

**İBN HALDUN ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MEME KANSERİ HASTALARINDA TRAVMA SONRASI  
BÜYÜME VE HASTALARIN BÜYÜME SONRASI  
GELİŞİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN  
İNCELENMESİ**

**MERVE ARAS**

**TEZ DANIŞMANI  
DR. ÖĞR. ÜYESİ SENEM EREN**

**İSTANBUL, 2021**

**İBN HALDUN ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MEME KANSERİ HASTALARINDA TRAVMA SONRASI  
BÜYÜME VE HASTALARIN BÜYÜME SONRASI  
GELİŞİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN  
İNCELENMESİ**

**MERVE ARAS**

**TEZ DANIŞMANI  
DR. ÖĞR. ÜYESİ SENEM EREN**

**İSTANBUL, 2021**

## ONAY SAYFASI

Bu tez tarafımızca okunmuş olup kapsam ve nitelik açısından, Klinik Psikoloji alanında Yüksek Lisans Derecesi'ni alabilmek için yeterli olduğuna karar verilmiştir.

### Tez Jürisi Üyeleri

Unvanı – Adı Soyadı	Kanaati	İmza
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Bu tezin İbn Haldun Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tarafından konulan tüm standartlara uygun şekilde yazıldığı teyit edilmiştir.

Teslim Tarihi

Mühür/İmza

## AKADEMİK DÜRÜSTLÜK BEYANI

Bu çalışmada yer alan tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak toplanıp sunulduğunu, söz konusu kurallar ve ilkelerin zorunlu kıldığı çerçevede, çalışmada özgün olmayan tüm bilgi ve belgelere, alıntılama standartlarına uygun olarak referans verilmiş olduğunu beyan ederim.

Adı Soyadı: Merve ARAS

İmza:

## ÖZ

# MEME KANSERİ HASTALARINDA TRAVMA SONRASI BÜYÜME VE HASTALARIN BÜYÜME SONRASI GELİŞİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Aras, Merve

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Öğrenci Numarası: 187049014

Open Researcher and Contributor ID (ORC-ID): 0000-0003-2590-2062

Ulusal Tez Merkezi Referans Numarası: 10393810

Tez Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Senem Eren

Mart 2021, 108 sayfa

Meme kanseri, kadınlar arasında en yaygın görülen kanser türüdür. Bireylerin yaşamını tehdit eden ve uzun süreli bir mücadele gerektiren travmatik bir hastalıktır. Son zamanlarda yapılan araştırmalar, meme kanserinin olumsuz sonuçlarına odaklanmak yerine olası olumlu sonuçlarını da vurgulamaya başlamışlardır. Bu noktada ‘Travma Sonrası Büyüme’ kavramı ortaya çıkmaktadır. Bireyin meme kanseri gibi son derece zorlu yaşam koşullarıyla mücadelesinin bir sonucu olarak yaşadığı pozitif psikolojik değişim travma sonrası büyüme olarak tanımlanmaktadır. Bu araştırmanın amacı, meme kanseri hastaları örnekleminde bazı sosyodemografik ve hastalıkla ilgili değişkenler ile birlikte travma sonrası stres bozukluğu belirti düzeyi, temel inançlarda sarsılma ve şükür değişkenlerinin travma sonrası büyüme ile ilişkisini incelemektir. Araştırma kapsamında, amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak tedavisi devam eden 81 hastaya ulaşılmıştır. Katılımcılara Demografik Bilgi Formu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS), Temel İnançlar Envanteri (TİE), Taktir Etme Ölçeği (TEÖ) ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE) uygulanmıştır. Korelasyon analizleri sonucunda, temel inançların sarsılma ve travma sonrası stres belirti düzeyleri arttıkça travma sonrası büyüme düzeyinin arttığı bulunmuştur. Ayrıca, 18-35 yaş arasındaki kişilerin, 46-55 yaş

arasındaki kişilere göre travma sonrası büyüme seviyelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan hiyerarşik regresyon analizinin son aşamasında, temel inançların sarsılma ve takdir etme düzeylerinin travma sonrası büyüme düzeyini arttırıcı bir yordayıcı etkisinin olduğu bulunmuştur. Mevcut araştırmanın travma sonrası büyümenin, kanser tedavisinde ve koruyucu çalışmalarda daha etkin şekilde kullanılması için önemli bir adım olduğu düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Travma Sonrası Büyüme, Travma Sonrası Stres Düzeyi, Temel İnançlarda Sarsılma, Şükür.



## ABSTRACT

### INVESTIGATION OF FACTORS AFFECTING THE DEVELOPMENT OF POST-TRAUMATIC GROWTH IN BREAST CANCER PATIENTS

Aras, Merve

MA in Clinical Psychology

Student ID: 187049014

Open Researcher and Contributor ID (ORCID): 0000-0003-2590-2062

National Thesis Center Reference Number: 10393810

Thesis Supervisor: Assist. Prof. Senem Eren

March 2021, 108 Pages

Breast cancer is the most common cancer diagnosed in women. It is a traumatic disease that threatens the life of individuals and requires a long-term struggle. Recent research has focused on the possible positive consequences of breast cancer rather than examining the negative consequences of cancer. At this point, the concept of 'Posttraumatic Growth (PTG)' emerges. PTG is characterized as 'positive psychological change experienced by the individuals as a result of a struggle with highly challenging life conditions such as breast cancer'. The aim of this study is to examine the relationship between sociodemographic and disease-related variables, level of post-traumatic stress disorder, disruption of core beliefs, gratitude and posttraumatic growth in breast cancer patients. Within the context of the research, 81 patients who received breast cancer treatment with purposive sampling method were reached. Demographic Information Form, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), The Core Beliefs Inventory (CBI), Appreciation Scale (AS), Post Traumatic Growth Inventory (PTGI), Post Traumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Basic Beliefs Inventory (TIE), Appreciation Scale (TEO), and Post Traumatic Growth Inventory (PTSB), Post-Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) were applied to participants. As a result of correlation analysis, it was found that as the disruption level

of core beliefs and post-traumatic stress levels increased, post-traumatic growth level too increased. It was also observed that people who are 18-35 years old had higher posttraumatic growth levels than who are 46-55 years old. At the last stage of the hierarchical regression analysis, it was found that disruption level on the core beliefs and level of the gratitude had a predictive effect on post-traumatic growth. The current research is thought to be an important step towards more effective use of posttraumatic growth in cancer treatment and preventive studies.

**Keywords:** Post-Traumatic Growth, Level of Post-Traumatic Stress, Disruption of Core Belief, Gratitude.

Sevgilerini ve desteklerini her daim hissettiren Anneme ve Babama...



## TEŞEKKÜR

Bazen beni dünyanın en dipsiz kuyusunda hissettiren bazen ise aydınlığı alabildiğine duyumsadığım bu tez yolculuğumun son satırlarını, desteklerini daima hissettiğim aileme, hocalarım ve dostlarıma ayırmak istiyorum. Öncelikle, güçlü bir akademik bakış kazanmam konusunda bana rol model olan, zorlu sürecimde desteğini sunan danışman hocam Senem Eren'e teşekkür etmek ederim. Tez sürecinde yardımını esirgemeyen ablam Nigar Gümrükçüoğlu'na, güzel arkadaşım Büşra Pınar'a, sabırla sorularıma yanıt veren sevgili Rakia Erkoç ve Merve Doğan'a teşekkür ediyorum. Beni kliniğine kabul ederek kanseri hastalarıyla buluşturan, veri toplama sürecinde her türlü desteği sunan Prof. Dr. Rasim Meral hocama teşekkür ediyorum. Onun insana ve mesleğine verdiği değeri, daima hatırimda tutmayı ümit ediyorum. Kalem ile olan mücadelenin ne olduğunu öğreten, asıl istikameti hatırlatan Mücahit Gültekin hocama da ayrıca teşekkür ediyorum.

Yüksek lisans sürecinde ilkleri birlikte yaşadığımız, onları tanımaktan büyük mutluluk duyduğum Elif Eren ve Sevgi Boyacı'ya temiz yürekleri ve samimi dostlukları için teşekkür ederim. Öğrenmenin güzelliğini birlikte hissettiğimiz tüm arkadaşlarıma teşekkür ediyorum. Direnmenin ve hayata sıkıca sarılmanın güzelliğini gözlerinizde gördüğüm meme kanseri hastalarına, araştırmaya katılmayı kabul ettikleri ve güler yüzlerini eksik etmedikleri için teşekkür ederim.

Başta annem, babam, kardeşlerim Betül ve Muhammet Ali Aras olmak üzere bu süreçte yanımda olan ailemin her bir üyesine teşekkür ederim. Allah'ın en güzel hediyeleri olarak ömrüme kattığı kardeşlerim Elçin Güldoğan'ın, Fatmanur Bayat'ın, Hatice Kübra Gürel'in, Merve Kamış'ın ve Zeynep Çinibulak'ın samimiyet ve fedakarlıkları karşısında derin bir mahcubiyet hissederken sonsuz teşekkürlerimi onlara iletmek isterim. İlk söz de son söz de, sözü var eden, idraklerin kendisini vasfetmekten aciz kaldığı ve varlığını elinde bulunduran Allah'a aittir. Şüphesiz;

'Bütün övgüler alemlerin Rabb'i olan Allah içindir.' (Zümer, 75).

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZ</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vi</b>
<b>İTHAF</b> .....	<b>viii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>ix</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>x</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>xiv</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	<b>xv</b>
<b>SEMBOLLER VE KISALTMALAR</b> .....	<b>xvi</b>
<b>BÖLÜM I GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>BÖLÜM II LİTERATÜR İNCELEMESİ</b> .....	<b>5</b>
2.1. Kanser .....	5
2.1.1. Meme Kanseri .....	6
2.1.2. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları .....	8
2.1.3. Türkiye’de Meme Kanseri .....	10
2.2. Travma .....	11
2.2.1. Travmatik Bir Yaşantı Olarak Kanserin Psikososyal Etkileri .....	11
2.2.1.1. Psikososyal ve Psikiyatrik Sorunlar .....	12
2.2.2. Travma Sonrası Büyüme: İnsan İzdırabının Anlamını Keşfetmek .....	16
2.2.2.1. Travma Sonrası Büyümenin Boyutları .....	19
2.2.2.2. Travma Sonrası Büyüme Açıklayan Modeller .....	21
2.2.2.3. Kanser sürecinde Travma Sonrası Büyüme .....	26
2.3. Travma Sonrası Büyüme ile İlişkili Faktörlerin Kanser Hastalarında İncelenmesi .....	28
2.3.1. Sosyodemografik Faktörler .....	28

2.3.2. Hastalıkla İlgili Faktörler .....	30
2.3.3. Anksiyete, Depresyon ve Travma Sonrası Stres Düzeyi .....	32
2.3.4. Temel İnançlarda Sarsılma .....	35
2.3.5. Şükür.....	37
2.4. Araştırmanın Önemi, Amacı ve Hipotezleri .....	39
<b>BÖLÜM III YÖNTEM.....</b>	<b>44</b>
3.1. Örneklem .....	44
3.2. Veri Toplama Araçları.....	44
3.2.1. Demografik Bilgi Formu .....	45
3.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5) .....	45
3.2.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS).....	45
3.2.4. Temel İnançlar Envanteri.....	46
3.2.5. Takdir Etme Ölçeği .....	46
3.2.6. Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE).....	47
3.3. İşlem .....	48
3.4. Veri Analizi.....	48
<b>BÖLÜM IV BULGULAR.....</b>	<b>49</b>
4.1. Sosyodemografik ve Hastalıkla İlgili Özelliklere İlişkin Dağılımlar.....	50
4.2. Bireylerin Travma Sonrası Büyüme (TSB) Düzeyleri ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyleri Arasındaki İlişki .....	52
4.3. Bireylerin Travma Sonrası Büyüme Düzeyleri ile Temel İnançlarda Sarsılma, Takdir Etme ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyleri Arasındaki İlişkiler.....	53
4.4. Bireylerin Takdir Etme (Şükür), Temel İnançlarda Sarsılma ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) Belirti Düzeyleri Arasındaki İlişkiler .....	55

4.5. Yaşın, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyinin, Takdir Etme (Şükür) ve Temel İnançlarda Sarsılma Düzeylerinin Travma Sonrası Büyüme Düzeyine Etkisi.....	58
--	----

## **BÖLÜM V TARTIŞMA ..... 63**

5.1. Sosyodemografik Özelliklerin Travma Sonrası Büyüme Düzeyi ile İlişkisi..	61
5.1.1. Yaşın Travma Sonrası Büyüme Düzeyi ile İlişkisi .....	61
5.1.2. Medeni Durum ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Arasındaki İlişki.....	62
5.1.3. Eğitim Durumu ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Arasındaki İlişki .....	63
5.1.4. Çocuk Sayısı ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Arasındaki İlişki.....	63
5.1.5. Ekonomik Durum ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Arasındaki İlişki ..	64
5.2. Hastalıkla İlgili Değişkenlerin Travma Sonrası Büyüme Düzeyi İle İlişkisi .	65
5.2.1. Tanıdan İtibaren Geçen Zaman ile Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Arasındaki İlişki.....	65
5.2.2. Kanser Evresi ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Arasındaki İlişki .....	68
5.2.3. Tedavi Çeşidi ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Arasındaki İlişki.....	67
5.2.4. Ameliyat Çeşidi ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Arasındaki İlişki .....	70
5.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyi, Temel İnançlarda Sarsılma, Şükür ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Arasındaki Korelasyonel İlişkiler .....	70
5.3.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyi ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Arasındaki Korelasyon.....	70
5.3.2. Temel İnançlarda Sarsılma ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Arasındaki Korelasyon.....	69
5.3.3. Şükür ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Arasındaki Korelasyon .....	69
5.4. Travma Sonrası Büyüme Düzeyinin Yordayıcılarına Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi.....	70
5.4.1. Sosyodemografik Değişkenlerden Yaşın Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Üzerindeki Yordayıcı Etkisi .....	70

5.4.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyinin Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Üzerindeki Yordayıcı Etkisi .....	73
5.4.3. Temel İnançlarda Sarsılma Düzeyinin Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Üzerindeki Yordayıcı Etkisi .....	71
5.4.4. Şükür Düzeyinin Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Üzerindeki Yordayıcı Etkisi .....	72
5.5. Sonuç .....	72
5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Gelecek Çalışmalara Yönelik Öneriler .....	73
<b>REFERANSLAR .....</b>	<b>76</b>
<b>EK A .....</b>	<b>97</b>
<b>EK B .....</b>	<b>102</b>
<b>EK C .....</b>	<b>105</b>
<b>EK D .....</b>	<b>107</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>108</b>

## TABLULAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Sosyodemografik ve Hastalıkla İlgili Verilere Göre Grupların Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Puanları .....	51
Tablo 4.2. TSSB Riski Taşıyan ve Taşımayan Katılımcıların Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Puanları .....	52
Tablo 4.3 .Temel İnançlarda Sarsılma ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	53
Tablo 4.4. Şükür (Takdir Etme) ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	54
Tablo 4.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyi ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	55
Tablo 4.6. Temel İnançlarda Sarsılma ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	55
Tablo 4.7. Takdir Etme (Şükür) ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	56
Tablo 4.8. Takdir Etme (Şükür) Düzeyleri ve Temel İnançların Sarsılma Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	58
Tablo 4.9. Travma Sonrası Büyüme Düzeyini Yordayan Değişkenlerin Hiyerarşik Regresyon Analiz Sonuçları.....	60

## ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 2.1. Travma Sonrası Büyümenin İşlevselliğini Açıklayan Betimsel-İşlevsel Model .. 23  
Şekil 2.2. Travma Sonrası Büyüme Açıklayan Kavramsal Model .....25



## SEMBOLLER VE KISALTMALAR

WHO	World Health Organization
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
ASB	Akut Stres Bozukluğu
TSB	Travma Sonrası Büyüme
HADS	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
PCL-5	Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi
TEÖ	Takdir Etme Ölçeği
TİE	Temel İnançlar Envanteri
TSBE	Travma Sonrası Büyüme Envanteri
IARC	International Agency for Research on Cancer
TUİK	Türkiye İstatistik Kurumu
DES	Dieltistol Bestrole
SB	Sağlık Bakanlığı
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ANOVA	Varyans Analizi
ark.	Arkadaşları
SH	Standart Hata
B	Standardize edilmemiş Beta Katsayısı
$\beta$	Standardize edilmiş Beta Katsayısı
n	Gözlem sayısı
%	Yüzdelerik değeri
$\bar{x}$	Ortalama
SS	Standart sapma
<i>p</i>	Anlamlılık Düzeyi
<i>r</i>	Korelasyon Katsayısı

# BÖLÜM I

## GİRİŞ

Kanser, hayat ve ölüm üzerindeki kontrolün sınırlılığı ile bireyi yüzleştiren, vücut hücrelerinin kontrolsüz ve anormal bir şekilde büyümesiyle ortaya çıkan kronik bir hastalıktır (Kanat ve Özpolat, 2016). Ülkemizin ve dünyanın başlıca ölüm nedenleri arasında sayılan kanser hastalığı, 2018 yılında teşhis konulan 18.1 milyon vakadan 9.6 milyonun ölümüne sebebiyet vermiştir (IARC, 2020). Akciğer kanseri en yaygın kanser çeşidi olmakla birlikte, meme kanseri tüm dünyada kadınlar arasında en sık görülen kanser türüdür (Barthakur, Sharma, Chaturvedi ve Manjunath, 2016; Jemal ve ark., 2011). Kanser, ölümle doğrudan ilişkili olması, hızlı ve gizli bir şekilde hareket etmesi, nedenlerinin tam olarak açıklığa kavuşmaması, zaman içerisinde kontrolünün güçleşmesi, büyük yıkımlara neden olması, kişiyi izole bir yaşama sürüklemesi ve sosyal açıdan bireyi damgalaması onu diğer kronik hastalıklardan daha tehdit edici bir durum haline getirir (Gyllensköld, 1974).

Kanser tanısı alan birey, hem hastalığın yol açtığı belirtilerle hem de yaşamında meydana getirdiği büyük değişikliklerle karşı karşıya kalır. Bu süreç bireyde travma sonrası stres bozukluğu gibi çeşitli psikolojik problemlere yol açan stresli bir deneyimdir. (de Haes ve Van Knippenberg, 1985; Spiegel, 1997). Bununla birlikte, kanser sonrası bireyde meydana gelen değişiklikler konusunda yalnızca sıkıntılara ve psikiyatrik problemlere odaklanmak eksik ve yanıltıcı bakış açılarına neden olur (Andrykowski, Brady ve Hunt, 1993). Kanser, tek tip olumsuz etkilere sahip bir travma olarak görülmesinin aksine, kanıtlar kanserin bir psikososyal geçiş süreci olarak görülmesini desteklemektedir (Andrykowski ve ark., 1993). Kanser deneyiminin olumsuz etkilerinin yanında bireyin yaşama dair önceliklerinde, hayatın anlamına ilişkin ve kişisel güç algısına yönelik olumlu değişiklikler de yaratabileceği savunulmaktadır.

Meme kanseri, hem kadınlarda görülen en yaygın tür olması hem de sıklığı ve sağkalım oranlarının giderek artması nedeniyle travma sonrası büyüme çalışmalarında en çok çalışılan örneklem grubunu oluşturmaktadır. Meme kanseri gibi travmatik bir yaşam olayında travma sonrası büyümenin görülebilmesini sosyodemografik ve hastalıkla ilgili değişkenler, travmatik stres düzeyi, temel inançlarda sarsılma düzeyi, bireydeki şükür eğilimi, kanserle birlikte görülen depresyon ve kaygı etkileyebilmektedir.

Travma sonrası büyümede incelenen değişkenlerden biri travmatik stres düzeyidir. Tanı ve tedavi süreci ile stresli bir deneyim olan kanser, kişinin dünyaya ve olaylara dair kontrol etkisinin sınırlı olduğunu fark ettiği, kendisinin ve çevresindekilerin dokunulmaz olmadığı gerçeğiyle yüz yüze geldiği bir süreçtir. Bu süreç kişide stres ve zorlanma meydana getirir. Tedeschi, Park ve Calhoun (1998)'a göre travma sonra büyüme bireyin bahsedilen bu süreçle mücadelesinin bir sonucudur. Ancak yıkıma neden olabilecek kadar şiddetli bir depremin binaların yeniden yapılmasına sebep olacağı gibi, travmatik deneyim de bireyin inançlarını sarsacak kadar büyük olmalıdır. Kişinin bir yandan yas ve stresi yaşarken, öte yandan olumlu değişimler gösterdiği çalışmalar literatürde geniş yer bulmaktadır (Karancı ve Acartürk, 2005; Tartaro ve ark., 2005). Yaşamı tehdit eden travmatik olayın, nihayetinde daha büyük bir kişisel işlevselliğe, benlik algısındaki güçlenmeye ve aynı zamanda kişinin yaşam hedeflerinin ve önceliklerinin yeniden değerlendirilmesine fırsat sunduğu görülmektedir (Taylor ve Brown, 1988; Taylo ve ark., 1989). Travmatik stres ve büyümenin aynı anda görülebileceği ve travmatik stresin yoğunluğunun bireyin eski varsayımlarını yıkararak yenilerini oluşturmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Travmatik stresin varlığı ve yoğunluğunun yanı sıra, bireyin temel inançlarındaki sarsılma düzeyi de travma sonrası büyüme gelişimini etkilemektedir. Stresli olaylarla meydana gelen büyüme süreçlerini inceleyen araştırmacılar, yaşanan travmatik deneyimin bireyin varsayımsal dünyası üzerindeki etkilerine odaklanmıştır. Temel inançlar, dünyanın nasıl bir yer olduğu, insanların nasıl davranacağı, olayların nasıl ortaya çıkması gerektiği ve durumlar üzerinde bireyin kontrol yeterliliğine dair düşüncelerini içeren geniş bir kümeyi kapsamaktadır. Bu temel inançlar, bireyin

dünyaya bakışına bir zemin oluştururken; planlama, tahmin etme, algılama ve anlaşılma süreçlerine de katkıda bulunmaktadır (Janoff-Bulman, 1992). Travmatik deneyimin varsayımsal dünyanın yıkılmasına neden olduğu ve kişiyi travma sonrası meydana gelen gerçeklikle baş başa bıraktığı bilinmektedir. Bu yeni gerçeklikle girişilen mücadele ise travma sonrası büyümenin ne ölçüde gerçekleştiğini belirlemektedir. Travma sonrasında bireylerin kendileri ve dünya hakkındaki temel inançlarıyla ve varsayımsal dünyalarıyla giriştikleri mücadelenin travmatik olayın bilişsel olarak işlenmesine yol açtığı belirtilmektedir (Cann, Calhoun, Tedeschi ve Solomon, 2010). Yeni gerçekliğe karşı işlevsiz hale gelen eski inançların gözden geçirildiği bu bilişsel süreç, bireyin olumlu değişiklikleri fark etmesini ve travma sonrası büyümeyi deneyimlemesini mümkün hale getirmektedir (Calhoun ve Tedeschi, 2006; Janoff-Bulman, 1992; Joseph ve Linley, 2008). Hayata dair temel inançlarda sarsılma yaşamının derecesiyle orantılı olarak büyümenin arttığı gözlenmektedir (Cann ve ark., 2011; Triplett, Tedeschi, Cann, Calhoun ve Reeve, 2012).

Bazı çalışmalarda da, şükürün kişilere daha tatmin edici, anlamlı ve üretken bir hayat sunduğu görülmektedir (Park, Peterson ve Seligman, 2004). Fredricks (2004) pozitif duyguları genişletme ve inşa etme kuramında şükürün bireyin düşünce ve eylem alanını genişletebileceğini ve zamanla kalıcı kişisel kaynaklar oluşturabileceğini vurgulamaktadır. Böylece gerçeklikle uyumlu, işlevsel ve dengeli davranışlar travma ile ilgili pozitif bilişlerin oluşumuna ve travma sonrası dünyanın anlamını yeniden inşa etmeye yardımcı olmaktadır (Wu, Zhou, Liu ve Chen, 2014). Kişilerarası ilişkileri güçlendirerek (Algoe, 2005), travma mağdurlarının daha fazla sosyal desteğe yönelmesine ve olumsuz duyguların azaltılmasında önemli bir rolü olan şükürün büyümeyi arttırdığı gözlemlenmiştir (Peterson, Park, Pole, D'Andrea ve Seligman, 2008; Vernon, Dillon ve Steiner, 2009). Örneğin Ruini ve Vescovelli (2003)'nin meme kanseri hastalarıyla yaptığı bir çalışmada, şükür seviyesi yüksek olan kişilerin travma sonrası büyüme derecelerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Şükür ve travma sonrası büyüme ilişkisine dair çalışmaların çok az olması literatürde gözlemlenen sınırlılıklardan biridir. Şükür ve büyüme ilişkisine yönelik incelemelerin kanserli bireyler üzerine

yapılan çalıřmalarda yer verilmesinin ruh saęlıęı ile ilgili literatüre katkılar saęlayacaęı dūřunūlmektedir.

Belirli bir operasyonel tanımının olmadığı řükūr kavramı kūltürden kūltüre farklılık göstermektedir (Emmons ve McCullough, 2003). Bu farklılık sebebiyle, řükūrū çeřitli kūltüre özęü çalıřmalarla incelemek önem tařımaktadır. řükretme, mevcut arařtırmada, yatay olarak sosyal hayatta yařanıř řekliyle ve belirli durumlarda meydana gelen anlık bir duygu olarak ele alınacaktır.

Meme kanseri hastalarında, travma sonrası büyümeyle ilgili literatürde, genellikle travmatik stres düzeyi, temel inançlarda sarsılma düzeyi ve řükūrün farklı çalışmalarda ayrı ayrı incelendiği görūlmektedir. Bu çalışmada, bu faktörler birlikte ele alınarak travma sonrası büyüme ile ilişkileri ve büyüme üzerindeki yordayıcı etkileri incelencektir. Bununla birlikte travma sonrası büyüme çok sayıda sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili değişkenler açısından ele alınacaktır. Elde edilen bulgular literatür işığında tartişılacak ve gelecek çalışmalar için öneriler sunulacaktır. Kanserin küresel bir tehdit olarak birey dünyasında meydana getirdiği travmatik süreçler dūřünüldüğünde, travma sonrası büyüme ile ilişkili değişkenlerin meme kanseri hastaları örnekleminde araştırılmasının büyük önem taşıdığı dūřunūlmektedir.

## BÖLÜM II

### LİTERATÜR İNCELEMESİ

#### 2.1 Kanser

Kanser, 21. yüzyılın en yaygın hastalıklarındandır. İnsanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahip olan bu hastalık, insan sağlığını tehdit edici bir etkiye sahiptir. Vücut hücrelerinin kontrolsüz ve anormal bir şekilde mutasyona uğrayıp büyümesiyle, diğer organlara yayılabilen geniş bir hastalık grubunu ifade etmektedir (Aktaş, 2014). Anormal bir değişime uğrayan hücreler birikerek, ‘tümör’ adı verilen bir doku kütlesi oluşturmaktadır. Bir tümör, iyi huylu (kansersiz olmayan) ve kötü huylu (kansersiz) olarak ikiye ayrılır. İyi huylu tümörler komşu dokuyu istila etmez ve vücudun diğer bölgelerine yayılmazken, kötü huylu tümörler çevresindeki sağlıklı dokuları istila eder. Bu doku kütlesi lenf ve dolaşım sistemi yoluyla vücudun diğer kısımlarına yayılma gücüne sahiptir. Bu yayılmaya metastaz adı verilmektedir ve kanserin bu şekilde yayılmasının ölüm riskini arttırdığı bilinmektedir (Cooper, 2000).

Kanser, hem ulusal hem uluslararası önde gelen ölüm nedenlerinden biridir (Baş ve Dirik, 2019). Dünya Sağlık Örgütü’ne (WHO) bağlı Uluslararası Kansersiz Araştırma Ajansı (IARC) tarafından hazırlanan istatistikler incelendiğinde, 2018 yılında teşhis konulan 18.1 milyon kansersiz vakasından 9.6 milyonunun ölüm ile sonuçlandığı görülmektedir. Her 8 erkekten ve her 10 kadından birinin yaşamları boyunca kansersiz geçirme olasılığının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Bray ve ark., 2018). Ülkemizde ise % 38,4 oranında görülen kardiyovasküler hastalıklardan sonra ölüm nedeni olarak kansersiz % 19,7 oranıyla ikinci sırada yer almaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu [TUIK], 2018). IARC raporuna göre (2020), 2040 yılına kadar kansersiz vaka sayısının % 50 oranında artması tahmin edilmektedir ve 27 milyon kansersiz vakasından 16.4 milyonun ölümle sonuçlanacağı öngörülmektedir (IARC, 2020).

Uluslararası en yaygın görülen kanser çeşitleri 2018 yılı itibariyle şu şekilde sıralanabilir; akciğer (2.1 milyon vaka), meme (2.1 milyon vaka), kalın bağırsak (1.8 milyon vaka), prostat (1.3 milyon vaka), cilt (1.04 milyon vaka) ve mide kanseri (1 milyon vaka). Erkeklerde en sık görülen kanser türleri; akciğer, prostat, kalın bağırsak, mide ve karaciğer kanseridir. Kadınlarda ise en yaygın kanser türleri; meme, kalın bağırsak, akciğer, rahim ağzı ve tiroid kanseridir. Akciğer kanseri en ölümcül kanser çeşidi olmakla birlikte, bu riski kadınlarda meme ve kalın bağırsak kanseri izlemektedir (Bray ve ark., 2018). Meme kanseri kadınlarda en yaygın görülen kanser türlerindedir ve yüksek ölüm oranıyla sonuçlandığı için önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (Özmen, 2009). Meme kanseri, bireylerin hayatında büyük yaşamsal ve ekonomik sorunlara yol açtığından (Kayser ve Scott, 2008), bu etkileri azaltmak için üzerinde daha fazla araştırma yapılmaya ihtiyaç duyulan bir alandır. Meme kanseri araştırmaları, meme kanserinin ilerleyişini önlemek, tespit etmek ve tedavi etmek için daha iyi yollar bulmayı ve hem meme kanseri hastalarının hem de meme kanseri sonrası hayatta kalanlarının yaşam kalitesini iyileştirmek için güvenli ve etkili yöntemler geliştirmeyi amaçlamaktadırlar (IARC, 2010).

### **2.1.1 Meme Kanseri**

Meme kanseri, vücuttaki meme dokularında meydana gelen kötü huylu hücrelerin büyümesi olarak tanımlanmaktadır (Barthakur ve ark., 2016; Jemal ve ark., 2011). En yaygın meme kanser türü, meme bezi epitel hücrelerinde ortaya çıkan karsinom'dur (Cooper, 2000).

Dünya genelinde 2012 yılında 1,67 milyon yeni meme kanseri vakası tespit edilmiştir ve 522.000 kişinin meme kanserinden yaşamını kaybettiği belirlenmiştir. Meme kanserine bağlı bu ölüm oranının tüm kanser ölümlerinin %15'ini oluşturduğu tespit edilmiştir (Ferlay ve ark., 2012). İlerleyen dönemlerde yapılan araştırma sonuçlarına göre ise 2018 yılında 2,1 milyon yeni meme kanseri vakası tespit edilmiş ve 627.000 kişinin meme kanserinden yaşamını yitirdiği belirlenmiştir (Bray ve ark., 2018). Görüldüğü gibi altı

yıllık süre zarfında yeni vaka sayısında % 25, meme kanserine bağlı ölüm oranlarında ise % 20'lik bir artış gözlenmektedir.

Kanser, ülkelerin sağlık sistemlerinde küresel bir tehdit unsuru haline gelerek, bireyler ve toplumlar üzerinde fiziksel, psikolojik ve finansal büyük baskılara neden olmaktadır. Kanser ölümlerinin yaklaşık %70'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Erken tanı, teşhis ve tedaviye erişim gibi sağlık hizmetlerinin yetersiz olması bu ülkelerdeki ölüm riskini arttırıcı bir etkidir (Ferlay ve ark., 2018; Ginsburg ve ark., 2017). Dünya Sağlık örgütünün (2020) yayınladığı son raporda, 2040 yılına kadar kanser vakalarının dünya genelinde %60 oranında, düşük ve orta gelirli ülkelerde ise %81 oranında artış göstermesinin beklenildiği belirtilmektedir.

Genetik, hormonal, çevresel, psikolojik ya da biyokimyasal faktörlerin meme kanseri oluşumunda rol oynadığı düşünülse de, bu hastalığın nedeni tam olarak bilinmemektedir (Seyhan ve Çavdar, 2019). Bununla birlikte, çeşitli üreme ve yaşam şekli faktörlerinin meme kanseri riskini arttırdığı tespit edilmiştir. Meme kanserini oluşturan risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemez olarak ikiye ayrılmaktadır. Değiştirilebilir risk faktörleri üzerinde kişilerin bir kontrol yetkisi varken, değiştirilemez risk faktörleri üzerinde kişilerin bir kontrolü bulunmamaktadır (Goldstein ve Zeigfeld, 2011).

Değiştirilemeyen risk faktörleri arasında cinsiyet (Koçak ve ark., 2011), yaş, genetik (American Cancer Society, 2010), bireyin kendisinde ya da ailesinde meme, cilt veya pankreas kanseri öyküsünün olması (Colditz, Kaphingst, Hankinson, ve Rosner, 2012), ırk ve etnik köken (Barnard, Boeke, ve Tamimi, 2015), yoğun meme dokusu (Wang ve ark., 2004), iyi huylu meme hastalıkları (Anderson, Rosenberg, Prat, Perou, ve Sherman, 2014), erken yaşlarda özellikle 12 yaş öncesi menstruasyon dönemlerinin başlaması ve menapoza 55 yaşından sonra girme, göğüs bölgesinde radyasyon tedavisi alma, diiltstil bestrole (DES) maruz kalma (American Cancer Society, 2010) bulunmaktadır. Değiştirilebilen risk faktörleri arasında ise; 30 yaş sonrası hamile kalma veya hiç doğum yapmama, (American Cancer Society, 2010), oral kontraseptif kullanımı (Kamińska, Ciszewski, Łopacka-Szatan, Miotła, ve Starosławska, 2015), postmenoposal hormon

tedavisi (American Cancer Society, 2010), emzirme, alkol kullanımı (Barnard ve ark., 2015), obezite (Andò ve ark., 2019) ve fiziksel aktivite (Totur Dikmen ve Bayraktar, 2019) görülmektedir.

Meme kanseri oluşumunda rol oynadığı düşünülen faktörlerin arasında en büyük payı cinsiyet, yaş, üreme ve genetik faktörleri almaktadır. Cinsiyet faktörü incelendiğinde hastalık %99 oranında kadınlarda görülmektedir. Yaş faktörü ele alındığında ise meme kanseri 30 yaş öncesinde daha az görülürken, ilerleyen yıllarda hastalığın sıklığında hızlı bir yükseliş söz konusudur. Hastaların %78'inin 50 yaş ve üzerinde olan kişiler olduğu görülmektedir ve bu artış menopozla birlikte düşmektedir (Erol ve Onat, 2010; Fadıoğlu, Yeşilbakan ve Yıldırım, 2011). Üreme faktörleri incelendiğinde; erken yaşta menstrüasyon, geç menopoz, doğum yapmamış olma ve 30 yaşından sonra ilk doğumu yapma gibi değişkenlerin meme kanseri oluşumunda rol oynadıkları ve birbirinden bağımsız risk faktörleri oldukları görülmektedir (Arnold ve ark., 2015). Genetik risk faktörleri arasında ise aile geçmişi bulunmaktadır. Örneğin, bireyin birinci derece akrabalarından birinin (anne veya kız kardeşi gibi) 40 yaşının altında kanser olması; bireyin göğüs kanseri geliştirme olasılığını üç veya daha fazla kat arttırmaktadır (McPherson, Steel, ve Dixon, 2000). Belirtilen risk faktörlerinin yanı sıra, vitamin kullanımı ve diyet, çevresel kimyasallar, sigara kullanımı, gece çalışması, antiperspirant kullanımı, kürtaj ve meme implantlarının olması da etkisi henüz tespit edilemeyen meme kanseri riskini arttırıcı ihtimaller arasında yer almaktadır (American Cancer Society, 2014).

### **2.1.2 Meme Kanseri Belirti ve Bulguları**

Meme kanseri, erken evrelerinde teşhis edildiğinde hayatta kalma olasılığı yüksek bir hastalıktır. Kanserin evrelendirilmesinde; tümörün boyutu, lenf düğümlerine yayılma durumu ve kanserin başka bölgelere yayılıp yayılmadığı etkilidir (Anjum, Razvi, ve Masood, 2017). Şiddet seviyesine göre meme kanseri beş ayrı evreye ayrılır: Evre 0, kanserin oluşum aşamasında olduğunu ifade eder. Hücreler çevre dokulara yayılmamıştır, buldukları yer sadece oluşmaya başladıkları alanla sınırlıdır. Evre I,

küçük kanser hücrelerinin sadece meme içinde kalıp, lenf bezlerine yayılmadığı ve tümörün 2 cm'den daha küçük olmadığı evredir. Evre II, 2 cm'den daha büyük olmayan tümörün koltuk altı bezlerine yayılım yaptığı ya da tümör boyutunun 2-5 cm arasında olduğu evredir. Evre III, tümörün 5 cm'den daha büyük olmayıp, birbirine bağlı olan koltuk altı lenf düğümlerine ya da göğüs kemiğinin arkasında oluşan lenf düğümlerine uzandığı anlamına gelir. Evre IV ise, boyutu farketmeksizin vücudun diğer bölgelerine de yayılan bir tümörün olduğu evredir (American Cancer Society, 2014). Beş yıllık hayatta kalma durumlarını gösteren sağkalımlık oranları incelendiğinde, evre 0'da olan hastaların beş yıllık sağkalım oranının %92, evre II'de olan hastalarda %75, evre IV'deki hastalarda ise beş yıllık sağkalım oranının %13 olduğu görülmektedir. Evreler ilerledikçe hayatta kalma oranlarının düşmesi, meme kanserinde erken teşhisin hastalığın tedavisi için oldukça önemli olduğunu göstermektedir (Woodward ve ark., 2003).

Meme kanserinin klinik belirtileri arasında; hareketsiz ve genellikle ağrısız bir kitle, meme üzerindeki deride portakal görünümlü (Paud'orange) ödem, meme başında çekilme, meme derisinde çukurlaşma, meme başı akıntısı, kanser hücrelerinin göğüs duvarına kadar yayılmasından dolayı meme de meydana gelen hareket kaybı (tillaux), deride ülserasyon ve eritem ve lenf nodüllerinde büyüme bulunmaktadır. Ağrı hastalığın ilk dönemlerinde % 90 oranında oluşmazken, sıklıkla hastalığın geç dönemlerinde ortaya çıkar (Koçak ve ark., 2011).

Meme kanseri oluşumunun başlamasıyla birlikte kanser hücreleri, yüzeysel lenf damarlarına ulaşarak lenfleri tıkar, lenf dolaşımını bozar ve deride ödem meydana getirir. Bunun yanı sıra, lenf dolaşımının yavaşlaması, deri altı dokularının besinsiz kalmasına ve derinin kalınlaşmasına sebep olur. Kıl foliküllerinin içe doğru çekilmiş olması nedeniyle deri portakal şeklinde bir görünüm alır (American Cancer Society, 2010; Koçak ve ark., 2014; Totur Dikmen ve Bayraktar, 2019). Meme başının büyüyen tümör tarafından tutulmasıyla meme başı çekilmesi, bu tümör hücrelerinin deriyi çekmesi sonucunda ise meme derisinde çukurlaşma meydana gelir (American Cancer Society, 2010; Smeltzer ve Bare, 2005).

Nadiren olsada bazen tek bir göğüsten kanlı meme başı akıntısının da meme kanserine işaret ettiği bilinmektedir (Hamajima ve ark., 2012). Derideki ülserasyon ve eritem ise tümör hücrelerinin göğüs kasına, göğüs duvarına ve deriye ulaşması sonucunda oluşur (Smeltzer ve Bare, 2005). Tümörün lenf nodüllerine yayılımıyla, nodüllerde tıkanma meydana gelir ve bu durum lenf nodüllerinde büyümeye sebep olur. Bununla birlikte, kanser hücrelerinin göğüs duvarına kadar yayılmasından dolayı meme hareketini kaybeder (American Cancer Society, 2010).

### **2.1.3 Türkiye’de Meme Kanseri**

Uluslararası literatür incelendiğinde meme kanserinin gelişmiş ülkelerde daha yaygın olduğu, meme kanserinden kaynaklı ölümlerin ise daha çok Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde görüldüğü bilinmektedir (Özmen, 2009). Özmen (2006)’in değerlendirmesine göre gelişmekte olan ülkelerde teşhis edilen 514.000 meme kanseri vakasından 221.000 (% 43) kadarı yaşamını yitirmiştir. Gelişmiş ülkelerde ise teşhis edilen 636.000 meme kanseri vakasından 190.000 kişinin (% 30) yaşamını yitirdiği tespit edilmiştir (Özmen, 2006).

Türkiye’de meme kanserinin görülme sıklığı batılı toplumlara göre daha düşüktür. Ancak son zamanlarda Türkiye’de meme kanseri oranlarında artış görülmektedir ve bu artış Türkiye’nin batı bölgelerinde diğer bölgelerine kıyasla daha fazladır (Özmen, 2006, 2008). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (SB) kanser istatistikleri incelendiğinde, 2016 yılında kadınların yakalandığı ilk on kanser sıralaması içinde meme kanseri ilk sırada yer almaktadır. Kadınlarda görülen tüm kanser türlerinin % 45.6’sını meme kanseri oluşturmaktadır (SB, 2019). Türkiye’de meme kanserinin % 20.2’sinin 40 yaş ve altındaki kadınlarda, % 31’nin 41-50 yaş aralığındaki kadınlarda, % 40.7’sinin 51-70 yaş aralığındaki kadınlarda ve % 8.2’sinin ise 70 yaş ve üstü kadınlarda görülmektedir. Meme kanseri hastalarının büyük çoğunluğunun 51-70 yaş aralığında olduğu ve kişinin yaşamında köklü değişimlere yol açtığı bilinmektedir (Özmen, 2006).

Meme kanserinde fiziksel kayıplar, duygusal sıkıntılar, ailevi, mesleki ve sosyal rollerdeki kayıplar, kadınların yaşadığı travmatik sorunlar arasındadır. Bununla birlikte, süreç içindeki yoğun ve uzun aşamalı tedaviler ve tedavilerin yan etkileri de kadınların günlük hayat işleyişini olumsuz etkileyerek birçok psikososyal soruna neden olmaktadır (Elisabet Pålsson ve Norberg, 1995).

## **2.2 Travma**

Travmatik yaşantılar bireyin yaşam bütünlüğünü tehdit eden ve bozan deneyimlerdir. Cinsel ya da fiziksel şiddete maruziyet, işkence görme, kaçırılma, depresyon, sel, savaşlar, trafik kazaları ve ölüm riski taşıyan bir hastalık tanısının konması gibi bireyin yaşamını zorlayan ve baş etme becerilerini aşan durumlar travmatik olaylara örnek verilebilir. Olayın kişinin doğrudan başına gelmesi, kişinin bu olaylara tanıklık etmesi ya da bu olayların yakınlarından birinin başına geldiğini öğrenmesi ile bu durum üç farklı şekilde yaşanabilir (Aker, 2012).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM) III travmayı ‘hemen hemen herkeste belirgin düzeyde sıkıntı yaratacak bariz olay’ olarak tek kriter şeklinde tanımlamaktadır. DSM IV’te bireyin travmatik olaya karşı verdiği öznel tepkiler travma tanımı için birer kriter sayılırken, bu kriter DSM V’ten çıkarılıp daha çok, travmatik olaya maruz kalma yolları üzerinde durulmuştur. Bir olayın travma olarak adlandırılması için gerekli olan ‘normal insanların deneyimlediği sıradan olayların dışında’ ve ‘herkes için sıkıntı yaratan olay’ koşullarının kaldırılmasıyla travmayı belirlemede, travma yaşayan bireyin kendi deneyimi üzerindeki algısı daha önemli hale gelmiştir (Çolak, Kokurcan ve Özsan, 2010).

### **2.2.1 Travmatik Bir Yaşantı Olarak Kanserin Psikososyal Etkileri**

Kanser bedensel bir rahatsızlıktır ve yaşanan ağrı, acı, kendi kendine yetebilme gücünün kaybı, suçluluk, terkedilme ve ölüm düşünceleriyle ilişkisi yönünden psikososyal problemlerin de en çok görüldüğü hastalık türüdür (Üzar Özçetin ve Hiçdurmaz, 2017;

Bag, 2013; Avuçan, İmrek ve Karaboğa, 2006). Yapılan bir meta-analiz çalışmasının sonuçlarına göre, yas, terörizm, doğal afetler ile birlikte ölümcül hastalıklar (kanser) da en yaygın travmatik olaylar arasında ilk sıralarda yer almaktadır (Vishnevsky, Cann, Calhoun, Tedeschi, ve Demakis, 2010).

Kanser hastalığı kişinin yaşamı üzerinde bir kontrol gücüne sahip olduğu, hayatını tehdit eden hastalık ve ölümlere dayanıklı olduğu, yaşanan dünyanın adil ve yaşanmaya değer olduğu, diğer insanların güvenilir olduğu ve olayların mantıklı sonuçlarının bulunduğu yönündeki inanışları sarstığı görülmektedir (Bulman, ve Heyderman, 1983; Jim ve Jacobsen, 2008). Kanser hastalığının şiddetlenme ve iyileşme dönemleriyle seyreden psikolojik ve sosyal alanlarda olmakla birlikte birçok alanda sorun teşkil etmektedir (Gümüş, 2006).

### **2.2.1.1 Psikososyal ve Psikiyatrik Sorunlar**

Bolund'a göre kanser tanısı alan hastalar, şok hali, tepki, direnç ve uyum olmak üzere dört farklı süreci tekrarlı şekilde tecrübe ederler (Anuk, 1999; Özkan, 1993). Bireylerde kanser teşhisiyle birlikte oluşan ve "6D belirtisi" olarak ifade edilen korkunun kaynakları; ölüm tehlikesi, bakıma muhtaç olma, bedensel şekil bozukluğu, başarısızlık ve işlevsizlik, kişiler arası ilişki sorunları ve ilerleyen dönemlerde yaşam kalitesinin bozulması şeklinde sıralanır (Hoorens ve ark., 2016).

Meme kanseri de dahil olmak üzere yaşanan bu korkuya üzüntü, yetersizlik, çaresizlik, öfke, sosyal ilişkilerde rol kaybı ve değişim, öz-saygıda azalma, ölüm korkusu, beden imajı ve yaşam şeklinde değişiklik, etiketlenme, yaşamsal faaliyetleri yerine getirmede zorluk ve izolasyon gibi bir takım psikososyal sorunların da eşlik ettiği görülmektedir (Güleç ve Büyükkınacı, 2011; Ülger, Alacacioğlu, Gülseren, Zencir, Demir ve Tarhan, 2014).

Kanser deneyimi bireylerde bir çok psikiyatrik rahatsızlığı beraberinde getiren bir süreçtir ve bu bireylerde görülen psikiyatrik rahatsızlık oranlarının %9-60 aralığında değiştiği tespit edilmiştir (Güleç ve Büyükkınacı, 2011). Psikiyatrik bozuklukların

%10'u kanser öncesi dönemde var iken, %90'ı kanser tedavisi sürecinde ortaya çıktığı görülmektedir (Güleç ve Büyükkınacı, 2011). Ülkemizde Ateşçi ve ark. (2003) tarafından farklı kanser tanısı alan hastalarla yapılan araştırmada kişilerin %26,7'sinin klinik olarak anlamlı bir psikiyatrik rahatsızlık gösterdiği tespit edilmiştir. Psikiyatrik tanı alan hastaların %48,8'inde depresif duygudurum ile birlikte seyreden uyum bozukluğu, %39,5'inde majör depresif bozukluğu, %7'sinde anksiyete ile seyreden uyum bozukluğu, %2,3'ünde yaygın anksiyete bozukluğu ve %2,3'ünde ise somatizasyon bozukluğu görülmüştür.

Literatür incelendiğinde depresyonun, kanser hastalığı sürecinde sıkça karşılaşılan bir psikiyatrik rahatsızlık olduğu görülmektedir (Hyphantis ve ark., 2013; Kissane ve ark., 2004; Yıldırım ve ark., 2009). Bir çok araştırma, kanser hastaları arasında depresyon yaygınlığının %50 oranında olduğunu bildirmiştir (Pfister ve ark., 2011; Massie, 2004). Bunun aksine, Nelson, Cho, Berk, Holland, ve Roth (2010)'un kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada bireylerde %10-25 oranında majör depresyon ve klinik olarak anlamlı depresif bulgular tespit etmişlerdir. Benzer şekilde depresyon yaygınlığının %22 oranında görüldüğü bir diğer çalışmada, erkeklere oranla kadın kanser hastalarında depresyonun daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tokgöz ve ark., 2008). Kanser hastaları arasında depresyon gibi ruhsal bozuklukların görülme oranındaki farklılıklar kanserin özelliklerine, hastanın bireysel özelliklerine ve çevresel farklılıklara bağlı olarak değişiklik gösterdiği düşünülmektedir (Özkan ve Armay, 2007; Tünel, Vural, Evlice, ve Tamam, 2012).

Meme kanseri hastaları özelinde yapılan bir çalışma hastalardaki depresyon oranının %9 olduğu ve depresyonda olan hastaların %24'ünün araştırma süresi boyunca depresyon belirtilerinde artış olduğu görülmüştür (Pasacreta, 1997). İlk tanıdan itibaren beş yıllık süre boyunca meme kanseri hastalarında depresyon oranlarının incelendiği bir diğer

araştırmada, en yüksek depresyon oranının %48 oranıyla tanıyı takip eden ilk yılda görüldüğü bildirilmiştir (Burgess ve ark., 2005). Bununla birlikte, kanserin her bir evresinde kişiler depresif semptomlar göstermeye eğilimlidir (Breitbart, Lederberg, Rueda-Lara ve Alici, 2009). Depresif belirtilerin bir ruhsal bozukluğa dönüşme durumunun tespitinin ve tedavisinin kişinin kanser tedavisi sürecine uyumunu arttırdığı ve aynı zamanda intihar riskini düşürdüğü bilinmektedir (Breitbart ve ark., 2009).

Anksiyete de, kanser hastalarında görülen en yaygın psikiyatrik rahatsızlıklar arasındadır (Tünel ve ark., 2012). Anksiyete oranlarına bakıldığında, genç-orta yaş aralığında olan, kadın olan ve kemoterapi tedavisi alan meme kanseri hastalarında anksiyetenin görülme seviyesinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Alacacioğlu ve ark., 2007). Lim, Devi ve Ang (2011) tarafından meme kanseri hastalarıyla yapılan bir derleme çalışmasında da, anksiyetenin meme kanserinin tüm tedavi türlerinde mevcut olduğu ve kemoterapi gören kadınlarda ilk kemoterapi alımı öncesi en yüksek seviyede olduğu grlmştir. Yetersizlik, yalnızlık/izolasyon duygusu, geleceğe yönelik korku ve belirsizlik, acı ve ağrılar, hastanede yatıyor olma, kanser hastalığıyla ilgili bilgi eksikliği, tedavi aşamasındaki cerrahi müdahaleler, tedavinin yan etkileri ve farklılaşan sosyal ilişkiler ve kişinin metabolizmasından kaynaklı problemlerin anksiyete belirtilerine sebep olduğu görülmektedir (Aydoğan, Doğaner ve Borazan, 2012).

Burgess ve ark. (2005)'nin meme kanseri hastası bireylerle genel popülasyonu karşılaştırdıkları araştırmalarında meme kanserli kadın hastalarda anksiyete ve/veya depresyonun görülme sıklığının genel kadın popülasyonuna göre iki kat daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Meme kanseri olan her 10 hastadan 4'ünün yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon yaşadığı tespit edilmiştir (Gallagher, Parle ve Cairns, 2002) ve meme kanseri özelinde yapılan birçok araştırmada da, kaygı ve depresyon belirtilerinin çoğunlukla birlikte seyrettiği görülmektedir (Burgess ve ark., 2005; Tünel, 2011, Yıldırım ve ark., 2009; Mehnert ve Koch, 2008). Hopwood, Howell ve Masuire (1991) tarafından ileri evrede olan 211 meme kanseri hastasıyla yapılan bir araştırmada, anksiyete ve/veya depresyon oranı %27 olarak tespit edilmiş, 155 hastanın ise ilerleyen aylarda anksiyete ve/veya depresyon belirtilerini göstermeye devam ettiği grlmştir.

Mehnert ve Koch (2008) ise önceki çalışmaya göre depresyon ve anksiyete oranlarının daha yüksek olduğunu tespit ettikleri meme kanseri hastası olan 1083 kişiyle yaptıkları araştırmalarında, hastalarda %38,2 oranında anksiyete, %22,2 oranında ise depresyon olduğunu gözlemlemişlerdir. Meme kanseri hastalarında depresyon ve anksiyete yaygınlığının ameliyat öncesi, ameliyattan 1-3 ay sonra ve 9-12 ay sonra olmak üzere üç ayrı dönemde incelendiği bir araştırmada ise, önceki araştırmalardan daha yüksek bir düzeyde sırasıyla depresyon oranlarının %40,5, %42,9 ve %44; kaygı oranlarının da %33,3, %35,7 ve %28,6 olduğu tespit edilmiştir (Yıldırım ve ark., 2009). Özellikle depresyon ve anksiyetenin meme kanserinin her bir aşamasında sık görüldüğü ve meme kanseri evresinin ilerlemesiyle bu ruhsal sorunların yaygınlığının arttığı bilinmektedir (Fertig, 1997).

Cerrahi müdahalelerin sıklıkla karşılaşıldığı meme kanseri hastalığında, hastaların müdahaleler sonrasında da ruhsal sorunlar geliştirme riski olduğu görülmektedir. Cerrahi müdahale geçiren meme kanseri hastalarıyla yapılan çalışmada ameliyat türü fark etmeksizin, bireylerde %30-47 oranında ruhsal bozukluk tespit edilmiştir (Moyer, 1997). Ameliyattan 1 yıl geçtikten sonra bu oranın %20-45 olduğu, 6 yıl sonunda ise %10 oranında psikiyatrik sorunların hala devam ettiği gözlemlenmektedir (Moyer, 1997). Benzer şekilde, Kissane ve ark. (1998)'ün cerrahi müdahale uygulanan 303 meme kanseri hastası olan kadınların %45'inde psikiyatrik bozukluk olduğu bulunmuştur. Bu hastalar içerisinde %42 oranında depresyon ve/veya anksiyete, %27 oranında minör depresyon, %9,6 oranında majör depresyon, %8,6 oranında anksiyete, %6,9 oranında fobik bozukluk ve %20 oranında iki veya daha fazla ruhsal bozukluk bir arada görülmüştür (Kissane ve ark., 1998).

Kanser gibi travmatik bir olaya karşı kişide en sık görülen psikiyatrik rahatsızlıklardan biri de travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve akut stres bozukluğu (ASB)'dir.

Travmatik olayla ilişkili uyaranlardan kaçınma, yeniden yaşantılama, dissosiyasyon ve anksiyete belirtilerinin bir ay sürmesi durumu ASB'yi, bir aydan fazla sürmesi durumu ise TSSB'yi göstermektedir. Kanser hastalarının %32'sinde TSSB, %80'e varan oranlarda ise TSSB belirtilerinden bazılarının görülebildiği bulunmuştur (Breitbart ve ark., 2009; Kangas, Henry, ve Bryan, 2007). Meme kanseri hastaları özelinde yapılan çalış-

malara bakıldığında ise, kanser hastalarıyla yapılan çalışmalardan daha düşük olarak, meme kanseri hastalarının %22'sinin yaşam boyu travma sonrası stres bozukluğu kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir (Alter ve ark., 1996). Buna karşılık Green ve ark. (1998)'nin yaptığı araştırmada, meme kanseri hastalarının sadece %3'ü travma sonrası stres bozukluğu kriterlerini karşılarken, travmatik stres belirti oranlarının daha yaygın olduğu gözlemlenmiştir.

Sonuç olarak, bireylerin travmatik bir yaşantı olan kanser deneyiminde etiketlenme, izolasyon ve ölüm korkusu gibi psikososyal problemler; depresyon, kaygı ve travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik problemler yaşayabilecekleri görülmektedir. Literatür incelendiğinde, hastalar kanser sürecinde, birçok psikolojik güçlük ve zorlukla karşı karşıya kalsalarda, bazı hastalar bu süreçle beraber pozitif yönde bir değişim de gösterebilmektedir (Linley ve Joseph, 2006; Mols, Vingerhoets, Coebergh, ve van de Poll-Franse, 2009; Silva, Crespo ve Canavarro, 2012; Werdel ve Wicks, 2012). Bir sonraki bölümde travmatik deneyim sürecinde bireylerde meydana gelebilecek olumlu değişiklikler üzerinde durulacaktır. Devamında ise kanser özelinde travma sonrası büyüme kavramı incelenecektir.

### **2.2.2 Travma Sonrası Büyüme: İnsan Izdırabının Anlamını Keşfetmek**

Önceki bölümlerde görüldüğü gibi travmalar (yaşamı tehdit eden hastalık, trafik kazası, sevilen kişinin kaybı, işsizlik, boşanma vb.) kişide davranışsal, psikolojik ve duygusal yıkımlara yol açabilmektedir (Taku, Cann, Tedeschi ve Calhoun, 2009). Bu durum bazı bireylerde uzun süreli olumsuz sonuçlara neden olurken, bazıları için bu süreç tam tersidir. Travmanın yaşama dair temel bakışta korkutucu ve sarsıcı sonuçları, bireylerin hayatında beklenmedik şekilde verimli bir zemin de oluşturabilmektedir. Travma sonrası büyüme (TSB) olarak adlandırılan bu süreç, oldukça zorlu yaşam koşullarıyla mücadelenin sonucunda yaşanan olumlu psikolojik değişimi ifade etmektedir (Calhoun ve Tedeschi, 1999, 2001). Tedeschi ve Calhoun (2004)'a göre travma sonrası büyümenin düzeyini, kişinin travmatik olay sonrası yeni gerçeklikle giriştiği mücadelesi belirlemektedir. Bu mücadele kişinin işlevselliğindeki bütünsel artışa işaret etmektedir. 'Büyüme' terimi önceye kıyasla bireyin travmatik deneyim sonrası yaşamı anlama

bilincinin ve psikolojik işlevselliğinin ötesine geçtiğini ifade etmektedir (Calhoun, Cann, Tedeschi ve Mcmillan, 2000; Calhou ve Tedeschi, 2006; Linley ve Joseph, 2004; Tedeschi, 2014).

Literatür incelendiğinde, travma sonrası büyümeyi tanımlayan birçok farklı kavramla karşılaşılmaktadır (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Finkel (1974, 1975) “güç korunumu” (strength conversion), Yalom ve Liberman (1991) “olumlu psikolojik değişimler” (positive psychological changes), Afflecek ve Tennem (1996), “yarar sağlamak” (benefit finding), Bower ve ark. (1998), “anlam keşfi” (discovery of meaning), Linley ve Joseph (2004) “tersine gelişim” (adversarial growth), Park, Cohen ve Murch (1996) “strese bağlı gelişim” (stress related growth) ve O’Leary ve Ickovics (1995) ise ‘büyüme’ (thriving) kavramını kullanmışlardır. “Travma sonrası büyüme” kavramı ise ilk olarak Tedeschi ve Calhoun (1995, 2004) tarafından kullanılmıştır. Tedeschi ve Calhoun (2004) ‘travma sonrası büyüme’ teriminin yaşanan süreci en iyi şekilde açıklayarak, düşük seviyeli stresten ziyade yüksek derecede zorlu yaşam olaylarının sonrasında gerçekleşen bir büyümeyi ifade ettiğini ortaya koymaktadırlar. Ayrıca ‘travma sonrası büyüme’ kavramının travmayla baş etme yollarından biri olarak değil de, bir sonuç veya devam eden bir süreci ifade etmesi yönünden de başarılı olduğu düşünülmektedir (Tedeschi, 2004).

Travma sonrası büyüme kavramının tarihi kısa olsa da, acı ve sıkıntının kişinin hayatında olumlu değişimler için kaynaklık oluşturabileceğine dair anlayış asırlar öncesine dayanmaktadır (Joseph, 2009; Tedeschi ve Calhoun, 1995; Tedeschi ve ark., 1998). Yahudilik, eski Yunan ve Hristiyanlıkdaki yazıların yanı sıra, Budizmde, Hinduzimde ve İslamiyetin bazı öğretilerinde, acı çekmenin potansiyel olarak dönüştürücü gücünden bahsedilmektedir. Bunun yanında varoluşçu ve humanist pek çok felsefi ve psikolojik ekolün ana teması, yazarların ve şairlerin çalışmaları, insan ızdırabının anlamını anlama ve keşfetme girişimlerini içermektedir. Bu girişimler, travmatik sürecin bireye yaşamın anlamını sorgulayabileceği bir deneyim imkanı sunabileceğini vurgulamaktadır (Joseph, 2009; Tedeschi ve Calhoun, 1995; Tedeschi ve ark., 1998).

Literatürde travmatik bir deneyim olabilecek pek çok hastalık, doğal afet ya da kaybın olumlu etkilerini araştıran ya da travma geçmişine sahip olup olmaması bakımından bireylerin travma sonrası büyüme düzeylerini karşılaştıran çeşitli çalışmaların olduğu görülmektedir (Sears, Stanton ve Danoff-Burg, 2003; Tedeschi ve Calhoun, 2004; Nishi, Matsuoka ve Kim, 2010). Örneğin, Tedeschi ve Calhoun (1996) ağır travma yaşamış kişilerle travmatik bir deneyim yaşamayan kişileri karşılaştırdıkları çalışmalarında, travma sonrası büyümenin travmadan kurtulanlar arasında daha yüksek düzeyde olduğunu gözlemlemişlerdir. Joseph ve Hefferon (2013) da yaptıkları derleme çalışmalarında olumsuz yaşam olaylarının ardından travma sonrası büyüme oranlarının %30'dan %70'e kadar çıktığını tespit etmişlerdir.

Travmatik olaya ilişkin büyüme üzerine yapılan araştırmalarda; yas sürecindeki kişiler (Davis, Wohl ve Verberg, 2007; Gillies, Neimeyer ve Milman, 2014), bir kronik ya da akut hastalığı olan kişiler (Dirik ve Karancı, 2008; Tedeschi, Park ve Calhoun, 1998), HIV enfeksiyonuna yakalanan kişiler (Siegel ve Schrimshaw, 2000), sağlık problemi olan çocukların ebeveynleri (Barakat, Alderfer ve Kazak, 2006; Colville ve Cream, 2009), kaza sonucu sağ kalanlar (Salter ve Stallard, 2004), cinsel taciz veya tecavüze uğramış kişiler (Hartley, Johnco, Hofmeyr, ve Berry, 2016; Woodward ve Joseph, 2003), doğal afet yaşayan kişiler (Eren-Kocak ve Kılıç, 2014; Guo ve ark., 2004) ve savaşa katılanlar (Powell, Rosner, Butollo, Tedeschi ve Calhoun, 2003) gibi gruplara yer verilmiştir.

Araştırmalar, travmatik olayı yeni bir yaşam için bir başlangıç olarak gören ve büyüme gösteren bireyler üzerinde yoğunlaşmaktadır (Tedeschi, Park ve Calhoun, 1998). Bu araştırmalardan biri Sawyer ve Ayers (2009)'in acı dolu bir deneyim yaşayan bireylerle yaptıkları çalışmalarıdır. Çalışmanın sonuçlarına göre travmatik deneyim sonrası kişilerin yaklaşık %50'sinde travma sonrası büyüme meydana geldiği görülmüştür. Walker-Williams, Van Eeden ve Van der Merwe (2012)'nin cinsel istismar geçmişi olan kadınlarla yaptıkları çalışmada önceki araştırmadan daha yüksek bir düzeyde travma sonrası büyüme oranının %60 olduğu bulunmuştur. Büyüme oranının daha fazla görüldüğü istismar öyküsü bulunan kadınlarla yapılan bir çalışmada ise olay sonrası

büyümenin %74 oranında deneyimlendiği, bireylerin %18'inde ise pozitif değişikliklerin yüksek seviyede gerçekleştiği bulunmuştur (Cole ve Lynn, 2010).

Travma sonrası büyümenin; kişinin hayatı anlama, tepki verme ve travmatik deneyim ile parçalanan temel inançlarının yeniden yapılanma süreci olduğu bilinmektedir (Werdel ve Wicks, 2012). Travma sonrası büyüme, psikolojik sıkıntılara neden olan olumsuz durumlara uyum sağlama süreciyle eş zamanlı olarak meydana gelebilmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Böylece süreç kendi içinde hem negatif hem de pozitif etkileri barındırabilmekte ve psikolojik sıkıntı ve büyüme birlikte görülebilmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Psikolojik problemlerin ve travma sonrası büyümenin birlikte incelendiği çalışmalara bakıldığında, çalışmalardan bazıları büyüme ile travma sonrası stres arasında bir ilişki bulamazken (Cordova, Cuning, Carlson ve Andrykewski, 2001; Cordova ve ark., 2007; Schulz ve Mohamed, 2004), bazı çalışmalar kişinin psikolojik rahatsızlık ile büyüme göstermesi arasında negatif yönde ilişkiler (Karancı ve Erkam, 2007; Linley ve Joseph, 2004; Urcuyo, Boyers, Carver ve Antoni, 2005), bazı araştırmalar ise pozitif (Tartaro ve ark., 2005; Cadell ve ark., 2003) ilişkiler tespit etmişlerdir.

### **2.2.2.1 Travma Sonrası Büyümenin Boyutları**

Travma sonrası büyüme modelinde, travmatik deneyim sonrası bireyin hayatının üç temel alanı olan 'kendilik algısı, kişilerarası ilişkiler ve yaşam felsefesi'nde büyüme gözlemlenebilir (Calhoun ve Tedeschi, 1998, 1999, 2006; Joseph ve Linley, 2008). Bu üç temel boyuttaki değişimler başkalarıyla ilişkiler, yeni fırsatlar, kişisel güçlülük, manevi değişim ve yaşamı taktir etmek üzere beş farklı alanı kapsamaktadır. Böylelikle travma sonrası büyümenin sonucunda kişi yaşamı daha fazla taktir edebilmekte ve yaşamındaki öncelik sıralamasını yeniden değerlendirebilmekte, daha yakın ilişkiler kurabilmekte, daha güçlü bir kendilik duygusuna sahip olabilmekte, yaşamı için yeni olasılıkların farkına varabilmekte ve ruhsal olarak gelişebilmektedir (Cho ve Park, 2013; Tedeschi ve Calhoun, 1996, 1998).

Travma sonrası büyümenin kapsadığı beş alandan biri olan yaşamı takdir etme boyutu, travma ile yüzleşen kişinin yaşama yönelik olayların her zaman tahmin edilemeyeceğini ve kendi kontrolünde olamayacağını anladığı bir süreci içermektedir (Calhoun ve Tedeschi, 2001). Kişi yaşamın değişkenliğinin farkına varırken, belirli olaylara verdiği önem derecesinde değişimler meydana gelebilir. Örneğin, öncesinde önemsiz olarak kabul ettiği şeyleri fark etmeye başlayabilir (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Bu durum bireyin yaşama yönelik öncelik sıralamasında değişiklik yapmasına ve yaşama daha büyük bir taktirle bakmasına yol açabilir (Lindstrom, Cann, Calhoun ve Tedeschi, 2013).

Diğer insanlarla daha yakın, samimi ve anlamlı ilişkiler kurmak da bireyin travma sonrası büyüme deneyiminin bir parçası olabilir (Calhoun, Tedeschi, Fulmer ve Harlan, 2000). Travma sonrasında kişi travmatik durumu anlama ve başa çıkma ihtiyacı hissedebilir. Bu nedenle, ailesi ve arkadaşlarından yardım ve destek isteyebilir (Tedeschi ve Calhoun, 1996). Olumsuz deneyimlerle ilgili kendini açmanın bir sonucu olarak birey, kişiler arası ilişkilerde yakınlık ve başkalarıyla daha yüksek bir duygusal bağ hissedebilir (Tedeschi ve Calhoun, 1996, 2004). Başka insanlarla güçlü bir ilişki oluşmasını sağlayan diğer bir yol ise, travmatik süreçten geçen kişinin kendisiyle aynı zor kaderi paylaşan başkalarına karşı duyduğu şefkat ve empati duygusudur (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Böylece bireyin kişiler arası ilişkilerinden bazılarının sonlanması ve 'kötü gün dostları' ile yaklaşması da daha derin ve anlamlı ilişki deneyimlemesi için fırsat oluşturabilir.

Kişinin kendilik gücünün farkındalığı da, travma sonrası büyümenin başka bir alanıdır. Bireysel güç algısındaki artış, kişinin zorluklarla başa çıkması ve mücadele etmesi için kendi yeteneklerini daha fazla tanımasını içermektedir. Travma öncesi döneme kıyasla olay sonrası kişi birçok beceri ve güce sahip biri olduğunu fark etme imkanını yakalayabilir (Lindstrom ve ark., 2013) ve bu sayede birey hayatta kötü ve kontrol edilemez durumların başına gelebileceğini kabul edip, "eğer bunun üstesinden geldiysem hemen hemen her şeyin üstesinden gelebilirim" inancını geliştirebilir (Tedeschi ve Calhoun, 2004).

Travma sonrası büyüme, bireyin yaşamındaki yeni olasılıkları görebildiği bir süreci de başlatabilir. Zorluklarla mücadele sürecinde hayatta kalan kişi, yaşamın çeşitli alanlarında yeni seçenekler keşfedebilir (Lindstrom ve ark., 2013). Travma sonrasında kişide meydana gelen yeni yaşam felsefesi, travma öncesinde var olmayan yeni olasılıkların fark edilmesinde ve geçmiş temel inançların değişmesinde rol oynayabilir (Tedeschi ve Calhoun, 1996, 2004).

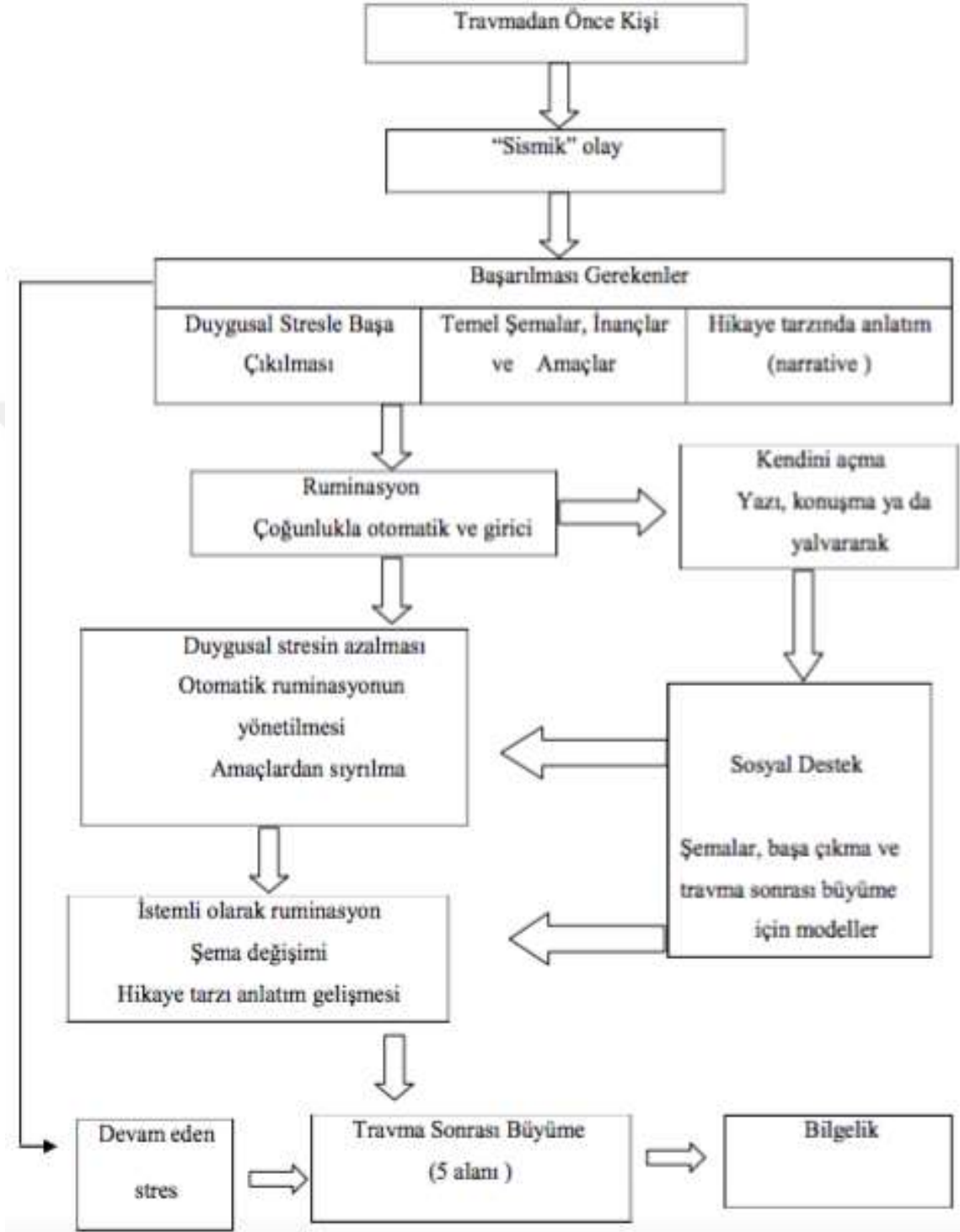
Manevi ve varoluşsal alandaki büyüme, kişilerin stres ve kayıpla mücadelelerinde olumlu değişim yaşadıkları başka bir alandır. Bu alan, kişinin inancını yeniden gözden geçirerek değerlendirmesini, maneviyat ihtiyacının artmasını ve varoluşsal deneyimini derinleştirip kişinin inanç ve acıda anlam bulmasını sağlayabilir (Calhoun ve Tedeschi, 2006; Tedeschi ve Calhoun, 1995; Tedeschi, Calhoun ve Groleau, 2015).

#### **2.2.2.2 Travma Sonrası Büyüme Açıklayan Modeller**

Travma sonrası büyüme sürecinin işleyişini açıklayan birçok farklı model bulunmaktadır. Travma kişinin inancına, hedefine, kimliğine ve ilişkilerine yönelik şemalarında bir yıkıcı etkiye sahipken, travma sonrası büyüme modellerinin çoğu kişinin bu etkilenen bilişsel şemalarının yeniden yapılandırılması üzerine yoğunlaşmaktadır (Tedeschi, 1999). Janoff-Bulman'ın (1992) bilişlerin yeniden yapılanması kavramına göre, bireyler kendilerine ve dünyaya yönelik temel varsayımlara sahiptir. Bu varsayımlar, kişinin kendisinin değerli ve dayanıklı olduğu, iyi ve anlamlı bir dünyada yaşadığına yönelik temel inançlarıdır (Matthews ve Marwit, 2004). Bir diğer deyimle, insanlar olayların kendi kontrollerinde olduğuna, başlarına kötü bir durumun gelmeyeceğine, yaşamın anlamlı ve tahmin edilebilir, kendilerinin değerli ve diğer insanların ise iyi olduğuna inanırlar. Ancak yaşanan travmatik olay, bireyin sahip olduğu varsayımlarla uyumsuz ve bu varsayımları yıkar (shattered assumptions) (Affleck ve Tennen, 1996). Kişilerin bu kendilerine ve dünyaya yönelik yıkılan varsayımları yerine yenilerini koymaları gerekir çünkü travma ile birlikte kişinin ve çevresindekilerin değerli, dayanıklı ve güvenilir olmadığı gerçeği ile yüz yüze gelmiş, kişinin dünyanın kontrol edilebilir ve güvenilir olduğu varsayımı çökmüştür (Janoff-Bulman, 1992).

Travma sonrası büyümenin işlevselliğini açıklayan ilk modellerden biri Tedeschi ve Calhoun (1998)'un betimsel-işlevsel modelidir. Modele göre büyüme, travmanın doğrudan bir sonucu olarak değil, kişinin travma sonrasında meydana gelen gerçeklikle mücadelesi sonucu oluşur. Yaşama dair varsayımların yıkıldığı bu süreç deprem metaforu üzerinden tanımlanmaktadır (Calhoun ve Tedeschi, 1998). Büyük yaşam krizleri, depremin çevresel hasarlara yol açtığı gibi, bireyin kendisini ve dünyayı anlama şeklini ciddi bir şekilde sarsabilir, tehdit edebilir ya da bir enkaza dönüştürebilir (Carnelly ve Janoff-Bulman, 1992). Büyüme belirleyen kritik faktör, sarsıcı boyutları olan travmatik olaya karşı bireyin giriştiği meydan okumadır (Zooelner ve Maercker, 2006). Şekil 1.1'de görüldüğü gibi bu modelde travma sonrası büyüme üzerinde etkiye sahip birçok faktör bulunmaktadır.

Betimsel-işlevsel modele göre travmatik olaydan önce bireyin nasıl bir kişiliğe sahip olduğu büyüme etkileyen faktörlerden biridir. Dışadönüklük ve yeni deneyimlere açıklık travma sonrası büyüme kolaylaştırırken, kişinin zorlu süreçlerden geçerken olumlu duygularının farkında olması ve bilgiyi iyi işleyebilmesi travma sonrası olumlu değişikliklere yol açan kişisel özellikler arasında bulunmaktadır (Tedeschi ve Calhoun, 2004).



Şekil 2.1. Travma sonrası büyümenin işlevselliğini açıklayan betimsel-işlevsel model (Calhoun ve Tedeschi, 2004)

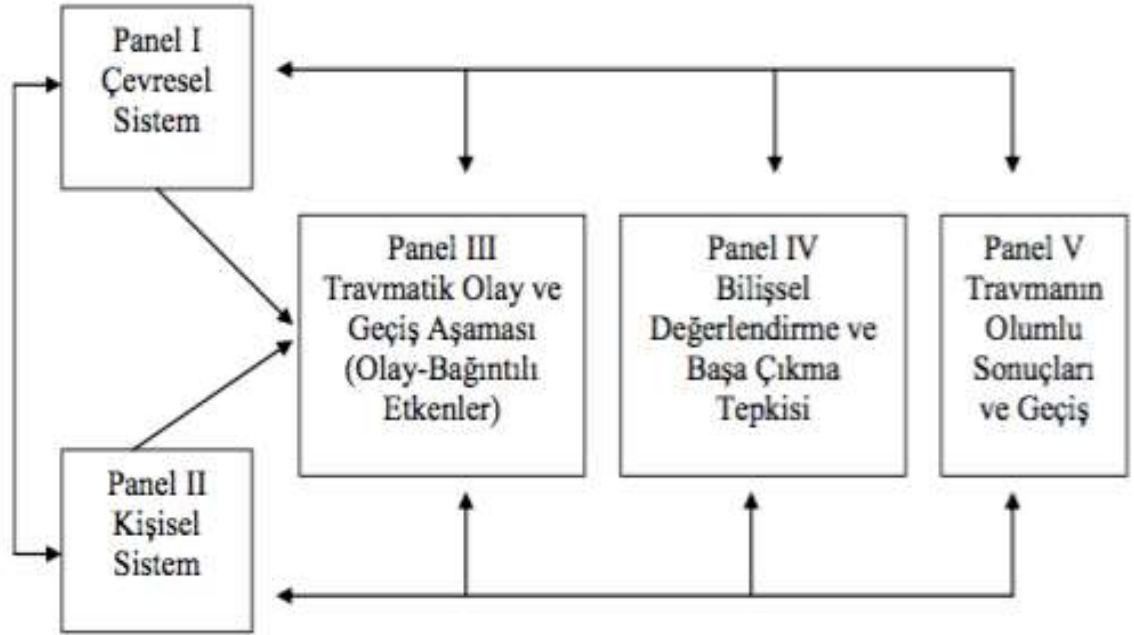
Betimsel-işlevsel modeli, büyümenin gerçekleşmesi için bireyin var olan şemaları ve yaşama karşı oluşturduğu inançları üzerinde yeniden düşünmesinin gerekliliğine vurgu yapar. Bu temel inançlar üzerinde tekrar düşünmeyi gerektirecek büyük travmatik olaylar yani sismik deneyimler yaşanması gerekir. Binaların depremden zarar görmediği müddetçe yenilenmediği gibi, travmatik deneyimler de yıkıcı olmadığı sürece bireyin temel inançları ve bilişsel varsayımlarını değiştirmemektir (Tedeschi ve ark., 1998).

Birey bu süreçte kendisine ve dünyaya yönelik sahip olduğu önceki bilişsel sistemi ile yaşadığı sarsıcı olayı tanımlayamamaktadır. Dünya ve kendi üzerindeki düşüncelerinde tutarsızlığa yol açan bu durum, bireyde ciddi düzeyde duygusal strese yol açar. Travmatik deneyim sonrasında kişi bir taraftan bu duygusal stresi yönetebilmek ve anlamlandırabilmek için mücadele ederken diğer taraftan da inançlarını ve hedeflerini sorgulamaya başlar (Tedeschi ve Calhoun, 1995). Bu süreç kişide istemsiz düşünce ve görüntüleri içeren rüminasyona sebep olur (Werdel ve Wicks, 2012). Ayrıca yaşanan stres, büyümenin meydana gelmesi için sadece başlangıçta gerekli olan bir durum olmayıp, ilerleyen süreçte de büyümenin deneyimlenmesine yol açan bir kaynak olabilmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004).

Devamındaki süreçte birey duygusal sıkıntı ile baş etmek için kendini açma ve yaşadıklarını ifade etme yollarına başvurarak, yeni şema ve öğretilerin gelişimi için sosyal destek arayışına girer (Sheikh, 2008; Tedeschi ve ark., 2015). Bu durum yaşanan streste azalmaya ve zihinsel süreçlerin kontrol edebilmesine ortam hazırlar. Başlangıçta istemsiz olan rüminasyonlar istemli bir hale gelerek yansıtılmalı/amaçlı rüminasyona dönüşür. Büyüme için kritik önem taşıyan bu süreçte kişi travmatik deneyimin kendi hayatı üzerindeki etkilerini düşünmeye, hedeflerini ve hayata dair inançlarını gözden geçirerek yorumlamaya başlar (Calhoun ve Tedeschi, 2006; Tedeschi ve Calhoun, 2004). Böylece kişi, amaçlı rüminasyon aşamasında travmatik yaşantı ile ilgili düşüncelerini istemli olarak zihnine getirip, zorlu deneyimlerini anlamlandırarak sarsılan bilişlerin yeniden yapılandırılması sürecine girer (Haselden, 2014).

Temel inançların gözden geçirildiği bu süreç, kişinin hayatının travma öncesi ve travma sonrası olarak ikiye ayrılmasında önemli bir etkiye sahiptir. Birey sürecin sonunda travma öncesinde sahip olduğu amaç, inanç ve davranışlarının işlevsiz olduğuna karar verirse, kişisel yaşam hikayesinde (narrative) değişiklikler meydana getirir. Büyüme ve hikaye tarzı anlatımın birbiriyle etkileşim içinde olduğu bu yapı Şekil 1.1’de de görülmektedir.

Travma sonrası büyüme modellerinden bir diğeri Shaefer ve Moss (1992) tarafından geliştirilen Yaşam Krizleri ve Kişisel Gelişim Modelidir. Bu model de travma sonrası büyümenin belirleyicileri üzerinde durulmuştur. Şekil 1.2’de görüldüğü gibi, çevresel ve kişisel faktörler travma sürecini ve travmanın sonuçlarını belirlemektedir. Çevresel ve kişisel faktörler, bilişsel değerlendirme sürecini ve başa çıkma biçimlerini şekillendirmektedirler ve aynı zamanda travma sonrası büyümenin oluşumuna da etki etmektedirler. Model içindeki tüm bileşenler birbirleriyle etkileşim halindedir.



**Şekil 2.2. Travma sonrası büyümeyi açıklayan kavramsal model (Schaefer ve Moos, 1992)**

Kişisel sistem; sosyo-demografik özellikler, öz yeterlilik, direnç, iyimserlik, kendine güven, motivasyon, mizaç ve geçmiş travma deneyimleri gibi değişkenleri içermektedir.

Çevresel faktörler; bireysel ilişkiler, aile, arkadaş ve çevreden alınan sosyal destek, ekonomik kaynaklar ve yaşam şartlarından oluşmaktadır. Olaya ilişkin değişkenler ise olayın şiddetinden, etki süresinden, gerçekleşme zamanından ve kişi üzerindeki etkisinden oluşmaktadır. Baş etme stratejilerinin de büyüme üzerindeki etkisine vurgu yapan model, başa çıkma yollarını kaçınmacı ve aktif başa çıkma olarak ikiye ayırmaktadır. Travmatik olayı analiz etme, olayı olumlu bir bakışla tekrar gözden geçirme, destek arayışında olup sorunun çözümü için sorumluluk alma aktif baş etme yöntemlerini içermektedir. Kaçınmacı baş etme yönteminde ise kişi sorunun bir çözümü olmadığına odaklanmakta, alternatif rahatlatıcılara yönelerek duygularını dışa vurmaktadır (Schaefer ve Moss, 1998). Modele göre aktif başa çıkma yöntemi travma sonrası büyüme üzerinde kaçınmacı başa çıkma yöntemine göre daha etkilidir (Schaefer ve Moos, 1992).

Sonuç olarak, travma sonrası büyümenin nasıl işlediğini açıklayan modeller travmatik olay öncesinde, olay sırasında ve sonrasında büyümeyi etkileyen çeşitli değişkenler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Sonraki bölümlerde literatürde kanser hastalarıyla yapılan travma sonrası büyüme çalışmalarına yer verilecektir.

### **2.2.2.3 Kanser sürecinde Travma Sonrası Büyüme**

Kanser sürecinde travma sonrası büyüme incelendiğinde kanser hastalığının bazı özelliklerinin travma sonrası büyümenin işleyişine etki ettiği tespit edilmiştir (Joseph ve Linley, 2008). Öncelikle, kanser bireyde yaşama dair belirsizlik ve süregelen bir kaygı oluşturabilmektedir (Joseph ve Linley, 2008). Yaşamın ne kadar süreceğinin bilinmediği hastalık sürecinde birey, ‘kalan zamanımı nasıl geçirmek istiyorum?’ sorgulamasıyla baş başa kalmaktadır. Bu sorgulama kişinin yaşama bakışında ve öncelik sıralamasında değişikliklere neden olurken, hayata yönelik minnetralığını arttırabilmektedir (Joseph ve Linley, 2008). Ölüm gerçeğiyle yüzleşen kanser hastaları, hayatın anlamına, ne için yaşadıklarına, inançlarına ve maneviyatlarına dair düşünmeye başlarlar. Böylece hastalık süreci yaşamın daha değerli ve maneviyat duygusunun daha güçlü olmasına yol açabilmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 1995). Ayrıca birçok kanser hastası sosyal destek

ihtiyacı içindedir ve kimi bu ihtiyacı karşılayabilirken kimi bu desteği görmekte zorluk yaşamaktadır (Joseph ve Linley, 2008). Kişilerarası ilişkilerde yaşanan sosyal destek görüp görmeme, kanser hastalarının ilişkilerini gözden geçirmelerine ortam hazırlayabilir. Böylece, hastalık süreci bireylerin bazı ilişkilerindeki yakınlığı ve bu ilişkilere karşı minnettrallik seviyesini arttırmada yardımcı olabilir (Joseph ve Linley, 2008).

Literatür incelendiğinde çeşitli çalışmalarda kansere bağlı travmatik deneyimlerin bireyde büyümeye yol açtığı tespit edilmiştir (Barakat ve ark., 2006; Boyers, 2001; Cordova ve ark., 2007; Danhauer ve ark., 2013; Groarke ve ark., 2017); Schaefer ve Moss, 1998; Steel, Gamblin ve Carr, 2008). Travma sonrası büyümeyi inceleyen Schaefer ve Moss (1998) araştırmalarında, kanser hastalarının kendilerine, yakın çevrelerine, diğer insanlara ve yaşama yönelik daha pozitif değişim gösterdiklerini tespit etmişlerdir. Yaşamı tehdit eden kanser sürecinin bireyin ilişkilerine yeni anlamlar katmasına, aile ve yakın çevresiyle yakınlaşmalarına, yaşama dair yeni alternatifleri görmelerine ve doğayla bütünleşmelerine olumlu katkı sunduğu görülmüştür (Schaefer ve Moss, 1998). Benzer şekilde, Thornton ve Perez (2006) bireylerin ve eşlerinin travma sonrası büyüme seviyelerini incelediğinde hastaların cerrahi müdahale öncesi içinde buldukları negatif duyguların, duygusal destek ve pozitif yeniden çerçeveleme ile olumlu yönde değiştiği, operasyondan bir yıl sonra ise kanserli bireylerin ve eşlerinin büyüme düzeylerinin aynı oranda arttığı tespit edilmiştir.

Meme kanseri hastalarında travma sonrası büyüme incelendiğinde hastaların hayat felsefelerinde, manevi alanlarında, affedicilik, sabır, şükran duygusu ve fedakarlık gibi özelliklerinde olumlu değişimler tespit edilmiştir (Levine, Yoo, Aviv, Ewing ve Au, 2007; Manne ve ark., 2004). Örneğin, meme kanseri uzun dönem sağ kalan hastalarla yapılan bir çalışmada, bireylerin %79,2'lik kısmının en az bir alanda gelişim gösterdikleri ve yarar sağlanan alanlardan birinin de kendilik algısı üzerinde olduğu görülürken (Mols ve ark., 2009), meme kanseri hastalarıyla yapılan farklı bir çalışmada, bireylerin daha çok kişilerarası ilişkilerde büyüme gösterdikleri görülmüştür (Russell, Von Ah, Giesler, Storniolo, ve Haase, 2008). Yeni meme kanser tanısı alan bireylere

yardım etme ve destek verme isteği kişilerarası ilişkiler alanında yaşanan büyüme örnek olarak gösterilmektedir (Russell, Von Ah, Giesler, Storniolo, ve Haase, 2008).

### **2.3 Travma Sonrası Büyüme ile İlişkili Faktörlerin Kansere Hastalarında İncelenmesi**

Literatürde kanser hastalarında travma sonrası büyüme ile ilişkisinin incelendiği birçok değişken olduğu görülmektedir (Bozo, Gundogdu ve Buyukasik-Colak, 2009; Ho et al., 2011; Park, 1998). Bu araştırmada literatürde sıkça karşılaşılan ve büyüme etki eden; sosyodemografik değişkenler, hastalıkla ilgili değişkenler, depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu düzeyi değişkenleri ele alınacaktır. Ayrıca, travma sonrası büyüme etkisi henüz yeni incelenmeye başlayan temel inançlarda sarsılma düzeyi ve şükür değişkenlerinin de büyümeyle ilişkileri incelenecektir.

#### **2.3.1 Sosyodemografik Faktörler**

Kanser hastaları üzerinde yapılan çalışmalar, sosyodemografik faktörlerden yaş, eğitim seviyesi ve ekonomik durum değişkenleri üzerinde yoğunlaşmaktadır. Yaşın TSB ile ilişkisini kanser ve meme kanseri hastalarında inceleyen uluslararası çalışmaların sonuçları ele alındığında birçok araştırmada yaş arttıkça TSB düzeylerinin de azaldığı görülmektedir (Bower ve ark., 2005; Cordova ve ark., 2001; Morris, Shakespeare-Finch ve Scoot, 2007; Mystakidou ve ark., 2008; Tomich ve Helgeson, 2004). Örneğin, Bellizzi ve Blank (2006)'ın meme kanseri hastalığından kurtulan 224 kişi üzerinde yaptıkları çalışmalarında, tanı alma yaşı, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama, eğitim seviyesi, çalışma durumu ve etnik kimliğin TSB ile ilişkileri incelenmiştir. Yaş azaldıkça TSB düzeyinin arttığı tespit edilmiş ve yaş genç olan bireylerin TSB'nin tüm alanlarında daha fazla büyüme gösterdiği görülmüştür (Bellizzi ve Blank, 2006). Benzer şekilde, Cordova ve ark. (2007) psikolojik stres ve TSB ilişkisini meme kanseri sağ kalanlarında araştırdıkları çalışmalarında bireylerin yaşlarının ilerlemesiyle TSB düzeylerinin de azaldığını tespit etmişlerdir (Cordova ve ark., 2007). Buna karşılık, Carver ve Antoni'nin (2004) yaptıkları çalışmada, yaş arttıkça TSB düzeyinin de arttığı

görülürken; kanser ve meme kanseri hastalarıyla yapılan bazı çalışmalar ise yaş ve büyüme arasında bir ilişki tespit etmemişlerdir (Cordova ve ark., 2001; Schulz ve Mohamed, 2004; Sears ve ark., 2003).

Sosyodemografik değişkenlerden eğitim seviyesi ile TSB arasındaki ilişkinin araştırıldığı uluslararası ve ulusal çalışmalar incelendiğinde, birçok çalışmada eğitim seviyesi arttıkça TSB düzeyinin de arttığı bulunmuştur (Cordova ve ark., 2007; Danhauer ve ark., 2013; Kucukkaya, 2010; Liu, Wang, Wang, Su ve Wang, 2014). Buna karşılık, erken evrede hayatta kalan yetmiş iki meme kanseri bireylerle yapılan çalışmada, eğitim seviyesi arttıkça TSB düzeyinin de azaldığı tespit edilmiştir (Weiss, 2004). Literatürdeki bazı çalışmalar Weiss (2004)'in çalışma sonuçlarını destekleyici şekilde eğitim seviyesi arttıkça TSB düzeyinin azaldığını gösterirken (Bellizi ve Blank, 2006; Carver ve Antoni, 2004; Urcuyo ve ark., 2005), eğitim seviyesi ile TSB arasında bir ilişki bulmayan çalışmalar da görülmektedir (Bower ve ark., 2005; Lechner ve ark., 2003).

Sosyodemografik değişkenlerden ekonomik durumla TSB ilişkisini kanser ve meme kanseri hastalarında inceleyen ulusal ve uluslararası çalışmalar ele alındığında, araştırma sonuçlarında bir tutarsızlık olduğu görülmektedir. Bazı çalışmalarda ekonomik durum arttıkça TSB düzeylerinin de arttığı bulunmuştur (Bower ve ark., 2005; Cordova ve ark., 2007). Örneğin, Cordova ve ark.'nın (2001) meme kanseri sağ kalanlarıyla yaptıkları ve gelir ile TSB arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, gelir seviyesi arttıkça TSB düzeyinin de arttığını tespit etmişlerdir (Cordova ve ark., 2001). Buna karşılık, meme kanseri hastalarında TSB'yi etkileyen faktörlerin incelendiği ulusal bir çalışmada, gelir düzeyi arttıkça büyüme seviyesinin azaldığı tespit edilmiştir (Karancı ve Erkam, 2007). Ayrıca, literatürde ekonomik durum ile büyüme arasında bir ilişki tespit etmeyen çalışmalarda bulunmaktadır (Lenchner ve ark., 2003; Sears ve ark., 2003).

Sosyodemografik değişkenlerden medeni durum ile TSB ilişkisini kanser ve meme kanseri hastalarında inceleyen ulusal ve uluslararası çalışmalar ele alındığında literatürde bir kısıtlılık görülmektedir. Araştırmaların çoğunda medeni durum ile TSB düzeyi

arasında bir ilişki görülmezken (Jim ve Jacobsen, 2008; Lechner ve ark., 2003; Stanton ve ark., 2006), birkaç araştırmada evli olan hastaların evli olmayanlara göre daha fazla TSB gösterdikleri tespit edilmiştir (Belizzi ve Blank, 2006; Mystakidou ve ark., 2008).

Sosyodemografik değişkenlerden çocuk sayısı ile TSB ilişkisini kanser ve meme kanseri hastalarında inceleyen çalışmalar ele alındığında ise sadece bir araştırmaya ulaşılmaktadır (Wang, 2011). Meme kanseri hastalarında büyüme ve çocuk sayısı arasındaki ilişkisine bakılan araştırmada, TSB ile çocuk sayısı arasında bir ilişki tespit edilmemiştir (Wang, 2011).

### **2.3.2 Hastalıkla İlgili Faktörler**

Hastalıkla ilgili değişkenlerin de sosyodemografik değişkenler gibi kanser ve meme kanseri hastalarında TSB ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Meme kanseri hastaları üzerinde yapılan çalışmalar hastalıkla ilgili faktörlerden, tanıdan itibaren geçen zaman, kanser evresi, tedavi ve ameliyat türü gibi değişkenler üzerinde yoğunlaşmaktadır.

Literatür incelendiğinde, birçok araştırmada teşhisten itibaren geçen zaman arttıkça travma sonrası büyümenin de arttığı bulunmuştur (Bower ve ark., 2005; Carver ve Antoni, 2004; Cordova ve ark., 2001; Danhauer ve ark. 2013; Liu, Wang, Wang, Su ve Pilin, 2013; Manne ve ark., 2004; Sears ve ark., 2003). Örneğin, Liu ve ark. (2013) tarafından meme kanseri tanısı aldıktan sonra 3. 6. ve 9. aylarda yapılan çalışmada, TSB düzeylerinin tanıdan itibaren geçen zamanın artmasıyla daha fazla olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Schwarzer, Luszczynska, Boehmer, Taubert ve Knoll (2006) tarafından farklı zamanlarda kanser hastalarıyla yapılan boylamsal çalışmada, ameliyattan önce ve ameliyattan 1 ay sonra yapılan ölçümlerde TSB üzerinde bir farklılaşma tespit edilmezken, 1 yıl sonrasında yapılan ölçümlerde hastaların daha yüksek düzeyde TSB gösterdikleri görülmüştür. Bu sonuçlar TSB'nin ortaya çıkması ve bireyin olay üzerinde düşünüp içselleştirmesi için belirli bir süreye ihtiyacı olduğunu savunan kuramlarla tutarlılık göstermektedir (Shaefer ve Moss, 1992; Tedeschi ve Calhoun, 1995). Buna karşılık, Weiss'in (2004) çalışmasında önceki araştırmalardan farklı olarak tanı

üzerinden geçen zaman arttıkça TSB düzeyinin azaldığı görülürken, kanser ve meme kanseri hastalarıyla yapılan birçok çalışmada ise büyüme ile tanı üzerinden geçen zaman arasında bir ilişki tespit edilmemiştir (Bağlama ve Atak, 2015; Kucukkaya, 2010; Mystakidou ve ark., 2008; Lechner ve ark., 2003; Lelorain, Bannaud-Antignac ve Florin, 2010; Silva ve ark., 2012; Urcuyo ve ark., 2005). Görüldüğü gibi TSB ile tanı üzerinden geçen zaman arasındaki ilişkinin çalışıldığı araştırmalar tutarsızlık göstermektedir.

Hastalıkla ilgili değişkenlerden meme kanseri evresi ile TSB arasındaki ilişkinin araştırıldığı uluslararası çalışmalar incelendiğinde bazı araştırmalarda kanser evresi arttıkça TSB'nin de arttığı bulunmuştur (Bellizzi ve Blank, 2006; Carver ve Antoni 2004; Urcuyo ve ark., 2005). Buna karşılık, Mols ve ark. (2009) tarafından yapılan çalışmada tanı anındaki kanser evresi arttıkça TSB'nin azaldığı görülürken, birçok araştırmada kanser evresi ile büyüme arasında bir ilişki tespit edilmemiştir (Cordova ve ark., 2001; Cordova ve ark., 2007; Lelorain ve ark., 2010; Manne ve ark., 2004; Weiss, 2004). Ayrıca, bazı çalışmalarda TSB'nin, evreler arası tutarlı bir artış ya da azalış göstermediği görülmüştür (Lechner ve ark., 2003; Tomich ve Helgeson, 2004). Örneğin, Lechner ve ark. (2003) tarafından kanser hastalarıyla yapılan çalışmada, 2.evrede kanser tanısı alan hastaların, 1. ve 4. evrede tanı konulan hastalara göre daha fazla TSB gösterdikleri bulunmuştur. Benzer şekilde, Tomich ve Helgeson (2004) da yaptıkları çalışmalarında 2. evrede tanı konulan meme kanseri hastalarının, 3. evredeki hastalara göre daha fazla TSB gösterdiklerini tespit etmişlerdir.

Hastalıkla ilgili değişkenlerden tedavi ve ameliyat çeşidinin TSB ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmalara bakıldığında; tedavi çeşidi (Radyoterapi/Kemoterapi) (Silva ve ark., 2012), kemoterapi alma (Bower ve ark, 2005; Carver, Smith, Petronis ve Antoni, 2006; Cordova ve ark., 2007; Lelorain ve ark., 2010; Morrill ve ark., 2008; Sears ve ark., 2003) ve ameliyat çeşidi (Lumpektomi/Mastektomi) (Manne ve ark., 2004; Silva ve ark., 2012; Tomich ve Helgeson, 2004; Wang ve ark., 2014) ile TSB arasında bir ilişkinin tespit edilmediği birçok çalışma görülmektedir. Buna karşılık, uygulanan tedavi çeşidinin TSB üzerindeki etkisinin meme kanseri sağ kalanlarında araştırıldığı Mols ve ark.'ın (2009) çalışmasında, radyoterapi tedavisi alan kişilerin almayan hastalara göre

daha az TSB gösterdikleri tespit edilmiştir. Ayrıca, hormon tedavisi alan hastaların almayan hastalara göre daha fazla TSB gösterdikleri görülmüştür (Mols ve ark., 2009). Ancak örneklemin çoğunluğunun radyoterapi almış hastalardan oluşması araştırma için sınırlılık olarak ifade edilmiştir. Lelorain ve ark.'ın (2010) çalışması ise, kemoterapi gören kadınların kemoterapi görmeyen kadınlara göre daha fazla TSB gösterdiklerini bildirmişlerdir.

Görüldüğü gibi hastalıkla ilgili değişkenlerin TSB ile ilişkisine yönelik araştırmaların sonuçları farklılık göstermektedir. Tedeschi ve Calhoun'un (2004) TSB modelinde kullandıkları deprem meteforuna göre, yaşanan travmatik/sismik olay kişinin temel inançlarını ve şemalarını sarsacak kadar büyük olmalıdır. Kemoterapi alanların almayanlara göre ve kanser evresi yüksek olanların olmayanlara göre daha fazla büyüme gösterdiğine dair araştırmalar bu hipotezi doğrulamaktadır (Bellizzi ve Blank, 2006; Bower ve ark, 2005; Carver ve Antoni 2004; Lelorain ve ark., 2010) Ayrıca model kişinin travmatik olaya yönelik mücadelesine vurgu yapmakta ve TSB'nin oluşması için zamanın gerekliliğini savunmaktadır. Tanı üzerinden geçen zaman arttıkça TSB düzeyinin de arttığını bulan araştırmalar bu görüşü destekler niteliktedir (Cordova ve ark., 2001; Manne ve ark., 2004). Travmatik yaşam olayı sonrası bireylerde ruhsal sorunlar da meydana gelmektedir. Bu ruhsal bozukluklar ile TSB ilişkisi bir sonraki bölümde ele alınacaktır.

### **2.3.3 Anksiyete, Depresyon ve Travma Sonrası Stres Düzeyi**

Meme kanseri potansiyel olarak travmatik ve stresli bir olaydır. Travmatik olayla beraber yaşanan stresin TSB üzerinde bir katalizör görevi gördüğü düşünülmektedir (Calhoun ve Tedeschi, 2006) ve bu sebeple TSB ile TSSB ilişkisinin daha detaylı değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

TSSB düzeyi ile TSB ilişkisini kanser hastaları üzerinde inceleyen uluslararası çalışmaların sonuçları ele alındığında, bazı araştırmalarda bireylerin TSB seviyeleri arttıkça TSSB düzeylerinin de arttığı görülmüştür (Morrill ve ark., 2008; Barakat ve

ark., 2006; Jaarsma ve ark., 2006; Soo ve Sherman, 2015). Örneğin, Morrill ve ark. (2008) tarafından erken evrelerde tedavi edilen 161 meme kanseri sağ kalanlarıyla yapılan çalışmada, TSSB düzeyi arttıkça TSB düzeylerinin de arttığını görülmüştür. Ayrıca, çalışma TSSB arttıkça depresif belirtilerin de arttığını ve bireylerin TSB seviyeleri arttıkça TSSB ve depresyon seviyeleri arasındaki ilişkinin zayıfladığını tespit etmiştir (Morrill ve ark., 2008). Benzer şekilde, Tartaro ve ark. (2005) meme kanseri hastalarıyla yaptıkları boylamsal çalışmada, stres ve TSB arasındaki ilişkiye odaklanmışlardır. Kanser tanısı aldıktan sonraki süreçte TSB gösterenlerin göstermeyenlere göre stres seviyelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Danhauer ve ark. (2013) tarafından kanser hastaları üzerinde yapılan çalışmada ise TSSB düzeyi arttıkça, TSB'nin azaldığı görülürken, bazı araştırmalarda TSSB düzeyi ile TSB arasında bir ilişki tespit edilmemiştir (Cordova ve ark., 2007; Widows, Jacobsen, Booth-Jones ve Fields, 2005). Örneğin meme kanseri hastalarının %11-17 oranında TSSB gösterdiği ve örneklemin çoğunun TSB belirttiği çalışmada, TSSB ve TSB arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Cordova ve ark., 2007). Benzer bir sonuç, aynı değişkenleri içeren farklı kanser türlerine sahip başka bir hasta örnekleminde de görülmüştür (Widows, Jacobsen, Booth-Jones ve Fields, 2005).

Kanser hastalarında depresyon düzeyi ile TSB ilişkisini inceleyen ulusal ve uluslararası çalışmaların sonuçlarına bakıldığında, bazı araştırmalarda bireylerin TSB seviyeleri arttıkça depresyon düzeylerinin azaldığı görülmektedir (Karancı ve Erkam, 2007; Romeo ve ark., 2017, 2020; Tartaro ve ark., 2005). Örneğin, Romeo ve ark. (2017) tarafından meme kanseri sağ kalanları ile yapılan çalışmada, depresif belirtileri olan bireylerin TSB seviyelerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Özellikle, depresif belirtili kadınların yaşam taktiri ve yeni olasılıklar alt ölçeklerinde daha düşük büyüme gösterdikleri gözlemlenmiştir. Kanser hastalarının gösterdikleri depresif belirti seviyelerine göre grup farklılıklarına bakıldığı benzer bir çalışmada ise, sadece ilk evrede depresif belirtiler gösteren ve belirtileri şu an devam etmeyen kişiler, birinci evreden itibaren depresyonu devam eden ya da şu an yeni depresyon geliştiren kişilere oranla daha yüksek TSB göstermişlerdir (Romeo ve ark., 2020). Buna karşılık, Danhauer

ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmada orta ya da yüksek düzeyde TSB yaşayan meme kanseri hastalarının, zamanla daha yüksek depresif belirtiler geliştirdikleri tespit edilirken, Schulz ve Mohammed (2004) tarafından kanser hastalarıyla yapılan araştırmada önceki araştırmalardan farklı olarak depresyon ile TSB arasında bir ilişki gözlemlenmemiştir.

Anksiyete düzeyi ve stres ile TSB ilişkisini kanser hastaları üzerinde inceleyen uluslararası çalışmalardan olan Groarke ve ark.'nın (2017), kansere özgü stresin, global stresin ve anksiyetenin TSB ile ilişkisine baktıkları araştırmaları, anksiyete ve kansere özgü stres arttıkça TSB düzeyinin de arttığını göstermiştir. Tartaro ve ark.'ın (2005) meme kanseri hastalarında boylamsal olarak yaptıkları ve zaman, stres, uyum ve büyüme arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmalarının son ölçümünde katılımcılar kanserden sonra TSB gösterenler ve göstermeyenler olarak iki gruba ayrılmıştır. Araştırmanın sonuçları Groarke ve ark.'nın (2017) çalışmalarına benzer şekilde, TSB geliştirenlerin geliştirmeyenlere göre stres düzeylerinin daha yüksek olduğunu gösterirken, farklı olarak TSB geliştiren grubun anksiyete düzeyinin zamanla daha çok düştüğü görülmüştür (Tartaro ve ark., 2005). Buna karşılık, literatürdeki birkaç çalışma önceki araştırmalardan farklı olarak anksiyete (Schulz ve Mohammed, 2004) ya da stres (Cordova ve ark., 2001) ile TSB arasında bir ilişki tespit etmemiştir.

Görüldüğü gibi, depresyon, anksiyete ve TSSB gibi ruhsal rahatsızlıklar ile TSB arasındaki ilişkiler, araştırmalar arasında değişkenlik göstermektedir. Birbirleriyle tutarlılık göstermeyen araştırma sonuçlarının, literatürdeki çalışmaların yürütüldüğü örneklemin diğer özellikleri (kişi sayısı sayısı, cinsiyet vb.) ve kültürel koşullarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Literatürde stres ile TSB'nin aynı anda görülebileceği, depresyon ya da kaygının arttıkça TSB'nin azalabileceği ya da TSB geliştiren kişilerin zamanla stres düzeylerinin daha çok düşebileceği gibi sonuçlar (Groarke ve ark., 2017; Karancı ve Erkam, 2007; Tartaro ve ark., 2005) bulunmakla birlikte depresyon, anksiyete ve TSSB ile TSB arasında bir ilişki bulamayan çalışmalar da mevcuttur (Cordova ve ark., 2001; Schulz ve Mohammed, 2004).

#### 2.3.4 Temel İnançlarda Sarsılma

Araştırmacılara göre travmanın özü, ezici deneyimlere karşı kişinin temel inançlarındaki yıkımdır (Janoff-Bulman, 1992). Travmatik bir olayın ardından birey temel inançlarını sorgulayarak, yaşadıklarını anlamak adına bir bilişsel sürece girer. Bu sebeple TSB modelleri (Calhoun ve Tedeschi, 1998; Schaefer ve Moos, 1992) temel inançlarda sarsılmayı büyümeye zemin hazırlayan faktörlerden biri olarak kabul etmektedirler. Tehditle başa çıkma işlevi gören bilişsel süreç, kişinin olayın olumlu değişiklikleri fark etmesini ve TSB'yi deneyimlemesini mümkün kılan şeydir. Diğer bir ifadeyle, TSB'yi sağlayan kritik nokta, travmatik bir olay yaşamamanın yanında bireyin temel inançlarına meydan okuyarak, yeniden yapılanması için giriştiği mücadeledir. (Calhoun ve Tedeschi, 2006; Janoff-Bulman, 1992, 2006; Joseph ve Linley, 2008; Linley ve Joseph, 2004; Phelps, Williams, Raichle, Turner ve Ehde, 2008).

Temel inançlarda sarsılması ve TSB ilişkisini değişik gruplar üzerinde inceleyen uluslararası ve ulusal çalışmaların sonuçları incelendiğinde, temel inançlarda sarsılma düzeyi arttıkça TSB'nin arttığını gösteren birçok çalışma olduğu görülmüştür (Tedeschi, Cann, Taku, Senol-Durak ve Calhoun, 2017; Cann ve ark., 2010; Haselden, 2014; Lindstrom vd., 2013; Hanley, Garland ve Tedeschi, 2016; Taku ve Oshio, 2015; Triplett ve ark., 2012; Beck ve ark., 2016; Roepke ve Seligman, 2015; Taku, Cann, Tedeschi ve Calhoun, 2015). Örneğin temel inançlardaki sarsılma düzeyinin büyüme ile ilişkisinin incelendiği (Japonya, Amerika ve Türkiye olmak üzere üç ayrı ülkede eş zamanlı olarak yürütülen) kültürler arası bir çalışmada, her bir ülkedeki katılımcılar için temel inançlardaki sarsılma düzeyi arttıkça TSB düzeylerinin de arttığı görülmüştür (Tedeschi, Cann, Taku, Senol-Durak ve Calhoun, 2017). Stresli yaşam olayı yaşamış kişilerle yapılan bir çalışmada da aynı şekilde temel inançlardaki sarsılma arttıkça TSB'nin de arttığı tespit edilmiştir. (Cann ve ark., 2010). Taku ve Oshio'nun (2015) temel inançlarda sarsılmanın TSB üzerindeki yordayıcılık gücüne baktıkları çalışmalarında da önceki araştırmalara benzer sonuçlar görülmüştür. Travma sonrası büyüme envanterinin yirmi bir maddesi üzerinden ayrı ayrı yapılan madde analizleri sonucunda, büyüme maddelerinden beşinin hem temel inançlardaki sarsılma hem de ruminasyonla

açıklanabildiği ancak büyüme envanterinin on üç maddesinin yalnızca temel inançlardaki sarsılma ile açıklanabildiği tespit edilmiştir (Taku ve Oshio, 2015). Meme kanseri hastalarında temel inançlarda sarsılma ile travma sonrası büyüme ilişkisini araştıran çalışmaların sayısı kısıtlıdır (Morris ve ark., 2014; Ramos ve ark., 2017; Thombre, Sherman ve Simonton, 2010; Wilson ve ark., 2014). Bu çalışmalarda, temel inançlarda sarsılma düzeyi arttıkça TSB düzeylerinin de arttığı görülmektedir.

Örneğin, Thombre, Sherman ve Simonton (2010) tarafından kanser hastalarında TSB ile ilişkili faktörlerin incelendiği çalışmada, Tedechi ve Calhoun (2004)'un TSB modeliyle uyumlu olarak, temel inançların sarsılma düzeyi arttıkça TSB'nin de arttığı görülmüştür. Ayrıca çalışmada, temel inançlarda sarsılma düzeyinin TSB'nin güçlü bir yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Cann ve ark. (2010) tarafından ikisi üniversite öğrencileri bir diğeri lösemi hastaları örneklemeyle yapılan araştırmada da bireylerde TSB ve temel inançların sarsılma düzeyi arasındaki ilişki incelenmiş ve temel inançlardaki sarsılma düzeyi arttıkça TSB'nin beş ayrı alt boyutunun da arttığı görülmüştür. Ayrıca hastaların temel inançlarındaki sarsılma düzeyindeki artışın TSB'yi yordayan bir değişken olduğu tespit edilmiştir.

Prostat kanserinden kurtulan beş yüz on dört birey üzerinde TSB'nin incelendiği çalışmada da önceki çalışmalarla uyumlu olarak temel inançlardaki sarsılma düzeyinin TSB'yi anlamlı bir şekilde doğrudan yordadığı görülmüştür (Wilson ve ark., 2014). Benzer şekilde, iki yüz beş meme kanseri hastasıyla yapılan bir grup müdahalesi çalışmasında temel inançlarla mücadele, rüminasyon ve TSB arasındaki ilişkiye bakılmış ve temel inançlardaki sarsılmanın TSB üzerinde moderatör değişken rolüne sahip olduğu bulunmuştur (Ramos ve ark., 2017). Buna karşılık Carboon ve ark. (2005) tarafından TSB ile temel inanç ilişkisinin hematolojik kanser hastaları üzerinde incelendiği boylamsal bir araştırmada ise önceki çalışmalardan farklı olarak, bireylerin temel inançlarında zamanla meydana gelen değişiklikler ile TSB arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Carboon ve ark., 2005).

Özetle travma sonrası kişinin giriştiği bilişsel çabalar büyüme için kritik öneme sahiptir. Kişinin travmadan önceki sahip olduğu temel inançları sorgulayarak gözden

geçirmesinin bu mücadelesinin önemli bir unsuru olduğu görülmektedir. Bu süreçle beraber kişi önceki temel inançlarını ele alıp, analiz ederek yeni gerçekliğe uyumlu hale getirebilir. Bu durum da bireyin TSB geliştirmesini sağlayabilir. Literatüre bakıldığında değişik gruplarla yapılan çalışmaların çoğu temel inançlardaki sarsılma arttıkça büyümenin de arttığını ifade etmektedir. Ancak çalışmalar doğal afet, hayatı tehdit eden hastalıklar, kayıp gibi çeşitli travmatik olaylar üzerinde yoğunlaşırken (Haselden, 2014; Lindstrom ve ark., 2013; Triplett ve ark., 2012; Zhou, Wu, Fru ve An, 2015) kanserli bireylere yönelik çalışmaların sayısı ise oldukça kısıtlıdır.

### **2.3.5 Şükür**

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, şükürün birbirinden farklı tanımları ile karşılaşılmaktadır (McCullough, Emmons ve Tsang, 2002; Wood ve ark., 2007). Şükür bazı çalışmalarda bireyin hayatında fark ettiği olumlu yönlerine taktirle karşılık verme eğilimi olarak tanımlanmıştır (McCullough, Emmons ve Tsang, 2002). Bu tanımlama ile şükür, bireyin diğer insanların iyilik ve nezaket eylemlerini fark etmesine, taktir etmesine ve minnettarca karşılık vermesine ilişkin geniş bir yaşam eğilimini ifade etmektedir ve bir kişilik özelliği şeklinde kavramsallaştırılmaktadır (McCullough, Emmons ve Tsang, 2002). Şükür daha düzenli ve yoğun bir şekilde deneyimlendiğinde kişisel eğilim haline gelmektedir (Althaus, Borasio, Bernard, 2018). Bazı araştırmalarda ise şükür bir duygu, tutum veya başa çıkma mekanizması olarak adlandırılmaktadır (Emmons ve McCullough, 2003; Wood ve ark., 2007).

Şükür anlık (durumsal) ve devamlı (sürekli) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (McCullough, Emmons ve Tsang, 2002). Sürekli şükür, 'duygusal cevap vermedeki kararlılık' olarak tanımlanmaktadır ve durumdan duruma değişmediği için sürekliliğini korumaktadır. Bu sebeple, sürekli şükür bir karakter özelliğini veya minnettar olma eğilimini ifade etmektedir (Rosenberg, 1998). Durumsal şükür ise belirli durumlar içinde ortaya çıkmaktadır ve anlık bir ruh hali olarak tanımlandığı için çevresel değişikliklerden etkilenme özelliğine sahiptir (Roberts, 2004).

Şükür özelliği insanı daha anlayışlı ve kibar olmaya eğilimli hale getirirken, kişinin hayatta sahip olduğu şeylere yönelik farkındalığını da artırır. Böylece, kişiler ellerinde buldukları fırsatları, avantajları ve başkalarının hayatlarına sundukları katkıları daha iyi görebilirler (Emmons ve Mishra, 2011). Bu sebeple araştırma sonuçlarının da desteklediği gibi şükür travmanın olumsuz etkilerine karşı koruyuculuğu da olan bir özelliktir (Fagley, 2012; McCullough vd., 2002; Tedeschi ve Calhoun, 2004). Şükür seviyesi arttıkça, bazı işlevsiz kişilik özellikleri, anksiyete, depresyon, düşmanca tutum ve öfke gibi psikopatolojik durumların azaldığı görülürken; işlevsel kişilik özellikleri, olumlu duygusal işlevler ve olumlu sosyal ilişkilerin de arttığı tespit edilmiştir (Emmons ve Shelton, 2002; McCullough, Kilpatrick, Emmons ve Larson, 2001; Wood, Joseph ve Maltby, 2008a, 2008b).

Şükür ve TSB ilişkisini depremzedeler, travmatik geçmişi olan kadınlar ve silahlı çatışmaya şahit olan üniversite öğrencileri gibi değişik gruplarla çalışan uluslararası ve ulusal araştırmaların sonuçları incelendiğinde, şükür düzeyi arttıkça TSB'nin de arttığını gösteren sadece bir ulusal çalışma (Doğan, 2018) ve birkaç uluslararası çalışma olduğu görülmüştür (Peterson ve ark., 2008; Vernon ve ark., 2009; Vieselmeyer, Holguin ve Mezulis, 2017; Zhou, An, Wu, Chen ve Lon, 2014a). Örneğin, ulusal bir araştırmada üniversite öğrencileriyle dini başa çıkma, sabır ve şükürün TSB ile ilişkisi incelendiğinde, şükür düzeyi arttıkça TSB düzeyinin de arttığı görülmüştür (Doğan, 2018). Ayrıca şükürün TSB üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu da tespit edilmiştir (Doğan, 2018). Benzer şekilde, Wenchuan depremi sonrası bireylerin şükür, sosyal destek ve TSB düzeyleri arasındaki ilişkilerinin incelendiği çalışmada, şükürün TSB için önemli bir yordayıcı olduğu bulunmuştur (Zhou, An, Wu, Chen ve Lon, 2014a). Vieselmeyer ve ark. (2017) önceki çalışmaları bir adım ileri götürerek TSSB ve TSB arasındaki şükürün aracılık rolünü incelemişlerdir. Silahlı çatışmaya şahit olan üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, TSSB belirti düzeyi arttıkça TSB'nin de arttığı bulunmuştur. Ayrıca, şükürün yüksek seviyelerinde TSSB ve TSB düzeyi arasındaki ilişkinin çok daha fazla güçlendiği görülmüştür. Bu durum şükür seviyesi daha yüksek olan bireylerin TSSB düzeyini, daha fazla TSB'ye dönüştürebileceğini düşündürmektedir (Vieselmeyer ve ark., 2017).

Meme kanseri hastalarında şükür ile büyüme ilişkisini araştıran ulusal ve uluslararası tek bir çalışma tespit edilmiştir (Ruini ve Vescovelli, 2013). Literatürde, TSB ile şükür ilişkisini inceleyen çalışmaların kısıtlılığının, şükürün belirli bir tanımının henüz yapılmamış olmasından ve şükür ölçeğinin yakın tarihlerde oluşturulmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada, şükür düzeyi arttıkça TSB düzeyinin de arttığı görülmektedir. Ruini ve Vescovelli'nin (2013) 67 meme kanseri hastasıyla yaptıkları çalışmalarında şükürün iyi oluş, TSB ve TSSB düzeyleri ile ilişkilerini incelemiştir. Şükür düzeyi arttıkça TSB'nin tüm alt boyutlarının da arttığı görülmüştür. Ayrıca depresyon, kaygı ve düşmanca tutum arttıkça şükür düzeyinin de azaldığı bulunmuştur (Ruini ve Vescovelli, 2013). Yüksek şükür sahibi olan meme kanseri hastalarının daha düşük şükür seviyedekilerindekilere göre TSB potansiyellerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Ruini ve Vescovelli, 2013). Şükürün hastaların travmatik deneyimlerinden anlam ve fayda bulmalarını sağlayarak TSB'de artışa neden olduğu düşünülmektedir (Ruini ve Vescovelli, 2013). Ruini ve Vescovelli (2013)'nin çalışmasında meme kanseri hastalarında şükürü yalnızca 'sürekli şükür' olarak ölçtüğü görülmektedir. Durumsal şükürle TSB ilişkisini meme kanseri hastalarında inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır.

#### **2.4 Araştırmanın Önemi, Amacı ve Hipotezleri**

Kanser, dünya çapında ölüme neden olan hastalıklar listesinin ilk sıralarında yer almaktadır (Baş ve Dirik, 2019). Kanser türlerinden biri olan meme kanseri, kadınlarda en çok ölüme sebep olan kronik bir rahatsızlıktır. Uluslararası araştırmalar 2018 yılında 2,1 milyon yeni meme kanseri teşhisi yapıldığını ve 627.000 kişinin bu hastalıktan dolayı hayatını kaybettiğini belirtmektedir (Bray ve ark., 2018). Hastalık sürecinde kişi, kanserin yaşamı tehdit edici yanıyla yüzleşmektedir. Kanser olmanın getirdiği stresin yanı sıra değişen aile rolleri ve ilişkiler, tanı ve tedavi süreci içerisinde yoğun tıbbi müdahaller ve bireyde meydana gelen bedensel değişiklikler hastaları olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bireyin kendisine ve kontrol algısına yönelik parçalanmalar, bazı kişilerde kanser sürecini travmatik bir deneyim haline getirirken (Stanton ve ark., 2006; Love ve Sabiston, 2011), bazıları için de travma sonrası büyüme (TSB) meydana

gelmektedir (Calhoun ve Tedeschi, 1999, 2001). Travma sonrası büyüme ile bireylerin yaşamlarını daha fazla takdir ettikleri, yaşama dair öncelik sıralamalarını yeniden değerlendirdikleri, daha yakın ilişkiler geliştirdikleri, kendi güçlerinin daha çok farkına vardıkları, yaşamdaki yeni olasılıkları fark ettikleri ve ruhsal olarak gelişme göstedikleri gözlenmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 1996, 1998). Travma sonrası büyümeyi arttıran değişkenlerin daha detaylı bir şekilde incelenmesi ve bu incelemeden elde edilen bilgilerin sahada kullanılması, hastaların hayat kalitesini arttıracak yeni müdahalelerin geliştirilmesi açısından önemlidir (Cho ve Park, 2013; Tedeschi ve Calhoun, 1996, 1998). Ayrıca, meme kanseri gibi ölüm riski yüksek olan bir hastalık grubunda hangi özelliklerin travma sonrası büyümeye yol açtığı ve hastaların hangi alanlarda güçlendirilmesi gerektiği, klinik ortamlarda kanser hastalarıyla çalışan profesyonellere tanı ve tedavi sonrası adaptasyon sürecine katkıda bulunması konusunda da fayda sağlayabilir (Zwahlen, Hagenbuch, Carley, Jenewein ve Buchi, 2009).

Yıllar içerisinde meme kanseri teşhis sayısı artmasına rağmen, literatür incelendiğinde travma sonrası büyüme derecesinin meme kanseri hastalarında görülme sıklığının yüksek olduğu tespit edilsede, çalışmaların henüz emekleme döneminde olduğu görülmektedir (Barakat ve ark., 2006; Danhauer ve ark., 2013; Groarke ve ark., 2017). Meme kanserinde büyümeye yol açan süreçleri belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu bilinmektedir (Zhai ve ark., 2019).

Literatür incelendiğinde, araştırmaların birçoğunda kanser hastalarında travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin travma sonrası büyümeyi arttırdığı görülmektedir. (Morrill ve ark., 2008; Barakat ve ark., 2006; Jaarsma ve ark., 2006; Soo ve Sherman, 2015). Büyüme geliştiren kişilerde, geliştirmeyenlere oranla depresyon, kaygı ve stres seviyelerinin daha hızlı bir şekilde azaldığı tespit edilse de büyüme ve stresin meme kanserinde incelendiği çalışmalar kısıtlı olduğu için bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Barakat ve ark., 2006; Jaarsma ve ark., 2006; Morrill ve ark., 2008; Tartaro ve ark., 2005). TSB ile TSSB ilişkisine yönelik çalışmaların artırılması, meme kanseri hastalarının TSSB'ye yakalanma riskinin azaltılması ya da hastaların TSSB yaşama sürelerinin kısaltılması noktasında ilerleyen çalışmalara da ışık tutacağı düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde, travma sonrası büyümeye etki eden sosyodemografik ve hastalıkla ilgili değişkenler tek başlarına büyüme düzeyini yordamakta yetersiz kalsalar bile, travma sonrası büyümeye yol açan süreçlerin tespit edilmesine katkı sağlamaktadırlar (Cordova ve ark., 2007; Lechner ve ark. 2003; Lelorain ve ark. 2010; Urcuyo ve ark., 2005). Sosyodemografik ve hastalık ile ilgili değişkenlerin travma sonrası büyüme üzerindeki etkilerinin ayırt edilmesi, hastaların kanser sürecinden güçlenerek çıkmaları için uygulanacak destekleyici yöntemlerin belirlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Literatürdeki çalışmalar tutarlı bir şekilde bireyin temel inançlarda sarsılma yaşamasının büyümeye giden yolu açtığını ve TSB için temel bir etken olduğunu desteklemektedir (Calhoun ve Tedeschi, 2006; Janoff-Bulman, 1992). Temel inançlarda sarsılma ve TSB arasındaki ilişkiye dair araştırmaların son bir kaç yıldır çalışılmaya başlanıldığı düşünüldüğünde, büyüme sürecinin daha ayrıntılı incelenmesi büyük önem taşımaktadır. Meme kanseri teşhisi sonrası bireyler üzerinde temel inançlarda sarsılma ve TSB ilişkisine dair çalışmaların artırılması, hastalarının yaşadığı bilişsel-duygusal karmaşanın ardından iyilik halinin yeniden sağlanması ve travmatik olay sonrası büyüme kapasitesinin fark edilmesi açısından önem taşımaktadır.

Literatür incelendiğinde, şükürün travmanın olumsuz etkilerine karşı koruyucu etkilerinin olduğu tespit edilse de meme kanseri hastalarında TSB ile şükürün araştırıldığı bir uluslararası araştırma görülmüştür (Ruini ve Vescovelli, 2013) Ulusal alanda yapılan çalışmalara bakıldığında, TSB ile şükürün meme kanseri hastalarında incelendiği bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Ayrıca literatürde şükürün büyüme ile ilişkisine bakıldığı araştırmalarda, şükürün durumsal olarak ölçüldüğü bir çalışmaya da rastlanılmamıştır. Meme kanseri hastalarında şükür ile TSB ilişkisinin daha net anlaşılması, hem TSB literatürüne katkı sağlaması hem de meme kanseri tedavisinde şükür müdahalelerinin kullanılarak bireylerin büyümelerinin desteklenmesi açısından önem taşımaktadır.

Literatürde, şükür, temel inançlarda sarsılma ve TSSB'nin büyüme ile ilişkisinin eş zamanlı olarak incelendiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bununla birlikte, temel inançlarda sarsılma düzeyi ve şükürün büyüme üzerindeki etkisi ve yordayıcı gücü

uluslararası çalışmalarda son yıllarda incelenmeye başlansa da meme kanseri hastaları örnekleminde çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Ayrıca, şükürün belli bir operasyonel tanımı olmadığı ve tanımlamalarında kültürlerarası farklılıklar gösterdiği düşünüldüğünde, bu kavramın büyüme üzerindeki etkilerine kültüre özgü çalışmalarda bakılması kritik bir öneme sahiptir.

Bu araştırmada meme kanseri hastaları örnekleminde TSB, travma sonrası stres bozukluğu düzeyi, temel inançlarda sarsılma ve şükür arasındaki ilişkinin incelenmesi hedeflenmektedir. Ayrıca büyüme üzerinde travma sonrası stres bozukluğu düzeyi, temel inançlarda sarsılma ve şükür değişkenlerinin yordayıcılık gücü incelenecektir. Sosyodemografik ve hastalıkla ilgili değişkenlerin de travma sonrası büyüme ile nasıl bir ilişki içinde olduğuna ve yordayıcılık gücüne dair detaylı bir profil sunulması amaçlanmaktadır.

Bu araştırmanın altı temel araştırma sorusu bulunmaktadır:

1. Sosyodemografik ve hastalık ile ilgili değişkenlerin travma sonrası büyüme ile nasıl bir ilişkisi vardır?
2. Meme kanseri hastalarında TSSB görülme sıklığı nedir?
3. Temel inançlarda sarsılma ve TSB arasında nasıl bir ilişki vardır?
4. Şükür ile TSB arasında nasıl bir ilişki vardır?
5. TSSB düzeyinin TSB ile nasıl bir ilişkisi vardır?
6. Hastaların depresyon ve anksiyete düzeyleri kontrol edildikten sonra sosyodemografik değişkenler, hastalıkla ilgili değişkenler, temel inançlarda sarsılma, şükür ve TSSB düzeyi, TSB'ye nasıl bir etkisi vardır?

Bu araştırmanın hipotezleri şu şekildedir:

1. Hastaların sosyodemografik özelliklerinden yaş ile travma sonrası büyüme arasında negatif yönlü bir ilişki vardır.
2. Hastaların sosyodemografik özelliklerinden eğitim seviyesi, ekonomik durum, çocuk sayısı ve evli olma ile travma sonrası büyüme arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.

3. Bireylerin hastalık değişkenlerinden kanserin evresi, tanıdan itibaren geçen zaman, mastektomi/rekonstrüksiyonlu mastektomi tedavi görmesi ve radyasyon/kemoterapi alınması ile travma sonrası büyüme arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.
4. Temel inançlarda sarsılma toplam puan ve alt boyutları ile travma sonrası büyüme düzeyleri arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.
5. Şükür düzeyi ile travma sonrası büyüme düzeyleri arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.
6. TSSB düzeyi ile travma sonrası büyüme arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.
7. Yaş azaltıcı şekilde; TSSB düzeyi, temel inançlarda sarsılma ve şükür düzeyi arttırıcı şekilde TSB'yi yordamaktadır.

## BÖLÜM III

### YÖNTEM

#### 3.1 Örneklem

Bu araştırmada veriler 1 Ocak – 15 Nisan 2020 tarihleri arasında hem İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü'nden hem de meme kanseri derneklerinin sosyal medya gruplarından online anket yöntemiyle toplanmıştır. Katılımcıların 55'i Onkoloji Enstitüsü'nden, 26'sı ise online olmak üzere toplam 81 meme kanseri hastalarından ulaşılmıştır. Halihazırda meme kanseri tedavisi gören, 18-85 yaş aralığında olan ölçek sorularını cevaplamak için gerekli okuma-yazma bilgisine sahip olan, kanser tanısı öncesinde başlayan ve devam eden bir psikiyatrik rahatsızlığa sahip olmayan ve kanser tanısı üzerinden en az 6 ay geçmiş olan meme kanseri hastaları bu çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılar arasında kanser tanısı üzerinden 6 aydan daha az bir süre geçtiği için 1 kişi (%1.35), halihazırda belli bir kanser tedavisi görmediği için 3 kişi (%4.05), kanser tanısı öncesinde başlayan ve halihazırda devam eden bir psikiyatrik rahatsızlığa sahip olduğu için 5 kişi (%6.75), ölçekleri yarım bıraktığı veya çoğuna cevap vermediği için 4 kişi (%5.40) araştırmaya dahil edilmemiştir. Dışlama kriterleri göz önüne alındığında toplam 68 katılımcı araştırmaya dahil edilmiştir.

#### 3.2 Veri Toplama Araçları

Araştırma dahilinde veri toplamak amacıyla hastalara Demografik Bilgi Formu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Temel İnançlar Envanteri, Taktir Etme Ölçeği ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri uygulanmıştır.

Ölçeklerin kullanımı için, Türkçe'ye uyarlama çalışmasını yapan araştırmacılardan yazılı olarak izinleri alınmıştır. Ölçeklerin psikometrik özellikleri Ek – 1'de bulunmaktadır. Demografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen Demografik Bilgi Formu, araştırmaya katılan kişilerin sosyo-demografik bilgilerini elde etmek amacıyla kullanılmıştır. Formdaki sorular kişisel ve hastalıkla ilgili bilgiler olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Kişisel bilgi kısmında, katılımcıların yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, sosyoekonomik durumu, psikiyatrik hastalık geçmişi ile ilgili bilgilere ulaşılmıştır. Hastalıkla ilgili bilgiler kısmında ise kişinin daha önce bir meme kanseri hastalığı geçirme durumu, halihazırdaki kanser tanısından itibaren geçen zaman, kanser hastalığının evresi, görülen tedavi türü ve geçirilen ameliyat çeşidi ile ilgili bilgi toplanmıştır. Bu ölçeğin bir kopyası Ek – 2'de bulunmaktadır.

### **3.2.1 Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5)**

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5; Boysan ve ark., 2017) bir öz bildirim ölçeğidir. DSM-5 baz alınarak, katılımcıların son bir aydaki olası travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirti düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır. Ölçek toplam 20 sorudan oluşan, 0 ('Hiç') ile 4 ('Aşırı') arasında değişen 5'li likert tipi üzerinden puanlanmaktadır (Weathers ve ark., 2013). Türkçeye uyarlama çalışmasını Boysan ve arkadaşları'nın (2017) yaptığı ölçekten alınan toplam puan 0 ile 80 arasında değişmektedir. PCL-5'den alınan 47 ve üzeri puanlar TSSB tanısı için kesme puanı olarak belirlenmiştir. Ölçeğin başında belirtilen 'zihninizi meşgul etmeye devam eden yaşadığımız en kötü olayı düşünerek' ifadesi, katılımcıların temsil edilebilirliği için 'meme kanseri teşhis ve tedavi sürecinizi düşünerek' olarak değiştirilmiştir. Ölçeğin psikometrik özellikleri Ek 1'de bulunmaktadır.

### 3.2.2 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS)

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS; Aydemir, 1997), hastaların anksiyete ve depresyon belirtilerini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Ölçek tanı koyma amacıyla değil, tarama amacıyla kullanılan bir öz değerlendirme şeklindedir. Ölçek 7'si depresyon 7'si kaygı olmak üzere toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Her madde 4'lü Likert tipinde 0 ila 3 arasında puanlanmaktadır. 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 ve 13. maddeler giderek azalan bir derecelendirme izleyerek 3, 2, 1, 0 şeklinde puanlanırken; 2, 4, 7, 9, 12 ve 14. maddeler giderek artan bir derecelendirme izleyerek 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13. maddeleri anksiyete alt ölçeği; 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. maddeleri ise depresyon alt ölçeği altında bulunmaktadır (Zigmond ve Sanaith, 1983).

Ölçeğin Türkçe'ye geçerlik ve güvenirlik çalışmaları 1997 yılında yapılmıştır (Aydemir, 1997). Bu çalışmalar sonucunda Anksiyete alt ölçeği için kesme puanının 10, Depresyon alt ölçeği için de kesme puanı 7 bulunmuştur. Ölçekten alınan puanlar arttıkça, depresyon ya da kaygının derecesinin de arttığı anlamına gelmektedir (Zigmond ve Sanaith, 1983). Ölçeğin psikometrik özellikleri Ek 1'de bulunmaktadır.

### 3.2.3 Temel İnançlar Envanteri

Temel İnançlar Envanteri (TİE; Haselden, 2014) belirli bir olayın, kişilerin dünyaya ilişkin temel varsayımlarını ne düzeyde sorgulamaya yönlendirdiğini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Toplam 9 maddeden oluşan bir ölçektir. Katılımcıların verdiği yanıtlar 0 = 'hiç olmadı' ve 5 = 'çok büyük düzeyde' olarak 6 dereceli Likert tipinde puanlanmaktadır. Ölçeğin, diğer insanlara yönelik inançlar ve kendine yönelik inançlar olmak üzere iki alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan 0 ile 45 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın artması, kişinin dünyaya dair temel varsayımlarında muhtemel bir bozulmayı göstermektedir (Cann ve ark., 2010). Ölçeğin başında belirtilen 'Lütfen bilgi formunda bildirdiğiniz olayı düşünerek' ifadesi,

katılımcıların temsil edilebilirliği için ‘meme teşhis ve tedavi süreçlerinizi düşünerek’ olarak değiştirilmiştir. Ölçeğin psikometrik özellikleri Ek 1’de bulunmaktadır.

### **3.2.4 Takdir Etme Ölçeği**

Takdir Etme Ölçeği (TEÖ; Göcen, 2012) katılımcıların minnettar düşüncenin daha genel ifadesi olan takdir edici bir yaşam tarzına sahip olma derecelerini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Toplam 57 maddeden oluşmaktadır ve her madde 1= ‘bana hiç uygun değil’ ve 7= ‘bana çok uygun’ aralığındaki 7 derecede puanlanmaktadır. Ölçeğin ibadetsel şükür, mukayeseli şükür, memnuniyet yönelimli şükür, sözel şükür, yakın ilişkilere yönelik şükür, aileye yönelik şükür, sahip olma yönelimli şükür ve zamanın farkındalığına dair şükür olmak üzere 8 alt boyutu bulunmaktadır.

Birinci alt faktöre ait toplam puan 9 ila 63 arasında, ikinci alt faktöre ait toplam puan 9 ila 63 arasında, üçüncü alt faktöre ait toplam puan 6 ila 42 arasında, dördüncü alt faktöre ait toplam puan 6 ila 42 arasında, beşinci alt faktöre ait toplam puan 5 ila 35 arasında, altıncı alt faktöre ait toplam puan 4 ila 38 arasında, yedinci alt faktöre ait toplam puan 4 ila 38 arasında, yedinci alt faktöre ait toplam puan 3 ila 21 arasında değişmektedir. Ölçeğin her bir alt boyutundan alınan puanların artışı, o boyutlardaki şükür düzeyinin yüksek olduğunu ifade eder (Adler ve Fagley, 2005). Ölçeğin psikometrik özellikleri Ek 1’de bulunmaktadır.

### **3.2.5 Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE)**

Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE; Dürü, 2006) kişide, travmatik yaşam olaylarından olan meme kanseri tanısı sonrası meydana gelen gelişimi ve olumlu değişimi ölçmek amacıyla kullanılmıştır. Toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Katılımcıların verdiği yanıtlar 1 = ‘Yaşamadım’ ve 6 = ‘Çok fazla yaşadım’ olarak 6’lı Likert tipinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan 0 ile 105 arasında değişmektedir.

Ölçek, kişilerarası ilişkilerde olumlu değişiklikler, yeni seçeneklerin fark edilmesi, yaşamın değerini anlama, kendiliğin algılanmasında değişiklikler ve inanç sisteminde değişim olmak üzere 5 faktörlü yapıdadır. Ölçekten alınan puanın artması, travma sonrası kişilerin olumlu bir değişim veya büyüme geçirdiğini göstermektedir (Tedeschi ve Calhoun, 1996). Ölçeğin psikometrik özellikleri Ek 1’de bulunmaktadır.

### **3.3 İşlem**

Araştırmanın gerçekleşmesi için öncelikle İbn Haldun Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etiği Kurulu’ndan etik kurul onayı alınmıştır. Ayrıca, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü’nün etik kurulundan da izin alınmıştır. Bu araştırma, amaçlı örnekleme yönteminin kullanıldığı nicel metodolojiye sahip bir çalışmadır. Bilgilendirilmiş Onam Formu aracılığıyla katılımcılara araştırmanın amacı ve katılımın gönüllülük esaslı olduğu ifade edilmiştir. Bu formun bir kopyası Ek 3’te bulunmaktadır. Formu okuyarak araştırmaya katılmayı kabul eden meme kanseri hastaları, kâğıt-kalem veya online anket usulü ile toplam 6 ölçek doldurmuşlardır. Araştırmada kullanılan form ve ölçeklerin cevaplandırılması yaklaşık 30 dakika sürmektedir.

### **3.4 Veri Analizi**

Katılımcılardan elde edilen veriler kodlanıp daha sonra SPSS 22.0 programında analiz edilmiştir. Analiz etmeden önce veri girişleri kontrol edilip araştırmanın katılım kriterlerine uymayan katılımcılara ait veriler analiz dışı bırakılmıştır. Daha sonra kişilerin boş bıraktığı sorular ve kayıp veriler değerlendirilmiştir. Analizler öncesi gruplara dağılan katılımcı oranları gözetilerek sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili değişkenlerden birbirine yakın olan bazı alt gruplar birleştirilerek tek bir grup haline getirilmiştir.

Verilerin normallik dağılımına ve uç değer olup olmadığına bakılmıştır. Normallik varsayımının sınanması sonucunda değişkenlerin bazılarının Shapiro-Wilk normallik

testi sonucunda anlamlı şekilde ( $p > 0.05$ ) normallik dağılımına sahip olduğu, bazı değişkenlerin ise Shapiro-Wilk normallik testi sonucunda anlamlı şekilde ( $p < 0.05$ ) normal dağılıma sahip olmadığı tespit edilmiştir. Sosyal bilimler araştırma sahasında verilerin normal dağılmamasının çoğunlukla karşılaşılan bir durum olduğu göz önünde bulundurulmuştur. Örneklemin büyüklüğü yeterli olduğunda (30'un üzerinde), normallik varsayımının ihlal edilerek parametrik tekniklerle birlikte daha iyi istatistiksel güç sağlamak amacıyla parametrik istatistiksel analiz tekniklerinin kullanılmasının bir soruna neden olmayacağı tespit edilmiştir (Pallant, 2013).

Örneklemin sosyo-demografik verilerinin analizi için frekans analizi, araştırma ölçekleri ve alt boyutları arasındaki ilişkiler için Pearson ve Spearman korelasyon analizleri, iki kategorili değişkenlerde araştırma ölçek puanları arasındaki farklılıkların tespiti için bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla kategorili değişkenlerde araştırma ölçek puanları arasındaki farklılıkların tespiti için varyans analizi (ANOVA), gruplar arasındaki farklılıkların nedenlerini tespit etmek için post-hoc Tukey testi ve yordayıcı değişkenlerin tespiti için çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. Araştırmada yapılan istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

## BÖLÜM IV

### BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özellikleri ile takdir etme (şükür), temel inançlarda sarsılma, travma sonrası büyüme ve travma sonrası stres bozukluğu belirti düzeyine dair bulgular yer almaktadır.

İlk olarak, sosyodemografik değişkenlerden olan yaş, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı, ekonomik durum ve hastalıkla ilgili değişkenlerden olan tanıdan itibaren geçen zaman, kanser evresi, şu an uygulanan tedavi türü ve ameliyat çeşidi katılımcı sayılarına göre gruplara ayrılmış ve travma sonrası büyüme (TSB) toplam puanı bakımından gruplar arası fark olup olmadığına bakılmıştır. Bunun yanında, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) riski taşıyıp taşıyamama bakımından da katılımcıların travma sonrası büyüme (TSB) düzeyleri üzerinde gruplar arası farklılığa bakılmıştır. Sonrasında olası TSSB, temel inançların sarsılma ve takdir etme (şükür) düzeyi değişkenlerinin birbirleriyle ve travma sonrası büyüme (TSB) değişkeni ile aralarındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiştir. Katılımcıların depresyon ve kaygı düzeyleri kontrol edilerek, bağımsız değişkenlerin travma sonrası büyümeyi ne düzeyde yordadığını tespit etmek amacıyla hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır.

#### 4.1 Sosyodemografik ve Hastalıkla İlgili Özelliklere İlişkin Dağılımlar

Tablo 4.1'de görüldüğü gibi,, sosyodemografik değişkenlerden medeni halin [ $t_{(66)} = -0,62; p > 0.05$ ], eğitim durumunun [ $F_{(2, 66)} = 0,91; p > 0.05$ ], çocuk sayısının [ $F_{(3, 64)} = 0,82; p > 0.05$ ] ve ekonomik durumun [ $F_{(2, 65)} = 0,85; p > 0.05$ ]; hastalıkla ilgili değişkenlerden ise; tanıdan itibaren geçen zamanın [ $F_{(2, 65)} = 1,65; p > 0.05$ ], kanser evresinin [ $F_{(3, 56)} = 0,11; p > 0.05$ ], tedavi çeşidinin [ $t_{(66)} = -0,649; p > 0.05$ ] ve ameliyat çeşidinin [ $F_{(2, 65)} = 0,27; p > 0.05$ ]

katılımcıların travma sonrası büyüme düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Yaş değişkeninin [ $F_{(3, 64)} = 3,29; p < 0.01$ ], katılımcıların travma sonrası büyüme düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği bulunmuştur. Yapılan post-hoc analizi sonucunda, 18-35 yaş arasındaki kişilerin, 46-55 yaş arasındaki kişilere göre travma sonrası büyüme seviyelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

**Tablo 4.1. Sosyodemografik ve Hastalıkla İlgili Verilere Göre Grupların Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Puanları**

	<i>n</i>	%	$\bar{x}$	SS
<b>Sosyodemografik Değişkenler</b>				
<b>Yaş*</b>				
18-35	6	8,8	82,16	15,11
36-45	26	38,2	69,15	24,90
46-55	20	29,4	51,90	23,72
56-85	16	23,5	61,00	25,36
<b>Medeni Durum</b>				
Evli olmayanlar	14	20,6	67,07	26,38
Evli olanlar	54	79,4	62,33	25,10
<b>Eğitim Durumu</b>				
Ortaokul ve altı	37	54,4	59,70	24,85
Lise	15	22,1	65,66	26,43
Yüksekokul ve üstü	16	23,5	69,43	25,20
<b>Çocuk Sayısı</b>				
Çocuğu yok	7	10,3	68,57	22,44
1 çocuk	13	19,1	69,38	18,45
2 çocuk	27	39,7	64,11	26,70
3 çocuk ve üstü	21	30,9	56,76	27,80
<b>Ekonomik durumu</b>				
Düşük	18	26,5	67,50	22,97
Orta	42	61,8	60,21	24,53
Yüksek	8	11,8	70,12	33,53
<b>Hastalıkla İlgili Değişkenler</b>				
<b>Tanıdan İtibaren Geçen Zaman</b>				
6 ay-1 yıl	22	32,4	68,72	28,34
1 yıl 1 gün-2 yıl	25	36,8	65,24	20,93
<b>Kanser Evresi</b>				
1.Evre	14	20,6	66,0	26,72
2.Evre	25	36,8	64,60	25,60
3.Evre	13	19,1	61,30	25,45
4.Evre	8	11,8	67,12	19,67
<b>Tedavi Çeşidi</b>				
Horman	42	61,8	61,73	23,75
Radyasyon/Kemoterapi	26	38,2	65,84	27,78

**Tablo 4.1 (devamı)**

<b>Ameliyat Çelidi</b>				
Ameliyat Geçirmedim	10	14,7	62,30	32,45
Lumpektomi	27	39,7	60,85	25,70
Mastektomi/ Rekonstrüksiyonlu mastektomi	31	45,6	65,77	22,87

\* $p < .05$

$n$  = Gözlem sayısı,  
 $\%$  = Yüzdelerik değeri,  
 $\bar{x}$  = Ortalama,  
 $SS$  = Standart sapma

#### 4.2 Bireylerin Travma Sonrası Büyüme (TSB) Düzeyleri ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyleri Arasındaki İlişki

Tablo 4.2'ye göre olası travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) riskini belirlemek amacı ile kullanılan PCL-5'in kesme puanına göre, katılımcıların %33.8'inin TSSB riski taşıdığı bulunmuştur. PCL-5'in, katılımcıların travma sonrası büyüme düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir [ $t_{(66)} = -2,602$ ;  $p < 0.05$ ]. Bağımsız örneklem t-testi sonucunda, TSSB riski taşımayan kişilerin (düşük olan), TSSB riski taşıyan kişilere (yüksek olan) göre travma sonrası büyüme seviyelerinin daha düşük olduğu görülmüştür.

**Tablo 4.2. TSSB Riski Taşıyan ve Taşımayan Katılımcıların Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Puanları**

	$n$	$\%$	$\bar{x}$	$SS$
<b>TSSB Düzeyi</b>				
<b>PCL-5*</b>				
TSSB Riski Taşımayan (Düşük/0-47)	45	66,2	57,84	25,98
TSSB Riski Taşıyan (Yüksek/48-80)	23	33,8	74,0	20,24

\* $p < .05$

$n$  = Gözlem sayısı,  
 $\%$  = Yüzdelerik değeri,  
 $\bar{x}$  = Ortalama,  
 $SS$  = Standart sapma

### 4.3 Bireylerin Travma Sonrası Büyüme Düzeyleri ile Temel İnançlarda Sarsılma, Takdir Etme ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

Tablo 4.3'e göre; katılımcıların travma sonrası büyüme ölçeğinden aldıkları puanlar ile temel inançlar envanteri alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki ilişkileri tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonucunda, diğer insanlara yönelik temel inançlar ( $r = 0.438$ ;  $p < 0.0001$ ), kendiliğe yönelik temel inançlar ( $r = 0.499$ ;  $p < 0.0001$ ) ve temel inançlar envanterinden aldıkları toplam puan ( $r = 0.490$ ;  $p < 0.0001$ ) ile travma sonrası büyüme ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bireylerin diğer insanlara yönelik, kendiliğe yönelik ve temel inançlar envanteri toplam puanları arttıkça, travma sonrası büyüme ölçeğinden aldıkları puanların yükseldiği görülmüştür.

**Tablo 4.3. Temel İnançlarda Sarsılma ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları**

Ölçek ve Alt Ölçekler		TSBE Toplam Puanı
Diğer insanlara yönelik temel inançlar	<i>r</i>	0,438***
	<i>p</i>	0,000
Kendiliğe yönelik temel inançlar	<i>r</i>	0,499***
	<i>p</i>	0,000
Temel İnançlar Envanteri Toplam Puanı	<i>r</i>	0,490***
	<i>p</i>	0,000

\*\*\*  $p < .0001$

Tablo 4.4'e göre; bireylerin travma sonrası büyüme ölçeğinden aldıkları puanlar ile takdir etme (şükür) alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki ilişkileri tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonucunda, mukayeseli şükür alt ölçeği ( $r = 0.362$ ;  $p < 0.01$ ), huşu/a'na dair şükür alt ölçeği ( $r = 0.305$ ;  $p < 0.05$ ) ve travma sonrası büyüme düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bireylerin mukayeseli şükür ve huşu/a'na dair şükür düzeyleri arttıkça travma sonrası büyüme düzeylerinin arttığı görülmüştür.

Katılımcıların, ibadete yönelik şükür alt ölçeği ( $r = -0.090$ ;  $p > 0.05$ ), memnuniyete yönelik şükür alt ölçeği ( $r = 0.141$ ;  $p > 0.05$ ), özel şükür alt ölçeği ( $r = -0.092$ ;  $p > 0.05$ ), yakın ilişkilere yönelik şükür alt ölçeği ( $r = 0.127$ ;  $p > 0.05$ ), aileye yönelik şükür alt ölçeği ( $r = 0.062$ ;  $p > 0.05$ ), sahip olma yönelimli şükür alt ölçeği ( $r = 0.231$ ;  $p > 0.05$ ) ve toplam şükür puanı ( $r = 0.224$ ;  $p > 0.05$ ) ile TSB düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür.

**Tablo 4.4. Şükür (Takdir Etme) ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları**

Ölçek ve Alt Ölçekler		TSBE Ölçeği
İbadete yönelik şükür alt ölçeği puanı	<i>r</i>	-0,090
	<i>p</i>	0,466
Mukayeseli şükür alt ölçeği puanı	<i>r</i>	0,362**
	<i>p</i>	0,002
Memnuniyete yönelik şükür alt ölçeği puanı	<i>r</i>	0,141
	<i>p</i>	0,251
Sözel şükür alt ölçeği puanı	<i>r</i>	0,092
	<i>p</i>	0,455
Yakın ilişkilere yönelik şükür alt ölçeği puanı	<i>r</i>	0,127
	<i>p</i>	0,304
Aileye yönelik şükür alt ölçeği puanı	<i>r</i>	0,062
	<i>p</i>	0,615
Sahip olma yönelimli şükür alt ölçeği puanı	<i>r</i>	0,231
	<i>p</i>	0,058
Huşu/a'na dair şükür alt ölçeği puanı	<i>r</i>	0,305*
	<i>p</i>	0,011
Takdir Etme (Şükür) Toplam Puanı	<i>r</i>	0,224
	<i>p</i>	0,066

\*  $p < .05$

\*\*  $p < .01$

Tablo 4.5'e göre; bireylerin travma sonrası büyüme ölçeğinden aldıkları puanlar ile travma sonrası stress bozukluğu kontrol listesi ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonucunda, TSSB belirt düzeyi toplam puanı ( $r = 0.397$ ;  $p < 0.01$ ) ile TSB ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bireylerin TSSB belirti düzeyi arttıkça TSB düzeylerinin de arttığı görülmüştür.

**Tablo 4.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyi ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları**

Ölçek		TSBE Toplam Puanı
TSSB Belirti Düzeyi Toplam Puanı	<i>r</i>	0,397**
	<i>p</i>	0,001

\*\*  $p < .01$

#### 4.4 Bireylerin Takdir Etme (Şükür), Temel İnançlarda Sarsılma ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) Belirti Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

Tablo 4.6'ya göre; bireylerin toplam temel inançlar envanterinden (TİE) ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar ile travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirti düzeyi toplam puanları arasındaki ilişkileri tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonucunda, diğer insanlara yönelik temel inançlar alt ölçeği ( $r = 0.601$ ;  $p < 0.0001$ ), kendiliğe yönelik temel inançlar alt ölçeği ( $r = 0.697$ ;  $p < 0.0001$ ) ve temel inançlar envanterinden aldıkları toplam puan ( $r = 0.680$ ;  $p < 0.0001$ ) ile olası TSSB düzeyi toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bireylerin diğer insanlara yönelik, kendiliğe yönelik ve temel inançlar envanteri toplam puanları arttıkça, travma sonrası stres bozukluğu belirti düzeyi şiddetinin arttığı görülmüştür.

**Tablo 4.6. Temel İnançlarda Sarsılma ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları**

Ölçek ve Alt Ölçekler		TSSB Belirti Düzeyi Ölçeği
Diğer İnsanlara Yönelik Temel İnançlar	<i>r</i>	0.601***
	<i>p</i>	0,000
Kendiliğe Yönelik Temel İnançlar	<i>r</i>	0,697***
	<i>p</i>	0,000
Temel İnançlar Envanteri Toplam	<i>r</i>	0,680***
	<i>p</i>	0,000

\*\*\* $p < .0001$

Tablo 4.7'ye göre; bireylerin travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirti düzeyi toplam puanları ile takdir etme (şükür) alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki ilişkileri tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonucunda, memnuniyete yönelik şükür alt

ölçeği ( $r = -0.247$ ;  $p < 0.05$ ), yakın ilişkilere yönelik şükür alt ölçeği ( $r = -0.248$ ;  $p < 0.05$ ) ve sahip olma yönelimli şükür alt ölçeği ( $r = -0.249$ ;  $p < 0.05$ ) ile travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirti düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bireylerin memnuniyete yönelik şükür , yakın ilişkilere yönelik şükür ve sahip olma yönelimli şükür düzeyleri arttıkça travma sonrası stres bozukluğu belirti düzeyinin azaldığı görülmüştür.

Katılımcıların, ibadete yönelik şükür alt ölçeği ( $r = -0.038$ ;  $p > 0.05$ ), mukayeseli şükür alt ölçeği ( $r = 0.105$ ;  $p > 0.05$ ), sözel şükür alt ölçeği ( $r = -0.104$ ;  $p > 0.05$ ), aileye yönelik şükür alt ölçeği ( $r = -0.173$ ;  $p > 0.05$ ), huşu/a'na dair şükür alt ölçeği ( $r = 0.047$ ;  $p > 0.05$ ), toplam şükür puanı ( $r = -0.154$ ;  $p > 0.05$ ) ve travma sonrası stres bozukluğu belirti düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür.

**Tablo 4.7. Takdir Etme (Şükür) ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları**

Ölçek ve Alt Ölçekler		TSSB Belirti Düzeyi Toplam Puanı
İbadete yönelik şükür alt ölçeği puanı	<i>r</i>	-0,038
	<i>p</i>	0,758
Mukayeseli şükür alt ölçeği puanı	<i>r</i>	0,105
	<i>p</i>	0,394
Memnuniyete yönelik şükür alt ölçeği puanı	<i>r</i>	-0,247*
	<i>p</i>	0,043
Sözel şükür alt ölçeği puanı	<i>r</i>	-0,104
	<i>p</i>	0,401
Yakın ilişkilere yönelik şükür alt ölçeği puanı	<i>r</i>	-0,248*
	<i>p</i>	0,041
Aileye yönelik şükür alt ölçeği puanı	<i>r</i>	-0,173
	<i>p</i>	0,158
Sahip olma yönelimli şükür alt ölçeği puanı	<i>r</i>	-0,249*
	<i>p</i>	0,041
Huşu/a'na dair şükür alt ölçeği puanı	<i>r</i>	0,047
	<i>p</i>	0,706
Takdir Etme (Şükür) Toplam Puanı	<i>r</i>	-0,154
	<i>p</i>	0,211

\* $p < .05$

Tablo 4.8'e göre; bireylerin toplam temel inançlar envanterinden ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar ile takdir etme (şükür) toplam puan ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki ilişkileri tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonucunda, memnuniyete yönelik şükür alt ölçeği ( $r = -0.304$ ;  $p < 0.01$ ), yakın ilişkilere yönelik şükür alt ölçeği ( $r = -0.268$ ;  $p < 0.05$ ), sözel şükür alt ölçeği ( $r = -0.210$ ;  $p < 0.05$ ) ve toplam takdir etme (şükür) puanları ( $r = -0.260$ ;  $p < 0.05$ ) ile diğer insanlara yönelik temel inançlar alt ölçeği puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bireylerin, diğer insanlara yönelik temel inançlar alt ölçeğinden aldıkları puanlar yükseldikçe, memnuniyete yönelik şükür, yakın ilişkilere yönelik şükür, sözel şükür, ve toplam takdir etme (şükür) düzeylerinin düştüğü görülmüştür.

Kendine yönelik temel inançlar alt ölçeği ve takdir etme (şükür) alt ölçeği puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, memnuniyete yönelik şükür alt ölçeği ( $r = -0.265$ ;  $p < 0.05$ ), aileye yönelik şükür alt ölçeği ( $r = -0.236$   $p < 0.05$ ) ve yakın ilişkilere yönelik şükür alt ölçeği ( $r = -0.260$ ;  $p < 0.05$ ) ile kendine yönelik temel inançlar alt ölçeği puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bireylerin, kendilerine yönelik temel inançlar alt ölçeğinden aldıkları puanlar yükseldikçe, memnuniyete yönelik şükür, aileye yönelik şükür ve yakın ilişkilere yönelik şükür düzeylerinin düştüğü görülmüştür.

Temel inançlar ölçeği toplam puanı ve takdir etme (şükür) alt ölçeklerinin puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise, memnuniyete yönelik şükür alt ölçeği ( $r = -0.292$ ;  $p < 0.01$ ), aileye yönelik şükür alt ölçeği ( $r = -0.203$ ;  $p < 0.05$ ), yakın ilişkilere yönelik şükür alt ölçeği ( $r = -0.273$ ;  $p < 0.05$ ), sözel şükür alt ölçeği ( $r = -0.202$ ;  $p < 0.05$ ), toplam takdir etme (şükür) puanları ( $r = -0.235$ ;  $p < 0.05$ ) ve temel inançlar ölçeği toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bireylerin, temel inançlar envanteri toplam puanları yükseldikçe, memnuniyete yönelik şükür, aileye yönelik şükür, yakın ilişkilere yönelik şükür, sözel şükür ve toplam takdir etme (şükür) düzeylerinin düştüğü görülmüştür.

**Tablo 4.8. Takdir Etme (Şükür) Düzeyleri ve Temel İnançların Sarsılma Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları**

Ölçek ve Alt Ölçekler		Diğer İnsanlara Yönelik Temel İnançlar	Kendiliğe Yönelik Temel İnançlar	Temel İnançlar Toplam Puanı
Memnuniyete yönelik şükür alt ölçeği puanı	<i>r</i>	-0,304**	-0,265*	-0,292**
	<i>p</i>	0,006	0,015	0,008
İbadete yönelik şükür alt ölçeği puanı	<i>r</i>	-0,245	-0,126	-0,185
	<i>p</i>	0,022	0,152	0,066
Sahip olma yönelimli şükür alt ölçeği puanı	<i>r</i>	-0,168	-0,105	-0,138
	<i>p</i>	0,085	0,197	0,131
Aileye yönelik şükür alt ölçeği puanı	<i>r</i>	-0,143	-0,236*	-0,203*
	<i>p</i>	0,122	0,026	0,048
Yakın ilişkilere yönelik şükür alt ölçeği puanı	<i>r</i>	-0,268*	-0,260*	-0,273*
	<i>p</i>	0,014	0,016	0,012
Mukayeseli şükür alt ölçeği puanı	<i>r</i>	-0,001	0,059	0,034
	<i>p</i>	0,496	0,317	0,392
Huşu/a'na dair şükür alt ölçeği puanı	<i>r</i>	-0,003	0,024	-0,013
	<i>p</i>	0,489	0,422	0,459
Sözel şükür alt ölçeği puanı	<i>r</i>	-0,210*	-0,183	-0,202*
	<i>p</i>	0,043	0,067	0,049
Takdir Etme (Şükür) Toplam Puanı	<i>r</i>	-0,260*	-0,201	-0,235*
	<i>p</i>	0,016	0,050	0,027

#### **4.5 Yaşın, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyinin, Takdir Etme (Şükür) ve Temel İnançlarda Sarsılma Düzeylerinin Travma Sonrası Büyüme Düzeyine Etkisi**

Tablo 4.9’da, travma sonrası büyümenin yordayıcılarını belirlemek amacıyla yapılan hiyerarşik regresyon analizi incelenmiştir. Depresyon ve kaygı düzeyleri kontrol edildikten sonra eşitliğe ilk olarak sosyodemografik değişkenlerden yaş, sonra sırasıyla travma sonrası stres bozukluğu belirti düzeyi, temel inançların sarsılma ve takdir etme (şükür) düzeyleri dahil edilmiştir.

Birinci aşamasında kaygı ve depresyon düzeyleri ile birlikte oluşan modelin, travma sonrası büyüme düzeyine ilişkin toplam varyansın %3'ünü açıkladığı ve modelin anlamlı olmadığı görülmektedir [ $F_{\text{Model 1}}(2, 65) = 0.96, p > .05$ ]. Analizin ikinci adımında, depresyon ve kaygı değişkenlerinin istatistiksel olarak kontrol edilmesinin ardından, modele sosyodemografik değişkenlerden olan yaş değişkeni eklenmiştir. Yaş değişkeni sürekli değişken olarak analiz edilmiştir. İkinci modelin, travma sonrası büyüme düzeyine ilişkin toplam varyansın %7'sini açıkladığı ve modelin anlamlı olmadığı görülmektedir [ $F_{\text{Model 2}}(3, 64) = 1.666, p > .05$ ]. Yaşın modele etkisinin ( $\beta = -.269; p < .05$ ) ve modeldeki değişime katkısının ( $\Delta R^2 = .069; p < .05$ ) anlamlı olduğu görülmektedir.

Analizin üçüncü adımında, modele travma sonrası stres bozukluğu belirti düzeyi eklenmiştir. Üçüncü modelin, travma sonrası büyüme düzeyine ilişkin toplam varyansın %20'sini açıkladığı ve modelin anlamlı olduğu görülmektedir [ $F_{\text{Model 3}}(4, 63) = 4.052, p < .01$ ]. Travma sonrası stres bozukluğu belirti düzeyinin modele etkisinin ( $\beta = .439; p < .01$ ) ve modeldeki değişime katkısının ( $\Delta R^2 = .132; p < .01$ ) anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca travma sonrası stres bozukluğu düzeyinin modele eklenmesi, bir önceki adımda modele anlamlı katkısı olduğu görülen yaş değişkeninin modele katkısını da istatistiksel olarak anlamsız hale getirmiştir.

Analizin dördüncü adımında, modele temel inançların sarsılma düzeyi eklenmiştir. Dördüncü modelin travma sonrası büyüme düzeyine ilişkin toplam varyansın %28'ini açıkladığı ve modelin anlamlı olduğu görülmektedir [ $F_{\text{Model 4}}(5, 62) = 4.934, p < .01$ ]. Temel inançların sarsılma düzeyinin modele etkisinin ( $\beta = .393; p < .05$ ) ve modeldeki değişime katkısının ( $\Delta R^2 = .080; p < .05$ ) anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca temel inançların sarsılma düzeyinin modele eklenmesi, bir önceki adımda modele anlamlı katkısı olduğu görülen travma sonrası stres bozukluğu belirti düzeyinin modele katkısını da istatistiksel olarak anlamsız hale getirmiştir.

Analizin son ve beşinci adımında modele takdir etme (şükür) düzeyi eklenmiştir. Beşinci modelin travma sonrası büyüme düzeyine ilişkin toplam varyansın %39'unu açıkladığı ve modelin anlamlı olduğu görülmektedir [ $F_{\text{Model 5}}(6, 61) = 6.618, p < .0001$ ]. Takdir

etme (şükür) düzeyinin modele etkisinin ( $\beta = .347$ ;  $p < .01$ ) ve modeldeki değişime katkısının ( $\Delta R^2 = .110$ ;  $p < .01$ ) anlamlı olduğu görülmektedir.

Beşinci adımda, temel inançların sarsılma ve takdir etme düzeylerinin travma sonrası büyüme düzeyini yordadığı belirlenmiştir. Dolayısıyla, temel inançların sarsılma ve takdir etme (şükür) düzeylerinin artmasının travma sonrası büyüme düzeyini yükselttiği görülmektedir.

**Tablo 4.9. Travma Sonrası Büyüme Düzeyini Yordayan Değişkenlerin Hiyerarşik Regresyon Analiz Sonuçları**

Adım	Yordayıcı Değişken	R <sup>2</sup> Değişim	R <sup>2</sup> Model	F <sub>Model</sub>	t	B	SH B	β
1		.003	.003	.096				
	Sabit				15.626	62.380	3.992	
	Depresyon				.108	.732	6.782	.014
	Kaygı				.393	2.942	7.483	.050
2		.069*	.072	1.666				
	Sabit				6.137	95.310	15.531	
	Depresyon				.130	.858	6.596	.016
	Kaygı				-.033	-.245	7.418	-.004
	Yaş				-2.190*	-.681	.311	-.269
3		.132**	.205**	4.052				
	Sabit				3.702	64.315	17.375	
	Depresyon				-.307	-1.907	6.215	-.036
	Kaygı				-1.413	-10.818	7.656	-.183
	Yaş				-1.264	-.385	.304	-.152
	Olası TSSB				3.236**	.542	.168	.439
4		.080*	.285**	4.934				
	Sabit				3.136	53.618	17.099	
	Depresyon				-.059	-.351	5.971	-.007
	Kaygı				-1.562	-11.438	7.323	-.194
	Yaş				-.869	-.256	.295	-.101
	Olası TSSB				1.174	.233	.199	.189
	Temel İnançlar				2.634*	.710	.270	.393
5		.110**	.394***	6.618				
	Sabit				-1.564	-58.167	37.198	
	Depresyon				-.077	-.426	5.539	-.008
	Kaygı				-1.068	-7.373	6.903	-.125
	Yaş				-1.159	-.318	.274	-.126
	Olası TSSB				.991	.183	.185	.149
	Temel İnançlar				3.347**	.849	.254	.470
	Şükür				3.322**	.383	.115	.347

\* p < .05

\*\* p < .01

\*\*\* p < .0001

**SH:** Standart Hata,

**B:** Standardize edilmemiş Beta Katsayısı,

**β:** Standardize edilmiş Beta Katsayısı

## BÖLÜM V

### TARTIŞMA

Bu bölümde meme kanseri hastalarında travma sonrası büyümeyle ilişkili olan değişkenleri ve büyüme yordayan faktörleri incelemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları tartışılacaktır. Amaçlar doğrultusunda elde edilen bulgular, literatürdeki sonuçlar ile karşılaştırılacaktır. Ayrıca, çalışmanın sınırlılıkları ve gelecek araştırmalar için öneriler de sunulacaktır.

#### 5.1 Sosyodemografik Özelliklerin Travma Sonrası Büyüme Düzeyi ile İlişkisi

##### 5.1.1 Yaşın Travma Sonrası Büyüme Düzeyi ile İlişkisi

Bu araştırmada yaşa göre travma sonrası büyüme düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Elde edilen bulgulara göre, 18-35 yaş arasındaki kişilerin, 46-55 yaş arasındaki kişilere göre TSB seviyelerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, TSB düzeyinin yaş ilerlemesiyle birlikte düştüğü şeklinde yorumlanabilir. Ancak, 36-45 ve 56-85 yaş arasındaki kanser hastalarında TSB düzeyleri açısından anlamlı bir farklılaşma görülmemiştir.

Literatürde, mevcut araştırmada olduğu gibi yaş ve büyüme ilişkine dair çelişkili sonuçlar bulunmaktadır. Araştırmaların bir kısmı yaş arttıkça TSB'nin de arttığını göstermektedir (Blank, 2013; Brandão, Schulz ve Matos, 2017; Collins, Taylor ve Skokan, 1990; Cordova ve ark., 2001; Dirik, 2006; Ganz vd., 2002; Krizmanic ve Kolesaric, 1996; Lehman ve ark., 1993; Maercker, Herrle ve Grimm, 1999; Polatinsky ve Esprey, 2000; Tedeschi ve Calhoun, 1996). Araştırmaların bir kısmı ise mevcut araştırmada olduğu gibi, yaşı daha genç hastaların daha yüksek TSB geliştirdiklerini göstermektedirler (Bellizzi ve Blank, 2006; Manne ve ark., 2004; Mystakidou ve ark.,

2008; Tanyi, Szluha, Nemes, Kovács ve Bugán, 2015). Örneğin, Bellizzi (2004) tarafından genç (26-41 yaş), orta (42-54 yaş) ve ileriki yaştaki (55 yaş ve üzeri) kanser hastalarıyla yapılan çalışmada genç ve orta yaştaki kanser hastalarının ileri yaştaki gruba oranla daha fazla TSB geliştirdikleri bulunmuştur. Benzer şekilde, Manne ve ark.'ın (2004) meme kanseri sağ kalanlarıyla yaptıkları çalışmada da, yaşı daha genç hastaların daha yüksek TSB geliştirdikleri görülmüştür. Ayrıca, mevcut araştırmanın bir kısmının da gösterdiği gibi, yaştan TSB ile ilişkili olmadığı çalışmalarda bulunmaktadır (Cordova ve ark, 2001; Schulz ve Mohamed, 2004).

Kanser tanı ve tedavi sürecinin genç hastalar için daha travmatik ve stresli olarak değerlendirilebileceği ve bu sebeple daha yüksek bir yaşamsal tehdit algısının daha fazla TSB'ye yol açabileceği düşünülmektedir (Manne ve ark., 2004). Ayrıca, yaş arttıkça bireylerin sağlık sorunlarının artması, hayatlarında daha fazla kayıp deneyimlerinin olması ve travmatik olaylar karşısında baş etme becerilerinin zaman içerisinde azalmış olması TSB'nin daha az görülmesinin nedenleri arasında olabilir (Bellizzi ve Blank, 2004). Öngürdüğümüzün aksine, 36-45 ve 56-85 yaş aralıklarının TSB üzerinde neden anlamlı bir farklılık göstermediği mevcut araştırmanın bulgularıyla açıklanamamaktadır ve bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

### **5.1.2 Medeni Durum ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Arasındaki İlişki**

Bu araştırmada medeni duruma göre hastaların TSB düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgu literatürde medeni durumun TSB ile ilişkili olmadığını gösteren çalışmalarla uyumluluk göstermektedir (Jim ve Jacobsen, 2008; Lechner ve ark., 2003; Stanton ve ark., 2006). Örneğin, Stanton ve ark.'nın (2006) TSB'yi inceledikleri araştırmalarında, medeni durumun TSB üzerinde açık ve güçlü bir etkisi olmadığını gözlemlemişlerdir. Evli olmanın strese karşı koruyucu bir faktör olarak görev yapması ve sosyal destek sağlamanın TSB'yi artırıcı bir etkisinin olduğunu gösteren Bellizzi ve Blank'ın (2006) araştırmasına rağmen, literatürün çoğunluğu medeni durum ve büyüme arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir (Jim ve Jacobsen, 2008; Lechner ve ark., 2003; Stanton ve ark., 2006). Mevcut araştırmada anlamlı fark

bulunmamasının, katılımcıların çoğunun evli olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

### **5.1.3 Eğitim Durumu ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Arasındaki İlişki**

Bu araştırmada eğitim durumuna göre TSB düzeyleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, eğitim durumu ve TSB ilişkisine dair birbirinden farklı sonuçların yer aldığı görülmektedir (Cordova ve ark., 2007; Danhauer ve ark., 2013; Lechner ve ark., 2003; Urcuyo ve ark., 2005). Araştırmaların birçoğunda eğitim seviyesi arttıkça TSB düzeyinin de arttığı (Cordova ve ark., 2007; Danhauer ve ark., 2013; Kucukkaya, 2010; Liu, Wang, Wang, Su ve Wang, 2014), birkaç çalışmada ise eğitim seviyesi arttıkça TSB düzeyinin de azaldığı tespit edilmiştir (Bellizi ve Blank, 2006; Carver ve Antoni, 2004; Weiss, 2004). Eğitim düzeyindeki yükselmenin, bireylerin bilgiye daha kolay ulaşmalarını ve sıkıntıyla başa çıkma konusunda daha fazla bilişsel ve duygusal kaynaklara sahip olmalarını sağladığı için TSB düzeyini de yükselttiği düşünülmektedir (Linley ve Joseph, 2004). Diğer çalışmalara bakıldığında ise eğitim düzeyi ile TSB arasında bir ilişki gözlemlenmemiştir (Bower ve ark., 2005; Lechner ve ark., 2003). Mevcut araştırmada anlamlı fark bulunmamasının, örneklemdaki bireylerin ağırlıklı olarak ortaokul mezunu ya da daha düşük eğitim düzeyinde olmalarından ve eğitim aldıkları süre ile travmayla karşılaştıkları zaman arasındaki sürenin uzun olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

### **5.1.4 Çocuk Sayısı ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Arasındaki İlişki**

Bu araştırmada çocuk sayısına göre TSB düzeyleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürde meme kanseri hastalarında hem çocuk sayısının hem de çocuk sahibi olmanın TSB düzeyine etkisini inceleyen tek bir araştırmaya rastlanılmıştır (Wang, 2011). Wang (2011) meme kanseri hastalarında TSB ve çocuk sayısı arasındaki ilişkiye baktığı araştırmada, TSB ile çocuk sayısı arasında bir ilişki tespit etmemiştir. Mevcut araştırmada anlamlı fark bulunmaması literatürle uyumluluk göstermektedir.

Mevcut araştırmada örneklerin çoğunluğun 36 yaş ve üzeri olması, katılımcıların çocuklarının belli bir yaşı aşmış ve evden uzakta yaşıyor olma ihtimalini doğurmaktadır. Bu durumun, TSB'nin alt boyutlarından biri olan ötekiyle güçlü ilişkiler kurma sürecinin yaşanmasını ve TSB ile ocuk sayısı arasında anlamlı bir ilişki görülmesini etkileyebileceği düşünülmektedir. Mevcut araştırmada hastaların çocuklarının yaşlarına ve çocuklarının ne kadarının aileleriyle birlikte yaşadığına dair veri bulunmamaktadır. Bu sebeple araştırmada toplanılan verilerle, ocuk sayısının TSB ile ilişkisi yeterli şekilde açıklanamamaktadır ve bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

### **5.1.5 Ekonomik Durum ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Arasındaki İlişki**

Bu araştırmada ekonomik durum ile hastaların TSB düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Literatürde araştırma bulgularının tutarsızlık gösterdiği gözlenmektedir. Mevcut çalışmanın bulguları, literatürde ekonomik durumla TSB arasında anlamlı bir ilişki tespit etmeyen araştırmalarla uyumluluk gösterirken (Bağlama ve Atak, 2015; Barakat ve ark., 2006; Manne ve ark., 2004; Thombre ve ark., 2010; Wang, 2011), gelir düzeyi arttıka TSB'nin de arttığını tespit eden çalışmalarla uyumsuzluk göstermektedir (Cordova ve ark., 2007; Sim, Lee, Kim ve Kim, 2014). Mevcut araştırmada ekonomik durumun tespit edilmesi için katılımcılara belirli gelir aralıklarının verildiği seçenekler sunulmaktansa, kendi algıladıkları ekonomik durumlarını düşük, orta ve yüksek olarak belirlemeleri istenmiştir. Mevcut araştırmada anlamlı fark bulunmamasının, ekonomik durumun daha somut bir şekilde değerlendirilmediğinden ve katılımcıların çoğunun orta düzey sosyoekonomik düzeyde olmasının kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

## 5.2 Hastalıkla İlgili Değişkenlerin Travma Sonrası Büyüme Düzeyi İle İlişkisi

### 5.2.1 Tanıdan İtibaren Geçen Zaman ile Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Arasındaki İlişki

Bu araştırmada, tanıdan itibaren geçen zamana göre TSB düzeyleri açısından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Mevcut araştırmada, Tedeschi ve ark. (1998) ve Shaefer ve Moss (1992)'un büyüme modellerindeki TSB'nin yapıcı bileşenin zamanla güç kazanacağı görüşü dikkate alınmıştır ve tanı üzerinden en az altı ay geçen hastalar katılımcı olarak seçilmiştir. İki büyüme modeli de TSB'yi bir süreç olarak ele almaktadır. TSB'nin incelendiği boylamsal birçok çalışma da, büyümenin zaman içerisindeki değişimine odaklanmaktadır (Bower ve ark., 2005; Carver ve Antoni, 2004). Literatürde araştırma bulgularının çeşitlilik gösterdiği gözlenmektedir. Bazı çalışmalar, tanı üzerinden geçen zaman arttıkça TSB düzeyinin de arttığını gösterirken (Bower ve ark., 2005; Carver ve Antoni, 2004; Cordova ve ark., 2001; Danhauer ve ark., 2013; Liu ve ark., 2014; Schwarzer ve ark., 2006), başka bir çalışma tanı üzerinden geçen zaman arttıkça büyümenin azaldığını tespit etmiştir (Weiss, 2004). Bazı araştırmalar ise bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulmamışlardır (Bağlama ve Atak, 2015; Kucukkaya, 2010; Mystakidou ve ark., 2008; Lechner ve ark., 2003).

Mevcut çalışmanın bulguları, literatürde tanıdan itibaren geçen zaman ile TSB arasında anlamlı bir ilişki bulmayan çalışmalarla uyumluluk göstermektedir (Bağlama ve Atak, 2015; Belizzi ve Blank, 2006; Karancı ve Erkam, 2007; Kucukkaya, 2010; Lechner ve ark., 2003; Mystakidou ve ark., 2008). TSB, oldukça zorlu yaşam koşullarıyla mücadelenin sonucunda yaşanan olumlu psikolojik değişimi ifade etmektedir (Calhoun ve Tedeschi, 1999, 2001). Mevcut araştırmanın örneklemini tanılar üzerinden en az 6 ay geçen hastalar oluşturmuştur. Katılımcılardan tek bir zaman diliminde veri toplanılmıştır ve TSB'nin zaman içerisindeki değişimlerine dair bilgi elde edilememektedir. Bu sebeple araştırmada toplanılan verilerle, tanıdan itibaren geçen zamanın TSB ile ilişkisi yeterli şekilde açıklanamamaktadır ve bu konuda daha fazla

araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca zamanla bireyin travmatik stres ve tehdit algısındaki azalma, TSB'nin artışını engelleyen nedenlerden biri olarak görülebilir.

### **5.2.2 Kanser Evresi ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Arasındaki İlişki**

Bu araştırmada hastaların tanı konulduğu kanser evresine göre TSB düzeyleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürde kanser evresinin TSB açısından ele alan çalışmaların oldukça az ve tutarsız olduğu görülmektedir. Bazı çalışmalar kanser evresi arttıkça TSB'nin de arttığını (Belizzi ve Blank, 2006; Carver ve Antoni, 2004), bazı araştırmalar ise kanserin evresi arttıkça TSB'nin azaldığını ya da evre arttıkça belli bir süreye kadar TSB'nin arttığı ve sonrasında azaldığını bildirmişlerdir (Lechner ve ark., 2003; Mols ve ark., 2009). Meme kanseri hastalarıyla yapılan bir çalışmada ikinci evrede olanların birinci evrede olanlara kıyasla daha yüksek TSB geliştirdikleri ama diğer evlerin birbirleriyle herhangi bir ilişkisi olmadığı görülmüştür (Tomich ve Helgeson, 2004).

Mevcut araştırmada tedavi ve ameliyat çeşidi gibi 'nesnel tehdidi' ölçen değişkenler kullanılmıştır. Kanser evresi değişkeni de nesnel tehdidi ölçen değişkenlerden biridir. Ancak bu çalışmada 'algılanan tehdide' yönelik bir inceleme yapılmamıştır. Oysaki travmatik bir sürecin sonunda varolan nesnel tehditten ziyade bireylerin TSB göstermelerinde algılanan tehdidin daha önemli bir belirleyici olduğu düşünülmektedir (Cordova ve ark., 2007). Bu nedenle mevcut araştırmada anlamlı bir fark bulunamaması sadece nesnel tehdit göstergelerinden biri olan kanser evresi ile TSB ilişkisine bakılmasından kaynaklanabilir. Ancak mevcut araştırmadaki verilerle kanser evresinin neden TSB ile ilişkili olmadığı açıklanamamaktadır ve algılanan tehdit ile TSB arasında yapılacak araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca mevcut araştırmada anlamlı bir fark bulunamamasının örneklemin çoğunun ilk evrelerde (1. ve 2. Evre) olmasından da kaynaklanabileceği düşünülse de literatürde benzer sonuca ulaşan araştırmalar görülmektedir (Cordova ve ark., 2007; Lelorain ve ark., 2010).

### **5.2.3 Tedavi Çeşidi ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Arasındaki İlişki**

Bu araştırmada görülen tedavinin hormon ya da hormon harici tedavi olmasının (radyasyon tedavisi, kemoterapi tedavisi) TSB üzerinde bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, tedavi çeşidi ile TSB ilişkisine dair kısıtlı ve birbirinden farklı sonuçların yer aldığı tespit edilmektedir (Bower ve ark., 2005; Mols ve ark., 2009). Bazı çalışmalarda kemoterapi tedavisi gören grubun görmeyen gruba göre daha çok TSB geliştirdiği görülürken (Lelorain ve ark., 2010; Mols ve ark., 2005), bazı çalışmalarda radyoterapi tedavisi gören grubun görmeyen gruba göre daha düşük TSB geliştirdiği bulunmuştur (Mols ve ark., 2009; Wang ve ark., 2004). Diğer çalışmalara bakıldığında ise tedavi çeşidi ile TSB arasında bir ilişki gözlemlenmemiştir (Bower ve ark., 2005; Carver, Smith, Petronis ve Antoni, 2006; Cordova ve ark., 2007; Morrill ve ark., 2008; Sears ve ark., 2003).

Mevcut çalışmanın bulguları, literatürde tedavi çeşidi ile TSB arasında anlamlı bir ilişki bulmayan çalışmalarla uyumluluk göstermektedir (Bower ve ark., 2005; Carver, Smith, Petronis ve Antoni, 2006; Cordova ve ark., 2007; Morrill ve ark., 2008; Sears ve ark., 2003). Bu araştırmada anlamlı fark bulunmaması sadece nesnel tehdit göstergelerinden biri olan tedavi çeşidi ile TSB ilişkisine bakılmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Mevcut araştırmadaki verilerle tedavi çeşidinin neden TSB ile ilişkili olmadığı açıklanamamaktadır ve algılanan tehdit ile TSB arasında yapılacak araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca mevcut araştırmada anlamlı fark bulunmamasının katılımcıların çoğunun hormon tedavisi görüyor olmasından kaynaklanabileceği düşünülse de literatürde benzer sonuçlara ulaşan araştırmalar da görülmektedir (Morrill ve ark., 2008; Sears ve ark., 2003).

### **5.2.4 Ameliyat Çeşidi ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Arasındaki İlişki**

Mevcut araştırmada geçirilen ameliyat türünün TSB üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür. Bu bulgular literatürdeki çalışmaların sonucuyla uyumludur (Cordova ve ark., 2007; Manne ve ark., 2004; Sears ve ark., 2003; Tomich ve Helgeson, 2004; Wang ve ark., 2014). Örneğin, Weiss (2004) yetmiş iki kanser hastasıyla yaptığı

ve tedavi çeşitlerinden mastektomi, lumpektomi ve rekonstrüksiyonlu mastektomi grupları arasında TSB'nin farklılaşp farklılaşmadığına baktığı çalışmada, gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit etmemiştir. Benzer bir şekilde, Silva, Crespo ve Canavarró'nun (2012) yaptıkları çalışmalarında lumpektomi tedavisi gören hastalarla mastektomi ameliyatı geçiren hastalar arasında TSB açısından anlamlı bir farklılaşma olmadığını tespit etmişlerdir. Mevcut araştırmada anlamlı fark bulunmamasının ameliyat geçirmeyen katılımcı sayısının az olması ile ilişkili olabileceği düşünülse de literatürde benzer sonuçlara ulaşan araştırmalar çoğunluktadır.

### **5.3 Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyi, Temel İnançlarda Sarsılma, Şükür ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Arasındaki Korelasyonel İlişkiler**

#### **5.3.1 Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyi ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Arasındaki Korelasyon**

Mevcut araştırmada katılımcıların %33.8'inin TSSB riski taşıdığı bulunmuştur. Öngörüldüğü gibi bireylerin TSSB belirti düzeyleri arttıkça TSB düzeylerinin de arttığı tespit edilmiştir. Bu bulguların literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür (Barakat ve ark., 2006; Cordova ve Andrykowski, 2003; Jaarsma ve ark., 2006; Morrill ve ark., 2008). Betimsel-İşlevsel büyüme modeline göre travmatik bir deneyimde ölüm gerçeğiyle yüzleşmenin, bireyin temel inançlarını yeniden değerlendirmesine yol açan bir stres sürecini başlattığı (Calhoun ve Tedeschi, 2004). Kişinin kendisine, dünyasına ve geleceğine dair temel inançlardaki yıkımın hem uyarılma ve kaçınma gibi travmatik stres belirtilerine (Creamer, Burgess ve Pattison, 1992; Horowitz, 1997) hem de kişinin yaşamına, bireysel gücüne, ilişkilerine ve maneviyatına dair hedeflerini yeniden gözden geçirebileceği bir büyümeye yol açabileceği ön görülmektedir (Calhoun ve Tedeschi, 2001; Tedeschi ve Calhoun, 1995). Bu sebeple kanser hastalarının hastalık teşhislerini bir stresör olarak algılamalarının, TSSB belirti düzeyi ve TSB düzeyleri arasında anlamlı ilişki meydana getirmede önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir (Cordova ve ark., 2007).

### **5.3.2 Temel İnançlarda Sarsılma ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Arasındaki Korelasyon**

Bu araştırmada, öngörüldüğü gibi, bireylerin diğer insanlara yönelik inançlarında, kendilerine yönelik inançlarında ve temel inançlarında sarsılma toplam düzeyi arttıkça TSB seviyelerinin de arttığı tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular, literatürdeki çok sayıda çalışma ile tutarlılık göstermektedir (Cann ve ark., 2010; Cann ve ark., 2010; Hanley ve ark., 2016; Lindstrom ve ark., 2013; Roepke ve Seligman, 2015; Tedeschi ve ark., 2017; Triplett ve ark., 2012; Wilson ve ark., 2014). Örneğin, kanser hastalarında TSB ve temel inançlarda sarsılma ilişkisine bakılan bir araştırmada, kişilerin temel inançlarında travmatik deneyim sonrası meydana gelen sarsılmanın şiddeti arttıkça TSB düzeylerinin de arttığı görülmüştür (Wilson ve ark., 2014).

Meme kanseri tıpkı bir deprem gibi başlangıçta sismik bir olay şeklinde bireyin dünyasına, diğer insanlara ve kendisine dair oturmuş temel inançlarını yıkmaktadır. Hastaların işlevsiz olan temel inanç ve düşünceleri gözden geçirmeleri, kanser sonrasındaki yeni gerçeklikle uyumlu bir inanç sistemini oluşturmakta ve böylece TSB'ye yol açmaktadır (Janoff-Bulman, 1989; Tedeschi ve Calhoun, 2014).

### **5.3.3 Şükür ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Arasındaki Korelasyon**

Bu araştırmada, beklenilenden farklı olarak, bireylerin şükür düzeyleri ile TSB düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Bunun yanı sıra bireylerin durumsal şükür ölçeğinin alt ölçekleri olan mukayeseli şükür ve huşu/ana dayalı şükür seviyeleri arttıkça TSB düzeylerinin de arttığı görülmüştür. Literatürde meme kanseri hastalarında şükürü TSB açısından inceleyen uluslararası tek bir çalışma olduğu görülmektedir (Ruini ve Vescovelli, 2013). Mevcut çalışma 'durumsal şükür' ölçerken, Ruini ve Vescovelli'nin (2013) çalışmasının 'sürekli şükür' ölçtüğü görülmektedir.

Mevcut çalışmada kullanılan durumsal şükür; anlık ve belirli durumlarda ortaya çıkan, çevresel ve sosyal faktörlerden etkilenen bir yapıya sahiptir. Bu araştırmada ölçümlerin

belirli bir süre dahilinde kesitsel olarak yapılmasının, bireylerin şükür düzeylerini istikrarlı bir şekilde ölçmesini engelleyebileceği ve araştırma sonuçlarını etkileyebileceği düşünülmektedir (Roberts, 2004).

Bireyler travmatik deneyim sonrası yaşadıklarından daha kötü durumları tecrübe eden insanların olduğunu veya şu ankinden daha kötü durumlarla karşılaşabilecekleri kanaatine vardıklarında mukayeseli şükür ve huşu/ana dayalı şükür yaşayabilmektedirler (Hökelekli, 2013).

## **5.4 Travma Sonrası Büyüme Düzeyinin Yordayıcılarına Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi**

### **5.4.1 Sosyodemografik Değişkenlerden Yaşın Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Üzerindeki Yordayıcı Etkisi**

Bu çalışmada, depresyon ve kaygı düzeyleri kontrol edildiğinde öngörüldüğü gibi genç yaşın TSB düzeyleri üzerindeki yordayıcı etkisi anlamlı bulunmuştur. Yaşın artması ile TSB düzeyinin de azaldığı görülmektedir. Ancak, analize TSSB belirti düzeyinin dahil edilmesi, yaşın TSB düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisini ortadan kaldırmıştır.

Genç yaşın TSB'yi artırması, literatürdeki diğer araştırma sonuçlarıyla tutarlı bir bulgudur (Bower ve ark., 2005; Danhauer ve ark., 2013; Gallagher-Ross, 2011; Manne ve ark., 2004; Soo ve Sherman, 2015). Örneğin, Manne ve ark. (2004) 29-74 yaş aralığında olan 162 meme kanseri hastası üzerinde yaptıkları çalışmada genç yaşta bireylerin daha yüksek seviyede TSB geliştirdiklerini tespit etmişlerdir. Benzer bir şekilde, Schroevers, Helgeson, Sanderman ve Ranchor (2010) kanser tanısı alan kişilerle TSB üzerinde uzun vadede yaptıkları çalışmalarında da, genç yaşın TSB üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğunu gözlemlemişlerdir. Genç bireylerin psikolojik olarak daha esnek ve yaşamsal değişimlere daha açık olmaları ve istedikleri hedefleri gerçekleştirmek için önlerinde daha fazla zaman olduğunu düşünmelerinin bulguları etkilediği düşünülmektedir (Bellizzi ve Blank, 2004).

#### **5.4.2 Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Düzeyinin Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Üzerindeki Yordayıcı Etkisi**

Bu araştırmada, depresyon ve kaygı düzeyleri ve yaş kontrol edildiğinde, öngörüldüğü gibi, TSSB belirti düzeyinin TSB düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisi anlamlı bulunmuştur. TSSB belirti düzeyinin TSB düzeyini arttırdığı görülmektedir. Elde edilen bulgular, literatürle uyumludur (Barakat ve ark., 2006; Jaarsma ve ark., 2006). Örneğin, kanser sağ kalanlarıyla TSB'nin göstergelerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, travma sonrası stresin TSB'yi artırıcı bir şekilde yordadığı bulunmuştur (Barakat ve ark., 2006). Hiyerarşik regresyon analizinin bir sonraki adımında temel inançlarda sarsılma düzeyinin TSB düzeyinin yordayıcısı olarak modele eklenmesi, Travma sonrası büyüme düzeyinin TSB düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisini ortadan kaldırmıştır. TSB'nin ortaya çıkması için kişinin travma ile mücadelesini esas alan büyüme modelleri, büyümenin deneyimlenmesi için travmatik olayın bireyin temel varsayımlarını yıkacak kadar şiddetli olması gerektiğini savunur (Janoff-Bulman, 1992; Tedeschi ve ark., 1998). Bu sebeple, araştırmanın bulgularında travmatik stres düzeyi ve büyüme arasındaki etkinin ortadan kalkması, istatistiksel olarak, temel inançlarda sarsılma düzeyinin TSSB belirti düzeyi ve TSB düzeyi ilişkisinde, aracılık rolünün olması ihtimaline işaret etmektedir.

#### **5.4.3 Temel İnançlarda Sarsılma Düzeyinin Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Üzerindeki Yordayıcı Etkisi**

Bu araştırmada, depresyon ve kaygı düzeyleri, yaş ve travmatik stres belirti düzeyi kontrol edildiğinde, öngörüldüğü gibi, temel inançlarda sarsılma düzeyinin TSB düzeyleri üzerindeki yordayıcı etkisi anlamlı bulunmuştur. Temel inançlarda sarsılma düzeyinin artmasının bireylerin TSB düzeyini arttırdığı görülmektedir. Elde edilen bulgular, literatürle uyumludur (Cann ve ark., 2010; Morris ve ark., 2014; Taku ve ark., 2009; Taku ve Oshio, 2015; Tedeschi ve Calhoun, 2004; Thombre ve ark., 2010; Triplett ve ark., 2012). Örneğin, Thombre ve ark. (2010) 61 kanser hastasıyla yaptıkları çalışmalarında Tedeschi ve Calhoun (2004)'un büyüme modeliyle tutarlı olarak temel

inançlardaki sarsılmanın TSB düzeyi üzerinde güçlü bir yordayıcı olduğunu tespit etmişlerdir. Kanser teşhisi sonrası hastaların dünyaya, insanlara ve kendilerine yönelik temel fikirlerini sorgulamalarının, yeni yaşantıları da içine alan ve daha işlevsel olan bir inanç sisteminin oluşumuna zemin hazırladığı belirtilmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Bu sürecin TSB'nin gelişimine temel oluşturduğu düşünülmektedir.

#### **5.4.4 Şükür Düzeyinin Travma Sonrası Büyüme Düzeyi Üzerindeki Yordayıcı Etkisi**

Bu araştırmada, depresyon ve kaygı düzeyleri, travmatik stres belirti düzeyi ve temel inançlardaki sarsılma düzeyi kontrol edildiğinde öngörüldüğü gibi şükür düzeyinin TSB düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisi anlamlı bulunmuştur. Şükür düzeyinin artmasının TSB düzeyini arttırdığı görülmektedir. Elde edilen bulgular kanser dışı örneklerle yapılan literatür ile tutarlıdır (Doğan, 2018; Vernon ve ark., 2009; Zhou ve Wu, 2015). Örneğin, şükürün TSB üzerindeki etkisinin belirli zaman aralıklarıyla incelendiği boylamsal bir çalışmada, şükürün TSB için güçlü bir yordayıcı olduğu tespit edilmiştir (Zhou ve ark., 2014a). Literatürde meme kanseri hastalarında şükür ve TSB ilişkisine bakan yalnızca bir uluslararası çalışma olduğu göz önüne alındığında (Ruini ve Vescovelli, 2013), mevcut çalışmanın bulguları TSB araştırmalarına önemli bir katkı sağlamaktadır.

Şükür, bireyin stresle başa çıkmasında ve strese karşı direnç göstermesinde yardımcı bir araç olarak görülmektedir. Stresli yaşam olayları sonrasında gösterilen şükür, stres, kaygı ve umutsuzluk gibi duygularla mücadele etmede bireye yardımcı olabilmektedir (Hökelekli, 2013). Mevcut araştırmada şükür düzeyindeki artışın TSB düzeyini arttırması, şükürün bahsi geçen koruyucu özelliği ile açıklanabilir.

#### **5.5 Sonuç**

Sonuç olarak, 18-35 yaş arasındaki kişilerin, 46-55 yaş arasındaki kişilere göre TSB seviyelerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %33.8'inin TSSB riski

taşıdığı bulunmuştur. Korelasyon analizleri sonucunda, TSSB belirti düzeyi, diğer insanlara yönelik temel inançlar, kendine yönelik temel inançlar ve temel inançlarda sarsılma düzeyi toplam puanı, mukayeseli ve huş'u/ana dair şükür düzeyleri arttıkça, TSB düzeyinin arttığı görülmektedir. TSB düzeyi ile toplam şükür düzeyi arasındaki ilişkinin ise anlamlı olmadığı bulunmuştur. Yapılan hiyerarşik regresyon analizinin son aşamasında, temel inançlarda sarsılma düzeyinin ve şükürün TSB düzeyini yordayıcı etkisinin arttırıcı olduğu bulunmuştur.

## **5.6 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Gelecek Çalışmalara Yönelik Öneriler**

Bu çalışmanın kendi içinde bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Sınırlılıklardan ilki örneklemin özellikleriyle ilgilidir. Veri toplama sürenin ortasında İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitü'sünün meme kanseri hastalarının tedavi edildiği klinik Covid-19 salgınından dolayı uzun bir süre hasta kabul etmediği için mevcut araştırmanın örneklem sayısının düşük olduğu görülmektedir. Bu durum sonuçların daha dikkatli yorumlanmasını gerektirmektedir. Gelecek çalışmaların daha büyük örneklemle yapılması araştırmanın genellenebilirliği açısından önem taşımaktadır.

Bu araştırmada çalışılan örneklem grubuna erişim zor olduğundan veri toplama sürecinde ölçekler katılımcılara farklı şekillerde uygulanmıştır. Kemoterapi aldıkları için ya da soruları anlamakta zorlandıkları için ölçeklerin uygulamacı tarafından hastalara uygulanırken, kısa bir süreliğine kontrole gelen hastaların zamanları olmadığından ölçekleri evde doldurmuşlardır. Ölçek doldurmadaki bu farklılık çalışmanın bir başka sınırlılığıdır. Gelecek çalışmalarda ölçeklerin tüm katılımcılara aynı yolla uygulanmasının araştırmanın güvenilirliğine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmada kesitsel bir inceleme yapılarak 18-85 yaş aralığındaki katılımcıların yaşamlarının sadece tek bir dönemi ele alınmıştır. Gelecek çalışmalarda travmatik deneyim sonrası bireyler üzerinde boylamsal çalışmalar yapılarak farklı zaman dilimlerindeki TSB düzeylerinin değişimleri incelenebilir.

Araştırmada kullanılan ölçekler ile ilgili sınırlılıklara bakıldığında, tüm ölçeklerin uyarlama yoluyla literatüre giren, Türk kültürü içinde geliştirilmeyen ölçekler olduğu görülmektedir. Bulguların yorumlanmasında kültürler arası farklılıkların göz önüne alınması önem arz etmektedir. Ayrıca, tüm ölçeklerin öz bildirim yoluyla cevaplandırıldığı görülmektedir. Gelecek çalışmalarda özellikle PCL-5 ölçeği ile belirlenen TSSB belirti düzeyi yerine, katılımcılarla klinik görüşme yapılarak TSSB tanısı konulabilir.

Literatüre bakıldığında, durumsal şükürün ya da durumsal şükür ile sürekli şükürün birlikte TSB ile ilişkisini inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Gelecek araştırmalarda TSB'yi şükürün farklı boyutlarıyla incelemek ya da sürekli şükür ve durumsal şükürün büyümeye olan etkisine birlikte bakmak, literatüre katkı sağlayacaktır. Bununla beraber, yapılan hiyerarşik regresyon analizinden alınan sonuçlara göre, temel inançlarda sarsılmanın travmatik stres belirti düzeyi ile TSB düzeyi ilişkisine aracılık edebileceği görülmüştür. Gelecek araştırmaların, bu bulgu temelinde yapılması literatüre katkı sağlayacaktır.

Şükürün, bireyin düşünce ve davranış repertuarını genişleterek zaman içinde kalıcı kişisel kaynaklar oluşturabileceği ve böylece kişinin işlevsel davranışlarının artacağı bilinmektedir (McCullough ve ark., 2002). Şükürün, travmatik deneyime karşı pozitif bilişlerin oluşturulmasında ve bireyin travma sonrası hayata dair yeni bir anlam elde etmesi sürecinde önemli bir role sahip olduğu belirtilmektedir (Wu, Zhou, Liu ve Chen, 2014). Bundan dolayı, özellikle farklı kanser tiplerine sahip olan hasta örnekleminde, şükür müdahalelerin dahil edildiği yeni tedavi protokollerinin geliştirilmesi, kültürler arası farklılıkların göz önüne alınarak bireylere pratik anlamda uygulanabilecek tedavilerin sunulması önemli görülmektedir. Bunun yanında, tanımlamasının kültürden kültüre değişkenlik gösterdiği şükür kavramının, çeşitli ve farklı örneklemlerde incelenmesinin alanyazınında önemli bir eksikliği gidereceği düşünülmektedir.

Ulusal ve uluslararası araştırmalar incelendiğinde, şükür ve TSB ilişkisinin az sayıda uluslararası araştırmalar tarafından incelendiği ve sadece bir ulusal çalışma tarafından

incelendiği grlmŖtr. Bununla birlikte, mevcut alıŖmanın travmatik stres belirti düzeyi, temel inançlarda sarsılma, Ŗkr ve TSB deđiŖkenlerini aynı anda araŖtıran ilk alıŖma olduğu grlmŖtr.

Yapılan bu alıŖma ile meme kanseri hastalarında TSB'nin meydana gelmesinde etkili olan deđiŖkenler incelenmiŖtir. Elde edilen bulguların, meme kanseri hastası örneklemini üzerinde yapılacak yeni müdahale ve tedavi programlarının geliŖtirilmesinde etkili olabileceği dŖnlmektedir.



## REFERANSLAR

- Abraido-Lanza, A. F., Guier, C., & Colon, R. M. (1998). Psychological thriving among Latinas with chronic illness. *Journal of Social Issues, 54*(2), 405-424.
- Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality, 64*, 899-922.
- Aker, T.A. (2012). Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal travmaya yaklaşım. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Genel Merkezi.
- Aktaş, S.G. (2014). Türkiye’de Kadınlarda Meme Kanseri Nedeniyle Ölüm: Mekansal Dağılım ve şehirlerin Sosyoekonomik Gelişmişlik Düzeyi ile İlişkisi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 7*, 441-550.
- Alacacıoğlu, A., Yavuzşen, T., Driöz, M., Yeşil, L., Bayrı, D., & Yılmaz, Y. (2007). Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi, 17*, 87-93.
- Algoe, S. B. (2005). A relational account of gratitude: A positive emotion that strengthens interpersonal connections. Doctoral dissertation, University of Virginia.
- Algoe, S. B., & Stanton, A. L. (2012). Gratitude when it is needed most: Social functions of gratitude in women with metastatic breast cancer. *Emotion, 12*(1), 163–168.
- Althaus, B., Borasio, G. D., & Bernard, M. (2018). Gratitude at the End of Life: A Promising Lead for Palliative Care. *Journal of palliative medicine, 21*(11), 1566–1572.
- American Cancer Society. (2010). *Cancer Facts and Figures 2010*. Atlanta American Cancer Society, Retrived on Nov 2, 2020, from <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures-2010.html>.
- American Cancer Society. (2014). *What are the risk factors for breast cancer?* Retrived on Nov 3, 2020, from <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-risk-factors>.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

- Anderson, W. F., Rosenberg, P. S., Prat, A., Perou, C. M., & Sherman, M. E. (2014). How many etiological subtypes of breast cancer: Two, three, four, or more? *Journal of the National Cancer Institute*, 106(8), 1–11.
- Andrykowski, M. A., Brady, M. J., & Hunt, J. W. (1993). Positive psychosocial adjustment in potential bone marrow transplant recipients: Cancer as a psychosocial transition. *Psycho-Oncology*, 2, 261-276.
- Andò, S., Gelsomino, L., Panza, S., Giordano, C., Bonofiglio, D., Barone, I., & Catalano, S. (2019). Obesity, leptin and breast cancer: Epidemiological evidence and proposed mechanisms. *Cancers*, 11(1), 1–27.
- Anjum, F., Razvi, N., & Masood, M. A. (2017). Breast Cancer Therapy: A Mini Review. *MOJ Drug Design Development & Therapy*, 1(2), 35–38.
- Anuk, (1999) ; Özkan, S. (1993). Kanser, Kanserli Hasta, Hasta Ailesi ve Tedavi Ekibi Etkileşimi İçinde Özkan, S. (Ed.), *Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi 1998-1999*. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı, 166-172, İstanbul.
- Arnold, M., Pandeya, N., Byrnes, G., et al. (2015). Global burden of cancer attributable to high body-mass index in 2012: a population-based study. *Lancet Oncol*, 16, 36–46. <sup>[1]</sup> <sub>SEP</sub>
- Ateşçi, F. Ç., Oğuzhanoğlu, N. K., Baltalarlı, B., Karadağ, F., Özdel, O., & Karagöz, N. (2003) Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 145-152.
- Aydoğan, Ü., Doğaner, Y.Ç., & Borazan, E. (2012). Kanser Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ve Hastalıkla Başa Çıkma Tutumlarının İlişkisi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 16 (2), 55-60.
- Avuçan, E., İmrek, M., & Karaboğa, I. (2006). Kanserinin Psikososyal Yönleri. *Türk Psikoloji Bülteni*, 12, 81-91.
- Bag, B. (2013). Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*, 5(1), 109–126.
- Baglama, B., & Atak, I. E. (2015). Relationship between Posttraumatic Growth and Demographic and Clinical Factors among Turkish Cypriot Breast Cancer Survivors. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 205, 709-716.
- Barakat, L. P., Alderfer, M. A., & Kazak, A. E. (2006). Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(4), 413-419.

- Barnard, M. E., Boeke, C. E., & Tamimi, R. M. (2015). Established breast cancer risk factors and risk of intrinsic tumor subtypes. *Biochimica et Biophysica Acta - Reviews on Cancer*, 1856(1), 73–85.
- Barthakur, M. S., Sharma, M. P., Chaturvedi, S. K., & Manjunath, S. K. (2016). Posttraumatic growth in women survivors of breast cancer. *Indian Journal of Palliative Care*, 22(2), 157-162.
- Baş, S., & Dirlik, G. (2019). Kanser Tanısı Olan Kişilerde Kabul ve Kararlılık Terapisi Uygulamaları: Sistemik Bir Derleme. *Psikoloji Çalışmaları*, 39 (2), 459-485.
- Bellizzi, K. (2004). Expressions of generativity and posttraumatic growth in adult cancer survivors. *International Journal of Aging and Human Development*, 58, 267-287.
- Bellizzi, K. M., & Blank, T. O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 25(1), 47-56.
- Blank, T. O. (2013). Theoretical perspectives from ger-ontology and lifespan development. In *Cancer and Aging Handbook: Research and Practice*, Bellizzi K, M., Gosney MA (eds.), Wiley- Blackwell: Hoboken, JH, 347–364.
- Bower, J.E., Kemeny, M.E., Taylor, S.E., & Fahey, J.L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *J Consult Clin Psychol*, 66, 979–986.
- Bower, J. E., Meyerowitz, B. E. Desmond, K. A., Bernaards, C. A., Rowland, J. H., & Ganz, P. A. (2005). Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: Predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 29(3), 236-245.
- Boyers, A. E. (2001). The influence of cognitive-behavioral stress management, optimism, and coping on positive growth in women with breast cancer. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61(10-B), 5552.
- Brandão, T., Schulz, M. S., & Matos, P. M. (2017). Psychological adjustment after breast cancer: A systematic review of longitudinal studies. *Psycho-Oncology*, 26(7), 917–926.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R.L., Torre, L.A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality world- wide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 68(6): 394–424. <sup>[1]</sup><sub>[5EP]</sub>

- Breitbart, W., Lederberg, M.S., Rueda-Lara, M., & Alici, Y. (Eds.). (2009). *Psycho-Oncology*. (10<sup>th</sup> ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins Press.
- Bulman, A., & Heyderman, E. (1983). Calcitonin not a cellular tumour marker in breast cancer. *The Lancet*, 321(8320), 351.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330, 702-705.
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 13(3), 521-527.
- Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Fulmer, D., & Harlan, D. (2000). *Parental bereavement, rumination, and posttraumatic growth*. Poster session presented at the meeting of the American Psychological Association, Washington, DC.
- Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (1998). Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice and research. *Journal of Social Issues*, 54(2), 357-371.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2001). Posttraumatic growth: The positive lessons of loss. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction and the experience of loss* (pp. 157–172). Washington, DC: American Psychological Association.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: an expanded framework. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice* (pp. 3-23). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Vishnevsky, T., et al. (2010). The Core Beliefs Inventory: A brief measure of disruption in the assumptive world. *Anxiety, Stress, and Coping*, 23, 19–34.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Solomon, D. T. (2010). Posttraumatic growth and depreciation as independent experiences and predictors of well-being. *Journal of Loss and Trauma*, 15 (3), 151-166.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Triplett, K. N., Vishnevsky, T. & Lindstrom, C. M. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: The event related rumination inventory. *Anxiety, Stress & Coping*, 24, 137–156.

- Carnelly, K. B., & Janoff-Bulman, R. (1992). Optimism\_Relationships.Pdf. *Journal of Social and Personal Relationships*, 9(1), 5–20.
- Carver, C. S., Smith, R. G., Petronis, V. M., & Antoni, M. H. (2006). Quality of life among long-term survivors of breast cancer: Different types of antecedents predict different classes of outcomes. *Psycho-Oncology*, 15, 749–758.
- Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2004). Finding benefit in cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology*, 23(6), 595-598.
- Cho, D., & Park, C. L. (2013). Growth following trauma: Overview and current status. *Terapia psicológica*, 1(1), 69-79.
- Colditz, G. A., Kaphingst, K. A., Hankinson, S. E., & Rosner, B. (2012). Family history and risk of breast cancer: Nurses' health study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 133(3), 1097–1104.
- Cole, A. S., & Lynn, S. J. (2010). Adjustment of sexual assault survivors: Hardiness and acceptance coping in posttraumatic growth. *Imagination, Cognition and Personality*, 30(1), 111-127.
- Collins, R.L., Taylor, S.E., & Skokan, L.A. (1990). A better world or a shattered vision? Changes in life perspectives following victimization. *Social Cognition*, 8, 263–285.
- Colville, G., & Cream, P. (2009). Post-traumatic growth in parents after a child's admission to intensive care: maybe Nietzsche was right? *Journal of Intensive Care Medicine*, 35, 919-923.
- Cooper, G.M. (2000). *The Cell: A Molecular Approach, The Development and Causes of Cancer*. (2<sup>nd</sup> ed.). Sunderland (MA): Sinauer Associates.
- Cordova, M.J., & Andrykowski, M.A. (2003). Responses To Cancer Diagnosis And Treatment: Posttraumatic Stress And Posttraumatic Growth. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 8(4), 286- 296.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C, Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185.
- Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14, 308-319.
- Çolak, B., Kokurcan, A., & Özsan, H. H. (2010). DSM'ler boyunca travma kavramının seyri. *Kriz Dergisi*. 18(3), 19-25.

- Creamer, M., Burgess, P., & Pattison, P. (1992). Reaction to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 452–459.
- Danhauer, S. C., Case, L. D., Tedeschi, R., Russell, G., Vishnevsky, T., Triplett, K., .. Avis, N. E. (2013). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psycho- Oncology, 22*(12), 2676–2683.
- Danhauer, S. C., Russell, G., Case, L. D., Sohl, S. J., Tedeschi, R. G., Addington, E. L., . . . Avis, N. E. (2015). Trajectories of posttraumatic growth and associated characteristics in women with breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine, 49*, 650 – 659.
- Davis, C. G., Wohl, M. J. A., & Verberg, N. (2007). Profiles of posttraumatic growth following an unusual loss. *Death Studies, 31*(8), 693-712.
- de Haes, J. C. J. M., & van Knippenberg, F. C. E. (1985). The quality of life of cancer patients: A review of the literature. *Social Science & Medicine, 20*, 809-817.
- Dekel, S., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2012). Posttraumatic growth and posttraumatic distress: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*(1), 94–101.
- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S. S., Schmale, A. M., Henrichs, M., & Carnicke, C. L. M. Jr. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association, 249*, 751–757.
- Dirik, G. (2006). *Posttraumatic Growth and Psychological Distress Among Rheumatoid Arthritis Patients: An Evaluation with in the Conservation of Resources Theory*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: ODTÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Dirik, G., & Karanci, A. N. (2008). Variables related to posttraumatic growth in Turkish rheumatoid arthritis patients. *J Clin Psychol Med Settings, 15*(3) 193-203.
- Doğan, M. (2018). Üniversite öğrencilerinin travma sonrası gelişimlerinde içsel dini motivasyon, dini başa çıkma, sabır ve şükürün rolü. *Journal of Turkish Studies, 13*(25), 207-230.
- Dünya Sağlık Örgütü. Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu. Dünya Kanser Raporu. <https://www.iarc.fr/> 19 Nisan 2020. [1]  
[SEP]
- Elisabet Pålsson, M.-B., & Norberg, A. (1995). Breast cancer patients' experiences of nursing care with the focus on emotional support: the implementation of a nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing, 21*(2), 277–285.

- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: an experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377–389.
- Emmons, R. A., & Mishra, A. (2011). Why gratitude enhances well-being: What we know, what we need to know. In K. M. Sheldon, T. B. Kashdan, & M. F. Steger (Eds.), *Series in positive psychology. Designing positive psychology: Taking stock and moving forward* (pp. 248-262). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Emmons, R. A., & Shelton, C. S. (2002). Gratitude and the science of positive psychology. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 459–471). New York: Oxford University Press.
- Eren-Kocak, E., & Kilic, C. (2014). Posttraumatic growth after earthquake trauma is predicted by executive functions: a pilot study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(12), 859-863.
- Erol, Ç., & Onat, H. (Eds.). (2010) *İç Hastalıkları Onkoloji Kitabı*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi, 1, 20-193.
- Fadiloğlu, Z.Ç., Yeşilbakan, Ö.U., & Yıldırım, Y. (2011). *Meme Kanserli Hastaya Yaklaşım*. Adana: Nobel Kitapevi, 1-152.
- Fagley, N. S. (2012). Appreciation uniquely predicts life satisfaction above demographics, the Big 5 personality factors, and gratitude. *Personality and Individual Differences*, 53, 59–63.
- Ferlay J., Ervik M., Lam F., Colombet M., Mery L., Pineros M., et al. (2018). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: *International Agency for Research on Cancer*.
- Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*. 136(5), E359-86.
- Fertig, D.L. (1997). Depression in patients with breast cancer: prevalence, diagnosis, and treatment. *The Breast Journal*, 3(5), 292-302.
- Finkel, N. J. (1974). Strens and traumas: An attempt at categorization. *American Journal of Community Psychology*, 2, 265–273.
- Finkel, N. J. (1975). Strens, traumas and trauma resolution. *American Journal of Community Psychology*, 3, 173–178.

- Fredrickson, B. L. (2004). Gratitude, like other positive emotions, broadens and builds. In R. A. Emmons & M. E. McCullough (Eds.), *The psychology of gratitude* (pp. 145–166). New York: Oxford Press
- Gallagher, J., Parle, M., & Cairns, D. (2002). Appraisal and psychological distress six months after diagnosis of breast cancer. *British journal of health psychology*, 7, 365-376. [L] [SEP]
- Gallagher-Ross, S. (2011). *Predictors of posttraumatic growth in breast cancer survivors: an analysis of hardiness, attachment, and cognitive appraisal*. ETD Collec- tion for Fordham University, AAI3452789.
- Ganz, P. A., Desmond, K. A., Leedham, B., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2002). Quality of life in long-term, disease free survivors of breast cancer: A follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94, 39-49.
- Gillies, J., Neimeyer, R. A., & Milman, E. (2014). The Meaning of Loss Codebook: Construction of a System for Analyzing Meanings Made in Bereavement. *Death Studies*, 38(4) 207-216.
- Ginsburg O, Bray F, Coleman MP, Vanderpuye V, Eniu A, Kotha SR, et al. (2017). The global burden of women’s cancers: a grand challenge in global health. *The Lancet*. 389 (10071), 847–60. [L] [SEP]
- Goldstein N.S., & Ziegfeld, C.R. (2011). Risk Factors and Risk Assessment. *In Early Diagnosis and Treatment of Cander Series: Breast Cancer*, Elsevier Inc., 55- 69.
- Groarke, A., Curtis, R., Groarke, J. M., Hogan, M. J., Gibbons, A., & Kerin, M. (2017). Post-traumatic growth in breast cancer: How and when do distress and stress contribute? *Psycho-Oncology*, 26, 967–974.
- Guo, Y. J., Chen, C. H., Lu, M. L., Tan, H. K. L., Lee, H. W., & Wang, T. N. (2004). Posttraumatic stress disorder among professional and nonprofessional rescuers involved in an earthquake in Taiwan. *Psychiatry Research*, 127, 35-41.
- Güleç, G. ve Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3, 343-367.
- Gümüş, A.B. (2006). Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(3), 108-113.
- Gyllensköld K. (1974). On having breast cancer--psychologic reactions at discovery and information about the diagnosis. *Lakartidningen*, 71(24), 2471–2474.

- Hamajima, N., Hirose, K., Tajima, K., Rohan, T., Friedenreich, C. M., Calle, E. E., ... Fukao, A. (2012). Menarche, menopause, and breast cancer risk: Individual participant meta-analysis, including 118 964 women with breast cancer from 117 epidemiological studies. *The Lancet Oncology*, 13(11), 1141–1151.
- Hanley, A. W., Garland, E. L., & Tedeschi, R. G. (2016). Relating Dispositional Mindfulness, Contemplative Practice, and Positive Reappraisal With Posttraumatic Cognitive Coping, Stress, and Growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication.
- Hartley, S., Johnco, C., Hofmeyr, M., & Berry, A. (2016). The Nature of Posttraumatic Growth in Adult Survivors of Child Sexual Abuse. *J Child Sex Abus*, 25(2) 201-220.
- Haselden, M. (2014). *Üniversite öğrencilerinde travma sonrası büyümeyi yordayan çeşitli değişkenlerin türk ve amerikan kültürlerinde incelenmesi: Bir model önerisi*, [Yayınlanmamış doktora tezi]. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 797–816.
- Hoorens, I., Vossaert, K., Pil, L., Boone, B., De Schepper, S., Ongenaes, K., ... Brochez, L. (2016). Total-body examination vs lesion-directed skin cancer screening. *JAMA Dermatology*, 152(1), 27–34.
- Hopwood, P., Howell, A., & Maguire, P. (1991). Psychiatric morbidity in patients with advanced cancer of the breast: prevalence measured by two self-rating questionnaires. *British journal of cancer*, 64(2), 349-352.
- Horowitz, M.J. (1997). *Stress response syndromes: PTSD, grief and adjustment disorders*, 3. Baskı, Jason Aronson, New Jersey.
- Hökelekli, H. (2013). *Psikoloji, Din ve Eğitim Yönüyle İnsanı Değerler*. İstanbul: Dem Yayınevi.
- Hyphantis, T., Almyroudi, A., Paika, V., Degner, L. F., Carvalho, A. F., & Pavlidis, N. (2013). Anxiety, depression and defense mechanisms associated with treatment decisional preferences and quality of life in non-metastatic breast cancer: a 1-year prospective study. *Psycho-oncology*, 22(11), 2470–2477.
- Jaarsma, T.A., Pool, G., Sanderman, R., & Ranchor, A.V. (2006). Psychometric properties of the Dutch Version of the Posttraumatic Growth Inventory among cancer patients. *Psychooncology* 15, 911-920.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions*. New York: The Free Press. [SEP]

- Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-change perspectives on posttraumatic growth. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi, (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and Practice* (81-99). New York, London: Psychology Press.
- Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., Ferlay, J., Ward, E., & Forman, D. (2011). Global cancer statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *61*, 69–90.
- Jim, H. S. L., & Jacobsen, P. B. (2008). Posttraumatic stress and posttraumatic growth in cancer survivorship: A review. *Cancer Journal*, *14*(6), 414–419.
- Joseph, S. (2009). Growth Following Adversity: Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress. *Psychological Topics*, *18*(2), 335 – 344.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (Eds.). (2008). *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress*. New, York: John Wiley & Sons Inc.
- Joseph, S., & Hefferon, K. (2013). *Post-traumatic growth: Eudaimonic happiness in the aftermath of adversity*. New York, NY: In Oxford Handbook of Happiness.
- Kamińska, M., Ciszewski, T., Łopacka-Szatan, K., Miotła, P., & Starosławska, E. (2015). Breast cancer risk factors. *Przegląd Menopauzalny*, *14*(3), 196–202.
- Kanat, B.B., & Özpolat, A. (2016). Kanser hastalarında travma sonrası büyüme kavramı. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, *7*, 106-110.
- Kangas, M., Henry, J. L., & Bryan, R. A. (2007). Prevalence and Psychological Correlates of Complicated. *Journal of Traumatic Stress*, *20*(3), 251–262.
- Karancı, N. A., & Acartürk, C. (2005). Post-traumatic growth among Marmara earthquake survivors involved in disaster preparedness as volunteers. *Traumatology*, *11*(4), 307-323.
- Karancı, A. N., & Erkam, A. (2007). Variables related to stress-related growth among Turkish breast cancer patients. *Stress and Health*, *23*(5), 315–322.
- Kayser, K., & Scott, J. L. (2008). *Helping Couples Cope With Women's Cancers. An Evidence-Based Approach for Practitioners*. New York, NY: Springer.
- Kilmer, R.P., Gil-Rivas, V., Tedeschi, R.G., Cann, A., Calhoun, L.G., Buchanan, T., & Taku, K. (2009) Use of the revised posttraumatic growth inventory for children. *J Trauma Stress*. *22*, 248–253.

- Kissane, D. W., Clarke, D. M., Ikin, J., Bloch, S., Smith, G. C., Vitetta, L., & McKenzie, D. P. (1998). Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early-stage breast cancer: a cross-sectional survey. *The Medical Journal of Australia*, 192 - 196.
- Kissane, D. W., Grabsch, B., Love, A., Clarke, D. M., Bloch, S., & Smith, G. C. (2004). Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 38(5), 320–326.
- Koçak, S., Çelik, L., Özbaş, S., Sak, S. D., Tükün, A., & Yalçın, B. (2011). Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2020 konsensus raporu. *The Journal of Breast Health*, 7(2), 47–67.
- Koenig, H. G., George, L. K., & Peterson, B. L. (1998). Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 536–542.
- Kolokotroni, P., Anagnostopoulos, F., & Tsikkinis, A. (2014). Psychosocial factors related to posttraumatic growth in breast cancer survivors: a review. *Women & health*, 54(6), 569–592.
- Krizmanic, M., & Kolesaric, V. (1996). A salutogenic model of psychosocial help. *Review of Psychology*, 3, 69–75.
- Kucukkaya, P. G. (2010). An exploratory study of positive life changes in Turkish women diagnosed with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(2), 166–173.
- Lechner, S. C., Zakowski, S. G., Antoni, M. H., Greenhawt, M., Block, K., & Block, P. (2003). Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psycho-Oncology*, 12(5), 491-499.
- Lehman, D.R., Davis, C.G., DeLongis, A., Wortman, C.B., Bluck, S., Mandel, D.R., & Ellard, J.H. (1993). Positive and negative life changes following bereavement and their relations to adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12, 90–112.
- Lelorain, S., Bonnaud-Antignac, A., & Florin, A. (2010). Long term posttraumatic growth after breast cancer: Prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(1), 14–22.
- Levine, E. G., Yoo, G., Aviv, C., Ewing, C., & Au, A. (2007). Ethnicity and spirituality in breast cancer survivors. *Journal of cancer survivorship : research and practice*, 1(3), 212–225.

- Lim, C. C., Devi, M. K., & Ang, E. (2011). Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc* 9(3), 215–235.
- Lindstrom, C. M., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 50-55
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11-21.
- Littlewood, T. J., Bajetta, E., Nortier, J. W., Vercaemmen, E., Rapoport, B., & Epoetin Alfa Study Group (2001). Effects of epoetin alfa on hematologic parameters and quality of life in cancer patients receiving nonplatinum chemotherapy: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of clinical oncology*, 19(11), 2865–2874.
- Liu, J. E., Wang, H. Y., Wang, M. L., Su, Y. L., & Wang, P. L. (2014). Posttraumatic growth and psychological distress in Chinese early-stage breast cancer survivors: A longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 23(4), 437–443.
- Love, C., & Sabiston, C. M. (2011). Exploring the links between physical activity and posttraumatic growth in young adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 20(3), 278–286.
- Maercker, A., & Langner, R. (2001). Stress-related personal growth: A comparison of two German questionnaires for self-assessment of personal growth after traumatic events. *Diagnostica*, 47, 153–162.
- Manne, S., Ostro, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., & Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 66(3), 442-454.
- Matthews, L. T., & Marwit, S. J. (2004). Examining the Assumptive World Views of Parents Bereaved by Accident, Murder, and Illness. *Omega (United States)*, 48(2), 115–136.
- McCullough, M. E., Emmons, R. A., & Tsang, J. (2002). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 112–127.
- McCullough, M. E., Kilpatrick, S. D., Emmons, R. A., & Larson, D. B. (2001). Is gratitude a moral affect? *Psychological Bulletin*, 127(2), 249–266.

- McFarland, C., & Alvaro, C. (2000). The impact of motivation on temporal comparisons: Coping with traumatic events by perceiving persona growth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 327–343.
- Mehnert, A., & Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of psychosomatic research*, 64(4), 383-391.
- Mcpherson, M., Steel, C. M., & Dixon, J. M. (2000). Breast cancer epidemiology, risk factors, and genetics. *British Medical Journal*, 321 (7261), 624–628.
- Mols, F., Vingerhoets, A. J. J. M., Coebergh, J. W. W., & van de Poll-Franse, L. V. (2009). Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology and Health*, 24(5), 583–595.
- Morrill, E. F., Brewer, N. T., O’Neill, S. C., Lillie, S. E., Dees, E. C., Carey, L. A., & Rimer, B. K. (2008). Psychobiological correlates of communication skills use and learning: Preliminary results. *Psycho-Oncology*, 17, 948–953.
- Morris, B. A., Lepore, S. J., Wilson, B., Lieberman, M. A., Dunn, J., & Chambers, S. K. (2014). Adopting a survivor identity after cancer in a peer support context. *Journal of Cancer Survivorship*, 8 (3), 427-436.
- Moyer, A. (1997). Psychosocial Outcomes of Breast-Conserving Surgery Versus Mastectomy: A Meta-Analytic Review. *Health Psychology*, 16(3), 284–298.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Kyriakopoulos, D., Malamos, N., & Damigos, D. (2008). Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer. *The Breast*, 17 (4), 382-386.
- Nelson, C. J., Cho, C., Berk, A. R., Holland, J., & Roth, A. J. (2010). Are gold standard depression measures appropriate for use in geriatric cancer patients? A systematic evaluation of self-report depression instruments used with geriatric, cancer, and geriatric cancer samples. *Journal of Clinical Oncology*, 28(2), 348–356.
- Nishi, D., Matsuoka, Y., & Kim, Y. (2010). Posttraumatic Growth, Posttraumatic Stress Disorder and Resilience of Motor Vehicle Accident Survivors. *BioPsychoSocial Medicine*, 4(7), 1 – 10.
- O’Leary, V. E., & Ickovics, J. R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge: An opportunity for a paradigm shift in women’s health. *Women’s Health: Research on Gender, Behavior, and Policy*, 1, 121–142.

- Özkan, S. (2005). Meme kanserli hastaya psikolojik yaklaşım. VIII. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı. 21-24 Eylül 2005. İstanbul, 165.
- Özkan, S., & Armay, Z. (2007). *Psiko-Onkoloji*. İstanbul: Form Reklam Hizmetleri.
- Özmen, V. (2006). Türkiye’de ve Dünyada meme kanseri. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2, 13–17. <sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub>
- Özmen, V. (2008). Breast cancer in the world and Turkey. *J Breast Health*, 4 (2).
- Özmen, V., Özçınar, B., Karanlık, H., Çabioğlu, N., Tükenmez, M., Disci, R., ... & Soran, A. (2009). Breast cancer risk factors in Turkish women—a University Hospital based nested case control study. *World Journal of Surgical Oncology*, 7(1), 37.
- Park, C. L. (1998). Stress-related growth and thriving through coping: The roles of personality and cognitive processes. *Journal of Social Issues*, 54(2), 267-277.
- Park, C.L., & Ai, A.L. (2006). Meaning making and growth: New directions for research on survivors of trauma. *Journal of Loss & Trauma*, 11, 389-407.
- Park, C. L., Cohen, L., & Murch, R. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64, 71–105.
- Park, N., Peterson, C., Martin E., & Seligman, P. (2004). Strengths of Character and Well-Being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 603-19.
- Pasacreta, J.V. (1997). Depressive Depressive Phenomena, Physical Symptom Distress and Functional Status Among Women With Breast Cancer. *Nursing Research*, 46(4), 214-221. <sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub>
- Peterson, C., Park, N., Pole, N., D’Andrea, W. & Seligman, M. E. P. (2008). Strengths of character and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 214–217.
- Pfister, D. G., Ang, K.-K., Brizel, D. G., Burtness, B. A., Cmelak, A. J., Colevas, A. D., ... Worden, F. (2011). Head and neck cancers: Clinical practice guidelines in oncology. *JNCCN Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 9(6), 596–650.
- Phelps, L.F., Williams, R.M., Raichle, K.A., Turner, A.P., & Ehde, D.M. (2008). The importance of cognitive processing to adjustment in the 1st year following amputation. *Rehabilitation Psychology*, 53, 28-38.
- Polatinsky, S., & Esprey, Y. (2000). An assessment of gender differences in the perception of benefit resulting from the loss of a child. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 709–718.

- Ramos, C., Costa, P. A., Rudnicki, T., Marôco, A. L., Leal, I., Guimarães, R., ... Tedeschi, R. G. (2017). The effectiveness of a group intervention to facilitate posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *27*, 258–264.
- Roberts, R. C., (2004). “The Blessings of Gratitude”, In R. A. Emmons & M. E. McCullough (Eds), *The Psychology of Gratitude*. Oxford University Press, New York, 58-78 .
- Roepke, A. M., & Seligman, M. E. (2015). Doors opening: A mechanism for growth after adversity. *The Journal of Positive Psychology*, *10* (2), 107-115.
- Romeo, A., Di Tella, M., Ghiggia, A., Tesio, V., Torta, R., & Castelli, L. (2020). Posttraumatic growth in breast cancer survivors: Are depressive symptoms really negative predictors?. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, *12*(3), 244–250.
- Romeo, A., Ghiggia, A., Tesio, V., Di Tella, M., Torta, R., & Castelli, L. (2017). Post-traumatic growth, distress and attachment style among women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, *35*, 309–322.
- Ruini, C. (2017). *Positive psychology in the clinical domain. Research and practice*. New York: Springer.
- Ruini, C. & Vescovelli, F. (2013). The role of gratitude in breast cancer: Its relationships with post-traumatic growth, psychological well-being and distress. *Journal of Happiness Studies*, *14*, 263–274.
- Rosenberg, E. L., (1998). Levels of Analysis and the Organization of Affect, *Review of General Psychology*, *2*, 247–270.
- Russell, K. M., Von Ah, D. M., Giesler, R. B., Storniolo, A. M., & Haase, J. E. (2008). Quality of life of African American breast cancer survivors:how much do we know? *Cancer Nursing*, *31*(6), 36–45.
- Salter, E., & Stallard, P. (2004). Posttraumatic growth in child survivors of a road traffic accident. *Journal of Traumatic Stress*, *17*(4), 335-340.
- Sawyer, A., & Ayers, S. (2009). Post-traumatic growth in women after childbirth. *Psychology and Health*, *24*(4), 457-471.
- Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1992). Life crises and personal growth. In B. N. Carpenter (Eds.), *Personal coping: Theory, research, and application* (pp. 149–170). Westport, CT: Praeger Publishers.

- Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1998). The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun (Eds.), *The LEA series in personality and clinical psychology. Post-traumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 99–125). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-oncology*, *19*(1), 46–53.
- Schwarzer, R., Luszczynska, A., Boehmer, S., & Taubert, S. ve Knoll, N. (2006). Changes in finding benefit after cancer surgery and the prediction of well-being one year later. *Social Science and Medicine*, *63*, 1614-1624.
- Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit-finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with breast cancer. *Health Psychology*, *22*, 487-497.
- Seyhan, A. E., & Çavdar, İ. (2019) Meme kanserinde sistematik tedaviler (kemoterapi, hormonoterapi, hedefe yönelik tedavi) ve hemşirelik bakımı. *Meme Kanseri ve Hemşirelik Bakımı*, Antalya: Türkiye Klinikleri, 20-27.
- Sheikh, A. I. (2008). Posttraumatic growth in trauma survivors: Implications for practice. *Counselling Psychology Quarterly*, *21*(1), 85-97.
- Siegel, K., & Schrimshaw, E. W. (2000). Perceiving benefits in adversity: stress-related growth in women living with HIV/AIDS. *Social Science and Medicine*, *51*, 1543- 1554.
- Silva, S. M., Crespo, C., & Canavarro, M. C. (2012). Pathways for psychological adjustment in breast cancer: a longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychology & health*, *27*(11), 1323–1341.
- Sim, B.Y., Lee, Y.W., Kim, H., & Kim, S.H. (2014). Post-traumatic growth in stomach cancer survivors: Prevalence, correlates and relationship with health-related quality of life. *Eur J Oncol Nurs*, *19*, 230-6.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2005). *Brunner & Sudarth's Canadian Textbook of Medical-Surgical Nursing*. Lippincott Williams & Wilkins, USA (10th Edition).
- Soo, H., & Sherman, K. A. (2015). Rumination, psychological distress and post-traumatic growth in women diagnosed with breast cancer. *Psycho- Oncology*, *24*, 70–79.
- Spiegel, D. (1997). Psychosocial aspects of breast cancer treatment. *Seminars in Oncology*, *24* (Suppl.), 36-47.

- Stanton, A. L., Bower, J. E., & Low, C. A. (2006). *Posttraumatic Growth After Cancer*. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice* (pp. 138–175). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Steel, J. L., Gamblin, T. C., & Carr, B. I. (2008). Measuring Post-Traumatic Growth in People Diagnosed With Hepatobiliary Cancer: Directions for Future Research. *Oncology Nursing Forum*, 35(4), 643-650.
- Schulz, U., & Mohamed, N. E. (2004). Turning the tide: Benefit finding after cancer surgery. *Social Science and Medicine*, 59, 653-662.
- Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2009). Intrusive versus deliberate rumination in posttraumatic growth across US and Japanese samples. *Anxiety, Stress, and Coping*, 22(2), 129-136.
- Taku, K., & Oshio, A. (2015). An item-level analysis of the Posttraumatic Growth Inventory: Relationships with an examination of core beliefs and deliberate rumination. *Personality and Individual Differences*, 86, 156-160.
- Tanyi, Z., Szluha, K., Nemes, L., Kovács, S., & Bugán, A. (2015). Positive Consequences of Cancer: Exploring Relationships among Posttraumatic Growth, Adult Attachment, and Quality of Life. *Tumori Journal*, 101(2), 223–231.
- Tartaro, J., Roberts, J., Nosarti, C., Crayford, T., Luecken, L., & David, A. (2005). Who benefits? *Journal of Psychosocial Oncology*, 23,(2/3), 45-64.
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103(2), 193-210.
- Tedeschi, R. G. (1999). Violence transformed: Posttraumatic growth in survivors and their societies. *Aggression and Violent Behavior*, 4(3), 319–341.
- Tedeschi, R. G. (2011). Posttraumatic growth in combat veterans. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18(2), 137.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation*. London, England: SAGE.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455–471.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence of north carolina charlotte circumstances, *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.

- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., & Groleau, J. M. (2015). Clinical applications of post-traumatic growth. In S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice: Promoting human flourishing in work, health, education, and everyday life* (pp. 503–518). New York: John Wiley and Sons.
- Tedeschi, R. G., Cann, A., Taku, K., Senol- Durak, E., & Calhoun, L. G. (2017). The posttraumatic growth inventory: A revision integrating existential and spiritual change. *Journal of Traumatic Stress, 30* (1), 11-18.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1998). Posttraumatic growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis. London, LEA, Inc.
- Thombre, A., Sherman, A. C., & Simonton, S. (2010). Posttraumatic growth among cancer patients in India. *Journal of behavioral medicine, 33* (1), 15-23.
- Thornton, A.A., & Perez, M.A. (2006). Posttraumatic Growth in Prostate Cancer Survivors and Their Partners. *Journal of Psycho- Oncology, 15* (4), 285- 296.
- Tokgöz, G., Yaluğ, İ., Özdemir, S., Yazıcı, A., Uygun, K., & Aker, T. (2008). Kanser hastalarında major depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9*, 59-66.
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology, 23* (1), 16.
- Totur Dikmen, B., & Bayraktar, N. (2019). Meme Kanserinde Risk Faktörleri, Erken Tanı ve Tarama Programları, Uzun,Ö. (Ed.) *Meme Kanseri ve Hemşirelik Bakımı, 1*, 1-7, Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Triplett, K. N., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., & Reeve, C. L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4* (4), 400-410.
- Tünel, M. (2011). *Meme kanserli hastalarda cerrahi tedavi öncesi ve sonrası anksiyete ve depresyon düzeyi*. Tıpta uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Tünel, M., Vural, A., Evlice, Y. E., & Tamam, L. (2012). Meme Kanserli Hastalarda Psikiyatrik Sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 21*(3), 189–219.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2019). *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kanser İstatistikleri 2016*. [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Trkiye\\_Kanser\\_statistikleri\\_2016.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Trkiye_Kanser_statistikleri_2016.pdf). sayfasından erişilmiştir.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2018) *Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018*. Haber bülteni, 2018. Sayı: 30626. [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr) adresinden alındı.

- Updegraff, J. A., & Taylor, S. E. (2000). From vulnerability to growth: Positive and negative effects of stressful life events. In J. H. Harvey & E. D. Miller (Eds.), *Loss and trauma: General and close relationship perspectives*, 3–28.
- Ülger, E., Alacacioğlu, A., Gülseren, A.Ş., Zencir, G., Demir, L.D., & Tarhan, M.O. (2014). Kanserde Psikososyal Sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28, 85-92.
- Urcuyo, K. R., Boyers, A. E., Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health*, 20, 175–192.
- Üzar Özçetin, Y. S., & Hiçdurmaz, D. (2017). Kanser Deneyiminde Travma Sonrası Büyüme ve Psikolojik Sağlamlık. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*, 9(4), 388–397.
- Vernon, L. L., Dillon, J. M., & Steiner, A. R. W. (2009). Proactive coping, gratitude, and posttraumatic stress disorder in college women. *Anxiety, Stress & Coping*, 22, 117–127.
- Vieselmeyer, J., Holguin, J., & Mezulis, A. (2017). The role of resilience and gratitude in posttraumatic stress and growth following a campus shooting. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 9(1), 62–69.
- Vishnevsky, T., Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Demakis, G. J. (2010). Gender differences in self-reported posttraumatic growth: A meta-analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 34(1), 110–120.
- Walker-Williams, H. J., Van Eeden, C., & Van der Merwe, K. (2013). Coping behaviour, posttraumatic growth and psychological well-being in women with childhood sexual abuse. *Journal of Psychology in Africa*, 23(2), 259-268.
- Wang, H. (2011). Investigation and Analysis on the Level and Associated Factors of Posttraumatic Growth in Breast Cancer Patients (Thesis). Capital Medical University, Beijing.
- Wang, J., Costantino, J. P., Tan-Chiu, E., Wickerham, D. L., Paik, S., & Wolmark, N. (2004). Lower-category benign breast disease and the risk of invasive breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(8), 616–620.
- Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 733–746.
- Werdel, M. B., & Wicks, R. J. (2012). *Primer on posttraumatic growth: An introduction and guide*. New York: John Wiley & Sons.

- WHO (2017). Seventieth World Health Assembly update, 30 May 2017. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Available from: <https://www.who.int/news-room/detail/30-05-2017-seventieth-world-health-assembly-update-30-may-2017>. [L]  
[SEP]
- Widows, M. R., Jacobsen, P. B., Booth-Jones, M., & Fields, K. K. (2005). Predictors of Posttraumatic Growth Following Bone Marrow Transplantation for Cancer. *Health Psychology, 24*(3), 266–273.
- Wilson, B., Morris, B. A., & Chambers, S. (2014). A structural equation model of posttraumatic growth after prostate cancer. *Psycho-Oncology, 23* (11), 1212–1219.
- Wood, A. M., Joseph, S., & Maltby, J. (2008a). Gratitude uniquely predicts satisfaction with life: Incremental validity above the domains and facets of the five factor model. *Personality and Individual Differences, 45*(1), 49–54. [L]  
[SEP]
- Wood, A. M., Maltby, J., Gillett, R., Linley, P. A., & Joseph, S. (2008b). The role of gratitude in the development of social support, stress, and depression: Two longitudinal studies. *Journal of Research in Personality, 42*(4), 854–871.
- Woodward, C., & Joseph, S. (2003). Positive change processes and post-traumatic growth in people who have experienced childhood abuse: Understanding vehicles of change. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 76*, 267–283.
- Woodward, W. A., Strom, E. A., Tucker, S. L., McNeese, M. D., Perkins, G. H., Schechter, N. R., ... Buchholz, T. A. (2003). Changes in the 2003 American Joint Committee on Cancer staging for breast cancer dramatically affect stage-specific survival. *Journal of Clinical Oncology, 21*(17), 3244–3248.
- Wu, X., Zhou, X., Liu, L. & Chen, J. (2014). Social support and deliberate rumination mediate the relationship between gratitude and post-traumatic growth in adolescents at 4.5 years after Wenchuan earthquake. *Psychological Science, 37*, 1148–1153.
- Yalom, I. D., & Lieberman, M. A. (1991). Bereavement and heightened existential awareness. *Psychiatry, 54*, 334–345.
- Yıldırım, N. K., Özkan, M., Özkan, S., özçınar, B., Güler, S. A., & Özmen, V. (2009). Meme Kanserli Hastaların Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi: Bir Yıllık Prospektif Değerlendirme Sonuçları. *Nöropsikiyatri Arşivi, 46*, 175–81.
- Zhai, J., Newton, J., & Copnell, B. (2019). Posttraumatic growth experiences and its contextual factors in women with breast cancer: An integrative review. *Health Care for Women International, 40*(5), 554–580.

- Zhou, X., An, Y., Wu, X., Chen, H. & Long, C. (2014a). Social support mediate the associations between gratitude and post-traumatic growth in middle school students at three years after Wenchuan earthquake. *Psychological Development and Education*, 30, 68–74.
- Zhou, X. & Wu, X. (2015). Longitudinal relationships between gratitude, deliberate rumination, and posttraumatic growth in adolescents following the Wenchuan earthquake in China. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56, 567–572.
- Zhou, X., Wu, X., Fu, F., & An, Y. (2015). Core belief challenge and rumination as predictors of PTSD and PTG among adolescent survivors of the Wenchuan earthquake. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7 (4), 391-397.
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology – A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626-653.
- Zwahlen, D., Hagenbuch, N., Carley, M. I., Jenewein, J., & Buchi, S. (2010). Posttraumatic growth in cancer patients and partners — effects of role, gender and the dyad on couples ‘posttraumatic growth experience’. *Psycho-Oncology*, 20, 12–20.

## EKLER

### EK A ÖLÇEKLERİN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ

#### 1.1 Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5; Boysan ve ark., 2017)

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5; Boysan ve ark., 2017) bir öz bildirim ölçeğidir. DSM-5 baz alınarak, katılımcıların son bir aydaki travma sonrası stres bozukluğu semptom şiddetinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır. Ölçek toplam 20 sorudan oluşan, 0 ('hiç') ile 4 ('aşırı') arasında değişen 5'li likert tipi üzerinden puanlanmaktadır. Ölçekten alınacak toplam puan 0 ila 80 arasında değişmektedir. PCL-5'den alınan 47 ve üzeri puanlar TSBB tanısı için kesme puanı olarak belirlenmiştir.

Orjinal ölçeğin güvenirlik çalışması sonuçlarında, Cronbach alfa 0.94; test-tekrar test güvenirlik katsayısı  $r=.82$  olarak bulunmuştur (Weathers ve ark., 2013). Ölçeğin Türkçeye adaptasyonunun yapıldığı araştırmada ise Cronbach Alpha 0.87; güvenirlik katsayısı  $r=.76$  olarak bulunmuştur (Boysan ve ark., 2017). Ölçeğin başında belirtilen 'zihninizi meşgul etmeye devam eden yaşadığınız en kötü olayı düşünerek' ifadesi, katılımcıların temsil edilebilirliği için 'meme teşhis ve tedavi sürecinizi düşünerek' olarak değiştirilmiştir. Bu sonuçlara göre, ölçeğin tutarlı ve güvenilir bir ölçek olduğu görülmektedir.

#### 1.2 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS; Aydemir, 1997)

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS; Aydemir, 1997), katılımcıların anksiyete ve depresyonlarını ölçmek amacıyla kullanılmıştır. Ölçek yedisi depresyon yedisi kaygı için olmak üzere toplam on dört maddeden oluşmaktadır. 4'lü Likert tipinde puanlanmaktadır. Depresyonu ölçen maddeler 2, 4, 6, 8, 10, 12 ve 14 şeklinde sıralanırken; kaygı 1, 3, 5, 7, 9, 11 ve 13 numaralı maddeler ile ölçülmektedir. Ölçekte 2, 4, 7, 9, 12 ve 14. maddeler düz; 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 ve 13. numaralı maddeler ise ters numaralı

maddelerdir. Düz maddeler a=0, b=1, c=2 ve d=3 olarak kodlanırken, ters maddeler a=3, b=2, c=1 ve d=0 şeklinde kodlanmıştır.

Depresyon ve anksiyete alt ölçeklerinin her birinden alınan toplam puan 0-21 arasında değişmektedir. 0-7 arası 'normal', 8-10 arası 'hafif', 11-14 arası 'orta', 15-21 arası 'ciddi' bir duygu durum bozukluğunu gösterir (Snaith, 2003). Ölçeğin Türkçe'ye geçerlik ve güvenirlik çalışmaları sonucunda Anksiyete alt ölçeği için kesme puanın 10, Depresyon alt ölçeği için de kesme puanı 7 bulunmuştur (Aydemir, 1997). Ölçekten alınan puanların yüksekliği, depresyon ya da kaygının derecesinin de yüksek olduğunu anlamına gelir.

Ölçeğin orijinal hali, Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilmiştir. Çalışmalarında HADS'ı ruhsal hastalığı olan kişilerle değil çeşitli fiziksel rahatsızlığı olan kişiler bağlamında değerlendirmişlerdir. Ölçeğin güvenirlik çalışması sonuçlarında, kaygıyı ölçen maddelerin iç tutarlılığı .41 ile .76 arasında değişkenlik göstermekteyken, depresyon maddeleri ile korelasyonu ise .30 ile .60 arasındadır.

Ölçeğin Türkçeye adaptasyonun Aydemir (1997) tarafından yapıldığı araştırmaya 213 üniversite öğrencisi ile 136 hasta katılımcı dahil edilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre öğrenci örnekleminde depresyon ortalaması 5.32 ve Cronbach alfa 0.74 iken ; hasta örnekleminde depresyon ortalaması 8.04 ve Cronbach alfa .78 olarak tespit edilmiştir. Kaygı ortalaması ise 9.35 ve Cronbach alfa .85 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlara göre, ölçeğin tutarlı ve güvenilir bir ölçek olduğu görülmektedir.

### **1.3 Temel İnançlar Envanteri (CBI; Haselden, 2014)**

Temel İnançlar Envanteri (CBI; Haselden, 2014) belirli bir olayın (meme kanseri hastalığının) hastaların dünyaya ilişkin temel varsayımlarını ne düzeyde sorgulamaya yönlendirdiğini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Toplam 9 maddeden ve tek faktörlü yapıdan oluşan bir ölçektir. Katılımcıların verdiği yanıtlar 0 = 'hiç olmadı' ve 5 = 'çok büyük düzeyde' olarak 6 dereceli Likert tipinde puanlanmaktadır. Ölçeğin maddeleri, kişiler arası ilişkiler, dinsel inançlar, hayatın anlamı, kişisel olan güçlülük ve

zayıflıklar üzerinde yoğunlaşmaktadır. Orijinal ölçek üzerinde yapılan 3 farklı çalışmada da Cronbach alfa değeri 0.82 ve 0.90 arasında değişim göstermektedir. Bunun yanı sıra iki ay arayla yapılan çalışmaların sonucunda ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik katsayısı .69 olarak bulunmuştur (Cann ve ark., 2010).

Ölçek Türkçe'ye Haselden (2014) tarafından uyarlanmıştır. Orijinalinden farklı olarak ölçeğin Türkçe formu, 'diğer insanlara yönelik inançlar' ve 'kendine yönelik inançlar' olmak üzere iki faktörlü yapıdadır. Ölçekten alınan toplam puan 0 ile 45 arasında değişmektedir. Ölçeğin güvenirligi, iç tutarlılık katsayısının hesaplanmasıyla değerlendirilmiştir. Ölçeğin 'diğer insanlara yönelik' temel inançlar ve 'kendiliğe yönelik' temel inançlar alt faktörlerinin Cronba alfa değerleri sırasıyla şu şekildedir; 0.90; 0.82. Tüm ölçek için elde edilen Cronbach alfa değeri ise 0.87'dir. Bunun yanında iç tutarlık katsayıları da 'diğer insanlara yönelik' temel inançlar ve 'kendiliğe yönelik' temel inançlar alt faktörleri için sırasıyla şu şekildedir; 0.77; 0.82.

Ölçekten alınan puanın artması, kişinin dünyaya dair temel varsayımlarında muhtemel bir bozulmayı göstermektedir. Bu sonuçlara göre, ölçeğin tutarlı ve güvenilir bir ölçek olduğu görülmektedir.

#### **1.4 Takdir Etme Ölçeği (TEÖ; Göcen, 2012)**

Takdir Etme Şükür Ölçeği (TŞÖ), Adler ve Fagley (2005) tarafından kişilerin minnettarlık düşüncesinin daha genel bir ifadesi olan takdir edici bir yaşam tarzına sahip olma derecelerini ölçmek amacıyla 7'li likert yapıda geliştirilen bir ölçektir. Ölçeğin orjinali toplamda 57 madde ve 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu 8 alt boyut sırasıyla; "Sahiptelik (Have/ Focus)", "Farkındalık (Awe)", "Günlük Hayatta Dinî Uygulamalar (Ritual)", "Yaşanan An (Present Moment)", "Kişisel/Sosyal Karşılaştırma (Self/ Social Comparison)", "Şükür (Gratitude)", "Kayıp/ Sıkıntı (Loss/ Adversity)", "Kişilerarası İlişkiler (Interpersonal)" dir. Ölçeğin orjinalinde, yaşları 17-52 yaş arasında değişen farklı etnik yapı ve inançtaki 267 kadın ve 151 erkek katılımcı ile çalışılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda genel ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.94; alt boyutlarının ise 0.84 ile 0.62 arasında değişim gösterdiği bulunmuştur.

Türkçe'ye çevirisi ve adaptasyonu Göcen (2016) tarafından yapılan ölçek de orijinal yapısına uygun olarak 8 faktörden oluşmaktadır. Katılımcıların yanıtları 1= 'bana hiç uygun değil' ve 7= 'bana çok uygun' aralığındaki 7 derecede puanlanmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan, şükür puanını vermektedir. Yüksek puanlar, şükür düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Faktörlerin isimleri: ibadete yönelik şükür, sahip olma yönelimli şükür, aileye yönelik şükür, yakın ilişkilere yönelik şükür, mukayeseli şükür, huşu/a'na dair şükür, sözel şükür olarak sıralanabilir. Ölçekte 37 ve 56. maddeler ters numaralı maddelerdir. Düz maddeler a=1, b=2, c=3, d=4, e=5, f=6, g=7 olarak kodlanırken, ters maddeler a=7, b=6, c=5, d=4, e=3, f=2 ve g=1 şeklinde kodlanmıştır. TEÖ'nün Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı (.93) olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, ölçeğin tutarlı ve güvenilir bir ölçek olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre, ölçeğin tutarlı ve güvenilir bir ölçek olduğu görülmektedir.

### **1.5 Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE; Işıklı ve Dürü, 2006)**

Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE; Işıklı ve Dürü, 2006) kişide, travmatik yaşam olaylarından olan meme kanseri tansı sonrası meydana gelen gelişimi ve olumlu değişimi ölçmek amacıyla kullanılmıştır. Tedeschi ve Calhoun (1996) tarafından geliştirilen orijinal ölçek, 21 maddeden oluşan 5 faktörlü bir yapıya sahiptir. Katılımcıların verdiği yanıtlar 1 = 'Yaşamadım' ve 6 = 'Çok fazla yaşadım' olarak 6'lı Likert tipinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınan toplan puan 0 ile 105 arasında değişmektedir.

Türkçe'ye çevirisi ve adaptasyonu Işıklı ve Dürü (2016) tarafından yapılan ölçek de orijinal yapısına uygun olarak 5 faktörden oluşmaktadır. Bu 5 alt boyut sırasıyla; "Başkalarıyla İlişkiler (15, 14, 17, 16, 3 ve 9. maddeler)", "Yeni Fırsatlar (6, 8, 20 ve 21. maddeler)", "Kişisel Güçlülük (2, 1, 7 ve 13. maddeler)", "Manevi Değişim (10, 4, 11 ve 19. maddeler)" ve "Yaşamı Takdir Etme (18, 5 ve 12. maddeler)" dir. Genel ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.93 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınan puanın artması, travma sonrası kişilerin olumlu bir değişim veya büyüme geçirdiğini

göstermektedir. Bu sonuçlara göre, ölçeğin tutarlı ve güvenilir bir ölçek olduğu görülmektedir.



## EK B SOSYODEMOGRAFİK FORM

### Kişisel Bilgiler

**1. Doğum tarihiniz (Gün/Ay/Yıl): ....../...../.....**

**2. Medeni durumunuz:**

- Bekarım  
 Evliyim  
 Boşandım  
 Eşim hayatta değil

**3. Eğitim durumunuz:**

- Okur-yazar değilim  
 Okur-yazarım  
 İlkokul mezunuyum  
 Ortaokul mezunuyum  
 Lise mezunuyum  
 Yüksekokul mezunuyum  
 Üniversite mezunuyum  
 Lisansüstü (Yüksek lisans veya doktora) mezunuyum

**4. Çocuğunuz var mı?**

- Hayır  
 Evet ise sayısı .....

**5. Ekonomik durumunuzu en iyi tarif eden ifadeyi işaretleyiniz:**

- Hiç düşünmeden harcama yaparım  
 Rahat harcama yaparım  
 Düşünerek harcama yaparım  
 Temel ihtiyaçlarım dışında zor harcama yaparım  
 Temel ihtiyaçlarımı bile zor karşılarım

**6. Su an herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığınız bulunmakta mıdır?**

Hayır

Evet

• Evet ise, tanınınız nedir? .....

• Tanınınız;

Kanser tanısı almadan önce mi?

Kanser tanısı aldıktan sonra mı kondu?

**Hastalıkla İlgili Bilgiler**

**1. Daha önce meme kanseri hastalığı geçirmiş miydiniz?**

Hayır

Evet ise (hangi yıl ?) .....

**2. Su anki meme kanseri hastalığınızın teşhisi ne zaman kondu? (ay, yıl)**

ay önce

yıl önce

**3. Su anki meme kanseri tanısını aldığınızda, hastalığınızın kaçınıcı evresindeydiniz?**

1

2

3

4

**4. Su anki meme kanseri hastalığınıza bağlı olarak tedavilerden hangilerini görüyorsunuz?**

Herhangi bir tedavi görmüyorum.

Radyasyon

Hormon

Kemoterapi

5. **Şu anki meme kanseri hastalığınıza bağlı olarak ne tür bir ameliyat geçirdiniz?**

- Herhangi bir ameliyat geçirmediim.
- Lumpektomi
- Mastektomi
- Rekonstrüksiyonlu mastektomi



## EK C BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, İbn Haldun Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Bölümü yüksek lisans tez araştırması kapsamında, Dr. Öğr. Üyesi Senem Eren danışmanlığında Psikolog Merve Aras tarafından yürütülmektedir. Araştırmanın temel amacı, zorlayıcı bir yaşam olayı olan kanserin kişi üzerinde yarattığı sıkıntıları anlamaktır. Bunun yanında bu sürecin kişilerin hayatında ne gibi değişiklikler yarattığını tespit edip, elde edilen bilgileri ileriye yönelik sıkıntıların azaltılmasında kullanmaktır. Araştırmaya katılmak için en az 35 yaşında olmak gerekmektedir. Araştırmanın hiçbir aşamasında kimlik bilgileriniz sorulmamaktadır ve cevaplarınız anonim olarak kaydedilmektedir. Temel demografik ve hastalıkla ilgili bilgilerinize yönelik sorulardan sonra, uygulanacak beş ölçekte cevaplamanız gereken her soru için, yönergelere uygun olarak yanıt vermeniz gerekmektedir. Formda bulunan tüm soruları cevaplamak ortalama 20-25 dakikanızı alacaktır.

Araştırma için Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etiği Kurulu'ndan onay alınmıştır. Araştırmaya katılımınız gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında hiçbir gerekçe belirtmeden anketi doldurmayı bırakabilirsiniz. Anket sonunda kaydedilmeyen bilgiler silinecektir. Ankete katılmanın herhangi bir riski ya da avantajı bulunmamaktadır. Veriler toplu halde değerlendirilecek, yanıtlar araştırmacılar dışında kimse ile paylaşılmayacak ve yalnızca bilimsel yayın amacıyla kullanılacaktır. Sizin de katılımınızla bu çalışma sonucunda, psikolojik süreçlerin daha iyi anlaşılmasına ve bu konuda verilen psikolojik hizmetlerin geliştirilmesine katkı sağlanacaktır.

Yapılan araştırmanın amacına ulaşması ve bilimselliği açısından, vereceğiniz cevapların içten ve eksiksiz olması gerekmektedir. Araştırmayla ilgili sorularınız ve görüşleriniz için xxxxxxx@gmail.com adresinden araştırmacıyla iletişime geçebilirsiniz.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Psk. Merve Aras

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Senem Eren

*Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bu araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Uygulama sonuçlarının akademik amaçlı kullanılmasını onaylıyorum. Yukarıda verilen bilgiler doğrultusunda, araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.*

Onaylıyorum ( )

## EK D ETİK KURUL İZİN BELGESİ

T.C.

İBN HALDUN ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR VE YAYIN ETİĞİ KURULU  
BAŞKANLIĞI KARAR FORMU

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Meme Kanseri Hastalarında Travma Sonrası Büyümenin Görülme Sıklığı ve Gelişimini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Merve ARAS			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Klinik Psikoloji			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ETİK KURUL BAŞVURU FORMU	07.11.2019		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	07.11.2019		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	SOSYODEMOGRAFIK FORM	07.11.2019		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
<b>KARAR NO: 2019/22-1</b>		<b>TARİH: 14.11.2019</b>		
<b>Karar Bilgileri</b>	<p><b>KARAR:</b> Kurulumuza başvuran Sn. Merve ARAS "Meme Kanseri Hastalarında Travma Sonrası Büyümenin Görülme Sıklığı ve Gelişimini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" isimli proje; amaç, araştırma türü ve örneklem, veri toplama araçları, süreç ve işlemler, veri analizleri dikkate alınmak suretiyle değerlendirilerek aşağıdaki sonuca ulaşılmıştır:</p> <p>Proje etik açıdan uygun bulunmuştur <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Projenin etik açıdan geliştirilmesi gerekmektedir <input type="checkbox"/></p> <p>Proje etik açıdan uygun bulunmamıştır <input type="checkbox"/></p>			

ETİK KURULDAKİ GÖREVİ	ADI SOYADI
Etik Kurul Başkanı	Prof. Dr. Ali Yeşilirmak
Üye	Prof. Dr. Yüksel Özden
Üye	Prof. Dr. Fuat Erdal
Üye	Prof. Dr. Halil Berktaş
Üye	Prof. Dr. Bilal Aybakan
Üye	Prof. Dr. Yusuf Çalışkan
Üye	Prof. Dr. Üzeyir Ok

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Ad-Soyadı: Merve Aras

### Eğitim

2018-2021 İbn Haldun Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

2012-2017 İstanbul Kemerburgaz Üniversitesi - İngilizce Psikoloji

### İş Deneyimi

2019- 2020 Psikoterapi Uygulama (1 yıl) İbn Haldun Üniversitesi Psikoterapi Uygulama ve Araştırma Merkezi

2019 Afet Bölgesi Deneyimi (2 Hafta) 2020 Elazığ Depremi- Aile, Çalışma ve Sosyal Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve Kızılay- Psikolojik İlk Yardım Destek Ekibi

2017-2018 Erasmus Staj Hareketliliği (7 Ay) Leiden Üniversitesi, Hollanda

2017- Sosyal Psikoloji Saha Çalışması (4 ay) İstanbul Kemerburgaz Üniversitesi Çocuk Üniversitesi

2016-2017 Klinik Gözlem (2 ay) Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Poliklinik ve Yatan Hasta Servisinde Gözlem

2016- Klinik Gözlem (1 ay) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servis, Poliklinik ve Yatan Hasta Servisinde Gözlem