katılımcıları, Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Medikal Onkoloji bölümünde takipli, remisyonda olup operasyon ve/veya ilk tedavilerini tamamlamış, idame tedavi alan veya tedavisi bitmiş meme kanseri tanısı almış hastalar olup onkoloji hekimleri tarafından psikiyatri polikliniğine yönlendirilmiştir. Çalışmaya, görüşülen ve onam veren 153 hastanın 102'si dahil edilmiş ve geri kalan hastalar hariç tutulmuştur. Kontrol grubu olarak, dahil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan ve herhangi bir kanser tanısı almamış hastane çalışanları değerlendirilmiş olup, görüşülen ve onam veren 163 kişiden 102'si çalışmaya alınmıştır. Çalışma katılımcılarına, araştırmacı tarafından DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5) yapılmıştır. Klinik görüşme tamamlanarak kişi tarafından doldurulan Sosyodemografik Veri Formu, Kısa Yaşantısal Kaçınma Ölçeği (BEAQ), Bağlamsal Benlik Ölçeği (BBÖ), Hasta Sağlık Anketi Somatik Semptom Alt Ölçeği (PHQ 15), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu (WHOQOL-BREF) verilmiştir.

Araştırmamızın sonucunda yaşam kalitesi puanlarının, meme kanseri grubunda geçerli düzeyde görece düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Mevcut durumda psikiyatrik tedavi kullanılması ve tıbbi hastalık varlığı, kontrol grubuna göre yüksek bulunmakla birlikte, meme kanseri grubunda bu parametrelerin ölçek sonuçlarına etki etmediği görülmüştür. Her iki grupta da benzer olarak somatik belirti şiddetinin artması ile yaşantısal kaçınma ve aleksitimi puanları arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Meme kanseri grubunda yaşantısal kaçınmanın artması ile aleksitimi puanlarının yükselmesi ilişkili bulunmuş, bağlamsal benlik algısının artışının ise daha yüksek yaşam kalitesi puanları ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Fibromiyalji, migren, otoimmün tiroidit, alerjik astım, İBS gibi tıbbi tanılarının varlığı meme kanseri grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Regresyon analizi yapıldığında ise meme kanseri grubunda yaşantısal kaçınmanın somatik belirti şiddetini yordadığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Elde ettiğimiz bulgular, meme kanseri tanısı özelinde somatik belirti şiddetinin yaşantısal kaçınma ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Tıbbi hastalıkları olan hastalarda da çeşitli psikolojik süreçlerin somatik belirtiler üzerinde etkili olabileceği ve bu alanlara yönelik tedavilerin önemi vurgulanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Bağlamsal benlik, Meme kanseri, Somatik belirti, Yaşantısal kaçınma.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN SOMATIC SYMPTOM SEVERITY AND SELF AS CONTEXT, EXPERIENTIAL AVOIDANCE IN BREAST CANCER PATIENTS DURING REMISSION

Somatization is a concept that explains the physical manifestation of psychological distress. Research has shown that somatic symptoms are observed in patients with physical illnesses and are associated with various psychological processes. However, studies focusing on cancer patients are limited. Experiential avoidance and self as context are concepts defined within the flexibility and rigidity models explaining psychopathology in Acceptance and Commitment Therapy (ACT). This study aims to examine the relationship between somatic symptoms, experiential avoidance, and self as context in breast cancer patients.

Participants in this study was breast cancer patients during remission, from the Medical Oncology Department of Prof. Dr. Süleyman Yalçın City Hospital. These patients had completed surgery and/or initial treatments and were receiving maintenance therapy or had completed all treatments. Among the 153 patients interviewed and 102 were included in the study, while the remaining were excluded Among 163 individuals interviewed and who provided informed consent, 102 were included in the control group.

The Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5) was conducted to volunteers by the researcher. Following the clinical interview, participants completed the Sociodemographic Data Form, the Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ), the Contextual Self Scale (CSS), the Patient Health Questionnaire Somatic Symptom Subscale (PHQ-15), the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), and World Health Organization Quality of Life Short Form (WHOQOL-BREF).

Results showed that quality of life scores were noticeably lower in the breast cancer group compared to the control group ($p<0.05$). Although psychiatric treatment use and the presence of medical illness were higher in the control group, these variables did not affect

the scale outcomes in the breast cancer group. In both groups, increased severity of somatic symptoms was strongly associated with higher scores in experiential avoidance and alexithymia. In the breast cancer group, increased experiential avoidance was associated with higher alexithymia scores, while increased self as context perception was related to higher quality of life scores. The presence of medical diagnoses such as fibromyalgia, migraine, autoimmune thyroiditis, allergic asthma, and IBS was found to be significantly higher in the breast cancer group. Regression analysis revealed that experiential avoidance predicted somatic symptom severity in the breast cancer group.

These findings indicate that somatic symptom severity is associated with experiential avoidance, particularly in breast cancer cases. The results emphasize the impact of psychological processes on somatic symptoms in individuals diagnosed with medical conditions and highlight the importance of treatments targeting these areas.

Keywords: Breast cancer, Experiential avoidance, Self as context, Somatic symptoms.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bedensel bir sorun yaşayan hastalar hekimlere başvurmakta, tanı için değerlendirilmekte ve tedavi için çözüm aranmaktadır. Oldukça geniş bir bilgi birikiminin olduğu günümüzde tıbbi olarak açıklanabilen ve açıklanamayan durumlar tanımlanmaktadır (1). Psikiyatrik tanı sistemlerinde uzun süren ve gündelik hayatı önemli ölçüde etkileyen bedensel belirtiler ve bunlara eşlik eden zihinsel süreçleri içeren bozukluklar tanımlanmıştır. DSM-5 ve ICD-11 geliştirilirken net ayrımın yapılamaması, tıbbi ve psikiyatrik durumların birbirini etkileyebilmesi nedeni ile tekrar bir düzenlemenin yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur (2) (3).

Hastalıkları tanıma ve böylece tedavi edebilme ihtiyacı dolayısı ile tanı sınıflamaları oluşturulmuş olup farklı uzmanlık dallarında, odaklanılan sistemlere göre tanımlar isimlendirilmektedir. Bununla birlikte yorgunluk, enerji azlığı, uyku ve iştah sorunları, ağrılar, kognitif sorunlar gibi belirtilerin pek çok tanıda ortak olduğu görülebilmektedir (4). Fiziksel bir hastalık tanısının konulması ile tıbbi olarak bir tanı ile açıklanabildiği gibi belirtinin süresi, şiddeti, tedaviye yanıtın öngörülen şekilde gerçekleşmemesi veya tıbbi hastalık bulgusunun olmaması gibi durumlarla da karşılaşılmaktadır (5).

Somatizasyon yani bedenselleştirme, psikiyatrik tanımlarla açıklanırken ruhsal bir sıkıntının bedensel belirtilerle ifade bulması üzerinde durulmaktadır (6). İşlevsel olarak kişiyi etkileyen çeşitli tablolardan bahsedilmektedir ve tıbbi olarak açıklanması ruhsal yönünü dışlamamaktadır (2).

Fiziksel sağlık sorunlarının ruhsallığı etkilediği, sıklıkla ruhsal hastalık eştanısı aldığı bilinmektedir (7). Tanı düzeyinde bir bozukluk olmasa dahi, insan ruhsallığının fiziksel hastalık semptom şiddetini ve hastalığa bağlı yaşam kalitesini de etkilediği araştırmalarda gösterilmiştir (8) (9) (10). Böyle bir bakış açısı ile bakılınca çift yönlü bir etkilenmeden bahsedilebilir.

Tanı konulurken ruhsal ve bedensel etiyolojiyi ayırmak, bütüncül olmayan bir bakışa neden olmaktadır. Öte yandan ise cilt hastalıkları, romatolojik, otoimmün, gastrointestinal, kardiyak, nörolojik hastalıkların ve hatta kanserin psikosomatik yönleri tartışılmaktadır (11) (12) (13) (14) Diğer uzmanlık dal kliniklerinden psikiyatri kliniklerine

yönlendirilen hastalar, bedensel olarak hasta ve belirli organik kanıtlar mevcut iken aynı zamanda ruhsal olarak da etkilenebilmektedir (15) (16).

Tıbbi hastalıkların ve tedavi süreçlerinin neden olduğu bedensel belirtiler ortaya çıkmakla birlikte bu belirtilerin ruhsal yanı gözden kaçabilmektedir (17) (18) (19).Hipokrat'ın benimsediği bütüncül tıbbi bakış açısı, bedensel ve ruhsal süreçlerin birbirini etkilediğini ve kişinin çevresel şartlarının da değerlendirilmesi gerektiğini savunmaktadır (20) (21).

Artan tıbbi bilginin, gelişen ve sayısı artan uzmanlık alanlarının da etkisi ile kartezyen beden ve ruh dikotomisinin benimsendiği ve hekimliğin bütüncül bakış açısından uzaklaştığı görülmektedir (22).

Psikiyatrik ve psikoterapötik takip süreçlerinde karşılaşılan bedensel belirtiler, psikiyatrik tanılara eşlik eden belirtiler ile bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar tanı kategorisinde tanımlanabilen belirtiler olabilmektedir (2). Hastalar mevcut durumda var olan tıbbi hastalık tanısı ile de başvurabilmekte veya tedavi sürerken hastalık tanısı alabilmektedir. Bedensel olarak hasta olma deneyimi yaşayan hastanın psikoterapisi sürdürülürken çeşitli zorluklar yaşanmakta, tedavi stratejilerinde bu belirtilerin de göz önünde bulundurulması ihtiyacını doğurmaktadır (23) (24).

Kanser tanılı hastalarda bedensel belirtilerden ağrı, yorgunluk, anoreksi, bitkinlik, halsizlik, enerji azalması, uyuşukluk ve titreme sık görülmektedir. Kanser hastalarında ve ailelerinde psikiyatrik komorbiditeler, psikososyal sorunlar, travma ilişkili bozukluklar, kişilik özellikleri sıkça çalışılan alanlardır. Ancak somatik belirtilerin çalışıldığı çalışmalar çeşitli kısıtlılıklardan dolayı yeterli değildir (25) (26) (27) (28).

1.1. AMAÇ

Mevcut çalışmada, remisyonda meme kanseri hastalarında somatik belirti şiddetinin belirlenmesi, bağlamsal benlik ve yaşantısal kaçınma ile ilişkisinin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılarak araştırılması amaçlanmıştır.

Böylece psikolojik müdahale alanlarının belirlenmesi ve uygun tedavi stratejilerin planlanmasına yönelik bir veri elde edilme amaçlanmaktadır.

Bu çalışmanın hipotezleri şu şekildedir:

1. Aleksitimi varlığı ile somatik belirtilerin şiddeti arasında anlamlı bir ilişki vardır.

2. Somatik belirtilerin ve aleksitiminin varlığı, kavramsal benliğe bağlanma ile ilişkilidir.
3. Somatik belirti şiddeti ve yüksek yaşantısal kaçınma skorları birbiri ile ilişkilidir.
4. Yaşantısal kaçınma skoru yüksek olan aleksitimik hastalarda, somatik belirti şiddeti artar.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. SOMATİK BELİRTİLER

2.1.1. Tanım ve tarihçe

Yunanca psyche (ruh) ve soma (beden) sözcüklerinin bir araya geldiği kavram olan psikosomatik, bedenin ruhsallıkla karşılıklı etkilerini açıklamak için kullanılan bir terimdir. Hekimler psikolojik ve somatik yapı ve bunları da etkileyen bağlam ile ilgilenmektedirler. Böylece bütüncül bir bakış açısı sağlanabilir (29).

Somatik belirtilerin psikolojik durumlardan etkilendiği ilk hekimlerden bu yana bilinmektedir. Kos'lu Hipokrat, hastayı bütüncül ve öznel olarak değerlendirmeyi savunmuştur. Tarihsel olarak, ruhsal karmaşıklığın bedensel yansıması olarak adlandırılabilen histeri terimi de Hipokrat'a aittir. Somatik belirtileri metafizik olgularla değil, yine bedende bir organ olan hysteron (uterus) ile ilişkilendirerek doyurulmamış isteklerden söz etmiştir (21).

Daha sonra orta çağda spiritüel açıklamalarla, kadınların katli ile devam eden bir dönem yaşanmıştır. 1800'lü yıllara gelindiğinde, nöroloji hekimleri belirtileri açıklamaya çalışmış, Charcot ise hipnoz tekniğini kullanarak histeriyi bilimsel alana getirmiştir (30).

Histeri terimi, açıklanamayan nörolojik belirti gösteren kadın hastaların belirtilerinden yola çıkan Freud ve sonraki hekimlerce daha fazla ele alınmış ve zamanla psikiyatrik tanı sınıflamalarına girmiştir. DSM-III'ten itibaren ise terim çıkarılmış ve disosiyatif bozukluklar ile bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar şeklinde ayrı başlıklarda sunulmuştur (31). En son güncellemelerden sonra DSM-5 Disosiyatif Bozukluklar ve Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar başlıkları ile; ICD-11 ise Disosiyatif Bozukluklar ve Bedensel Sıkıntı ve Bedensel Deneyim Bozuklukları başlıkları ile tanı gruplamasını düzenlemiştir (2) (3).

DSM-5'te somatik belirtilerin psikiyatrik olarak adlandırılması için tıbbi olarak açıklanabilirliğinden uzaklaşmış, ruhsal durumların varolan bedensel hastalıkları etkilediğini göz önünde bulundurarak "Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Ruhsal Etkenler" başlığını eklenmiştir (2).

Tanı grupları, kendi aralarında da geçişlilik göstermektedir. Net bir şekilde ayrımı zor görünmektedir. Öte yandan tıbbi bir tanı almış hastaların hastalık belirtilerinin psikolojik durumlarından etkilenmesi, psikolojik durumun da hastalığın gidişinden etkilenmesi olasıdır (5). Hastaların bütüncül ve öznel olarak değerlendirilmesinin, bu zorlukların aşılmasında bir bakış açısı sağlayabileceği düşünülmektedir (32).

2.1.2. Epidemiyoloji

Somatik belirti bozukluklarının prevalansı net olarak bilinmemekte ve çeşitli oranlar bildirilmektedir. Somatik belirtileri olan hastalar farklı hekimlere başvurmaktadır. Hem tanılardaki karışıklık hem de ayırıcı tanı zorluğu net sonuçlar alınmasına engel olabilmektedir.

Son tanı güncellemelerinden sonra yapılan bir meta-analizde genel popülasyonda sıklık %6,7 ile %17,4 , uzman olmayan hekimlere başvuruda %3,5 ile %45,5 , uzman hekimlere başvuruda ise %5,8 ile %52,9 arasında değişmiştir. En fazla sıklık oranı psikiyatri hekim başvurularında olup %40,3 ile %77,7 arasında bulunmuştur. Yaşa ve cinsiyete göre net bir oran belirlenememiştir (33).

Ayaktan başvuran hastalarla yapılan bir çalışmada cinsiyetler arasında belirgin fark görülmemiştir (34). Adölesan dönemdeki çocuklarla yapılan başka bir çalışmada, kız cinsiyette daha sık belirti ifadesi olduğu bulunmuştur (35).

DSM-5'teki değişiklik ile tanı alma oranların araştıran bir çalışmada %6,7 ile %17,4 arasında oranlar bularak DSM-IV'e göre konulanlardan daha yüksek oran bildirmiştir (36).

Bu karşılaştırmalı çalışmalar doğrudan güncel tanı kriterlerinin uygulanması ile değil, mevcut verilerden uyarlanarak yapılmaktadır.

Süreğen bedensel belirtilerin incelendiği bir araştırmada, bunların genç yetişkinlerde ve yaşlılarda daha yüksek görüldüğü, cinsiyetle net bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur (37).

Türkiye'de halk sağlığı araştırmasında somatizasyon prevlansı %5 olarak bulunmuş olup kadınlarda 3 kat fazla olduğu görülmüştür (38).

2.1.3. Etiyoloji

Somatik belirtilerin etiyolojisinde biyolojik, çevresel, psikososyal faktörlerin etkili olduğu bilinmektedir (39).

Duyularla algılanan uyarılar sinir sistemine ulaşmakta ve işlenmektedir. Çeşitli biyolojik etkenlerin yanısıra öğrenme geçmişi, hafıza, çevresel faktörler, epigenetik değişikliklerin etkisi ile birleştirilerek yorumlanmaktadır (40).

Bazı çalışmalarda hipotalamus-hipofiz-adrenal eksenin, immün süreçlerin, sirkadiyen ritmin etkileri araştırılmıştır (41). Bir başka çalışma, özellikle erken çocukluk döneminde maruz kalınan stresörlerin etkisi ile deneklerin ağrı duyarlılığının arttığını ve bunun IL-6 ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (42).

Erken yaşta karşılaşılan olumsuz psikososyal şartların risk faktörü olduğunu gösteren çalışmalar yapılmıştır. Bedensel belirtilerle birlikte depresyon ve anksiyete için de ortak bir etiyoloji olduğundan, bu bozukluklar eş zamanlı olarak görülebilmektedir (43).

Genetik sebeplerin yatkınlık yarattığına dair kısıtlı bilgi mevcuttur. Çeşitli kültürlerde daha sık bedensel belirti görüldüğü bilinmektedir (24) (44).

Bedensel belirti bozukluğu tanısı alan hastaların incelendiği bir meta analizde aleksitimi, depresyon ve anksiyete birlikteliği kontrol grubu ile karşılaştırılmış ve daha yüksek bulunmuştur. Bu belirtilerin birbiri ile ilişkisi, etkileşimi tam olarak net değildir. Kaçınma, tekrarlayıcı fiziksel belirtileri gözlemlene gibi sağlık davranışları ile ilgili anlamlı sonuç bulunmamıştır (45).

Aleksitimi, duyguların söz ile ifade edilememesi olarak tanımlanmaktadır. Duyguların tanınması, adlandırılması, hissedilenlerin gözlenebilmesi kısıtlıdır. Kişiler daha çok dış dünyadaki somut ve gerçekçi durumlarla ilgilidir, daha fonksiyonel düşünmektedir ve sıkıntılarını bedensel belirtilerle ifade etmeleri daha sık görülmektedir. Genelde kişilik özelliği kapsamında değerlendirilmektedir. Erken dönem yaşanmış stresörler, aleksitimi varlığı, güvensiz bağlanma kişide algılanan ağrı şiddetini arttırabilmektedir (46).

Aleksitimi, somatize eden hastalarla çalışmalarda ortaya çıkan bir terim olmakla beraber kesin ilişki olduğu söylenememektedir. Somatizasyona zemin hazırlayan ancak her somatik belirti ile seyreden durumda bulunmayan bir özellik olduğu belirtilmektedir (47).

Aleksitiminin depresif, anksiyöz belirtiler, kaynaşma ve kaçınma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (48). Aleksitiminin düşük yaşam kalitesi puanlarını yordadığı bir çalışmada somatizasyonun da etkili olabileceği belirtilmiştir (49).

Duyguları düzenleme güçlükleri, istenmeyen duygularla başetme biçimi olarak bastırma, kaçınma gibi mekanizmaların kullanılmasıyla sonuçlanmaktadır (50). Burada rol oynayan ruhsal durumlarla süregelen ağrı arasında doğrudan olmayan ilişkinin gösterildiği bir çalışma yayınlanmıştır (51). Başka bir çalışmada yüz ifadelerini anlamada kontrol

grubuna kıyasla belirgin bir şekilde güçlük yaşayan hastalarla çalışılmıştır. Bu ilişki aleksitimi ve ruhsal durumlarla da ilişkili görülmüştür (52).

Hastaların bedensel belirtilerinin şiddetini olduğundan fazla algılamaları, kendi bedensel ve duygusal süreçlerini tanıma ve tanımlayabilme becerisindeki eksiklik ve fonksiyonel olan düşünce biçiminin daha negatif bir şekilde olması ile ilişkilendirilmiştir (53).

Duygu dışavurumu ile ilgili negatif inanışları duyguların farkedilmesinin azalması ve olumsuz düşüncelerin artması ile bedensel belirtilerin daha yoğun yaşanmasının ilişkili olduğu bulunmuştur (54).

Psikodinamik ekol ve psikosomatik ekol bakış açısından ise, beden ile ruhsallık arasında doğrudan karşılıklı ilişki olduğu ve karşılıklı etkilerin meydana geldiği savunulmaktadır. Tüm insanların bir psike ve soması olduğu ve bedensel hastalık deneyimi yaşadığı göz önünde bulundurulmakta ve her insanın psikosomatik belirtiler sergileyebileceği belirtilmektedir. Psikosomatik hastalığın histeriden ayrı olduğu, bilinçdışında bastırılan malzemedan kaynaklanmadığı öne sürülmektedir. Kötü zihinselleştirme nedeni ile tasarımların yetersiz olduğu, ruhsal düzensizliklerin tasarımlara bağlanamadığı ve bedensel olarak ifade edildiği bir durumun sonucu olarak bedensel belirtinin oluştuğu savunulmaktadır. Psikosomatik hastada işlemsel düşünce yani duygulanımlardan yoksun, sembolik olmayan günlük düşünceler baskındır. Konversiyondan farklı olarak yaşamı tehdit edebilen bedensel hastalıklar meydana gelebilmektedir. Konversiyonda belirtilerin bilinçdışı anlamı varken bedenselleştirmede yatırım eksikliği nedeni ile tesadüfi bir sistem üzerinden belirtiler ortaya çıkmaktadır (55) (56).

2.1.4. Tanı ve ayırıcı tanı

Somatik belirtiler pek çok psikiyatrik tanıda görülmektedir. Psikiyatrik bozukluklar ile fiziksel hastalıkların kesişiminde de durmaktadır (57).

Zamanla değişen yaklaşımlar sınıflamalara da yansımaktadır. Somatik ve disosiatif belirtiler gruplara ayrılarak tanısal olarak anlaşılmaya çalışılmıştır. Bu grup bozukluklara tanı, çeşitli klinik araçlar ve psikiyatrik görüşme ile konulmaktadır (32). DSM-5'te tıbbi hastalığa bağlı olmaması ibaresi çıkarılmış olup bedensel hastalık tanısı ile birlikte belirtilerle orantısız olması göz önünde bulundurulmuştur. Tıbbi tanının olması ruhsal etkilenmeyi dışlamamakla birlikte zamansal olarak hastalıklardan sonra gelişen ruhsal belirtiler “diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler” başlığı ile yer almaktadır (2).

DSM-5'te bedensel belirti bozukluğu (BBB) tanı kriterleri Şekil 2.1'de gösterilmiştir.

A. Sıkıntı veren ya da günlük yaşamı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir ya da birden çok bedensel belirti. B. Aşağıdakilerden en az biri ile kendini gösteren, bedensel belirtiler ya da bunlara eşlik eden sağlıkla ilgili kaygılarla ilişkili aşırı düzeyde düşünceler, duygular ya da davranışlar: 1. Kişinin belirtilerinin önemiyle orantısız, süreklilik gösteren düşünceler. 2. Sağlıkla ya da belirtilerle ilgili, sürekli yüksek düzeyde bir kaygı. 3. Bu belirtilere ya da sağlık kaygılarına aşırı zaman ve içsel güç harcanır. C. Herhangi bedensel bir belirti sürekli olarak bulunmasa da, belirti gösteriyor olma durumu süreklilik gösterir (altı aydan daha uzun süreli olarak). Varsa belirtiniz: Ağrının baskın olması ile giden (önceki adı ağır bozukluğu): Bu belirleyici, bedensel belirtilerinde ağrının baskın olduğu kişiler içindir. Süregiden: Süregiden gidiş, ağır belirtiler, işlevsellikte belirgin bir düşme ve uzun sürme ile (altı aydan daha uzun) belirlidir. O sıradaki ağırlığını belirtiniz: Ağır olmayan: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden yalnızca biri karşılanır. Orta derecede: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğu karşılanır. Ağır: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğunun karşılanmasının yanı sıra çoğul bedensel yakınmalar (ya da çok ağır bir bedensel belirti) vardır.

Şekil 2.1. DSM-5'e göre BBB tanı kriterleri

DSM-5 ve ICD-11'de bedensel belirti ve disosiyatif bozuklukların sınıflaması verilmiştir (2) (3) (32).

ICD-11	DSM-5
Disosiyatif bozukluklar Disosiyatif nörolojik belirti bozukluğu Disosiyatif amnezi Trans bozukluğu Posesyonel trans bozukluğu Disosiyatif kimlik bozukluğu Kısmi disosiyatif kimlik bozukluğu Depersonalizasyon-derealizasyon bozukluğu Sekonder disosiyatif sendrom Disosiyatif bozukluklar, diğer Disosiyatif bozukluklar, tanımlanmamış	Disosiyatif Bozukluklar Disosiyatif kimlik bozukluğu Disosiyatif bellek yitimi(amnezi) Depersonalizasyon/Derealizasyon bozukluğu Tanımlanmış diğer bir çözülme bozukluğu Tanımlanmamış çözülme bozukluğu
Bedensel endişe veya bedensel deneyim bozuklukları Bedensel endişe bozukluğu Beden bütünlüğü disforisi Bedensel Endişe veya Bedensel Deneyimle İlgili Diğer Tanımlanmış Bozukluklar Bedensel endişe veya bedensel deneyim bozuklukları, tanımlanmamış	Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar Bedensel belirti bozukluğu Hastalık kaygısı bozukluğu Fonksiyonel nöroloji belirtisi bozukluğu(konversiyon bozukluğu) Diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler Yapay bozukluk Tanımlanmış diğer bir bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluk Tanımlanmamış diğer bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluk

Şekil 2.2. DSM-5 ve ICD-11'de bedensel belirti ve disosiyatif bozukluk tanı grupları

Bedensel belirtiler en sık kas, kemik, baş ağrıları, mide barsak yakınmaları, yorgunluk, halsizlik, cinsel sorunlar, bilişsel sorunlar, uyku sorunları şeklinde ortaya çıkmaktadır. Belirti şeklinde karşımıza çıkan bu sorunlar genelde ilk olarak psikiyatri dışı dal hekimlerine başvurmaktadır. Öncelikle organik bir bozukluk araştırılmaktadır. Ancak

bunun yanında tıbbi olarak açıklanabilir olsa dahi ruhsal boyutunun da incelenmesi önem taşımaktadır (4) (58).

Bedensel belirtilerin ve disosiyatif semptomların olduğu tanı grupları şeklinde sınıflamalar yapılmıştır. Bedensel bir yakınma ile hekime başvuran hastalar fiziksel hastalıklar, disosiyatif bozukluk kümesi ve bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar alt tanılarının yanısıra diğer psikiyatrik tanılarla da ayırıcı tanıya girebilmektedir (41) (59).

Etiyolojisi net anlaşılmayan migren, fibromiyalji, irritabl barsak ve kronik yorgunluk sendromu gibi işlevsel bazı hastalıklarda da somatik belirtiler ve psikolojik etkilenmeler tanımlanmakta ve psikiyatrik tedaviler de kullanılmaktadır (60). Öte yandan tanı sınıflamalarındaki düzenlemenin, pek çok tıbbi hastalıkta da bu grup bozukluk tanılarının uyabileceği belirtilmiştir (61).

Tıbbi hastalık tanısı alan hastalarda 1 yıllık yaygınlığın bakıldığı bir çalışmada yatan hastalarda %43,7 ve ayaktan hastalarda %42,2 oranında ruhsal bozukluğun olduğu görülmüştür (62).

Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda, tanı konulurken ve tedavi sürdürülürken bütüncül bir yaklaşım benimsenmesinin hasta yararına olacağı düşünülmektedir.

2.1.5. Tedavi

Bedensel belirtilerlerin görüldüğü psikiyatrik tanıların tedavi prensipleri çoğunlukla benzerdir. Süreğen belirtiler ve hastanın sağlık sisteminde uzun süre çözüm araması, belirtilerle ilgili çeşitli düşünce ve inançlar, eşlik eden ruhsal sıkıntılar göz önünde bulundurulduğunda tedavide çeşitli zorluklar yaşanabilmektedir (24).

Özellikle tanı karmaşası ve bedensel hastalık gidişatını etkileyen ruhsal belirti ve eş tanılar göz önüne alındığında, hem bütüncül bir bakış hem de hastanın durumuna özgü tedavi seçimi önemli olmaktadır (63).

Bedensel belirti bozukluğunda eşlik eden depresyon ve anksiyete bozukluklarında SSRI ve SNRI'lar gibi farmakoterapi seçenekleri kullanılabilir (64) Ağrının ön planda olduğu bozukluklarda da etkindir. Gabapentinoidler de ağrı tedavisinde kullanılabilir, duygudurum etkisi çalışmalarda anlamlı bulunmamıştır (65). Diğer hekimlerle de işbirliği içinde diğer tedavi seçenekleri düzenlenmektedir.

Fibromiyalji, irritabl barsak sendromu gibi fonksiyonel sendromlarda da ağrı kesiciler ve SSRI, SNRI grubu ilaçlar çeşitli çalışmalarda etkili bulunmuştur (12) (24).

Uyku sorunlarının ve sirkadien ritmin düzenlenmesinde melatonin ve diğer hipnotik etkili tedaviler başlanılabilmektedir (66).

Sosyal ve çevresel şartların da ele alınması ve hastaya psikoeğitim verilmesi göz önünde bulundurulmalıdır (24).

Bilişsel davranışçı terapi, Kabul ve Kararlılık Terapisi, Psikanalitik Yönelimli Terapiler başlıca psikoterapötik tedavi yöntemleridir. Duygu regülasyonu becerisi, stres yönetimi, bilişsel ve davranışsal müdahalelerle kaçınmanın azalması, işlevselliğin artırılması, yaşam kalitesinin iyileşmesi amaçlanmaktadır. Etkileri ile ilgili kapsamlı çalışmalar kısıtlıdır (23) (24) (67) (68) (69) (70).

2.2. MEME KANSERİ

Meme kanseri, meme dokusundan köken alan, kadın cinsiyette daha sık görülen kanser türüdür. WHO'ya kaynaklarına göre kadında en sık görülen kanserdir. Önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olduğundan önleme, tedavi ve rehabilitasyonu önemli bir yer tutmaktadır (71).

Meme kanseri tanısı aldıktan sonra başlayan ruhsal bozuklukların araştırıldığı bir meta-analizde, hastalığa stres yanıtı %39, anksiyete belirtileri %34, travma sonrası stres belirtileri %9,6, depresif belirtiler %19 ile %66,1 oranında bulunmuştur (72).

Bir diğer çalışmada akciğer kanseri hastalarında, ruhsal bozuklukların mortalite ile ilişkisi olduğu görülmüştür (73). Kanser tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada, 1 yıllık ruhsal bozukluk görülme oranı %39,4, yaşam boyu ise bu oran %56,3 olarak bulunmuştur (74). Somatik belirtiler ise genelde hastalığa bağlı olarak kabul edildiğinden ihmal edilmektedir (75).

Depresyon ve anksiyete bozukluklarının meme kanserinin geri dönmesi ve ölüm oranlarına yaptığı etkileri inceleyen bir meta-analiz yapılmıştır. Çalışmada, her iki bozukluğun hastalığın tekrarı ve tüm sebeplerle ölümler üzerinde ve depresyonun kanser sebebiyle olan ölümler üzerinde etkisi olduğu bulunmuştur (19).

Kesitsel bir çalışmada yaşantısal kaçınmanın çeşitli psikolojik belirtiyi yordadığı bulunmuştur (76).

2.3. KABUL VE KARARLILIK TERAPİSİ (ACT)

ACT, bilişsel davranışçı geleneğe bağlı radikal davranışçı bir psikoterapi modelidir. İşlevsel bağlamcılık adı verilen bilimsel yaklaşıma ve davranışın dil ve biliş ile ilişkisini ortaya koyan ilişkisel çerçeve kuramına (RFT) dayanır. Bu temel üzerine klinik uygulamada tanı ötesi bir çalışma sürdürülmekte ve psikolojik süreçlerde, dilin davranışlar üzerindeki etkisi ve işlevsellik ön plana çıkmaktadır.

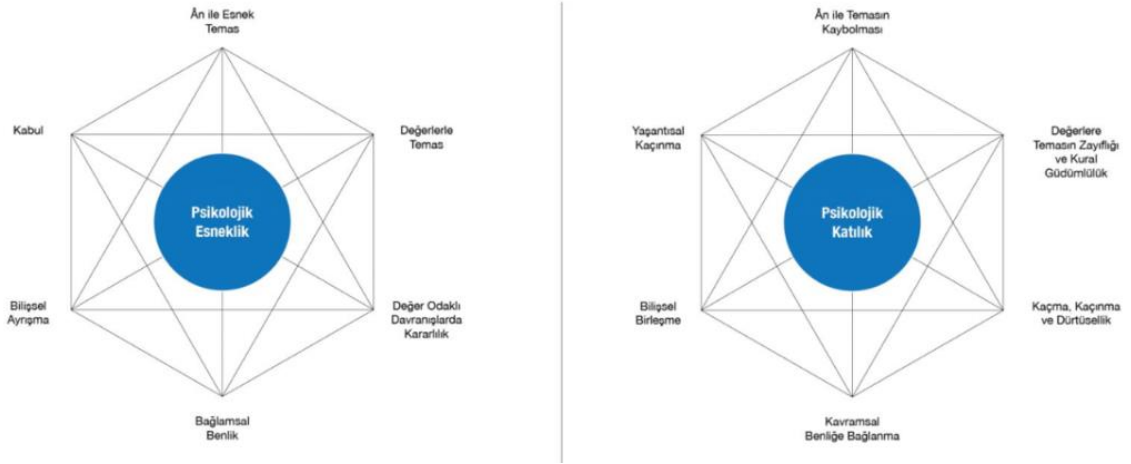
Terapötik pratiğinde kendinelik ve kabul müdahaleleri temel alınmaktadır. Klinik çalışmada hedef olarak belirtileri azaltmak değil, kişinin kendi değerlerinin rehberliğinde yaşamını sürdüreceği şeklinde davranma kabiliyeti edinmektir. Kişinin öznelliğini göz önünde bulundurarak, insani bir bakış açısı benimsemektedir (77).

ACT’de katılık, psikolojik süreçlerdeki patolojiyi çeşitli kavramlarla açıklamaktadır. An ile temasın kaybolması, bilişsel birleşme, yaşantısal kaçınma, kavramsal benliğe bağlanma, kaçma-kaçınma ve dürtüsellik, değerlerden uzaklaşma olarak adlandırılan bu kavramların her birinin diğerleri ile ilişkisi bulunmaktadır. Her birinin davranışlar üzerinde etkileri olabilmekte, kişinin dar bir bakış açısı ve kısıtlı bir davranış çeşitliliğinin olmasına ve ruhsal acı yaşamasına zemin hazırlamaktadır.

Psikolojik esneklik ise, kişinin bulunduğu anla kendinde bir şekilde temasını, içsel ve dışsal olagelen durumların farkında olarak değerlerinin rehberliğinde davranması şeklinde tanımlanabilmekte ve kabul, an ile esnek temas, bilişsel ayrışma, bağlamsal benlik, değer odaklı davranışlarda kararlılık ve değerlerle temas şeklindeki yine birbiri ile bağlantılı kavramları içermektedir. İşte ACT’in müdahale enstrümanları, esnek altıgenin köşelerini temel almakta ve katılıktan esnekliğe dönüşen bir psikolojik sürece eşlik etmektedir (78).

Bağlamsal benlik, içsel ve dışsal olagelen yaşantıları gözlemleyen, anda olarak, zamanla sabit ve değişmeyen kısımdır. Kişinin kendini bütün olarak görebileceği bakış açısını sağlamaktadır. Kabul, ayrışma, sabit benlik algısı çalışılarak davranış çeşitliliği sağlanabilmektedir. Kavramsal benliğin baskın olması, kişinin hisleri ve deneyimlerinden yola çıkarak kendine atfettiği tanım ve etiketlerin, değerlere uygun davranışlardan geri çekilmesi ile sonuçlanmaktadır (79).

Yaşantısal kaçınma, zorlayan düşünce, duygu, duyum, bedensel belirti, içsel durumlardan kurtulabilmek için tetikleyicileri düzenlenmesi ve yatıştırılması için çeşitli davranışların çok veya az bir şekilde yapılmasını nitelemektedir ve işlevselliği etkilemektedir (79) (80).



Şekil 2.3. Psikolojik Esneklik ve Psikolojik Katılık Altıgenleri

ACT müdahale yöntemlerinin görsel ve ses materyalleri ile kullanıldığı internet tabanlı, 7 erişkin kanser hastasının katıldığı bir çalışma sonucunda yaşam kalitesi ve psikolojik esnekliğin iyileştiği; çökkünlük, kaygı, yorgunluk gibi semptomların gerilediği bulunmuştur (81). Yine internet tabanlı, 75 kanser hastası ve kontrol grubunun olduğu ACT müdahale çalışmasında benzer sonuçlar alınmıştır (82).

ACT ile çalışılan bir araştırma, anksiyete bozukluklarında yaşantısal kaçınma ile fiziksel sağlık problemlerinin görülmesi ilişkili bulunmuştur (83). İBS grup müdahalesi yapılan bir çalışmada, İBS semptomlarında belirgin değişiklik olmayıp eşlik eden depresif semptomların gerilediği, süreğen ağrısı olan hastalarla yapılan başka bir çalışmada olumlu benlik duygusu ile iyilik halinin ilişkili olduğu bulunmuştur (84). Bir meta-analizde ACT müdahalelerinin kronik sağlık sorunu olan hastalarda yaşam kalitesinin artması ile ilişkili bulunmuştur (85) (86). Bir başka çalışmada yaşantısal kaçınmanın somatik yakınmaları da içeren ruhsal süreçler üzerindeki etkisi araştırılmış ve olumsuz bir ilişki bulunmuştur (87).

Yapılan çeşitli psikolojik müdahale ile meme kanseri hastalarında yaşam kalitesi puanlarını arttırdığı görülen bir metaanaliz yayınlanmıştır (88).

Meme kanseri hastaları ile 8 seanslık ACT ile yürütülen grup müdahalesinde kendinelik, kabul ve özşefkat müdahaleleri yapılmış olup ruhsal sağlık üzerinde anlamlı gelişme olduğu belirtilmiştir (89).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMANIN TASARIMI

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Medikal Onkoloji bölümünde takipli, remisyonda olup operasyon ve/veya ilk tedavilerini tamamlamış, idame tedavi alan veya tedavisi bitmiş meme kanseri tanısı almış hastalar, onkoloji hekimleri tarafından psikiyatri polikliniğine yönlendirilmiştir.

Onam veren 153 hasta değerlendirmeye alınmış, 14 hasta ölçekleri tamamlamadıkları, 37 hasta ise kronik seyirli veya görüşme esnasında tanımlanmış bir psikiyatrik bozukluk nedeni ile çalışmadan çıkarılmıştır. 102 hasta ile görüşme tamamlanarak çalışmaya dahil edilmiştir.

Kontrol grubu olarak, tıbbi bir hastalığın aktif döneminde olmayan, meme kanseri veya başka bir onkolojik tanısı olmayan hastane çalışanları çalışmaya davet edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul ederek onam veren 163 sağlıklı gönüllü değerlendirilmiş, 19 kişi ölçekleri tamamlamadıkları, 42 kişi ise kronik seyirli veya görüşme esnasında tanımlanmış bir psikiyatrik bozukluk nedeni ile çalışmadan çıkarılmıştır. 102 sağlıklı gönüllü ile görüşme tamamlanarak çalışmaya dahil edilmiştir.

Sözel ve yazılı olarak onam alınarak değerlendirmeye alınan hasta ve sağlıklı kontrol gruplarına klinisyen tarafından DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5) formu uygulanmıştır.

Klinik görüşme tamamlanarak katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Kısa Yaşantısal Kaçınma Ölçeği (BEAQ), Bağlamsal Benlik Ölçeği (BBÖ), Hasta Sağlık Anketi Somatik Semptom Alt Ölçeği (PHQ 15), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu (WHOQOL-BREF) uygulanmıştır.

Araştırmanın etik kurul onayı, 24.10.2024 tarihli İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 979 karar numarası ile alınmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

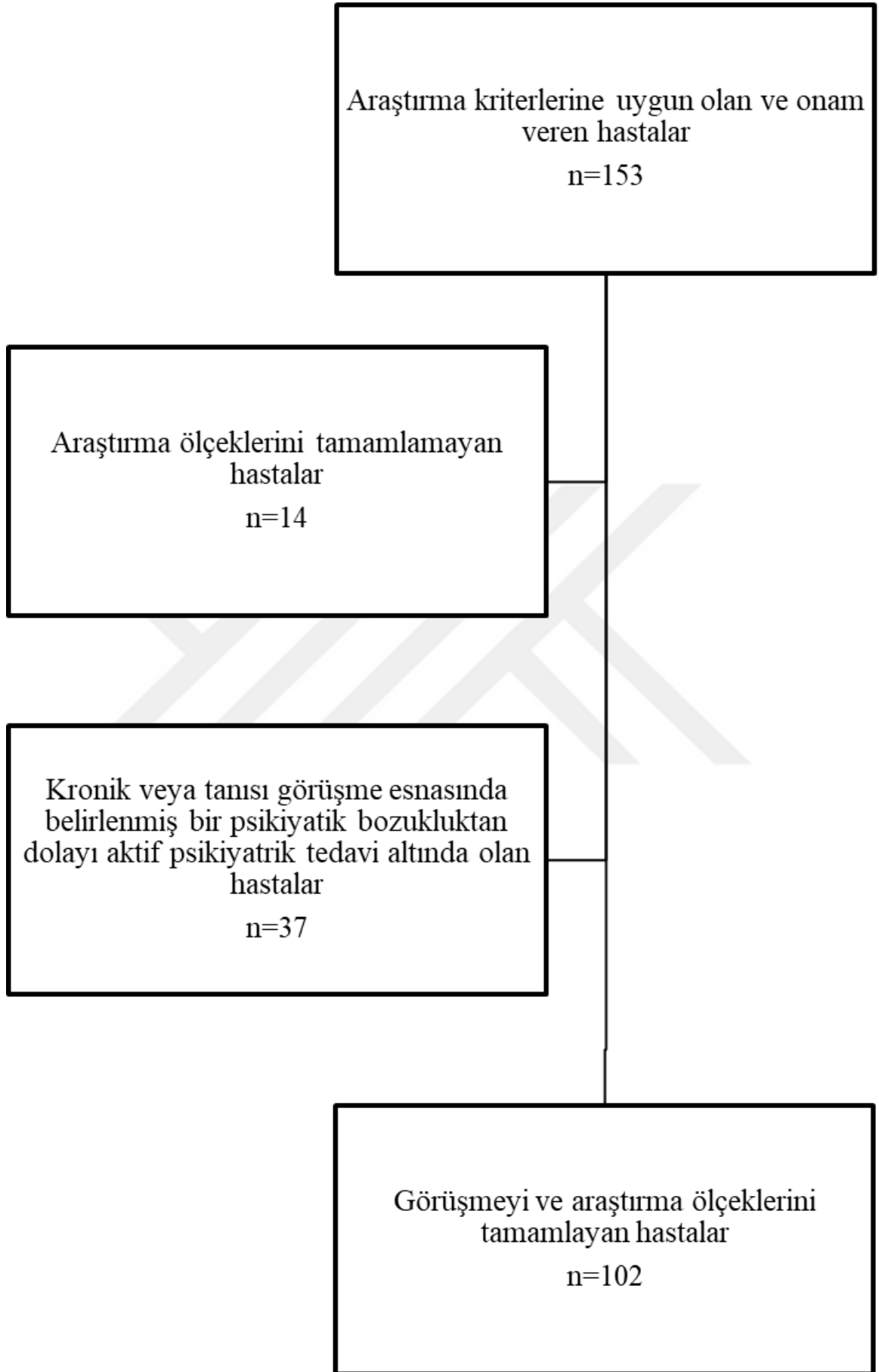
- 1) 18 yaşından büyük, 65 yaşından küçük olmak
- 2) Okur-yazar veya üzerinde eğitim almış olmak
- 3) Araştırmaya katıldığına dair bilgilendirilmiş olmak ve yazılı onam vermek
- 4) Meme kanseri tanısı almış ve remisyon döneminde olmak.

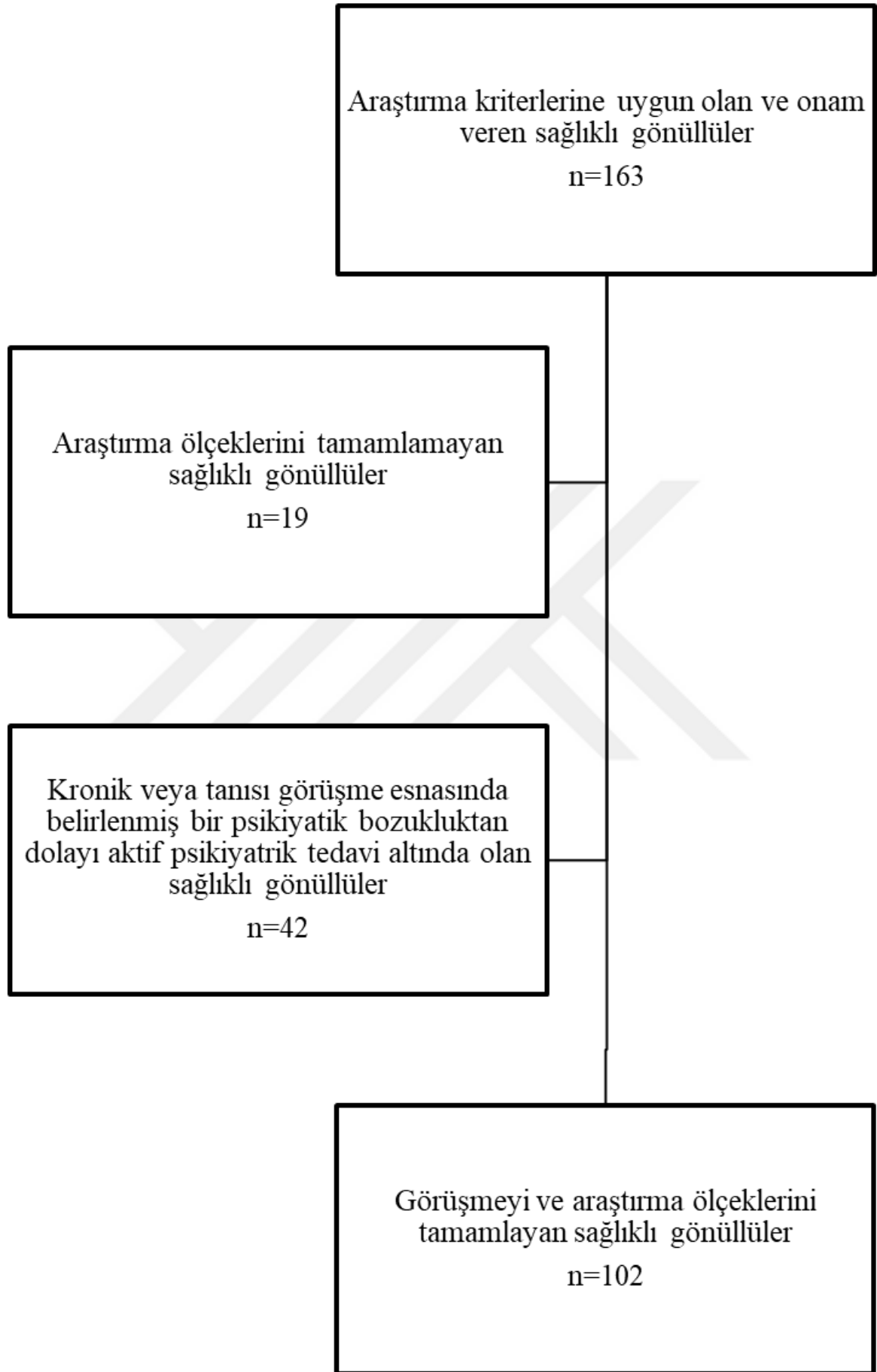
Dışlama kriterleri:

1) Kronik veya yeni tanı psikiyatrik bozukluk nedeni ile psikiyatrik tedavi altında olmak.

2) Meme kanseri aktif hastalık, nüks, metastatik hastalık döneminde olmak

Çalışma tasarımı, akış şemasında gösterilmiştir.





3.2. ÖLÇME ARAÇLARI

3.2.1. Bilgilendirilmiş onam formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan, katılımcılara çalışmanın amacıyla birlikte detaylı bilginin sunulduğu ve yazılı olarak katılımcı onamının alındığı formdur. Katılımcıya tüm açıklığı ile çalışmanın bilgisinin anlatılarak formun okunması ve imzalaması gerekmektedir. Katılımcılar istedikleri zaman çalışmadan ayrılma hakkına sahiptirler.

3.2.2. DSM-5 için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-5)

DSM-5 tanı ölçütleri temelinde uyarlanmış olan, yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Güvenilir bir değerlendirme yöntemidir. First ve ark. Tarafından 2015 yılında uyarlanmış olup türkçe uygunluğu Elbir ve ark. tarafından yayınlanmıştır (90) (91).

10 modül olarak yapılandırılmış olup 32 tanı grubunda ayrıntılı olarak tanı ölçütleri, 17 tanı grubunda ise yalnızca araştırma soruları yer almaktadır. Modüller psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar ile travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, diğer bozukluklar için araştırmacı sorular ve uyum bozukluğunu bulundurmaktadır.

SCID-5 ağır bilişsel bozukluk, ağır psikotik belirtisi, ajitasyonu olmayan, 18 yaş üstü olan kimselere uygulanabilir. Hasta ve yakınları, sağlık çalışanları, klinisyen gözlemi ile bilgi edinilebilir. Tek oturumda veya gerekirse ek görüşme yapılarak tamamlanabilir. Yaklaşık olarak 40-60 dakikalık bir görüşmedir. Klinisyen tarafından uygulanır.

3.2.3. Sosyodemografik veri formu

Çalışmanın araştırmacıları tarafından hazırlanmış olup, katılan gönüllülerin sosyodemografik özellikleri, tıbbi hastalık öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, psikiyatrik tedavi öyküsünün derlendiği formdur.

3.2.4. Kısa yaşantısal kaçınma ölçeği (BEAQ)

Yaşantısal kaçınmanın çeşitli taraflarını anlamayı yordayan ölçeğin 15 maddesi olup, maddeler 6'lı Likert ölçeğinde kurgulanmıştır gönüllüler tarafından 1:kesinlikle katılmıyorum ile 6:kesinlikle katılıyorum şeklinde puanlanmaktadır. En az 15 ve en çok 90

puan alınır, 6. madde ters maddedir (92). Toplam puan yükseldikçe kaçınmanın arttığını göstermektedir.

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik için yapılan araştırma Balcı ve arkadaşları tarafından 2023'te yayınlanmıştır (93). Katılımcılar tarafından doldurulmaktadır.

3.2.5. Bağlamsal benlik ölçeği (BBÖ)

Bağlamsal Benlik Ölçeği, 2018'de Zettle tarafından tasarlanmış ve 10 maddeden oluşan ve 1:kesinlikle katılmıyorum, 7:kesinlikle katılıyorum şeklinde 7'li likert tipinde puanlanır.

Türkçe geçerlik ve güveniliği Aydın ve ark. tarafından yapılmış olup bir madde çıkarılmış ve bu şekilde Türkçeye uyarlanmıştır (94).

Yüksek puanlar daha bütünlüklü benlik duygusunu yordamaktadır. Katılımcılar tarafından doldurulmaktadır.

3.2.6. Hasta sağlık anketi somatik semptom alt ölçeği (PHQ-15)

PHQ-SADS, PHQ-9 depresyon, GAD-7 anksiyete ve PHQ-15 somatik semptom alt ölçekleri olan formdur. Çalışmamızda PHQ-15 somatik semptom alt ölçeği kullanılmıştır. Bu alt ölçeğin 15 maddesi vardır ve son 4 haftada belirtilen semptomların şiddeti 0=hiç rahatsız olmadım, 1=biraz rahatsız oldum ve 2=çok rahatsız oldum şeklinde puanlarla belirtilmekte ve hasta tarafından doldurulmaktadır.

Şiddeti belirtmek üzere kısımlara ayrılınca, ≥ 5 , ≥ 10 , ≥ 15 puanları hafif, orta ve şiddetli somatizasyonu belirlemektedir. Türkçe geçerlik güvenilirliğinin araştırıldığı çalışma, 2012 yılında Yazıcı ve arkadaşları tarafından yayına sunulmuştur (95).

3.2.7. Toronto aleksitimi ölçeği (TAÖ-20)

20 maddeden oluşan bir özbebildirim ölçeği olup 1-Hiçbir zaman, 2- Nadiren, 3-Bazen, 4-Sık sık, 5-Her zaman şeklinde 5'li likert tipindedir. Bagby tarafından geliştirilmiştir ve aleksitimi varlığı için 61 puan ve üstünde, aleksitimi yok diyebilmek için 51 puan ve altında alınması önerilmektedir (96) (97). Bunların arası "borderline" olarak belirtilmiştir. Türkçe üst puan ise 59 olarak hesaplanmıştır (98). 4, 5, 10, 18 ve 19. ters hesaplanan maddelerdir.

Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini araştırmak için yapılan çalışma, Güleç ve ark. tarafından 2011 yılında yayınlanmıştır (99).

3.2.8. Dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeği kısa formu (WHOQOL-BREF)

Ölçek DSÖ tarafından geliştirmiş, Türkçe geçerlik ve güvenirliği Eser ve ark. tarafından yapılmıştır. Uzun (WHOQOL-100) ve kısa (WHOQOL-27) olarak iki formu geliştirilmiştir.

Fiziksel sağlık, psikolojik durum, sosyal bağlar ve çevresel iyilik hallerini sorgulamaktadır. Bu alanlarda 26 soruyu içeren ölçeğin 27. sorusu Türkçe formuna eklenmiş olup çevre-TR şeklinde belirtilmektedir. Her bölümden 20 puana kadar alınabilir ve 100 puan üzerinde uyarlanarak hesaplanır. Puanların artması yaşam kalitesi ile orantılıdır (100).

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışma kapsamında değerlendirilen bireylerin demografik ve klinik nitelikleri, betimleyici istatistiksel analizlerle (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma vb.) incelenmiştir. MK ve KG arasında klinik ve demografik özellikler ile ilgili oransal veriler Ki-Kare Testi ile karşılaştırılmıştır. MK ve KG arasında yaş, PHQ, BEAQ, BBÖ, TAÖ20, WHOQOL ortalamalarının karşılaştırılması ve MK grubunda tıbbi hastalık varlığına ve psikiyatrik tedavi varlığına göre PHQ, BEAQ, BBÖ ve WHOQOL puan ortalamalarının karşılaştırılması Bağımsız Gruplar t testi ile yapılmıştır.

MK'da psikiyatrik tedavi varlığına göre PHQ, BEAQ, BBÖ ve WHOQOL puanlarının karşılaştırılmasında ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. MK ve KG vakalarında PHQ, BEAQ, BBÖ ve WHOQOL puanları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi ile incelenmiştir.

MK ve KG vakalarında PHQ puanlarını açıklamada BEAQ, BBÖ ve WHOQOL puanlarının etkinliği Çok Değerşkenli Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi ile incelenmiştir.

Tüm analizler için anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık değerleriyle ($\pm 1,5$) kontrol edilmiştir. Analizlerin uygulamasında IBM SPSS 26.0 programı kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. MK ve KG arasında demografik özelliklerinin karşılaştırılması

		MK		KG		Analiz	p
		n/Ort.	%/SS.	n/Ort.	%/SS.		
Yaş		49,15	6,76	47,60	8,43	t=1,45	0,149
Medeni durum	Bekar	13	12,7	13	12,7	X2=3,11	0,375
	Evli	75	73,5	82	80,4		
	Boşanmış	10	9,8	6	5,9		
	Dul	4	3,9	1	1,0		
Eğitim	Okuryazar	2	2,0	0	0,0	X2=6,30	0,098
	İlk öğretim	34	33,3	32	31,4		
	Lise	33	32,4	47	46,1		
	Üniversite ve üzeri	33	32,4	23	22,5		
Yasadığı kişi	Yalnız	7	6,9	3	2,9	X2=9,41	0,024
	Ebeveynler	4	3,9	14	13,7		
	Eş ve çocuklar	80	78,4	80	78,4		
	Diğer	11	10,8	5	4,9		
Kardeş sayısı	,00	3	2,9	0	0,0	X2=10,84	0,013
	1,00	9	8,8	3	2,9		
	2,00	26	25,5	16	15,7		
	3,00 ve üzeri	64	62,7	83	81,4		
Çalışma durumu	Çalışıyor	44	43,1	60	58,8	X2=5,11	0,072
	Çalışmıyor	47	46,1	33	32,4		
	Emekli	11	10,8	9	8,8		
Meslek	İşçi	20	19,6	17	16,7	X2=11,33	0,003
	Memur	13	12,7	33	32,4		
	Diğer	69	67,6	52	51,0		

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi, X2=Ki-Kare Testi.

MK grubu vakaların 13'ünün (%12,7) bekar, 75'inin (%73,5) evli, 10'unun (%9,8) boşanmış, 4'ünün (%3,9) dul olduğu bulundu. Vakaların 2'sinin (%2) okuryazar, 34'ünün (%33,3) ilköğretim, 33'ünün (%32,4) lise, 33'ünün (%32,4) üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olduğu bulundu. Vakaların 7'sinin (%6,9) yalnız, 4'ünün (%3,9) ebeveynler ile, 80'inin (%78,4) eş ve çocuklar ile, 11'inin (%10,8) ise diğer kişilerle yaşadıkları bulundu. Vakaların 9'unun (%8,8) 1, 26'sının (%25,5) 2, 64'ünün (%62,7) 3 ve üzeri kardeşinin olduğu bulundu. Vakaların 44'ünün (%43,1) çalıştığı, 47'sinin (%46,1) çalışmadığı, 11'inin (%10,8) ise emekli olduğu bulundu. Vakaların 20'sinin (%19,6) işçi, 13'ünün (%12,7) memur, 69'unun (%67,6) diğer meslekten olduğu bulundu.

Kontrol grubu vakaların 13'ünün (%12,7) bekar, 82'sinin (%80,4) evli, 6'sının (%5,9) boşanmış, 1'inin (%1) dul olduğu bulundu. Vakaların 32'sinin (%31,4) ilk öğretim, 47'sinin (%46,1) lise, 23'ünün (%22,5) üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olduğu bulundu. Vakaların 3'ünün (%2,9) yalnız, 14'ünün (%13,7) ebeveynler ile, 80'inin (%78,4) eş ve çocuklar ile, 5'inin (%4,9) ise diğer kişilerle yaşadığı bulundu. Vakaların 3'ünün (%2,9) 1, 16'sının (%15,7) 2, 83'ünün (%81,4) 3 ve üzeri kardeş sayısı olduğu bulundu. Vakaların 60'ının (%58,8) çalıştığı, 33'ünün (%32,4) çalışmadığı, 9'unun (%8,8) emekli olduğu bulundu. Vakaların 17'sinin (%16,7) işçi, 33'ünün (%32,4) memur, 52'sinin (%51) diğer meslekten olduğu bulundu.

MK grubu vakaların yaş ortalamalarının $49,15 \pm 6,76$, KG vakaların yaş ortalamalarının $47,60 \pm 8,43$ olduğu bulundu. Bağımsız Gruplar t testine göre MK ve KG grupları arasında yaş ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık göstermediği ($t=1,45$, $p=0,149$) bulundu.

Ki-Kare Testine göre MK ve KG grupları arasında yaşadığı kişi ($X^2=9,41$, $p=0,024$), kardeş sayısı ($X^2=10,84$, $p=0,013$), meslek ($X^2=11,33$, $p=0,003$) oranlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulundu.

Tablo 4.2. MK ve KG arasında klinik özelliklerinin karşılaştırılması

		MK		KG		X ²	p
		n	%/	n	%/		
Ailede psikiyatrik hastalık	Yok	73	71,6	88	86,3	6,63	0,010
	Var	29	28,4	14	13,7		
Tıbbi hastalık	Yok	50	49,0	66	64,7	5,12	0,024
	Var	52	51,0	36	35,3		
Mevcut psikiyatrik tedavi	Evet	24	23,5	9	8,8	8,13	0,004
	Hayır	78	76,5	93	91,2		
Eski psikiyatrik tedavi	Evet	42	41,2	26	25,5	5,65	0,017
	Hayır	60	58,8	76	74,5		

X²=Ki-Kare Testi.

Ki-Kare Testinde MK grubu vakaların KG vakalarına göre ailede psikiyatrik rahatsızlık ($X^2=6,63$, $p=0,010$) ve tıbbi hastalık ($X^2=5,12$, $p=0,024$), mevcut psikiyatrik tedavi ($X^2=8,13$, $p=0,004$) ve eski psikiyatrik tedavi ($X^2=5,65$, $p=0,017$) oranlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu.

Tablo 4.3. MK ve KG arasında PHQ ortalamalarının karşılaştırılması

		MK		KG		t	p
		Ort.	SS.	Ort.	SS.		
PHQ		1,62	1,28	1,31	0,99	1,89	0,060

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi

Bağımsız Gruplar t testine göre MK ve KG grupları arasında PHQ ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık göstermediği ($t=1,89$, $p=0,060$) bulundu.

Tablo 4.4. MK ve KG arasında BEAQ ortalamalarının karşılaştırılması

		MK		KG		t	p
		Ort.	SS.	Ort.	SS.		
BEAQ		52,06	13,83	47,86	11,97	2,32	0,022

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi

Bağımsız Gruplar t testinde MK grubu vakaların KG grubu vakalarına göre BEAQ ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($t=2,32$, $p=0,022$) bulundu.

Tablo 4.5. MK ve KG arasında BBÖ ortalamalarının karşılaştırılması

	MK		KG		t	p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
BBÖ	51,75	9,90	50,43	10,16	0,94	0,351

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi

Bağımsız Gruplar t testine göre MK ve KG grupları arasında BBÖ ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık göstermediği (t=0,94, p=0,351) bulundu.

Tablo 4.6. MK ve KG arasında TAÖ20 ortalamalarının karşılaştırılması

	MK		KG		t	p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
TAÖ20	1,47	0,67	1,36	0,61	1,20	0,231

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi

Bağımsız Gruplar t testine göre MK ve KG grupları arasında TAÖ20 ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık göstermediği (t=1,20, p=0,231) bulundu.

Tablo 4.7. MK ve KG arasında WHOQOL ortalamalarının karşılaştırılması

	MK		KG		t	p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
WHOQOL Genel	63,41	17,33	73,53	14,33	-4,54	<0,001
WHOQOL Fiziksel	63,06	15,14	74,88	12,09	-6,16	<0,001
WHOQOL Psikolojik	75,57	93,42	74,43	7,82	0,12	0,903
WHOQOL Sosyal	58,40	15,41	74,45	12,18	-8,25	<0,001
WHOQOL Çevresel	69,46	13,56	75,56	10,67	-3,57	<0,001

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi

Bağımsız Gruplar t testinde MK grubu vakaların KG grubu vakalarına göre WHOQOL Genel (t=-4,54, p<0,001), WHOQOL Fiziksel (t=-6,16, p<0,001), WHOQOL Sosyal (t=-8,25, p<0,001) ve WHOQOL Çevresel (t=-3,57, p<0,001) ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha düşük olduğu bulundu.

Tablo 4.8. MK’da PHQ, BEAQ, BBÖ ve WHOQOL puanları arasındaki ilişki

		1	2	3	4	5	6	7	8
1-PHQ	r	-							
	p	-							
2-BEAQ	r	0,281							
	p	0,004							
3-BBÖ	r	-0,090	0,171						
	p	0,370	0,085						
4-TAÖ20	r	0,246	0,351	-0,191					
	p	0,013	<0,001	0,055					
5-WHOQOL Genel	r	-0,281	-0,061	0,206	-0,270				
	p	0,004	0,541	0,038	0,006				
6-WHOQOL Fiziksel	r	-0,284	0,006	0,252	-0,313	0,435			
	p	0,004	0,950	0,011	0,001	<0,001			
7-WHOQOL Psikolojik	r	-0,079	-0,003	-0,006	-0,123	0,144	0,145		
	p	0,430	0,973	0,951	0,220	0,150	0,145		
8-WHOQOL Sosyal	r	-0,094	-0,002	0,340	-0,306	0,363	0,308	0,146	
	p	0,346	0,987	<0,001	0,002	<0,001	0,002	0,144	
9-WHOQOL Çevresel	r	-0,171	0,050	0,492	-0,326	0,426	0,565	0,146	0,527
	p	0,085	0,620	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	0,142	<0,001

r=Pearson Korelasyon Analizi.

Pearson Korelasyon Analizine göre MK grubu vakalarının PHQ puanları ile BEAQ (r=0,281, p=0,004) ve TAÖ20 (r=0,246, p=0,013) puanları arasında istatistik olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Buna ek olarak PHQ puanları ile WHOQOL Genel (r=-0,281, p=0,004) ve WHOQOL Fiziksel (r=-0,284, p=0,004) puanları arasında istatistik olarak anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre MK grubu vakalarının BEAQ puanları ile TAÖ20 puanları arasında istatistik olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu (r=0,351, p<0,001) bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre MK grubu vakalarının BBÖ puanları ile WHOQOL Genel (r=0,206, p=0,038), WHOQOL Fiziksel (r=0,252, p=0,011), WHOQOL Sosyal (r=0,340, p<0,001) ve WHOQOL Çevresel (r=0,492, p<0,001) puanları arasında istatistik olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre MK grubu vakalarının TAÖ20 puanları ile WHOQOL Genel ($r=-0,270$, $p=0,006$), WHOQOL Fiziksel ($r=-0,313$, $p=0,001$), WHOQOL Sosyal ($r=-0,306$, $p=0,002$) ve WHOQOL Çevresel ($r=-0,326$, $p=0,001$) puanları arasında istatistik olarak anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.

Tablo 4.9. KG’da PHQ, BEAQ, BBÖ ve WHOQOL puanları arasındaki ilişki

		1	2	3	4	5	6	7	8
1-PHQ	r	-							
	p	-							
2-BEAQ	r	0,289							
	p	0,003							
3-BBÖ	r	-0,013	0,047						
	p	0,900	0,636						
4-TAÖ20	r	0,316	0,190	-0,286					
	p	0,001	0,056	0,004					
5-WHOQOL Genel	r	-0,419	-0,152	-0,063	-0,331				
	p	<0,001	0,128	0,528	0,001				
6-WHOQOL Fiziksel	r	-0,443	-0,298	0,004	-0,334	0,538			
	p	<0,001	0,002	0,968	0,001	<0,001			
7-WHOQOL Psikolojik	r	-0,388	-0,239	-0,035	-0,255	0,436	0,630		
	p	<0,001	0,016	0,727	0,010	<0,001	<0,001		
8-WHOQOL Sosyal	r	-0,326	-0,150	0,021	-0,326	0,459	0,537	0,532	
	p	0,001	0,133	0,835	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
9-WHOQOL Çevresel	r	-0,201	-0,137	0,003	-0,313	0,448	0,594	0,606	0,587
	p	0,042	0,170	0,976	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

r=Pearson Korelasyon Analizi.

Pearson Korelasyon Analizine göre KG grubu vakalarının PHQ puanları ile WHOQOL Genel ($r=-0,419$, $p<0,001$), WHOQOL Fiziksel ($r=-0,443$, $p<0,001$), WHOQOL Psikolojik ($r=-0,388$, $p<0,001$), WHOQOL Sosyal ($r=-0,326$, $p=0,001$), WHOQOL Çevresel ($r=-0,201$, $p=0,042$) puanları arasında istatistik olarak anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu. Bunlara ek olarak PHQ puanları ile BEAQ ($r=0,289$, $p=0,003$) ve TAÖ20 ($r=0,316$, $p=0,001$) puanları arasında istatistik olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre KG grubu vakalarının BEAQ puanları ile WHOQOL Fiziksel ($r=-0,298$, $p=0,002$) ve WHOQOL Psikolojik ($r=-0,239$, $p=0,016$) puanları arasında istatistik olarak anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre KG grubu vakalarının BBÖ puanları ile TAÖ20 puanları arasında istatistik olarak anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu ($r=-0,286$, $p=0,004$) bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre KG grubu vakalarının TAÖ20 puanları ile WHOQOL Genel ($r=-0,331$, $p=0,001$), WHOQOL Fiziksel ($r=-0,334$, $p=0,001$), WHOQOL Psikolojik ($r=-0,255$, $p=0,010$), WHOQOL Sosyal ($r=-0,326$, $p=0,001$) ve WHOQOL Çevresel ($r=-0,313$, $p=0,001$) puanları arasında istatistik olarak anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.

Tablo 4.10. MK'da tıbbi hastalık varlığına göre PHQ, BEAQ, BBÖ ve WHOQOL puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Yok		Var		t	p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
PHQ	1,64	1,51	1,60	1,03	0,17	0,864
BEAQ	50,52	14,72	53,54	12,90	-1,10	0,273
BBÖ	50,48	11,12	52,96	8,49	-1,27	0,207
TAÖ20	1,44	,64	1,50	,70	-0,45	0,654
WHOQOL Genel	62,60	19,15	64,19	15,52	-0,46	0,645
WHOQOL Fiziksel	62,38	15,38	63,71	15,03	-0,44	0,659
WHOQOL Psikolojik	84,36	132,98	67,12	12,13	0,93	0,354
WHOQOL Sosyal	57,48	16,47	59,29	14,42	-0,59	0,556
WHOQOL Çevresel	68,26	14,58	70,62	12,55	-0,88	0,383

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi

Bağımsız Gruplar t testinde MK grubu vakalarının tıbbi hastalık varlığına göre PHQ ($t=-0,17$, $p=0,864$), BEAQ ($t=-1,10$, $p=0,273$), BBÖ ($t=-1,27$, $p=0,207$), TAÖ20 ($t=-0,45$, $p=0,654$), WHOQOL Genel ($t=-0,46$, $p=0,645$), WHOQOL Fiziksel ($t=-0,44$, $p=0,659$), WHOQOL Psikolojik ($t=-0,93$, $p=0,354$), WHOQOL Sosyal ($t=-0,59$, $p=0,556$), WHOQOL Çevresel ($t=-0,88$, $p=0,383$) ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

Tablo 4.11. MK’da psikiyatrik tedavi varlığına göre PHQ, BEAQ, BBÖ ve WHOQOL puanlarının karşılaştırılması

	Evet			Hayır			Z	p
	Med.	Q1	Q3	Med.	Q1	Q3		
PHQ	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	-1,697	0,090
BEAQ	47,50	40,00	60,00	51,50	42,00	63,00	-0,359	0,720
BBÖ	52,50	49,00	56,50	55,00	47,00	58,00	-0,806	0,420
TAÖ20	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	-0,138	0,890
WHOQOL Genel	62,00	37,00	75,00	62,00	50,00	75,00	-1,317	0,188
WHOQOL Fiziksel	63,00	56,00	69,00	63,00	56,00	75,00	-0,601	0,548
WHOQOL Psikolojik	69,00	56,00	75,00	69,00	56,00	75,00	-0,656	0,512
WHOQOL Sosyal	56,00	47,00	69,00	56,00	50,00	69,00	-1,268	0,205
WHOQOL Çevresel	75,00	63,00	75,00	75,00	63,00	75,00	-0,032	0,974

Med.=Medyan, Mann Whitney U testi.

Mann Whitney U testinde MK grubu vakalarının tıbbi hastalık varlığına göre PHQ ($t=-0,697$, $p=0,090$), BEAQ ($t=-0,359$, $p=0,720$), BBÖ ($t=-0,806$, $p=0,420$), TAÖ20 ($t=-0,138$, $p=0,890$), WHOQOL Genel ($t=-1,317$, $p=0,188$), WHOQOL Fiziksel ($t=-0,601$, $p=0,548$), WHOQOL Psikolojik ($t=-0,656$, $p=0,512$), WHOQOL Sosyal ($t=-1,268$, $p=0,205$), WHOQOL Çevresel ($t=-0,032$, $p=0,974$) medyan değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

Tablo 4.12. MK’da PHQ puanlarını açıklamada BEAQ ve TAÖ puanlarının etkinliği

Model		Standartlaştırılmamış		Standartlaştırılmış		95,0% GA		
		Katsayılar		Katsayılar				
		B	SH	Beta	t	p	AL	ÜL
1	(Sabit)	,259	,479		,542	,589	-,691	1,210
	BEAQ	,026	,009	,281	2,933	,004	,008	,044
2	(Sabit)	,072	,488		,148	,883	-,897	1,041
	BEAQ	,021	,009	,223	2,190	,031	,002	,039
	TAÖ20	,321	,194	,168	1,650	,102	-,065	,706

Çok Değişkenli Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi, sh=Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit.

Model 1: R2=0,08, F=8,60, p=0,004

Model 2: R2=0,10, F=5,74, p=0,004

Çok Değişkenli Hiyerarşik Regresyon Analizine göre MK grubu vakaların PHQ puanlarının %8’inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=8,60, p=0,004) BEAQ skorları tarafından açıklandığı bulundu. Modele TAÖ 20 puanlarının eklenmesi ile PHQ puanlarının %10’unun (F=5,74, p=0,004) açıklandığı, model alt değişkenleri incelendiğinde PHQ puanlarını açıklamada sadece BEAQ puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili bir değişken olduğu (p=0,031, GA: -0,897, 1,041) bulundu.

Tablo 4.13. KG’da PHQ puanlarını açıklamada BEAQ ve TAÖ puanlarının etkinliği

Model	Standartlaştırılmamış		Standartlaştırılmış		95,0% GA		
	Katsayılar		Katsayılar	t	p	AL	ÜL
	B	SH	Beta				
1 (Sabit)	,164	,393		,419	,676	-,614	,943
1 BEAQ	,024	,008	,289	3,018	,003	,008	,040
2 (Sabit)	-,234	,403		-,579	,564	-1,034	,567
2 BEAQ	,020	,008	,237	2,521	,013	,004	,035
2 TAÖ20	,443	,154	,271	2,882	,005	,138	,747

Çok Değişkenli Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi, sh=Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit.

Model 1: R2=0,08, F=9,11, p=0,003

Model 2: R2=0,15, F=9,04, p<0,001

Çok Değişkenli Hiyerarşik Regresyon Analizine göre KG grubu vakaların PHQ puanlarının %8’inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=9,11, p=0,003) BEAQ skorları tarafından açıklandığı bulundu. Modele TAÖ 20 puanlarının eklenmesi ile PHQ puanlarının %15’inin (F=9,04, p<0,001) açıklandığı, model alt değişkenleri incelendiğinde

PHQ puanlarını açıklamada BEAQ (p=0,013, GA: 0,004, 0,035) ve TAÖ 20 (p=0,005, GA: 0,138, 0,747) puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili bir değişken olduğu bulundu.

Tablo 4.14. MK’da WHOQOL puanlarını açıklamada BEAQ, PHQ ve TAÖ puanlarının etkinliği

Model		Standartlaştırılmamış		Standartlaştırılmış		95,0% GA	
		Katsayılar		Katsayılar		AL	ÜL
1	(Sabit)	63,692	4,571		13,934	<,001	54,624
	BEAQ	,010	,085	,012	,118	,906	-,158
2	(Sabit)	68,459	4,250		16,107	<,001	60,026
	BEAQ	,149	,082	,176	1,818	,072	-,014
	TAÖ20	-8,161	1,692	-,466	-4,824	<,001	-11,518
3	(Sabit)	68,612	4,143		16,561	<,001	60,391
	BEAQ	,193	,082	,227	2,357	,020	,030
	TAÖ20	-7,480	1,671	-,427	-4,475	<,001	-10,796
	PHQ	-2,125	,853	-,232	-2,492	,014	-3,817

Çok Değişkenli Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi, sh=Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit.

Model 1: R2=0,00 F=0,01, p=0,906

Model 2: R2=0,19, F=11,65, p<0,001

Model 3: R2=0,24, F=10,24, p<0,001

Çok Değişkenli Hiyerarşik Regresyon Analizine göre MK grubu vakaların WHOQOL puanlarının açıklamada BEAQ skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı (F=0,01, p=0,906) bulundu. Modele TAÖ 20 puanlarının eklenmesi ile WHOQOL puanlarının %19’unun (F=11,65, p<0,001) açıklandığı, model alt değişkenleri incelendiğinde WHOQOL puanlarını açıklamada sadece TAÖ 20 (p<0,001, GA: -11,518, -4,805) puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili bir değişken olduğu bulundu. Modele PHQ puanlarının eklemesi ile WHOQOL puanlarının %24’ünün istatistiksel açıdan anlamlı seviyede açıklandığı (F=13,13, p<0,001); WHOQOL puanlarını açıklamada ise BEAQ (p=0,020, GA: 0,030, 0,355), TAÖ 20 (p=0,003, GA:-10,796, -4,163), PHQ (p=0,014, GA: -3,817, -0,433) etkili birer değişken olduğu bulundu.

Tablo 4.15. KG’da WHOQOL puanlarını açıklamada BEAQ, PHQ ve TAÖ puanlarının etkinliği

Model	Standartlaştırılmamış		Standartlaştırılmış		p	95,0% GA	
	B	SH	Beta	t		AL	ÜL
1 (Sabit)	83,309	3,615		23,048	<,001	76,138	90,481
1 BEAQ	-,183	,073	-,242	-2,491	,014	-,328	-,037
2 (Sabit)	88,209	3,589		24,578	<,001	81,087	95,330
2 BEAQ	-,130	,070	-,172	-1,864	,065	-,268	,008
2 TAÖ20	-5,448	1,366	-,368	-3,987	<,001	-8,159	-2,737
(Sabit)	87,486	3,388		25,820	,000	80,762	94,210
BEAQ	-,069	,068	-,091	-1,017	,312	-,203	,066
TAÖ20	-4,080	1,341	-,275	-3,043	,003	-6,741	-1,419
PHQ	-3,091	,843	-,340	-3,667	<,001	-4,764	-1,419

Çok Değişkenli Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi, sh=Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit.

Model 1: R2=0,06, F=6,21, p=0,014

Model 2: R2=0,19, F=11,52, p<0,001

Model 3: R2=0,29, F=13,13, p<0,001

Çok Değişkenli Hiyerarşik Regresyon Analizine göre KG grubu vakaların WHOQOL puanlarının %6’sının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=6,21, p=0,014) BEAQ skorları tarafından açıklandığı bulundu. Modele TAÖ 20 puanlarının eklenmesi ile WHOQOL puanlarının %19’unun (F=11,52, p<0,001) açıklandığı, model alt değişkenleri incelendiğinde WHOQOL puanlarını açıklamada sadece TAÖ 20 (p<0,001, GA: -8,159, -2,737) puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili bir değişken olduğu, BEAQ’nun artık ekili bir değişken olmadı bulundu. Modele PHQ puanlarının eklenmesi ile WHOQOL puanlarının %29’unun istatistiksel açıdan anlamlı seviyede açıklandığı (F=13,13, p<0,001), WHOQOL puanlarını açıklamada ise TAÖ 20 (p=0,003, GA:-6,741, -1,419) ve PHQ (p<0,001, GA: -4,764, -1,419) etkili birer değişken olduğu bulundu.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, remisyonda meme kanseri tanısına sahip hastalarda somatik belirti şiddeti ile bağlamsal benlik, yaşantısal kaçınma, sosyodemografik özellikler, yaşam kalitesi ve aleksitimi arasındaki ilişki, kontrol grubu ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma meme kanseri tanılı hastalarda somatik belirti şiddeti ile yaşantısal kaçınma ve bağlamsal benlik ilişkisini birlikte araştıran ilk araştırmadır. Meme kanseri ve diğer fiziksel hastalıklarda somatik belirtilerin ruhsal boyutunun farkedilmesi, ilişkili faktörlere yönelik uygun müdahalelerin yapılması açısından olanak sağlayacaktır.

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, yaş ortalamaları meme kanseri grubunda 49,15 ve kontrol grubunda 47.60 olarak bulunmuştur. Medeni durum meme kanseri %73,5 evli ve %12,7 bekar, kontrol grubunda %80,4 evli ve %12,7 bekar olduğu bulunmuştur.

Gruplar yaş, eğitim, medeni durum ve çalışma durumu ele alınarak bakıldığında birbiri ile benzerdir. Yaşadığı kişi, kardeş sayısı ve meslek özelliklerinde anlamlı fark bulunmuştur.

Ailede psikiyatrik hastalık, tıbbi hastalık varlığı, mevcut psikiyatrik tedavi varlığı ve eski psikiyatrik tedavi varlığı oranları, meme kanseri grubunda kontrol grubuyla karşılaştırılınca anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda kanser hastalarının yakınlarında bakım vermek, erken yaş, sorumluluk yükü ve hastalık yükü gibi etkenlerin psikiyatrik belirtilerle ilişkili olduğu bulunmuştur (26) (27). Bizim çalışmamızdaki bu bulgu, literatür ile uyumlu görünmektedir. Bununla birlikte gruplar arasındaki bu fark, karşılaştırılma esnasında kısıtlılığa neden olabilir.

Çalışmaya katılımcılar alınırken, yoğun belirtilere ve önemli fiziksel düşkünlüğe neden olabilecek, aktif kriz döneminde veya ilerlemiş kronik fiziksel hastalık tanısı olanlar, karıştırıcı rol oynayabileceğinden dışlanmıştır. Alınmayan tıbbi hastalık grubu ağır organ yetmezlikleri, kas iskelet sorunları, kardiyovasküler hastalıklar, diyabetes mellitus, osteoporoz, ağır nörolojik hastalıklardır.

Öte yandan hastalık belirtileri psikolojik süreçlerle de ilişkilendirilen ve çalışma esnasında aktif olarak hastalık semptomu göstermeyen çeşitli tıbbi hastalık tanıları not edilmiştir. Bu hastalıklar migren, fibromiyalji, ürtiker, allerjik astım, hashimoto tiroiditi, İBS tanılarını içermekteydi. Fonksiyonel somatik sendrom ve otoimmün hastalıkların psikolojik yönünün varlığı ve karşılıklı etki düşünülürse bilinmesi önemli görünmektedir (60).

PHQ-15, BEAQ, BBÖ, TAÖ-20 ölçek puanları ile gruplar karşılaştırıldığında, anlamlı bir fark bulunmamıştır.

WHOQOL-BREF genel sağlık, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alt parametrelerine bakılınca, meme kanseri grubunda, kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu tespit edildi, psikoloji parametresinde ise anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Bu fark hastalığın fiziksel ve psikososyal yönü ile ilgili olabilir. Bu bulgu yayınlarda da sıklıkla görülen ve tartışılan bir sonuçtur (101).

2020’de kanser tanısından uzun süre sonra hastaların incelendiği bir meta analizde düşük yaşam kalitesi skorları bulunmuştur (102)Adölesanlarla yapılan bir çalışmada sosyal desteğin ve olumlu duyguların varlığı ile yaşam kalitesi puanlarına katkı sağladığı görülmüştür (103). Bir ortadoğu meta analizinde meme kanseri hastalarında yaşam kalitesinin %21 oranında iyi olduğu, geri kalan hastaların orta veya kötü puanları olduğu bulunmuştur (104).

Çalışmamızda da daha önceki araştırmalarla benzer sonuçlar çıkmıştır. Kanser hastalarının fiziksel sağlık belirtilerinin yanısıra tedavi süreci ve psikososyal etkenlerin de etkili olabileceği daha önce çalışılmakla birlikte, ileri çalışmalar gerekmektedir. Bununla birlikte hasta sağlık hizmetleri ve psikososyal değerlendirmeler için fikir olabilmektedir (101). Hastalık süreci ve yaşanan kayıplar birlikte düşünüldüğünde sonuçlar bütüncül bir tıbbi yaklaşım fikrini desteklemektedir.

Meme kanseri grubunda tıbbi hastalık ve psikiyatrik tedavi varlığına göre PHQ, BEAQ, BBÖ, WHOQOL-BREF değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır. Gruplar arasında farkın olduğu bu parametreler meme kanseri grubunda ölçek puanlarını etkilememiştir. Bu sonuçlar gruplar arasındaki farkın değerlendirilen parametreleri etkilemediğini düşündürmektedir.

Katılımcılar çalışmaya alınırken SCID-5 uygulanarak psikiyatrik bozuklukların tedavisiz ve aktif döneminde olan hastalar alınmamıştır. Tedavisi olan hastalar ise kabul

edilmişti. Bu durumda psikiyatrik tedavi altında olmanın, bu sonuçlarda etkili olabileceği düşünülebilir.

Kanser hastalarında ve bakımverenlerinde sık görülen depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları gibi psikiyatrik eş tanıların ve somatik belirtilerin varlığı çalışmalarda bildirilmiştir. Bu hastaların psikiyatrik açıdan tedaviden fayda gördüğü için diğer parametreleri etkilemediği düşünülebilir. Aynı zamanda tıbbi tanı grubundaki hastalıkların klinik tedavisinde de kullanılan psikiyatrik ilaçların bu hastalıklarda da belirtilerinde iyileşme yapmış olabileceği, ilaç kullanmayan kısımda ise psikiyatrik yardım alma ihtiyacı olmadığı ve bu iyilik halinin tıbbi hastalıklarını da olumlu yönde etkilediği düşünülebilir (72) (105) (106).

Parametreler arasındaki korelasyona bakılınca, PHQ ile BEAQ skorlarının korele olması, yaşantısal kaçınma ile somatik belirtilerin ilişkisini düşündürmektedir. Bu ilişki hem çalışma hem kontrol grubunda benzer şekilde sonuçlanmıştır (107). Ek olarak kontrol grubunda somatik belirti şiddeti ile aleksitimi varlığı da ilişkili bulunmuştur.

Hipotezimizde çalışma grubunda ilişkili bulmayı beklediğimiz yaşantısal kaçınmanın ilişkisi, meme kanserine özgü bulunmamıştır. Bununla birlikte yaşantısal kaçınmanın somatik belirtilerle ilişkisini ortaya koymakta ve bu alanda yapılacak çalışmaların tedaviler açısından faydalı olacağını düşündürmektedir.

Bedensel hastalık deneyimleyen bir insanın ruhsal olarak da kaygı, çökkünlük gibi ruhsal semptomlar yaşaması beklenebilmektedir (17). Benzer şekilde depresif bozukluklar veya kaygı bozuklukları gibi ruhsal bozukluklara da bedensel belirtilerin eşlik ettiği bilinmektedir (5).

Somatik belirtisi olan bir çok hastalık psikolojik süreçleri de içermekte ve yaşantısal kaçınmaya yönelik müdahalelerin ACT pratiğinde kanıta dayalı olarak yürütülmesi pek çok tedavi imkanı yaratacaktır (108) (87) (76).

PHQ ile WHOQOL genel ve fiziksel alt bölümleri negatif ilişkili olup somatik belirtilerle düşük yaşam kalitesi arasında ilişki olduğunu göstermektedir.

Fiziksel hastalıklar veya belirli bir etiyoloji ile açıklama bulunamayan belirtiler de dahil somatik sıkıntıların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği sıklıkla bildirilmiştir. Hem psikolojik hem somatik rahatsızlıkların yaşam kalitesini etkilediği, bunların birlikte bulunmasının da mümkün olduğu sıklıkla çalışılmıştır (7) (8). Benzer bir sonuç kontrol grubunda da bulunmuştur. Bu ilişki açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır. Bu da

somatik belirtilerin herhangi bir nedenle olmasının, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyeceğini düşündürmektedir.

Her iki grupta da benzer şekilde PHQ ile TAÖ20 arasında pozitif korelasyon, somatik belirtiler ile aleksitiminin ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Aleksitimi ile somatizasyon ilişkisi ile ilgili literatürde kesin sonuçlar yoktur. Aleksitiminin yatkınlığa neden olabildiği ancak her zaman birlikte bulunmadığı, kişilik yapısıyla bağlantılı olabileceği çeşitli araştırmalarda çalışılmıştır (109).

Aleksitiminin somatizasyonu kolaylaştırdığı ancak her zaman somatik hatalarda aleksitiminin bulunmayabileceğini belirten çalışmaların yanında doğrudan aleksitiminin somatizasyonu yordadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Bununla birlikte, aleksitimi ile somatik belirti şiddeti arasında bir ilişki olduğuna dair hipotezimizi desteklemektedir.

Aleksitimi ile ilgili kişilik özelliği olarak ve çevresel stresörlerin etkisi ile sonradan gelişen gruplar da bildirilmiştir. Burada, stres eşiğinin aşılması ile duygusal düzenleme mekanizmalarının yönetilememesi, duygusal yaşantıları adlandıramama ve buna bağlı somatik belirtilerin artışının söz konusu olabileceği bildirilmiştir. Bu hipotezle ilgili daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır (47) (110)(1).

BEAQ VE TAÖ20, meme kanseri grubunda korele bulunuş olup arasındaki ilişki, aslında literatürde tam olarak anlaşılamamış bir ilişkidir. İçsel duygusal yaşantılarla temasın azalması ve duyguları tanımaktaki eksiklik benzer şekilde bir katılık yapıyor olabilir. Alexitiminin yaşantısal kaçınmayı yordadığı sonucuna varan ve psikolojik sıkıntı ile ilişki kuran bir çalışma yayınlanmıştır (112). Bilişsel birleşme ve psikiyatrik semptomların da araştırıldığı bir çalışmada ise yine yaşantısal kaçınma ile korele olduğu bulunmuştur (113). Bu korelasyonda duyguları tanıma, anlamlandırmanın bozulması, içsel yaşantıları farketmede, onlarla temas etmede zorluklara neden olabilir. Bu da yaşantısal kaçınmanın baskın hale gelmesine zemin yaratır.

Meme kanseri grubunda BBÖ ile WHOQOL genel sağlık, fiziksel sağlık, çevre, sosyal birimler ilişkili bulunmuş olup, benlik algısının bütünlüğünün kişide esnekliği arttırıp daha iyi yaşam kalitesini sağladığını düşündürmektedir. Bu ilişkinin araştırılmasına ihtiyaç vardır.

Kronik ağrısı olan hastalarla yapılan bir grup müdahalesinde bir ay boyunca haftada 4 gün yapılan seanslar sonrası, benlik skorları ile işlevselliğin ve somatik belirtilerin azalmasının ilişkili olduğu ve benlik müdahalelerinin (114). ACT'in benlik müdahalelerini

de içeren esneklik süreçleri kullanılarak, özellikle kanser hastaları ile çalışılması mümkün olabilir (78).

TAÖ20 ile WHOQOL fiziksel, sosyal, çevre ve genel sağlık alt bölümleri olumsuz ilişki her iki grupta da benzer olup geniş bir nüfus çalışmasında ilişkili bulunmuş ve duygu tanımlama eksikliğinin her iki kavramı da etkilediği bulunmuştur. Çeşitli psikolojik sorunu da içeren durumlara neden olması, özellikle somatik sorun sıklığı, yaşam kalitesinde daha düşük puanlar anlamına gelebilir (49).

Kontrol grubunda BEAQ ile WHOQOL fiziksel ve psikolojik bölümleri ile olumsuz korelasyon göstermektedir. Yaşantısal kaçınmanın düşük yaşam kalitesi ile ilişkisini göstermektedir. Bunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu ilişki çalışmamızda meme kanseri grubunda bulunmamakla birlikte kaçınmanın oluşturduğu davranış çeşitliliğinin azalması, duygusal düzenlenmenin zorluğunun yaşam kalitesine etki etmesi beklenebilmektedir (115).

Sıkıntı ile başetme yöntemi olarak kullanılan yaşantısal kaçınmanın ileri evre kanser hastalarında incelendiği bir derlemede kısa dönem başa çıkmayı kolaylaştırdığı ancak daha uzun sürede sıkıntıyı arttırdığını, çalışmaların bu alanda yetersiz olduğu sonucuna varmıştır (108). Meme kanseri hastalarında yapılan bir grup çalışmasında, kaçınmanın duygusal belirtiler ve düşük yaşam kalitesi ile bağlantılı olduğu bulunmuştur (116).

Kontrol grubunda BBÖ ile TAÖ20 arasındaki olumsuz korelasyon, bütünlüklü benlik duygusu ile duyguları farkedip tanıyabilmenin ilişkili olabileceğini düşündürür. Bu ise aslında ACT temelli psikolojik esneklik komponentlerinin aleksitimi ile de ilişkili olabileceği ve aleksitiminin eklendiği psikolojik süreçlerde müdahale yöntemlerinin kullanılabileceğini ve geliştirilebileceğini düşündürmektedir (113) (117).

Benlik algısında kişinin kendine, içsel yaşantılarına ve dış dünyaya olan bakışının daha bütünlüklü ve sabit olmasının, duygusal süreçlerde sorunları azalttığını düşünülebilmektedir. Diğer açıdan bakılırsa, aleksitimik bir kişinin psikolojik süreçlerde zorlanmalar yaşaması halinde benlik müdahalelerinin etkili olması beklenebilir ve araştırma konusu olabilir.

Bu sonuç, meme kanseri için kurduğumuz aleksitimi varlığı ve kavramsal benlik ilişkisi öngörüsünün tersidir ve psikolojik esneklik lehine olduğunu söyleyebiliriz.

Regresyon Analizi yapıldığında, meme kanseri grubunda PHQ puanlarını açıklamada sadece BEAQ puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu

bulundu. PHQ puanlarının açıklanmasında BEAQ puanları, tüm modellerde anlamlı bir yordayıcı olarak öne çıkmış olup BBÖ, TAÖ20 ve WHOQOL alt boyutlarının ise bu modellerde anlamlı bir katkısı olmamıştır. Yani meme kanseri grubunda somatik belirti şiddetini açıklamada yaşantısal kaçınma puanlarının etkili olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, hasta grubunda kaçınmaya yönelik müdahalelerin etkinliği olacağını düşündürmektedir.

Kontrol grubunda ise somatik belirti şiddeti puanlarını açıklamada, BEAQ ve TAÖ puanlarının etkili olduğu sonucu, yine yaşantısal kaçınmanın çalışma grubuna benzer şekilde bir etkisinin olduğunu düşündürmektedir. Aleksitimi varlığı ise kontrol grubunda öne çıkmıştır. Meme kanseri grubunda sadece yaşantısal kaçınmanın yordaması, hastalık tanısı ve özgü yaşantıların etkisini de düşündürmektedir.

ACT'in psikolojik katılık sürecinin bir komponenti olan yaşantısal kaçınma, duygusal yaşantılar da dahil olmak üzere acı veren yaşantılardan uzaklaşmayı veya değiştirmeyi amaçlayan bir psikolojik başa çıkma mekanizması olup pek çok çalışmada somatik belirtilerle ilişkili bulunmuştur (77).

Somatik belirtilerin açıklamaları çoğunlukla duyguların tanınması ve regülasyon becerisinin eksikliği ile nitelendiğinden bu süreçlerle bağlantılı çıkması beklenebilmektedir. Mevcut çalışmada somatik belirti şiddetinin çeşitli psikolojik faktörlerle ilişkisi incelenmiş olup yaşantısal kaçınma ile ilişkisi en belirgin bağlantıdır. Bu ilişkilerin daha geniş çaplı takip ve müdahale çalışmalarında araştırılması, tedavi araçlarının artması için gereklidir (6) (108) (118) (119).

Başka bir açıdan da çalışmamız tıbbi bir tanısı olan hastaları incelemiştir. Üstelik bedensel belirtiler araştırılmıştır. Burada karıştırıcı pek çok faktör olabilmektedir. Ancak amacımız etiyolojisi belirli ve çoğunlukla organik olarak nitelediğimiz hastalıkların psikolojik etkilerini de görebilmek ve tedavi imkanlarını arttırmaktır (120).

Yaşam kalitesinin etkilendiği alanların bakıldığı regresyon analizinde ise çalışmamızda meme kanseri grubunda yaşantısal kaçınma, aleksitimi ve somatik belirti şiddetinin rol oynayabileceği görülmüştür. Kontrol grubunda ise aleksitimi varlığı ve somatik belirti şiddeti etkili olup yaşantısal kaçınma ile ilişkisi bulunmamıştır. Yani yaşam kalitesinin belirtilen psikolojik süreçlerden etkilendiği her iki grupta da görülmüş olup, özellikle meme kanseri grubunda yaşantısal kaçınmanın da etkili olması, bu alandaki müdahalelerin, hastalara faydalı olacağını düşündürmektedir (8) (121) (122).

Ölçekle araştırdığımız alanlara bakıldığında biyopsikososyal bir bakış açısı ile somatizasyon etiyolojisine atıf yapılabilmektedir. Fiziksel hastalıklar belli bir bağlam

içinde olduğundan bunlardan etkilenmekte ve ve baş etme yolları aranmaktadır. Bu yönden bakılırsa bağlamın kişiyi etkilediği üzerinde durulabilmektedir (59). Pek çok psikososyal düzenleme ve sağlık bakımının sağlanması, hastanın işlevselliğini sağlayacak müdahalelerin planlanması önemlidir.

İkinci bir bakış açısı olarak ise, somatik belirtilerinin şiddeti fazla olan hastaların yaşam kalitesinin bundan olumsuz etkilenecek olmasıdır (79) (89).

Yayınlarda daha çok kaçınma, olumsuz düşünceler, duygu regülasyonunun sağlanamaması, sosyal destek azlığı ile gibi içsel süreçlerin yaşam kalitesini etkilediğine dair veri mevcuttur. Bizim çalışmamızda ise kontrol grubunda yaşam kalitesi somatik belirtileri yordamaktadır (8) (49) (115).

Bulgular gözden geçirildiğinde, somatik belirti şiddetinin psikolojik süreçlerle bağlantılı yönleri olduğu düşünülmektedir.

Klinik uygulamada öncelikle yaptığımız planlama, psikiyatrik hastalıklarda da dahil olmak üzere, tıbbi hastalıkları düşünmek ve bunları tetkik etmektir. Organik nedenleri düşünmek ve dışlamak, uygun tanı ve tedavileri kullanmaya olanak sağlamaktadır. Ancak bunları net olarak ayırmak her zaman mümkün olmayabilmektedir.

Somatik belirti etiyojisi düşünüldüğünde pek çok kişisel değişken söz konusu olmaktadır. Doğuştan gelen genetik ve fiziksel özellikler, kişisel öyküdeki yaşam olayları, çevresel olanaklar, destek sistemleri psikolojik süreçlerle ilişkilendirilmektedir. Fiziksel duyumların, biyolojik bir süreçle işleniyor olması ile birlikte bu işlemlenin etiyojik unsurlarla bağlantılı olarak dönüşüp öznel olarak gelişmesi düşünülmektedir (43)(2)(3).

Biyolojik süreçlerin de psikososyal unsurlardan etkilendiği dikkate alındığında tıbbi hastalık tanısı alan hastaların, hastalığın bedensel süreçlerini öznel olarak yaşantılandığı düşünülebilir.

Tıbbi hastalık tanısı alan hastaların hem hastalığın getirdiği biyolojik etkiler hem de hastalığın getirdiği yaşam değişiklikleri psikolojik süreçleri etkilemekte ve psikiyatrik eş tanılar eklenmektedir.

Bu kadar iç içe bir etkileşim, aslında tıbbi tanı almış kişilerin bedensel olarak ifade ettiği belirtileri hastalığın kendi olağan tablosuna bağlamadan önce psikolojik etkilerin de hesaba katılması gerekliliğini düşündürmektedir.

Hastalar psikiyatrik yönden sadece psikolojik belirtilerin tanımladığı eş tanılarının konulması değil, aynı zamanda tıbbi hastalık dönemindeki psikolojik süreçlerin de bunlara katkısının değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Psikolojik yaşantılar ile somatik belirtilerin ilişkileri, bu belirtileri gösteren hastalara, süreçlere özel ve hasta öznelliğini de gözeterek psikolojik müdahale yöntemlerinin uygulanması ihtiyacını göstermektedir. Bu ilişkilerin daha çok araştırılması ve müdahale etkinliklerinin gösterilmesi klinik uygulamaya büyük fayda sağlayacaktır.

Çalışmada belirtilen tıbbi tanıları açısından gruplar arasında fark bulunması, birincil olarak bakılan somatik belirtileri karşılaştırmada, eşit olmayan gruplar sebebiyle karıştırıcı bir faktör olabilir. Ancak meme kanseri grubunda tıbbi hastalık olmasının ölçek puanlarına anlamlı bir etkisinin olmadığı gösterilmiş ve böylece gruplar arası farkı etkilemeyeceği öngörülmüştür.

Çalışmamızda yapılandırılmış görüşme kullanılarak hastaların değerlendirilmesi ve aktif olarak yakınmalı psikiyatrik belirtileri olan hastaların alınmaması, aynı şekilde aktif, atakta veya düşünlüğe neden olan tıbbi hastalık tanılarının da dışlanması çalışmada karıştırıcı etkisi olabilecek durumları da azaltmaktadır.

Meme kanseri özelinde yapılan çalışmamız, tıbbi hastalık tanıları hastaların semptomlarının psikolojik süreçlerle ilişkisinin merak edildiği sorularla ortaya çıkmıştır. Bütüncül bir tıbbi bakış temelinde bakılınca fiziksel olarak hasta kişinin hem ruhsal durumunun fiziksel hastalık belirtilerinden etkileneceği, hem de fiziksel sorunların ruhsallığı etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu iç içe geçmiş bir etkileşimdir ve her zaman birbirinden ayırtılamayabilir. Bu hastalarda yaşantısal kaçınma, aleksitimi ve bağlamsal benlik gibi süreçlerin değerlendirilmesi ve bu alanlara yönelik müdahalelerin planlanması, hem yaşam kalitesini artırmada hem de hastalığa bağlı kayıpları azaltmada etkili olabilir.

Kısıtlılıklar

Tıbbi bir tanı ile takip edilen hastalarda somatik belirtileri araştırmak, hastalığın kendi süreci nedeniyle mevcut halinde olan bedensel yakınmalarla ayırt edilemekte ve psikolojik yönleri ele alınmamaktadır. Kanser gibi ağır ve komorbiditesi fazla olan tıbbi bir hastalıkla çalışılması ve somatik belirti bakılması pek çok karıştırıcı faktörün oluşmasına neden olmaktadır.

Farklı bozukluklarda ortak etiyolojinin bulunması, hastalığın ve tedavinin fiziksel etkileri, hastalık döneminin sosyal ve çevresel zorlukları bu faktörlerden bir kısmıdır. Bununla birlikte bu hastalarda psikolojik yükün varlığı da dışlanamamaktadır. Hem

somatik belirtilerin etiyolojisi hem de psikolojik yönleri net olmadığından açıkça ortaya konamamakta, karıştırıcı olarak rol oynamaktadır(4).

Hasta grubunda mevcut tıbbi ve psikiyatrik öykü ile aile öyküsünün gruplar arasında farklı bulunması çalışmamızda bir kısıtlılık yatarmaktadır. Bu farklı saptanan özelliklerin iki grupta da homojen olduğu çalışmalar ölçülen parametrelerin farkını daha net yansıtacaktır.

Özbildirim ölçeklerinde Türkçe dil ve kültüre uyarlanmış ölçekler kullanılmıştır. Bununla birlikte katılımcılara eşlik edilirken, araştırmacının öznel gözlemine dayanarak, özellikle bağlamsal benlik ölçeğinin anlaşılamadığı, soruların araştırmacı tarafından açıklanması istendiği gözlemlenmiştir. Uyarlamanın uygun olmayabileceğini düşündüren bu durumun sonuçları etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Ölçeklerin kültüre uygun şekilde uyarlanmaları veya yeni ölçeklerin geliştirilmesi bu tür zorlukları azaltacaktır.

Hipotezler

Çalışmanın sonuçları birlikte değerlendirildiğinde; “aleksitimi varlığı ile somatik belirtilerin şiddeti arasında anlamlı bir ilişki vardır” ve “Somatik belirti şiddeti ve yüksek yaşıntısal kaçınma skorları birbiri ile ilişkilidir” şeklinde kurduğumuz hipotezlerin desteklendiği sonucu ortaya çıkmaktadır.

Diğer önermeler olan “somatik belirtilerin ve aleksitiminin varlığı, kavramsal benliğe bağlanma ile ilişkilidir” ve “yaşıntısal kaçınma skoru yüksek olan aleksitimik hastalarda, somatik belirti şiddeti artar” şeklindeki hipotezlerimiz ise bulgularımız tarafından desteklenmemiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada remisyonda meme kanseri hastalarında somatik belirtiler ile bağlamsal benlik ve yaşantısal kaçınmanın kontrol grubu, ile karşılaştırılarak araştırılması hedeflenmiştir. Çalışmanın sonuçları kısaca aşağıdaki gibidir:

1. Meme kanseri grubunda yaşam kalitesi ölçeğinin genel sağlık, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alt gruplarında kontrol grubuna göre daha düşüktür.
2. Yaşantısal kaçınma ile aleksitimi, meme kanseri grubunda ilişkili bulunmuştur.
3. Meme kanseri grubunda bağlamsal benlik ile yaşam kalitesi genel sağlık, fiziksel sağlık, çevre, sosyal birimler ilişkili bulunmuştur.
4. Meme kanseri grubunda somatik belirti şiddeti puanlarını açıklamada yaşantısal kaçınma puanlarının etkili olduğu bulunmuştur.
5. Meme kanseri grubunda yaşam kalitesinin somatik belirtilerin şiddeti, aleksitimi varlığı ve yaşantısal kaçınma puanlarından etkilendiği sonuçlarda görülmüştür.
6. Meme kanseri grubunda tıbbi hastalık, güncel psikiyatrik tedavi ve ailede psikiyatrik öykü varlığı, kontrol grubuna göre daha yüksek çıkmıştır. Bu farkın değerlendirilen parametreleri etkilemediği yapılan analizlerde görülmüştür.

Kavramsal benliğe bağlanma ile aleksitimi ve somatik belirti varlığını ilişkili olarak öngördüğümüz çalışmada sonuçlar kontrol grubunda aleksitimi ile ilişki bulmuştur. Benlik algısının içsel ve dışsal yaşantılar üzerine olan etkisi düşünüldüğünde bu alanda daha geniş çapta çalışma gerekmektedir.

Aleksitiminin somatizasyonla ilişkisi henüz net olarak belirlenmemiş olmakla birlikte çalışmamızda hem somatik belirtilerle hem yaşantısal kaçınma ile bağlantılı bulunmuştur. Özellikle kaçınma davranışları gösteren hastalara müdahale edilirken, aleksitimi de ele alınarak çalışılması, bu sonuçlardan çıkarılabilmektedir.

Çalışmamızda incelediğimiz psikolojik süreçler dikkate alındığında, yaşantısal kaçınma puanlarının meme kanseri grubundaki somatik semptomlarla ilişkili olduğu görülmüş ve psikolojik esneklik süreçlerinin geliştirilmesine yönelik terapötik yaklaşımların somatik belirti şiddetinin azaltılması ve genel iyilik halinin desteklenmesinde etkili olabileceği düşünülmüştür (77, 83, 89).

Tıbbi hastalık tanısı alan hastalar dahil her hastanın bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirilmesi, multidisipliner bir şekilde uygun bakım ve desteğin sağlanması önemlidir. Müdahalelerin etkinliğinin araştırılması ve geliştirilmesi, daha geniş örneklem grupları ile yapılacak uzunlamasına araştırmaları gerektirmektedir.



KAYNAKLAR

1. Tomenson B, Essau C, Jacobi F, Ladwig KH, Leiknes KA, Lieb R, et al. Total somatic symptom score as a predictor of health outcome in somatic symptom disorders. *The British Journal of Psychiatry*. 2013 Nov [cited 2024 Dec 26];203 (5):373–80
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington DC: APA Press; 2013.
3. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [cited 2024 Dec 21]. Available from: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>
4. Wortman MSH, Lokkerbol J, van der Wouden JC, Visser B, van der Horst HE, olde Hartman TC. Cost-effectiveness of interventions for medically unexplained symptoms: A systematic review. *PLoS One* [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2024 Dec 18];13 (10):e0205278. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6188754/>
5. Kandemir G, Ak I. Psychiatric Aspects of Medically Unexplained Symptoms. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry*. 2013;5 (4):479.
6. Lipowski ZJ. Somatization: the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychother Psychosom* [Internet]. 1987 [cited 2024 Dec 26];47 (3–4):160–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3333284/>
7. Baumeister H, Balke K, Härter M. Psychiatric and somatic comorbidities are negatively associated with quality of life in physically ill patients. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2005 Nov 1 [cited 2024 Dec 18];58 (11):1090–100. Available from: <http://www.jclinepi.com/article/S0895435605001605/fulltext>
8. Sheehan B, Lall R, Bass C. Does somatization influence quality of life among older primary care patients? *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2005 Oct [cited 2024 Dec 26];20 (10):967–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16163748/>
9. Piontek K, Wiesmann U, Apfelbacher C, Völzke H, Grabe HJ. The association of childhood maltreatment, somatization and health-related quality of life in adult age: Results from a population-based cohort study. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2024 Dec 26];120. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34352685/>
10. Costa WA, Monteiro MN, Queiroz JF, Gonçalves AK. Pain and quality of life in breast cancer patients. *Clinics*. 2017 Dec 1;72 (12):758–63.
11. Korkoliakou P, Efsthathiou V, Giannopoulou I, Christodoulou C, Kouris A, Rigopoulos D, et al. Psychopathology and alexithymia in patients with psoriasis. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2024 Dec 28];92 (4):510. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5595598/>
12. Häuser W, Burgmer M, Köllner V, Schaefer R, Eich W, Hausteiner-Wiehle C, et al. [Fibromyalgia syndrome as a psychosomatic disorder - diagnosis and therapy according to current evidence-based guidelines]. *Z Psychosom Med Psychother* [Internet]. 2013 [cited 2024 Dec 26];59 (2):132–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23775553/>
13. Enck P, Aziz Q, Barbara G, Farmer AD, Fukudo S, Mayer EA, et al. Irritable bowel syndrome. *Nature Reviews Disease Primers* 2016 2:1 [Internet]. 2016 Mar 24 [cited 2024 Dec 28];2 (1):1–24. Available from: <https://www.nature.com/articles/nrdp201614>
14. Kellner R. Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders. *Psychother Psychosom* [Internet]. 1994 [cited 2024 Dec 26];61 (1–2):4–24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8121976/>

15. Yavrum F, Ezerbolat Ozates M, Ozates S. An important contributing factor in dry eye disease: somatization. *Int Ophthalmol* [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2024 Dec 26];44 (1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38652333/>
16. Barsky AJ, Silbersweig DA. The Amplification of Symptoms in the Medically Ill. *J Gen Intern Med*. 2023 Jan 1;38 (1):195–202.
17. Schonmann Y, Mansfield KE, Hayes JF, Abuabara K, Roberts A, Smeeth L, et al. Atopic Eczema in Adulthood and Risk of Depression and Anxiety: A Population-Based Cohort Study. *J Allergy Clin Immunol Pract* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2024 Dec 26];8 (1):248-257.e16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31479767/>
18. Gold SM, Köhler-Forsberg O, Moss-Morris R, Mehnert A, Miranda JJ, Bullinger M, et al. Comorbid depression in medical diseases. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2024 Dec 26];6 (1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32820163/>
19. Lie HC, Hjerstad MJ, Fayers P, Finset A, Kaasa S, Loge JH. Depression in advanced cancer - Assessment challenges and associations with disease load. *J Affect Disord*. 2015 Mar 1;173:176–84.
20. Ventegodt S, Kandel I, Merrick J. A short history of clinical holistic medicine. Vol. 7, *TheScientificWorldJournal*. 2007. p. 1622–30.
21. Kleisiaris CF, Sfakianakis C, Papathanasiou I V. Health care practices in ancient Greece: The Hippocratic ideal. Vol. 7, *J Med Ethics Hist Med*. 2014.
22. Ventriglio A, Bhugra D. Descartes' dogma and damage to Western psychiatry. Vol. 24, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. Cambridge University Press; 2014. p. 368–70.
23. Abbass A, Lumley MA, Town J, Holmes H, Luyten P, Cooper A, et al. Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: A systematic review and meta-analysis of within-treatment effects. *J Psychosom Res* [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2024 Dec 26];145. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33814192/>
24. Henningsen P. Management of somatic symptom disorder. *Dialogues Clin Neurosci* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2024 Dec 25];20 (1):23. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6016049/>
25. Massie MJ. Prevalence of Depression in Patients With Cancer. *JNCI Monographs* [Internet]. 2004 Jul 1 [cited 2024 Dec 26];2004 (32):57–71. Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/jncimonographs/lgh014>
26. Lee YH, Liao YC, Liao WY, Shun SC, Liu YC, Chan JC, et al. Anxiety, depression and related factors in family caregivers of newly diagnosed lung cancer patients before first treatment. *Psychooncology* [Internet]. 2013 Nov [cited 2024 Dec 26];22 (11):2617–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23893960/>
27. Ullrich A, Ascherfeld L, Marx G, Bokemeyer C, Bergelt C, Oechsle K. Quality of life, psychological burden, needs, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2017 May 10 [cited 2024 Dec 26];16 (1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28486962/>
28. Grassi L, Caruso R, Nanni MG. Somatization and somatic symptom presentation in cancer: A neglected area. Vol. 25, *International Review of Psychiatry*. 2013. p. 41–51.
29. Aisenstein M. Soma and psyche: An indissociable unity. *Int Congr Ser*. 2006 Mar 1;1286:183–8.
30. Sar V, Alioğlu F, Akyüz G. Experiences of possession and paranormal phenomena among women in the general population: are they related to traumatic stress and dissociation? *J Trauma Dissociation*. 2014 [cited 2024 Dec 23];15 (3):303–18.
31. APA Diagnostic and statistical manual of mental disorders 3... - Google Akademik [Internet]. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://scholar.google.com/scholar?q=APADiagnostic+and+statistical+manual+of+mental+disorders3rd+ed.1980American+Psychiatric+AssociationWashington%2C+DC>
32. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 18th ed. Ankara: Bayt yayın hizmetleri; 2023.

33. Löwe B, Levenson J, Depping M, Hüsing P, Kohlmann S, Lehmann M, et al. Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis. *Psychol Med* [Internet]. 2022 Mar 15 [cited 2024 Dec 23];52 (4):632–48. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34776017/>
34. Cao J, Wei J, Fritzsche K, Toussaint AC, Li T, Jiang Y, et al. Prevalence of DSM-5 somatic symptom disorder in Chinese outpatients from general hospital care. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2024 Dec 23];62:63–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31841874/>
35. van Geelen SM, Rydelius PA, Hagquist C. Somatic symptoms and psychological concerns in a general adolescent population: Exploring the relevance of DSM-5 somatic symptom disorder. *J Psychosom Res* [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2024 Dec 23];79 (4):251–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26297569/>
36. Dimsdale JE, Creed F, Escobar J, Sharpe M, Wulsin L, Barsky A, et al. Somatic Symptom Disorder: An important change in DSM. *J Psychosom Res*. 2013 Sep 1;75 (3):223–8.
37. Kitselaar WM, Van Der Vaart R, Perschl J, Numans ME, Evers AWM. Predictors of Persistent Somatic Symptoms in the General Population: A Systematic Review of Cohort Studies. *Psychosom Med* [Internet]. 2023 Jan 1 [cited 2024 Dec 23];85 (1):71–8. Available from: https://journals.lww.com/bsam/fulltext/2023/01000/predictors_of_persistent_somatic_symptoms_in_the.10.aspx
38. Türkiye Kronik Hastalıkları ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması [Internet]. [cited 2024 Dec 28]. Available from: <https://www.halksagligiokulu.org/Kitap/Detay/turkiye-kronik-hastaliklari-ve-risk-faktorleri-sikligi-calismasi/83ad98b8-cf8a-4e95-8e1a-b44455be100a>
39. Löwe B, Toussaint A, Rosmalen JGM, Huang WL, Burton C, Weigel A, et al. Persistent physical symptoms: definition, genesis, and management. *Lancet* [Internet]. 2024 Jun 15 [cited 2024 Dec 26];403 (10444):2649–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38879263/>
40. Denk F, McMahon SB, Tracey I. Pain vulnerability: a neurobiological perspective. *Nat Neurosci* [Internet]. 2014 Feb [cited 2024 Dec 25];17 (2):192–200. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24473267/>
41. Varma S, Çetin Ş, Sözeri Varma G. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry Somatic Symptom Disorder: Historical Process and Biopsychosocial Approach Somatik Belirti Bozukluğu: Tarihsel Süreç ve Biyopsikososyal Yaklaşım. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2021;13 (4):790–804.
42. Alvarez P, Green PG, Levine JD. Stress in the Adult Rat Exacerbates Muscle Pain Induced by Early-Life Stress. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2013 Nov 1 [cited 2024 Dec 23];74 (9):688. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3760993/>
43. Stein DJ. Understanding somatic symptom disorder: The role of translational neuroscience. Vol. 74, *Biological Psychiatry*. 2013. p. 637–8.
44. Benabdeljlil M. Somatization and Functional Disorders in Migrants and Refugees. *Sustainable Development Goals Series* [Internet]. 2022 [cited 2024 Dec 26];Part F2691:309–22. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-81058-0_25
45. Smakowski A, Hüsing P, Völcker S, Löwe B, Rosmalen JGM, Shedden-Mora M, et al. Psychological risk factors of somatic symptom disorder: A systematic review and meta-analysis of cross-sectional and longitudinal studies. *J Psychosom Res*. 2024 Jun 1;181:111608.
46. Lumley MA, Cohen JL, Borszcz GS, Cano A, Radcliffe AM, Porter LS, et al. Pain and Emotion: A Biopsychosocial Review of Recent Research. *J Clin Psychol* [Internet]. 2011 Sep [cited 2024 Dec 23];67 (9):942. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3152687/>
47. Shipko S. Alexithymia and somatization. *Psychother Psychosom* [Internet]. 1982 [cited 2024 Dec 26];37 (4):193–201. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7156304/>
48. Celikbas Z, Batmaz S, Yavuz KF, Akpinar Aslan E, Yesilyaprak N, Kocakaya H, et al. How are Experiential Avoidance and Cognitive Fusion Associated with Alexithymia? *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2024 Dec 27];39 (1):86–100. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10942-020-00359-y>
49. Mattila AK, Saarni SI, Salminen JK, Huhtala H, Sintonen H, Joukamaa M. Alexithymia and health-related quality of life in a general population. *Psychosomatics* [Internet]. 2009 [cited 2024 Dec 27];50 (1):59–68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19213974/>

50. Cludius B, Mennin D, Ehling T. Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion*. 2020 Feb 1;20 (1):37–42.
51. Koechlin H, Coakley R, Schechter N, Werner C, Kossowsky J. The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. *J Psychosom Res* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2024 Dec 23];107:38–45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29502762/>
52. Öztürk A, Kiliç A, Deveci E, Kirpınar İ. Investigation of facial emotion recognition, alexithymia, and levels of anxiety and depression in patients with somatic symptoms and related disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat* [Internet]. 2016 Apr 29 [cited 2024 Dec 23];12:1047. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4857827/>
53. Erkić M, Bailer J, Fenske SC, Schmidt SNL, Trojan J, Schröder A, et al. Impaired emotion processing and a reduction in trust in patients with somatic symptom disorder. *Clin Psychol Psychother* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2024 Dec 23];25 (1):163–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29044807/>
54. Town JM, Lomax V, Abbass AA, Hardy G. The role of emotion in psychotherapeutic change for medically unexplained symptoms. *Psychother Res* [Internet]. 2019 Jan 2 [cited 2024 Dec 24];29 (1):86–98. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28287345/>
55. İkiz T. Paris Psikosomatik Okulu. In: İkiz T, editor. *Psikanaliz Buluşmaları*. Psikosomatik. İstanbul: Bağlam Yayıncılık; 2019. p. 117–25.
56. Parman T. Histeriden Psikosomatiğe Dora'nın Öyküsü; In: İkiz T, editor. *Psikanaliz Buluşmaları*. İstanbul: Bağlam Yayıncılık; 2019. p. 127–36.
57. Grover S, Kate N. Somatic symptoms in consultation-liaison psychiatry. *Int Rev Psychiatry* [Internet]. 2013 [cited 2024 Dec 27];25 (1):52–64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23383667/>
58. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *859 Global Mental Health* [Internet]. 2007;8. Available from: www.thelancet.com
59. Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *Int J Methods Psychiatr Res* [Internet]. 2003 [cited 2024 Dec 27];12 (1):34–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12830308/>
60. Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Res* [Internet]. 2001 [cited 2024 Dec 27];51 (1):361–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11448704/>
61. Frances A. The new somatic symptom disorder in DSM-5 risks mislabeling many people as mentally ill. *BMJ* [Internet]. 2013 Mar 19 [cited 2024 Dec 25];346 (7900). Available from: <https://www.bmj.com/content/346/bmj.f1580>
62. Härter M, Baumeister H, Reuter K, Jacobi F, Höfler M, Bengel J, et al. Increased 12-Month Prevalence Rates of Mental Disorders in Patients with Chronic Somatic Diseases. *Psychother Psychosom* [Internet]. 2007 Oct 1 [cited 2024 Dec 23];76 (6):354–60. Available from: <https://dx.doi.org/10.1159/000107563>
63. Jenkins W, Smart K. Somatization in acute care pediatrics: Respecting the mind–body connection. <https://doi.org/10.1177/1359104520905065> [Internet]. 2020 Feb 19 [cited 2024 Dec 29];25 (3):604–9. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359104520905065?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr_pub++0pubmed
64. Kleinstäuber M, Witthöft M, Steffanowski A, van Marwijk H, Hiller W, Lambert MJ. Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014 Nov 7 [cited 2024 Dec 24];2014 (11). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25379990/>
65. Ram PR, Jeyaraman M, Jeyaraman N, Nallakumarasamy A, Khanna M, Gupta A, et al. Beyond the Pain: A Systematic Narrative Review of the Latest Advancements in Fibromyalgia Treatment. *Cureus* [Internet]. 2023 Oct 31 [cited 2024 Dec 24];15 (10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38034135/>
66. Hemati K, Amini Kadijani A, Sayehmiri F, Mehrzadi S, Zabihyeganeh M, Hosseinzadeh A, et al. Melatonin in the treatment of fibromyalgia symptoms: A systematic review. *Complement Ther Clin Pract* [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2024 Dec 24];38. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31783341/>

67. Abbey SE, Lipowski ZJ. Comprehensive Management of Persistent Somatization: An Innovative Inpatient Program. *Psychother Psychosom* [Internet]. 1987 Dec 31 [cited 2024 Dec 29];48 (1–4):110–5. Available from: <https://dx.doi.org/10.1159/000288040>
68. Zargar F, Rahafrouz L, Tarrahi MJ. Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Program on Psychological Symptoms, Quality of Life, and Symptom Severity in Patients with Somatic Symptom Disorder. *Adv Biomed Res* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2024 Dec 29];10 (1):9. Available from: https://journals.lww.com/adbm/fulltext/2021/10000/effect_of_mindfulness_based_stress_reduction.9.aspx
69. Kroenke K, Swindle R. Cognitive-Behavioral Therapy for Somatization and Symptom Syndromes: A Critical Review of Controlled Clinical Trials. *Psychother Psychosom* [Internet]. 2000 Aug 1 [cited 2024 Dec 29];69 (4):205–15. Available from: <https://dx.doi.org/10.1159/000012395>
70. Jongsma K, Darboh BS, Davis S, MacKillop E. A cognitive behavioural group treatment for somatic symptom disorder: a pilot study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2024 Dec 29];23 (1):1–11. Available from: <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-023-05141-9>
71. Breast cancer [Internet]. [cited 2024 Dec 25]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
72. Fortin J, Leblanc M, Elgbeili G, Cordova MJ, Marin MF, Brunet A. The mental health impacts of receiving a breast cancer diagnosis: A meta-analysis. *Br J Cancer* [Internet]. 2021 Nov 23 [cited 2024 Dec 25];125 (11):1582. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8608836/>
73. Wang YH, Li JQ, Shi JF, Que JY, Liu JJ, Lappin JM, et al. Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Mol Psychiatry* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2024 Dec 25];25 (7):1487–99. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31745237/>
74. Kuhnt S, Brähler E, Faller H, Härter M, Keller M, Schulz H, et al. Twelve-Month and Lifetime Prevalence of Mental Disorders in Cancer Patients. *Psychother Psychosom* [Internet]. 2016 Aug 25 [cited 2024 Dec 23];85 (5):289–96. Available from: <https://dx.doi.org/10.1159/000446991>
75. Zhang X, Zhang X. [Somatization Symptoms in Lung Cancer Patients and Correlative Analysis between Anxiety, Depression and Somatization Symptoms]. *Zhongguo Fei Ai Za Zhi* [Internet]. 2017 [cited 2024 Dec 25];20 (7):473–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28738963/>
76. Fernández-Rodríguez C, Paz-Caballero D, González-Fernández S, Pérez-álvarez M. Activation vs. Experiential Avoidance as a Transdiagnostic Condition of Emotional Distress: An Empirical Study. *Front Psychol* [Internet]. 2018 Sep 3 [cited 2024 Dec 26];9 (SEP). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30233461/>
77. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. 2006 Jan 1;44 (1):1–25.
78. Harris R. ACT’i Kolay Öğrenmek. 1st ed. Esen FB, Yavuz KF, editors. İstanbul: Litera Yayıncılık; 2022.
79. Yavuz F. Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) Genel Bir Bakış Acceptance and Commitment Therapy (ACT): An Overview [Internet]. 2015. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/324994456>
80. Hayes SC, Wilson KG, Gifford E V., Follette VM, Strosahl K. Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 1996 Dec [cited 2024 Dec 26];64 (6):1152–68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8991302/>
81. Taylor H, Kingston J, Taylor MD. Web-based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adults living with cancer: A single case experimental design (SCED). *J Contextual Behav Sci* [Internet]. 2024 Oct 1 [cited 2024 Dec 21];34:100849. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2212144724001297>
82. Nicolescu S, Secară EC, Jiboc NM, Băban A. Oncovox: A randomised controlled trial of a web-based acceptance and commitment therapy for breast cancer patients. *J Contextual Behav Sci*. 2024 Apr 1;32:100729.
83. Konstantinou P, Trigeorgi A, Georgiou C, Michaelides M, Gloster AT, Georgiou E, et al. Functional versus dysfunctional coping with physical pain: An experimental comparison of acceptance vs. avoidance coping. *Behaviour Research and Therapy*. 2023 Aug 1;167:104339.

84. Ito M, Muto T. Effectiveness of acceptance and commitment therapy for irritable bowel syndrome non-patients: A pilot randomized waiting list controlled trial. *J Contextual Behav Sci.* 2020 Jan 1;15:85–91.
85. Feros DL, Lane L, Ciarrochi J, Blackledge JT. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psychooncology* [Internet]. 2013 Feb 1 [cited 2024 Dec 26];22 (2):459–64. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/pon.2083>
86. Konstantinou P, Ioannou M, Melanthiou D, Georgiou K, Almas I, Gloster AT, et al. The impact of acceptance and commitment therapy (ACT) on quality of life and symptom improvement among chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *J Contextual Behav Sci.* 2023 Jul 1;29:240–53.
87. Dworsky CKO, Pargament KI, Wong S, Exline JJ. Suppressing spiritual struggles: The role of experiential avoidance in mental health. *J Contextual Behav Sci.* 2016 Oct 1;5 (4):258–65.
88. Bognár SA, Teutsch B, Bunduc S, Veres DS, Szabó B, Fogarasi B, et al. Psychological intervention improves quality of life in patients with early-stage cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Scientific Reports* 2024 14:1 [Internet]. 2024 Jun 9 [cited 2024 Dec 22];14 (1):1–12. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41598-024-63431-y>
89. Trindade IA, Ferreira C, Pinto-Gouveia J. Acceptability and preliminary test of efficacy of the Mind programme in women with breast cancer: An acceptance, mindfulness, and compassion-based intervention. *J Contextual Behav Sci.* 2020 Jan 1;15:162–71.
90. First MB. Structured Clinical Interview for the DSM (SCID). *The Encyclopedia of Clinical Psychology* [Internet]. 2015 Jan 23 [cited 2024 Dec 29];1–6. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/9781118625392.wbecp351>
91. Elbir M, Alp Topbaş Ö, Bayad S, Kocabaş T, Zülkif TOPAK O, Çetin Ş, et al. Adaptation and Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5-Disorders-Clinician Version (SCID-5/CV) to the Turkish Language 2. *Turkish Journal of Psychiatry* [Internet]. 2019 [cited 2024 Dec 29];30. Available from: <https://doi.org/10.5080/u23431>
92. Gámez W, Chmielewski M, Kotov R, Ruggero C, Suzuki N, Watson D. The brief experiential avoidance questionnaire: development and initial validation. *Psychol Assess* [Internet]. 2014 [cited 2024 Dec 26];26 (1):35–45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24059474/>
93. Yaşantısız Kaçınma ile Dijital Bağımlılık İlişkisinde Dijital Araç Kullanımının Aracılık Rolü The Mediating Role of Digital Tool Use in the Relationship between Experiential Avoidance and Digital Addiction * *12 Şükrü BALCI*** * 1 Elif KAYA GÜLER**** **3.
94. Aydın Y, Uysal İ, Zettle RD, Quan H. Bağlamsal Benlik Ölçeğinin Türk Kültürüne Uyarlanması: Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research.* 2024;13 (3):229–37.
95. Yazıcı Güleç M, Güleç H, Şimşek G, Turhan M, Aydın Sünbül E. Psychometric properties of the Turkish version of the Patient Health Questionnaire-Somatic, Anxiety, and Depressive Symptoms. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2012 Jul [cited 2024 Dec 26];53 (5):623–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22000476/>
96. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* [Internet]. 1994 [cited 2024 Dec 26];38 (1):23–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8126686/>
97. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA. The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale--II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res* [Internet]. 1994 [cited 2024 Dec 26];38 (1):33–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8126688/>
98. Güleç H, Yenel A. 20 Maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği Türkçe Uyarlamasının Kesme Noktalarına Göre Psikometrik Özellikleri Psychometric Properties of the Turkish Version 20 Item Toronto Alexithymia Scala: According to Cut-off Score.
99. Güleç H, Köse S, Güleç MY, Çitak S, Evren C, Borckardt J, et al. Reliability and Factorial Validity of the Turkish Version of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* [Internet]. 2009 [cited 2024 Dec 26];19 (3):19. Available from: www.psikofarmakoloji.org

100. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Yalçın Eser S, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*. 1999;7 (2):23–40.
101. Culbertson MG, Bennett K, Kelly CM, Sharp L, Cahir C. The psychosocial determinants of quality of life in breast cancer survivors: a scoping review. *BMC Cancer* [Internet]. 2020 Oct 2 [cited 2024 Dec 27];20 (1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33008323/>
102. Firkins J, Hansen L, Driessnack M, Dieckmann N. Quality of life in “chronic” cancer survivors: a meta-analysis. *J Cancer Surviv* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2024 Dec 27];14 (4):504–17. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32162194/>
103. Shin H, Bartlett R, De Gagne JC. Health-Related Quality of Life Among Survivors of Cancer in Adolescence: An Integrative Literature Review. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2024 Dec 27];44:97–106. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30683287/>
104. Hashemi SM, Balouchi A, Al-Mawali A, Rafiemanesh H, Rezaie-Keikhaie K, Bouya S, et al. Health-related quality of life of breast cancer patients in the Eastern Mediterranean region: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat* [Internet]. 2019 Apr 30 [cited 2024 Dec 27];174 (3):585–96. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30632022/>
105. Wang X, Wang N, Zhong L, Wang S, Zheng Y, Yang B, et al. Prognostic value of depression and anxiety on breast cancer recurrence and mortality: a systematic review and meta-analysis of 282,203 patients. *Mol Psychiatry* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2024 Dec 22];25 (12):3186. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7714689/>
106. Guimond AJ, Ivers H, Savard J. Is emotion regulation associated with cancer-related psychological symptoms? *Psychol Health* [Internet]. 2019 Jan 2 [cited 2024 Dec 27];34 (1):44–63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30516396/>
107. Davis S, Serfaty M, Low J, Armstrong M, Kupeli N, Lanceley A. Experiential Avoidance in Advanced Cancer: a Mixed-Methods Systematic Review. *Int J Behav Med* [Internet]. 2023 Oct 1 [cited 2024 Dec 26];30 (5):585–604. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12529-022-10131-4>
108. Davis S, Serfaty M, Low J, Armstrong M, Kupeli N, Lanceley A. Experiential Avoidance in Advanced Cancer: a Mixed-Methods Systematic Review. *Int J Behav Med* [Internet]. 2023 Oct 1 [cited 2024 Dec 26];30 (5):585–604. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36284042/>
109. Bach M, Bach D, De Zwaan M. Independency of alexithymia and somatization. A factor analytic study. *Psychosomatics* [Internet]. 1996 [cited 2024 Dec 27];37 (5):451–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8824125/>
110. Mattila AK, Kronholm E, Jula A, Salminen JK, Koivisto AM, Mielonen RL, et al. Alexithymia and somatization in general population. *Psychosom Med* [Internet]. 2008 Jul [cited 2024 Dec 27];70 (6):716–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18596251/>
111. Honkalampi K, Hintikka J, Saarinen P, Lehtonen J, Viinamäki H. Is Alexithymia a Permanent Feature in Depressed Patients? Results from a 6-Month Follow-Up Study. *Psychother Psychosom* . 2000 Dec 1 [cited 2024 Dec 29];69(6):303–8.
112. Torunsky NT, Knauz S, Vilares I, Marcoulides KM, Koutstaal W. What is the relationship between alexithymia and experiential avoidance? A latent analysis using three alexithymia questionnaires. *Pers Individ Dif* [Internet]. 2023 Nov 1 [cited 2024 Dec 27];214. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37637074/>
112. Edwards DJ, Lowe R. Associations Between Mental Health, Interoception, Psychological Flexibility, and Self-as-Context, as Predictors for Alexithymia: A Deep Artificial Neural Network Approach. *Front Psychol* [Internet]. 2021 Mar 24 [cited 2024 Dec 27];12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33868110/>
114. Yu L, Norton S, McCracken LM. Change in “Self-as-Context” (“Perspective-Taking”) Occurs in Acceptance and Commitment Therapy for People With Chronic Pain and Is Associated With Improved Functioning. *Journal of Pain* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2024 Dec 27];18 (6):664–72. Available from: <http://www.jpain.org/article/S1526590017300214/fulltext>
115. Coutinho M, Trindade IA, Ferreira C. Experiential avoidance, committed action and quality of life: Differences between college students with and without chronic illness. *J Health Psychol* [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2024 Dec 27];26 (7):1035–45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31298586/>

116. Aguirre-Camacho A, Pelletier G, González-Márquez A, Blanco-Donoso LM, García-Borreguero P, Moreno-Jiménez B. The relevance of experiential avoidance in breast cancer distress: insights from a psychological group intervention. *Psychooncology* [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2024 Dec 26];26 (4):469–75. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/pon.4162>
117. Yu L, Norton S, Harrison A, McCracken LM. In search of the person in pain: A systematic review of conceptualization, assessment methods, and evidence for self and identity in chronic pain. Vol. 4, *Journal of Contextual Behavioral Science*. Elsevier Inc.; 2015. p. 246–62.
118. Tull MT, Gratz KL, Salters K, Roemer L. The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety, and somatization. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2004 Nov [cited 2024 Dec 27];192 (11):754–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15505519/>
119. Han J, Zhang L, Zhang Y, Tang R. The Mediating Effect of Positive Illness Cognitions on Experiential Avoidance and Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Asia Pac J Oncol Nurs* [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2024 Dec 27];8 (4):427–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34159236/>
120. Barsky AJ, Orav ; E John, Bates DW. Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity.
121. Leonidou C, Panayiotou G, Bati A, Karekla M. Coping with psychosomatic symptoms: The buffering role of psychological flexibility and impact on quality of life. *J Health Psychol* [Internet]. 2019 Feb [cited 2024 Dec 27];24 (2):175–87. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27596277/>
122. Carver CS, Smith RG, Petronis VM, Antoni MH. Quality of life among long-term survivors of breast cancer: Different types of antecedents predict different classes of outcomes. *Psychooncology* [Internet]. 2006 Sep [cited 2024 Dec 27];15 (9):749–58. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16304622/>
123. Peters ML, Sommer M, De Rijke JM, Kessels F, Heineman E, Patijn J, et al. Somatic and psychologic predictors of long-term unfavorable outcome after surgical intervention. *Ann Surg* . 2007 Mar;245(3):487–94.
124. Friman PC, Hayes SC, Wilson KG. Why Behavior Analysts Should Study Emotion: The Example Of Anxiety. *J Appl Behav Anal* . 1998 Mar 1;31(1):137–56.

EKLER

EK 1. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı



Sayı : E-10840098-202.3.02-6645
Konu : Etik Kurulu Kararı

31/10/2024

Sayın Filiz Çetinkaya

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz 'Remisyonunda Meme Kanseri Hastalarında Somatik Belirti Şiddeti ile Bağlamsal Benlik ve Yaşantısal Kaçınmanın İlişkisi isimli başvurunuz Etik Kurulumuzca değerlendirilerek uygun görülmüş olup Etik Kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Remisyonda Meme Kanseri Hastalarında Somatik Belirti Şiddeti ile Bağlamsal Benlik ve Yaşantısal Kaçınmanın İlişkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Filiz Çetinkaya			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
Karar Bilgileri	Karar No: 979	Tarih: 24.10.2024		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “oybirliği” ile karar verilmiştir.			

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrağınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden 63810CDEX8 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ	Tıp Tarihi ve Etik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Prof. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Nezih HACİHASANOĞLU ÇAKMAK	Biyokimya	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Erman GEDİKLİ	Sağlık Yönetimi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Pakize YİĞİT	Biyoistatistik/ Sayısal Yöntemler	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır

* :Toplantıda Bulunma

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Sekreteri
Esra KAN

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden 63810CDEX8 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

EK 2: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

ÇALIŞMANIN ADI:

“Remisyonda Meme Kanseri Hastalarında Somatik Belirti Şiddeti İle Bağlamsal Benlik Ve Yaşantısal Kaçınmanın İlişkisi”

*Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**’nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.*

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Kanser hastalarında ve ailelerinde psikiyatrik komorbiditeler, psikososyal sorunlar, travma ilişkili bozukluklar, kişilik özellikleri sıkça çalışılan alanlardır. Ancak somatik belirtilerin çalışıldığı çalışmalar çeşitli kısıtlılıklardan dolayı yeterli değildir. Çalışmada, remisyonda meme kanseri hastalarında somatik belirti şiddetinin belirlenmesi ve bunun bağlamsal benlik ve yaşantısal kaçınma ile ilişkisinin araştırılması ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması amaçlanmıştır. Böylece psikolojik müdahale alanlarının belirlenmesi ve uygun stratejilerin planlanmasına yönelik bir veri elde edilmesi amaçlanmaktadır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Çalışmaya katılmanız durumunda, doktorunuz tarafından psikiyatrik muayeneniz yapılacak, size sosyodemografik bilgilerinizle ve mevcut psikolojik durumunuzla ilgili bazı sorular sorulacak, belirtilerinizi ölçmek için birtakım ölçekleri doldurmanız istenecektir. Bu ölçekleri doldurmanız ve muayene süresi tahmini olarak 40 dakikanızı alacaktır.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

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

ÇALIŞMAYA KATILMALI MIYIM?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacak veya bunun için yönlendirileceksiniz.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

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

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

ADI: Filiz Çetinkaya

GÖREVİ: Ar.Gör.Dr.

TELEFON:

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı: Araştırmacı Adı Soyadı:

Tarih ve İmza:

Tarih ve İmza:

Telefon:

Telefon:

EK 3: DSM-V BOZUKLUKLARI İÇİN YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME (SCID-5)

	Şu anda	Yaşam boyu
DUYGUDURUM EPİZODLARI		
Major depresif epizod	? - +	? - +
Manik epizod	? - +	? - +
Hipomanik Epizod	? - +	? - +
Distimik bozukluk	? - +	? - +
Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu	? - +	? - +
Madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu	? - +	? - +
PSİKOTİK SEMPTOMLAR		
Hezeyanlar	? - +	? - +
Hallüsinasyonlar	? - +	? - +
Dezorganize konuşma ve davranış	? - +	? - +
Katatonik davranış	? - +	? - +
Negatif semptomlar	? - +	? - +
PSİKOTİK BOZUKLUKLAR		
Şizofreni	? - +	? - +
Şizofreniform bozukluk	? - +	? - +
Şizoaffektif bozukluk		
Sanrısız bozukluk	? - +	? - +
Kısa psikotik bozukluk	? - +	? - +
Genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk	? - +	? - +
Madde kullanımının yol açtığı psikotik bozukluk	? - +	? - +
Başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk	? - +	? - +
DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI		
Bipolar I bozukluk	? - +	? - +
Bipolar II bozukluk	? - +	? - +
Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk		
Major depresif bozukluk	? - +	? - +
Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk	? - +	? - +
MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI		
Alkol kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Sedatif/hipnotik anksiyolitik kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Kanabis kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Uyarıcı kullanım bozukluğu		
Opiyat kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Fensiklidin kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Başka halüsinojen kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Uçucular kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Diğer madde kullanım bozukluğu	? - +	? - +
ANKSİYETE VE DİĞER BOZUKLUKLAR		
Panik bozukluğu	? - +	? - +
Agorafobi	? - +	? - +
Toplumsal kaygı bozukluğu	? - +	? - +
Yaygın anksiyete bozukluğu	? - +	? - +

	Şu anda	Yaşam boyu
OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK ve TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU		
Obsesif-kompulsif bozukluk	? - +	? - +
Travma sonrası stres bozukluğu	? - +	? - +
ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ/HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU		
Erişkin dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu	? - +	? - +
DİĞER BOZUKLUKLAR / TANI ÖLÇÜTÜ OLMADAN İÇERİLEN HASTALIKLAR		
Adet öncesi disfori bozukluğu	? - +	? - +
Özgül fobi		
Ayrılma anksiyetesi bozukluğu	? - +	? - +
Biriktiricilik bozukluğu	? - +	? - +
Beden algısı bozukluğu	? - +	? - +
Trikotillomani	? - +	? - +
Deri yolma bozukluğu	? - +	? - +
Uykusuzluk bozukluğu	? - +	? - +
Aşırı uykululuk bozukluğu	? - +	? - +
Anoreksiya nevroza		
Bulimiya nevroza	? - +	? - +
Kaçıngan / kısıtlı yiyecek alımı	? - +	? - +
Bedensel belirti bozukluğu	? - +	? - +
Hastalık kaygısı bozukluğu	? - +	? - +
Aralıklı patlayıcı bozukluk	? - +	? - +
Kumar oynama bozukluğu	? - +	? - +
Uyum bozukluğu	? - +	? - +

EK 4: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU:

TARİH:

TELEFON:

AD SOYAD:

YAŞ:

CİNSİYET:

1.Kadın () 2.Erkek ()

MEDENİ DURUM:

1.Bekar () 2.Evli () 3.Boşanmış () 4.Dul ()

EĞİTİM DURUMU

1.Okur yazar () 2.İlköğretim mezunu ()

3.Lise mezunu () 4.Üniversite ve üzeri ()

KİMLERLE YAŞADIĞI:

1.Yalnız () 2.Ebeveynler ()

3.Eş ve çocuklar () 4.Diğer ()

KARDEŞ SAYISI:

ÇALIŞMA DURUMU:

1.Çalışıyor () 2.Çalışmıyor () 3.Emekli ()

MESLEK: 1.İşçi () 2.Memur ()

3. Diğer (belirtiniz)...

AİLEDE PSİKİYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ:

1.Yok ()

2.Var (). Var ise belirtiniz:.....

EK TIBBİ HASTALIKLAR:

1.Yok ()

2.Var (). Var ise belirtiniz:.....

İlaç tedavisi kullanıyor mu?

1.Evet () 2. Hayır ()

Evet ise;

Kullanılan ilacın adı:

Dozu:

Kaç aydır kullanıyor:

Düzenli kullanıyor mu:

En son ilaç veya doz değişikliğinin yapıldığı tarih:

Daha önce psikiyatrik tedavi aldı mı?

1.Evet () 2. Hayır ()

Evet ise;

İlk tedaviye başladığı tarih:

Kullandığı ilaçlar:

Hastane yatışları olduysa tarihi ve süresi:

Psikoterapi gördüyse tarihi ve süresi:

EK 5: KISA YAŞANTISAL KAÇINMA ÖLÇEĞİ (BEAQ):

Aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katıldığınızı işaretleyiniz.

Kesinlikle katılmıyorum (1)..... **Kesinlikle katılıyorum (6)** olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	1	2	3	4	5	6
İyi bir hayatın sırrı asla acı hissetmemektir						
Beni huzursuz eden herhangi bir durumdan çabuk vazgeçerim						
Hoş olmayan anılar aklıma geldiğinde onları aklımdan çıkarmaya çalışırım						
Duygularımdan kopuk olduğumu hissediyorum						
Mecbur kalmadığım sürece herhangi bir şey yapmam						
Korku veya endişe önemli bir şey yapmaktan beni alıkoyamaz						
Kendimi kötü hissetmemek için birçok şeyden vazgeçebilirim						
Beni üzme ihtimali olan bir şeyi nadiren yaparım						
Tam olarak ne hissettiğimi bilmek benim için zordur						
Benim için hoş olmayan işleri mümkün olduğunca ertelemeye çalışırım						
Rahatsız edici durumlardan kaçınmak için kendi benliğimden sapıyorum						
En büyük amaçlarımdan biri, acı veren duygulardan uzak olmaktır						
Üzücü duygulardan uzak durmak için çok uğraşırım						
Bir şeyi yapmakla ilgili herhangi bir şüphem varsa onu yapmam						
Acı her zaman zarar verir						

EK 6: BAĞLAMSAK BENLİK ÖLÇEĞİ (BBÖ):

Aşağıda bazı ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelere ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı 1-7 arasında sizi en iyi yansıtan seçeneği işaretleyerek belirtiniz. Lütfen cevaplarınızda açık ve dürüst olunuz. Lütfen öncelikle seçenekleri gözden geçiriniz.

1. Kesinlikle katılmıyorum.
2. Katılmıyorum
3. Kısmen katılmıyorum
4. Ne katılıyorum ne katılmıyorum
5. Kısmen katılıyorum
6. Katılıyorum
7. Kesinlikle katılıyorum

	1	2	3	4	5	6	7
Keyfim kaçtığımda kendi içimde sakinleşebileceğim bir alan bulabilirim.							
Sahip olduğum bakış açısı sayesinde yaşamın zorlukları altında ezilmeden onlarla baş edebilirim.							
Yaşadığım birçok değişime karşın, içimde, benim kim olduğumu gösteren değişmez bir parça vardır.							
Şu ana kadarki hayatıma geri dönüp baktığımda, tüm yaşantılarımda hep benimle olan bir tarafımın varlığını hissedebilirim.							
Değişen düşüncelerime kapılıp gitmeden onları fark edebilirim.							
Düşüncelerim ve duygularım değişse de kim olduğumla ilgili hiç değişmeyen bir anlayışa sahibim.							
Hayatımda birçok değişiklik olsa da bir parçamın hayatımda olan tüm bu değişimlere tanıklık ettiğini düşünürüm.							
Düşünce, duygu ve hislerimi fark etmemi sağlayan bir bakış açısı yakalayabilirim.							
Daha genç olduğum eski günleri düşündüğümde, o zamanlardaki bir yanımda şimdi hala benimle burada olduğunu fark ederim.							

EK 7: HASTA SAĞLIK ANKETİ SOMATİK SEMPTOM ALT ÖLÇEĞİ (PHQ-15):

Son 4 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne kadar rahatsızlık duydunuz?
(0) Hiç rahatsız olmadım (1) Biraz rahatsız oldum (2) Çok rahatsız oldum.

	0	1	2
Karın ağrısı			
Sırt ağrısı			
Kollarda, bacaklarda ve eklemlerde (diz, kalça vs) ağrı			
Yorgunluk ve enerji azlığı			
Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma			
Adet (aybaşı) sancısı veya adetlerinizle ilgili başka problemler			
Cinsel ilişki sırasında ağrı ya da cinsel başka problemler			
Baş ağrısı			
Göğüs ağrısı			
Baş dönmesi			
Fenalık hissi			
Kalbinizin hızla çarptığını hissetme			
Nefes darlığı			
Kabızlık, yumuşak dışkı veya ishal			
Bulantı, şişkinlik veya hazımsızlık			

EK 8: TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ (TAÖ-20):

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Hiçbir zaman (1), Nadiren (2), Bazen (3), Sık sık (4), Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	1	2	3	4	5
Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem					
Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur					
Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor					
Duygularımı kolayca tarif edebilirim					
Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlemeyi yeğlerim					
Keyfim kaçtığı anda, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem					
Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır					
Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurlarına bırakmayı yeğlerim					
Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var					
İnsanların duygularını tanıması gerekir					
İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tarif etmek bana zor geliyor					
İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler					
İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum					
Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem					
İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim					
Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim					
İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir					
Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim					
Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum					
Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır					

EK 9: WHOQOL-BREF DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (KISA FORMU)

Hastanın Adı Soyadı:

Tarih :

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtlara işaret koyun ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz Nedir? ☐ Erkek ☐ Kadın

Doğum Tarihiniz nedir?

Gördüğünüz En Yüksek Eğitim Derecesi Nedir?

☐ Hiç Eğitim almadım

☐ İlkokul-Ortaokul

☐ Lise ve Eşdeğeri

☐ Yüksek

Medeni Durumunuz Nedir?

☐ Hiç Evlenmemiş

☐ Evli Gibi yaşıyor

☐ Evli

☐ Boşanmış

☐ Ayrılmış

☐ Eşi Yaşamıyor

Şu anda bir hastalığınız var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Şu anda bir hastalığınız varsa sizce bu nedir?

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bu soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

1. Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz? 1-Çok Kötü 2-Biraz Kötü 3-Ne iyi, ne kötü 4-Oldukça İyi 5-Çok İyi
2. Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz? 1-Hiç hoşnut değil 2-Çok az hoşnut 3-Ne hoşnut, ne de değil 4-Epeyce hoşnut 5-Çok hoşnut
3. Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz? 5-Hiç 4-Çok az 3-Orta Derecede 2-Çokça 1-Aşırı derecede
4. Günlük işlerinizi yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz? 5-Hiç 4-Çok az 3-Orta Derecede 2-Çokça 1-Aşırı derecede
5. Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız? 1-Hiç 2-Çok az 3-Orta Derecede 4-Çokça 5-Aşırı derecede
6. Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz? 1-Hiç 2-Çok az 3-Orta Derecede 4-Çokça 5-Aşırı derecede
7. Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız? 1-Hiç 2-Çok az 3-Orta Derecede 4-Çokça 5-Aşırı derecede

8. Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz? 1-Hiç 2-Çok az 3-Orta Derecede 4-Çokça 5-Aşırı derecede
9. Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır? 1-Hiç 2-Çok az 3-Orta Derecede 4-Çokça 5-Aşırı derecede
10. Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı? 1-Hiç 2-Çok az 3-Orta derecede 4-Çokça 5-Tamamen
11. Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz? 1-Hiç 2-Çok az 3-Orta derecede 4-Çokça 5-Tamamen
12. İhtiyaçlarınızı karşılamak için yeterli paranız var mı? 1-Hiç 2-Çok az 3-Orta derecede 4-Çokça 5-Tamamen
13. Günlük yaşantınızda gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız? 1-Hiç 2-Çok az 3-Orta derecede 4-Çokça 5-Tamamen
14. Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur? 1-Hiç 2-Çok az 3-Orta derecede 4-Çokça 5-Tamamen
15. Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır? 1-Çok kötü 2-Biraz kötü 3-Ne iyi, ne kötü 4-Oldukça iyi 5-Çok iyi
16. Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz? 1-Hiç hoşnut değil 2-Çok az hoşnut 3-Ne hoşnut, ne de değil 4-Epeyce hoşnut 5-Çok hoşnut
17. Günlük işleri yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz? 1-Hiç hoşnut değil 2-Çok az hoşnut 3-Ne hoşnut, ne de değil 4-Epeyce hoşnut 5-Çok hoşnut
18. İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz? 1-Hiç hoşnut değil 2-Çok az hoşnut 3-Ne hoşnut, ne de değil 4-Epeyce hoşnut 5-Çok hoşnut
19. Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz? 1-Hiç hoşnut değil 2-Çok az hoşnut 3-Ne hoşnut, ne de değil 4-Epeyce hoşnut 5-Çok hoşnut
20. Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz? 1-Hiç hoşnut değil 2-Çok az hoşnut 3-Ne hoşnut, ne de değil 4-Epeyce hoşnut 5-Çok hoşnut
21. Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz? 1-Hiç hoşnut değil 2-Çok az hoşnut 3-Ne hoşnut, ne de değil 4-Epeyce hoşnut 5-Çok hoşnut
22. Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz? 1-Hiç hoşnut değil 2-Çok az hoşnut 3-Ne hoşnut, ne de değil 4-Epeyce hoşnut 5-Çok hoşnut
23. Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz? 1-Hiç hoşnut değil 2-Çok az hoşnut 3-Ne hoşnut, ne de değil 4-Epeyce hoşnut 5-Çok hoşnut
24. Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz? 1-Hiç hoşnut değil 2-Çok az hoşnut 3-Ne hoşnut, ne de değil 4-Epeyce hoşnut 5-Çok hoşnut
25. Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz? 1-Hiç hoşnut değil 2-Çok az hoşnut 3-Ne hoşnut, ne de değil 4-Epeyce hoşnut 5-Çok hoşnut
26. Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız? 5-Hiçbir zaman 4-Nadiren 3-Ara sıra 2-Çoğunlukla 1-Her zaman
27. Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir? 1-Hiç 2-Çok az 3-Orta derecede 4-Çokça 5-Aşırı derecede

EK 10: TEZ ORJİNALLİK BEYAN FORMU

REMİSYONDA MEME KANSERİ HASTALARINDA SOMATİK BELİRTİ ŞİDDETİ İLE BAĞLAMSAZ BENLİK VE YAŞANTISAL KAÇINMANIN İLİŞKİSİ

Tez

ORJİNALLİK RAPORU

% 13 EN	% 9	% 8	% 11
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	openaccess.bezmialemedu.tr İnternet Kaynağı	% 2
2	Submitted to Sağlık Bilimleri Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 2
3	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 1
4	Submitted to Marmara University Öğrenci Ödevi	% 1
5	dspace.gazi.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	www.ulusaltezmerkezi.net İnternet Kaynağı	% 1
7	acikerisim.gelisim.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
8	silo.tips İnternet Kaynağı	<% 1
9	Emiroglu, Pelin savli. "Bursa İl Halk Sağlığı Mudurlugüne Bağlı Çalışan Hekimlerde is	<% 1

Doyumu ve Yasam Kalitesi Duzeyi Ile Etkileyen
Etmenler", Bursa Uludag University (Turkey),
2021

Yayın

10	Submitted to Istanbul Medeniyet Āniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
11	Submitted to Middle East Technical University Öğrenci Ödevi	<% 1
12	5dok.org İnternet Kaynağı	<% 1
13	Öztürk, Ahmet. "Non-Spesifik Kronik Boyun Ağrılı Bireylerde Telerehabilitasyon Tabanlı Ağrı Nörobilim Eğitiminin Etkinliğinin İncelenmesi", Dokuz Eylul Üniversitesi (Turkey), 2024 Yayın	<% 1
14	Submitted to Akdeniz University Öğrenci Ödevi	<% 1
15	Submitted to Ege Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
16	openaccess.bilgi.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
17	Submitted to Istanbul Medipol Āniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
18	openaccess.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1

19	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<% 1
20	Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
21	Lule, Dilek. "Sizofren Hastaların Umut Düzeylerinin Yaşam Kalitesine Etkisi.", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2021 Yayın	<% 1
22	Submitted to Sabanci Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
23	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<% 1
24	9lib.net İnternet Kaynağı	<% 1
25	jocms.org İnternet Kaynağı	<% 1
26	Maden, Serap. "El Ekzeması Olanlarda Depresif Belirtilerin ve Anksiyete Belirtilerinin Varlığı ve Yaşam Kalitesinin Kontrol Grubu İle Karşılaştırılarak Değerlendirilmesi", Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey), 2024 Yayın	<% 1
27	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	<% 1

28	Yorulmaz, Elçin. "Demans Tanısı Olan Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerine Yönelik Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Bir Müdahalenin Geliştirilmesi ve Etkilerinin İncelenmesi", Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey), 2024 Yayın	<% 1
29	acikerisim.isikun.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
30	acikerisim.fsm.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
31	dspace.kocaeli.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
32	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	<% 1
33	www.frontiersin.org İnternet Kaynağı	<% 1
34	Ayaslan, Zeynep. "Geçmişte Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Alan Olgularda Tedavi ve Özel Eğitim Ardından Ortaya Çıkan Tanı Kaybının ve Olguların Karakteristik Özelliklerinin Değerlendirilmesi", Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey), 2024 Yayın	<% 1
35	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1

36	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<% 1
37	openaccess.ogu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
38	tip.medeniyet.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
39	acikerisim.nku.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
40	Cengizhan, Meryem Berfin. "Tip 1 Diyabetli Çocuk ve Adolesanlarda Karbonhidrat Sayımı Yönteminin Metabolik Kontrol ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi", Ankara Üniversitesi (Turkey), 2024 Yayın	<% 1
41	Altintas, Bulent. "Behcet Hastalarında Aleksitimi, Anksiyete ve Depreson: Kendini Bildirim ölceğine Karşılık Görüşmecinin Değerlendirdiği ölçek", Bursa Uludağ University (Turkey), 2021 Yayın	<% 1
42	Cil, Mert. "Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Psikososyal İşlevsellikleri, Sosyal Problem Çözme Becerileri ve İlişkili Nörobilişsel ve Sosyal Bilişsel Faktörlerin İncelenmesi", Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey), 2024 Yayın	<% 1

- 43 Cebeci, İsmail. "Tip 2 Diyabetli hastaların akıllı telefonuygulamasını Kullanarak Evde Kan Glukoz takibiyapmalarının HbA1c'ye Etkisinin saptanması", Dokuz Eylul Universitesi (Turkey), 2023
Yayın <%1
-
- 44 Ünal, Burcu. "Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklarda Sosyal Çevrenin Relapslar Üzerine Etkisi", Dokuz Eylul Universitesi (Turkey), 2024
Yayın <%1
-
- 45 Bahadır, Tolga Kaan. "Rekreasyon Faaliyetlerine Katılan 13-15 yas Grubu ogrencilerin Yasam Kalitesi Ve Bazi Psikolojik ozelliklerinin Incelenmesi.", Marmara Universitesi (Turkey), 2021
Yayın <%1
-
- 46 Dalan Karaden, Rukiye. "Hemsirelerin Hastane Etik Iklim Algisi ile Tibbi Hatalara Yönelik Tutumlari Arasindaki Iliski.", Necmettin Erbakan University (Turkey), 2024
Yayın <%1
-

Alıntılarını çıkart Kapat
Bibliyografyayı Çıkart Kapat

Exclude assignment template
Eşleşmeleri çıkar Kapat



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Filiz Çetinkaya
Ödev başlığı: Filiz Çetinkaya
Gönderi Başlığı: Tez
Dosya adı: TEZ_Dr._Filiz_etinkaya.docx
Dosya boyutu: 1.58M
Sayfa sayısı: 80
Kelime sayısı: 17,447
Karakter sayısı: 116,573
Gönderim Tarihi: 08-Oca-2025 09:40ÖS (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 2561217540



T. C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

REMİSYONDA MEME KANSERİ HASTALARINDA
SOMATİK BELİRTİ ŞİDDETİ İLE BAĞLAMSAK
BENLİK VE YAŞANTISAL KAÇINMANIN İLİŞKİSİ

Dr. Filiz ÇETİNKAYA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Ocak 2025
İSTANBUL