

Lösemi hastalarının ruhsal sorunları ve stresle başa çıkma tarzları *

Mental problems and stress coping styles of leukemia patients

Betül Akanlar Çoban¹, Sibel Polat Olca²

¹ Bil. Uzm. SANKO Üniversitesi Hastanesi. Gaziantep/ Türkiye, akanlar.btl@gmail.com, 0000-0002-6580-2245

² Dr.Öğr. Üyesi. SANKO Üniversitesi SBF Psikiyatri Hemşireliği AD, Gaziantep/ Türkiye sibel.polat@sanko.edu.tr, 0000-0002-6274-6989

*Bu makale, "Lösemi hastalarının ruhsal sorunları ve stresle başa çıkma tarzları " (2022) başlıklı tezden üretilmiştir.

Öz

Kanser, milyonlarca insan için ölüm nedeni olmasının yanında psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma olasılığının da yüksek olduğu bir hastalıktır. Birçok kanser hastası için, kanser tanısı almak ve tedavi görmek, bireyleri duygusal sıkıntı, depresyon, anksiyete, uyku sorunları, yorgunluk ve bozulmuş yaşam kalitesi gibi uzun süreli olumsuz psikolojik sonuçlara karşı savunmasız hale getirebilecek son derece stresli bir deneyimdir. Stresle başa çıkma kanser hastalarında dayanıklılığın önemli bir unsurudur. Bu araştırma, lösemi hastalarının ruhsal sorunlarının ve stresle başa çıkma tarzlarının incelenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini Gaziantep il merkezinde bulunan bir özel hastanenin Hematoloji Servisinde yatarak tedavi gören lösemi tanılı hastalar oluşturmaktadır. Lösemi tanılı hastaların dâhil edildiği çalışmaya toplam 120 kişi alınmıştır. Çalışmaya dâhil edilen hastaların %61,7'sinin erkek, yaş ortalamasının 50,4±17,8 yıl, %45,0'inin 56 yaş ve üstünde ve %65,8'inin evli olduğu saptanmıştır. Kendine Güvenli Yaklaşım 10,5±4,1, Çaresiz Yaklaşım 10,3±5,3, Boyun Eğici Yaklaşım 7,9±3,4, İyimser Yaklaşım 6,8±3,0 ve Sosyal Destek Arama için 6,4±2,5 olarak bulunmuştur. KSE toplam puanı 77,4±27,9, Anksiyete 15,8±7,8, Depresyon 21,5±10, Olumsuz benlik 14,3±7,3, Somatizasyon 16,4±5,3, Hostilité 9,3±5,4'dir. Hastaların stresle başa çıkma ölçeğinin tüm alt boyutlarının puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Kısa Semptom Envanteri puan sonucu dikkate alındığında, hastaların orta düzeyde ruhsal belirti gösterdikleri, özellikle depresyon ve somatizasyon belirtilerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi, anksiyete, olumsuz benlik ve hostilité belirtilerinin düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler:

Lösemi, Ruhsal Sorunlar, Stresle Başa Çıkma, Psikiyatri Hemşireliği

ABSTRACT

Cancer is a disease with a high probability of occurrence of psychiatric disorders as well as being the cause of death for millions of people. For many cancer patients, being diagnosed and treated for cancer is an extremely stressful experience that can make individuals vulnerable to long-term negative psychological consequences such as emotional distress, depression, anxiety, sleep problems, fatigue, and impaired quality of life. Coping with stress is an important element of resilience in cancer patients. This research is a descriptive study to examine the mental problems and coping styles of leukemia patients. The population of the study consists of patients with a diagnosis of leukemia who are hospitalized in the Hematology Service of a private hospital in the city center of Gaziantep. A total of 120 people were included in the study, which included patients with a diagnosis of leukemia. It was determined that 61.7% of the patients included in the study were male, mean age was 50.4±17.8 years, 45.0% were 56 years and older, and 65.8% were married. Self-Confident Approach 10.5±4.1, Helpless Approach 10.3±5.3, Submissive Approach 7.9±3.4, Optimistic Approach 6.8±3.0, and Seeking Social Support 6.4± It was found to be 2.5. BSI total score 77.4±27.9, Anxiety 15.8±7.8, Depression 21.5±10, Negative self 14.3±7.3, Somatization 16.4±5.3, Hostility 9.3± 5.4. The mean scores of all sub-dimensions of the patients' coping with stress scale were found to be low. Considering the results of the Brief Symptom Inventory, it was determined that the patients showed moderate mental symptoms, especially depression and somatization symptoms were moderate. Discomfort Severity Index, anxiety, negative self and hostility symptoms were found to be low.

Key Words:

Leukemia, Mental Problems, Coping with Stress, Psychiatric Nursing

Corresponding Author/Sorumlu Yazar:

Dr.Öğr. Üyesi. SANKO Üniversitesi SBF
Psikiyatri Hemşireliği AD, Gaziantep/ Türkiye
sibel.polat@sanko.edu.tr, 0000-0002-6274-
6989

DOI:

10.5281/zenodo.8244899

Received Date/Gönderme Tarihi:

21.06.2023

Accepted Date/Kabul Tarihi:

29.07.2023

Published Online/Yayımlanma Tarihi

31.07.2023

1.GİRİŞ

Hematolojik kanserler, en sık görülen kanser türü olup, 2020 yılında dünyada yaklaşık 19,3 milyon yeni kanser ve 10 milyon kanserden ölüm vakası gerçekleşmiştir (Çalışkan vd., 2017; Ferlay vd., 2021). Kanser, milyonlarca insan için ölüm nedeni olmasının yanında psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma olasılığının da yüksek olduğu bir hastalıktır. Kanser hastalarında tedaviye bağlı fizyolojik belirtilerin yanında; öfke, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik belirtiler sık görülmekte, uyum mekanizmaları bozulmakta ve buna bağlı kişilik bozuklukları ve psikiyatrik bozukluklara sık rastlanmaktadır (Hintistan vd., 2015; Tsatsou vd., 2021). Kanserli hastalarda ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar; uyum bozuklukları, kişilik ve tutum değişiklikleri, anksiyete bozuklukları, organik beyin sendromları (deliryum, demans ve diğer organik psikiyatrik sendromlar), depresif sendromlar, kemoterapötik ajanların nöropsikiyatrik yan etkileri ve ağrılı sendromlara eşlik eden psikiyatrik sendromlardır (Ülger vd., 2014).

Özellikle kanserin tanı aşamasında, erken dönemde anksiyete ve depresyon yaygındır. Tedavi edilmemiş, anksiyete veya depresyonu olan hastalar, reçete edilen ilaçları kullanmama, aile veya diğer sosyal desteklerden geri çekilme gibi olumsuz başa çıkma davranışlarını benimseme açısından yüksek risk altındadır (Mosleh vd.,2018). Hematolojik kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada, anksiyeteden çok depresyonun öne çıkan bir sorun olduğu ve teşhis konulduktan ve ihtiyacı olan hastalara psikososyal destek sağlandıktan yıllar sonra bile hastaların depresyon yönünden izlenmesinin önemi vurgulanmaktadır (Kuba vd., 2019).

Birçok kanser hastası için kanser tanısı almak ve tedavi görmek, bireyleri duygusal sıkıntı, depresyon, anksiyete, uyku sorunları, yorgunluk ve bozulmuş yaşam kalitesi gibi uzun süreli olumsuz psikolojik sonuçlara karşı savunmasız hale getirebilecek son derece stresli bir deneyimdir (Antoni ve Dhabhar, 2019; Seiler ve Jenewein, 2019). Stres kavramı, Türkçede “zorlanma” ve zorlanma yaratan birçok etken için de tanım olarak “stres etkeni” olarak adlandırılabilir. Strese verilen tepki anlamına gelen, özgün olmayan, hızla ortaya çıkan ve pek çok duygusal tepkiyi, anksiyete ve depresyon gibi, içinde barındırabilen bir emosyonel tepki olarak tanımlanabilecek “distres” kavramı ise dilimizde sıklıkla “sıkıntı” olarak kullanılmaktadır. Distres, bireyleri olumsuz etkileyen stres anlamına gelmektedir (Aslan, 2022; Matthews, 2016).

Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı, distresi “Kanserle etkili bir şekilde baş etme becerisini, fiziksel semptomlarını etkileyebilecek psikolojik (bilişsel, davranışsal, duygusal), sosyal ve/veya ruhsal nitelikteki çok faktörlü hoş olmayan duygusal bir deneyim olarak tanımlar (Wood, 2016). Distres, kırılabilirlik veya üzüntü duygularından depresyon veya kaygı gibi ruhsal sorunlara kadar değişebilmektedir. Daha yüksek distres seviyeleri yaşam kalitesini olumsuz etkiler ve çalışma yeteneğini bozar. Aynı zamanda, fizyolojik stres tepki sistemlerindeki (örneğin, iltihaplanma) değişikliklere ve yüksek mortalitelere neden olur (Carlson vd., 2019). Yüksek düzeyde stresin neden olduğu duygusal sıkıntı, kanser hastalarında, yalnızca yüksek fiziksel semptom yükü ile değil, aynı zamanda önemli ölçüde daha düşük yaşam kalitesi, bakımdan memnun olmama ve tedaviye uyumsuzlukla da ilişkilendirilmiştir (Mehnert vd., 2018).

Stresle başa çıkma (SBÇ), bireyin mevcut yaşantısına yönelik tehdit algıladığı bir durumda stresin etkilerini olumlu düzeyde tutabilmek adına gösterdiği, uyum sağlamaya yönelik, sürekli değişen, bilişsel ve davranışsal çabaların tümüdür (Lazarus ve Folkman, 1984). Uyarlanabilir başa çıkma stratejileri genellikle hastalara fayda sağlayabilecek daha olumlu veya yapıcı başa çıkma tepkilerini

ifade eder. Uyumsuz başa çıkma stratejileri ise daha olumsuz veya işlevsiz olanlara atıfta bulunur (Nipp vd., 2016). Stresle başa çıkma kanser hastalarında dayanıklılığın önemli bir unsurudur. Kanserden kurtulanların uyarlanabilir başa çıkma stratejileri (örneğin olumlu yeniden değerlendirme, sosyal destek arama davranışı, problem odaklı başa çıkma ve dini başa çıkma) kullananların daha iyi yaşam kalitesi ve daha az sıkıntı yaşadıkları, uyumsuz başa çıkma stratejileri kullanan bireylerin ise daha yüksek sıkıntı ve yaşam kalitesinde bozulma yaşadığı belirtilmektedir. Böylece, stresle etkili başa çıkma ruhsal sağlığın korunmasına katkı sağlamaktadır (Seiler ve Jenewein, 2019).

Bu çalışmada lösemi hastalarının yaşadığı ruhsal sorunlar ve stresle başa çıkma tarzları incelenmiştir.

2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Türü ve Amacı

Bu araştırma, lösemi hastalarının ruhsal sorunlarının ve stresle başa çıkma tarzlarının incelenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır.

2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Gaziantep il merkezinde bulunan bir özel hastanenin Hematoloji Servisinde yatarak tedavi gören lösemi tanılı hastalar oluşturmaktadır. Araştırmaya, 18 yaş üstü, hematoloji servisinde yatarak tedavi gören ve çalışmaya katılmaya gönüllü 120 hasta dahil edilmiştir.

2.3. Verilerin Toplanması ve Veri Araçları

Veri toplama formu olarak Kişisel Bilgi Formu, Stresle Başa Çıkma Ölçeği (SBÇÖ) ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) kullanılmıştır. Araştırma verileri; hastane ortamında ve yüz yüze Eylül 2020-Nisan 2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

Kişisel bilgi formu; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, tanı, hastalık evresi, tanı süresi, lösemi hakkında bilgi sahibi olma gibi sorulardan oluşmaktadır.

Stresle Başa Çıkma Ölçeği (SBÇÖ); Folkman ve Lazarus (1980) tarafından Başa Çıkma Yolları Envanteri olarak geliştirilen 4'lü likert tipi bir ölçektir (Lazarus ve Folkman, 1984). Ölçeğin 30 maddelik formunun Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmıştır. Şahin ve Durak ölçeğin Kendine Güvenli Yaklaşım (KGY), Çaresiz Yaklaşım (ÇY), Boyun Eğici Yaklaşım (BEY), İyimser Yaklaşım (İY) ve Sosyal Destek Arama (SDA) olmak üzere toplam 5 faktörden oluştuğunu bulmuşlardır. Alt ölçeklerin Cronbach Alpha katsayıları .47 ve .80 arasında değişmektedir (Şahin ve Durak, 1995).

Kısa Semptom Envanteri (KSE): Genel bir psikopatoloji değerlendirmesi ihtiyacından kaynaklanarak Derogatis & Melisaratos (1983)'in geliştirdiği, 53 maddelik kişinin kendini değerlendirebilme türü envanterdir. Hem normal örneklerde hem de çeşitli medikal ve psikiyatrik hastalarda meydana gelen psikolojik semptomları ortaya koyabilmek için geliştirilen bir ölçektir (Derogatis ve Melisaratos, 1983). Ölçeğin ülkemiz için uyarlaması üç ayrı çalışma ile Hisli ve Durak tarafından yapılmıştır. Üç ayrı

çalışma sonucunda ölçeğin "Anksiyete", "Depresyon", "Olumsuz benlik", "Somatizasyon" ve "Hostilite" olmak üzere beş faktörden oluştuğu bildirilmektedir. Bu faktörlerden oluşturulan alt ölçeklerin Cronbach Alpha katsayıları .88 ve .76 arasında değişmektedir (Şahin ve Durak, 1994; Şahin vd., 2002). Ölçeğin belirlenen 3 global indeksi ise sırayla Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi (RCİ), Belirti Toplam İndeksi (BTİ) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRİ) şeklindedir (Şahin vd., 2002).

2.4. Araştırmanın Etik Yönü

Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapan yazarlardan kullanım izni, Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni ve kurum izni alındı. (24.07.2020; 2020/10). Araştırmaya katılan hastalara araştırmanın amacı ve konusu hakkında bilgi verildi, gönüllü olanların çalışmaya katılması sağlanarak yazılı onamları alındı.

2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın, tek bir merkezde ve sadece yatan hastalarla yürütülmesi araştırmanın sınırlılığıdır.

2.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 paket programı kullanılmıştır. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümler ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum-maksimum) olarak özetlenmiştir. Çalışmada yer alan parametrelerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemede Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren parametrelerde ikili grup analizleri bağımsız student t-testi ile ikiden fazla grup analizleri ise Oneway ANOVA testi ile çözümlenirken; normal dağılım göstermeyen parametrelerde ikili grup analizlerinde Mann Whitney U testi; ikiden fazla grup analizlerinde ise Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. İki grup arasındaki farklılığı belirlemede Post Hoc testlerinden Tukey ve Tamhane's T2 testlerine başvurulmuştur. Ölçek skorları arasındaki ilişkiyi belirlemede normal dağılım göstermeyenlerde Spearman ve normal dağılım gösterenlerde Pearson korelasyon testleri kullanılmıştır. Tüm testlerde istatistiksel önemlilik düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

3. BULGULAR

Lösemi tanılı hastaların dahil edildiği çalışmaya toplam 120 kişi alınmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastaların %61,7'sinin erkek, yaş ortalamasının 50,4±17,8 yıl, %45,0'inin 56 yaş ve üstünde ve %65,8'inin evli olduğu saptanmıştır. Bireylerin % 35,0'inin lise mezunu, %41,7'sinin gelirinin giderinden az olduğu, %84,2'sinin çalışmadığı, %30,8'inin Akut Miyeloid Lösemi (AML) tanısı aldığı, %35,0'inin hastalık evresinin 2. evre, %35,0'inin tanı süresinin 6-12 ay olduğu ve %90,0'inin lösemi hakkında bilgisi olmadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Çalışmada kullanılan Stresle Başa Çıkma Ölçeği alt ölçek puan ortalamaları düşük bulundu. Kısa Semptom Envanteri toplam puanı, depresyon, somatizasyon, BTİ ve SRİ puan ortalamalarının orta düzey olduğu belirlendi. Kısa Semptom Envanteri alt ölçek boyutlarından anksiyete, olumsuz benlik, hostilite ve RCİ alt boyut puan ortalamaları düşük bulundu (Tablo 2).

Tablo 1. Hastaların demografik özelliklerinin dağılımı

	Sayı (n=120)	Yüzde
Yaş (Ort±ss)	50,4±17,8	
18-25	17	14,2
26-35	9	7,5
36-45	20	16,7
46-55	20	16,7
56 yaş ve üstü	54	45,0
Cinsiyet		
Erkek	74	61,7
Kadın	46	38,3
Medeni durum		
Bekâr	41	34,2
Evli	79	65,8
Eğitim durumu		
İlkokul	37	30,8
Ortaokul	24	20,0
Lise	42	35,0
Ön lisans/lisans	17	14,2
Gelir durumu		
Gelir giderden az	50	41,7
Gelir gidere eşit	46	38,3
Gelir giderden fazla	24	20,0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	19	15,8
Çalışmıyor	101	84,2
Tanı		
Kronik Miyeloid Lösemi (KML)	2	1,7
Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL)	11	9,2
Kronik Lenfositik Lösemi (KLL)	6	5,0
Akut Miyeloid Lösemi (AML)	37	30,8
Multipl Miyelom (MM)	10	8,3
Hodgkin Lenfoma (HL)	19	15,8
Nonhodking Lenfoma (NHL)	35	29,2
Evre		
1. Evre	11	9,2
2. Evre	42	35,0
3. Evre	37	30,8
4. Evre	30	25,0
Tanı süresi		
1-3 ay	21	17,5
3-6 ay	33	27,5
6-12 ay	42	35,0
1 yıldan fazla	24	20,0
Lösemi hakkında bilgi		
Evet	12	10,0
Hayır	108	90,0

Tablo 2. SBÇÖ ve KSE ölçek toplam puanı ve alt ölçek puan ortalaması, standart sapma, medyan, minimum, maksimum ve Cronbach alfa değerlerinin dağılımı

Ölçekler	Alınabilecek Alt ve Üst Değerler	Ort±ss	Med(Min/Max)	Cronbach Alfa
SBÇÖ				
Kendine güvenli yaklaşım	7-28	10,5±4,1	10 (1-21)	0,795
İyimser yaklaşım	5-20	6,8±3,0	7 (1-15)	0,763
Çaresiz yaklaşım	8-32	10,3±5,3	10 (0-24)	0,779
Boyun eğici yaklaşım	6-24	7,9±3,4	8 (2-17)	0,671
Sosyal destek arama yaklaşımı	4-16	6,4±2,5	6 (0-12)	0,649
KSE		77,4±27,9	76 (15-167)	0,920
Anksiyete	0-52	15,8±7,8	14 (0-44)	0,779
Depresyon	0-48	21,5±10	20,5 (3-43)	0,862
Olumsuz benlik	0-48	14,3±7,3	13 (0-42)	0,774
Somatizasyon	0-36	16,4±5,3	17 (3-27)	0,767
Hostilite	0-28	9,3±5,4	8,5 (0-27)	0,780
RCİ	0-4	1,46±0,52	1,43 (0,28-3,15)	
BTİ	0-53	35,6±8,7	37 (7-53)	
SRİ	0-4	2,14±0,38	2,08 (1,18-3,39)	

Tablo 3'te SBÇÖ ve KSE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendi. Stresle Başa Çıkma Ölçeği alt boyutlarından; kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama yaklaşımı alt ölçek puanları ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, hostilite, KSE, RCİ ve BTİ ölçek puanları arasında ters yönlü zayıf bir ilişki saptandı ($p<0,05$). Sosyal destek arama yaklaşımı alt ölçek puanı ile SRİ alt ölçek puanı arasında ters yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$). Çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt ölçek puanı ile anksiyete, olumsuz benlik, hostilite, KSE, RCİ, BTİ ve SRİ alt ölçek puanları ile pozitif yönlü zayıf bir ilişki, depresyon alt ölçeği ile pozitif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Boyun eğici yaklaşım ile somatizasyon ile ters yönlü zayıf bir ilişki, depresyon ile pozitif yönde orta düzey bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0,05$). (Tablo 3).

Hastaların medeni durum, çalışma durumu, ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt ölçek puanları ile KSE toplam ölçek, RCİ, BTİ ve SRİ alt ölçek puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Hastaların cinsiyet değişkeni ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve hostilite alt ölçek, KSE toplam ölçek, RCİ, BTİ ve SRİ alt ölçek puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanırken ($p>0,05$); erkek hastaların somatizasyon alt ölçek puanlarının kadın hastalara göre daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4). Hastaların yaş ile SBÇÖ, KSE toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Eğitim durumu değişkeni ile KSE toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Eğitim durumu değişkeni ile kendine stresle başa çıkma tarzları ölçek boyutu güvenli yaklaşım puanı arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$). Gruplar arasındaki farklılığın kaynağı belirlendiğinde; ön lisans/lisans mezunu olan hastaların ortaokul ($p=0,042$) ve lise ($p=0,045$) mezunu olan hastaların ölçek puanlarına göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4).

Tablo 3. SBÇÖ ve KSE ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki

	İY	ÇY	BEY	SDAY	Ank.	Dep.	OB	Som.	Host.	KSE Toplam	RCi	BTİ	SRI
KGY	r	,730**	-,255**	,410**	-,312**	-,252**	-,308**	-,166	-,326**	-,358**	-,358**	-,448**	-,037
	p	,000	,005	,382	,000	,001	,006	,001	,070	,000	,000	,000	,685
İY	r	1,000	-,258**	-,097	-,330**	-,221*	-,310**	-,170	-,453**	-,372**	-,372**	-,389**	-,175
	p	.	,004	,290	,000	,015	,001	,064	,000	,000	,000	,000	,056
ÇY	r	1,000	,683**	-,513**	,405**	,532**	,356**	-,096	,245**	,459**	,459**	,307**	,415**
	p	.	,000	,000	,000	,000	,000	,298	,007	,000	,000	,001	,000
BEY	r	1,000	1,000	-,378**	,204*	,504**	,284**	-,332**	,119	,308**	,308**	,089	,433**
	p	.	.	,000	,025	,000	,002	,000	,196	,001	,001	,336	,000
SDAY	r	1,000	1,000	1,000	-,236*	-,329**	-,230*	,106	-,242**	-,292**	-,292**	-,228*	-,164
	p	.	.	.	,010	,000	,011	,251	,008	,001	,001	,012	,074
Ank.	r	1,000	1,000	1,000	1,000	,684**	,758**	,093	,550**	,857**	,857**	,807**	,523**
	p	.	.	.	.	,000	,000	,310	,000	,000	,000	,000	,000
Dep.	r	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	,649**	-,041	,503**	,841**	,841**	,638**	,716**
	p	.	.	.	.	.	,000	,659	,000	,000	,000	,000	,000
OB	r	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	,179	,667**	,869**	,869**	,815**	,525**
	p	.	.	.	.	.	.	,051	,000	,000	,000	,000	,000
Som.	r	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	,211*	,270**	,270**	,330**	,090
	p	.	.	.	.	.	.	.	,020	,003	,003	,000	,328
Host.	r	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	,727**	,727**	,684**	,475**
	p	.	.	.	.	.	.	.	.	,000	,000	,000	,000
KSE Toplam	r	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	,879**	,671**
	p	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	,000	,000
RCi	r	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	,301
	p	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	,001
BTİ	r	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	,301
	p	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	,001

* p<0,05 Pearson ve Spearman korelasyon testleri, KGY: Kendine güvenli yaklaşım, İY: İyimser yaklaşım, ÇY: Çaresiz yaklaşım, BEY: Boyun eğici yaklaşım, SDAY: Sosyal destek arama yaklaşımı, Ank: Anksiyete, Dep: Depresyon, OB: Olumsuz benlik, Som: Somatizasyon, Host.: Hostilite KSE: Kısa Semptom Ervanteri RCi: Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi, BTİ:Belirti Toplam İndeksi, SRI:Semptom Rahatsızlık İndeksi

Tablo 4. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile SBÇÖ, KSE toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Cinsiyet	KGy	İy	Çy	BEy	SDAY	Ank	Dep	OB	Som	Host	KSE	RCI	BTI	SRI
Erkek	10,4±3,9	7(1-13)	10,2±5,3	7(2-17)	6,4±2,4	15(4-36)	20,5(3-43)	12(0-36)	15,6±5,6	8,5(0-24)	74,5(15-152)	1,4(0,28-2,87)	35,9±8,7	2,1±0,3
Kadın	10,7±4,5	6,5(2-15)	10,5±,3	8(2-16)	6,3±2,5	13,5(0-44)	20,5(6-43)	14,5(2-42)	17,6±4,6	8,5(0-27)	77,5(9-167)	1,46(0,36-3,15)	35,3±8,9	2,2±0,4
t/U	-0,341	-0,323	-0,301	-0,266	0,284	-1,171	-0,737	-0,165	-2,092	-0,366	-0,400	-0,400	0,370	-1,243
p	0,733	0,747	0,764	0,790	0,777	0,242	0,461	0,869	0,039	0,714	0,690	0,690	0,712	0,216
Medeni durum														
Bekâr	9,8±4,6	5(2-13)	10,0±5,4	7(2-15)	6,3±2,8	15(4-44)	17(5-43)	14(0-42)	16,5±5,1	9(0-25)	77(15-167)	1,45(0,28-3,15)	35,9±8,2	2,1±0,4
Evlî	10,9±3,8	7(1-15)	10,5±5,2	8(2-17)	6,4±2,3	14(0-36)	21(3-43)	13(2-36)	16,3±5,5	8(0-27)	73(19-152)	1,37(0,36-2,87)	35,5±9,0	2,1±0,3
t/U	-1,334	-1,951	-0,532	-0,823	-0,134	-0,945	-0,255	-0,017	0,284	-0,792	-0,271	-0,271	0,241	0,264
p	0,185	0,051	0,596	0,411	0,894	0,345	0,799	0,987	0,777	0,428	0,786	0,786	0,810	0,793
Çalışma durumu														
Evet	11,1±4,3	7(2-12)	8,5±5,1	6(3-13)	7,3±2,3	11(4-36)	19(5-38)	11(0-24)	16,5±5,2	11(0-24)	80(15-152)	1,5(0,28-2,87)	36,2±10,9	2,1±0,4
Hayır	10,4±4,1	6(1-15)	10,7±5,2	8(2-17)	6,2±2,4	14(0-44)	21(3-43)	8(0-27)	16,3±5,4	8(0-27)	76(19-167)	1,43(0,36-3,15)	35,5±8,3	2,1±0,3
t/U	0,668	-0,752	-1,606	-1,181	1,743	-0,205	-0,871	-0,900	0,119	-1,311	-0,449	-0,449	0,327	0,218
p	0,506	0,452	0,111	0,238	0,84	0,837	0,384	0,368	0,906	0,190	0,653	0,653	0,744	0,828
Yaş grubu														
18-25	10,4±4,9	6(2-13)	11,6±6,4	7(2-14)	6,1±2,8	16(4-32)	26(5-38)	11(0-30)	14,4±4,4	8(0-23)	76(15-139)	1,43(0,28-2,62)	35,1±10,1	2,1±0,3
26-35	11,1±2,2	7(2-10)	9,6±5,5	9(3-12)	6,3±1,8	14(7-27)	16(9-26)	17(3-20)	15,4±,5	9(4-19)	73(40-102)	1,37(0,75-1,92)	35,6±7,2	2,0±0,3
36-45	11±4,4	7(3-13)	9,1±4,8	7(2-15)	7,1±2,6	14(0-20)	20(5-42)	12,5(2-20)	16,7±4,7	6(0-18)	73(19-99)	1,37(0,36-1,87)	32,6±8,4	2,1±0,3
46-55	11,3±4,1	8(1-12)	9,7±4,4	7(1-12)	6,7±1,8	12(6-30)	12,5(6-40)	11,5(3-26)	16,7±5,7	7(0-23)	59(41-132)	1,11(0,77-2,49)	34,2±9,5	2,0±0,3
56 yaş ve üstü	10,0±4,0	6(1-15)	10,7±5,3	8(2-17)	6,1±2,6	14(7-44)	22(3-43)	14(5-42)	17,4±5,7	9(0-27)	77(33-167)	1,45(0,62-3,15)	37,4±8,1	2,1±0,4
p	0,746	0,476	0,595	0,505	0,627	0,538	0,130	0,500	0,467	0,342	0,313	0,313	0,265	0,529
Post hoc p	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok
X ² /F	0,486	3,513	0,697	3,324	0,652	3,118	7,106	3,359	0,889	4,507	4,761	4,761	1,325	0,798
Eğitim durumu														
İlkokul (a)	10,4±4,3	6(2-15)	10,8±4,9	9(2-15)	6,4±2,5	15(0-44)	21(6-43)	15(2-42)	17,5±5,3	10(0-27)	81(19-156)	1,52(0,36-2,94)	36,8±9,9	2,22±0,4
Ortaokul (b)	9,7±4,0	7(1-13)	11,3±5,2	9(2-16)	5,5±2,5	14(7-30)	26(8-40)	13(3-26)	16,5±5,4	7,5(2-22)	77(40-130)	1,45(0,75-2,45)	35,7±7,1	2,17±0,3
Lise (c)	10,0±3,6	6(1-12)	10,0±5,2	7(2-14)	6,4±2,2	15(6-36)	20,5(3-38)	12,5(3-36)	15,8±5,1	8(4-24)	74,5(33-152)	1,4(0,62-2,87)	35,8±8,1	2,1±0,3
Ön lisans/lisans (d)	13,1±4,1	9(3-13)	8,5±6,1	6(3-17)	7,2±2,4	12(4-40)	14(5-43)	10(0-35)	15,1±5,9	7(0-25)	60(15-167)	1,13(0,28-3,15)	32,3±9,4	2,03±0,4
p	0,039	0,072	0,341	0,158	0,208	0,729	0,090	0,110	0,385	0,287	0,178	0,178	0,367	0,309
Post hoc p	d-b:p=0,042 d-c:p=0,045	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok
X ² /F	2,887	7,004	1,127	5,190	1,540	1,302	6,494	6,028	1,024	3,773	4,918	4,918	1,064	1,210

X² = Kruskal Wallis Testi F: Oneway ANOVA Testi Post Hoc: Tukey ve Tamhane's T2 testleri KGY: Kendine güven yaklaşımı, İy: İyimser yaklaşım, Çy: Çaresiz yaklaşım, BEy: Boyun eğici yaklaşım, SDAY: Sosyal destek arama yaklaşımı, Ank: Anksiyete, Dep: Depresyon, OB: Olumsuz benlik, Som: Somatizasyon, Host: Hostilite KSE: Kısa Semptom Envanteri RCI: Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi, BTI: Belirti Toplam İndeksi, SRI: Semptom Rahatsızlık İndeksi

Tablo 5. Hastaların tanı süresi ve hastalık evresi ile SBÇÖ ve KSE puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tanı süresi	KGy	İy	Çy	BEy	SDAY	Ank	Dep	OB	Som	Host	KSE	RCi	BTİ	SRI
1-3 ay	11,6±4,5	7(3-13)	10,8±6,5	8(2-17)	5,9±2,9	15(6-40)	20(12-43)	14(7-35)	16,1±5,6	9(3-27)	80(49-167)	1,5(0,9-2,3)	36,5±7,1	2,2±0,4
3-6 ay	10,4±4,4	6(2-15)	10,0±5,3	7(3-16)	6,4±2,6	15(0-44)	20(5-41)	14(0-42)	16,1±5,2	9(0-16)	76(15-156)	1,43(0,28-2,94)	34,9±11,0	2,1±0,4
6-12 ay	9,8±3,9	5,5(1-13)	10,5±4,5	8(2-14)	6,6±2,4	15(6-36)	20,5(3-43)	13,5(3-36)	17,9±5,1	9(0-24)	78,5(33-152)	1,48(0,62-2,87)	37,3±7,7	2,1±0,3
1 yıldan fazla	11±3,6	7,5(1-12)	10,1±5,5	8(2-14)	6,2±2,0	11(7-31)	22(6-34)	10(2-25)	14,1±5,1	7(2-21)	65(33-116)	1,22(0,62-2,19)	33,0±7,7	2,0±0,3
p	0,396	0,367	0,947	0,919	0,705	0,294	0,470	0,220	0,043	0,364	0,138	0,138	0,242	0,146
Post hoc p	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	c - d ; p=0,028	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok
X ² /F	0,998	3,166	0,122	0,501	0,488	3,711	2,527	4,417	2,800	3,187	5,514	5,514	1,415	1,825
Evre														
1. Evre	10,8±3,1	5(3-11)	9,9±3,6	8(3-12)	7,1±1,9	18(7-32)	20(12-37)	13(3-25)	16,1±5,7	10(4-23)	76(40-132)	1,43(0,75-2,49)	37,0±9,1	2,17±0,4
2. Evre	10,6±3,8	7(2-15)	9,7±5,3	7,5(2-17)	6,5±2,3	13,5(0-40)	19(5-43)	12(0-35)	15,8±4,9	9(0-25)	72,5(15-167)	1,36(0,28-3,15)	35,3±8,9	2,1±0,3
3. Evre	9,6±4,2	5(2-13)	11,8±4,7	8(2-15)	5,7±2,6	15(6-44)	26(3-43)	15(3-42)	17,1±6,0	9(0-24)	79(33-156)	1,49(0,62-2,94)	36,7±9,0	2,28±0,3
4. Evre	11,5±4,6	8(1-13)	9,5±6,1	7(2-16)	6,7±2,6	11,5(8-34)	15(6-38)	10,5(4-30)	16,2±4,9	6(2-27)	59,5(33-139)	1,12(0,62-2,62)	34,3±8,1	2,02±0,4
p	0,294	0,179	0,255	0,792	0,273	0,524	0,041	0,314	0,776	0,308	0,194	0,194	0,656	0,038
Post hoc p	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	3-4,p=0,039	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	3 - 4 ; p=0,030
X ² /F	1,254	4,901	1,372	1,039	1,316	2,242	8,254	3,550	0,368	3,602	4,708	4,708	0,540	2,895

X² = Kruskal Wallis Testi; F: Oneway ANOVA Testi; Post Hoc: Tukey ve Tamhane's T2 testleri; KGY: Kendine güvenli yaklaşım, İY: İyimser yaklaşım, ÇY: Çaresiz yaklaşım, BEY: Boyun eğici yaklaşım, SDAY: Sosyal destek arama yaklaşımı, Ank: Anksiyete, Dep: Depresyon, OB: Olumsuz benlik, Som: Somatizasyon, Host: Hostilité, KSE: Kısa Semptom Envanteri RCi: Rahatsızlık Ciddiyet indeksi, BTİ: Belirti Toplam indeksi, SRI: Semptom Rahatsızlık İndeksi

Hastaların tanı süresi ve hastalık evresi ile SBÇÖ ve KSE puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 5'te gösterildi. Hastaların tanı süreleri ile somatizasyon alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). Gruplar arasındaki farklılığın kaynağı incelendiğinde; tanı süresi 6 ila 12 ay içerisinde olanların, 1 yıldan fazla tanı süresine sahip olanlara göre daha yüksek somatizasyon alt ölçek puanına sahip oldukları belirlendi ($p<0,05$).

Hastalık evresi değişkeni ile depresyon ($p=0,041$) ve SRİ ($p=0,038$) ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). Gruplar arasındaki farklılığın kaynağına bakıldığında; evre 3'te yer alan hastalarda, evre 4'te yer alan hastalara göre daha yüksek depresyon ($p=0,039$) ve SRİ ($p=0,030$) ölçek puanlarına sahip olmalarından kaynaklandığı anlaşıldı ($p<0,05$) (Tablo 5).

4.TARTIŞMA

Lösemi tanısıyla yatarak tedavi gören hastaların ruhsal sorunları ve stresle başa çıkma tarzlarının incelendiği bu çalışmada elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Bu çalışmada, hastaların stresle başa çıkma ölçeğinin tüm alt boyutlarının puan ortalamaları düşük bulundu. Miyokard İnfarktüsü geçiren hastalar ile yapılan bir çalışmada, hastaların stresle başa çıkma ölçeğinin alt boyutları; Kendine Güvenli Yaklaşım $22,4\pm3,4$, Çaresiz Yaklaşım $19,8\pm4,5$, Boyun Eğici Yaklaşım $14,1\pm3,1$, İyimser Yaklaşım $14,9\pm2,6$ ve Sosyal Destek Arama için $10,6\pm2,3$ olarak bulunmuştur (Demirbaş ve Kaya, 2022). Bu sonuçlar, şimdiki çalışma sonuçlarına göre daha yüksektir. Aradaki bu farklılığın hastalık tanılarından kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışma sonuçlarına göre; hastaların Kısa Semptom Envanteri puan sonucu dikkate alındığında, hastaların orta düzeyde ruhsal belirti gösterdikleri, özellikle depresyon ve somatizasyon belirtilerinin orta düzeyde olduğu belirlendi. Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi, anksiyete, olumsuz benlik ve hostilite belirtilerinin düşük düzeyde olduğu tespit edildi. Yapılan bir çalışmada, Miyokard Enfarktüsü sonrası hastalarda en sık görülen psikiyatrik belirtiler arasında, somatizasyon, anksiyete, hostilite ve depresyon olduğu ifade edilmiştir (Çiftçi, 2015).

Literatürde kanser hastalarının ruhsal sorunlarından çoğunlukla anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelendiği görülmektedir. Avustralya'da üç hematoloji kliniğinde ayaktan tedavi gören hastalarda yapılan çalışmada 304 katılımcının %27'sinde anksiyete, %17'sinde depresyon olduğu bildirilmiştir (Clinton-McHarg vd., 2014). Yine kanser hastalarıyla yapılan ve adjuvan (koruma) tedavi gören hastalarda anksiyete ve depresyon prevalansı sırasıyla %49,8 ve %36,6 olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Jimenez-Fonseca vd., 2018).

Hematolojik kanser tanısı almış ve kemoterapi tedavisi görmekte olan hastalarda distres, anksiyete ve depresyon yaşama durumlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada hastaların depresif belirti yaşama oranları anksiyete belirtileri olan hastalardan daha yüksek bulunmuştur (Çalışkan vd., 2017). Literatür sonuçları, çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada; stresle başa çıkma tarzlarından etkili başa çıkma tarzları olarak kabul edilen; kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı ile Kısa Semptom

Envanteri Toplam Puanı, Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi, Belirti Toplam İndeksi, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve hostilite, düzeyleri arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki; sosyal destek arama yaklaşımı ile Semptom Rahatsızlık İndeksi arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptandı. Bu verilere göre; etkili başa çıkma tarzlarını kullanan kişilerin daha az ruhsal sorun yaşadığı söylenebilir. Stresle başa çıkma tarzlarından etkisiz başa çıkma tarzları olarak kabul edilen; çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım ile Kısa Semptom Envanteri, Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi, Semptom Rahatsızlık İndeksi, anksiyete, olumsuz benlik, hostilite, belirtileri arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki; çaresiz yaklaşım ile Belirti Toplam İndeksi arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. Çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım ile depresyon düzeyi arasında pozitif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu saptandı. Bu veriler ışığında; etkisiz başa çıkma tarzlarını kullanan kişilerin ruhsal belirti düzeyleri daha yüksektir. Etkisiz başa çıkma tarzlarının depresyon belirtilerini, anksiyete, olumsuz benlik ve hostilite belirti düzeylerine göre daha fazla arttırdığı söylenebilir.

Miyokard İnfarktüsü geçiren hastalarda; Kendine Güvenli Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama ile anksiyete ve depresyon arasında ise negatif yönde ilişki bulunurken, Çaresiz Suçlayıcı Yaklaşım ve Boyun Eğici Yaklaşım ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. (Demirbaş ve Kaya, 2022). Yapılan bir çalışmada, akut miyeloid lösemili hastaların stresle baş etme stratejileri ile psikolojik distres (anksiyete, depresyon ve posttravmatik bozukluk belirtileri) arasındaki ilişki incelenmiştir. Yaklaşım odaklı başa çıkma (duygusal desteğin kullanılması, aktif başa çıkma, olumlu yeniden çerçeveleme, kabullenme) stratejisini kullanan bireylerin, kaçınımacı başa çıkma (kendini suçlama, inkâr, davranışsal ayrılma) stratejisini kullanan bireylere göre, daha az psikolojik distres (anksiyete, depresyon ve posttravmatik bozukluk belirtileri) yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır (Amonoo vd., 2022). Cerrahi Onkoloji Hastalarının Anksiyete Depresyon ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiyi inceleyen bir çalışmada anksiyete ve depresyon düzeyleri ile kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki; çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım ile pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur. Anksiyete ve depresyon ile sosyal destek arama yaklaşımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tel ve Gürler, 2021).

Stresle baş etmede iyimser yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşım kullanıldıkça posttravmatik büyüme ve psikolojik dayanıklılığın arttığı belirtilmektedir (Çiftçi, 2015). Meme kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada, stresle olumlu baş etme yöntemlerinin anksiyete ve depresyon belirtileri ile negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Zamanian vd., 2021). Yeni tanı almış ve tedavi edilemeyen kanserli hastalarda; duygusal destek ve kabullenme başa çıkma stratejilerinin kullanımı depresyonla negatif ilişkili, kabullenme ise anksiyete ile negatif ilişkili; inkâr ve kendini suçlama başa çıkma stratejilerinin kullanımının depresyon ve anksiyete ile pozitif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir (Nipp vd., 2016). Etkili olmayan başa çıkma stratejilerini kullanan hastalarda, erken psikolojik müdahale, depresif belirtileri olan, özellikle depresyon riski yüksek olanlar hastalarda çok önemlidir (Ghanem vd., 2020).

Araştırmada, hastaların cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ile SBÇÖ alt ölçek boyutları arasında anlamlı farklılığın olmadığı saptandı. Bir çalışmada; hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyodemografik değişkenler ile SBÇÖ alt ölçek boyutları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tel ve Gürler, 2021). Hastaların cinsiyet değişkeni ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve hostilite alt ölçek, KSE toplam ölçek, RCİ, BTİ ve SRİ alt ölçek puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanırken; kadın hastaların somatizasyon alt ölçek puanlarının erkek hastalara göre daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu

belirlendi. Hematoloji hastalarıyla yapılan bir çalışmada anksiyete puanının kadın hastalarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Diğer sosyodemografik değişkenler ile anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (Çalışkan vd., 2017). Ürdün'de kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada kadın hastalarda anksiyete puanı daha yüksektir (Mosleh vd., 2018).

Hastaların yaşı ile SBÇÖ, KSE toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi. Eğitim durumu değişkeni ile iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, sosyal destek arama yaklaşımı, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt ölçek puanları ile KSE toplam ölçek, RCİ, BTİ ve SRİ alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı, eğitim durumu ile kendine güvenli yaklaşım alt ölçek puanı arasındaki farklılığın anlamlı olduğu belirlendi. Gruplar arasındaki farklılığın kaynağı belirlendiğinde; ön lisans/lisans mezunu olan hastaların ortaokul ve lise mezunu olan hastaların ölçek puanlarına göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi. Eğitim düzeyinin meslek seçimi, gelir durumu, kendini ve isteklerini ifade etme, sosyal destek kullanma gibi birçok alanda değişim oluşturabilmesi hem hastalıkla baş etmede hem de psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasında önemli rol oynayacağı söylenebilir.

Kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada; kadınlar ve daha genç bireylerin anksiyete ve depresyon düzeyinin, erkeklerden ve yaşlı bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışan ve bekâr bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Lojistik regresyon analizi sonucunda; umut, iyimserlik, sosyal destek, erkek olmak ve daha yaşlı olmak, daha düşük anksiyete ve depresyon ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu belirtilmiştir (Jimenez-Fonseca vd., 2018).

Hastaların tanı süreleri ile kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, sosyal destek arama yaklaşımı, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve hostilite alt ölçek puanları ile KSE toplam ölçek, RCİ, BTİ ve SRİ alt ölçek puanları ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken; tanı süreleri ile somatizasyon alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi. Tanı süresi 6 ila 12 ay içerisinde olanların, 1 yıldan fazla tanı süresine sahip olanlara göre daha yüksek somatizasyon alt ölçek puanına sahip oldukları belirlendi. Hastalık evresi ile SBÇÖ alt ölçek puanları ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken; KSE alt boyutlarından depresyon ve SRİ alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi. Evre 3 olan hastaların evre 4 olan hastalara göre daha yüksek depresyon ve SRİ puanına sahip oldukları belirlendi. Ürdün'de kanser hastaları ile yapılan çalışmada anksiyetenin yordayıcılarının; kadın cinsiyet, evli ve ileri kanser evresi olduğu depresyon yordayıcılarının ise riski, ileri yaş ve daha kötü yaşam kalitesi ve sosyal zorluklara sahip olmak, özellikle başkalarıyla iletişim kurmakla ilgili sosyal zorluklar olduğu gösterilmiştir (Mosleh vd., 2018).

Stresle başa çıkma tarzlarının kanser hastalarının hastalıklarına uyum ve baş etmelerinde etkili olduğunu göstermektedir. Bu riskin azaltılmasında hastaların psikososyal açıdan desteklenmeleri önemli görünmektedir (Avcı ve Doğan, 2014). Kanser hastaları oluşabilecek olası psikiyatrik bozukluklar yönünden gözlemlenmeli ve psikiyatrik konsültasyon süreci en kısa sürede başlatılmalıdır (Yılmaz ve Yazgı, 2019).

5.SONUÇ

Lösemi hastalarının ruhsal sorunları ve stresle başa çıkma tarzlarının incelendiği bu araştırmada, hastaların stresle başa çıkma düzeyinin düşük olduğu ve orta düzeyde ruhsal belirti gösterdikleri belirlendi. Stresle etkili başa çıkma yöntemleri kullanan hastaların daha az ruhsal belirti gösterdikleri saptandı. Bu sonuçlar dikkate alınarak, hastalara stresle başa çıkma eğitimi verilmesi ve ruhsal belirtilerinin taranması ve bu doğrultuda gerekli psikososyal desteğin sağlanması oldukça önemlidir.

KAYNAKÇA

- Amonoo, H. L., Bodd, M. H., Reynolds, M. J., Nelson, A. M., Newcomb, R., Johnson, P. C., Dhawale, T. M., Plotke, R., Heuer, L., Gillani, S., Yang, D., Deary, E. C., Daskalakis, E., Goldschen, L., Brunner, A., Fathi, A. T., LeBlanc, T. W., ve El-Jawahri, A. (2022). Coping strategies in patients with acute myeloid leukemia. *Blood Advances*, 6(7), 2435-2442. DOI: 10.1182/bloodadvances.2021005845.
- Antoni, M. H., ve Dhabhar, F. S. (2019). The impact of psychosocial stress and stress management on immune responses in patients with cancer. *Cancer*, 125(9), 1417-1431. DOI: 10.1002/cncr.31943.
- Aslan, S. (Ed). (2022). *Stress Medicine and Psychiatry*. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi.
- Avcı, D., Doğan, S. (2014). Kanser Hastalarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Arasındaki İlişki. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 16-21. <https://dergipark.org.tr/en/pub/balikesirsbd/issue/38431/452044> adresinden alınmıştır.
- Carlson, L. E., Zelinski, E. L., Toivonen, K. I., Sundstrom, L., Jobin, C. T., Damaskos, P., ve Zebrack B. (2019) Prevalence of psychosocial distress in cancer patients across 55 North American cancer centers, *Journal of Psychosocial Oncology*, 37(1), 5-21, DOI: 10.1080/07347332.2018.1521490.
- Clinton-McHarg T., Corey M., Sanson-fisher R., Tzelepis F., Bryant J., Williamson A. (2014). Anxiety and depression among haematological cancer patients attending treatment centres: prevalence and predictors. *Journal of affective disorders*, 165, 176-181. DOI: 10.1016/j.jad.2014.04.072.
- Çalışkan, E., Gürhan, N., ve Tekgündüz, A. İ. E. (2017). Distress, Anxiety and Depression in Patients Who Have Received Hematologic Cancer Diagnosis. *Acta Oncologica Turcica*, 50(3), 207-17. DOI: 10.5505/aot.2017.70298.
- Çiftçi, S. (2015). *Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalarda Problem Çözme Becerisi ve Psikiyatrik Belirtiler Arasındaki İlişki*. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Gaziantep Üniversitesi.
- Demirbaş E, Kaya Y. 2022. Relationship between anxiety, depression levels and coping style with stress and sleep quality of patients with myocardial infarction. *Black Sea Journal of Health Science*, 5(3): 344-355. DOI: 10.19127/bshealthscience.1089634.
- Derogatis, L. R., ve Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595– 605. DOI: 10.1017/S003329170004801.
- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Parkin, D. M., Pineros, M., Znaor, A., ve Bray, F. (2021). Cancer statistics for the year 2020: An overview. *International Journal of Cancer*, 149, 778–789. DOI: 10.1002/ijc.33588.
- Fink G. (Ed). (2016). *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*. Elsevier Inc.
- Ghanem, I., Castelo, B., Jimenez-Fonseca, P., Carmona-Bayonas, A., Higuera, O., Beato, C., Garcia, T., Hernandez, R., ve Calderon, C. (2020). Coping Strategies and Depressive Symptoms in Cancer Patients. *Clinical and Translational Oncology*, 22(3), 330-336. DOI: 10.1007/s12094-019-02123-w.
- Hintistan, S., Pekmezci, H., Nural, N., ve Gülhan-Güner, S., (2015). Kemoterapi Alan Hastalarda Psikolojik Semptomlar. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(1), 1-9. <http://chd.cumhuriyet.edu.tr/en/pub/issue/4322/578472> adresinden alınmıştır.
- Jimenez-Fonseca, P., Calderón, C., Hernández, R., Ramón y Cajal, T., Mut, M., Ramchandani, A., Donnay, O., ve Carmona-Bayonas, A. (2018). Factors associated with anxiety and depression in cancer patients prior to initiating adjuvant therapy. *Clinical and Translational Oncology*, 20, 1408-1415. DOI:10.1007/s12094-018-1873-9.
- Kuba, K., Esser, P., Mehnert, A., Hinz, A., Johansen, C., Lordick, F., ve Götze, H. (2019). Risk for depression and anxiety in long-term survivors of hematologic cancer. *Health Psychology*, 38(3), 187–195. DOI: 10.1037/hea0000713.
- Lazarus, R.S. ve Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. 1984: Springer Publishing Company.
- Mehnert, A., Hartung, T. J., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Koch, U., ve Faller, H. (2018). One in two cancer patients is significantly distressed: prevalence and indicators of distress. *Psychooncology*, 27(1), 75-82. DOI: 10.1002/pon.4464
- Mosleh, S. M., Alja'afreh, M., Alnajjar, M. K., ve Subih, M. (2018). The prevalence and predictors of emotional distress and social difficulties among surviving cancer patients in Jordan. *European Journal of Oncology Nursing*, 33, 35-40. DOI: 10.1016/j.ejon.2018.01.006
- Nipp, R. D., ElJawahri, A., Fishbein, J. N., Eusebio, J., Stagl, J. M., Gallagher, E. R., Park, E.R., Jackson, V. A., Pirl, W. F., Greer, J. A., ve Temel, J. S. (2016). The Relationship Between Coping Strategies, Quality of Life, and Mood in Patients with Incurable

- Cancer Cancer, 122(13), 2110-2116. DOI: 10.1002/cncr.30025.
- Seiler, A., ve Jenewein, J. (2019). Resilience in cancer patients. *Frontiers in psychiatry*, 10, 208, 1-35. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00208.
- Şahin, N. H. ve Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44-56. https://www.researchgate.net/publication/285023292_Kisa_Semptom_Envanteri_Turk_gencleri_icin_uyarlanmasi/link/5992a551aca27289539bc81d/download adresinden alınmıştır.
- Şahin, N. H., ve Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34):57– 70. <https://www.psikolog.org.tr/tr/yayinlar/dergiler/1031828/tpd1300443319950000m000291.pdf> adresinden alınmıştır.
- Şahin, N., Durak, A., & Uğurtaş, S. (2002). KSE: Ergenler için geçerlilik, güvenilirlik ve faktör yapısı. *Türkiye Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 125-135. <https://search.trdizin.gov.tr/yayin/detay/19460> adresinden alınmıştır.
- Tel, H., ve Gürler, H. (2021). İki Farklı Fiziksel Hastalık Tanısı Olan Bireylerde Anksiyete, Depresyon ve Stresle Başa Çıkma Düzeylerinin Belirlenmesi. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*, 8(3), 277-284. DOI: 10.31125/hunhemsire.1050350.
- Tsatsou, I., Konstantinidis, T., Kalemikerakis, I., Adamakidou, T., Vlachou, E., ve Govina, O. (2021). Unmet Supportive Care Needs of Patients With Hematological Malignancies: a Systematic Review. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 8(1), 5-17. DOI: 10.4103/apjon. apjon4120.
- Ülger, E., Alacacioğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L., ve Tarhan, M. O. (2014). Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2), 85-92. DOI: 10.18614/deutfd.88761.
- Wood, D. E. (2015). National Comprehensive Cancer Network (NCCN) clinical practice guidelines for lung cancer screening. *Thoracic surgery clinics*, 25(2), 185-197. DOI: 10.1016/j.thorsurg.2014.12.003.
- Yılmaz, M., ve Yazgı, Z. G. (2020). Onkoloji Hastalarının Yaşadığı Psikososyal Sorunlarla Baş Etmesinde Hemşirenin Rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 60-70.
- Zamanian, H., Amini-Tehrani, M., Jalali, Z., Daryaafzoon, M., Ala, S., Tabrizian, S., Foroozanfar, S. (2021). Perceived social support, coping strategies, anxiety and depression among women with breast cancer: Evaluation of a mediation model. *European Journal of Oncology Nursing*, 50:101892. DOI: 10.1016/j.ejon.2020.101892 <https://dergipark.org.tr/en/pub/amusbfd/issue/52200/575544> adresinden alınmıştır.