

İSTANBUL BİLGİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ PROGRAMLAR ENSTİTÜSÜ
TRAVMA VE AFET ÇALIŞMALARI UYGULAMALI RUH SAĞLIĞI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**MEME KANSERİ TEŞHİSİ ALAN KADINLARDA DUYGUSAL ÖZ-
YETERLİLİK VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Zeynep FEVZİOĞLU

119507046

Prof. Dr. Ahmet Tamer AKER

İSTANBUL

2023

**MEME KANSERİ TEŞHİSİ ALAN KADINLARDA DUYGUSAL ÖZ-
YETERLİLİK VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**THE RELATIONSHIP BETWEEN EMOTIONAL SELF-EFFICACY AND
POST TRAUMATIC GROWTH IN FEMALE PATIENTS DIAGNOSED
WITH BREAST CANCER**

ZEYNEP FEVZİOĞLU

119507046

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ahmet Tamer Aker (İmza)

İstanbul Bilgi Üniversitesi

Jüri Üyeleri: Dr. Öğr. Üyesi Ersin Uygun (İmza)

İstanbul Bilgi Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Alişan Burak Yaşar (İmza)

İstanbul Gelişim Üniversitesi

Tezin Onaylandığı Tarih: 06.02.2023

Toplam Sayfa Sayısı: 177

Anahtar Kelimeler

- 1) Meme Kanseri
- 2) Travma Sonrası Büyüme
- 3) Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- 4) Duygusal Öz-Yeterlilik
- 5) Psikiyatri

Keywords

- 1) Breast Cancer
- 2) Post Traumatic Growth
- 3) Post Traumatic Stress Disorder
- 4) Emotional Self-Efficacy
- 5) Psychooncology

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tez taslağının hazırlanmasından ve planlanmasından tezin yazımına kadar tüm süreçlerde etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdeki tüm bilgileri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, bu çalışmadan elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu tez çalışmasının yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

ZEYNEP FEVZİOĞLU

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans sürecimin hem ders aşamasında hem de tez aşamasında bizler ile çok kıymetli bilgilerini paylaşan değerli danışman hocam Prof. Dr. Ahmet Tamer Aker ve diğer hocalarımıza, hayatımın her döneminde olduğu gibi tez yazım aşamasında da benden desteklerini esirgemeyen anneciğim Fatma Fevzioğlu'na, babacığım Muammer Fevzioğlu'na ve sevgili kardeşim Fevzi Ahmet Fevzioğlu'na teşekkürlerimi sunuyorum. Son olarak çalışmama gönüllü olarak katılım sağlayan ve bu tezin yazılmasına imkân sunan meme kanseri tanısı almış kadınlara şükranlarımı sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	iii
ÖNSÖZ.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
KISALTMALAR	x
ŞEKİL LİSTESİ.....	xi
TABLO LİSTESİ	xii
ÖZET.....	xvi
ABSTRACT	xvii
BİRİNCİ BÖLÜM: TRAVMANIN TANIMI	1
1.1. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU	3
1.2. TRAVMA SONRASI BÜYÜME	6
1.2.1. Travma Sonrası Büyüme ile İlgili Kavramlar.....	8
1.2.1.1. Travma Sonrası Büyüme Oluşum Aşamaları	9
1.2.1.2. Travma Sonrası Büyüme ile İlişkili Faktörler.....	11
İKİNCİ BÖLÜM: DUYGUSAL ÖZ- YETERLİK.....	16
2.1. DUYGU	16
2.2. ÖZ YETERLİK.....	17
2.3. DUYGUSAL ZEKÂ VE DUYGUSAL ÖZ-YETERLİK	20
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: KANSER.....	23
3.1. KRONİK HASTALIKLAR	23
3.2. KANSER VE KANSER TANISI.....	24
3.3. KANSER TEDAVİSİNDE UYGULANAN YÖNTEMLER.....	25
3.4. TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİLER (TAT).....	27
3.5. MEME KANSERİ.....	29
3.5.1. Meme Kanseri Risk Faktörleri, Belirti ve Bulguları.....	29
3.5.2. Meme Kanserinin Evrelendirilmesi ve Tanı Yöntemleri	30
3.5.3. Meme Kanseri Tedavi Yöntemleri.....	35
3.5.3.1. Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisi	35
3.5.3.2. Radyoterapi	36

3.5.3.3. Kemoterapi	37
3.5.3.4. Meme Kanserinde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler	37
3.6. PSİKOONKOLOJİ.....	41
3.7. KANSER VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME.....	43
3.8. KANSER VE DUYGUSAL ÖZ-YETERLİLİK	45
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE ÖRNEKLEMİ	47
4.1. ETİK KURUL ONAYI	47
4.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ.....	47
4.3. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	47
4.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	48
4.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	48
4.4.2. Duygusal Öz-Yeterlilik Ölçeği	49
4.4.3. Kansere Hastaları İçin Travma Sonrası Gelişim Ölçeği	49
4.5. İŞLEM	50
4.6. ARAŞTIRMANIN VERİ ANALİZİ.....	50
BEŞİNCİ BÖLÜM: BULGULAR.....	51
5.1. GÜÇ ANALİZİ.....	51
5.2. ÖRNEKLEMİN İNCELENMESİ.....	52
5.3. ÖLÇEKLERİN NORMALLİK DAĞILIMLARI.....	57
5.4. KATILIMCILARIN TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİLİK DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	58
5.5. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİLİK DÜZEYLERİNİN KANSER TANISINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI..	60
5.6. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİLİK DÜZEYLERİNİN MEDENİ DURUMA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI ...	61
5.7. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİLİK DÜZEYLERİNİN EĞİTİM DÜZEYİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI .	63
5.8. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİLİK DÜZEYLERİNİN ÇALIŞMA DURUMUNA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI.....	68

5.9. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN EKONOMİK GELİR DÜZEYİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI.....	70
5.10. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN SOSYAL GÜVENCEYE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI.....	73
5.11. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN MESLEK DEĞİŞKENİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI	76
5.12. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN BİRLİKTE YAŞANAN KİŞİYE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI.....	80
5.13. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN KRONİK HASTALIĞA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI.....	83
5.14. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN PSİKİYATRİK HASTALIĞA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI.....	85
5.15. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN PSİKOTERAPİ DESTEĞİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI.....	87
5.16. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN BEŞ YIL İÇİNDE YAŞANAN TRAVMATİK OLAYA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI	90
5.17. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYİ İLE YAŞ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ.....	92
5.18. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN KANSER TANISI KONULAN YILA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI.....	94

5.19. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN MEME KANSERİ HABERİNİ VERENE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI.....	95
5.20. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN KANSER SÜRECİNDE SIK BAKIM VERENE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI.....	97
5.21. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN ONKOLOJİ TEDAVİSİNDE PSİKOLOJİK DESTEĞE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI	98
5.22. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN KANSER TANISI SONRASINDA PSİKİYATRİK TANIYA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI	99
5.23. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN BİRİNCİ DERECEDEDEN KANSER TANISI ALMIŞ YAKINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI.....	100
5.24. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ.....	101
ALTINCI BÖLÜM: TARTIŞMA	108
SONUÇ.....	122
ÖNERİLER.....	123
KAYNAKÇA.....	126
EKLER.....	149
EK-1. MEME KANSERİ TANISI ALAN KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	149
EK-2. MEME KANSERİ TANISI ALMAYAN KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	150
EK-3. MEME KANSERİ TANISI ALANLAR İÇİN DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU.....	151
EK-4. MEME KANSERİ TANISI ALMAYANLAR İÇİN DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU.....	155
EK-5. DUYGUSAL ÖZYETERLİLİK ÖLÇEĞİ.....	157

EK-6. KANSER HASTALARI İÇİN TRAVMA SONRASI BÜYÜME ÖLÇEĞİ.....	159
EK-7. ETİK KURUL ONAYI	160



KISALTMALAR

APA	American Psychological Association
DSM	Diagnos and Statistical Manual of Mental Disorders / Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
IPOS	International Psycho-Oncology Society
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TAT	Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler
TSB	Travma Sonrası Büyüme
TSG	Travma Sonrası Gelişim
TSSB	Travma sonrası Stres Bozukluğu

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.1 TSSB'nin Oluşum Aşamaları	11
Şekil 5.1 Güç Analizi.....	51



TABLO LİSTESİ

Tablo 5.1 Örneklemeye Ait Tanımlayıcı İstatistik Bulgular.....	52
Tablo 5.2 Kansere Tanısı Alan Örneklemeye Ait Tanımlayıcı İstatistik Bulgular ...	55
Tablo 5.3 Katılımcılara Ait Yaş Ortalamaları	57
Tablo 5.4 Ölçeklerin Normallik Testi Sonuçları.....	57
Tablo 5.5 Ölçeklerin Puan Ortalamaları ve Puan Aralıkları	58
Tablo 5.6 Örneklemeye Ait Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Kansere Tanısına Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları	60
Tablo 5.7 Kansere Tanılı Örneklemeye Ait Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları	61
Tablo 5.8 Kansere Tanısız Örneklemeye Ait Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları	62
Tablo 5.9 Kansere Tanılı Örneklemeye Ait Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Eğitim Düzeyi Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları	64
Tablo 5.10 Kansere Tanısız Örneklemeye Ait Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Eğitim Düzeyi Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları	66
Tablo 5.11 Kansere Tanılı Örneklemeye Ait Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları	68
Tablo 5.12 Kansere Tanısız Örneklemeye Ait Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları	69
Tablo 5.13 Kansere Tanılı Örneklemeye Ait Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Ekonomik Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları.....	70

Tablo 5.14 Kanser Tanısız Örneklemin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Ekonomik Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları.....	71
Tablo 5.15 Kanser Tanılı Örneklemin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Sosyal Güvenceye Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları	73
Tablo 5.16 Kanser Tanısız Örneklemin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Sosyal Güvenceye Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları	74
Tablo 5.17 Kanser Tanılı Örneklemin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Meslek Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları	76
Tablo 5.18 Kanser Tanısız Örneklemin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Meslek Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları	78
Tablo 5. 19 Kanser Tanılı Örneklemin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Birlikte Yaşanan Kişiye Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları	81
Tablo 5.20 Kanser Tanısız Örneklemin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Birlikte Yaşanan Kişiye Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları.....	82
Tablo 5.21 Kanser Tanılı Örneklemin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Kronik Hastalığa Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları	83
Tablo 5.22 Kanser Tanısız Örneklemin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Kronik Hastalığa Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları	84
Tablo 5.23 Kanser Tanılı Örneklemin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Psikiyatrik Hastalığa Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları	86

Tablo 5.24 Kanser Tanısız Örneklemin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Psikiyatrik Hastalığa Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları	87
Tablo 5.25 Kanser Tanılı Örneklemin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Psikoterapi Desteğine Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları	88
Tablo 5.26 Kanser Tanısız Örneklemin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Psikoterapi Desteğine Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları	89
Tablo 5.27 Kanser Tanılı Örneklemin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Beş Yıl İçinde Yaşanan Travmatik Olaya Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları.....	90
Tablo 5.28 Kanser Tanısız Örneklemin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Beş Yıl İçinde Yaşanan Travmatik Olaya Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları.....	91
Tablo 5.29 Kanser Tanılı Örneklemin Ölçek Puanlarının Yaş ile Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi Sonuçları.....	92
Tablo 5.30 Kanser Tanısız Örneklemin Ölçek Puanlarının Yaş ile Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi Sonuçları.....	93
Tablo 5.31 Kanser Tanılı Örneklemin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Kanser Tanısı Konulan Yıla Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları.....	94
Tablo 5.32 Kanser Tanılı Örneklemin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Meme Kanseri Haberini Verene Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları.....	96
Tablo 5.33 Kanser Tanılı Örneklemin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Kanser Sürecinde Sık Bakım Verene Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları.....	97
Tablo 5.34 Kanser Tanılı Örneklemin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Onkoloji Tedavisinde Psikolojik Desteğe Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları.....	98

Tablo 5.35 Kanser Tanılı Örneklemın Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Kanser Tanısı Sonrasında Psikiyatrik Tanıya Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları.....	99
Tablo 5.36 Kanser Tanılı Örneklemın Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Birinci Dereceden Kanser Tanısı Almış Yakına Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları.....	100
Tablo 5.37 Kanser Tanılı Örneklemın Ölçekler Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi Sonuçları	102
Tablo 5.38 Kanser Tanısız Örneklemın Ölçekler Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi Sonuçları	105

ÖZET

Yapılan bu çalışmada meme kanseri tanısı alan kadın hastalarda duygusal özyeterlilik ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada niceliksel bir yöntem olan kesitsel araştırma modeli kullanılmıştır. Araştırmaya meme kanseri tanısı alan 46 kadın ile meme kanseri tanısı almayan 44 kadın katılmıştır. Araştırmanın veri toplamaya sürecinde “Kişisel Bilgi Formu”, “Duygusal Öz-Yeterlilik Ölçeği” ve “Kanser Hastaları İçin Travma Sonrası Gelişim Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen verilerin analiz sürecinde SPSS 21.0 programında Frekans Analizi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Bağımsız t-Testi ve Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Araştırmanın sonunda meme kanseri tanısı alan kadınların travma sonrası büyüme ve duygusal özyeterlilik düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde travma sonrası büyüme alt boyutları ile duygusal özyeterlilik alt boyutları arasında da pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Araştırmaya katılan kadınlarda travma sonrası gelişme düzeyinin herhangi bir işte çalışma ve kanser tanısı alan yakına sahip olma değişkenlerine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0.05$). Buna karşılık kadınların travma sonrası gelişme düzeylerinin medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu, sosyal güvenceye sahip olma, kanser tanısı konulan yıl, meme kanserini haber veren birey, tedavi sürecinde bakım veren kişi, onkoloji servisinde psikolojik destek alma durumu ve psikiyatrik tanı alma değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$). Ayrıca araştırmaya katılan kadınların duygusal özyeterlilik düzeylerinin de demografik değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Sonuç olarak, meme kanseri tanısı alan kadınlarda travma sonrası gelişmenin duygusal özyeterlilik düzeyini olumlu yönde etkilediği, travma sonrası gelişimin bazı demografik değişkenlere göre farklılaştığı, buna karşılık duygusal özyeterlilik düzeyinin demografik değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermediği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Duygusal Öz-Yeterlilik, Meme Kanseri, Psikiyatrik, Travma Sonrası Gelişim, Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ABSTRACT

This study aimed to examine the relationship between emotional self-efficacy and post-traumatic growth in female patients diagnosed with breast cancer. It is conducted with the cross-sectional study design, as a quantitative research method. Forty-six women diagnosed with breast cancer and 44 women not diagnosed with breast cancer participated the study. "Personal Information Form", "Emotional Self-Efficacy Scale" and "Post Traumatic Growth Inventory in Cancer Patients" were used in the data collection. In the data analysis, Frequency Analysis, One Way ANOVA (analysis of variance), The Independent Sample t-Test and Pearson Correlation Analysis were used in the SPSS 21.0 program. The results showed that there was a positive significant relationship between post-traumatic growth and emotional self-efficacy levels of women diagnosed with breast cancer ($p < 0.05$). Similarly, it was determined that there were positive significant relationships between the post-traumatic growth and emotional self-efficacy subscales ($p < 0.05$). It was found that the post-traumatic development levels of the women participating in the study significant relationships with the variables of having a job and having a relative diagnosed with cancer ($p < 0.05$). On the other hand, it was found that the post-traumatic development levels of women showed no significant differences depending on the marital status, education level, income status, having social security, year of cancer diagnosis, individual reporting the breast cancer, caregiver during treatment, psychological support in oncology service and psychiatric diagnosis ($p > 0.05$). In addition, it was determined that the emotional self-efficacy levels of the women participating in the study didn't have any significant differences depending on the demographic variables. As a result, it can be said that the post-traumatic development is positively associated with the level of emotional self-efficacy in women diagnosed with breast cancer and the post-traumatic development shows difference according to certain demographic variables, while on the other hand the level of emotional self-efficacy shows no significant relationships with demographic variables.

Keywords: Emotional Self-Efficacy, Breast Cancer, Psychooncology, Post-Traumatic Development, Post Traumatic Stress Disorder

BİRİNCİ BÖLÜM

TRAVMANIN TANIMI

Travma kavramı 19. yy. boyunca psikolojik boyutundan bağımsız olarak bedenin gördüğü zarar ve fiziksel yaralanmalar için kullanılmıştır (Jones and Wessely, 2007). Klinik psikolojinin konusu olan travma kavramı ise, resmi olarak 1980’de Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabında [DSM] travma sonrası stres bozukluğu başlığı altında geçmiştir (Kokurcan ve Özsan, 2010). 1970 yılına kadar travmatik olay sonrasında gözlemlenen psikiyatrik değişikliklerin kişinin psikolojik ve biyolojik alt yapısı ile ilgili olduğu düşünülmüştür. Bu açıdan bakıldığında yaşanan travma sadece bir tetikleyici olarak kabul edilmekte ve yaşanan psikiyatrik durumun sebepleri yüklenmekteydi. (Jones and Wessely, 2007). Travma sonrası stres bozukluğunun psikiyatrik tanı kategorisine sokulması ile birlikte belirtiler kişi merkezli olmaktan çıkmış ve travma (olay) merkezli olmuştur. (Çolak- Kokurcan ve ark.,2010).

Literatüre bakıldığında yerli ve yabancı birçok araştırmacı ve kurum tarafından yapılmış çeşitli travma tanımları vardır. Bu çalışma kapsamında bu tanımlardan bazılarına aşağıda yer verilmektedir:

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) (2014) ruhsal travmayı oluşturan kriterlerin, ölüm, ağır fiziksel yaralanma, fiziksel veya yaşamsal bütünlüğe yönelik bir tehlikenin ortaya çıkması ve kişinin kendisinin yaşadığı veya sevdiği bir kişinin başına gelenlere şahit olduğu olağandışı tehlikeli olaylar olarak tanımlamaktadır (Kılıç ve İnci, 2015).

Türkiye Psikiyatri Derneği ise kişide dehşet, korku, çaresizlik yaratan, çoğu kez beklenmedik olayların sebep olduğu duruma ruhsal travma denmektedir. İnsanların ömrü boyunca üzüntü ve sıkıntı oluşturan pek çok olay yaşanır ancak bunların tamamı ruhsal travmaya sebep olmaz ancak olayda kişinin kendisinin veya yakınının ölüm ve fiziksel yaralanma ihtimali oluşmuşsa ve bu durum kişide korku, çaresizlik ve dehşet hissi ortaya çıkardıysa bu durum travma olarak adlandırılabilir.

DSM-IV ‘da travma; insan eliyle kazara oluşan, insan eliyle kasıtlı oluşan ve doğal afetler sonucu oluşan olmak üzere üç çeşit olarak ele alınır (Bilgiç, 2011). Savaş, işkence, tecavüz gibi olaylar insan eliyle kasıtlı oluşan travmalara örnek verilebilirken; yangın ve trafik kazası gibi durumlar ise insan eliyle kazara oluşan travmalara örnek verilebilir. İnsan eliyle kasıtlı olarak oluşan travma türleri ayrıntılı olarak ele alındığında; siyasi nedenle yapılan işkenceler, politik şiddet, kötü muamele, aile içi şiddet, cinsel saldırı, taciz ve tecavüz başlıkları bu alanda yer alır (şahin, 1995).

Herman’a (2011) göre travma kişiyi ruhsal ve fiziksel olarak sarsan ve yaralayan her türlü durumu kapsar.

Türksoy (2003) ise travma kavramını kişinin varlığını tehdit edici, ani biçimde ortaya çıkan ve korku oluşturan yaşamsal olay olarak tanımlar.

Akcan (2018) travma kavramını gerçek bir ölüm veya ölüm tehditinin olduğu, bedensel ve yaşamsal bütünlüğün tehlikeye girdiği ve kişinin baş etme yöntemleri ile üstesinden gelemediği durum olarak açıklar.

Doğal afetler, cinsel ve fiziksel saldırı, savaşlar, cinsel taciz, trafik kazaları, iş kazaları, yaşamsal tehdit oluşturan bir hastalığın tanısının konulması, tehlikeli bir duruma tanık olmak ve başa çıkma becerilerini aşan olaylar travmatik olaylar olarak adlandırılır. (Öztürk, 2017).

Bu açıdan bakıldığında bir durumun travma sayılabilmesi için bazı kriterler vardır. Öncelikli olarak bireyin günlük hayatının dışında kalan bir durum yaşanmış olmalıdır. Yaşanan durum bireyin bireyin yerleşik şemaları ile anlaşılamıyor ve oturtulamıyor olmalıdır. Travmatik yaşantı aşırı derecede fizyolojik uyarılma, bilişsel süreçlerin bozulması ve olaya anlam verememek gibi temel zorlantılara sebep olur (Fish- Murray et al.,1987; akt. Sungur, 1999).

Travmatik yaşam olayları kişilerin bağ kurmak, anlamlandırmak ve denetleme gibi duyumlarını ve başa çıkma becerilerini negatif etkiler. Kişilerin çaresizlik ve dehşet

hissetmelerine sebep olur. Ayrıca her travmatik olayın bütün kişilerde aynı sonuç ve etkilere sebep olmadığına değiniliyor (Akcan, 2018). Travmalar kişiler üzerinde bedensel sonuçlar oluşturabildiği gibi depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu gibi ruhsal sonuçlar da oluşturabilir (Alpaslan, 2022).

Travma sonrası iki şey yaşanabilmektedir. Bunlardan birincisi travma sonrası stres bozukluğudur (TSSB) ve TSSB psikiyatrik bir tanıdır. İkincisi de Travma Sonrası Büyümedir (TSB).

1.1. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), travmatik olay sonucunda ortaya çıkan, travmatik olayın tekrar tekrar yaşantılanması, olayı hatırlatan uyaranlardan kaçınma ve artmış uyarılmışlık gibi kendine özgü belirtileri olan bir psikiyatrik bozukluktur (Özgen ve Aydın, 1999). Bu belirtiler kişinin günlük işleyişinde sosyal ve mesleki anlamda bozulmaya sebep olur. Semptomlar üç aydan kısa sürdüğünde “akut” TSSB, üç aydan daha uzun sürdüğünde ise “kronik” TSSB olarak isimlendirilir (Yönel, 2015). Travmatik belirtilerin gözlemlendiği en eski yapıtlardan biri olan milattan önce 2000’li yıllarda yazılmış Sümer yazıtlarında, Nippur şehrinde yaşanan yıkım sonrasında şehir halkının uykudaymış gibi gezdiği, kentte sessizlik olduğu, halkın kabuslar gördüğü ve halkın çaresizliğinden bahsedilmektedir (Kinzie and Goetz, 1996).

Travma sonrası stres bozukluğunun belirtileri ilk olarak savaş dönemlerindeki askerlerin davranışlarındaki değişiklikler ile fark edilmiştir. İsviçre ve İspanyol kaynaklarında 17 yy’ da yabancı topraklara savaşa gönderilen ve geri dönme ihtimali az olan askerlerin ümitsizlik sergiledikleri ifade edilmiş. 18 yy’ da aynı belirtileri İngiliz ve Fransız askerlerin de gösterdiği ve bu durum melankoli biçimi olarak sınıflandırılmıştır. Yine aynı şekilde 19 yy’ da askerlerde gözlenen benzer durumlar da “melankoli” olarak değerlendirilmiştir (Jones, 2006; Rosen, 1975).

Da Costa tarafından 1871 yılında yazılan “Asabi Kalp” (irritable heart) adlı kitapta; Amerikan iç savaşı sırasında gözlemlenen nefes darlığı, yoğun kalp çarpıntısı, aşırı uyarılmışlık, kalple ilişkili diğer şikâyetlerin 200’e yakın vakada olduğu ve travmatik duruma verilen bu tepkiler “Da Costa Sendromu” olarak adlandırılmıştır (Wooley, 1982).

İkinci Dünya Savaşı sürecinde benzer belirtiler görülmesi ile “Savaş Nevrozu veya Operasyonel Yorgunluk” adı altında yeni tanımlamalar oluşmaya başlamıştır. Vietnam savaşı sonrasında, 1980 yılında travma sonrası stres bozukluğu ilk kez DSM- III’ te anksiyete bozuklukları tanı grubu içerisinde yer almıştır. (Karaçalılar, 2020). Vietnam savaşında yaralanmamış olanlarda %3,5 oranında gözlemlenen değişiklikler, savaş esiri olanlarda %65’e varan oranlarda gözlemlenmiştir (Yönel, 2015).

TSSB gelişmesinde üç faktörün etkili olduğu görülmektedir. Bu üç faktör, travmatik olaya ilişkin etmenler, travma ile karşılaşan kişinin özellikleri ve çevresel etmenlerdir (King-Vogt et al., 2004). Etnik ve kültürel etmenler kişide TSSB gelişme olasılığını ve tedaviye vereceği cevapta önemli rol oynamaktadır (Sungur-Sürmeli ve ark.,2011). Temelde travmatik yaşam olayının rol oynadığı TSSB’nin oluşumunda başka birçok faktör etkilidir (Bolu- Erdem ve ark., 2014).

Aynı travmaya maruz kalan kişilerin hepsinde TSSB gelişmemektedir. Tıpkı bunun gibi sıradan görünen veya çoğu kişiye göre felaket sayılamayacak durumlar da, bahsedilen olayın öznel bir anlamının olması nedeniyle TSSB’ye yol açabilmektedir (Öztürk, 2015; Tükel ve Alkın, 2006).

Travma oluşturan durumların herkes için öznel bir durum olduğu konusunda fikir birliğine varılmaktadır. Bu biricik olma durumu ise kültürel, psikolojik, biyolojik, sosyal, etnik ve ailesel bileşenler ile etkilenmektedir (Bilgiç, 2011).

Kadın cinsiyetli olmak, boşanmış olmak, sosyoekonomik olarak düşük düzey, düşük eğitim, çocukluk döneminde travma yaşamış olmak, sosyal destek yoksunluğu, bazı kişilik özellikleri ve kişilik bozuklukları, aileden geçmişinde

bulunan psikiyatrik bozukluk öyküleri travmaya yatkınlığı oluşturan etmenlerdendir (Tükel ve Alkın, 2006; Köroğlu, 2007, Bolu-Erdem ve ark., 2014). Kişide travmaya yatkınlık oluşturan bu gibi etmenler travmatik yaşam olayının algılanan şiddetini etkileyerek travma sonrasında oluşan ruhsal reaksiyonun şiddetini de etkilemektedir. Hafif travmatik olaylarda kişisel etmenlerin daha fazla öne çıkarken, ağır travmatik olaylarda ise kişisel yatkınlığı oluşturan etmenler geri planda kalır (Baysak, 2010; Bilgiç, 2011).

Travmadan sonra fiziksel, duygusal, davranışsal ve bilişsel olarak yeni tepkiler ortaya çıkabilir ve bunlar travma sonucu oluşabilen normal tepkilerdir. Travmaya verilen tepkilerin ciddi boyutlara ulaşmasında bazı belirleyici durumlar söz konusudur. Bu durumlar; travmatik olayın ne olduğu, fiziksel bir hasar oluşturup oluşturmadığı, kişinin sosyal çevresinden alabildiği destek, baş etme stilleri ve geçmiş yaşantısında travmatik bir geçmişin olup olmamasıdır (Zara, 2011). Travmanın şiddeti travma sonrası stres bozukluğunun oluşumunda belirleyici bir faktördür (Brewin-Andrews et al., 2000).

Sosyal bağları himaye edebilmek ve zorlu durumlar karşısında aktif olarak başa çıkabilme becerisi travma sonrası stres bozukluğuna karşı koruyucu etmenlerdir (Herman, 2016). Travmanın çeşidi, şiddeti, travmatik olaya verilen tepkinin çeşidi ve şiddeti, sosyal desteğin varlığı, geçmiş deneyimler ve başa çıkabilme becerileri travma sonrasında iyileşme sürecini etkileyen unsurlardır (Herbert, 2007). Bununla birlikte kişinin travmatik olaydan kurtulduğu için yaşadığı suçluluk duygusu, aşırı öfke duyma, travmaya yüklediği anlamlar, yakın zamanda yaşanan diğer olumsuz hayat olayları, madde ve alkol kullanımı ve işlevsiz başa çıkma yöntemlerinin olması kişiyi travma sonrası stres bozukluğu yaşamaya yatkın kılar (Bolu-Erdem ve ark., 2014).

Travmaya verilen tepkinin de travmanın türüne göre çeşitlilik gösterebileceği bilinmektedir. Örneğin insan eliyle oluşan travmaların doğa olaylarına göre insan üzerindeki etkileri daha ağır olmaktadır (Norris-Friedman et al., 2002). Ayrıca travmatik olay kişiler arasında kasıtlı olarak, işkence ve cinsel şiddet gibi şekillerde

yapılmış olduğunda daha uzun ve ciddi etkiler görülmektedir (APA, 2013). Yoğun derecede kaygı yaratan olaylarda da tıpkı travmada olduğu gibi olayın doğası, şiddeti, yoğunluğu, süresi ve kontrol edilebilirliği de olayın kişi üzerinde ne düzeyde etki bırakacağını değiştirmektedir (Berger, 2015).

Toplumdaki stresörler ile travma sonrası stres bozukluğunun görülme sıklığı arasında paralellik vardır. TSSB her yaşta görülebilir olmasıyla birlikte daha çok genç yetişkinlerin hastalığı olarak bilinmektedir (Helzer- Robins et al., 1987). Yapılan çalışmalarda TSSB'nin görülme sıklığının, travma ile direkt olarak karşılaşma, travmanın süresi ve şiddeti ile doğru orantılı olarak arttığı görülmüştür (Labbate and Snow, 1992).

Norveç’de bir boya fabrikasında gerçekleşen patlamadan sağ kurtulanların %80’inde, toplama kamplarından kurtulan insanların %75’inde, Meksika depreminden sağ kurtulanların %32’sinde TSSB saptanmıştır. (Hammond-Scurfield et al., 1993; Helzer-Robins et al., 1987). Ölümcül yaralanmalardan sağ kurtulan ve bedeninde yanık oluşan hastaların ise %30’unda TSSB görülmüştür (Kaplan and Sadock, 1998).

Sosyal yönden izole, bekâr, boşanmış, dul ya da ekonomik yönden zayıf olan kişilerde TSSB görülme oranı daha fazladır. Bu gibi risk altındaki kişilerde TSSB oranı %58’e çıkabilmektedir. Ayrıca insan eliyle gerçekleşen travmaların doğan sebeplerle oluşana göre daha fazla travmaya sebep olduğu bilinmektedir. (Özgen ve Aydın, 1999).

1.2. TRAVMA SONRASI BÜYÜME

Kavram olarak travma sonrası büyüme çok eskilere dayanmıyor olsa da insanın canlısının acı çekmesi sonucu bilgeliğe ve doğruluğa yaklaştığı inancı eskilere dayanır. Eski Yunan’da, Yahudiler’de, Hristiyan’lıkta, Budizm’de, Hinduizm’de ve İslamiyet’te acı çekmenin insanı değiştirdiğine dair öğretiler ve yazılar vardır. Ayrıca varoluşçu psikolojide de Nietzsche

(-öldürmeyen acı güçlendirir-) ve Kierkegaard gibi filozoflar da travmatik yaşam olayının kişinin hayatın anlamını sorgulayabileceği bir deneyim olabileceğini söylerler (Tedeschi-Park et al., 1998).

Travma alanı ile ilgili yapılan çalışmalar uzun yıllardır travmanın olumsuz sonuçlarına, anlaşılmasına ve tedavisine odaklanmış olsa da son yıllarda travmatik olaydan sonra insanların belirli alanlarda daha iyi içselleşlik göstermeye başladıkları ve psikolojik olarak da olumlu değişikliklerin gözlemlenmesi üzerine travma sonrası büyüme kavramı üzerinde de çalışılmaya başlandığı görülmektedir (Connerty and Knott, 2013; Joseph-Murphy et al., 2012; Tedeschi and Calhoun, 2004).

İlk defa 1996 yılında Tedeschi ve Calhoun'un makalesinde travma sonrası büyümeyi ölçmek için geliştirilen envanter ile literatürde travma sonrası büyüme kavramı yer almıştır. Tedeschi ve Calhoun'un travma sonrası büyüme kavramını tercih etmelerindeki sebep travma sonrası görülen olumlu değişimi iyi açıkladığına düşünmeleridir. Travma sonrası büyüme kavramı travmatik yaşam olayından sonra kişinin eski haline dönmektense kendisini geliştirmesini ve bazı alanlara özel daha fazla gelişimi ifade eder (Tedeschi and Calhoun, 2004).

Kişinin benlik algısında, başkalarıyla iletişimde ve yaşam felsefesinde meydana gelen olumlu gelişme travma sonrası büyüme olarak adlandırılmıştır (Calhoun and Tedeschi, 2014). Travma sonrası büyümenin gerçekleşmesi için sadece travmatik olay yaşanmış olmasının yeterli olmadığı ve travmatik olay haricinde başka faktörlerin de travma sonrası büyüme de etkili olduğu görülmektedir. Travma sonrası büyümeyi etkileyen faktörler arasında başa çıkma tarzı, kişilik özellikleri ve çevresel kaynaklar bulunmaktadır (Tosun, 2021).

Travma sonrası büyümede travmaya maruz kalan kişinin hayatında bazı değişiklikler olur. Bunlar; hayata değer vermede, başkaları ile olan ilişkide ve inanç sisteminde olumlu değişimler ile birlikte yeni olanakların fark edilmesidir (İnci ve Boztepe, 2013; Tedeschi and Calhoun, 1996).

Kişiler travmatik olay karşısında savunmasız ve çaresiz kalabilirler. Bazı olayların kontrol edilemeyeceğini ve bu hayatın geçici olduğunu kavrayabilirler (Ramos and Leal, 2013). Artık belirli olaylara ve hayata yüklediği önem ve anlamlar değişir. Gündelik rutinlerinden daha fazla keyif almaya, küçük şeylerle daha çok mutlu olmaya başlar ve hayatı daha kaliteli yaşamak gerektiğine dair düşünceler oluşur (İnci ve Boztepe, 2013).

Travmatik olay sonucunda bireyler yakın ilişkilerinin ve sevdiklerinin hayatındaki, önemi fark eder ve onları her an kaybedebileceğine dair farkındalık kazanır. Zor durumda olan insanlara yardım etme düşüncesi olur ve diğer insanlara karşı empati, şefkat ve merhamet duygusu artar. Yakın çevresindeki insanlara kendisini açar, deneyimlerini paylaşır ve bu şekilde başkaları ile olan ilişkisi güçlenir (İnci ve Boztepe,2013; Ramos ve Leal, 2013).

Travma sonrası büyüme yaşayan kişilerin kendine güveninin arttığı, hayata karşı daha tecrübeli hissettiği ve zorlukların üstesinden gelme ile ilgili kendilerine olan inançlarında olumlu değişim olduğu görülür (İnci ve Boztepe, 2013). Kişiler hayatın her an değişen koşullara sahip olduğunu bilir ve gerçekleştirebilecek zorluklara karşı daha hazır olur (İnci ve Boztepe, 2013; Ramos and Leal, 2013).

Travma sonrası gelişim yaşayan bireyler, travmatik yaşam olayından önce farkında olmadıkları fırsatları ve hayatın birçok alanındaki olanakları fark ederler (İnci & Boztepe, 2013). Travma sonrasında temel inanç ve yaşam felsefesinin değişmesi ile birlikte olaylara bakışı değişebilir, daha çok çaba sarf eder, alternatif çözüm yolları ve fırsatları arayabilir (Calhoun-Cann et al.,2000; Ramos and Leal, 2013).

1.2.1. Travma Sonrası Büyüme ile İlgili Kavramlar

Travma sonrası büyüme ile ilişkili olarak farklı kavramlar ele alınmaktadır. TSB ile birlikte ele alınan kavramlar arasında dayanıklılık, iyimserlik, tutarlılık algısı ve psikolojik sağlamlık vardır (Tedeschi and Calhoun, 2004).

Duygusal güç ve bilgelik anlamına gelen dayanıklılık kavramı aynı zamanda gelecekteki stres ve endişeye karşı da koruyucu görev görmektedir. Farkındalığı ve algıyı geliştiren kişisel gelişim, dayanıklılık için de gereklidir. Dayanıklılığı yüksek olan bireyler, hayatlarındaki zorlu yaşam olaylarına karşı mücadeleci, aktif ve kontrol önsezilerine sahip olarak kabul edilirler (Tedeschi and Calhoun, 2004).

Psikolojik açıdan sağlam olan bireyler TSB yaşamaya daha yatkındırlar (Sabancı, 2020; Tedeschi, 2004). Psikolojik sağlamlık kavramı kişiyi olumsuz etkileyen ve zorlu olaylara karşı dik durabilmeyi sağladığı ve olumsuzluklarla mücadele ederken güçlü kalma fırsatı sunduğu için kişiler travma sonrasında TSB yaşamaya yatkın olurlar (Sabancı, 2020). Bireyin sahip olduğu psikolojik sağlamlığın artmış olması travma sonrasında yaşanan negatif sonuçları azaltacak ve yaşam kalitesini ciddi derecede etkileyecektir (Hiçdurmaz ve Özçetin, 2017).

İyimser kişiler çözülemeyen sorunlar ile daha iyi mücadele edebilmekte, dikkatlerini ve kaynaklarını önemli konulara daha iyi odaklayabilirler (Tedeschi and Calhoun, 2004). İyimserlik özelliğine sahip olan bireyler zorlu yaşam olaylarına karşı üstesinden gelinebileceği duygusuna sahip olup, yaşamlarında karşılaştıkları birçok duruma karşı ümitlidirler (Park, 2010). İyimser kişilik özelliklerine sahip bireyler genellikle yaşanan durumların negatif etkilerini, durumun pozitif yönlerine yönelerek çözüme kavuşturabilirler (Kılınç, 2021).

Tedeschi ve ark., (1998) zorlu yaşam olayları ile mücadele etmenin bireyin öz yeterliliğini ve kendine olan güvenini arttırabileceğini söylemişlerdir. Bireylerin yaşanan olay ve durumlara belirli bir tutarlılık algısı ile bakmalarının olayları iyi yönetebilmeleri ve çözüm üretebilmeleri açısından iyi bir noktada oldukları görülmektedir (Tedeschi and Calhoun, 2004).

1.2.1.1. Travma Sonrası Büyüme Oluşum Aşamaları

Travma yaşayan bireylerde ortaya çıkan kaygı tepkileri ile travmatik olaydan sonra kişinin dünyaya ilişkin varsayımlarındaki değişimler ilişkilidir. Travmatik olay

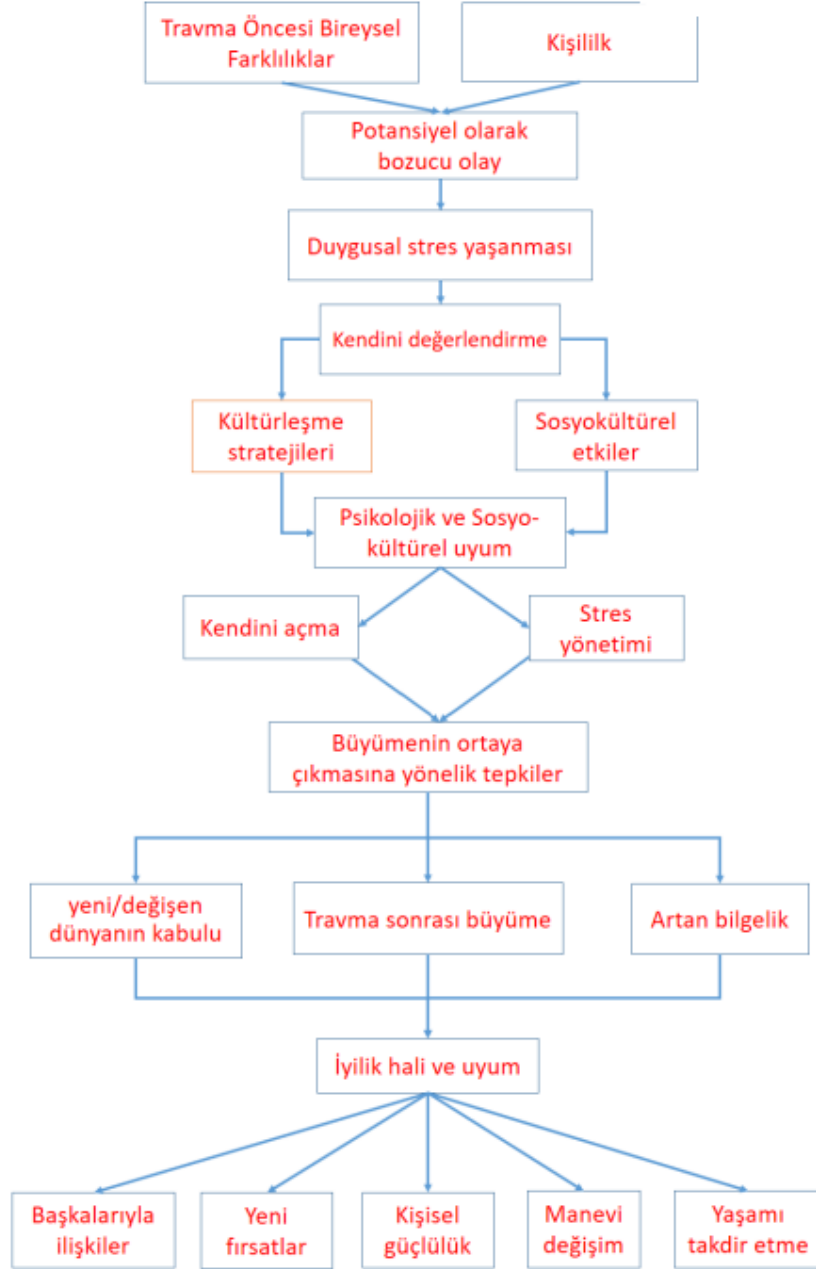
sadece olumsuz sonuçları açığa çıkarmaz aynı zamanda kişilerde farklı başa çıkma becerileri ve bakış açıları görülmesini sağlayabilir. Travma sonrası büyüme kavramı olumlu bir durum olarak nitelenmek ile birlikte, travmatik etkiye sahip olan ve ciddi mücadele gerektiren bir olaydan sonra ortaya çıkan olumlu psikolojik değişimlerdir (Calhoun and Tedeschi, 1999).

Stres her koşulda olumsuz olmaz. Doğumdan itibaren çeşitli kriz anları ile karşı karşıya kalınabilir ve bu krizlerden bir şeyler kazanarak hayatlarına devam ederler (Tedeschi and Calhoun, 1996). Travma sonrasında TSB yaşayan kişiler önceliklerini yeniden değerlendirip, hayatı daha fazla önemseyebilirler. Bu kişiler potansiyellerini daha çok fark edebilir, başkalarıyla yakın ilişkiler kurabilir ve hayatlarında yaşadıkları değişimlerin farkındalığa sahip olarak psikolojik olarak iyi yönde ilerleyebilirler (Tedeschi and Calhoun, 2004).

Çeşitli travmatik yaşantılar insanları ciddi olumsuz etkilese de hayatın bazı noktalarında olumlu değişimler yapabilmeleri için kapılar açabilmektedir. Travmatik olaya verilen tepkiler kişiden kişiye farklılık gösterebilmektedir. Bazı travmatik durumlardan sonra bireyler depresyon, travma sonrası stres bozukluğu ve anksiyete gibi ciddi problemler ile karşılaşabilmektedirler. Bazı bireylerde ise travmatik durum kişinin hayat felsefesinin olumlu yönde gelişmesi ilişkilerinin daha iyi hale gelmesi ve gibi olumlu durumları beraberinde getirebilir (İnci ve Boztepe, 2013).

Önceliklerin değiştirilmesi ile birlikte kişi hayattaki küçük şeylerden mutlu olmaya başlayabilir. Travmatik yaşam olayından önce fark etmediği ve gündelik hayatın içinde olan şeyler birey için mutluluk verecek birer sebep olabilirler. Kişi için artık yakın ilişkileri daha kıymetli bir hal alabilir. Ayrıca insanlarda travmatik yaşantıdan sonra “bunun üstesinden geldiysem her şeyin üstesinden gelebilirim” gibi bir inanış gelişebilir (Tedeschi and Calhoun, 2004).

Şekil 1.1 TSSB'nin Oluşum Aşamaları



Kaynak: Khoei, 2021

1.2.1.2. Travma Sonrası Büyüme ile İlişkili Faktörler

Travma sonrası gelişim bireysel özellikler, travmanın şiddeti ve çevresel kaynaklar gibi faktörlerden etkilenmektedir (Doğan, 2018; İnci & Boztepe, 2013). Yeniliğe açık olmak, dışadönüklük, sorumluluk ve uyumluluk, umut, iyimserlik ve

yaratıcılık ve dindarlık gibi durumların daha fazla travma sonrası gelişime sebep olduğu bilinmektedir (Dursun ve Söylemez, 2020).

Bu faktörler ayrı ayrı değerlendirilmeye değer olmakla beraber demografik özellikler, travmanın şiddeti, ruminasyon ve anlam, bireyin kendini ifade etmesi ve sosyal destek, kültür ve dindir.

Bu konuda yapılmış olan araştırmalarda çelişkiler gözlemlenebilmektedir. Belizzi ve Blank (2006) yaşlıların gençlere nazaran daha fazla travma sonrası büyüme yaşadıklarını söylemiştir. Bu açıdan bakıldığında genç bireylerin stresli yaşam olaylarını tehditkâr gördükleri ve ölüm ile ilgili konular karşısında daha güçsüz oldukları çıkarılabilir. Fakat Linley ve Joseph (2011), genç yaş grubundaki kişilerin TSB ‘yi deneyimlemeye daha yatkın olduğunu belirtmiştir. Yapılan birçok çalışmada kadınların erkeklere göre TSB geliştirmeye daha yatkın oldukları görülmüştür (Linley and Joseph, 2011; Tedeschi and Calhoun, 2004). Buna nazaran yapılan bir meta analitik inceleme çalışmasında cinsiyet ile TSB arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır (Helgeson, 2006). Ayrıca medeni durumu evli olan kadınların TSB geliştirme düzeyleri daha yüksek olarak belirtilmiştir (Kılınç, 2021).

Yaşanan travmanın şartları mücadele sürecini başlatan ilk etmenlerdir. Eski varsayımların ve yıkılan şemaların tekrardan inşa edilmesi için mücadele ile kişisel bir dönüşüm yani travma sonrası büyüme başlar. Bu açıdan bakıldığında ruminasyon kavramı; yaşanan bir olay sonrası olayla ilgili tekrarlayan düşünceleri, anlamlandırma ve çözüm bulma beklentilerini içerir (Martin and Tesser, 1996). Travmatik olaydan sonra stres kişide rüminasyona neden olur ve kişi olumsuz imge, düşünceleri ve anıları sürekli hatırlar. Olayın nasıl gerçekleştiği, aslında kaçılıp kaçılmayacağı gibi durumlar düşünebilir ve bu durum kabuslar ile de rahatsızlık verebilir. Bu gibi tepkilerin travmadan sonra yaşanması çok normaldir fakat travma sonrası büyüme gerçekleşmesi için otomatik ruminasyonlara amaçlı ruminasyonların eşlik etmesi gerekir. Kişiler genelde bu dönemde anlam arayışına girebilirler ve travma sonrası büyüme bu değerlendirmenin kesin bir sonucu olmasa

da büyümenin böyle bir süreç sonucunda ortaya çıkması yaygındır (Dursun and Söylemez, 2020; Tedeschi-Calhoun et al., 2018).

Covid -19'un başlangıç süresinde ciddi oranda etkilenen ülkelerin başında gelen İtalya'da yapılan bir araştırma hayata dair amaç ve amaçlara ulaşma isteğinde olmanın, hayatın değerli, heyecanlı ve anlamlı olduğunun fark edilmesinden daha fazla travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğu görülmüştür (Prieto-Ursua and Jodar, 2020). Buna rağmen travma yaşayan kişiler, kendilerini yaşadıkları travmatik olaydan bir fayda çıkarmaya çalışan kişiler olarak görmezler. Travma yaşayan kişiler yaşamın devam edip, etmeye değip değmeyeceğine anlam vermeye çalışan bireylerdir. Kısacası travma sonrası büyüme mana arayışından ziyade hayatı nasıl yaşayacağımıza dair kullanışlı bir mekanizmanın sonucunda ortaya çıkar (Tedeschi and Calhoun, 2004).

Kişilerin travma sonrası mücadelede çevrelerinden sosyal destek alabilmeleri çok önemlidir. Aynı zamanda kişinin düşünce ve duygularını paylaşabiliyor olması da travma sonrası büyüme için olumlu katkı sunar (Dursun-Steger et al., 2016; Schroevers- Helgeson et al., 2010). Sosyal destek sürekli ve tutarlı olduğunda ancak travma sonrası büyüme için katkısı olur. Kişinin sadece sosyal ortamlarda kendisini sözel olarak ifade etmesi değil aynı zamanda kendini ifade eden yazılar yazması, müzik ve dans gibi sanatsal faaliyetler de travma sonrası büyüme sürecini destekler. Bu noktada önemli olan durum ise kişi kendini ifade ettiğinde olumlu ve destekleyici geri dönüşler almasıdır (Dursun ve Söylemez, 2020; Tedeschi-Calhoun et al.,2018). Baş etme kavramı kişinin kaynaklarını ve kapasitesini tehdit eden stresli duruma karşı mücadelesidir (Ramos and Leal, 2013). Bireylerin hayatlarında karşılaştığı zorlu hayat olaylarını nasıl yönettiği konusunda, baş etme becerileri önemli role sahiptir (Tedeschi and Calhoun, 2004). Travmatik yaşam olaylarının kişiler üzerinde bıraktığı etkiyi kabul edip bu duruma karşı etkin rol alıyor olmak ile travma sonrası gelişme arasında pozitif yönde bir ilişki vardır (Sears- Stanton et al., 2003).

Bireyin travmatik olay yaşamadan önceki psikososyal sağılığı ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişki belirli değildir (Tedeschi and Calhoun, 1998). Bir başka meta analiz çalışması ise iyimser kişilik özelliğı ile travma sonrası büyüme arasında pozitif ilişki görülmüştür (Helgeson- Reynolds et al., 2006). İyimser kişilik özelliklerine sahip bireylerin baş etmeleri gereken durumlarda daha uyumlu olmalarından dolayı zorlu yaşam olaylarına karşı daha esnek olacakları düşünülmektedir (Linley and Joseph, 2004).

Sosyal destek ve ruminsayon gibi kavramların arka planında sosyo-kültürel etmenler bulunmaktadır. Kültürün travma sonrası büyümeyi destekleyecek unsurlara sahip olması kişilerin daha yüksek oranda travma sonrası büyüme göstermelerine alan açmaktadır. Ayrıca gelişim alanlarının farklılığı ve yüklenen mad ana kültürden kültüre göre de farklılık gösterebilmektedir (Shakespeare-Finch-Copping, 2006; Tedeschi- Calhoun 2018). Bu da TSG çalışmalarının kültürlere göre değişen arka planlarını göz önünde bulundurmayı gerekli kılmaktadır.

Travma sonrası büyümeyi destekleyebilen maneviyat ve din kavramlarının travma karşısında önemli bir yeri bulunmaktadır. Acı olaylar karşısında kişinin daha da gelişerek hayatına devam etmesi durumu, binlerce yıldır pek çok kültürün ve dinin konusu olmasına rağmen deneysel psikolojinin araştırmaları arasında son yıllarda yerini almıştır. Dindarlık ve travmatik olaydan sonra kullanılan başa çıkma stratejileri travma sonrası büyümeyi yordayan en önemli değişkenlerden birisidir. Kısacası kendini bir din ile tanımlıyor olmak travma sonrası büyüme ile anlamlı oranda ilişkili bulunmuştur (Prati and Pietrantonio, 2009). Varoluşsal sorulara hazır bulunmanın ve dini açıklı durumunun da TSB ilişkili olduğu görülür (Shaw-Joseph et al., 2005). Dini kaynakların yaşanan olay karşısında özel kullanımı olan dini başa çıkma ise, TSG'yi etkileyen önemli bir diğer unsur olarak karşımıza çıkmaktadır.

Travma yaşayan kişiler bu olumsuz olaydan bir anlam çıkarma çabası ile maneviyata yönelebilirler. Daha aşkın bir varlığın olduğuna inanmak ve travmatik olayda bir anlam bulmak kişinin baş etme mekanizmasına olumlu destek olur (İnci ve Boztepe, 2013; Ramos and Leal, 2013; Tedeschi and Calhoun, 1996). Kişinin

iyimserlik, dayanıklılık ve psikolojik sağlamlık özellikleri travma sonrası büyüme ile ilişkilidir. Ayrıca bireyin spiritüel durumu da travma sonrası büyüme gelişmesini destekleyen bir faktör olabilir (Ramos and Leal, 2013).



İKİNCİ BÖLÜM

DUYGUSAL ÖZ- YETERLİK

Duygusal öz-yeterlik kavramının açıklanabilmesi için öncelikle duygu, öz-yeterlik ve duygusal zekâ kavramlarının açıklanması gerekmektedir. Bu yüzden çalışmanın bu bölümünde bu kavramlar açıklanmaya çalışılacaktır.

2.1. DUYGU

İnsanın anlama, bilişsel ve davranışsal süreçlerini anlamlandırma süreçlerinde çok önemli bir role sahip olan duygular, insanlar yaşadığı sürece insanın ayrılmaz bir parçasıdır. Konunu daha iyi anlaşılması adına duygu kelimesiyle ilgili olarak alan yazınında bu zamana kadar yapılmış olan açıklama ve tanım vardır. Bu tanımlardan bazılarına aşağıda yer verilmektedir.

Duygu sözcüğünün kökü latince motereden gelmektedir. Hareket etmek anlamına gelen bu fiile “e” ön eki getirdiğimizde anlamı uzaklaşmak olur yani her duygunun bir harekete yönelttiği bilgisini verir. (Goleman, 2018). Daniel Goleman’a göre duygularımız; hislerimize özgü düşünceler, psikolojik ve biyolojik düşünceler ile birlikte davranış eğilimlerimizdir (Batı, 2018). Sosyal ilişkilerimizde ve diğer hedeflerimizde duygular, diğerlerine göre öncelik vermede bir araçtır (Çeçen, 2002).

Duygu genel anlamı ile kişi için önemli olaylara karşı bireyin neler yapabileceğini, olayın bağlamının değerlendirilmesini ve kişinin öznel yaşantısını içeren ve tanımlanabilir süreçlerdir. Duygular kişinin harekete hazır olmasına ve önceliklerin belirlenip, plan yapmasına öncülük eder (Çeçen, 2002).

Duygular eğitilebilir ve insanların gündelik yaşamlarına daima duygular eşlik eder (Batı, 2018). Duygusal yetenek ve akılcı zihin, duygu ile düşüncenin bağlantısında kararlarımızı sürekli olarak yönetir (Goleman, 2018). Duygu işlevselliğinin temel

bir boyutu da bireyin duyguyu aktarma şekli ve başkalarının hissettiği duyguları tanıma becerisidir (Ramey and Ramey,1999).

Duygular organizmamız için belirli işlevlere sahiptir ve evrim süresince var olduğu gibi günümüzde de varlığını sürdürmeye devam etmektedir. Duygularımız tesadüfen ortaya çıkmazlar. Duygularımız toplumsal etkileşimlere ve doğa olaylarına uyum sağlamaya yönelik çalışırlar, hayatta kalma olasılığımız duygularımız sayesinde artar (Dökmen, 2004).

Duygular her ne kadar bireyin iç dünyasında gerçekleşen değerlendirme süreci ve fizyolojik süreçlerdeki değişim ile ilgili olsa da dış dünyaya kayan bir boyutu da vardır. Duyguların dış dünyaya kayan bu boyutu sosyal ortamlar ve çalışma hayatına da dikkat çeker (Seçer, 2005). Duygularımız beden dilini yansıtır ve tetikler, karar almada etkilidir, insanları birbirine bağlar ve iletişim kurmaya yardımcı olur. Kısacası duyguların insanlara yardım eden gizli bir dinamiği vardır (Kurt, 2013).

2.2. ÖZ YETERLİK

Yeterlilik psikolojik bir kavram olarak bireyin toplumsal, bilişsel, duygusal ve davranışsal alanlardaki yeteneklerini düzenleyebilme becerisidir (Bandura, 1997). Türk Dil Kurumu (2021) yeterlilik kavramını bir iş ortaya koyulacağı sırada gerekli bilgi ve işi gerçekleştirirken gerekli ustalık olarak ifade eder.

En temelde kişilerin davranışlarının bulundukları çevre ve bireysel etmenler ile etkileşim halinde olduğu görülür. Bireylerin gözlemleri ve sahip oldukları inançlar ile birlikte bu etkileşim bireyin davranışlarının belirlenmesinde önemli bir rol oynar (Bandura, 1986). Öz-yeterlilik ortaya çıkan her türlü durum ile mücadele edip, durumu değiştirmeye yönelik becerileri hakkındaki bireyin inançlarıdır (Binay ve Yiğit, 2016).

Öz-yeterlik bireylerin pasif değil tam tersine öz becerilerinden ve başarabildiklerinden oluşan aktif bir özellikleridir (Gürcan,2005; Vardarlı, 2005). Öz-yeterlilik kişinin hedeflerini, hedeflerine ulaşmak için ne kadar çaba harcayabileceklerini, karşılaşılabilecek güçlüklerle ve başarısız olma ihtimaline karşı verecekleri tepkileri belirlemektedir (Bıkmaz, 2004). Kişinin kendisinin yetenekli olmasından ziyade, kendi kaynaklarına güvenmesine öz-yeterlilik diyebiliriz. Aslında kapasitesi olan bir kişi öz-yeterliliği olmadığı takdirde harekete geçemeyecektir. Daha önce edinilmiş başarılı deneyimler, çevreden gelen pozitif geri dönüşler kişinin öz-yeterlilik inancını destekleyen kaynaklardır. (Yıldırım ve İlhan, 2010).

Bandura'nın sosyal bilişsel teorisine göre insan davranışları bilişsel, davranışsal ve çevresel etmenlerin iç içe geçmesi ile oluşur (Bandura, 1986; 1997). Bir duruma dair sonuç beklentisinde olmak, bireyin işi gerçekleştirebileceği çabayı ve sonuca göre değişmesi muhtemel beklentileri belirler. Öz yeterlilik kişinin bir işi gerçekleştirmeye yönelik becerilerini organize edebiliyor olması ve tüm bunlara yönelik kendine olan inancıdır. Öz-yeterlilik sosyal bilişsel teorisinin anahtar kavramlarından birisi olarak bilinmektedir (Pajares, 2006).

Bandura'ya göre bireyin öz-yeterlilik inancını pekiştiren en önemli etkenlerden birisi başarılı performanstır. Başarılı performanslar kişinin yeterlilik algısına dair önemli bir inanç oluşturmalarını sağlar (Bandura, 2010). Başarılı deneyimler öz-yeterliliği arttırırken peş peşe yaşanan başarısız deneyimler ise bireyin öz-yeterlilik inancını negatif etkiler. İnsanların kendi kapasiteleri ile ilgili tek bilgi kaynağı kendi başarılı performansları değildir, aynı zamanda başkalarının deneyimleri de etkilidir. Çevremizde benzer özellikler taşıdığımız kişilerin başarıları bizlerin de başarılı deneyimler oluşturmaları ihtimalini arttırırken, aynı zamanda güçlü ve zayıf yönlerini karşılaştırarak yeteneklerimize katkı sağlayabiliriz (Bandura, 1982).

Kişinin gözlemleyerek edindiği yeterlilik algısı, kendi deneyimleri sonucu edindiği yeterlilik algısından eksik değildir (İnanç ve Yerlikaya, 2017). İnsanlar ihtiyaç duydukları yeteneklere sahip olduklarını inanmak için sözel iknayı kullanırlar. Öz-

yeterlilik algısını etkileyen önemli bir etmen de sözel iknadır. Sözel ikna, kişiyi gerçekçi ölçüde yeterince çabalamaya sev ettiği takdirde öz-yeterlilik için önemli bir destektir (Bandura, 1982). Bireyin başarılı olup olmayacağına dair destekleyici ifadeler öz-yeterlilik algısını arttırırken tam tersi onur kırıcı ifadeler ise yeterlilik algısına zarar verebilir (İnanç ve Yerlikaya, 2017).

İnsanlar yeterlilik algılarını bedensel durumlarıyla birlikte değerlendirirler. Güç ve dayanıklılık gereken durumlarda yorgun olmak ve enerji eksikliklerini fiziksel yetersizliğin göstergesi olarak okurlar (Bandura, 2010). Stres ve zorlayıcı durumlar kişilerin düşük performans göstermesine neden olur (Bandura, 1982). Dayanıklılığı ve fiziksel gücü arttırmak stres ve depresyonu azaltıp, somatik durumların yanlış yorumlanması ihtimalini azaltır (Bandura, 2010).

Bandura'ya göre öz-yeterliliği etkileyen dört süreç: bilişsel, motivasyonel, duygusal ve seçim yapılan süreçlerdir. Öz-yeterlilik inancı yüksek olan bireyler amaç belirlemede zorluk yaşamazlar ve belirledikleri amaca ulaşmada genelde başarılı olurlar. Bireylerin öz-yeterlilik inançları yüksek ise, bir işe girişmek anlamında yüksek motivasyona sahiptirler. Bir problem ile karşılaşıldığında öz yeterlilik inancı sadece problemi çözmeye yönelik değil aynı zamanda olumsuz düşüncelerle baş edebilmeye de yöneliktir. Ayrıca öz-yeterlilik inancı bireylerin sosyal hayatlarına kimi alıp almayacakları ile de doğrudan ilişkilidir. Öz-yeterlilik inancı hem dolaylı hem de direkt olarak davranışı etkilediği için kritik bir öneme sahiptir (Bandura, 2004).

İnsanların çoğu birbirlerine benziyor gözükseler de ciddi farklılıklar taşırlar ve bu farklılığı algılanan öz-yeterlilik ile açıklamak mümkündür. (Rahimi and Abedini, 2009). Bireylerin herhangi bir konudaki kapasitelerine olan inançları öz-yeterlilik olarak açıklanırken, sosyal alandaki yeterliliğini sosyal, akademik ve duygusal öz-yeterlilik olarak görürüz (Totan-İkiz ve ark., 2010).

Öz-yeterliliğin sağlığı geliştirme ve farklı sağlık davranışlarının yapılmasına yönelik kolaylaştırıcı bir etkisi olduğu bilinmektedir. (Bandura, 2004). Sağlığı geliştirmeye yönelik yapılan kilo kontrolü, sağlıklı beslenme, sigara bırakma ve

fiziksel aktivite yapma gibi birçok davranış öz-yeterliliğin belirleyicisidir (Schuck-Otten et al., 2014; Shieh vd., 2016; Warner vd., 2014).

Öz-yeterliliğine inanan kişiler daha az zihinsel ve fiziksel kaygıya sahiptir. Daha fazla öz-yeterliliğin umutsuzluk ve hayal kırıklığının üstesinden geldiği çeşitli araştırmalar ile ortaya konmuştur (Bandura, 1977; Judge and Bono, 2001; Siu-Lu et al., 2007).

2.3. DUYGUSAL ZEKÂ VE DUYGUSAL ÖZ-YETERLİK

Öz-yeterlilik bireyin sahip olduğu kapasite ile yapabileceklerine olan beklentisi olarak belirtilmektedir. (Bandura, 2003; Dacre and Qualter, 2012). İnsanı ilişkilerde akılcıca davranma ve anlama becerisi olan duygusal zekâ da öz-yeterlilik kavramı içerisinde değerlendirilmektedir. Duygusal zeka ise kişinin kendisinin ve çevresindekilerin duygularını anlamasını ve ifade etmeni sağlayan ve başarı sağlayan duygularını kullanmasına yardımcı olan, birçok yeteneğin kaynaşmasıdır (Goleman, 2019; Mayer-Salovey et al., 2004).

Duygusal öz-yeterlilik, duygusal iletiyi anlama ve kullanma yeteneğine olan inanç ve duyguyla ilişkili öze yönelik bireyin inandığı yeteneklerdir (Petrides and Furnham, 2000).

Çalışmanın bu aşamasında konuyla ilişkili olması ve konunun daha iyi anlaşılması açısından ilk olarak duygusal zekâ kavramı devamında da duygusal öz-yeterlilik kavramı hakkında bilgi verilecektir.

Duygusal zekâ kavramı son yıllarda sadece zekâ başlıklı araştırmaların değil duygusal odaklı araştırmaların da artmasıyla bilim insanlarının ilgi odağı olmuştur. Bazı araştırmacılar duygusal zekâ kavramının klasik IQ kavramına alternatif olarak doğduğunu söyleseler de bir diğer araştırmacılar tarafından zekâ ile ilgili araştırmalarda geldiğimiz son nokta olarak bilinmektedir (Abacı, 2003). Duygusal zekâ ile ilgili araştırmalar ilk olarak zekâ puanları yüksek olan kişilerin sosyal

yaşantılarında başarılı olup olmadıkları ile ilgilenmeye başlamıştır (Doğan ve Şahin, 2007).

Kişinin hem kendisinin hem de başkalarının duygularını anlayıp ifade edebilmesine, kontrol edebilmesine katkıda bulunan ve aynı zamanda da başarıya ulaşmada güdüleyici bir güç olan yeteneği duygusal zekâsıdır (Goleman, 2002; Mayer and Salovey, 1997).

Duygusal zekâ en temelde kendi duygularını anlama ve yönetebilme, olumsuzluklara rağmen yılmamak ve isteklerini bir süre erteleyebilmek olarak da belirtilir (Goleman, 2004). Goleman'a göre duygusal zeka öncelikle kişinin kendi duygusal yeteneklerine daha sonra da başkalarının duygularına ve yeteneklerine yönelik olarak çalışmaktadır (Acar, 2002; Hamarta- Deniz ve ark., 2009).

Duygusal öz-yeterlilik kişinin duygularındaki iniş çıkışları anlayabilmesi, kendisinin ve etrafındakilerin duygularını idare edebilmesi ile ilgili becerisine dair algılarıdır. Değişken hisler ile baş edebilme, hislerini ayırt edebilme, duygularını harekete geçirebilme gibi durumları da kapsar. Duygusal öz-yeterliliğe sahip olan kişi kendisini sakinleştirebilir, duygu durumunu kontrol edebilir ve pozitif düşünceler kazanabilir (Hessler and Fainsilber-Katz, 2010).

Kişinin öz-yeterliliğinin duygu ve davranışlara yön verdiği bilinmektedir. Kişinin gelecek ile ilgili herhangi bir süreçte başarılı olamayacağını düşünmesi ve buna inanması, kaygı ve korku duyguları yaşamasına sebep olur. Başarılı olmaya yönelik inançlar ise kişiyi rahatsız edici duygulara karşı korumakta ve motivasyonunu arttırmaktadır (Bandura, 1997). Örneğin, iş ortamında yaşanabilecek herhangi bir gerginlik anında yeterince öz-yeterliliği olan kişi bu becerisini kullanarak ılımlı bir ortam oluşturabilir (Kirk-Schutte et al., 2011).

Petrides ve Furnham duygusal zeka ve öz-yeterlilik kavramlarını bütünleşmiş olduğunu iddia ederler. Duygusal zeka kavramının iki temeli olup ve birisinin kişisel özellik olan duygusal öz-yeterlilik olduğu bilinmektedir. Duygusal öz-yeterlilik duygusal zekâ ile eşleştirilmemelidir fakat duygusal öz-yeterlilik

duygusal zekânın bir parçasıdır. (Kirk-Schutte et al., 2008). Duygusal öz-yeterlilik içten gelen duyguları yönetmek ile ilgilidir. Örneğin, çocuklar genelde öfkelerini ve hoşnutsuzluklarını yüksek tonda ifade ederlerken, duygusal öz yeterliliği gelişmeye başlamış olan ergenler ise zor duygular ile karşı karşıya kaldıklarında sorun çözme becerilerini kullanarak kendilerini yatıştırabilirler (Kirk-Schutte et al., 2008).

Bir başka görüşe göre duygusal öz-yeterlilik olayların ve duyguların niteliksel olarak yorumlanması sonucu ortaya çıkan öznel deneyimleri temsil ettiği belirtilir. Bu sebeple her birey dünyayı kendi sübjektif değerlendirmesi ile algılamalı ve kendi duygusal tepkilerinden de sorumlu olmalıdır (Kirk-Schutte et al., 2008)

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KANSER

Kanser hastalığının kronik hastalıklar içerisinde yer almasından dolayı çalışmada ilk olarak kronik hastalık tanımı, grupları, özellikleri ve çeşitli istatistiklere yer verilerek konu açıklanmaya çalışılacak ve devamında kronik hastalık türlerinden biri olan kanser konusuna yer verilecektir.

3.1. KRONİK HASTALIKLAR

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, 6 ay ve daha uzun süren, genellikle yavaş ilerleme gösteren, gelişiminde birçok risk faktörünün etkili olduğu ve genelde tıbbi girişimlerle tedavi edilemeyip ancak hastalığın derecesinin azaltılıp, kişinin öz bakımına destek olunabilen hastalıklardır. Periyodik izlem gerektirmektedir (DSÖ,2011).

ABD'de Kronik Hastalıklar Komisyonu (CCI; Commission on Chronic Illness) kronik hastalıkları tam iyileşmesi çok mümkün olmayan, yavaş ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlığa ve işlev kaybına yol açabilen, oluşmasında sosyoekonomik, kişisel ve genetik gibi çeşitli etkenlerin rol oynadığı, hastalıklardır” (Bilir, 2006). Kronik hastalıklar genel olarak 40 yaş üzerinde görülseler de yaşlanma ve yaşlanmadan dolayı ortaya çıkan sorunlar ile kronik hastalıklar birbirinden farklıdır. Çocuklarda dahi kronik hastalıklar görülebilmektedir. Kronik hastalıklarda genetik ve yapısal etmenler ile birlikte sosyoekonomik etmenler de rol oynar (Arat,1978).

Kronik hastalıkları 4 başlıkta ele alınırlar; kardiyovasküler rahatsızlıklar, kanser, solunum yolu hastalıkları (KOA ve astım) ve diyabet ve obezitedir. Bir kronik hastalık diğer bir kronik hastalığın nedeni olabilir. Kronik hastalık sadece bireyi değil aynı zamanda aileyi etkiler. Tedavi protokolüne uyum şarttır ve doğru planlama ile doğru bilgi gerektirir. Aynı zamanda maliyeti yüksektir (Yağız, 2020).

Tüm ülkelerde kronik hastalıklar demografik ve epidemiyolojik dönüşümlerden dolayı artmaktadır. Avrupa bölgesinde kronik kaynaklı hastalıklar tüm hastalıklar içerisinde %77'lik bir paya sahiptir. Ayrıca 52 Avrupa ülkesinden 37'sinde başlıca risk faktörü yüksek tansiyondur. Tütün ve alkol Avrupa'daki genç insanlar için hem engellilik hem de ölüm için önemli bir risk faktörüdür (Özyurda, 2018: 152-154). 2013 yılında Türkiye için yapılan bir çalışmada kardiyovasküler hastalıkların görülme sıklığı %12,7, kanser görülme sıklığı %1,1 solunum yolu hastalıklarından KOAH görülme sıklığı %5,3 ve astım görülme sıklığı %4,5'dir. Diyabet görülme sıklığı %9,8 ve obezite sıklığı %24,1 olarak çıkmıştır. 2004 yılında yapılan bir başka çalışmada ise erkeklerin kronik hastalık yükü kadınlardan daha yüksektir. Ayrıca erkeklerde ölüm oranı yüksek iken kadınlarda da sakatlığa bağlı kaybedilen yaşam yılı yüksektir (Pınar,2021: 4).

3.2. KANSER VE KANSER TANISI

Kanser ile ilgili en eski kayıtlar milattan önce 3000 yılında görülmektedir. Parmak benzeri uzantıları olan kanser hücrelerinin yengeçlere benzemesinden dolayı "carcinos" ve "carcinoma" isimleri Roma'lı hekim Celcus tarafından "cancer" kullanılmaya başlanmıştır (Karataş, 2014:4).

Hücrelerin büyümesi ve çoğalmasını kontrol eden mekanizmaların hatası ile oluşan bir hastalıktır. Genetik kontrol sistemleri, normal gelişme, büyüme sinyalleri ve ölüm sinyallerine yönelik hücre oluşumları ve ölümü arasındaki dengeyi düzenlerler. Olması gereken büyüme oranlarını kontrol eden bu mekanizmada meydana gelen bozukluklar sebebiyle aşırı hücre bölünmesi oluşur ve kanser ortaya çıkar (Lodish et al, 2011). Yapılan araştırmalar doğrultusunda kanser hücrelerinin her geçen gün farklı bir özelliği ortaya çıkmaktadır (Hanahan ve Weinberg, 2011; 646-674).

Kansere hem iç hem de dış faktörler neden olmaktadır. Bakterilerden virüslere, çevremizdeki kimyasallardan beslenme alışkanlıklarımıza ve radyasyona kadar

birçok faktör vardır. Kanserlerin %5-10 arasında kalıtsal bir gen kusurundan kaynaklandığı bilinmektedir. Kanserlerin birçoğu mutasyonlar sonucunda oluşmuş olmasına rağmen kalıtsal faktörler değiştirilemese de yaşam tarzı ve çevresel faktörlere etki edilebilir. Tütün ürünleri kullanımı, alko, kötü beslenme, obezite virüsler, iyonizan ışıklara maruz kalmak ve kirletici kimyasallar kanser insidansını ve mortalitesini arttıran faktörlerdendir (Blackadar, 2016: 54-86).

Dünya çapında yapılmış birçok çalışmada kanser risk faktörleri arasında; sigara ve alkol tüketimi, meyve ve sebze yönünden fakir diyetler, obezite, sedanter yaşam, güvenli olmayan cinsel ilişki, hava kirliliği, sağlık ortamlarındaki kontamine enjeksiyonlar ve katı yakıt kullanımı vardır. Dünya üzerindeki yeni kanser vakalarının %17'sinin enfeksiyonlara bağlı olarak geliştiği bilinmektedir. Virüsler hücre döngülerinin bozulması, hücre devir hızının artması ve bağışıklığın baskılanması gibi sebepler ile kanser riskini arttırabilir (Kızılcı,2021: 10).

Kanser tanısı aşamalı bir süreçtir. Kanser ihtimalinden şüphelenilen hasta öncelikle fiziki bir muayeneden geçtikten sonra belirli biyo-belirteçlerin saptanması için kan tahlili gerekmektedir. Kan tahlilleriyle birlikte, çeşitli görüntüleme teknikleri de kullanılarak ve gerekli görülürse biyopsi yapılarak sonucun netleştirilmesi ile tanı süreci ilerler. Tümörün fark edilmesi ile birlikte tümörün iyi ya da kötü huylu olup olmadığının belirlenmesi gerekmektedir. Erken tanı kanser hastalarının hayatta kalmaları için ciddi önem taşımaktadır. Bu sebeple erken teşhis için hassas ve özel yöntemler gerekmektedir (Ulucan, 2020: 4,5).

3.3. KANSER TEDAVİSİNDE UYGULANAN YÖNTEMLER

Kanser sürecinde ana hedef hastalığın nüks etmesinin önlenmesi iken ileri evrede hastalığın ilerlemesinin durdurulması ve semptomların rahatlatılarak hastanın yaşam kalitesinin yüksek tutulmasıdır (Yavuzşen vd., 2014: 113). Kanser tanısı konulduktan ve evresi belirlendikten sonra hastalığa ve evresine uygun tedavi yöntemi seçilmelidir. Kanser tedavisinde uygulanan başlıca üç yöntem; kemoterapi,

cerrahi operasyonlar ve radyoterapidir. Bu üç yöntem hastayı şifaya kavuşturmak ve semptomları azaltarak yaşam süresini arttırmak için vardır (Kızılcan, 2021: 17). Cerrahi tedavi, radyoterapi ve kemoterapi haricinde bir de hormon tedavisi kanser tedavilerinde uygulanan yöntemler arasındadır (Yılmaz, 2006).

Cerrahi tedavi yöntemi ile kötü doku vücuttan alınır ve toksik etkisi en az olan ve en etkili yöntem olan cerrahi tedavi yöntemi bazen de işlevsizliğe sebep olabilmektedir (Topuzlu, 2000:11). Kanser için uygulanan birçok cerrahi tedavi şekli vardır. Kanser ne kadar ve hangi dokulara yayıldığını anlamak için evreleme cerrahisi, kanserli dokuyu alıp uzaklaştırmak için primer cerrahi, daha sonra uygulanacak tedavileri etkin hale getirmek için yapılan cerrahi blokaj, ileri evre hastalarda kanser nedeniyle ortaya çıkan diğer durumları tedavi için uygulanan palyatif cerrahi, kansere dönüşme ihtimali olan dokuların alınması profilaktik cerrahi ve son olarak kanser sebebiyle zarar gören uzuv ve organları yenileme amacıyla yapılan rekonstrüktif cerrahisi kanser için uygulanan cerrahi yöntemlerdir (Mencel, 2021).

Kemoterapi kanser tedavisinde en sık kullanılan tedavi yöntemidir. 1940'lı yıllarda mustart gazının kemik iliği üzerindeki etkisinin keşfedilmesi ile beraber kemoterapi kanser tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır (Rowland, 2008: 361; Yalman vd, 2001). Kemoterapinin temel amacı normal hücrelere zarar vermeden anormal hücreleri yok etmek ve tümör gelişimini baskılamaktır. Başlıca kanser tedavisi yöntemi olan kemoterapi biyokimyasal olarak hücreyi etkiler ve hücrenin çoğalmasını engeller. Kemoterapi bazen tek başına bazen de cerrahi tedavi ve radyoterapi ile birlikte kullanılır (Özçolak, 2016: 10). Sistemik bir şekilde kullanılan kemoterapi sentetik kimyasallarla, biyolojik ajanlarla ve hormonlarla hazırlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 2020).

Yüksek enerjili radyasyon kullanılarak uygulanan iyon ışınları ile birlikte atomların kullanıldığı bir ozon tedavisidir. Cerrahi tedavi ve kemoterapi ile birlikte yüksek işlevsellik gösteren bir tedavi yöntemidir. Semptomları azaltmaya yönelik etkileri vardır (Beers and Berkow, 2002). Radyoterapi kritik organları koruyarak radyasyon

ile hedef kütleye doğru verilir (Can, 2018). Radyoterapi ek tedavilerle birlikte ya da tek başına hem kanser tedavisinde hem de diğer hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır. Radyoterapi aynı zamanda ışın tedavisi ve şua tedavisi olarak da bilinmektedir (Celasun, 2016). Kanser tedavisinde cerrahi ve kemoterapi tedavilerine ek olarak radyoterapi kullanılmaktadır. Kanserli hastaların genel olarak %50-60 kadarının tedavi aşamasında radyoterapiye ihtiyaçları olduğu bilinmektedir (Ertem-Kalkım ve ark., 2009).

Kötü huylu hücrelerin hormonal problemler ile ilişkili olarak tümöre dönüştüğü bilinmektedir, hormonal tedavi kanser türlerinde en etkili tedavi yöntemlerindendir (Yılmaz, 2006). Hormonlar vücutta doğal yollar ile üretilir ya da ihtiyaca göre dışarıdan kimyasal yollar ile alınır. Hormonlar kanser tedavisinde ilaç olarak kullanılabilirler. Kemoterapiye benziyor olsalar da en büyük farkları vücudun doğal yollardan ürettiği hormonun hücreye bağlanıp, kanser hücresinin büyümesini engellemesidir (Baykara, 2016).

Başta kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi yöntemler kanser tedavisine karşı en sık kullanılan yöntemler olmasına karşı hormon tedavisi ve diğer biyolojik yöntemler de tedaviye yardımcı olmak ya da tek yöntem olarak kullanılabilirler.

Tüm tedavilerde hastaya özgü istenmeyen yan etkiler oluşabilir. Kemoterapi, radyoterapi ve kanser cerrahisi sonrasında yan etkiler oldukça sık karşılaşılan en önemli problemlerdir. Bu yakınmalar hastanın tedaviye devam kararında önemli rol oynar (Yavuzşen-Alacacioğlu ve ark., 2014). Her tedavi şeklinin kendine has avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Kanser her kişide farklı etkileri vardır. Tedaviler kişiden kişiye farklılık gösterebilmektedir, kesin ve tek bir tedavi yönteminden bahsetmek mümkün değildir (Baykara, 2016).

3.4. TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİLER (TAT)

Yukarıda kısaca açıklanmaya çalışılan tüm bu kanser tedavi yöntemlerinin yanı sıra kanserin tedavisinde tamamlayıcı ve alternatif tedaviler (TAT) de bulunmaktadır.

Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (The National Center for Complementary and Alternative Medicine) Kanseri hastalığı için tamamlayıcı ve alternatif tedavilerini (TAT) hâlihazırda konvansiyonel tıbbın bir parçası olarak kabul edilmeyen sağlık bakım sistemleri, ürünleri ve uygulamalarıdır (Ades and Yarbrow, 2000).

Tamamlayıcı ve alternatif tedavilere; alternatif ve medikal sistemler (homeopati, naturopati, geleneksel Çin tıbbı ve ayurveda gibi kültürel kökenli sistemler), beden ve zihin çalışmaları (müzik terapi, spiritual iyileşme, psikolojik görüşmeler, dua), biyolojik temelli müdahaleler (bitkiler ve diyet destek ürünleri), manipülatif ve beden temelli tedaviler (masaj ve osteopati) ve enerji tedavileri (elektromagnetik terapiler) örnek verilebilir. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler geliştirmekte olan ve endüstrileşmiş ülkelerde sistemli bir şekilde artmaktadır (Rafferty- McGee et al., 2002; Vallerand- Fouladbakhsh et al., 2003).

Hastaların çoğu tedaviye destek olması, yan etkiler ile baş etme, immün sistemlerini güçlendirme gibi amaçlarla ve konvansiyonel tedavilere ek olarak TAT kullanmaktadır. Bazı kanser hastaları da daha önce tat kullanmamış olup, hastalığın nüks etmesi ile birlikte son çare olarak TAT kullanmaya başlayabilmektedir (Tatsumura- Maskarinec et al., 2003; Mansky and Wallerstedt, 2006).

Kanser tanısı almış olmak, tedavi süreçleri hastalarda kaygı ve çaresizlik duygularını açığa çıkarmakta, hastanın kanser hakkındaki bilgisi ve kansere verdiği anlama dayalı olarak huzursuzluk ve keder yaşamaya sebep olmaktadır. Geleceğe yönelik belirsizlik, rol değişikliği, ekonomik zorluklar, hastanın ailesinde oluşan kaygı depresyon için potansiyel oluşturmaktadır (Turan, 1992). Kanser psikolojik güçlük ve bozukluklara yol açabilme potansiyeli en yüksek olan hastalık gruplarından (Özkan, 1999). Kanser kronik bir hastalık olmanın yanı sıra belirsizlik içeren durumlar, ağrı ve acı içinde ölme korkusu, suçluluk ve terk edilme korkusu uyandıran bir hastalık olarak bilinmektedir (Kelleci, 2005; Özkan, 1999).

Dünya Sağlık Örgütü 2018 yılı verilerine göre Dünya’da en sık karşılaşılan kanser çeşitleri; akciğer, meme ve kolorektal kanser türleridir. Bu üç kanser en çok ölüme

sebebiyet veren kanserler arasında ilk beşe girmektedir. Meme, kolorektal, akciğer, serviks ve tiroid kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türleridir. Erkeklerde ise akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanseri en sık görülen kanser türleridir (DSÖ, 2018).

3.5. MEME KANSERİ

Meme kadınlarda süt üretimi için düzenlenmiş, farklılaşmış bir ter bezidir. Zengin kanlanma, lenfatik yapı, bağ dokusu, yağ dokusu, sinirler, deri, memenin şeklini verir ve meme aynı zamanda sekonder bir seks organıdır. Meme kanseri oluşmadan önce çeşitli evrelerden geçer ve sonunda meme kanseri gelişir. Bu dönüşüm on yıllar içerisinde gerçekleşir. Başlangıçta süt aktarım kanal içerisinde sınırlı olan kanser hücreleri zaman içerisinde bağ dokusu içine geçer. Tümör hücreleri bu aşamada kan damarları ve lenfatiklerle karşılaşır ve metastaz yaparlar.

Meme kanseri tedavi edilmediği takdirde uzak organlara metastaz yapar ve ölüme neden olabilir. Meme kanserinde ölümlerin birçoğu organ metastazından dolayı olur. Meme kanseri nadir de olsa erkeklerde görülebilir. Her 100-200 meme kanserine karşı 1 erkek meme kanseri ile karşılaşılır. Genellikle 40 yaş üzeri kadınlarda rastlanır ve yaşın artması ile birlikte daha sık görülmeye başlar. Genetik geçiş gösteren çeşitleri tüm meme kanseri vakalarının %10 kadarını oluşturmaktadır. Genetik geçişi olan hastalarda, meme kanserinin daha erken yaşta ve her iki memede birden görülme ihtimali yüksektir (Aydıntuğ, 2004).

3.5.1. Meme Kanser Risk Faktörleri, Belirti ve Bulguları

Meme kanseri için birçok risk faktörü tanımlanmıştır. Yaş, cinsiyet ve ırk gibi demografik faktörler, ilk adet kanaması ile menapoz arasındaki dönemin tıbbi öyküsü, genetik faktörler, çevresel faktörler, hormon tedavileri, doğum yapmamış olmak ya da doğum yaşı, emzirmemek, obezite, radyasyona maruz kalmak, erken

menarş ya da geç menapoz, yüksek düzey alkol kullanımı, sigara kullanımı ve fiziksel aktivitedeki azlık meme kanseri için risk oluşturan faktörlerdir (Özel, 2021).

Yetişkin bir kadında memelerin büyüklüğü ve şekli kadının yaşı, genetik yapısı, gebelik durumu ve beslenmeye bağlı olarak farklılık gösterebilir fakat genel olarak simetriktir (Andıç, 2011). Normalde simetrik meme görüntüsüne sahip bir kadın oluşabilecek herhangi bir asimetrik değişikliği veya şekil değişikliğini göz ardı etmemelidir. Meme kanserinin erken dönemde fark edilmesi zordur. Bu sebeple kadınların erken tanı yöntemlerini önerilen şekilde takip etmeleri önemlidir. Meme kanseri kan ve lenf yolu ile yayılım gerçekleştirir. En çok metastaz yaptığı organlar öncelikle kemik (%71), akciğer (%69), karaciğer (%65), plevra (%51), adrenal bezler (%49), deri (%30), beyin (%20) dir. Tümörün metastaz yaparak yayıldığı organa özel belirtiler de klinik tabloya eklenir. Meme kanserli kadınların ilk bulgusu memede bir kitlenin olmasıdır (Yaman, 2016).

Mamografinin düzenli bir şekilde yapıldığı ülkelerde tanı mamografideki anormal görüntü üzerine alınırken, diğer ülkelerde memede kitle hissedilmesi ile yapılan başvurular üzerine tanı konulur. Türkiye’de meme kanseri tanısı alan vakaların %79’u memede kitle şikâyeti ile başvuru yapmıştır. Meme kanserine bağlı oluşan tümörlerin genel özelliği sert ve düzensiz kitlelerdir. Bu kitleler genel olarak ağrısızdırlar (Güllüoğlu, 2008).

3.5.2. Meme Kanserinin Evrelendirilmesi ve Tanı Yöntemleri

Meme kanseri hastalığın yayılımı açısından farklılıklar göstermektedir. Hastalığın seyri ve tedavi planının belirlenmesi, tedavilerin karışmaması için evreleme ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Evreleme sağ kalım süresinin belirlenmesinde de önemli bir etkidir (Sayhan, 2013). Evrelemede esas alınan kitlenin meme dışına yayılımı ve büyüklüğüdür. Evreleme klinik belirtiler ve bulgulara göre yapılmaktadır (Sakallı, 2013). Dünyada ve ülkemizde klinik evrelemede birçok sistem kullanılmaktadır.

Bu sistemler; Union İnternational Against Cancer (UICC), American Joint Committee on Cancer (AJCC)'nin TNM sistemidir (AJCC, 2010).

Evre 1 meme kanseri dokulara sıçramamış ve yerinde kalmış kanser türü için kullanılır. Kitle süt kanalları içerisinde kalmıştır, göğsün yağ dokusu ya da lenf bezleri gibi vücudun farklı alanlarına yayılım göstermemiştir. Evre 2 meme kanserinde ise yayılabilen meme kanserinin başlangıcını ifade eder. Evre 2'de tümör 2 cm'den büyük değildir ve başka yerlere yayılmamıştır. Evre 2 ve Evre 3 kanserin alt bölümleri vardır. Evre 3'te tümör yakın organlara yayılım göstermiştir. Evre 4'te ise kanser uzak organlara sıçramıştır. (Çomaktekin, 2018).

Meme kanserinde erken tanı hastalığın tedavi sürecini olumlu etkilemekte ve ölüm oranlarını azaltmaktadır. ABD'de yapılan bir çalışmada MG'nin erken tanılama en etkili yöntemlerden olduğu gösterilmiştir (Cantürk, 2012; Koçalışlı, 2006). Gelişmekte olan ve gelişmiş ülkeler arasındaki en önemli fark gelişmiş ülkelerin mamografi aracılığı ile erken teşhis yapabilmesi ve tedavi imkânlarının gelişmiş olmasıdır. Bütün evrelere göre sağ kalıma oranı gelişmekte olan ülkelerde %53, gelişmiş ülkelerde ise %73'tür (Gençtürk, 2013).

Meme kanseri taraması için izlenilecek yol 20 yaş üstü kadınların her ay kendi, 20-40 arasını kadınların her ay kendi kendini el ile muayene etmesi ve 3 yılda bir klinik muayeneden geçmesi, 35 yaş itibariyle mamografi çekilmesi, 40-49 yaş arasını her ay kendi kendine muayene ve klinik muayenenin yanında en az 3 adet mamografi, 50 yaş üzerinde ise her ay kendi kendine muayenenin haricinde her yıl klinik muayene ve mamografi uygulanmalıdır (Shapiro,1998). Erken tanı ile ilgili eğitimler, bilgilendirme ve tarama programlarının düzenlenmesi çok önemlidir (Gençtürk, 2013).

Meme kanserinin erken fark edilmesi için kadınlar tarafından belirli aralıklarla ve düzenli olarak kendi kendilerine yapılan muayeneye kendi kendine meme muayenesi (KKMM) denir. KKMM meme kanseri ihtimaline karşı erken tanı yolunu açtığı için büyük önem taşımaktadır. Erken tanı, erken tedavi ve çabuk

iyileşme durumları için de önemli bir aşamadır. Ayrıca KKMM kolay, ucuz ve zahmetsiz olup, kadınların kendilerine özgüvenlerini ve becerilerini artırır.

Meme kanserlerinin büyük bir kısmı hastaların kendileri tarafından fark edilir. Düzenli olarak kendi kendilerine meme muayenesi yapan kadınlar meme dokularını tanır ve herhangi bir değişikliği kolayca fark ederler. Mamaografi her gruptan insan için ulaşılabilir ve uygun olmayabilir. Bu sebeple KKMM daha önemli bir hal almaktadır. Meme muayenesi elle ve gözle olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Avcı, 2020).

Muayene, gelen hastanın şikâyetinin öğrenilmesi ile başlar. Genelde hastaların başvuru sebepleri arasında memede kitle, meme başı akıntısı ve ağrı vardır (Özmen, 2009). Şikâyetin ne zaman başladığı, şiddeti ve nasıl fark edildiğinin yanı sıra ilk adet yaşı, ilk doğum yaşı, geçirilmiş olan cerrahi işlemler, gebelik öyküsü, emzirme öyküsü ve ailesel meme kanseri öyküsü alınarak ilerlenir. Menapoz öncesi kadınlarda son adet tarihi ile adet döngülerinin düzeni, menopoz sonrası kadınlara da menapoz girdiği yaş gibi ayrıntılı sorular sorulur (Mertcan, 2018).

Alanında uzman hekim ve hemşireler tarafından yapılan muayene klinik meme muayenesidir (KKM). Bu muayenede meme bölgesi, köprücük kemiğinin altı, üstü ve koltuk altındaki lenf bezleri kontrol edilir. Ülkemizdeki 20 yaş üzerindeki kadınlara 1-3 yılda bir kez, 40 yaş üstü kadınlara da yılda bir kez klinik meme muayenesi önerilmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı, 2017). Klinik meme muayenesi erken tanı için önemli yöntemlerden bir tanesidir (Polat, 2015). Klinik meme muayenesi üç aşamada yapılır, bunlar inspeksiyon, aksillanın palpasyonu ve memenin palpasyonudur. Öncelikle göz ile hastanın kaslarında asimetri, ciltte kızarıklık, ödem ve şişlik olup olmadığı gözlemlenir daha sonrasında ise meme ve diğer yakın dokular el ile muayene edilir (Tarhan- Muslu ve ark., 2019).

Mamografi, meme kanseri teşhisi için kullanılan en yaygın yöntemdir. Mamografi sıkıştırılmış memenin x ışını görüntüsüdür. Diğer yöntemler manyetik rezonans (MR) ve ultrasonudur. Mamografinin diğer yöntemlere göre başlıca avantajı düşük

radasyondur (Alioğlu, 2022). Mamografi, memede kitle, ağrı, akıntı ve kızarıklık gibi şikayetlerle başvuran kadınların yanı sıra tarama amacıyla da 40 yaş ve üzeri kadınlarda uygulanan bir yöntemdir (Smith-Cokkinides et al., 2004).

Meme yoğunluğunun fazla olması ve radyosensitivitesi yüksek olmasından dolayı 25 yaşından önce mamografi önerilmemektedir (Arıbal-Tunçbilek ve ark., 2012). Tarama amaçlı yapılan mamografinin meme erken evrede yakalamak, ölüm oranlarını azaltmak, meme koruyucu cerrahi girişim oranını arttırmak gibi faydalarının yanı sıra radyasyon gibi negatif özellikleri de bulunmaktadır. Mamografinin birçok faydalı yanının olması ile birlikte sosyal güvencenin olmayışı ve gelir düzeyindeki düşüklük, bilgi eksikliği ve radyasyona maruz kalma durumu ile birlikte acı vereceği düşüncesi ile bireyler mamografiden uzak durmaktadırlar (Gençtürk, 2007).

Meme kanseri tanılama sürecinde girişimsel olarak; ince iğne, kalın iğne ve cerrahi biyopsi uygulanmaktadır. İnce iğne ile yapılan biyopsi daha çok ele gelmeyen kitleden hücre alınır ve fiziksel, psikolojik ve ekonomik olarak avantajlıdır. Fakat ince iğne ile alınabilen materyalin yetersiz olması ihtimali ile de dezavantajlıdır (Aksaz, 2012; Başkan- Salihoğlu ve ark., 2012; Koçaşlı, 2006). Kalın iğne ile yapılan biyopsi son yıllarda en yaygın biçimde kullanılmaktadır. Çoğu zaman erken teşhis sağlayıp, tedaviye geçme süresini kısalttığı için sık tercih edilir (Başkan-Salihoğlu ve ark., 2012). Cerrahi biyopsi ise memede bulunan kitlenin tamamının veya bir kısmının cerrahi kesi yaparak alınmasıdır. Kitlenin tamamının çevresindeki sağlam doku ile birlikte çıkarılmasına eksizyonel biyopsi, kitlenin bir kısmının tanı amaçlı çıkarılmasına ise insizyonel biyopsi denir. 35 yaşından sonra ele gelen herhangi bir kitlenin varlığı MG sonuçları şüpheli veya belirsiz dahi olsa biyopsi tercih edilmelidir, eğer yeterli olanak ve teknik koşullar yok ise cerrahi biyopsi yapılmalıdır (Kamsız, 2018).

Kolay uygulanabilen, radyasyon içermeyen ve ucuz maliyetli görüntüleme ve tanı yöntemidir. Ultrasonik dalgalar oluşturarak, transduserler aracılığı ile görüntü elde edilir. Özellikle yoğun ve fibroglandüler doku açısından zengin meme yapısına

sahip kadınlarda mamografiye ek olarak USG'nin kullanıldığı ve meme kanserini saptayabildiği bilinmektedir (Yıldız, 2021).

Yüksek kanser riski taşıyan kadınlarda ve hâlihazırda meme kanseri tanısı almış kadınlarda kullanılır. MR ile tümörün yayılımı değerlendirilebilirken, memede ek lezyonların tespit edildiği ortaya konmuştur. Planlanan ameliyatların seyrinin MR ile değişebildiği bilinmektedir. Sadece teşhis aşamasında değil, tedavi ve takip aşamasında da MR önemli bir role sahiptir (Ferahman, 2017).

Süt kanalları içerisindeki çok küçük (2-3 mm) tümörleri saptamak için kullanılan bir tekniktir. Süt kanallarındaki küçük tümörler normal mamografi ile görülemeyebilirler ve ancak süt kanallarına ilaç vermek ile görülebilirler.

Süt kanallarının içinde lokalize çok küçük papillom denilen tümörler normal mamografilerde görülmezler, göstermek ancak süt kanalının içine ilaç vermekle mümkün olmaktadır. Mamografi, ultrason ve magnetik rezonans meme görüntülenmesinde ileri teknikler olsalar da süt kanallarını en iyi galaktografi gösterir. Mamografi normal çıkıyor olmasına rağmen meme başından gelen akıntılarda galaktografi kullanılabilir (<https://www.drleventcelik.com/galaktografi-duktoografi-nedir>)

Kemik sintigrafisi meme kanseri vakalarında kemik metastazı olup olmadığını belirlemek için kullanılan bir nükleer tıp yöntemidir (Ferahman, 2017). Meme kanserinin en sık metastaz yaptığı bölgelerden birisi kemiktir. Meme ve prostat kanserlerinde kemik metastazı %70'e kadar görülebilmektedir. Kemik metastazının belirlenmesi doğru tedavi yönteminin seçilmesi için önemlidir (Dostbil-Kaya ve ark., 2012).

PET biyokimyasal parametreler ile değişim ve konvensiyonel görüntülemeadaki şüphelenmeler sonrasında tekrar evreleme işlemine yardımcı olur. Yayılımın sınırlarının belirlenmesi ve ayırıcı tanı için kullanılır. Daha önce cerrahi işlem ya da radyoterapi uygulanmış olan olgularda PET yeni ve önemli bilgiler sağlar (Sayman, 2009).

3.5.3. Meme Kanseri Tedavi Yöntemleri

Meme kanseri bazı kadınlarda uzak organlara yayılım göstermeden, bölgesel bir hastalık olarak ortaya çıkar. Bu tür erken evrede ortaya çıkan kanserlerde genelde mamografi taraması ile tanı konulup, tümör olan bölgeye tedavi uygulanarak yüksek oranda iyileşme görülür. Fakat bazı primer meme kanseri olan kadınlarda çoğunlukla metastazlara rastlanabilir ve bu kadınların çoğunda radyoterapi ve küratif cerrahi işlemler sonrasında da metastazlar gerçekleşebilir (Hortobagyi, 1998).

Meme kanserinin tedavisinde uygulanacak olan tedavi şekli, hastalığın evresine ve tipine göre farklılık gösterebilir. Uygulanacak olan tedavi yöntemine hastalığın evresi ve hastanın genel durumuna göre, multidisipliner bir yaklaşım ile karar verilmelidir (Arslantaş ve Yurdakul, 2014). Meme kanserinin tedavi sürecinde; hastanın istekleri, uygulanacak tedavinin riskleri, hastanın yaşam tarzı, kemoterapi ve radyoterapiye olan ihtiyacı gibi tüm faktörler göz önünde bulundurularak hasta ile birlikte karar verilmelidir (Lee and Shekter, 2018).

3.5.3.1. Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisi

Metastazı olmayan ve bölgesel olan meme kanserlerinde cerrahi girişim en sık başvurulmuş tedavi şekillerindendir (Akyolcu, 2008; Özbaş ve Koçak, 2006). Erken evre meme kanserinde yapılan cerrahi girişimler oluşabilecek birçok komplikasyonun önüne geçer ve koruyucu cerrahi amaçlı yapılabilir (Özmen, 2009). Meme kanserinde meme koruyucu cerrahi işlemler meme dokusunun tamamen alınmadığı fakat tümörün çıkarıldığı işlemlerdir. Meme dokusunun tamamen alındığı cerrahi girişimler ise mastektomi olarak adlandırılmaktadır ve meme koruyucu cerrahinin işe yaramadığı durumlarda uygulanır (Arslantaş ve Yurdakul, 2014).

Memedeki hasta dokunun çevresindeki bir miktar normal doku ile birlikte çıkarılmasına eksizyonel biyopsi denir. Çıkarılan parçanın incelenmesi ile birlikte kesin tedavi yöntemi belirlenir (Kahramanlar, 2021). Memede yer alan büyük dokudan, tedavi şekline karar vermek ve tanıyı kesinleştirmek için gerektiği kadar dokuyu almak için yapılan cerrahi işleme insizyonel biyopsi denir (Tümentemur, 2014).

Memenin bir kısmının veya tamamının alınmasına verilen cerrahi işlemin ismi mastektomi yani memenin boşaltılmasıdır. Meme kanseri teşhisi konduktan sonra hastalığın evresine göre ve kişiye uygun olarak ameliyat planlanır. Kanser koltuk altı lenf bezlerine ve diğer uzak dokulara sıçradıysa ve yaygın ödem bulunmuyorsa mastektomi uygulanır (Arıkan, 2000). Mastektomi sonrası uzun ve sancılı bir süreç olabilmektedir. Mastektomi sonrasında radyoterapi, kemoterapi, hormon tedavisi gibi ek tedaviler de uygulanmaktadır (Akçay, 2005).

Ayrıca meme koruyucu cerrahi de radyoterapi ile takip edildiğinde mastektomi ile eşdeğer sonuçlar vermektedir (Cocquyt-Blondeel et al., 2003). Meme koruyucu cerrahi büyük oranda primer tedavi yöntemi olarak mastektominin yerini almıştır (Bodilsen-Bjerre et al., 2016). Meme koruyucu cerrahinin öncelikli amacı memenin korunması ve memenin estetik görünümünün sağlanmasıdır (Emiroğlu-Sert ve ark., 2015; Özçınar-Güler ve ark., 2010).

3.5.3.2. Radyoterapi

Tedavisine mastektomi ile başlanan hastaların bazılarında tümörler yakın dokuya ve lenflere yayılmaya başladıysa radyoterapi uygulanmaya başlanabilir. Meme koruyucu cerrahiye ek olarak merkezi sinir sistemine veya kemiklere metastaz yapmış olan ileri derece meme kanseri belirtilerini tedavi etmek ve tümörü küçültmek için mastektomiden önce uygulanan bir yöntemdir.

Radyoterapi sayesinde kanser hücrelerinin DNA'sı yüksek enerjili ışın demeti kullanılarak yok edilmeye çalışılır. Radyasyon ile hücreye verilen hasar sayesinde

hücrelerin büyümesi yavaşlatılması veya durdurulması amaçlanır. Belirlenen doz birkaç haftaya yayılarak uygulanmalıdır yoksa sağlıklı dokular da ciddi hasar alır (Günaydınlı, 2018).

3.5.3.3. Kemoterapi

Kemoterapi kanser hücrelerini öldürmeyi amaçlayan bir tedavi yöntemidir. Meme kanserinde de birçok farklı kemoterapi ilacı hastanın durumuna göre farklı kombinasyon ve yöntemlerle kullanılabilir (Ahlgren-Lidbrink et al., 2003). Vücuttaki bütün hücreler düzenli bir şekilde büyür. Fakat kanser hücreleri düzensiz ve kontrolsüzce büyürler. Kemoterapi bölünme ve büyüme yeteneği olan kanser hücrelerini yok eder Her kemoterapi ilacı farklı şekilde çalışır ve kemoterapi ilaçları çeşitli kombinasyonlarda kullanılabilirler (Brock-Cwikla et al., 2000).

Kemoterapi uygulanmasına meme kanseri evreniz, lenf bezlerine yayılıp yayılmaması, kanserinizin derecesi gibi çeşitli etmenlere bakılarak karar verilir (Miller-McCaskill et al., 1999). Meme kanserinde cerrahi ve radyoterapi uygulamalarına ek olarak sıklıkla kemoterapi verilir. Ameliyattan sonra vücudun kendisini toparlaması beklenilerek daha sonrasında kemoterapiye başlanılır. Bazen de cerrahi uygulamadan önce kanserin yayılımını yavaşlatmak ve büyüme hızını düşürmek için kemoterapi verilebilir (Fumoleau-Kerbrat et al., 2003; Webb- Noble et al., 2002; Jackisch-Minckwitz et al., 2002).

3.5.3.4. Meme Kanserinde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler

Hormon tedavisi meme kanserinde bir ek tedavi biçimidir. Tanısı konmuş hastalarda kanserli kitlenin büyüüp diğer doku ve organlara yayılmasını engellemek veya yavaşlatmak için kullanılabilir. Hormon reseptörü pozitif yönde olan hastaların yaşam sürelerini uzatabildiği aynı zamanda da diğer tedavi yöntemlerine olumlu etkisi olduğu gözlemlenmiştir. Her iki memede lezyon olan

hastalarda yapılan çalışmalar hormon tedavisi uygulanan memede hastalığın tekrarlama riski hormon tedavisi uygulanmayan memeye göre azalmıştır (Burke-Mohn-Brown et al., 2011).

Hormon tedavisi ile ilgili bahsedilebilecek olumsuz durumlardan birisi de hormon tedavisinin ileri yaşlardaki hastalarda osteoporoza sebep olup, kemik kırıklarının oluşum sıklığını arttırmasıdır (Turna, 2006).

Kanser hücrelerinin çabuk ya da olan dışı büyümesine izin veren bir protein gibi kanser hücrelerindeki özellikleri hedef alan bir tedavidir. Hedeflenen tedavilerde genellikle normal hücreler kemoterapiye nazaran daha az etkilenir. Hedefli terapi antikör içeriyorsa bağışıklık amaçlı terapiler denir. Meme kanserinde  çeşit hedef terapi kullanılır (Mike, 2018).

Yaşam kalitesini ve sağlığı yükseltmek için kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedaviler hem kanser hastalarında hem de normal popülasyonda oldukça yaygındır. Kanser hastalarında hem tedaviler sonucunda ortaya çıkan yan etkileri gidermek hem de kanserin semptomlarını azaltmak için tamamlayıcı tedaviler kullanılabilir. Kadınlar arasında en sık görülen kanser çeşidi meme kanseri kadınları fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak olumsuz etkilemektedir. Tamamlayıcı yöntemler rutin tedaviye ek olarak kullanılmaktadır (nal-Atik ve ark., 2020).

Bu alışma kapsamında meditasyon ve dini uygulamalar, hipnoz, masaj ve egzersiz, uyku tedavisi, bitkisel yöntemler, akupunktur ve akupressür, müzik tedavisi ve aromaterapiden bahsedilecektir.

Dini uygulamalar, meditasyon, hipnoz ve gevşeme egzersizleri, hasta eğitimi ve bilişsel- davranışsal yaklaşımlar kanser hastalarında olabilecek olan duygu-durum bozukluklarına, kronik ağrıya iyi gelen ve yaşam kalitesini yükselten yaklaşımlardır (Deng-Frenkel et al., 2009). Kanser hastalığı ölüm ile bağdaştırıldığından dolayı hastaların dini yaklaşımları bir başetme becerisi olarak görmeleri şaşırtıcı değildir. Özellikle distresi yüksek ve hastalığa psikolojik olarak uyum sağlaması düşük olan meme kanseri hastalarında dini yaklaşımların kullanımının daha fazla olduğu

görülmüş ve bu hastaların psikolojik destek almaları için psikiyatriye yönlendirilmesi uygun görülmüştür (Thuné-Boyle-Stygall et al., 2006).

Hipnozun meme kanseri olan hastalarda yaşam kalitesini yükselten etkili bir yaklaşım olduğu ve kullanımına engel herhangi bir sebep olmadığı bildirilmiştir. Yapılan çalışmada meme biyopsisinden önce uygulanan hipnozun endişe ve korkuyu azaltarak gevşeme sağladığı, cerrahi girişimler sırasında semptomları azalttığı, radyoterapiye bağlı yorgunluğun yönetimini kolaylaştırdığı ve uyku kalitesinin iyileştirilmesi için önerilebilecek bir yaklaşımdır. Ayrıca hipnozun bağışıklık sistemine de olumlu etkisi olduğu ifade edilmiştir (Hudacek, 2007).

Meditasyon ve yoganın da stres ve anksiyeteyi azaltmada oldukça etkili olduğu yapılan sistematik incelemeler ile bildirilmiştir. Fakat bu girişimlerin etkinliğinin belirlenebilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Matchim-Armer et al.,2011).

Meme kanseri hastalarında masaj ve refleksolojinin yaşam kalitesine etkilerine dair bulgular kısıtlı olsa da kanser hastalarına anksiyete ve ağrı kontrolü için bu iki yaklaşımın kullanımı önerilmektedir. Fakat masaj sırasında kanser dokusuna yakın yerlere, büyümüş olan lenf nodlarına ve ameliyat bölgesine basınç uygulanmasından kaçınılması gerekmektedir (Can vd., 2012). Egzersiz, meme kanseri hastalarında yorgunluğun yönetiminde etkisi kanıtlanmış bir yaklaşımdır. Düzenli olarak egzersiz programına katılan meme kanseri hastalarında eğer omurga ve kemik metastazı yok ise yaşam kalitesini arttırıp yorgunluk düzeyini düşürdüğü kabul edilmiştir (McNeely-Campbell et al., 2006).

Meme kanserli kadınlarda sıklıkla ağrı, yorgunluk, nörolojik ve psikolojik problemler ile yoğun bir şekilde karşılaşılır. Araştırmalara göre uyku kalitesinin azalması yorgunluğun, anksiyetenin ve ağrının artmasına neden olabilmektedir. Yeterli ve kaliteli uyku kanserin sebep olduğu semptomlar ile baş etmeyi kolaylaştırmaktadır (Lafcı, 2018).

Kemoterapi hastaları sıklıkla bitkisel içerikli yöntemlere başvurumaktadırlar. Toplumda ısırgan otu, yeşil çay, aloe vera olarak bilinen otlar sık kullanılan bitkilerdendir. Çoğu bitkinin kanserdeki etkisi bilinmezken aloe vera ve karadut şurubunun kullanılabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Kemoterapiye bağlı kusmaların önlenmesine için zencefil kullanımı önerilmektedir. Yapılan randomize çalışmalarda deney grubu hastalarına verilen zencefil kapsülün kemoterapiye bağlı mide bulantısı ve kusmayı önlediği görülmüştür (Özdelikara ve Arslan, 2017).

Geleneksel çin tıbbının yöntemlerinden birisi olan akapunktur ve akupressür, kemoterapinin semptomlarında etkisi olan bir TAT yöntemi olarak kullanılmaktadır. Akapunkturda çelik ve gümüş iğneler deri altındaki kas dokusunu etkileyerek enerji akışını düzenler. Kanser hastalığı ve kemoterapinin yıkıcı etkilerinden olan ağrı, yorgunluk, kusma, anksiyete, depresyon gibi semptomların azalmasında ve hastanın yaşam kalitesinin artmasında olumlu etkileri olduğu literatürde görülmektedir (Özdelikara ve Arslan, 2017).

Geçmişten günümüze kadar yoğun bakım üniteleri, ana çocuk sağlığı, ameliyathanelerde psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda müziğin kullanıldığı bilinmektedir. Müziğin psikolojik ve fiziksel etkileri ve analizleri oldukça sağlamdır. Müzik tedavisinin psikososyal bir girişimdir ve kanser gibi sağlık sorunlarının tedavisinde non-invaziv tedavi olarak kullanılır (Lafcı, 2018).

Müzik hastanın dikkatini başka yöne çeken, gevşeme ve ağrı algısının azalmasını sağlayan önemli bir araçtır. Kanserli ve meme kanserli hastalarda yapılan çalışmalar müziğin bireylerin yaşam kalitesini arttırdığı, iyilik hali ve gevşeme sağladığı, uyku, yorgunluk ve ağrı ile birlikte anksiyete üzerinde de olumlu etkisi olduğu ortaya çıkarılmıştır (Lafcı, 2018).

Aromaterapi meme kanserli hastalarda genellikle hastalığı önlemek değil semptomları azaltmak amacıyla kullanılmaktadır. Meme kanserli hastalarında çoğunda tedavi sırasında lenf ödem görülebilmektedir. Lenf ödem sonucu kollarda oluşabilecek şişlik ve ağrılar yaşam kalitesini düşürebilmektedir. Aromatik yağlar kullanılarak yapılan basit lenf ödem drenaj masajının koldaki ağrıyı azalttığı ve lenf

ödem gelişimini azalttığı belirlenmiştir. Aynı zamanda meme kanserli hastaların psikolojik olarak da etkilendiği ve beden imajlarının zedelendiği bu sebeple de yoğun kaygı yaşadıkları görülmektedir. Aroma terapi ve müzik tedavisinin strese karşı duyarlılığı ve kaygıyı azalttığı, farklı bir çalışmada da lavanta yağının meme cerrahisi öncesinde kullanıldığında hastaların kaygı düzeyini azalttığı görülmüştür (Ünal-Atik ve ark., 2020).

3.6. PSİKOONKOLOJİ

Kanser tanısında genellikle ilk tepki şok olma ve inkâr etmedir. Hasta kişi, kendi bedenine yabancılaşabilir ve bedeninin verdiği tepkilere güvenmez. İnkâr kabulü güç olan gerçeği bilinç dışında tutarak bütünlüğü koruma tepkisidir. Bir sonraki aşamada ise kişi yavaş yavaş gerçeği kabullenmeye başlar. Kabule girilen bu süreçte en temel tepki kaygıdır. Aktif tedavinin yoğun olduğu dönem sona erince de üçüncü aşamaya geçilir ve danışan uyum sağlama çabasına girer. Yaşamı ciddi şekilde etkilenen hasta artık hayata karşı bakış açılarını sorgulamaya başlar. Son aşamada ise hasta tüm gerçekliği kabul edip, yeni yaşamına uyum dönemine girer. Hastalığı benimseyip, güven ve denge arayışı içerisinde. Kanser tanısı ve tedavi sürecinde psikiyatrik rahatsızlıkların görülme ihtimali yüksektir (Ülger-Alacacioğlu ve ark., 2014).

Prof. Dr. Jimmie Holland psikoonkolojinin bilim dalı olmasını sağlamıştır. Holland psikoonkolojiyi; kanser hastalarının ve ailelerinin, hastalığın tüm evrelerindeki psikolojik tepkilerini, sosyal ve davranışsal etmenleri de içeren klinik onkolojinin alt dalı olarak tanımlar. Kanser hastaları ve onların yakınlarına, bakım verenlerine tedavi ekibi ve psikolojik destek, terapi ve eğitimlerin verildiği birimdir. Kısacası psikoonkoloji, psikolojik ihtiyaçları bilimsel, akademik ve sosyal olarak değerlendirip desteklemeyi hedefleyen bilim alanıdır. (Savaş, 2020).

Dünya sağlık örgütünün 2008 yılında yayınladığı raporda, kanser hastaları için psikososyal desteğin, tedavinin bir parçası olması ve bu hizmetin onkoloji servisinde sunulması gerektiğini bildirmiştir (Ülger-Alacacioğlu ve ark., 2014).

Günümüzde psiko-onkoloji modern onkolojiden ayrı düşünölemeyecek bir alandır. Bu alandaki yayınların temelini ellili yılların başında kanser hastaları ve onların yaşam kalitesi ile ilgili yazılanlar oluşturmaktadır. İlk olarak Arthur Sutherland tarafından onkoloji hastalarındaki psikiyatrik bozuklukları çalışmak üzere bir ekip oluşturmuş ve daha sonrasında Jimmie Holland yönetiminde psiko-onkolojiyle ilgili eğitim veren bölümün açılması ile birlikte Uluslararası Psiko-onkoloji Topluluğu (IPOS) 1984 yılında kurulmuştur. Psiko-onkoloji bilim alanı ile ilgili ilk klinik deneyimlere yer verilen psiko-onkoloji el kitabı (Handbook of Psycho-oncology) 1898 yılında yayınlanmıştır. Daha sonrasında da Amerika'da onkoloji alanında çalışan sağlık çalışanlarının hastalar ile iletişiminin iyileştirilmesi için görüşme teknikleri ile ilgili eğitimler vermeye başlanmıştır. Benzer yıllarda Avrupa ölkelerinde de buna benzer çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Başa çıkma stratejilerinin yanı sıra, bilişsel davranışçı müdahaleler ve kanser hastalarının yaşam kalitesini hakkında araştırmalar aktif hale getirilmiştir (Bag, 2012).

Türkiye'de ruh sağlığı profiline bakıldığında 1998 yılında somatoform ağrı bozukluğunun 6 kişiden birinde görölmesine karşın kanser hastalarının profiline bakıldığında her 3 kişiden birinde zorlanma yaşadığı görölmüştür. Bu zorlanma belirtilerinin %90'ı tıbbi ve tedaviye bağlı iken %10'u ise kanser tanısı almadan önceki süreçten geliyor olup bu süreçte alevlenmiştir (Savaş, 2020).

Kanser hastalarının öncelikli olarak fiziksel tedavilerinin yapılması yaşadıkları psikolojik zorlukların ihmal edilmesine sebep olabilmektedir. Psiko-onkolojinin iki temel amacı vardır bunlar: kanser hastalığının her evresinde hastanın yaşam kalitesini yükseltmek ve hastalık ile başa çıkma stratejilerinde hastaya yardımcı olmak ile hastalık süresince hasta yakınları ve tedavi ekibindekilerin yaşaması muhtemel sıkıntıları fark edip önlem almaktır.

Psiko-onkoloji ya da diğerk adıyla psikososyal onkoloji yalnızca tıp kökenli meslek gruplarıyla değil, aynı zamanda sosyal çalışma uzmanı ve din görevlisi gibi farklı meslek gruplarıyla birlikte sıkı bir iş birliğini gerektirir. Ayrıca kanser hastalığının rehabilitasyonu, tedavisi, etiyolojisinde psiko-onkolojik tedavi ve bakım sunumunda bilimsel tartışmaları dikkate alarak psikososyal bir bakış açısı getirir (Bag, 2012).

Psikoonkolojide, sağlık ekibi olarak kötü haberi verirken insanı tarafımızın hatırlanması gerekir. Tanı alan kişinin psikolojik ihtiyaçları göz önünde bulundurularak, her şeyin bitmediğini ve birlikte mücadele verileceğinin anlatılması gerekmektedir (Savaş, 2020).

Görölme sıklığı her geçen gün artan kanser bedensel zorlanmaların yanı sıra hastaların yaşamına psikolojik ve sosyal zorlukları da beraberinde getirmektedir. Psikolojik ve sosyal zorluklar tedavi sürecini de olumsuz etkilemektedir. Bu sebeple kanser tedavi sürecinde hastaların psiko-sosyal destek almaları baş edebilme açısından önem taşımaktadır. Kanser hastaları yüksek oranda psikiyatrik komorbiditeye sahiptirler. Kanser ciddi bir kronik hastalık olmasının da yanında korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik ve ölüm gibi duygu ve düşünceleri de çağrıştıran bir hastalıktır. Kanser tanı ve tedavi süreci multidisipliner olarak ele alınmalıdır. Bütüncül bir bakış açısı ile tıbbi, psikiyatrik ve sosyal boyutları ile ele alınarak. Psikososyal onkoloji, kanserin hastalığının etkilediği bireylerin yaşamlarının kalitesini arttırmaya ve ihtiyaçlarını görmeye odaklanmış bir yaklaşımdır (Ülger-Alacacıoğlu ve ark., 2014).

3.7. KANSER VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME

Travmatik durumlar bireyleri ruhsal ve sosyal birçok sorun ile karşı karşıya bırakan, fiziksel bütünlüğünü tehdit eden ve yoğun stres barındıran yaşam deneyimleridir. Travmatik yaşam deneyimlerine öfke, inkâr ve çaresizlik gibi psikososyal problemler de eklenebilir. Çoğu kültürde ölüm ile eş değer görülmesi, ciddiyet

taşıyan tıbbi girişimler, tedavi sürecinin ağır yan etkileri kanser tanısı ve tedavi sürecini travmatik bir olay yapmaktadır (Güngör, 2019).

Diğer travmatik yaşantılardan farklı olarak kanserde içsel faktörler de etkilidir. Diğer travmatik yaşantılar geçmişe odaklı iken, kanser tanı ve tedavi sürecinde tarama programlarına katılmak, hastane kontrolleri, gelecek anksiyetesi gibi gelecek odaklı durumlar onu farklı kılar (Mehnert and Koch 2007; Kangas-Henry et al., 2002; Smith-Redd et al., 1999).

Travmatik durum ile karşı karşıya kalan bireyin vereceği tepki ve bu durumun ileriye dönük ruhsal bir bozukluğa dönüşüp dönüşmeyeceğini travmanın şiddeti ile birlikte kişinin genetik yatkınlığı, başa çıkma stilleri, geçmiş travmatik yaşantıları ve kişinin durumu algılayışı ile birlikte benlik algısı etkilemektedir. (Akyüz, 2017).

Bazı kişiler travmatik olaydan sonra hayata küserken bazıları ise hayata bir şekilde devam etmeye çalışmaktadırlar. Kanser teşhisi sonrası herkesin hayatında birçok farklı değişim olur ve her hastanın buna verdiği tepki de farklı olur. Travmatik bir olaydan sonra yaşanabilecek en muhtemel ruh sağlığı bozukluğu travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)'dir (APA, 2000).

TSSB tanısı için DSM--IV-TR'de bulunan belirtiler: travmatik yaşantıların düşünceler ve rüyalar aracılığı ile tekrar yaşantılanması, artan uyarılmışlık ve travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan kaçınma halidir. Ancak bu belirtilerin bir aydan uzun sürmesi halinde TSSB tanısı alınabilir. TSSB'ye ek olarak kaygı, depresyon, yeme bozuklukları, uyku bozuklukları ve psikomatik şikâyetler ortaya çıkabilmektedir. Travmatik yaşantı bireylerde suçluluk, kızgınlık, çaresizlik ve kaygı gibi durgular yaratabilmektedir (Brewin and Holmes, 2003; Tanrıdağı, 2005).

Kanser hastaları olumsuz duygular ve düşünceler geliştirebileceği gibi olumlu düşünceler de geliştirebilirler. Olumsuz düşüncelerin travma sonrası stres bozukluğuna, olumlu düşüncelerin de travma sonrası büyümeye yatkınlık oluşturduğu yapılan çalışmalar ile gösterilmektedir (Chan-Ho et al., 2010).

Kanser ile ilgili yapılan çalışmalarda literatürde daha fazla travma sonrası stres bozukluğuna yer verilmiştir ancak son yirmi yılda travma sonrası büyüme ile ilgili çalışmalar da görülmektedir. Travma sonrası büyüme ile ilgili çalışmalarda, TSB'nin kanser tanısından belirli bir süre sonra gerçekleştiği görülmüştür. TSB'nin belirli bir süre sonra gerçekleşiyor olması, olumlu değişikliklerin kanser sürecinin başlangıcında yaşanma ihtimalinin düşük olması ile ilişkisi olduğu belirtilmiştir. Psikolojik dayanıklılığın var olması kanser tanısı alan kişilerin baş etmelerini ve buna bağlı olarak travma sonrası büyümenin ortaya çıkmasını olumlu yönde etkilemektedir. Meme kanseri vakalarıyla yapılan çalışmalarda, bazı hastaların empati becerilerini geliştirdiği, benzer deneyimler yaşamış olan diğer hastalara yardım etme girişimleri olduğu ve sosyal destek alabilen kişilerin baş etme süreçlerinin daha iyi olduğu görülmüştür. Ayrıca başka çalışmalarda da meme kanseri tanısı alan kadınların süreç içerisinde hayata bakışlarında olumlu değişiklikler görülmüş ve affetme, hoşgörü gibi özellikler kazanarak hayatın değerli olduğu yönünde düşünceler geliştirdikleri görülmüştür (Uslu, 2020).

3.8. KANSER VE DUYGUSAL ÖZ-YETERLİLİK

Bireylerin yaşamlarının çeşitli dönemlerinde karşılarına farklı zorluklar çıkabilmektedir. Bu zorluklar bazen aile, eğitim ve çalışma hayatını bazen de sosyal hayatı etkileyecek zorlukta olabilir. Fakat bazı bireylerde bu zorluklara karşı çeşitli çözümler üretebilme ve baş edebilme becerisi vardır. Farklı bakış açıları kişilerin problemleri karşısında çeşitli çözümler üretebilmelerini ve baş etmelerini sağlar. Ruh sağlığı alanı bu farklılığı ve özelliği açıklamak için öz yeterlilik kavramını kullanırlar (Yörük, 2011).

Kişinin duygu düzenlemesi ile ilgili kendi duygusal yeterliliğinin öznel değerlendirmesini içeren kavram duygusal öz-yeterlilik (Alessandri, 2014). Duygusal öz-yeterlilik bireyin iyi oluşunu ve mizacını olumlu yönde destekler (Totan-İkiz ve ark., 2010). Kişinin kendisine dönük algıladığı yetenekleri, bu yetenekleri değerlendirmesi ve bu yeteneklerine dair inanç oluşturabilmesi

duygusal öz-yeterlilik olarak ifade edilir. Bir başka deyişle duygusal öz-yeterlilik kişinin duyguları ile ilgili bilişsel yetekleridir (Petrides vd., 2006).

Farklı bir açıdan bakıldığında duygusal öz-yeterlilik olumsuz duygu ile başa çıkabilme ve olumsuz duygular içerisindeyken normal bir duygusal duruma geri dönebilme becerisidir (Valois, 2008).

Schutte ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında duygusal zekânın ruhsal belirtiler üzerindeki ilişkisi araştırılmış ve yüksek düzeyde duygusal zekâyâ sahip bireylerde düşük düzeyde depresyon, kötümserlik ve dürtüsellikçe sebep olabildiği görülmüştür. Ayrıca yüksek duygusal zekânın, yeni yaşantılara açıklık ve duygu durumunu düzenleme becerisi ile ilişkili olduğu sonucuna da ulaşılmıştır. (Akt. Sakarya, 2013).

Bandura ve arkadaşlarının öz-yeterlilik ile ilgili çalışmalarında bireyin sahip olduğu yüksek öz-yeterlilik algısının zihinsel acıyı azaltmaya yardımcı olduğu gösterilmiştir. Ayrıca Schutte ve arkadaşlarının tarafından yapılan çalışmada da duygularını anlayabilen ve düzenleyebilen kişilerin hayata karşı daha iyi bir bakış sağlayabildiği ve duygusal sağlıklarının daha iyi olduğu görülmüştür (Akt. Sakarya, 2013).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE ÖRNEKLEMİ

Bu çalışmada nicel araştırma yöntemlerinden birisi olan kesitsel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın evreni meme kanseri tanısı alan ve almayan kadınlardır. Çalışmanın örneklemini ise meme kanseri tanısı alan 46 kadın ile meme kanseri tanısı almayan 44 kadındır. Örneklem gönüllü katılımcılar arasından seçilmiştir.

4.1. ETİK KURUL ONAYI

Çalışmanın uygulanabilmesi için İstanbul Bilgi Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 26.05.2022 tarihinde 2022-20024-111 proje numarası ile onay alınmıştır (Ek 1).

4.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

Bu araştırmanın konusu “Meme kanseri teşhisi alan kadın hastalarda duygusal öz-yeterlilik ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişki” dir. Çevrimiçi ortamda araştırmacılar tarafından doldurulacak ölçekler aracılığı ile edinilen bulgular ile çalışmanın sonuçlandırılması amaçlanmaktadır. Duygusal öz-yeterlilik ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkinin araştırılması hedeflenmektedir. Bu bağlamda araştırmanın hipotezi aşağıdaki gibidir:

“Meme kanseri teşhisi alan kadınlarda duygusal öz-yeterlilik ve travma sonrası büyüme arasında anlamlı ve pozitif bir fark vardır”

4.3. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırmanın sınırlılıkları aşağıda belirtilmiştir;

1. Bu çalışma, araştırmacının bir araya getirdiği sosyo-demografik bilgi formu ve iki farklı ölçeğe verilen yanıtlar ile sınırlıdır.
2. Araştırma çevrimiçi ortam ile sınırlıdır.
3. Katılımcı kitlesi dezavantajlı ve hâlihazırda tedavi gören bir grup olduğu için katılımcı sayısı belirli bir oranda kalmıştır.

4.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada üç farklı veri toplama aracı kullanılmıştır. Kişisel Bilgi Formu, Kansere Hastalarında Travma Sonrası Gelişim Ölçeği, Duygusal Öz-yeterlilik Ölçeği online olarak doldurulmuştur. Katılımcılar çevrimiçi ortamda önce araştırmacının hazırlamış olduğu onam formunu okuyup onayladıktan sonra ölçekleri doldurmuşlardır. Örneklemde yer alan bireylerden yazılı onamlar alınmıştır (Ek 2).

4.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu meme kanseri tanısı alan ve almayan iki grup için ayrı ayrı oluşturulmuştur. Meme kanseri tanısı almayanların 10 soru, meme kanseri tanısı alanların ise 21 sorudan oluşan bilgi formunu doldurmaları istenmiştir. İlk 10 soru iki grup için de aynı olmakla beraber bu sorularda yaş, biyolojik cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, kiminle yaşadığı, mesleği, şu anda çalışma durumu, ekonomik gelir durumu, kanser dışında kronik bir hastalığı olup olmadığı ve son beş yıl içerisinde kanser haricinde travmatik bir yaşam olayı yaşayıp yaşamadığı sorulmuştur.

Meme kanseri tanısı alanlara ek olarak sorulan sorular arasında kanser teşhisini aldıkları zaman ve sonraki süreçte dair önemli olduğu düşünülen ayrıntılar vardır. Kanser tanısını ne zaman aldığı, öncesinde ya da sonrasında psikiyatrik tanı alıp almadığı, kimin bakım verdiği, kanser haberini kimin verdiği, hangi tür tedavilerden geçtiği gibi ayrıntılar var. (Ek 3, Ek 4).

4.4.2. Duygusal Öz-Yeterlilik Ölçeği

Kirk, Shutte ve Hine tarafından 2008 yılında geliştirilen Duygusal Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Türkçeye uyarlama çalışmaları 2008-2009 yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi, Buca Eğitim Fakültesi'nde Ebru İkiz, Tarık Tutan ve Rengin Karaca tarafından Türkçeye uyarlama çalışması yapılmıştır. Çalışmaya 411 üniversite öğrencisi katılmıştır. Duygusal Öz-yeterlilik Ölçeğinin Türkçeye uyarlama çalışmasının başlatılmasının sebebi Türkiye'de bireylerin duygusal olarak kendilerini ne düzeyde hissettiklerini belirlemeye yönelik ölçme araçlarının azlığıdır. Ölçeğin Türkçeye çevrilmesi için gerekli izinler sağlandıktan sonra özgün formu olan İngilizceden Türkçeye uyarlaması yapılmıştır. Ölçek 32 sorudan ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; Duyguları Düzenleme (1 – 2 – 8 – 12 - 16 -20 – 24 – 28 – 32) , Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma (3 – 6 - 10 - 14 - 18 – 22 -26 -30), Duyguları Anlama (4 – 7 -11 -15 -19 -23 -27 -3) , Duyguları Algılama (5 – 9 – 13 -17 -21 -25 -29). Cronbach Alfa katsayısının .60-.80 arasında kalmasının ölçeğin oldukça güvenilir bir ölçme aracı olduğunun kanıtı olarak ele alınmaktadır (Alpar, 2003; Kayış, 2008). Duygusal Özyeterlilik Cronbach Alfa değeri 0.94 olarak hesaplanmıştır (Ek 5).

4.4.3. Kanser Hastaları İçin Travma Sonrası Gelişim Ölçeği

Ruveyde Aydın ve Kamile Kabukçuoğlu tarafından yürütülen çalışma ile 2018 ve 2019 yılları arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi ve Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin onkoloji ve kemoterapi ünitelerindeki hastalardan veri toplanarak uyarlama yapılmıştır. Yaşları 18-70 arasında olan ve 1-2-3. Evre kanser teşhisi almış 265 kanser hastasından veri toplanmıştır. Ölçekte 23 soru ve 5 alt boyut vardır. Bu alt boyutlar; Spritüel ve Varoluşsal Değişim (12-17-20-21-22), Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim (1-2-4-5-6-23), Diğerleri ile İlişkiler (7-8-14-15-18- 19), Kişisel Güç (9-10-11) ve Yeni Fırsatlar (3-13-16). Güvenilirlik

Analizinde Travma Sonrası Gelişim Ölçeğinin Cronbach Alfa değeri 0.95 olarak hesaplanmıştır (Ek 6).

4.5. İŞLEM

İstanbul Bilgi Üniversitesi Etik Kurulu tarafından araştırma onay aldıktan sonra veri toplama süreci 25.05.2022 tarihinde başlamış olup, 30.08.2022 tarihinde sonlandırılmıştır. Araştırmanın veri toplama süreci çevrimiçi ortamda Google Forms yazılımı üzerinden düzenlenip, uygulanmıştır. Katılımcılara iletilen internet adresinde öncelikle onam formunu okumaları ve araştırmaya katılmak isteyip istemedikleri sorulup, onayları alınmıştır. Yanıtların kişisel bilgilerin gizliliği ilkesine istinaden saklı tutulacağı belirtilmiş ve yanıtların bilimsel amaçlar için kullanılacağı belirtilmiştir. Katılımcıların herhangi bir durum ve oluşabilecek soruları karşısında ulaşabilmeleri için araştırmacının iletişim bilgileri de paylaşılmıştır. Formu doldurma süresi 10 dk olarak belirtilmiştir.

4.6. ARAŞTIRMANIN VERİ ANALİZİ

Elde edilen bilgilerin analizi için; SPSS (Statistical Package Program for Social Science) version 21.0 programı kullanılmıştır. Sosyodemografik Veri Formu'nda yer alan değişkenlerin dağılımlarını tespit etmek amacıyla Frekans Analizi kullanılmıştır. Uygulanan ölçekler ile Sosyodemografik Veri Formunda yer alan değişkenler arasındaki farklılığı saptamak için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Bağımsız t-Testi Analizinden yararlanılmıştır. Ölçeklerin kendi aralarındaki ilişkiyi tespit edebilmek amacıyla ise Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak değerlendirilmiştir.

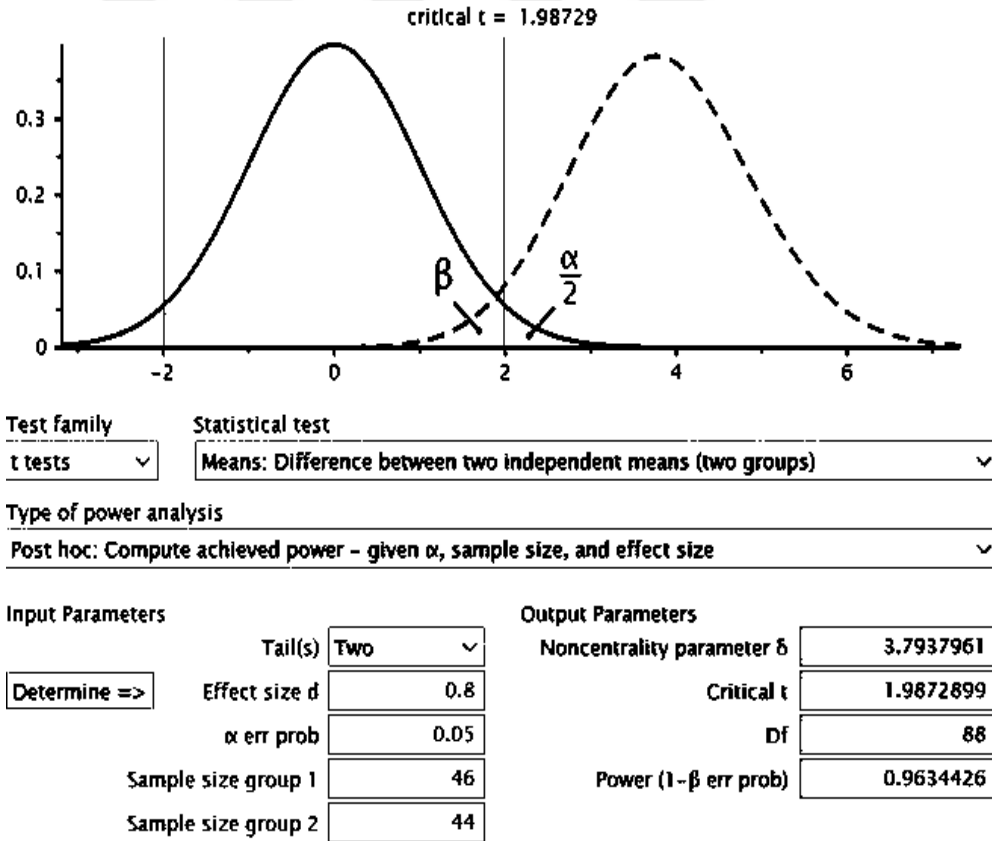
BEŞİNCİ BÖLÜM

BULGULAR

5.1. GÜÇ ANALİZİ

Çalışmanın test gücünü hesaplamak için G Power 3.1.9.6 programından yararlanılmıştır. Çalışmada meme kanseri tanısı bulunan 46, tanısı bulunmayan 44 kişi olmak üzere 90 kişi üzerinden araştırmanın test gücü hesaplandığında %95 güven, etki büyüklüğü 0.8 ve α yanılma payı 0.05 alınarak hesaplanan test gücü %96.3 olarak saptanmıştır.

Şekil 5.1 Güç Analizi



5.2. ÖRNEKLEMİN İNCELENMESİ

Çalışmada yer alan meme kanseri tanısı bulunan katılımcılara ait sosyodemografik bilgilerinin dağılımı Frekans Analizi ile incelenmiş ve sonuçları Tablo 5.1’de verilmiştir.

Tablo 5.1 Örneklem Ait Tanımlayıcı İstatistik Bulgular

		Kanser Tanısız Grup (n=44)		Kanser Tanılı Grup (n=46)	
Faktör		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Medeni Durum	Evli / Birlikte yaşıyor	35	79.5	39	84.8
	Boşanmış /Dul	5	11.4	7	15.2
	Bekar /Yalnız yaşıyor	4	9.1	-	-
Eğitim Düzeyi	İlkokul / Lise	21	47.7	21	45.7
	Yüksekokul / Üniversite	16	36.4	19	41.3
	Yüksek Lisans / Doktora	7	15.9	6	13.0
Çalışma Durumu	Evet	23	52.3	19	41.3
	Hayır	21	47.7	27	58.7
Ekonomik Gelir Düzeyi	Düşük	3	6.8	4	8.7
	Orta	28	63.6	33	71.7
	Orta üstü	13	29.5	9	19.6
Sosyal Güvence	SSK	29	65.9	29	63.0
	BAĞ-KUR	9	20.5	6	13.0
	Emekli sandığı	6	13.6	11	23.9
Meslek	Memur	5	11.4	10	21.7
	Kendi işi	7	15.9	6	13.0
	Ücretli çalışan	7	15.9	6	13.0
	Emekli	8	18.2	3	6.5
	İşsiz	5	11.4	4	8.7
	Diğer	12	27.3	17	37.0
Birlikte Yaşanan Kişi	Eş / Partner / Çocuk	37	84.1	41	89.1
	Anne / Baba	3	6.8	-	-
	Yalnız	4	9.1	5	10.9
Kronik Hastalık	Evet	17	38.6	15	32.6
	Hayır	27	61.4	31	67.4
Psikiyatrik Hastalık	Evet	3	6.8	3	6.5
	Hayır	41	93.2	43	93.5
Psikiyatrik Tanı	Anksiyete bozukluğu	1	2.3	2	4.3
	Duygu durum bozukluğu	1	2.3	1	2.2
	Sinirsel nöbetler	1	2.3	-	-
Psikoterapi Desteği	Evet	7	15.9	3	6.5
	Hayır	37	84.1	42	93.5
Beş Yıl İçinde Yaşanan Travmatik Olay	Evet	16	36.4	21	45.7
	Hayır	28	63.6	25	54.3

Araştırmada yer alan katılımcılar dahil oldukları grup içerisinde değerlendirildiğinde; kanser tanısı olmayan grupta yer alan 44 kadın katılımcı, meme kanseri tanısı bulunan grupta yer alan ise 46 kadın katılımcı vardır.

Kanser tanısı bulunmayan grupta yer alan katılımcıların medeni durum değişkenine göre dağılımları incelendiğinde; 35 (%79.5) kişinin evli/birlikte yaşıyor, 5 (%11.4) kişinin boşanmış/dul, 4 (%9.1) kişinin bekar/yalnız yaşıyor olduğu belirlenmiştir. Kanser tanısı bulunan grupta yer alan katılımcıların medeni durum değişkenine dair dağılımları incelendiğinde; ise; 39 (%84.8) kişinin evli/birlikte yaşıyor, 7 (%15.2) kişinin boşanmış/dul olduğu görülmektedir.

Eğitim düzeyine ilişkin kanser tanısı bulunmayan grupta yer alan katılımcıların dağılımları incelendiğinde; 21 (%47.7) kişinin ilkokul/lise, 16 (%36.4) kişinin yüksekokul/üniversite, 7 (%15.9) kişinin yüksek lisans/doktora eğitim düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Eğitim düzeyine göre kanser tanısı bulunan grupta yer alan katılımcıların dağılımları incelendiğinde; 21 (%45.7) kişinin ilkokul/lise, 19 (%41.3) kişinin yüksekokul/üniversite, 6 (%13) kişinin yüksek lisans/doktora eğitim düzeyine sahip oldukları görülmektedir.

Kanser tanısı bulunmayan grupta yer alan katılımcıların çalışma durumuna yönelik dağılımları incelendiğinde; 23 (%52.3) kişinin çalıştığı, 21 (%47.7) kişinin çalışmadığı saptanmıştır. Kanser tanısı bulunan grupta yer alan katılımcıların çalışma durumuna göre dağılımları incelendiğinde; 19 (%41.3) kişinin çalıştığı, 27 (%58.7) kişinin çalışmadığı belirlenmiştir.

Kanser tanısı bulunmayan grupta yer alan katılımcıların ekonomik gelir düzeyine dair dağılımları incelendiğinde; 3 (%6.8) kişinin düşük, 28 (%63.6) kişinin orta, 13 (%29.5) kişinin yüksek ekonomik gelir düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Kanser tanısı bulunan grupta yer alan katılımcıların ekonomik gelir düzeyine ilişkin dağılımları incelendiğinde; 4 (%8.7) kişinin düşük, 33 (%71.7) kişinin orta, 9 (%19.6) kişinin yüksek ekonomik gelir düzeyine sahip olduğu saptanmıştır.

Sosyal güvenceye dair kanser tanısı bulunmayan grupta yer alan katılımcıların dağılımları incelendiğinde; 29 (%65.9) kişinin SSK, 9 (%20.5) kişinin BAĞ-KUR, 6 (%13.6) kişinin emekli sandığı sosyal güvencelerine sahip olduğu saptanmıştır. Sosyal güvenceye yönelik kanser tanısı bulunan grupta yer alan katılımcıların dağılımları incelendiğinde; 29 (%63) kişinin SSK, 6 (%13) kişinin BAĞ-KUR, 11 (%23.9) kişinin emekli sandığı sosyal güvencelerine sahip olduğu görülmüştür.

Kanser tanısı bulunmayan grupta yer alan katılımcıların mesleklerine yönelik dağılımları incelendiğinde; 5 (%11.4) kişinin memur, 7 (%15.9) kişinin kendi işi, 7 (%15.9) kişinin ücretli çalışan, 8 (%18.2) kişinin emekli, 5 (%11.4) kişinin işsiz ve 12 (%27.3) kişinin diğer meslekleri olduğu belirlenmiştir. Kanser tanısı bulunan grupta yer alan katılımcıların mesleklerine ilişkin dağılımları incelendiğinde; 10 (%21.7) kişinin memur, 6 (%13) kişinin kendi işi, 6 (%13) kişinin ücretli çalışan, 3 (%6.5) kişinin emekli, 4 (%8.7) kişinin işsiz ve 17 (%37) kişinin diğer meslekleri olduğu görülmüştür.

Birlikte yaşanan kişiye göre kanser tanısı bulunmayan grupta yer alan katılımcıların dağılımları incelendiğinde; 37 (%84.1) kişinin eş/partner/çocuk ile, 3 (%6.8) kişinin anne/baba ile ve 4 (%9.1) kişinin yalnız yaşadığı saptanmıştır. Birlikte yaşanan kişiye dair kanser tanısı bulunan grupta yer alan katılımcıların dağılımları incelendiğinde; 41 (%89.1) kişinin eş/partner/çocuk ile, 5 (%10.9) kişinin ise yalnız yaşadığı saptanmıştır.

Kanser tanısı bulunmayan grupta yer alan katılımcıların kronik hastalık değişkenine dair dağılımları incelendiğinde; 17 (%38.6) kişinin kronik hastalığının olduğu, 27 (%61.4) kişinin ise kronik hastalığının bulunmadığı görülmüştür. Kanser tanısı bulunan grupta yer alan katılımcıların kronik hastalık değişkenine ilişkin dağılımları incelendiğinde; 15 (%32.6) kişinin kronik hastalığının olduğu, 31 (%67.4) kişinin ise kronik hastalığının bulunmadığı görülmüştür.

Kanser tanısı bulunmayan grupta yer alan katılımcıların psikiyatrik hastalık değişkenine yönelik dağılımları incelendiğinde; 3 (%6.8) kişinin psikiyatrik hastalığının olduğu, 27 (%61.4) kişinin ise psikiyatrik hastalığının bulunmadığı

saptanmıştır. Kanser tanısı bulunan grupta yer alan katılımcıların kronik hastalık değişkenine ilişkin dağılımları incelendiğinde; 3 (%6.5) kişinin psikiyatrik hastalığının olduğu, 41 (%93.2) kişinin ise psikiyatrik hastalığının bulunmadığı belirlenmiştir.

Kanser tanısı bulunmayan grupta yer alan katılımcıların psikiyatrik tanılarına yönelik dağılımları incelendiğinde; 1 (%2.3) kişinin anksiyete bozukluğu, 1 (%2.3) kişinin duygu durum bozukluğu, 1 (%2.3) kişinin ise sinirsel nöbetlere ilişkin tanısının bulunduğu görülmüştür. Kanser tanısı bulunan grupta yer alan katılımcıların tanı konmadan önceki psikiyatrik tanılarına dair dağılımları incelendiğinde; 2 (%4.3) kişinin anksiyete bozukluğu ve 1 (%2.2) kişinin ise duygu durum bozukluğu tanısının bulunduğu görülmüştür.

Beş yıl içinde yaşanan travmatik olaya yönelik kanser tanısı bulunmayan grupta yer alan katılımcıların dağılımları incelendiğinde; 16 (%36.4) kişinin beş yıl içinde travmatik olay yaşadığı, 28 (%63.6) kişinin beş yıl içinde travmatik olay yaşamadığı belirlenmiştir. Beş yıl içinde kanser tanısı almanın dışında yaşanan travmatik olaya yönelik kanser tanısı bulunan grupta yer alan katılımcıların dağılımları incelendiğinde; 21 (%45.7) kişinin beş yıl içinde travmatik olay yaşadığı, 25 (%54.3) kişinin beş yıl içinde travmatik olay yaşamadığı belirlenmiştir.

Meme kanseri tanısı bulunan katılımcıların kanser süreçlerine ilişkin bilgilerin dağılımları Tablo 5.2’de sunulmuştur.

Tablo 5.2 Kanser Tanısı Alan Örneklem Ait Tanımlayıcı İstatistik Bulgular

Faktör	Değişken	Sayı (n=46)	Yüzde (%)
Kanser Tanısı Konulan Yıl	2017-2018	10	21.7
	2019-2020	15	32.6
	2021-2022	21	45.7
Meme Kanseri Haberini Veren	Doktorum	31	67.4
	Hastane raporu / Tahliller	15	32.6
Kanser Sürecinde Sık Bakım Veren	Annem / Babam	10	21.7
	Eşim / Çocuklarım	27	58.7
	Diğer	9	19.6
Onkoloji Tedavisinde Psikolojik Destek	Evet	6	13.0
	Hayır	40	87.0

Tablo 5.2 Kanser Tanısı Alan Örneklem Ait Tanımlayıcı İstatistik Bulgular (Devam)

Kanser Tanısı Sonrasında Psikiyatrik Tanı	Evet	8	17.4
	Hayır	38	82.6
Psikiyatrik Tanı	Anksiyete bozukluğu	4	8.7
	Depresyon	1	2.2
	Uyku bozukluğu	1	2.2
Kanser Tedavisi Yöntemi	Ameliyat	44	95.7
	Kemoterapi	43	93.5
	Radyoterapi	38	82.6
	Alternatif Tıp Yöntemleri	44	95.7
	Diğer	2	4.3
Birinci Dereceden Kanser Tanısı Almış Yakın	Evet	16	34.8
	Hayır	30	65.2

Katılımcıların meme kanseri tanısı konulan yıla ilişkin dağılımları incelendiğinde; 10 (%21.7) kişinin 2017-2018, 15 (%32.6) kişinin 2019-2020 ve 21 (%45.7) kişinin 2021-2022 yıllarında kanser tanısı aldıkları belirlenmiştir. Meme kanseri haberini verene yönelik katılımcıların dağılımları incelendiğinde; 31 (%67.4) kişinin doktoru, 15 (%32.6) kişinin hastane raporu/tahliller ile meme kanseri tanısı almış olduğu görülmüştür. Katılımcıların kanser süreçlerinde sık bakım verenlerine dair dağılımları incelendiğinde; 10 (%21.7) kişinin anne/babaları, 27 (%58.7) kişinin eşi/çocukları, 9 (%19.6) kişinin başkaları tarafından sık bakım gördükleri görülmüştür. Onkoloji tedavisi sürecinde psikolojik desteğe göre katılımcıların dağılımları incelendiğinde; 6 (%13) kişinin psikolojik destek aldığı, 40 (%87) kişinin psikolojik destek almadığı belirlenmiştir. Katılımcıların kanser tanısı sonrasında psikiyatrik tanı değişkenine dair dağılımları incelendiğinde; 8 (%17.4) kişinin tanı sonrasında psikiyatrik tanı aldığı, 38 (%82.6) kişinin ise tanı sonrasında psikiyatrik tanı almadığı saptanmıştır. Kanser tanısı sonrasında 4 (%8.7) kişinin anksiyete bozukluğu, 1 (%2.2) kişinin depresyon ve 1 (%2.2) kişinin uyku bozukluğu tanısı aldığı görülmüştür. Katılımcıların kanser tedavisi yöntemleri incelendiğinde soru, çoklu yanıtı sahip olduğu için toplam kişi sayısı örneklem sayısını geçmektedir. Buna göre 44 (%95.7) kişi ameliyat, 43 (%93.5) kişi kemoterapi, 38 (%82.6) kişi radyoterapi, 44 (%95.7) kişi alternatif tıp yöntemleri ve 2 (%4.3) kişi diğer tedavi yöntemlerini denemiştir. Katılımcıların birinci dereceden kanser tanısı almış yakınlarına yönelik dağılımları incelendiğinde; 16 (%34.8) kişinin birinci dereceden yakınlarının kanser tanısı almış olduğu, 30

(%65.2) kişinin birinci dereceden yakınlarının kanser tanısı almamış olduğu görülmüştür.

Araştırmada yer alan katılımcıların dahil oldukları grup içerisindeki yaş ortalamalarına dair veriler Tablo 5.3'te verilmiştir.

Tablo 5.3 Katılımcılara Ait Yaş Ortalamaları

Yaş	N	Min	Max	Ortalama ($\bar{x}$)	Standart Sapma (SS)
Kanser Tanısız Grup	44	26	65	44.95	9.63
Kanser Tanılı Grup	46	21	64	45.58	9.43

Kanser tanısı bulunmayan grupta yer alan 44 katılımcının yaş aralığı 26-65, yaşları ortalaması 44.95 ve standart sapma değeri 9.63 olarak saptanmıştır. Kanser tanısı bulunan grupta yer alan 46 katılımcının yaş aralığı 21-64, yaşları ortalaması 45.58 ve standart sapma değeri 9.43 olarak saptanmıştır.

5.3. ÖLÇEKLERİN NORMALLİK DAĞILIMLARI

Araştırma sorularının test edilmesinden önce, veri dağılımlarının standart normal dağılıma uygun olup olmadığı test edilmiştir. Sonuçlar Tablo 5.4'te verilmiştir.

Tablo 5.4 Ölçeklerin Normallik Testi Sonuçları

Ölçek Adı	Z	Skewness	Kurtosis	p
Travma Sonrası Gelişim Ölçeği	0.135	-0.350	0.972	0,035*
Duygusal Özyeterlik Ölçeği	0.131	-0.236	0.503	0.045*

* $p \leq 0.05$: İstatistiksel olarak anlamlı

Kolmogorov-Smirnov testinin sonuçlarına göre; çalışmada kullanılan Travma Sonrası Gelişim Ölçeği ($z=0.135$; $p=0.035$) ve Duygusal Özyeterlik Ölçeği ($z=0.131$; $p=0.045$) puanlarının dağılımı standart normal dağılıma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ve bu nedenle normal dağılıma uygun değildir ($p \leq 0,05$) ancak ilgili ölçeklerin basıklık ve çarpıklık değerleri

incelendiğinde, değerlerin -1 ve +1 arasında yer aldığı görülmektedir. Basıklık ve çarpıklık değerlerin bu aralıkta yer alması durumunda Tabachnick ve Fidell (2013)'e göre ölçek puanlarının dağılımı, normal dağılıma uygun olarak kabul edilmektedir. Bu kurala göre kullanılan ölçekler normal dağılıma uygundur ve buna bağlı olarak hipotez testlerinde parametrik testler kullanılmıştır.

5.4. KATILIMCILARIN TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmada kullanılan tüm ölçeklere ait ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 5.5'te sunulmuştur.

Tablo 5.5 Ölçeklerin Puan Ortalamaları ve Puan Aralıkları

Ölçek	Grup	n	$\bar{x}$	SS	Min	Max
Travma Sonrası Gelişim	Kanser Var	46	78.76	24.09	14	114
	Kanser Yok	44	80.93	22.85	0	115
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	Kanser Var	46	18.76	5.65	2	25
	Kanser Yok	44	18.95	5.53	0	25
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	Kanser Var	46	22.36	7.07	0	30
	Kanser Yok	44	21.25	6.53	0	30
Diğerleri ile İlişkiler	Kanser Var	46	17.76	6.88	1	30
	Kanser Yok	44	19.09	6.60	0	30
Kişisel Güç	Kanser Var	46	11.06	3.77	0	15
	Kanser Yok	44	11.52	3.18	0	15
Yeni Fırsatlar	Kanser Var	46	8.80	3.65	1	15
	Kanser Yok	44	10.11	3.74	0	15
Duygusal Özyeterlik	Kanser Var	46	121.86	19.04	79	156
	Kanser Yok	44	125.02	18.90	80	160
Duyguları Düzenleme	Kanser Var	46	32.69	6.09	20	45
	Kanser Yok	44	33.72	5.66	22	45
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	Kanser Var	46	29.36	5.57	15	40
	Kanser Yok	44	30.63	5.39	19	40
Duyguları Anlama	Kanser Var	46	31.71	5.05	21	40
	Kanser Yok	44	32.25	5.16	20	40
Duyguları Algılama	Kanser Var	46	28.08	4.56	16	35
	Kanser Yok	44	28.40	4.43	19	35

Kanser tanısı bulunan katılımcıların Travma Sonrası Gelişim Ölçeği puanlarının ortalaması 78.76, alt boyutlarından Spiritüel ve Varoluşsal Değişim puanlarının ortalaması 18.76, Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim puanlarının ortalaması 22.36, Diğerleri ile İlişkiler puanlarının ortalaması 17.76, Kişisel Güç puanlarının ortalaması 11.06 ve Yeni Fırsatlar puanlarının ortalaması 8.80 olarak saptanmıştır. Buna göre katılımcıların Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim puanları ölçeğin diğer alt boyutlarından daha yüksektir.

Kanser tanısı bulunmayan katılımcıların Travma Sonrası Gelişim Ölçeği puanlarının ortalaması 80.93, alt boyutlarından Spiritüel ve Varoluşsal Değişim puanlarının ortalaması 18.95, Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim puanlarının ortalaması 21.25, Diğerleri ile İlişkiler puanlarının ortalaması 19.09, Kişisel Güç puanlarının ortalaması 11.52 ve Yeni Fırsatlar puanlarının ortalaması 10.11 olarak saptanmıştır. Buna göre katılımcıların Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim puanları ölçeğin diğer alt boyutlarından daha yüksektir.

Kanser tanısı bulunan katılımcıların Duygusal Özyeterlik Ölçeği puanlarının ortalaması 121.86, alt boyutlarından Duyguları Düzenleme puanlarının ortalaması 32.69, Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma puanlarının ortalaması 29.36, Duyguları Anlama puanlarının ortalaması 31.71 ve Duyguları Algılama puanlarının ortalaması 28.08 olarak saptanmıştır. Buna göre katılımcıların Duyguları Düzenleme puanları ölçeğin diğer alt boyutlarından daha yüksektir.

Kanser tanısı bulunmayan katılımcıların Duygusal Özyeterlik Ölçeği puanlarının ortalaması 125.02, alt boyutlarından Duyguları Düzenleme puanlarının ortalaması 33.72, Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma puanlarının ortalaması 30.63, Duyguları Anlama puanlarının ortalaması 32.25 ve Duyguları Algılama puanlarının ortalaması 28.40 olarak saptanmıştır. Buna göre katılımcıların Duyguları Düzenleme puanları ölçeğin diğer alt boyutlarından daha yüksektir.

5.5. TRAVMA SONRASİ GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN KANSER TANISINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin kanser tanısına göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda t-Testi Analizi sonuçları Tablo 5.6’da verilmiştir.

Tablo 5.6 Örneklemenin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Kanser Tanısına Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları

	Tanı	n	$\bar{x}$	SS	t	p
Travma Sonrası Gelişim	Var	46	78.76	3.55	-0.438	0.662
	Yok	44	80.93	3.44		
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	Var	46	18.76	0.83	-0.164	0.870
	Yok	44	18.95	0.83		
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	Var	46	22.36	1.04	0.779	0.438
	Yok	44	21.25	0.98		
Diğerleri ile İlişkiler	Var	46	17.76	1.01	-0.935	0.353
	Yok	44	19.09	0.99		
Kişisel Güç	Var	46	11.06	0.55	-0.619	0.537
	Yok	44	11.52	0.48		
Yeni Fırsatlar	Var	46	8.80	0.53	-1.679	0.097
	Yok	44	10.11	0.56		
Duygusal Özyeterlik	Var	46	121.86	2.80	-0.788	0.433
	Yok	44	125.02	2.85		
Duyguları Düzenleme	Var	46	32.69	0.89	-0.831	0.408
	Yok	44	33.72	0.85		
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	Var	46	29.36	0.82	-1.095	0.277
	Yok	44	30.63	0.81		
Duyguları Anlama	Var	46	31.71	0.74	-0.494	0.622
	Yok	44	32.25	0.77		
Duyguları Algılama	Var	46	28.08	0.67	-0.339	0.735
	Yok	44	28.40	0.66		

Yapılan analiz sonuçlarına göre; travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik ile kanser tanısı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

5.6. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN MEDENİ DURUMA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Kanser tanısı bulunan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin medeni duruma göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda t-Testi Analizi sonuçları Tablo 5.7’de verilmiştir.

Tablo 5.7 Kanser Tanılı Örneklemın Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları

	Medeni Durum	N	$\bar{x}$	SS	t	p
Travma Sonrası Gelişim	Evli / Birlikte yaşıyor	39	77.07	24.70	-1.122	0.268
	Boşanmış /Dul	7	88.14	19.17		
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	Evli / Birlikte yaşıyor	39	18.76	5.80	0.023	0.981
	Boşanmış /Dul	7	18.71	5.18		
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	Evli / Birlikte yaşıyor	39	21.92	7.33	-1.010	0.318
	Boşanmış /Dul	7	24.85	5.14		
Diğerleri ile İlişkiler	Evli / Birlikte yaşıyor	39	17.10	7.01	-1.555	0.127
	Boşanmış /Dul	7	21.42	4.99		
Kişisel Güç	Evli / Birlikte yaşıyor	39	10.82	3.97	-1.037	0.305
	Boşanmış /Dul	7	12.42	2.07		
Yeni Fırsatlar	Evli / Birlikte yaşıyor	39	8.46	3.58	-1.523	0.135
	Boşanmış /Dul	7	10.71	3.68		
Duygusal Özyeterlik	Evli / Birlikte yaşıyor	39	122.48	18.59	0.515	0.609
	Boşanmış /Dul	7	118.42	22.66		
Duyguları Düzenleme	Evli / Birlikte yaşıyor	39	33.02	5.83	0.865	0.392
	Boşanmış /Dul	7	30.85	7.62		
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	Evli / Birlikte yaşıyor	39	29.51	5.41	0.408	0.686
	Boşanmış /Dul	7	28.57	6.80		
Duyguları Anlama	Evli / Birlikte yaşıyor	39	31.87	5.03	0.485	0.630
	Boşanmış /Dul	7	30.85	5.52		
Duyguları Algılama	Evli / Birlikte yaşıyor	39	28.07	4.68	-0.035	0.972
	Boşanmış /Dul	7	28.14	4.18		

Kanser tanısı bulunan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Kanser tanısı bulunmayan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin medeni duruma göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 5.8’de verilmiştir.

Tablo 5.8 Kanser Tanısız Örneklemın Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları

	Medeni Durum	N	$\bar{x}$	SS	Min	Max	F	p
Travma Sonrası Gelişim	(1) Evli / Birlikte yaşıyor	35	79.77	23.66	0	115	1.450	0.246
	(2) Boşanmış /Dul	5	96.00	15.45	79	115		
	(3) Bekar /Yalnız yaşıyor	4	72.25	18.13	61	99		
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	(1) Evli / Birlikte yaşıyor	35	18.88	5.97	0	25	0.119	0.888
	(2) Boşanmış /Dul	5	20.00	4.30	15	25		
	(3) Bekar /Yalnız yaşıyor	4	18.25	2.62	16	25		
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	(1) Evli / Birlikte yaşıyor	35	21.00	6.80	0	30	1.310	0.281
	(2) Boşanmış /Dul	5	25.20	4.76	18	30		
	(3) Bekar /Yalnız yaşıyor	4	18.50	4.50	13	24		
Diğerleri ile İlişkiler	(1) Evli / Birlikte yaşıyor	35	18.40	6.65	0	30	2.426	0.101
	(2) Boşanmış /Dul	5	25.00	4.30	20	30		
	(3) Bekar /Yalnız yaşıyor	4	17.75	5.73	11	25		
Kişisel Güç	(1) Evli / Birlikte yaşıyor	35	11.40	3.28	0	15	2.010	0.147
	(2) Boşanmış /Dul	5	13.80	1.09	12	15		
	(3) Bekar /Yalnız yaşıyor	4	9.75	2.98	7	14		
Yeni Fırsatlar	(1) Evli / Birlikte yaşıyor	35	10.08	3.76	0	15	1.291	0.286
	(2) Boşanmış /Dul	5	12.00	2.82	9	15		
	(3) Bekar /Yalnız yaşıyor	4	8.00	4.24	5	14		

Tablo 5.8 Kanser Tanısız Örneklemın Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları (Devam)

Duygusal Özyeterlik	(1) Evli / Birlikte yaşıyor	35	125.85	19.79	80	160	0.584	0.562
	(2) Boşanmış /Dul	5	127.00	13.71	108	144		
	(3) Bekar /Yalnız yaşıyor	4	115.25	17.03	98	134		
Duyguları Düzenleme	(1) Evli / Birlikte yaşıyor	35	33.85	5.75	22	45	0.870	0.426
	(2) Boşanmış /Dul	5	35.40	3.64	32	41		
	(3) Bekar /Yalnız yaşıyor	4	30.50	6.95	24	37		
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	(1) Evli / Birlikte yaşıyor	35	31.00	5.70	19	40	0.405	0.670
	(2) Boşanmış /Dul	5	29.60	2.88	25	32		
	(3) Bekar /Yalnız yaşıyor	4	28.75	5.43	23	36		
Duyguları Anlama	(1) Evli / Birlikte yaşıyor	35	32.25	5.38	20	40	0.123	0.885
	(2) Boşanmış /Dul	5	33.00	5.52	25	40		
	(3) Bekar /Yalnız yaşıyor	4	31.25	3.30	27	35		
Duyguları Algılama	(1) Evli / Birlikte yaşıyor	35	28.74	4.62	19	35	1.545	0.225
	(2) Boşanmış /Dul	5	29.00	2.73	25	32		
	(3) Bekar /Yalnız yaşıyor	4	24.75	2.98	21	28		

Kanser tanısı bulunmayan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

5.7. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN EĞİTİM DÜZEYİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Kanser tanısı bulunan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin eğitim düzeyine göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 5.9’da verilmiştir.

Tablo 5.9 Kanser Tanılı Örneklemenin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Eğitim Düzeyi Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları

	Eğitim Düzeyi	N	$\bar{x}$	SS	Min	Max	F	p
Travma Sonrası Gelişim	(1) İlkokul / Lise	21	72.28	23.14	14	112	1.421	0.253
	(2) Yüksekokul / Üniversite	19	84.26	20.66	33	112		
	(3) Yüksek Lisans / Doktora	6	84.00	34.97	20	114		
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	(1) İlkokul / Lise	21	18.00	6.12	2	25	0.478	0.623
	(2) Yüksekokul / Üniversite	19	19.73	4.54	11	25		
	(3) Yüksek Lisans / Doktora	6	18.33	7.58	7	25		
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	(1) İlkokul / Lise	21	20.57	7.01	0	30	1.355	0.269
	(2) Yüksekokul / Üniversite	19	24.21	5.76	9	30		
	(3) Yüksek Lisans / Doktora	6	22.83	10.34	3	30		
Diğerleri ile İlişkiler	(1) İlkokul / Lise	21	15.85	6.28	1	30	1.630	0.208
	(2) Yüksekokul / Üniversite	19	19.00	6.71	5	28		
	(3) Yüksek Lisans / Doktora	6	20.50	8.71	5	29		
Kişisel Güç	(1) İlkokul / Lise	21	10.33	3.42	0	15	0.722	0.492
	(2) Yüksekokul / Üniversite	19	11.63	4.00	3	15		
	(3) Yüksek Lisans / Doktora	6	11.83	4.44	3	15		
Yeni Fırsatlar	(1) İlkokul / Lise	21	7.52	3.51	1	13	2.669	0.081
	(2) Yüksekokul / Üniversite	19	9.68	3.14	2	15		
	(3) Yüksek Lisans / Doktora	6	10.50	4.67	2	15		

Tablo 5.9 Kanser Tanılı Örneklerin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Eğitim Düzeyi Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları (Devam)

Duygusal Özyeterlik	(1) İlkokul / Lise	21	118.09	20.50	79	155	0.801	0.455
	(2) Yüksekokul / Üniversite	19	124.36	17.83	94	154		
	(3) Yüksek Lisans / Doktora	6	127.16	17.87	107	156		
Duyguları Düzenleme	(1) İlkokul / Lise	21	31.04	6.77	20	45	1.449	0.246
	(2) Yüksekokul / Üniversite	19	34.00	5.23	25	43		
	(3) Yüksek Lisans / Doktora	6	34.33	5.50	29	43		
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	(1) İlkokul / Lise	21	28.47	5.48	17	38	0.673	0.515
	(2) Yüksekokul / Üniversite	19	29.73	6.06	15	40		
	(3) Yüksek Lisans / Doktora	6	31.33	4.32	27	39		
Duyguları Anlama	(1) İlkokul / Lise	21	31.19	5.26	22	39	0.271	0.764
	(2) Yüksekokul / Üniversite	19	31.94	4.96	21	40		
	(3) Yüksek Lisans / Doktora	6	32.83	5.26	25	39		
Duyguları Algılama	(1) İlkokul / Lise	21	27.38	5.41	16	34	0.450	0.641
	(2) Yüksekokul / Üniversite	19	28.68	3.68	22	35		
	(3) Yüksek Lisans / Doktora	6	28.66	4.22	23	35		

Kanser tanısı bulunan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Kanser tanısı bulunmayan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin eğitim düzeyine göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 5.10'da verilmiştir.

Tablo 5.10 Kanser Tanısız Örneklemenin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Eğitim Düzeyi Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları

	Eğitim Düzeyi	n	$\bar{x}$	SS	Min	Max	F	p	Fark
Travma Sonrası Gelişim	(1) İlkokul / Lise	21	88.90	16.42	61	115	2.666	0.082	
	(2) Yüksek okul / Üniversite	16	72.87	28.60	0	109			
	(3) Lisansüstü	7	75.42	19.19	48	99			
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	(1) İlkokul / Lise	21	21.38	3.27	16	25	4.575	0.016*	1-2
	(2) Yüksekokul / Üniversite	16	17.00	6.37	0	25			
	(3) Lisansüstü	7	16.14	6.46	8	25			
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	(1) İlkokul / Lise	21	23.14	5.20	13	30	1.862	0.168	
	(2) Yüksekokul / Üniversite	16	19.93	7.74	0	29			
	(3) Lisansüstü	7	18.57	6.37	9	25			
Diğerleri ile İlişkiler	(1) İlkokul / Lise	21	21.23	4.88	14	30	2.729	0.077	
	(2) Yüksekokul / Üniversite	16	16.31	7.91	0	29			
	(3) Lisansüstü	7	19.00	6.29	8	25			
Kişisel Güç	(1) İlkokul / Lise	21	12.28	2.77	6	15	1.212	0.308	
	(2) Yüksekokul / Üniversite	16	10.68	3.87	0	14			
	(3) Lisansüstü	7	11.14	2.34	7	14			
Yeni Fırsatlar	(1) İlkokul / Lise	21	10.85	2.95	5	15	1.272	0.291	
	(2) Yüksekokul / Üniversite	16	8.93	4.68	0	15			
	(3) Lisansüstü	7	10.57	3.25	6	15			

Tablo 5.10 Kanser Tanısız Örneklemın Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Eğitim Düzeyi Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları (Devam)

Duygusal Özyeterlik	(1) İlkokul / Lise	21	128.90	21.64	96	160	0.874	0.425
	(2) Yüksekokul / Üniversite	16	120.81	13.52	97	141		
	(3) Lisansüstü	7	123.00	20.92	80	142		
Duyguları Düzenleme	(1) İlkokul / Lise	21	34.66	6.62	24	45		
	(2) Yüksekokul / Üniversite	16	32.56	3.96	25	37	0.618	0.544
	(3) Lisansüstü	7	33.57	6.13	22	42		
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	(1) İlkokul / Lise	21	31.61	5.92	22	40		
	(2) Yüksekokul / Üniversite	16	29.43	4.45	20	35	0.739	0.484
	(3) Lisansüstü	7	30.42	5.91	19	36		
Duyguları Anlama	(1) İlkokul / Lise	21	32.85	5.89	22	40		
	(2) Yüksekokul / Üniversite	16	31.50	3.65	26	37	0.305	0.739
	(3) Lisansüstü	7	32.14	6.25	20	40		
Duyguları Algılama	(1) İlkokul / Lise	21	29.76	4.47	21	35	1.984	0.150
	(2) Yüksekokul / Üniversite	16	27.31	3.77	19	33		
	(3) Lisansüstü	7	26.85	5.11	19	34		

* $p \leq 0.05$: İstatistiksel olarak anlamlı

Kanser tanısı bulunmayan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; Travma Sonrası Gelişim Ölçeği alt boyutlarından Spiritüel ve Varoluşsal Değişim ($F_{(2,41)}=4.575$; $p < 0.05$) ile eğitim düzeyi arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunmaktadır. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Tukey Post-Hoc testi sonuçlarına göre; ilkokul/lise eğitim düzeyi ve yüksekokul/üniversite eğitim düzeyi arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı

görülmektedir. Buna göre eğitim düzeyi ilkokul/lise olan katılımcıların Spiritüel ve Varoluşsal Değişim puanlarının eğitim düzeyi yüksekokul/üniversite olan katılımcılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

5.8. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN ÇALIŞMA DURUMUNA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Kanser tanısı bulunan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin çalışma durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda t-Testi Analizi sonuçları Tablo 5.11’de verilmiştir.

Tablo 5.11 Kanser Tanılı Örneklemın Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları

	Çalışma Durumu	n	$\bar{x}$	SS	t	p
Travma Sonrası Gelişim	Evet	19	86.26	20.94	1.816	0.076
	Hayır	27	73.48	25.12		
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	Evet	19	18.52	5.54	-0.233	0.817
	Hayır	27	18.92	5.83		
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	Evet	19	25.05	6.14	2.253	0.029*
	Hayır	27	20.48	7.18		
Diğerleri ile İlişkiler	Evet	19	19.89	5.88	1.808	0.078
	Hayır	27	16.25	7.23		
Kişisel Güç	Evet	19	12.73	2.78	2.853	0.007*
	Hayır	27	9.88	3.98		
Yeni Fırsatlar	Evet	19	10.05	3.00	2.007	0.051
	Hayır	27	7.92	3.86		
Duygusal Özyeterlik	Evet	19	126.47	15.22	1.469	0.149
	Hayır	27	118.62	20.99		
Duyguları Düzenleme	Evet	19	34.15	4.98	1.379	0.175
	Hayır	27	31.66	6.66		
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	Evet	19	31.21	3.93	1.935	0.059
	Hayır	27	28.07	6.23		
Duyguları Anlama	Evet	19	32.36	4.70	0.728	0.470
	Hayır	27	31.25	5.33		
Duyguları Algılama	Evet	19	28.73	3.64	0.806	0.425
	Hayır	27	27.62	5.13		

* $p \leq 0.05$: İstatistiksel olarak anlamlı

Kanser tanısı bulunan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; Travma Sonrası Gelişim Ölçeği alt boyutlarından Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim ile Kişisel Güç puanları çalışma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p \leq 0,05$). Buna göre çalışan katılımcıların Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim ($t(44)=2.253$; $p < 0.05$) ve Kişisel Güç ($t(44)=2.853$; $p < 0.05$) puanları çalışmayan katılımcılara göre anlamlı derecede farklı ve yüksek olarak belirlenmiştir.

Kanser tanısı bulunmayan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin çalışma durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda t-Testi Analizi sonuçları Tablo 5.12’de verilmiştir.

Tablo 5.12 Kanser Tanısız Örneklemın Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları

	Çalışma Durumu	n	$\bar{x}$	SS	t	p
Travma Sonrası Gelişim	Evet	23	82.34	24.95	0.426	0.673
	Hayır	21	79.38	20.82		
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	Evet	23	18.34	6.48	-0.758	0.453
	Hayır	21	19.61	4.31		
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	Evet	23	21.86	7.22	0.653	0.527
	Hayır	21	20.57	5.79		
Diğerleri ile İlişkiler	Evet	23	19.43	6.98	0.358	0.722
	Hayır	21	18.71	6.30		
Kişisel Güç	Evet	23	11.86	3.30	0.751	0.457
	Hayır	21	11.14	3.08		
Yeni Fırsatlar	Evet	23	10.82	3.53	1.333	0.190
	Hayır	21	9.33	3.89		
Duygusal Özyeterlik	Evet	23	126.17	20.03	0.419	0.678
	Hayır	21	123.76	17.99		
Duyguları Düzenleme	Evet	23	34.39	5.30	0.810	0.422
	Hayır	21	33.00	6.08		
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	Evet	23	31.13	5.83	0.631	0.531
	Hayır	21	30.09	4.95		
Duyguları Anlama	Evet	23	32.52	5.52	0.362	0.719
	Hayır	21	31.95	4.85		
Duyguları Algılama	Evet	23	28.13	5.02	-0.432	0.668
	Hayır	21	28.71	3.77		

Kanser tanısı bulunmayan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

5.9. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN EKONOMİK GELİR DÜZEYİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Kanser tanısı bulunan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin ekonomik gelir düzeyine göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 5.13'te verilmiştir.

Tablo 5.13 Kanser Tanılı Örneklemın Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Ekonomik Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları

	Gelir Düzeyi	n	$\bar{x}$	SS	Min	Max	F	p
Travma Sonrası Gelişim	(1) Düşük	4	92.25	20.48	65	112	0.715	0.495
	(2) Orta	33	76.93	26.31	14	114		
	(3) Orta üstü	9	79.44	15.31	54	99		
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	(1) Düşük	4	22.00	4.76	15	25	0.817	0.448
	(2) Orta	33	18.24	6.09	2	25		
	(3) Orta üstü	9	19.22	4.05	11	25		
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	(1) Düşük	4	23.75	5.12	17	29	0.164	0.849
	(2) Orta	33	22.00	7.70	0	30		
	(3) Orta üstü	9	23.11	5.68	14	29		
Diğerleri ile İlişkiler	(1) Düşük	4	23.50	5.19	18	30	1.692	0.196
	(2) Orta	33	17.48	7.39	1	29		
	(3) Orta üstü	9	16.22	4.23	8	23		
Kişisel Güç	(1) Düşük	4	12.75	2.62	10	15	0.594	0.556
	(2) Orta	33	10.72	4.04	0	15		
	(3) Orta üstü	9	11.55	3.20	6	15		
Yeni Fırsatlar	(1) Düşük	4	10.25	3.59	5	13	0.522	0.597
	(2) Orta	33	8.48	3.98	1	15		
	(3) Orta üstü	9	9.33	2.23	6	12		
Duygusal Özyeterlik	(1) Düşük	4	128.50	21.33	99	150	0.969	0.387
	(2) Orta	33	123.06	19.26	85	156		
	(3) Orta üstü	9	114.55	17.23	79	134		
Duyguları Düzenleme	(1) Düşük	4	33.75	7.88	23	41	0.564	0.573
	(2) Orta	33	33.09	6.15	20	45		
	(3) Orta üstü	9	30.77	5.33	22	38		

Tablo 5.13 Kanser Tanılı Örneklemen Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Ekonomik Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları (Devam)

Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	(1) Düşük	4	30.00	5.71	24	37	0.824	0.445
	(2) Orta	33	29.87	5.72	15	40		
	(3) Orta üstü	9	27.22	4.99	17	32		
Duyguları Anlama	(1) Düşük	4	34.00	6.63	25	39	0.686	0.509
	(2) Orta	33	31.78	4.97	21	40		
	(3) Orta üstü	9	30.44	4.87	22	35		
Duyguları Algılama	(1) Düşük	4	30.75	3.30	27	34	1.599	0.214
	(2) Orta	33	28.30	4.58	16	35		
	(3) Orta üstü	9	26.11	4.59	18	32		

Kanser tanısı bulunan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik ile ekonomik gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Kanser tanısı bulunmayan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin ekonomik gelir düzeyine göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 5.14'te verilmiştir.

Tablo 5.14 Kanser Tanısız Örneklemen Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Ekonomik Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları

	Gelir Düzeyi	n	$\bar{x}$	SS	Min	Max	F	p
Travma Sonrası Gelişim	(1) Düşük	3	85.66	29.00	57	115	0.797	0.458
	(2) Orta	28	83.53	20.76	30	115		
	(3) Orta üstü	13	74.23	26.30	0	99		
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	(1) Düşük	3	19.33	9.81	8	25	0.360	0.700
	(2) Orta	28	19.42	4.68	8	25		
	(3) Orta üstü	13	17.84	6.50	0	25		
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	(1) Düşük	3	24.00	5.29	20	30	1.022	0.369
	(2) Orta	28	21.89	6.48	7	30		
	(3) Orta üstü	13	19.23	6.82	0	24		
Diğerleri ile İlişkiler	(1) Düşük	3	18.00	11.13	8	30	1.236	0.301
	(2) Orta	28	20.25	5.74	8	30		
	(3) Orta üstü	13	16.84	7.24	0	25		
Kişisel Güç	(1) Düşük	3	13.00	1.73	12	15	0.441	0.647
	(2) Orta	28	11.57	2.86	5	15		
	(3) Orta üstü	13	11.07	4.09	0	14		

Tablo 5.14 Kanser Tanısız Örneklemın Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Ekonomik Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları (Devam)

Yeni Fırsatlar	(1) Düşük	3	11.33	3.21	9	15	0.587	0.560
	(2) Orta	28	10.39	3.90	0	15		
	(3) Orta	13	9.23	3.58	0	14		
	üstü							
Duygusal Özyeterlik	(1) Düşük	3	135.00	22.11	118	160	0.453	0.639
	(2) Orta	28	123.92	21.34	80	158		
	(3) Orta	13	125.07	12.11	103	139		
	üstü							
Duyguları Düzenleme	(1) Düşük	3	39.66	6.11	33	45	2.007	0.147
	(2) Orta	28	32.96	6.30	22	44		
	(3) Orta	13	34.00	3.00	29	38		
	üstü							
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	(1) Düşük	3	33.00	6.55	27	40	0.530	0.593
	(2) Orta	28	30.07	6.11	19	40		
	(3) Orta	13	31.30	3.22	25	36		
	üstü							
Duyguları Anlama	(1) Düşük	3	32.33	7.09	26	40	0.695	0.549
	(2) Orta	28	32.25	5.60	20	40		
	(3) Orta	13	32.23	4.04	25	38		
	üstü							
Duyguları Algılama	(1) Düşük	3	30.00	6.24	23	35	0.471	0.628
	(2) Orta	28	28.64	4.53	19	35		
	(3) Orta	13	27.53	4.01	19	34		
	üstü							

Kanser tanısı bulunmayan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik ile ekonomik gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

5.10. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN SOSYAL GÜVENCEYE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Kanser tanısı bulunan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin sosyal güvenceye göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 5.15'te verilmiştir.

Tablo 5.15 Kanser Tanılı Örneklemın Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Sosyal Güvenceye Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları

	Sosyal Güvence	n	$\bar{x}$	SS	Min	Max	F	P
Travma Sonrası Gelişim	(1) SSK	29	81.20	19.76	20	112	1.917	0.159
	(2) BAĞ-KUR	6	61.16	37.50	14	100		
	(3) Emekli sandığı	11	81.90	24.54	33	114		
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	(1) SSK	29	19.51	4.91	7	25	1.915	0.160
	(2) BAĞ-KUR	6	14.66	9.20	2	24		
	(3) Emekli sandığı	11	19.00	4.71	11	25		
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	(1) SSK	29	22.79	5.79	3	30	1.522	0.230
	(2) BAĞ-KUR	6	17.83	11.51	0	29		
	(3) Emekli sandığı	11	23.72	7.08	9	30		
Diğerleri ile İlişkiler	(1) SSK	29	18.20	6.30	5	30	1.154	0.325
	(2) BAĞ-KUR	6	13.83	8.23	1	23		
	(3) Emekli sandığı	11	18.72	7.55	6	29		
Kişisel Güç	(1) SSK	29	11.48	3.26	3	15	1.242	0.299
	(2) BAĞ-KUR	6	8.83	5.34	0	15		
	(3) Emekli sandığı	11	11.18	4.06	3	15		
Yeni Fırsatlar	(1) SSK	29	9.20	2.90	2	15	2.134	0.131
	(2) BAĞ-KUR	6	6.00	5.36	1	14		
	(3) Emekli sandığı	11	9.27	4.07	2	15		
Duygusal Özyeterlik	(1) SSK	29	125.65	17.27	79	154	1.620	0.210
	(2) BAĞ-KUR	6	116.83	25.62	89	155		
	(3) Emekli sandığı	11	114.63	18.80	94	156		
Duyguları Düzenleme	(1) SSK	29	33.62	5.67	20	43	0.901	0.414
	(2) BAĞ-KUR	6	31.16	8.79	22	45		
	(3) Emekli sandığı	11	31.09	5.59	25	43		

Tablo 5.15 Kanser Tanılı Örneklemen Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Sosyal Güvenceye Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları (Devam)

Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	(1) SSK	29	30.31	4.84	17	40	1.252	0.296
	(2) BAĞ-KUR	6	28.66	6.28	20	38		
	(3) Emekli sandığı	11	27.27	6.84	15	39		
Duyguları Anlama	(1) SSK	29	32.79	4.63	22	40	2.027	0.144
	(2) BAĞ-KUR	6	30.83	5.70	25	39		
	(3) Emekli sandığı	11	29.36	5.35	21	39		
Duyguları Algılama	(1) SSK	29	28.93	4.12	18	35	1.416	0.254
	(2) BAĞ-KUR	6	26.16	6.73	16	33		
	(3) Emekli sandığı	11	26.90	4.22	22	35		

Kanser tanısı bulunan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik ile sosyal güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Kanser tanısı bulunmayan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin sosyal güvenceye göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 5.16’da verilmiştir.

Tablo 5.16 Kanser Tanısız Örneklemen Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Sosyal Güvenceye Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları

	Sosyal Güvence	n	$\bar{x}$	SS	Min	Max	F	p	Fark
Travma Sonrası Gelişim	(1) SSK	29	85.89	16.96	47	115	2.723	0.078	
	(2) BAĞ-KUR	9	76.22	22.67	30	100			
	(3) Emekli sandığı	6	64.00	39.16	0	115			
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	(1) SSK	29	20.27	3.64	14	25	5.741	0.006*	1-3
	(2) BAĞ-KUR	9	18.88	5.48	10	25			
	(3) Emekli sandığı	6	12.66	9.11	0	25			

Tablo 5.16 Kanser Tanısız Örneklemenin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Sosyal Güvenceye Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları (Devam)

Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	(1) SSK	29	22.58	5.13	12	30	2.221	0.121
	(2) BAĞ-KUR	9	19.77	6.35	7	27		
	(3) Emekli sandığı	6	17.00	10.91	0	30		
Diğerleri ile İlişkiler	(1) SSK	29	20.48	5.71	4	30	1.991	0.149
	(2) BAĞ-KUR	9	17.11	5.37	8	24		
	(3) Emekli sandığı	6	15.50	10.61	0	30		
Kişisel Güç	(1) SSK	29	12.06	2.57	6	15	1.608	0.213
	(2) BAĞ-KUR	9	11.00	3.27	5	14		
	(3) Emekli sandığı	6	9.66	5.16	0	15		
Yeni Fırsatlar	(1) SSK	29	10.51	3.21	5	15	0.493	0.615
	(2) BAĞ-KUR	9	9.44	4.12	0	14		
	(3) Emekli sandığı	6	9.16	5.70	0	15		
Duygusal Özyeterlik	(1) SSK	29	128.00	18.50	96	158	1.058	0.356
	(2) BAĞ-KUR	9	119.33	13.56	99	139		
	(3) Emekli sandığı	6	119.16	26.67	80	160		
Duyguları Düzenleme	(1) SSK	29	34.10	5.72	24	44	0.184	0.832
	(2) BAĞ-KUR	9	32.88	3.44	25	37		
	(3) Emekli sandığı	6	33.16	8.42	22	45		
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	(1) SSK	29	31.48	4.95	22	40	1.094	0.344
	(2) BAĞ-KUR	9	28.66	5.78	20	37		
	(3) Emekli sandığı	6	29.50	6.83	19	40		
Duyguları Anlama	(1) SSK	29	33.13	5.07	22	40	1.318	0.279
	(2) BAĞ-KUR	9	30.22	3.56	25	35		
	(3) Emekli sandığı	6	31.00	7.12	20	40		
Duyguları Algılama	(1) SSK	29	29.27	4.12	21	35	2.119	0.133
	(2) BAĞ-KUR	9	27.55	3.35	23	32		
	(3) Emekli sandığı	6	25.50	6.31	19	35		

* $p \leq 0.05$: İstatistiksel olarak anlamlı

Kanser tanısı bulunmayan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; Travma Sonrası Gelişim Ölçeği alt boyutlarından Spiritüel ve Varoluşsal Değişim ($F_{(2,41)}=5.741$; $p < 0.05$) ile sosyal güvence arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunmaktadır. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Tukey Post-Hoc testi sonuçlarına göre; SSK ve emekli sandığı arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklandığı görülmektedir. Buna göre sosyal güvencesi SSK

olan katılımcıların Spiritüel ve Varoluşsal Değişim puanlarının sosyal güvencesi emekli sandığı olan katılımcılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

5.11. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN MESLEK DEĞİŞKENİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Kanser tanısı bulunan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin meslek türüne göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 5.17’de verilmiştir.

Tablo 5.17 Kanser Tanılı Örneklemenin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Meslek Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları

	Meslek	n	$\bar{x}$	SS	Min	Max	F	p
Travma Sonrası Gelişim	(1) Memur	10	87.70	20.07	45	114	0.767	0.579
	(2) Kendi işi	6	72.16	28.79	20	100		
	(3) Ücretli çalışan	6	81.83	17.26	63	103		
	(4) Emekli	3	59.66	23.18	33	75		
	(5) İşsiz	4	82.00	22.04	62	107		
	(6) Diğer	17	77.35	27.44	14	112		
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	(1) Memur	10	19.70	4.42	11	25	0.743	0.596
	(2) Kendi işi	6	16.66	5.20	7	22		
	(3) Ücretli çalışan	6	17.16	6.58	10	25		
	(4) Emekli	3	15.00	3.00	12	18		
	(5) İşsiz	4	19.25	4.03	15	24		
	(6) Diğer	17	20.05	6.72	2	25		
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	(1) Memur	10	25.40	5.56	12	30	0.836	0.532
	(2) Kendi işi	6	20.83	10.18	3	30		
	(3) Ücretli çalışan	6	23.66	3.55	20	29		
	(4) Emekli	3	17.00	6.92	9	21		
	(5) İşsiz	4	22.50	6.95	16	29		
	(6) Diğer	17	21.58	7.65	0	30		
Diğerleri ile İlişkiler	(1) Memur	10	20.50	6.75	6	29	0.939	0.466
	(2) Kendi işi	6	15.33	6.77	5	23		
	(3) Ücretli çalışan	6	19.33	4.41	13	25		
	(4) Emekli	3	13.00	6.00	7	19		
	(5) İşsiz	4	19.75	5.85	13	27		
	(6) Diğer	17	16.82	7.89	1	30		
Kişisel Güç	(1) Memur	10	12.10	3.44	4	15	0.920	0.478
	(2) Kendi işi	6	10.33	3.93	3	14		
	(3) Ücretli çalışan	6	12.66	2.25	9	15		
	(4) Emekli	3	7.66	4.50	3	12		
	(5) İşsiz	4	11.25	4.11	6	15		
	(6) Diğer	17	10.70	4.14	0	15		

Tablo 5.17 Kanser Tanılı Örneklemenin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Meslek Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları (Devam)

Yeni Fırsatlar	(1) Memur	10	10.00	3.36	3	15	0.450	0.811
	(2) Kendi işi	6	9.00	4.85	2	14		
	(3) Ücretli çalışan	6	9.00	2.00	6	12		
	(4) Emekli	3	7.00	4.58	2	11		
	(5) İşsiz	4	9.25	2.98	5	12		
	(6) Diğer	17	8.17	4.03	1	15		
Duygusal Özyeterlik	(1) Memur	10	122.20	17.98	100	156	1.407	0.242
	(2) Kendi işi	6	122.00	14.01	101	142		
	(3) Ücretli çalışan	6	132.50	15.24	111	150		
	(4) Emekli	3	97.66	14.84	85	114		
	(5) İşsiz	4	121.25	17.03	99	140		
	(6) Diğer	17	122.29	21.67	79	155		
Duyguları Düzenleme	(1) Memur	10	33.20	5.80	25	43	0.655	0.659
	(2) Kendi işi	6	33.66	3.93	28	40		
	(3) Ücretli çalışan	6	34.50	6.47	28	43		
	(4) Emekli	3	27.00	6.55	20	33		
	(5) İşsiz	4	32.75	6.70	23	38		
	(6) Diğer	17	32.41	6.76	22	45		
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	(1) Memur	10	28.90	6.82	15	39	1.496	0.213
	(2) Kendi işi	6	30.16	3.31	25	34		
	(3) Ücretli çalışan	6	32.66	2.73	29	37		
	(4) Emekli	3	22.33	4.93	19	28		
	(5) İşsiz	4	29.75	4.19	24	34		
	(6) Diğer	17	29.35	5.94	17	40		
Duyguları Anlama	(1) Memur	10	31.70	4.78	23	39	2.427	0.052
	(2) Kendi işi	6	30.50	3.88	26	36		
	(3) Ücretli çalışan	6	35.16	4.44	28	39		
	(4) Emekli	3	24.00	2.64	21	26		
	(5) İşsiz	4	31.25	5.05	25	37		
	(6) Diğer	17	32.41	5.07	22	40		
Duyguları Algılama	(1) Memur	10	28.40	3.71	23	35	0.660	0.655
	(2) Kendi işi	6	27.66	4.27	22	33		
	(3) Ücretli çalışan	6	30.16	3.81	24	35		
	(4) Emekli	3	24.33	3.05	21	27		
	(5) İşsiz	4	27.50	4.50	22	33		
	(6) Diğer	17	28.11	5.58	16	34		

Kanser tanısı bulunan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Kanser tanısı bulunmayan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin meslek türüne göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 5.18’de verilmiştir.

Tablo 5.18 Kanser Tanısız Örneklemın Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Meslek Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları

	Meslek	n	$\bar{x}$	SS	Min	Max	F	p	Fark
Travma Sonrası Gelişim	(1) Memur	5	54.40	34.29	0	85	3.416	0.012*	1-3
	(2) Kendi işi	7	97.71	10.16	85	109			
	(3) Ücretli çalışan	7	91.85	9.49	80	109			
	(4) Emekli	8	84.87	27.03	30	115			
	(5) İşsiz	5	76.60	11.32	61	90			
	(6) Diğer	12	75.00	19.08	47	104			
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	(1) Memur	5	9.00	6.00	0	15	7.181	0.000*	1-2
	(2) Kendi işi	7	22.71	3.14	16	25			1-3
	(3) Ücretli çalışan	7	21.14	2.34	18	25			1-4
	(4) Emekli	8	19.87	5.11	10	25			1-5
	(5) İşsiz	5	19.80	4.14	14	25			1-6
	(6) Diğer	12	18.66	4.14	14	25			
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	(1) Memur	5	15.60	10.78	0	25	1.998	0.101	
	(2) Kendi işi	7	26.28	2.75	23	30			
	(3) Ücretli çalışan	7	22.71	5.28	12	29			
	(4) Emekli	8	21.62	7.72	7	30			
	(5) İşsiz	5	19.20	3.56	14	23			
	(6) Diğer	12	20.41	5.29	13	29			
Diğerleri ile İlişkiler	(1) Memur	5	13.40	9.37	0	23	2.505	0.047*	1-3
	(2) Kendi işi	7	22.42	5.09	14	28			
	(3) Ücretli çalışan	7	23.00	3.69	18	29			
	(4) Emekli	8	21.00	7.42	8	30			
	(5) İşsiz	5	17.80	4.43	11	22			
	(6) Diğer	12	16.50	5.69	4	25			
Kişisel Güç	(1) Memur	5	9.00	5.19	0	12	1.599	0.184	
	(2) Kendi işi	7	13.42	1.81	10	15			
	(3) Ücretli çalışan	7	12.85	1.57	10	14			
	(4) Emekli	8	11.50	4.03	5	15			
	(5) İşsiz	5	11.20	1.48	9	13			
	(6) Diğer	12	10.83	2.94	7	14			

Tablo 5.18 Kanser Tanısız Örneklemın Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Meslek Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları (Devam)

Yeni Fırsatlar	(1) Memur	5	7.40	4.66	0	12	2.808	0.030*	1-3
	(2) Kendi işi	7	12.85	1.21	11	15			
	(3) Ücretli çalışan	7	12.14	2.54	9	15			
	(4) Emekli	8	10.87	4.99	0	15			
	(5) İşsiz	5	8.60	2.30	5	11			
	(6) Diğer	12	8.58	3.14	5	14			
Duygusal Özyeterlik	(1) Memur	5	108.60	18.28	80	127	2.354	0.059	
	(2) Kendi işi	7	142.28	15.25	122	158			
	(3) Ücretli çalışan	7	125.14	18.36	97	142			
	(4) Emekli	8	125.75	21.19	99	160			
	(5) İşsiz	5	125.60	10.16	114	139			
	(6) Diğer	12	121.00	17.63	96	148			
Duyguları Düzenleme	(1) Memur	5	31.60	6.80	22	41	1.578	0.190	
	(2) Kendi işi	7	38.57	3.73	34	44			
	(3) Ücretli çalışan	7	33.28	4.68	25	38			
	(4) Emekli	8	33.75	7.30	25	45			
	(5) İşsiz	5	34.40	3.04	30	38			
	(6) Diğer	12	31.75	5.49	24	41			
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	(1) Memur	5	27.00	4.84	19	32	2.027	0.097	
	(2) Kendi işi	7	35.71	4.34	28	40			
	(3) Ücretli çalışan	7	30.71	5.08	23	36			
	(4) Emekli	8	30.37	5.95	22	40			
	(5) İşsiz	5	30.20	2.77	27	34			
	(6) Diğer	12	29.50	5.61	20	37			
Duyguları Anlama	(1) Memur	5	27.00	4.52	20	31	2.439	0.052	
	(2) Kendi işi	7	36.42	3.69	31	40			
	(3) Ücretli çalışan	7	32.71	6.10	22	40			
	(4) Emekli	8	33.12	5.79	25	40			
	(5) İşsiz	5	31.20	4.14	26	36			
	(6) Diğer	12	31.58	4.01	25	38			
Duyguları Algılama	(1) Memur	5	23.00	4.06	19	28	2.789	0.031*	1-2
	(2) Kendi işi	7	31.57	4.42	23	35			
	(3) Ücretli çalışan	7	28.42	4.54	22	34			
	(4) Emekli	8	28.50	3.54	25	35			
	(5) İşsiz	5	29.80	2.16	27	32			
	(6) Diğer	12	28.16	4.30	21	34			

* $p \leq 0.05$: İstatistiksel olarak anlamlı

Kanser tanısı bulunmayan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; Travma Sonrası Gelişim Ölçeği ($F_{(5,38)}=3.416$; $p < 0.05$), alt boyutlarından Spiritüel ve Varoluşsal Değişim ($F_{(5,38)}=7.181$; $p < 0.05$), Diğerleri ile İlişkiler ($F_{(5,38)}=2.505$; $p < 0.05$), Yeni Fırsatlar ($F_{(5,38)}=2.808$; $p < 0.05$) ile Duygusal Özyeterlik Ölçeği alt boyutlarından Duyguları Algılama ($F_{(5,38)}=2.789$; $p < 0.05$) ile meslek arasında

anlamalı düzeyde bir fark bulunmaktadır. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Tukey Post-Hoc testi sonuçlarına göre;

Travma Sonrası Gelişim için; memur ve ücretli çalışan grupları arasındaki anlamalı farklılıktan kaynaklandığı görülmektedir. Buna göre ücretli çalışan katılımcıların Travma Sonrası Gelişim puanları memur olan katılımcılardan daha yüksek olarak saptanmıştır.

Spiritüel ve Varoluşsal Değişim için; memur grubunun kendi işi, ücretli çalışan, emekli, işsiz ve diğer grupları ile arasındaki anlamalı farklılıktan kaynaklandığı görülmektedir. Buna göre kendi işini yapan katılımcıların Spiritüel ve Varoluşsal Değişim puanlarının mesleği memur, ücretli çalışan, emekli, işsiz ve diğer olan katılımcılardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Diğerleri ile İlişkiler için; memur ve ücretli çalışan grupları arasındaki anlamalı farklılıktan kaynaklandığı görülmektedir. Buna göre ücretli çalışan katılımcıların Diğerleri ile İlişkiler puanları memur olan katılımcılardan daha yüksektir.

Yeni Fırsatlar için; memur ve ücretli çalışan grupları arasındaki anlamalı farklılıktan kaynaklandığı görülmektedir. Buna göre ücretli çalışan katılımcıların Yeni Fırsatlar puanlarının memur olan katılımcılardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Duyguları Algılama için; memur ve kendi işi grupları arasındaki anlamalı farklılıktan kaynaklandığı görülmektedir. Buna göre kendi işini yapan katılımcıların Duyguları Algılama puanları memur olan katılımcılardan daha yüksektir.

5.12. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN BİRLİKTE YAŞANAN KİŞİYE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Kanser tanısı bulunan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin birlikte yaşanan kişiye göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki

farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda t-Testi Analizi sonuçları Tablo 5.19’da verilmiştir.

Tablo 5.19 Kanser Tanılı Örneklemenin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Birlikte Yaşanan Kişiye Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları

	Birlikte Yaşanan Kişi	n	$\bar{x}$	SS	t	p
Travma Sonrası Gelişim	Eş / Partner / Çocuk	41	79.51	23.70	0.601	0.551
	Diğer	5	72.60	29.33		
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	Eş / Partner / Çocuk	41	19.14	5.50	1.335	0.189
	Diğer	5	15.60	6.58		
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	Eş / Partner / Çocuk	41	22.53	7.07	0.454	0.652
	Diğer	5	21.00	7.77		
Diğerleri ile İlişkiler	Eş / Partner / Çocuk	41	17.87	6.88	0.327	0.745
	Diğer	5	16.80	7.62		
Kişisel Güç	Eş / Partner / Çocuk	41	11.04	3.72	-0.084	0.934
	Diğer	5	11.20	4.71		
Yeni Fırsatlar	Eş / Partner / Çocuk	41	8.90	3.56	0.517	0.608
	Diğer	5	8.00	4.74		
Duygusal Özyeterlik	Eş / Partner / Çocuk	41	122.39	19.12	0.527	0.601
	Diğer	5	117.60	19.90		
Duyguları Düzenleme	Eş / Partner / Çocuk	41	33.09	6.06	1.291	0.203
	Diğer	5	29.40	5.85		
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	Eş / Partner / Çocuk	41	29.43	5.48	0.239	0.812
	Diğer	5	28.80	6.97		
Duyguları Anlama	Eş / Partner / Çocuk	41	31.80	4.85	0.333	0.741
	Diğer	5	31.00	7.17		
Duyguları Algılama	Eş / Partner / Çocuk	41	28.04	4.79	-0.160	0.873
	Diğer	5	28.40	2.19		

Kanser tanısı bulunan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik ile birlikte yaşanan kişi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Kanser tanısı bulunmayan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin birlikte yaşanan kişiye göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki

farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 5.20’de verilmiştir.

Tablo 5.20 Kanser Tanısız Örneklemin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Birlikte Yaşanan Kişiye Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları

	Birlikte Yaşanan Kişi	N	$\bar{x}$	SS	Min	Max	F	p
Travma Sonrası Gelişim	(1) Eş/ Partner/ Çocuk	37	78.94	23.27	0	115	1.618	0.211
	(2) Anne/Baba	3	79.66	19.00	61	99		
	(3) Diğer	4	100.25	14.08	85	115		
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	(1) Eş/ Partner/ Çocuk	37	18.75	5.83	0	25	0.291	0.749
	(2) Anne/Baba	3	18.66	3.05	16	22		
	(3) Diğer	4	21.00	4.24	15	25		
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	(1) Eş/ Partner/ Çocuk	37	20.72	6.75	0	30	1.781	0.181
	(2) Anne/Baba	3	20.00	3.46	18	24		
	(3) Diğer	4	27.00	2.94	24	30		
Diğerleri ile İlişkiler	(1) Eş/ Partner/ Çocuk	37	18.35	6.46	0	30	2.805	0.072
	(2) Anne/Baba	3	18.66	7.09	11	25		
	(3) Diğer	4	26.25	3.77	23	30		
Kişisel Güç	(1) Eş/ Partner/ Çocuk	37	11.21	3.29	0	15	1.259	0.295
	(2) Anne/Baba	3	12.33	2.88	9	14		
	(3) Diğer	4	13.75	1.25	12	15		
Yeni Fırsatlar	(1) Eş/ Partner/ Çocuk	37	9.89	3.76	0	15	0.708	0.499
	(2) Anne/Baba	3	10.00	4.58	5	14		
	(3) Diğer	4	12.25	3.20	9	15		
Duygusal Özyeterlik	(1) Eş/ Partner/ Çocuk	37	124.51	20.07	80	160	0.287	0.752
	(2) Anne/Baba	3	122.33	13.20	108	134		
	(3) Diğer	4	131.75	10.01	120	144		
Duyguları Düzenleme	(1) Eş/ Partner/ Çocuk	37	33.35	5.99	22	45	0.512	0.603
	(2) Anne/Baba	3	35.33	2.08	33	37		
	(3) Diğer	4	36.00	3.91	32	41		
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	(1) Eş/ Partner/ Çocuk	37	30.67	5.73	19	40	0.022	0.979
	(2) Anne/Baba	3	30.00	5.56	25	36		
	(3) Diğer	4	30.75	1.50	29	32		

Tablo 5.20 Kanser Tanısız Örneklemın Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Birlikte Yaşanan Kişiyeye Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları (Devam)

Duyguları Anlama	(1) Eş/ Partner/ Çocuk	37	32.08	5.30	20	40	0.719	0.493
	(2) Anne/Baba	3	30.66	5.13	25	35		
	(3) Diğer	4	35.00	3.74	31	40		
Duyguları Algılama	(1) Eş/ Partner/ Çocuk	37	28.40	4.73	19	35	0.575	0.567
	(2) Anne/Baba	3	26.33	1.52	25	28		
	(3) Diğer	4	30.00	1.82	28	32		

Kanser tanısı bulunmayan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik ile birlikte yaşanan kişi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

5.13 TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN KRONİK HASTALIĞA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Kanser tanısı bulunan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin kronik hastalığa göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda t-Testi Analizi sonuçları Tablo 5.21’de verilmiştir.

Tablo 5.21 Kanser Tanılı Örneklemın Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Kronik Hastalığa Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları

	Kronik Hastalık	n	$\bar{x}$	SS	t	p
Travma Sonrası Gelişim	Evet	15	67.93	26.91	-2.209	0.032*
	Hayır	31	84.00	21.12		
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	Evet	15	16.46	5.91	-1.974	0.055
	Hayır	31	19.87	5.27		
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	Evet	15	19.66	9.24	-1.555	0.137
	Hayır	31	23.67	5.46		
Diğerleri ile İlişkiler	Evet	15	15.00	6.12	-1.950	0.058
	Hayır	31	19.09	6.92		
Kişisel Güç	Evet	15	9.53	4.45	-1.973	0.055
	Hayır	31	11.80	3.22		
Yeni Fırsatlar	Evet	15	7.26	3.73	-2.054	0.046*
	Hayır	31	9.54	3.43		
Duygusal Özyeterlik	Evet	15	114.80	20.87	-1.794	0.080
	Hayır	31	125.29	17.42		
Duyguları Düzenleme	Evet	15	30.60	6.00	-1.654	0.105
	Hayır	31	33.70	5.96		

Tablo 5.21 Kanser Tanılı Örneklemın Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Kronik Hastalığa Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları (Devam)

Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	Evet	15	27.86	5.89	-1.281	0.207
	Hayır	31	30.09	5.36		
Duyguları Anlama	Evet	15	29.33	5.49	-2.331	0.024
	Hayır	31	32.87	4.47		
Duyguları Algılama	Evet	15	27.00	5.54	-1.126	0.266
	Hayır	31	28.61	4.01		

* $p \leq 0.05$: İstatistiksel olarak anlamlı

Kanser tanısı bulunan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; Travma Sonrası Gelişim Ölçeği, alt boyutlarından Yeni Fırsatlar puanları kronik hastalığa göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p \leq 0.05$). Buna göre kronik hastalığı bulunmayan katılımcıların Travma Sonrası Gelişim ($t(44) = -2.209$; $p < 0.05$) ve Yeni Fırsatlar ($t(44) = -2.054$; $p < 0.05$) puanları kronik hastalığı bulunan katılımcılara göre anlamlı derecede farklı ve yüksek olarak belirlenmiştir.

Kanser tanısı bulunmayan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin kronik hastalığa göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda t-Testi Analizi sonuçları Tablo 5.22’de verilmiştir.

Tablo 5.22 Kanser Tanısız Örneklemın Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Kronik Hastalığa Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları

	Kronik Hastalık	n	$\bar{x}$	SS	t	p
Travma Sonrası Gelişim	Evet	17	85.94	17.59	1.158	0.253
	Hayır	27	77.77	25.43		
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	Evet	17	20.17	4.12	1.168	0.250
	Hayır	27	18.18	6.20		
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	Evet	17	23.11	4.74	1.527	0.134
	Hayır	27	20.07	7.29		
Diğerleri ile İlişkiler	Evet	17	19.52	6.14	0.346	0.731
	Hayır	27	18.81	6.97		
Kişisel Güç	Evet	17	12.70	2.46	2.022	0.050*
	Hayır	27	10.77	3.40		
Yeni Fırsatlar	Evet	17	10.41	2.93	0.415	0.680
	Hayır	27	9.92	4.21		

Tablo 5.22 Kanser Tanısız Örneklemin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Kronik Hastalığa Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları (Devam)

Duygusal Özyeterlik	Evet	17	125.94	17.97	0.253	0.802
	Hayır	27	124.44	19.78		
Duyguları Düzenleme	Evet	17	34.00	5.84	0.251	0.803
	Hayır	27	33.55	5.65		
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	Evet	17	30.76	4.96	0.124	0.902
	Hayır	27	30.55	5.75		
Duyguları Anlama	Evet	17	32.17	4.75	-0.074	0.941
	Hayır	27	32.29	5.48		
Duyguları Algılama	Evet	17	29.00	4.10	0.698	0.489
	Hayır	27	28.03	4.66		

* $p \leq 0.05$: İstatistiksel olarak anlamlı

Kanser tanısı bulunmayan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; Travma Sonrası Gelişim Ölçeği alt boyutlarından Kişisel Güç puanları kronik hastalığa göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p \leq 0,05$). Buna göre kronik hastalığı bulunan katılımcıların Kişisel Güç ($t(42)=2.022$; $p < 0.05$) puanları kronik hastalığı bulunmayan katılımcılara göre anlamlı derecede farklı ve yüksek olarak belirlenmiştir.

5.14. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN PSİKİYATRİK HASTALIĞA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Kanser tanısı bulunan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin psikiyatrik hastalığa göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda t-Testi Analizi sonuçları Tablo 5.23'te verilmiştir.

Tablo 5.23 Kanser Tanılı Örneklemen Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Psikiyatrik Hastalığa Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları

	Psikiyatrik Hastalık	n	$\bar{x}$	SS	t	p
Travma Sonrası Gelişim	Evet	3	59.00	35.15	-1.489	0.144
	Hayır	43	80.13	23.09		
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	Evet	3	18.66	6.11	-0.029	0.977
	Hayır	43	18.76	5.70		
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	Evet	3	16.66	10.78	-1.462	0.151
	Hayır	43	22.76	6.75		
Diğerleri ile İlişkiler	Evet	3	11.00	7.81	-1.803	0.078
	Hayır	43	18.23	6.66		
Kişisel Güç	Evet	3	7.33	6.65	-1.813	0.077
	Hayır	43	11.32	3.48		
Yeni Fırsatlar	Evet	3	5.33	4.93	-1.739	0.089
	Hayır	43	9.04	3.49		
Duygusal Özyeterlik	Evet	3	110.66	20.81	-1.055	0.297
	Hayır	43	122.65	18.92		
Duyguları Düzenleme	Evet	3	303.00	6.24	-0.789	0.434
	Hayır	43	32.88	6.11		
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	Evet	3	2.33	8.73	-2.375	0.022*
	Hayır	43	29.86	5.08		
Duyguları Anlama	Evet	3	29.33	7.23	-0.842	0.405
	Hayır	43	31.88	4.94		
Duyguları Algılama	Evet	3	29.00	3.46	0.354	0.725
	Hayır	43	28.02	4.66		

* $p \leq 0.05$: İstatistiksel olarak anlamlı

Kanser tanısı bulunan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; Duygusal Özyeterlik Ölçeği, alt boyutlarından Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma puanları psikiyatrik hastalığa göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p \leq 0,05$). Buna göre psikiyatrik hastalığı bulunmayan katılımcıların Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma ($t(44) = -2.375$; $p < 0.05$) puanları psikiyatrik hastalığı bulunan katılımcılara göre anlamlı derecede farklı ve yüksek olarak belirlenmiştir.

Kanser tanısı bulunmayan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin psikiyatrik hastalığa göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda t-Testi Analizi sonuçları Tablo 5.24’de verilmiştir.

Tablo 5.24 Kanser Tanısız Örneklemde Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Psikiyatrik Hastalığa Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları

	Psikiyatrik Hastalık	n	$\bar{x}$	SS	t	p
Travma Sonrası Gelişim	Evet	3	91.33	9.29	0.813	0.421
	Hayır	41	80.17	23.42		
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	Evet	3	23.66	1.52	1.553	0.128
	Hayır	41	18.60	5.56		
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	Evet	3	24.33	3.21	0.843	0.404
	Hayır	41	21.02	6.68		
Diğerleri ile İlişkiler	Evet	3	18.33	5.85	-0.204	0.840
	Hayır	41	19.14	6.71		
Kişisel Güç	Evet	3	13.66	1.52	1.213	0.232
	Hayır	41	11.36	3.23		
Yeni Fırsatlar	Evet	3	11.33	1.52	0.580	0.565
	Hayır	41	10.02	3.85		
Duygusal Özyeterlik	Evet	3	129.66	16.02	0.437	0.665
	Hayır	41	124.68	19.22		
Duyguları Düzenleme	Evet	3	36.33	4.16	0.822	0.416
	Hayır	41	33.53	5.75		
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	Evet	3	30.33	4.93	-0.100	0.921
	Hayır	41	30.65	5.48		
Duyguları Anlama	Evet	3	31.33	5.50	-0.315	0.754
	Hayır	41	32.31	5.20		
Duyguları Algılama	Evet	3	31.66	2.51	1.331	0.191
	Hayır	41	28.17	4.46		

Kanser tanısı bulunmayan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik ile psikiyatrik hastalık arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

5.15. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN PSİKOTERAPİ DESTEĞİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Kanser tanısı bulunan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin psikoterapi desteğine göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki

farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda t-Testi Analizi sonuçları Tablo 5.25’te verilmiştir.

Tablo 5.25 Kanser Tanılı Örneklemenin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Psikoterapi Desteğine Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları

	Psikoterapi Desteği	n	$\bar{x}$	SS	t	p
Travma Sonrası Gelişim	Evet	3	56.33	37.87	-1.702	0.096
	Hayır	43	80.32	22.70		
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	Evet	3	13.66	10.26	-1.643	0.107
	Hayır	43	19.11	5.22		
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	Evet	3	13.66	11.84	-2.307	0.026*
	Hayır	43	22.97	6.41		
Diğerleri ile İlişkiler	Evet	3	13.33	4.61	-1.157	0.254
	Hayır	43	18.06	6.94		
Kişisel Güç	Evet	3	8.33	7.23	-0.694	0.557
	Hayır	43	11.25	3.49		
Yeni Fırsatlar	Evet	3	7.33	5.68	-0.717	0.477
	Hayır	43	8.90	3.55		
Duygusal Özyeterlik	Evet	3	111.00	13.00	-1.023	0.312
	Hayır	43	122.62	19.27		
Duyguları Düzenleme	Evet	3	26.00	3.60	-3.152	0.048*
	Hayır	43	33.16	5.97		
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	Evet	3	28.00	3.00	-0.436	0.665
	Hayır	43	29.46	5.72		
Duyguları Anlama	Evet	3	32.00	3.60	0.099	0.922
	Hayır	43	31.69	5.17		
Duyguları Algılama	Evet	3	25.00	4.58	-1.217	0.230
	Hayır	43	28.30	4.54		

* $p \leq 0.05$: İstatistiksel olarak anlamlı

Kanser tanısı bulunan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; Travma Sonrası Gelişim Ölçeği alt boyutlarından Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim ve Duygusal Özyeterlik Ölçeği alt boyutlarından Duyguları Düzenleme puanları psikoterapi desteğine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p \leq 0,05$). Buna göre psikoterapi desteği almamış olan katılımcıların Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim ($t(44) = -2.307$; $p < 0.05$) ve Duyguları Düzenleme ($t(44) = -3.152$; $p < 0.05$) puanları psikoterapi desteği almış olan katılımcılara göre anlamlı derecede farklı ve yüksek olarak belirlenmiştir.

Kanser tanısı bulunmayan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin psikoterapi desteğine göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda t-Testi Analizi sonuçları Tablo 5.26’da verilmiştir.

Tablo 5.26 Kanser Tanısız Örneklemın Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Psikoterapi Desteğine Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları

	Psikoterapi Desteği	n	$\bar{x}$	SS	t	p
Travma Sonrası Gelişim	Evet	7	90.42	17.84	1.205	0.235
	Hayır	37	79.13	23.45		
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	Evet	7	20.14	3.93	0.615	0.542
	Hayır	37	18.72	5.80		
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	Evet	7	25.00	4.89	1.690	0.098
	Hayır	37	20.54	6.61		
Diğerleri ile İlişkiler	Evet	7	21.00	6.13	0.831	0.411
	Hayır	37	18.72	6.70		
Kişisel Güç	Evet	7	13.42	1.51	1.767	0.085
	Hayır	37	11.16	3.30		
Yeni Fırsatlar	Evet	7	10.85	2.85	0.569	0.573
	Hayır	37	9.97	3.90		
Duygusal Özyeterlik	Evet	7	133.42	13.45	1.293	0.203
	Hayır	37	123.43	19.50		
Duyguları Düzenleme	Evet	7	36.28	3.14	1.314	0.196
	Hayır	37	33.24	5.93		
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	Evet	7	32.00	5.74	0.725	0.472
	Hayır	37	30.37	5.37		
Duyguları Anlama	Evet	7	34.42	2.57	1.960	0.065
	Hayır	37	31.83	5.44		
Duyguları Algılama	Evet	7	30.71	2.69	1.524	0.135
	Hayır	37	27.97	4.58		

Kanser tanısı bulunmayan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik ile psikoterapi desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

5.16. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN BEŞ YIL İÇİNDE YAŞANAN TRAVMATİK OLAYA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Kanser tanısı bulunan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin kanser tanısı almak dışında beş yıl içinde yaşanan travmatik olaya göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda t-Testi Analizi sonuçları Tablo 5.27’de verilmiştir.

Tablo 5.27 Kanser Tanılı Örneklemenin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Beş Yıl İçinde Yaşanan Travmatik Olaya Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları

	Travmatik Olay	n	$\bar{x}$	SS	t	p
Travma Sonrası Gelişim	Evet	21	77.66	24.64	-0.279	0.781
	Hayır	25	79.68	24.10		
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	Evet	21	19.28	5.22	0.572	0.570
	Hayır	25	18.32	6.06		
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	Evet	21	22.00	7.46	-0.321	0.749
	Hayır	25	22.68	6.86		
Diğerleri ile İlişkiler	Evet	21	16.71	7.28	-0.944	0.350
	Hayır	25	18.64	6.55		
Kişisel Güç	Evet	21	10.52	4.00	-0.888	0.379
	Hayır	25	11.52	3.59		
Yeni Fırsatlar	Evet	21	9.14	3.75	0.571	0.571
	Hayır	25	8.52	3.61		
Duygusal Özyeterlik	Evet	21	120.38	20.98	-0.482	0.632
	Hayır	25	123.12	17.59		
Duyguları Düzenleme	Evet	21	32.19	6.39	-0.511	0.612
	Hayır	25	33.12	5.92		
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	Evet	21	28.61	6.91	-0.800	0.430
	Hayır	25	30.00	4.18		
Duyguları Anlama	Evet	21	31.42	5.49	-0.351	0.727
	Hayır	25	31.96	4.76		
Duyguları Algılama	Evet	21	28.14	4.22	0.075	0.940
	Hayır	25	28.04	4.92		

Kanser tanısı bulunan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik ile kanser tanısı almak dışında beş yıl içinde

yaşanan travmatik olay arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Kanser tanısı bulunmayan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin beş yıl içinde yaşanan travmatik olaya göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda t-Testi Analizi sonuçları Tablo 5.28’de verilmiştir.

Tablo 5.28 Kanser Tanısız Örneklemın Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Beş Yıl İçinde Yaşanan Travmatik Olaya Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları

	Travmatik Olay	n	$\bar{x}$	SS	t	p
Travma Sonrası Gelişim	Evet	16	86.62	16.95	1.257	0.216
	Hayır	28	77.67	25.34		
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	Evet	16	19.43	4.09	0.434	0.667
	Hayır	28	18.67	6.26		
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	Evet	16	23.87	4.89	2.091	0.043*
	Hayır	28	19.75	6.95		
Diğerleri ile İlişkiler	Evet	16	20.56	5.17	1.121	0.269
	Hayır	28	18.25	7.25		
Kişisel Güç	Evet	16	12.18	2.48	1.047	0.301
	Hayır	28	11.14	3.51		
Yeni Fırsatlar	Evet	16	10.56	2.98	0.597	0.554
	Hayır	28	9.85	4.14		
Duygusal Özyeterlik	Evet	16	125.43	17.74	0.109	0.914
	Hayır	28	124.78	19.85		
Duyguları Düzenleme	Evet	16	33.31	5.67	-0.363	0.718
	Hayır	28	33.96	5.75		
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	Evet	16	30.75	4.83	0.104	0.917
	Hayır	28	30.57	5.77		
Duyguları Anlama	Evet	16	32.56	4.58	0.300	0.765
	Hayır	28	32.07	5.53		
Duyguları Algılama	Evet	16	28.81	4.19	0.452	0.653
	Hayır	28	28.17	4.61		

Kanser tanısı bulunmayan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik ile beş yıl içinde yaşanan travmatik

olay arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

5.17. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYİ İLE YAŞ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Kanser tanısı bulunan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeyinin yaş ile arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını test etmek için Pearson Korelasyon testi uygulanmış ve sonuçları Tablo 5.29'da verilmiştir.

Tablo 5.29 Kanser Tanılı Örneklemenin Ölçek Puanlarının Yaş ile Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi Sonuçları

		Yaş
Travma Sonrası Gelişim	R	-0.174
	P	0.248
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	R	-0.089
	P	0.555
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	R	-0.193
	P	0.199
Diğerleri ile İlişkiler	R	-0.082
	p	0.590
Kişilerarası Yardım Arama	r	-0.253
	p	0.090
Yeni Fırsatlar	r	-0.221
	p	0.140
Duygusal Özyeterlik	r	-0.238
	p	0.111
Duyguları Düzenleme	r	-0.126
	p	0.403
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	r	-0.283
	p	0.056
Duyguları Anlama	r	-0.298
	p	0.045*
Duyguları Algılama	r	-0.148
	p	0.326

* $p\leq 0.05$: İstatistiksel olarak anlamlı

Kanser tanısı bulunan katılımcıların Duygusal Özyeterlik Ölçeği alt boyutlarından Duyguları Anlama boyutundan aldıkları puan ile yaş arasında negatif yönde ve

istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r=-0.298$; $p=0.045$) vardır. Buna göre bireylerin yaşları arttıkça Duyguları Anlama alt boyutu puanları azalmaktadır.

Kanser tanısı bulunmayan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeyinin yaş ile arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını test etmek için Pearson Korelasyon testi uygulanmış ve sonuçları Tablo 5.30'da verilmiştir.

Tablo 5.30 Kanser Tanısız Örneklem Öçeğ Puanlarının Yaş ile Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi Sonuçları

		Yaş
Travma Sonrası Gelişim	r	-0.065
	p	0.677
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	r	0.059
	p	0.704
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	r	-0.061
	p	0.693
Diğerleri ile İlişkiler	r	-0.056
	p	0.717
Kişilerarası Yardım Arama	r	-0.102
	p	0.509
Yeni Fırsatlar	r	-0.189
	p	0.219
Duygusal Özyeterlik	r	-0.229
	p	0.135
Duyguları Düzenleme	r	-0.238
	p	0.119
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	r	-0.296
	p	0.051
Duyguları Anlama	r	-0.188
	p	0.221
Duyguları Algılama	r	-0.093
	p	0.549

Kanser tanısı bulunmayan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

5.18. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN KANSER TANISI KONULAN YILA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Kanser tanısı bulunan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin kanser tanısı konulan yıla göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 5.31’de verilmiştir.

Tablo 5.31 Kanser Tanılı Örneklemın Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Kanser Tanısı Konulan Yıla Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları

	Tanı Konulan Yıl	N	$\bar{x}$	SS	Min	Max	F	p
Travma Sonrası Gelişim	(1) 2017-2018	10	76.70	32.26	20	114	0.378	0.687
	(2) 2019-2020	15	83.26	14.74	54	107		
	(3) 2021-2022	21	76.52	25.75	14	105		
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	(1) 2017-2018	10	17.30	6.23	7	25	0.576	0.566
	(2) 2019-2020	15	19.80	3.60	11	25		
	(3) 2021-2022	21	18.71	6.59	2	25		
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	(1) 2017-2018	10	20.80	9.00	3	30	0.524	0.596
	(2) 2019-2020	15	23.73	4.75	14	30		
	(3) 2021-2022	21	22.14	7.59	0	29		
Diğerleri ile İlişkiler	(1) 2017-2018	10	19.70	8.39	5	30	0.723	0.491
	(2) 2019-2020	15	18.13	5.69	8	28		
	(3) 2021-2022	21	16.57	6.98	1	25		
Kişisel Güç	(1) 2017-2018	10	10.10	4.55	3	15	0.897	0.415
	(2) 2019-2020	15	12.06	2.40	6	15		
	(3) 2021-2022	21	10.80	4.17	0	15		
Yeni Fırsatlar	(1) 2017-2018	10	8.80	4.87	2	15	0.498	0.611
	(2) 2019-2020	15	9.53	2.44	5	12		
	(3) 2021-2022	21	8.28	3.80	1	14		
Duygusal Özyeterlik	(1) 2017-2018	10	115.20	23.48	85	156	1.254	0.295
	(2) 2019-2020	15	120.13	14.21	79	137		
	(3) 2021-2022	21	126.28	19.52	89	155		
Duyguları Düzenleme	(1) 2017-2018	10	30.60	7.50	20	43	0.808	0.452
	(2) 2019-2020	15	32.86	4.29	22	39		
	(3) 2021-2022	21	33.57	6.50	22	45		

Tablo 5.31 Kanser Tanılı Örneklemın Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Kanser Tanısı Konulan Yıla Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları (Devam)

Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	(1) 2017-2018	10	27.30	6.60	19	39	1.074	0.351
	(2) 2019-2020	15	29.26	4.57	17	36		
	(3) 2021-2022	21	30.42	5.68	15	40		
Duyguları Anlama	(1) 2017-2018	10	29.60	6.29	21	39	2.521	0.092
	(2) 2019-2020	15	30.73	3.55	22	35		
	(3) 2021-2022	21	33.42	4.98	23	40		
Duyguları Algılama	(1) 2017-2018	10	27.70	4.96	21	35	0.565	0.573
	(2) 2019-2020	15	27.26	3.89	18	32		
	(3) 2021-2022	21	28.85	4.90	16	35		

Kanser tanısı bulunan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik ile kanser tanısı konulan yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

5.19. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN MEME KANSERİ HABERİNİ VERENE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Kanser tanısı bulunan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin meme kanseri haberini verene göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda t-Testi Analizi sonuçları Tablo 5.32’de verilmiştir.

Tablo 5.32 Kanser Tanılı Örneklemın Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Meme Kanseri Haberini Verene Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları

	Haber Veren	n	$\bar{x}$	SS	t	p
Travma Sonrası Gelişim	Doktorum	31	81.90	20.29	1.280	0.207
	Hastane raporu / Tahliller	15	72.26	30.27		
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	Doktorum	31	19.61	4.84	1.488	0.144
	Hastane raporu / Tahliller	15	17.00	6.90		
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	Doktorum	31	23.22	6.16	1.185	0.242
	Hastane raporu / Tahliller	15	20.60	8.63		
Diğerleri ile İlişkiler	Doktorum	31	18.32	6.37	0.792	0.432
	Hastane raporu / Tahliller	15	16.60	7.93		
Kişisel Güç	Doktorum	31	11.64	3.28	1.518	0.136
	Hastane raporu / Tahliller	15	9.86	4.53		
Yeni Fırsatlar	Doktorum	31	9.09	3.36	0.777	0.442
	Hastane raporu / Tahliller	15	8.20	4.26		
Duygusal Özyeterlik	Doktorum	31	122.67	19.69	0.410	0.684
	Hastane raporu / Tahliller	15	120.20	18.17		
Duyguları Düzenleme	Doktorum	31	32.83	6.24	0.227	0.822
	Hastane raporu / Tahliller	15	32.40	5.97		
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	Doktorum	31	29.70	5.97	0.590	0.558
	Hastane raporu / Tahliller	15	28.66	4.76		
Duyguları Anlama	Doktorum	31	31.77	4.99	0.108	0.914
	Hastane raporu / Tahliller	15	31.60	5.35		
Duyguları Algılama	Doktorum	31	28.35	4.42	0.567	0.573
	Hastane raporu / Tahliller	15	27.53	4.96		

Kanser tanısı bulunan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik ile meme kanseri haberini veren arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

5.20. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN KANSER SÜRECİNDE SIK BAKIM VERENE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Kanser tanısı bulunan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin kanser sürecinde sık bakım verene göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 5.33'te verilmiştir.

Tablo 5.33 Kanser Tanılı Örneklemenin Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Kanser Sürecinde Sık Bakım Verene Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Sonuçları

	Bakım Veren	n	$\bar{x}$	SS	Min	Max	F	p
Travma Sonrası Gelişim	(1) Annem / Babam	10	84.30	21.47	45	114	0.340	0.714
	(2) Eşim / Çocuklarım	27	76.85	25.19	14	112		
	(3) Diğer	9	78.33	25.17	20	100		
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	(1) Annem / Babam	10	18.80	5.30	10	25	0.017	0.983
	(2) Eşim / Çocuklarım	27	18.85	6.24	2	25		
	(3) Diğer	9	18.44	4.63	7	23		
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	(1) Annem / Babam	10	25.30	6.11	12	30	1.140	0.329
	(2) Eşim / Çocuklarım	27	21.37	6.98	0	29		
	(3) Diğer	9	22.11	8.17	3	29		
Diğerleri ile İlişkiler	(1) Annem / Babam	10	18.00	6.92	6	29	0.010	0.990
	(2) Eşim / Çocuklarım	27	17.74	7.23	1	30		
	(3) Diğer	9	17.55	6.50	5	25		
Kişisel Güç	(1) Annem / Babam	10	12.20	3.32	4	15	0.620	0.543
	(2) Eşim / Çocuklarım	27	10.62	3.82	0	15		
	(3) Diğer	9	11.11	4.25	3	15		
Yeni Fırsatlar	(1) Annem / Babam	10	10.00	3.97	3	15	0.862	0.430
	(2) Eşim / Çocuklarım	27	8.25	3.77	1	14		
	(3) Diğer	9	9.11	2.84	2	11		
Duygusal Özyeterlik	(1) Annem / Babam	10	122.30	18.77	100	156	0.392	0.678
	(2) Eşim / Çocuklarım	27	120.11	20.86	79	155		
	(3) Diğer	9	126.66	13.82	111	150		
Duyguları Düzenleme	(1) Annem / Babam	10	32.10	6.06	25	43	1.148	0.327
	(2) Eşim / Çocuklarım	27	32.00	6.57	20	45		
	(3) Diğer	9	35.44	4.03	30	43		
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	(1) Annem / Babam	10	29.60	7.22	15	39	0.303	0.740
	(2) Eşim / Çocuklarım	27	28.88	5.77	17	40		
	(3) Diğer	9	30.55	2.29	28	34		
Duyguları Anlama	(1) Annem / Babam	10	32.10	5.21	23	39	0.153	0.859
	(2) Eşim / Çocuklarım	27	31.37	5.29	21	40		
	(3) Diğer	9	32.33	4.60	26	39		
Duyguları Algılama	(1) Annem / Babam	10	28.50	4.03	22	35	0.086	0.918
	(2) Eşim / Çocuklarım	27	27.85	4.87	16	34		
	(3) Diğer	9	28.33	4.63	22	35		

Kanser tanısı bulunan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik ile kanser sürecinde sık bakım veren arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

5.21. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN ONKOLOJİ TEDAVİSİNDE PSİKOLOJİK DESTEĞE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Kanser tanısı bulunan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin onkoloji tedavisinde psikolojik desteğe göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda t-Testi Analizi sonuçları Tablo 5.34’de verilmiştir.

Tablo 5.34 Kanser Tanılı Örneklemın Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Onkoloji Tedavisinde Psikolojik Desteğe Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları

	Psikolojik Destek	n	$\bar{x}$	SS	T	p
Travma Sonrası Gelişim	Evet	6	79.33	33.55	0.062	0.951
	Hayır	40	78.67	22.92		
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	Evet	6	19.83	7.65	0.494	0.624
	Hayır	40	18.60	5.40		
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	Evet	6	22.50	11.16	0.048	0.962
	Hayır	40	22.35	6.46		
Diğerleri ile İlişkiler	Evet	6	18.00	5.83	0.090	0.929
	Hayır	40	17.72	7.09		
Kişisel Güç	Evet	6	10.50	5.54	0.389	0.699
	Hayır	40	11.15	3.53		
Yeni Fırsatlar	Evet	6	8.50	3.93	-0.326	0.830
	Hayır	40	8.85	3.66		
Duygusal Özyeterlik	Evet	6	118.66	15.25	-0.438	0.664
	Hayır	40	122.35	19.66		
Duyguları Düzenleme	Evet	6	31.16	5.38	-0.655	0.516
	Hayır	40	32.92	6.21		
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	Evet	6	29.66	1.96	0.138	0.891
	Hayır	40	29.32	5.94		
Duyguları Anlama	Evet	6	30.66	4.17	-0.541	0.591
	Hayır	40	31.87	5.20		
Duyguları Algılama	Evet	6	27.16	4.87	-0.525	0.602
	Hayır	40	28.22	4.57		

Kanser tanısı bulunan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik ile onkoloji tedavisinde psikolojik destek arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

5.22. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN KANSER TANISI SONRASINDA PSİKİYATRİK TANIYA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Kanser tanısı bulunan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin kanser tanısı sonrasında psikiyatrik tanıya göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda t-Testi Analizi sonuçları Tablo 5.35’de verilmiştir.

Tablo 5.35 Kanser Tanılı Örneklemın Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Kanser Tanısı Sonrasında Psikiyatrik Tanıya Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları

	Psikiyatrik Tanı	n	$\bar{x}$	SS	T	p
Travma Sonrası Gelişim	Evet	8	76.00	31.08	-0.353	0.726
	Hayır	38	79.34	22.83		
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	Evet	8	19.00	6.14	0.130	0.897
	Hayır	38	18.71	5.63		
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	Evet	8	21.25	10.09	-0.488	0.628
	Hayır	38	22.60	6.42		
Diğerleri ile İlişkiler	Evet	8	17.12	6.89	-0.285	0.777
	Hayır	38	17.89	6.96		
Kişisel Güç	Evet	8	10.25	5.54	-0.485	0.641
	Hayır	38	11.23	3.37		
Yeni Fırsatlar	Evet	8	8.37	4.20	-0.362	0.719
	Hayır	38	8.89	3.58		
Duygusal Özyeterlik	Evet	8	116.12	13.04	-0.937	0.354
	Hayır	38	123.07	20.00		
Duyguları Düzenleme	Evet	8	30.62	5.06	-1.059	0.295
	Hayır	38	33.13	6.25		
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	Evet	8	27.50	5.29	-1.045	0.302
	Hayır	38	29.76	5.62		
Duyguları Anlama	Evet	8	30.75	3.45	-0.591	0.558
	Hayır	38	31.92	5.34		
Duyguları Algılama	Evet	8	27.25	4.20	-0.566	0.575
	Hayır	38	28.26	4.67		

Kanser tanısı bulunan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik ile kanser tanısı sonrasında psikiyatrik tanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

5.23. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYLERİNİN BİRİNCİ DERECEDEDEN KANSER TANISI ALMIŞ YAKINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Kanser tanısı bulunan grubun travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeylerinin birinci dereceden kanser tanısı almış yakına göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda t-Testi Analizi sonuçları Tablo 5.36’da verilmiştir.

Tablo 5.36 Kanser Tanılı Örneklemın Travma Sonrası Gelişim ve Duygusal Özyeterlik Puanlarının Birinci Dereceden Kanser Tanısı Almış Yakına Göre Karşılaştırılmasına Ait t-Testi Sonuçları

	Kanser Tanılı Yakın	n	$\bar{x}$	SS	t	p
Travma Sonrası Gelişim	Evet	16	69.62	28.71	-1.934	0.060
	Hayır	30	83.63	20.10		
Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	Evet	16	15.87	7.02	-2.315	0.031*
	Hayır	30	20.30	4.13		
Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	Evet	16	19.56	8.64	-2.032	0.048*
	Hayır	30	23.86	5.68		
Diğerleri ile İlişkiler	Evet	16	16.87	7.28	-0.633	0.530
	Hayır	30	18.23	6.73		
Kişisel Güç	Evet	16	9.93	4.21	-1.498	0.141
	Hayır	30	11.66	3.44		
Yeni Fırsatlar	Evet	16	7.37	3.91	-2.000	0.052
	Hayır	30	9.56	3.32		
Duygusal Özyeterlik	Evet	16	122.00	14.97	0.034	0.973
	Hayır	30	121.80	21.13		
Duyguları Düzenleme	Evet	16	31.68	5.79	-0.817	0.418
	Hayır	30	33.23	6.27		
Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	Evet	16	29.68	3.41	0.334	0.740
	Hayır	30	29.20	6.48		
Duyguları Anlama	Evet	16	32.00	4.24	0.274	0.785
	Hayır	30	31.56	5.50		
Duyguları Algılama	Evet	16	28.62	4.28	0.579	0.566
	Hayır	30	27.80	4.75		

* $p \leq 0.05$: İstatistiksel olarak anlamlı

Kanser tanısı bulunan örneklem üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre; Travma Sonrası Gelişim Ölçeği alt boyutlarından Spiritüel ve Varoluşsal Değişim ve Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim puanları birinci dereceden kanser tanısı almış yakına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p \leq 0,05$). Buna göre birinci dereceden yakını kanser tanısı almamış olan katılımcıların Spiritüel ve Varoluşsal Değişim ($t(44) = -2.315$; $p < 0.05$) ve Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim ($t(44) = -2.032$; $p < 0.05$) puanları birinci dereceden yakını kanser tanısı almış olan katılımcılara göre anlamlı derecede farklı ve yüksek olarak belirlenmiştir.

5.24. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE DUYGUSAL ÖZYETERLİK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Kanser tanısı bulunan grup için travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan Pearson Korelasyon Analizi sonuçları Tablo 5.37’de verilmiştir.

Tablo 5.37 Kanser Tanılı Örneklemde Ölçekler Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(1) Travma Sonrası Gelişim	r 1										
(2) Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	r 0.827**	1									
(3) Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	r 0.946**	0.727**	1								
(4) Diğerleri ile İlişkiler	r 0.898**	0.636**	0.775**	1							
(5) Kişisel Güç	r 0.906**	0.628**	0.889**	0.809**	1						
(6) Yeni Fırsatlar	r 0.855**	0.647**	0.798**	0.715**	0.718**	1					
(7) Duygusal Özyeterlik	r 0.349*	0.245	0.324*	0.290	0.374*	0.361*	1				
(8) Duyguları Düzenleme	r 0.305*	0.252	0.284	0.222	0.292*	0.353*	0.906**	1			
(9) Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	r 0.297*	0.132	0.293*	0.255	0.345*	0.346*	0.899**	0.811**	1		
(10) Duyguları Anlama	r 0.288	0.216	0.247	0.250	0.311*	0.294*	0.902**	0.711**	0.719**	1	
(11) Duyguları Algılama	r 0.366*	0.285	0.339*	0.324*	0.404**	0.288	0.864**	0.688**	0.650**	0.828**	1

* $p < 0.05$: İstatistiksel olarak anlamlı, ** $p < 0.01$: İstatistiksel olarak anlamlı

Korelasyon analizi sonuçlarına göre; Travma Sonrası Gelişim Ölçeği ile Spiritüel ve Varoluşsal Değişim ($r=0.827$; $p=0.000$), Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim ($r=0.946$; $p=0.000$), Diğerleri ile İlişkiler ($r=0.898$; $p=0.000$), Kişisel Güç ($r=0.906$; $p=0.000$), Yeni Fırsatlar ($r=0.855$; $p=0.000$), Duygusal Özyeterlik ($r=0.349$; $p=0.017$), Duyguları Düzenleme ($r=0.305$; $p=0.039$), Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma ($r=0.297$; $p=0.045$) ve Duyguları Algılama ($r=0.366$; $p=0.012$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır.

Spiritüel ve Varoluşsal Değişim alt boyutu ile Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim ($r=0.727$; $p=0.000$), Diğerleri ile İlişkiler ($r=0.636$; $p=0.000$), Kişisel Güç ($r=0.628$; $p=0.000$) ve Yeni Fırsatlar ($r=0.647$; $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.

Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim alt boyutu ile Diğerleri ile İlişkiler ($r=0.775$; $p=0.000$), Kişisel Güç ($r=0.889$; $p=0.000$), Yeni Fırsatlar ($r=0.798$; $p=0.000$), Duygusal Özyeterlik ($r=0.324$; $p=0.028$), Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma ($r=0.293$; $p=0.048$) ve Duyguları Algılama ($r=0.339$; $p=0.021$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki belirlenmiştir.

Diğerleri ile İlişkiler alt boyutu ile Kişisel Güç ($r=0.809$; $p=0.000$), Yeni Fırsatlar ($r=0.715$; $p=0.000$) ve Duyguları Algılama ($r=0.324$; $p=0.028$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir.

Kişisel Güç alt boyutu ile Yeni Fırsatlar ($r=0.718$; $p=0.000$), Duygusal Özyeterlik ($r=0.374$; $p=0.010$), Duyguları Düzenleme ($r=0.292$; $p=0.049$), Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma ($r=0.345$; $p=0.019$), Duyguları Anlama ($r=0.311$; $p=0.035$) ve Duyguları Algılama ($r=0.404$; $p=0.005$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır.

Yeni Fırsatlar alt boyutu ile Duygusal Özyeterlik ($r=0.361$; $p=0.014$), Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma ($r=0.353$; $p=0.016$), Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma ($r=0.346$; $p=0.018$), Duyguları Anlama

($r=0.294$; $p=0.047$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki belirlenmiştir.

Duygusal Özyeterlik Ölçeği ile Duyguları Düzenleme ($r=0.906$; $p=0.000$), Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma ($r=0.899$; $p=0.000$), Duyguları Anlama ($r=0.902$; $p=0.000$) ve Duyguları Algılama ($r=0.864$; $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.

Duyguları Düzenleme alt boyutu ile Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma ($r=0.811$; $p=0.000$), Duyguları Anlama ($r=0.711$; $p=0.000$) ve Duyguları Algılama ($r=0.688$; $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir.

Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma alt boyutu ile Duyguları Anlama ($r=0.719$; $p=0.000$) ve Duyguları Algılama ($r=0.650$; $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki belirlenmiştir.

Duyguları Anlama alt boyutu ile Duyguları Algılama ($r=0.828$; $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır.

Kanser tanısı bulunmayan grup için travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan Pearson Korelasyon Analizi sonuçları Tablo 5.38’de verilmiştir.

Tablo 5.38 Kanser Tanısız Örneklemde Ölçekler Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(1) Travma Sonrası Gelişim	r 1										
(2) Spiritüel ve Varoluşsal Değişim	r 0.881**	1									
(3) Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim	r 0.911**	0.724**	1								
(4) Diğerleri ile İlişkiler	r 0.901**	0.744**	0.730**	1							
(5) Kişisel Güç	r 0.848**	0.663**	0.813**	0.665**	1						
(6) Yeni Fırsatlar	r 0.902**	0.761**	0.768**	0.795**	0.753**	1					
(7) Duygusal Özyeterlik	r 0.712**	0.618**	0.691**	0.578**	0.653**	0.671**	1				
(8) Duyguları Düzenleme	r 0.601**	0.448**	0.667**	0.434**	0.598**	0.571**	0.904**	1			
(9) Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma	r 0.652**	0.549**	0.640**	0.533**	0.562**	0.631**	0.944**	0.823**	1		
(10) Duyguları Anlama	r 0.654**	0.604**	0.584**	0.569**	0.519**	0.635**	0.920**	0.728**	0.849**	1	
(11) Duyguları Algılama	r 0.716**	0.691**	0.637**	0.600**	0.648**	0.625**	0.889**	0.727**	0.768**	0.795**	1

* $p < 0.05$: İstatistiksel olarak anlamlı, ** $p < 0.01$: İstatistiksel olarak anlamlı

Korelasyon analizi sonuçlarına göre; Travma Sonrası Gelişim Ölçeği ile Spiritüel ve Varoluşsal Değişim ($r=0.881$; $p=0.000$), Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim ($r=0.911$; $p=0.000$), Diğerleri ile İlişkiler ($r=0.901$; $p=0.000$), Kişisel Güç ($r=0.848$; $p=0.000$), Yeni Fırsatlar ($r=0.902$; $p=0.000$), Duygusal Özyeterlik ($r=0.712$; $p=0.000$), Duyguları Düzenleme ($r=0.601$; $p=0.000$), Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma ($r=0.652$; $p=0.000$), Duyguları Anlama ($r=0.654$; $p=0.000$) ve Duyguları Algılama ($r=0.716$; $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır.

Spiritüel ve Varoluşsal Değişim alt boyutu ile Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim ($r=0.724$; $p=0.000$), Diğerleri ile İlişkiler ($r=0.744$; $p=0.000$), Kişisel Güç ($r=0.663$; $p=0.000$), Yeni Fırsatlar ($r=0.761$; $p=0.000$), Duygusal Özyeterlik ($r=0.618$; $p=0.000$), Duyguları Düzenleme ($r=0.448$; $p=0.002$), Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma ($r=0.549$; $p=0.000$), Duyguları Anlama ($r=0.604$; $p=0.000$) ve Duyguları Algılama ($r=0.691$; $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.

Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim alt boyutu ile Diğerleri ile İlişkiler ($r=0.730$; $p=0.000$), Kişisel Güç ($r=0.813$; $p=0.000$), Yeni Fırsatlar ($r=0.768$; $p=0.000$), Duygusal Özyeterlik ($r=0.691$; $p=0.000$), Duyguları Düzenleme ($r=0.667$; $p=0.000$), Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma ($r=0.640$; $p=0.000$), Duyguları Anlama ($r=0.584$; $p=0.000$) ve Duyguları Algılama ($r=0.637$; $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir.

Diğerleri ile İlişkiler alt boyutu ile Kişisel Güç ($r=0.665$; $p=0.000$), Yeni Fırsatlar ($r=0.795$; $p=0.000$), Duygusal Özyeterlik ($r=0.578$; $p=0.000$), Duyguları Düzenleme ($r=0.434$; $p=0.003$), Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma ($r=0.533$; $p=0.000$), Duyguları Anlama ($r=0.569$; $p=0.000$) ve Duyguları Algılama ($r=0.600$; $p=0.012$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki belirlenmiştir.

Kişisel Güç alt boyutu ile Yeni Fırsatlar ($r=0.753$; $p=0.000$), Duygusal Özyeterlik ($r=0.653$; $p=0.000$), Duyguları Düzenleme ($r=0.598$; $p=0.000$), Duyguları

Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma ($r=0.562$; $p=0.045$), Duyguları Anlama ($r=0.519$; $p=0.000$) ve Duyguları Algılama ($r=0.648$; $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir.

Yeni Fırsatlar alt boyutu ile Duygusal Özyeterlik ($r=0.671$; $p=0.000$), Duyguları Düzenleme ($r=0.571$; $p=0.000$), Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma ($r=0.631$; $p=0.000$), Duyguları Anlama ($r=0.635$; $p=0.000$) ve Duyguları Algılama ($r=0.625$; $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır.

Duygusal Özyeterlik Ölçeği ile Duyguları Düzenleme ($r=0.904$; $p=0.000$), Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma ($r=0.944$; $p=0.000$), Duyguları Anlama ($r=0.920$; $p=0.000$) ve Duyguları Algılama ($r=0.889$; $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.

Duyguları Düzenleme alt boyutu ile Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma ($r=0.823$; $p=0.000$), Duyguları Anlama ($r=0.728$; $p=0.000$) ve Duyguları Algılama ($r=0.727$; $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki belirlenmiştir.

Duyguları Düşünceye Destekleyici Olarak Kullanma alt boyutu ile Duyguları Anlama ($r=0.849$; $p=0.000$) ve Duyguları Algılama ($r=0.768$; $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir.

Duyguları Anlama alt boyutu ile Duyguları Algılama ($r=0.795$; $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır.

ALTINCI BÖLÜM

TARTIŞMA

Yapılan bu araştırmada kanser tanısı alan bireyler ile tanı almayan bireylerin travma sonrası gelişim düzeyleri ile duygusal özyeterlik düzeylerine ilişkin bulgular incelendiği zaman, tanı alan kadınlar ile kıyaslandığı zaman kanser tanısı almayan kadınlarda travma sonrası gelişim düzeyi ile duygusal özyeterlik düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buna karşılık gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür. Gruplar arasındaki farklılık anlamlı olmamasına rağmen travma sonrası gelişim düzeyinin kanser tanısı alan kadınlarda daha düşük olmasının temelinde kanser tanısına paralel olarak travma sonrası stres bozukluğunun ortaya çıkmasının, bu durumun da hastaların psikolojik yapılarını olumsuz yönde etkilemesinin yattığı düşünülebilir.

Literatürde yer alan çalışmalarda da kanser tanısının travma sonrası stres bozukluğuna yol açtığı ve hastaların psikolojik yapılarını olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (Arnaboldi ve diğerleri, 2017; Mehnert ve diğerleri, 2009; Shand ve diğerleri, 2015; Hahn ve diğerleri, 2015; Cordova ve diğerleri, 2017; Parikh ve diğerleri, 2015; Abbey ve diğerleri, 2015; Momill ve diğerleri, 2008). Bunun yanında yapılan araştırma sonuçları insanların büyük bir bölümünde travmatik yaşam olaylarının ardından travma sonrası gelişmenin meydana geldiği görülmektedir (Shakespeare-Finch ve diğerleri, 2003; Jansen ve diğerleri, 2011; Baillie ve diğerleri, 2014).

Bilindiği gibi insanlar travmatik yaşam olayları ile karşılaştıkları zaman travma sonrası gelişim gösterme düzeyleri düşük ya da yüksek düzeyde olabilmektedir. Meme kanseri de kadınlar açısından travmatik bir yaşam olayı olarak değerlendirilmekte olup, meme kanseri olan kadınlarda uygun tedavi yöntemleri uygulanması ve algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek olması travma sonrası gelişimi olumlu yönde etkilemektedir (Yastıbaş ve Yılmaz-Karaman, 2021; Sabancı, 2020). Bu konuda yapılan bir çalışmada kadınlara meme kanseri tanısı konulduktan sonra travma sonrası gelişme düzeyinin yüksek olduğu rapor edilmiştir

(Şengün-İnan ve Üstün, 2014). Bunun yanında yapılan bazı çalışmalarda meme kanseri tanısı almış olan kadınlar ile tanı almayan kadınların travma sonrası gelişim düzeylerinin anlamlı farklılık göstermediğini ortaya koyan araştırma bulguları da mevcuttur. Bu konuda yapılan bir çalışmada meme kanseri tanısı alan kadınlar ile tanı almamış olan kadınların psikolojik özelliklerinin ve travma sonrası gelişim düzeylerinin incelenmesi amaçlanmış, söz konusu çalışmada tanı alan ve almayan kadınların travma sonrası gelişim düzeyleri arasında anlamlı farklılığın bulunmadığı rapor edilmiştir (Akyüz, 2017).

Yapılan bu araştırmada kanser tanısı alan kadınlarda medeni durum değişkenine göre travma sonrası gelişim düzeyinin anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Benzer şekilde travma sonrası büyüme alt boyutlarına ilişkin sonuçların da kadınların medeni durumlarına göre farklılaşmadığı belirlenmiştir. Araştırmada kanser tanısı almayan kadınların da travma sonrası gelişim düzeylerinin medeni durumlarına göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Literatürde meme kanseri tanısı alan kadınlarda travma sonrası gelişim düzeyinin medeni durum değişkenine göre incelendiği çalışmaların sınırlı olduğu görülmekle beraber, kanser tanısı almayan bireyler üzerinde bu konuda yapılan benzer bir çalışmada travma sonrası büyüme düzeyinin medeni durum değişkenine göre farklılaşmadığı rapor edilmiştir (Çimen, 2020). Bu konuda yapılan farklı bir çalışmada travmatik durumlar ile karşılaşan bireylerde travma sonrası gelişimi etkileyen unsurların incelenmesi amaçlanmış, ilgili çalışmada travma sonrası gelişim düzeyinin medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği rapor edilmiştir (Adsever, 2019).

Meme kanseri tanısı alan kadınlar üzerinde gerçekleştirilen benzer bir çalışmada da sosyo-demografik değişkenler arasında yer alan medeni durum unsurunun travma sonrası gelişme üzerinde belirleyici olmadığı tespit edilmiştir (Aydoğdu, 2017). Bu konuda yürütülen ve meme kanseri tanısı alan kadınlar üzerinde yürütülen diğer bir çalışmada da kadınların travma sonrası gelişme düzeylerinin medeni durumlarına göre farklılaşmadığı bulunmuştur (Ulu, 2020). Meme kanseri tanısı alan ve farklı yaş gruplarında yer alan kadınlar üzerinde yürütülen farklı bir çalışmada da

demografik değişkenler arasında yer alan medeni durum unsurunun travma sonrası gelişme üzerinde önemli bir belirleyici olmadığı rapor edilmiştir (Aras, 2021).

Yapılan bu araştırmada kanser tanısı alan kadınlarda eğitim düzeyi değişkenine göre travma sonrası gelişim düzeyinin anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Benzer şekilde travma sonrası büyüme alt boyutlarına ilişkin sonuçların da kanser tanısı olan kadınların eğitim düzeylerine göre farklılaşmadığı belirlenmiştir. Buna karşılık kanser tanısı almayan kadınlarda travma sonrası gelişmenin “Spiritüel ve Varoluşsal Değişim” alt boyutuna ilişkin sonuçların kadınların eğitim düzeylerine göre farklılaştığı bulunmuştur. Söz konusu alt boyutta ilkokul ve lise mezunu kadınlar ile kıyaslandığı zaman yüksekokul ya da üniversite mezunu olan kadınların daha düşük puana sahip oldukları tespit edilmiştir.

Eğitim düzeyinin travma sonrası gelişim üzerinde etkili bir faktör olmasının temelinde eğitim düzeylerine göre kadınların travmatik olayların beraberinde getirdiğı olumsuzluklar ile başa çıkmada kullandıkları yöntemlerin birbirinden farklı olmasının yattığı düşünülebilir. Buna karşılık bazı meslek gruplarında yer alan bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda travma sonrası gelişim düzeyinin eğitim durumu değişkenine göre farklılık göstermediği rapor edilmiştir (Gökahmetoğlu, 2021; Çimen, 2020). Meme kanseri tanısı alan kadınlar üzerinde bu konuda yürütölen bir çalışmada sosyo-demografik değişkenlerin travma sonrası gelişme üzerindeki etkilerinin incelenmesi amaçlanmış, söz konusu araştırmada kadınların travma sonrası gelişme düzeylerinin eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur (Aydoğdu, 2017). Meme kanseri olan kadınlar üzerinde yürütölen farklı bir çalışmada da demografik değişkenler arasında yer alan eğitim düzeyinin travma sonrası gelişme üzerinde önemli bir belirleyici olmadığı rapor edilmiştir (Aras, 2021).

Bu konuda yapılan farklı bir çalışmada ise travmatik olaylara şahit olan meslek elemanlarında travma sonrası gelişmeyi etkileyen değişkenlerin incelenmesi amaçlanmış, söz konusu çalışmada eğitim düzeyi değişkeninin travma sonrası gelişmeyi doğrudan etkileyen bir unsur olduğu bulunmuş, eğitim düzeyinin travma

sonrası gelişimde toplam varyansın %16'sını açıkladığı belirtilmiştir (Yılmaz ve Hisli-Şahin, 2007). Meme kanseri olan kadınlar üzerinde yürütülen farklı bir çalışmada eğitim düzeyi ile travma sonrası gelişme arasındaki ilişkinin pozitif yönde ve anlamlı olduğu bulunmuş, bu kapsamda eğitim düzeyi arttıkça meme kanseri tanısı alan kadınların travma sonrası gelişme düzeylerinin de yükseldiği bulunmuştur (Taş, 2022). Sarısoy (2012) tarafından yapılan çalışmada da meme kanseri olan kadınlarda travma sonrası gelişmeyi etkileyen unsurların incelenmesi amaçlanmış, söz konusu araştırmada kadınların eğitim durumlarına göre travma sonrası gelişme düzeylerinin anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Araştırma sonuçları arasında paralellik bulunmamasının temelinde araştırmaların farklı demografik ve kültürel özelliklere sahip örneklem grupları üzerinde yürütülmesinin yattığı düşünülebilir.

Yapılan bu araştırmada kanser tanısı alan kadınlarda çalışma durumu değişkenine göre travma sonrası gelişim düzeyinin anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Gruplar arasındaki farklılıkların “Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim” ile “Kişisel Güç” alt boyutlarında olduğu görülmüştür. Söz konusu alt boyutlarda farklılığın herhangi bir işte çalışan kadınlar lehine yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonucun ortaya çıkmasının temelinde herhangi bir işte çalışan kadınların hem ekonomik gelir elde etme hem de sosyal destek algılarının diğer kadınlardan daha yüksek olmasının yattığı düşünülebilir. Kanser tanısı almayan kadınlarda ise travma sonrası gelişim düzeyinin herhangi bir işte çalışma durumuna göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Araştırma sonuçları ile paralellik gösteren ve meme kanseri tanısı alan kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada herhangi bir işte çalışan kadınların meslek sahibi olmayan kadınlara göre travma sonrası gelişme düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Aydoğdu, 2017). Buna karşılık yapılan bazı çalışma sonuçlarının araştırma bulguları ile paralellik göstermediği görülmektedir. Bu konuda meme kanseri tanısı alan kadınlar üzerinde yürütülen bir çalışmada kadınların herhangi bir işte çalışma durumlarına göre travma sonrası gelişme düzeylerinin anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Ulu, 2020).

Yapılan bu araştırmada kanser tanısı alan kadınlarda gelir düzeyi değişkenine göre travma sonrası gelişim düzeyinin anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Benzer şekilde travma sonrası büyüme alt boyutlarına ilişkin sonuçların da tanı alan kadınların gelir durumlarına göre farklılaşmadığı belirlenmiştir. Araştırmada kanser tanısı almayan kadınların da travma sonrası gelişim düzeylerinin ekonomik gelir durumlarına göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Araştırma sonuçları ile paralellik gösteren benzer bir çalışmada da travma sonrası gelişim düzeyinin etkileyen unsurların incelenmesi amaçlanmış, söz konusu çalışmada gelir düzeyi değişkenine göre katılımcıların travma sonrası gelişim düzeylerinin anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur (Gökahmetoğlu, 2021). Meme kanseri tanısı alan kadınlarda travma sonrası gelişmeyi etkileyen demografik ve psikolojik unsurların incelendiği benzer bir çalışmada tanı alan kadınlarda gelir düzeyi değişkenine göre travma sonrası büyüme düzeyinin anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Aydoğdu, 2017).

Bilindiği gibi gelir düzeyi ile insanların mental sağlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmakta olup, yapılan araştırma bulguları da bu görüşü desteklemektedir (Güngörmüş ve diğerleri, 2015; Yelkenci, 2019). Bu konuda yapılan bir çalışmada da meme kanseri olan kadınlarda gelir düzeyi değişkeninin travma sonrası gelişmeyi etkileyen bir unsur olduğu rapor edilmiştir (Sarısoy, 2012). Buna karşılık yapılan bu çalışmada travma sonrası gelişim düzeyinin gelir durumu değişkenine göre farklılaşmamasının temelinde araştırmaya katılan kadınların büyük bir bölümünün benzer gelir grubunda yer almasının yattığı düşünülebilir.

Yapılan bu araştırmada kanser tanısı alan kadınlarda sosyal güvenceye sahip olma değişkenine göre travma sonrası gelişim düzeyinin anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Benzer şekilde travma sonrası büyüme alt boyutlarına ilişkin sonuçların da tanı alan kadınların sosyal güvenceye sahip olma durumlarına göre farklılaşmadığı belirlenmiştir. Buna karşılık kanser tanısı almayan kadınlarda travma sonrası gelişim düzeylerinin sosyal güvenceye sahip olma durumuna göre farklılaştığı bulunmuştur. Farklılığın “Spiritüel ve Varoluşsal Değişim” alt

boyutunda olduğu görülmüş, emekli sandığına bağı olan kadınların alt boyuta ilişkin puanlarının SSK'lı olan kadınlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasının temelinde SSK'lı olan kadınlara kıyasla emekli sandığına bağı olan kadınların ekonomik olarak daha rahat bir hayata sahip olmalarının yattığı düşünölebilir. Bilindiğı gibi meme kanserine paralel olarak maddi ve manevi açıdan ortaya çıkan sorunlar hastalar açısından uzun süreli bir mücadeleyi beraberinde getirmektedir (Ulu, 2020). Bu noktada daha iyi sosyal güvenceye ve ekonomik gelir düzeyine sahip hastaların travma sonrası gelişme düzeylerinin yüksek olmasının beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir.

Yapılan bu araştırmada kanser tanısı alan kadınlarda tanı konulan yıl değişkenine göre travma sonrası gelişim düzeyinin anlamlı farklılık göstermediğı bulunmuştur. Benzer şekilde travma sonrası büyüme alt boyutlarına ilişkin sonuçların da tanı konular yıl değişkenine göre farklılaşmadığı belirlenmiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasının temelinde tanı sürecinden sonra kadınların kısa zaman dilimi içinde hastalığı kabullenmelerinin ve tanı sürecinden itibaren algıladıkları sosyal destek düzeyinin yüksek olmasının yattığı düşünölebilir. Bu konuda yapılan benzer bir çalışmada da travmatik olay yaşayan bireylerde bakım ve tedavi alma süresi değişkenine göre travma sonrası gelişim düzeyinin anlamlı farklılık göstermediğı bulunmuştur (Gökahmetoğlu, 2021).

Sarısoy (2012) tarafından bu konuda yapılan bir çalışmada meme kanseri tanısı alan kadınlarda tanı konulan tarihten ziyade kanser tanısının konulduğı yaş değişkeninin travma sonrası gelişmeyi etkileyen bir unsur olduğu rapor edilmiştir. Aynı çalışmada meme kanseri tanısı konulduktan sonra geçen süre arttıkça kadınların travma sonrası gelişme düzeylerinin de yükseldiğı bulunmuştur. Coşar (2015) tarafından yapılan çalışmada ise tanı konulan yıl içerisinde meme kanserini ilerleme düzeyinin travma sonrası gelişim üzerinde belirleyici olduğu rapor edilmiştir. Ulu (2020) tarafından yapılan araştırmada ise meme kanseri olan kadınlarda tanı sürecinin üzerinden geçen zaman dilimine göre travma sonrası gelişim düzeyinin anlamlı farklılık göstermediğı bulunmuştur. Savran (2021) tarafından bu konuda yapılan ve meme kanseri tanısı almış olan kadınlar üzerinde gerçekleştirilen bir

Çalışmada sosyo-demografik değişkenlere göre travma sonrası büyüme düzeyinin incelenmesi amaçlanmış, söz konusu çalışmada hastalık tanısı konulduktan sonra geçen süre değişkenine göre kadınların travma sonrası gelişme düzeylerinin anlamlı farklılık göstermediği rapor edilmiştir.

Yapılan bu araştırmada kanser tanısı alan kadınlarda meme kanserini haber veren kişi (doktor, hastane raporu / tahliller) değişkenine göre travma sonrası gelişim düzeyinin anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Benzer şekilde travma sonrası büyüme alt boyutlarına ilişkin sonuçların da meme kanserini haber veren kişi değişkenine göre farklılaşmadığı belirlenmiştir. Literatürde bu konuda yapılan çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir.

Yapılan bu araştırmada kanser tanısı alan kadınlarda kanser sürecinde bakım veren kişi (anne/baba, eşocuklar, diğer) değişkenine göre travma sonrası gelişim düzeyinin anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Benzer şekilde travma sonrası büyüme alt boyutlarına ilişkin sonuçların da kanser sürecinde bakım veren kişi değişkenine göre farklılaşmadığı belirlenmiştir. Bilindiği gibi kanser tanısı kadınlar açısından ciddi bir travmatik olaydır. Travmatik olaylara paralel olarak bireyin sosyal destek arayışı içine girdiği, bu süreçte hem aile bireyleri hem de yakın arkadaş çevresinden sosyal destek arandığı görülmektedir (imen, 2020). Algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek olması da travma sonrası gelişim düzeyini olumlu yönde etkilemektedir (Gökahmetoğlu, 2021; Yücel, 2020). Bu kapsamda yapılan bu çalışmada kadınların travma sonrası gelişim düzeylerinin bakım veren kişi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemesinin temelinde kadınlara bakım veren kişilerin sağladığı sosyal destek düzeyinin benzerlik göstermesinin yattığı dşnlebilir.

Yapılan bu araştırmada kanser tanısı alan kadınlarda kanser sürecinde onkoloji servisinde psikolojik destek alma değişkenine göre travma sonrası gelişim düzeyinin anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Benzer şekilde travma sonrası büyüme alt boyutlarına ilişkin sonuçların da onkoloji servisinde psikolojik destek alma değişkenine göre farklılaşmadığı belirlenmiştir. Bilindiği gibi

travmatik yaşam olayları bireyin psikolojik yapısını olumsuz yönde etkilemekle beraber, bireyin hayata karşı olumlu bakış açısı geliştirmelerine de katkı sağlamaktadır. Travmatik olaylar sonrasında bireyin hayata karşı olumlu bakış açısı geliştirmesi büyük oranda yaşadığı sosyal çevreden aldığı sosyal destek ile yakından ilişkilidir (Çimen, 2020). Bu kapsamda yapılan bu çalışmaya katılan kadınların onkoloji servisinde psikolojik destek alma değişkenine göre travma sonrası gelişim düzeylerinin anlamlı farklılık göstermemesinin temelinde onkoloji servisinde algıladıkları sosyal destek düzeyinin benzerlik göstermesinin yattığı düşünülebilir.

Yapılan bu araştırmada kanser tanısı alan kadınlarda kanser sürecinde psikiyatrik tanı alma değişkenine göre travma sonrası gelişim düzeyinin anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Ulu (2020) tarafından bu konuda yürütülen ve araştırmada ulaşılan sonuçlar ile paralellik gösteren benzer bir çalışmada meme kanseri olan kadınlarda psikiyatrik tanı alma durumuna göre travma sonrası büyüme düzeyinin anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur.

Araştırmada ulaşılan sonuçların aksine meme kanseri tanısı alan kadınlar üzerinde yapılan birçok çalışmada hastalığa ek olarak psikiyatrik semptomların da ortaya çıktığı belirtilmektedir (Lueboonthavatchai, 2007; Burges ve diğerleri, 2005; Badger ve diğerleri, 2007; Reich ve diğerleri, 2008; Mohabbat-Bahar ve diğerleri, 2015; Segrin ve diğerleri, 2007). Bunun yanında meme kanseri olan kadınlarda psikiyatrik belirtiler arasında yer alan depresyon ve kaygının travma sonrası gelişmeyi etkileyen unsurlar arasında yer aldığı görülmektedir (Sarısoy, 2012: 65; Aydoğdu ve Dirik, 2021). Meme kanseri tanısı alan kadınlar üzerinde bu konuda yapılan bir çalışmada psikiyatrik sağlık sorunları arasında yer alan depresyon, kaygı ve stres düzeyinin travma sonrası gelişme üzerinde önemli birer belirleyici olduğu rapor edilmiştir (Aydoğdu, 2017). Meme kanseri tanısı alan kadınlar üzerinde gerçekleştirilen başka bir çalışmada da son bir yıllık zaman dilimi içerisinde meme kanseri semptomları dışında herhangi bir stres unsuruna maruz kalmayan kadınlarda travma sonrası gelişme düzeyinin stres unsuruna maruz kalan kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Çamlı, 2019).

Yapılan bu araştırmada kanser tanısı alan kadınlarda birinci dereceden kanser tanısı almış yakına sahip olma değişkenine göre travma sonrası gelişim düzeyinin anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Farklılıkların “Spiritüel ve Varoluşsal Değişim” ve “Yaşam ve Kendilik Algısında Değişim” alt boyutlarında olduğu bulunmuştur. Söz konusu alt boyutlarda farklılığın birinci dereceden kanser tanısı almış yakını olmayan hastalar lehine yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasının temelinde ailede kanser tanısı alan birey bulunmasının diğer aile fertlerinin de psikolojik yapılarını olumsuz yönde etkilemesinin yattığı düşünülebilir. Bu konuda yapılan bir çalışmada meme kanseri olan kadınlarda travma sonrası gelişmeyi etkileyen unsurların incelenmesi amaçlanmış, söz konusu çalışmada ailesinde hastalık tanısı alan birey olan kadınlarda travma sonrası gelişim düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiştir (Olgar, 2012). Yapılan bazı çalışmalarda ise ailede kanser tanısı alan başka birey bulunma durumunun travma sonrası gelişme üzerinde belirleyici olmadığı belirtilmektedir. Bu konuda meme kanseri tanısı alan kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada ailede kanser tanısı alan başka birey bulunma durumuna göre kadınların travma sonrası gelişme düzeylerinin farklılaşmadığı bulunmuştur (Ulu, 2020).

Yapılan bu araştırmada kanser tanısı alan kadınlarda medeni durum değişkenine göre duygusal özyeterlik düzeyinin anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Benzer şekilde duygusal özyeterlik alt boyutlarına ilişkin sonuçların da kadınların medeni durumlarına göre farklılaşmadığı belirlenmiştir. Kanser tanısı almayan kadınların da medeni durumlarına göre duygusal özyeterlik düzeylerinin anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Bu konuda yapılan bir çalışmada kanser tanısı almayan bireylerde duygusal özyeterlik düzeyinin medeni duruma göre anlamlı farklılık gösterdiği rapor edilmiştir (Ateş, 2021). Bu konuda yürütülen başka bir çalışmada da genel duygusal özyeterlik düzeyi ile duygusal özyeterlik alt boyutlarına ilişkin sonuçların evli bireyler lehine anlamlı farklılık gösterdiği rapor edilmiştir (Kaytaş, 2022). Buna karşılık yapılan literatür taraması sonunda meme kanseri tanısı alan kadınlarda duygusal özyeterlik düzeyinin medeni durum değişkenine göre ele alındığı çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür.

Yapılan bu araştırmada kanser tanısı alan kadınlarda eğitim düzeyi değişkenine gre duygusal zyeterlik düzeyinin anlamlı farklılık gstermediği bulunmuştur. Benzer şekilde duygusal zyeterlik alt boyutlarına ilişkin sonuçların da kanser tanısı olan kadınların eğitim düzeylerine gre farklılaşmadığı belirlenmiştir. Araştırmada kanser tanısı almayan kadınlarda da duygusal zyeterlik düzeyinin eğitim durumu değişkenine gre farklılaşmadığı bulunmuştur. Araştırma sonuçları ile paralellik gsteren bir çalışmada duygusal zyeterlik düzeyinin katılımcıları eğitim durumlarına gre anlamlı farklılık gstermediği rapor edilmiştir (Kaytaz, 2022). zkur (2022) tarafından yapılan çalışmada da duygusal zyeterlik alt boyutları ile genel duygusal zyeterlik düzeyinin eğitim durumu değişkenine gre farklılaşmadığı rapor edilmiştir. Bu konuda yapılan bazı çalışma bulguları ise duygusal zyeterlik düzeyinin eğitim durumu değişkenine gre anlamlı farklılık gsterdiğini ortaya koymaktadır (Ateş, 2021). Araştırma sonuçları arasında tutarsızlıklar olmasının temelinde diğer çalışmaların sağlıklı bireyler üzerinde yürütülmesinin yattığı dşnlebilir.

Yapılan bu araştırmada kanser tanısı alan kadınlarda herhangi bir işte çalışma durumuna gre duygusal zyeterlik düzeyinin anlamlı farklılık gstermediği bulunmuştur. Benzer şekilde duygusal zyeterlik alt boyutlarına ilişkin sonuçların da kanser tanısı olan kadınların herhangi bir işte çalışma durumlarına gre farklılaşmadığı belirlenmiştir. Araştırmada kanser tanısı almayan kadınlarda da duygusal zyeterlik düzeyinin herhangi bir işte çalışma durumuna gre farklılaşmadığı bulunmuştur. Literatürde meme kanseri tanısı alan kadınlarda çalışma durumuna gre duygusal zyeterlik düzeyinin ele alındığı çalışmaların sınırlı olduğu grlmektedir. Sağlıklı bireyler üzerinde bu konuda yapılan bazı çalışmalarda ise duygusal zyeterlik düzeyinin herhangi bir işte çalışma durumuna gre anlamlı farklılık gsterdiği bulunmuştur (Ateş, 2021; Özkur, 2022). Bu konuda yapılan ve sağlıklı bireyler üzerinde yrtlen başka bir çalışmada ise duygusal zyeterlik düzeyinin herhangi bir işte çalışma durumuna gre anlamlı farklılık gstermediği rapor edilmiştir (Kaytaz, 2022).

Yapılan bu araştırmada kanser tanısı alan kadınlarda gelir durumu değişkenine göre duygusal özyeterlik düzeyinin anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Benzer şekilde duygusal özyeterlik alt boyutlarına ilişkin sonuçların da kanser tanısı olan kadınların gelir durumlarına göre farklılaşmadığı belirlenmiştir. Araştırmada kanser tanısı almayan kadınlarda da duygusal özyeterlik düzeyinin gelir durumu değişkenine göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Araştırmada katılımcıların gelir durumlarına göre duygusal özyeterlik düzeylerinin anlamlı farklılık göstermemesinin temelinde kadınların büyük bir bölümünün benzer gelir düzeyine sahip olmalarının yattığı düşünölebilir. Bu konuda yapılan benzer çalışmalarda da duygusal özyeterlik düzeyinin katılımcıların gelir durumlarına göre farklılaşmadığı rapor edilmiştir (Akkuş-Çutuk, 2019; Ousmane-Taher, 2020).

Yapılan bu araştırmada kanser tanısı alan kadınlarda sahip olunan sosyal güvence türüne göre duygusal özyeterlik düzeyinin anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Benzer şekilde duygusal özyeterlik alt boyutlarına ilişkin sonuçların da kanser tanısı olan kadınların sahip oldukları sosyal güvence türüne göre farklılaşmadığı belirlenmiştir. Araştırmada kanser tanısı almayan kadınlarda da duygusal özyeterlik düzeyinin sahip olunan sosyal güvence türüne göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Bu sonucun ortaya çıkmasının temelinde araştırmaya katılan kadınların büyük bir bölümünün sosyal güvenceye sahip olmasının, bunun yanında sosyal güvence türüne göre sağlık hizmetlerinin sunumunda herhangi bir ayrımcılığa maruz kalmamalarının yattığı düşünölebilir.

Yapılan bu araştırmada kanser tanısı alan kadınlarda tanı alınan yıl değişkenine göre duygusal özyeterlik düzeyinin anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Benzer şekilde duygusal özyeterlik alt boyutlarına ilişkin sonuçların da kanser tanısı olan kadınların tanı aldıkları yıl değişkenine göre farklılaşmadığı belirlenmiştir. Kanser tanısının duygusal yapıyı olumsuz yönde etkilediği bilinmekte olup, yapılan araştırma bulguları da bu görüşü destekler niteliktedir (Vivar ve McQueen, 2005; Brandao ve diğerleri, 2015). Buna karşılık meme kanseri tanısı alan kadınlarda tanı alınan yıl değişkenine göre duygusal özyeterlik düzeyinin anlamlı farklılık göstermemesinin temelinde kadınlarda hastalık

semptomlarının tanı alınan yıl değişkenine göre benzerlik göstermesinin yattığı düşünülebilir.

Yapılan bu araştırmada kanser tanısı alan kadınlarda meme kanserini haber veren kişi değişkenine göre duygusal özyeterlik düzeyinin anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Benzer şekilde duygusal özyeterlik alt boyutlarına ilişkin sonuçların da kanser tanısı olan kadınlara meme kanseri tanısını belirten kişi değişkenine göre farklılaşmadığı belirlenmiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasının temelinde tanı alan kadınların tanı sonucunu öğrenme süreçleri birbirinden farklı olsa da kanser tanısına verdikleri psikolojik tepkilerin birbiri ile benzerlik göstermesinin yattığı düşünülebilir. Yapılan literatür taramasında ise meme kanseri olan kadınlarda meme kanserini haber veren kişi değişkenine göre duygusal özyeterlik düzeyinin incelendiği çalışmalara rastlanmamıştır.

Yapılan bu araştırmada kanser tanısı alan kadınlarda tedavi sürecinde bakım veren kişi değişkenine göre duygusal özyeterlik düzeyinin anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Benzer şekilde duygusal özyeterlik alt boyutlarına ilişkin sonuçların da tedavi sürecinde bakım veren kişi değişkenine göre farklılaşmadığı belirlenmiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasının temelinde meme kanseri olan kadınlara bakım veren kişiler arasında farklılıklar olsa da, kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyinin benzerlik göstermesinin yattığı düşünülebilir. Nitekim literatürde bu alanda yapılan çalışmalarda da kanser hastalarında algılanan sosyal destek düzeyinin duygusal yapı üzerinde belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (Özyurt, 2007; Çalışkan ve diğerleri, 2015).

Yapılan bu araştırmada kanser tanısı alan kadınlarda onkoloji servisinde psikolojik destek alma değişkenine göre duygusal özyeterlik düzeyinin anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Benzer şekilde duygusal özyeterlik alt boyutlarına ilişkin sonuçların da onkoloji servisinde psikolojik destek alma değişkenine göre farklılaşmadığı belirlenmiştir. Kanser hastalarında sosyal destek algısının psikolojik ve duygusal yapıyı olumlu yönde etkilediği bilinmektedir. Literatürde yer alan çalışma sonuçları da bu görüşü desteklemektedir (Kim ve diğerleri, 2010;

Matthews ve Cook, 2009; Applebaum ve diğerkleri, 2014). Bu noktada araştırmaya katılan kadınların onkoloji servisinde psikolojik destek alma değişkenine göre duygusal özyeterlik düzeylerinin anlamlı farklılık göstermemesinin temelinde kadınların onkoloji servisinde aldıkları sosyal destek düzeyinin benzerlik göstermesinin yattığı düşünölebilir.

Yapılan bu araştırmada kanser tanısı alan kadınlarda psikiyatrik tanı alma değişkenine göre duygusal özyeterlik düzeyinin anlamlı farklılık göstermediğı bulunmuştır. Benzer şekilde duygusal özyeterlik alt boyutlarına ilişkin sonuçların da psikiyatrik tanı alma değişkenine göre farklılaşmadığı belirlenmiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasının temelinde araştırmaya katılan ve tanı alan hastaların büyük bir bölümünün tedavi sürecinde psikiyatrik tanı almamış olmalarının yattığı düşünölebilir. Buna karşılık literatürde yer alan çalışmalarda kanser tanı ve tedavi sürecinde ortaya çıkan psikiyatrik sorunların duygusal yapıyı olumsuz yönde etkilediğı belirtilmektedir (Zainal ve diğerkleri, 2013).

Yapılan bu araştırmada kanser tanısı alan kadınlarda birinci dereceden kanser tanısı almış yakına sahip olma değişkenine göre duygusal özyeterlik düzeyinin anlamlı farklılık göstermediğı bulunmuştır. Literatürde bu konuda yapılan çalışmalarda da genellikle aile içinde kanser tanısı alan bireye bakan bireylerin duygusal açıdan yıprandıkları belirtilmektedir (Cameron ve diğerkleri, 2002; Güngör-Tavşanlı ve diğerkleri, 2016). Bu noktada ailede kanser tanısı alan birey bulunmasının duygusal özyeterlik düzeyini olumsuz yönde etkilemesi beklenmektedir. Buna karşılık literatürde meme kanseri kadınlarda birinci dereceden kanser tanısı almış yakına sahip olma değişkenine göre duygusal özyeterlik düzeyinin incelendiğı çalışmaların sınırlı olduğı görölmektedir.

Yapılan bu çalışmada kanser tanısı alan ve almayan kadınlarda travma sonrası gelişim ile duygusal özyeterlik düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğı bulunmuştır. Bunun yanında ölçek alt boyutları arasında da pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğı sonuçlarına ulaşılmıştır. Ortaya çıkan bu sonuçlara göre travma sonrası gelişim düzeyinin yüksek olmasının duygusal özyeterlik gelişimini de

olumlu yönde etkilediği söylenebilir. Literatürde bu alanda yapılan araştırma bulguları da travma sonrası gelişmenin bireyin kişilik özellikleri ve duygusal yapısı ile yakından ilişkili olduğunu göstermektedir (Kunst, 2011; Laufer ve Solomon, 2006; Garnefski ve diğerleri, 2008). Bu konuda yapılan bir çalışmada travma sonrası stres bozukluğu yaşayan bireylerde travma sonrası gelişim, algılanan stres düzeyi ve öz-duyarlık düzeyi arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Söz konusu çalışmada travmatik yaşam olaylarına maruz kalan bireylerde travma sonrası algılanan stres ve öz-duyarlık düzeyinin travma sonrası gelişim düzeyini anlamlı şekilde etkilediği bulunmuştur (Arıcı-Özcan, 2019). Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da travma sonrası gelişimin duygusal özyeterlik ile yakından ilişkili olan psikolojik sağlamlık ile pozitif yönde anlamlı ilişkiye sahip olduğu belirtilmektedir (Sebuktekin, 2018).

SONUÇ

Sonuç olarak, meme kanseri olan kadınlarda travma sonrası gelişme ile duygusal özyeterlik düzeyi arasındaki ilişkinin ele alındığı bu çalışmada kadınların duygusal özyeterlilikleri ile travma sonrası büyümeleri arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir. Değişkenler arasındaki ilişki değerlendirildiği zaman travma sonrası gelişme ile duygusal özyeterlik arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüş, bunun yanında ölçek alt boyutları arasında da pozitif yönde anlamlı ilişkilerin olduğu görülmüştür. Ortaya çıkan bu sonuçlara göre, meme kanseri tanısı alan kadınlarda duygusal özyeterlik düzeyi arttıkça travma sonrası büyüme puanının da yükseldiği görülmüştür.

Yapılan bu çalışma kapsamında demografik değişkenlere göre kadınların travma sonrası gelişim ve duygusal özyeterlik düzeyleri de değerlendirilmiştir. Ortaya çıkan sonuçlara göre kanser tanısı alan kadınların travma sonrası gelişme düzeylerinin herhangi bir işte çalışma ve kanser tanısı alan yakına sahip olma, sosyal güvence çeşidi, yaş değişkenlerine göre farklılaştığı, buna karşılık travma sonrası gelişme düzeylerinin medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu, sosyal güvenceye sahip olma, kanser tanısı konulan yıl, meme kanserini haber veren birey, tedavi sürecinde bakım veren kişi, onkoloji servisinde psikolojik destek alma durumu ve psikiyatrik tanı alma durumu değişkenlerine göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Bunun yanında kadınların duygusal özyeterlik düzeylerinin medeni durum, eğitim düzeyi, herhangi bir işte çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvenceye sahip olma, kanser tanısı konulan yıl, meme kanserini haber veren birey, tedavi sürecinde bakım veren kişi, onkoloji servisinde psikolojik destek alma durumu, psikiyatrik tanı alma durumu ve kanser tanısı alan yakına sahip olma değişkenlerine göre farklılaşmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

ÖNERİLER

Meme kanseri tanısı alan ve tanı almamış kadınlar üzerinde gerçekleştirilen bu çalışmada ulaşılan sonuçlara göre aşağıdaki önerilerde bulunulabilir;

1. Türkiye’de meme kanseri tanısı alan kadınlarda travma sonrası gelişme ve duygusal özyeterlik düzeyinin ele alındığı çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu kapsamda konuya ilişkin olarak daha geniş kapsamlı çalışma bulgularına ulaşabilmek için meme kanseri tanısı alan kadınlar üzerinde benzer çalışmalar yapılabilir.
2. Yapılan bu çalışmada meme kanseri tanısı alan kadınlarda onkoloji servisinde sağlanan sosyal destek değişkenine göre travma sonrası gelişme ve duygusal özyeterlik düzeyinin anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Buna karşılık literatürde yer alan çalışmalarda genellikle sosyal destek algısının yüksek olmasının psikolojik sağlığı olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir. Bu kapsamda meme kanserli kadınlarda onkoloji servisinde sunulan sosyal destek türüne ve süresine göre travma sonrası büyüme ve duygusal özyeterlik düzeyinin incelendiği çalışmalar yapılabilir.
3. Meme kanseri olan kadınlarda özellikle algılanan eş desteğinin psikolojik yapı üzerindeki etkilerinin ele alındığı çalışmaların yaygın olarak yapıldığı görülmekle beraber, eş desteğinin meme kanseri olan kadınlarda travma sonrası gelişme ve duygusal özyeterlik üzerindeki etkilerinin ele alındığı çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu noktada meme kanserli kadınlarda algılanan eş desteğinin travma sonrası gelişme ve duygusal özyeterlik ile ilişkisinin ele alındığı çalışmalar yapılabilir.
4. Meme kanseri tanısı alan kadınların tedavi sürecinde en önemli destekçilerinin aile bireyleri olduğu bilinmektedir. Bu noktada aile yapısı ile ilişkili unsurların (aile yapısı, eş uyumu, evlilik uyumu, evlilik doyumu, çocuklar ile ilişkiler vb.) meme kanserli kadınlarda travma sonrası gelişme ve duygusal özyeterlik ile ilişkisinin ele alındığı çalışmalar yapılabilir.

5. Meme kanseri olan kadınlarda psikolojik yapının güçlü olması tedavi sürecini olumlu yönde etkilemekte olup, literatürde bu konuda yapılan çalışmalarda da özellikle hastalık semptomlarının ve hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan şikayetlerin azaltılmasında psikolojik sağlığın önemli bir yere sahip olduğu belirtilmektedir. Bu noktada meme kanseri tanısı alan kadınlarda psikolojik yapıyı güçlendirmeye yönelik tedavi ve terapi programları uygulanabilir. Bunun yanında travma sonrası gelişme ve duygusal özyeterlik düzeyi ile hastalık semptomları arasındaki ilişkilerin ele alındığı çalışmalar yapılabilir.
6. Yapılan bu çalışmada meme kanseri tanısı alan kadınlarda ek psikiyatrik semptomların bulunmasının travma sonrası gelişme ile duygusal özyeterlik düzeyini etkilediği bulunmuştur. Psikiyatrik tanısı olmayan grubun duygusal özyeterlilik puanları tanı alanlara göre anlamlı derece yüksektir. Literatürde yer alan çalışmalarda genellikle ek psikiyatrik tanı konulmasının hastaların psikolojik yapılarını olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir. Bu kapsamda özellikle meme kanseri tanısı alan kadınlarda meme kanserine eşlik eden psikiyatrik sorunların travma sonrası gelişme ve duygusal özyeterlik ile ilişkisinin ele alındığı araştırmalar yürütülebilir.
7. Yapılan bu çalışmada demografik değişkenlere göre meme kanseri olan kadınların travma sonrası gelişim düzeyleri ve duygusal özyeterlikleri incelenmiş, ancak kadınların sahip oldukları tüm demografik özellikler dikkate alınmamıştır. Bu kapsamda bu çalışmada değinilmemiş olan meme kanserli kadınlarda farklı demografik değişkenlerine dair (eş eğitim düzeyi, meslek türü, yaşanılan yerleşim yeri, kullanılan tedavi yöntemi vb.) travma sonrası gelişme ve duygusal özyeterlik üzerindeki etkilerinin ele alındığı araştırmalar yapılabilir.
8. Yapılan bu çalışmada kanser sürecinde psikoterapi desteği alan kadınlar ile almayanlar arasında travma sonrası büyüme ve duygusal özyeterlilik arasında anlamlı bir sonuç çıkmamıştır. Kanser tedavi sürecinde psikoterapi desteği almanın hastaların ruh sağlığı üzerinde olumlu etkisi olması beklenmektedir. Bu sebeple bu alanda daha fazla yanıtı ulaşılabilecek bir çalışma yürütülebilir.

9. Sosyal güvence ve meslek gruplarının da tanı almayan grup zrinde travma sonrası gelişim ve duygusal zyeterlilik alt boyutlarında etkili olduğu görülmüştür. Bu etkilerin hangi yönde olduğunu araştıran yeni çalışmalar yapılması önerilebilir.



KAYNAKÇA

- Abacı, R. (2003). Yaşamın Kalitelendirilmesi (6. Basım). İstanbul: Değişim Yayınları.
- Abbey, G., Thompson, S. B., Hickish, T., & Heathcote, D. (2015). A meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder. *Psycho-Oncology*, 24(4), 371-381.
- Acar, F. (2002). Duygusal Zekâ ve Liderlik. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 12, 53-68.
- Adsever, İ. (2019). *Sonradan fiziksel engeli olan bireylerde travma sonrası büyümenin incelenmesi* (Doktora Tezi). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Ahlgren J., Lidbrink E. ve Lind B. (2003). Phase II study of epirubicin, cisplatin and capecitabine as neo-adjuvant chemotherapy in women with locally advanced or inflammatory breast cancer. *American Society of Clinical Oncology*, 22: 27.
- Akcan, G. (2018). Travma sonrası büyüme: Bir gözden geçirme. Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, 3(3), 61-70.
- Akdemir, Karaçalılar, Ç. (2020). Açık kalp ameliyatı olmuş hastalarda travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon düzeylerinin araştırılması [Yüksek Lisans Tezi]. Arel Üniversitesi.
- Akkuş-Çutuk, Z. (2019). Üniversite öğrencilerinin duygusal öz-yeterlik ile sıkıntıya dayanma düzeyi ilişkisi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(3), 211-218.
- Akyolcu, N. (2008). Meme kanserinde cerrahi girişim sonrası cinsel yaşam. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(2), 77-83.

- Akyüz M. (2017). Meme kanseri tanılı hastalarda, dindarlık düzeyi ile psikolojik dayanıklılık ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkinin araştırılması [Yüksek Lisans Tezi]. İnönü Üniversitesi.
- Akyüz, M. (2017). *Meme kanseri tanılı hastalarda, dindarlık düzeyi ile psikolojik dayanıklılık ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkinin araştırılması*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi), İnönü Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya.
- Andıç, S. (2011). Sağlık bilimleri enstitüsü birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerinin saptanması [Yüksek Lisans Tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Applebaum, A. J., Stein, E. M., Lord-Bessen, J., Pessin, H., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2014). Optimism, social support, and mental health outcomes in patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 23(3), 299-306.
- Aras, M. (2021). *Meme kanseri hastalarında travma sonrası büyüme ve hastaların büyüme sonrası gelişimini etkileyen faktörlerin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). İbn Haldun Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Arat Ö. (1978). Kronik hastalıklar. Toplum ve Hekim Dergisi, (1)1, 60-64.
- Arıbal, E., Tunçbilek, N. ve Çelik, L.(2012). Türk radyoloji derneği meme radyolojisi çalışma grubu meme kanseri radyoloji tarama standartları. Meme Sağlığı Dergisi, 8(1), 3-10.
- Arıcı-Özcan, N. (2019). Yetişkinlerde travma sonrası stres ve öz duyarlılığın travma sonrası büyüme üzerindeki yordayıcı rolü. *OPUS International Journal of Society Researches*, 14(20), 621-642.
- Arıkan R. (2000). Travmatik bir yaşantı, meme kanseri ve mastektomi. Kriz Dergisi, (9)1 , 39-46.
- Arnaboldi, P., Riva, S., Crico, C., & Pravettoni, G. (2017). A systematic literature review exploring the prevalence of post-traumatic stress disorder and the

role played by stress and traumatic stress in breast cancer diagnosis and trajectory. *Breast Cancer: Targets and Therapy*, 9, 473-485.

Ateş, M. F. (2021). *Covid-19 salgını sürecinde bireylerin kaygı ve psikolojik iyi oluş düzeylerinin sosyodemografik özellikler, algılanan sosyal destek, duygusal düzenleme ve empati açısından incelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Aydoğdu, B. E. & Dirik, G. (2021). Meme kanseri olan kadınlarda psikolojik belirtiler ve travma sonrası gelişim ile ilişkili faktörler. *Nesne*, 9(22), 863-883. doi: 10.7816/nesne-09-22-07

Aydoğdu, B. E. (2017). *Meme kanseri olan kadınlarda psikolojik sıkıntılar ve travma sonrası gelişim ile ilişkili faktörler: Temel inançlar, ruminasyon ve C tipi kişilik*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Badger, T., Segrin, C., Dorros, S. M., Meek, P., & Lopez, A. M. (2007). Depression and anxiety in women with breast cancer and their partners. *Nursing Research*, 56(1), 44-53.

Baillie, S. E., Sellwood, W., & Wisely, J. A. (2014). Post-traumatic growth in adults following a burn. *Burns*, 40(6), 1089-1096.

Bandura A, Caprara G.V. Barbaranelli C, Gerbino M, Pastorelli C. (2003). Role of affective self-regulatory efficacy in diverse spheres of psychosocial functioning. *Child Development* 74(3),769-82.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122- 147.

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs NJ.

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman.

- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education and Behavior*, 31(2),143-164.
- Bandura, A. (2010). Self-efficacy. *The Corsini Encyclopedia of Psychology*, 1(3).
- Baykara, O. (2016). Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 154-165.
- Baysak, E. (2010). Acil ve yoğun bakım çalışanlarında travma sonrası stres bozukluğu, stresle başa çıkma tarzları, tükenmişlik ve ilişkili etkenler [Yüksek lisans Tezi]. Gazi Üniversitesi.
- Bilgiç, S. (2011). Travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu ile uyum bozukluğunun klinik açıdan karşılaştırılması [Tıpta Uzmanlık Tezi].Eskişehir Osmangazi Üniversitesi.
- Bilir N. (2006). Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3), 1-6.
- Binay, Ş., Yiğit, R. (2016). Relationship between adolescents' health promoting lifestyle behaviors and self-efficacy. *Journal of Pediatric Research*, 3(4),180-186.
- Bodilsen, A., B., Bjerre, K., Offersen, B.V., Vahl, P., Amby, N., Dixon, J.M., Ejlersen B., Overgaard J. ve Christiansen A. (2016). Importance of margin width in breast-conserving treatment of early breast cancer. *Journal of Surgical Oncology*, 113(6):609.
- Bolu, A., Erdem M. ve Öznur, T. (2014). Travma sonrası stres bozukluğu. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 8(2), 98-104.
- Brandão, T., Tavares, R., Schulz, M. S., & Matos, P. M. (2016). Measuring emotion regulation and emotional expression in breast cancer patients: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 43, 114-127.
- Brewin, C. R., Andrews, B. ve Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal*

of Consulting and Clinical Psychology, 68(5), 748-766.
<http://doi:10.1037//0022-006x.68.5.748>.

Brewin, C. R., Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339-376..

Brock C, Cwikla J, Leonard P. (2000). Does technetium-99m sestamibi (MIBI) scintimammography predict breast tumour response to anthracycline-based chemotherapy?. *Annals of Oncology*, 11(4), 1-19.

Burgess, C., et al., (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *Bmj*, 330(7493), 1-4.
doi:10.1136

Burke, M.K., Mohn-Brown, E.L. ve Eby, L. (2011). Caring for male clients with reproductive system disorders. *Medical-Surgical Nursing* (3. Baskı). Pearson, New Jersey.

Cameron, J. I., Cheung, A. M., Streiner, D. L., Coyte, P. C., & Stewart, D. E. (2011). Stroke survivor depressive symptoms are associated with family caregiver depression during the first 2 years poststroke. *Stroke*, 42(2), 302-306.

Celasun, M. G. (2016). 2010-2015 yılları arasında küratif radyoterapi alan hastalarımızda radyoterapi akut yan etkilerinin değerlendirilmesi [Uzmanlık Tezi]. Cumhuriyet Üniversitesi.

Chan, M. W. C., Ho, S. M. Y., Tedeschi, R. G. ve Leung, C. W. L. (2010). The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 20(5), 544-552.

Cocquyt, V. F., Blondeel, P.N., Depypere, H.T., Van De Sijpe, K.A., Daems, K.K., Monstrey, S.J. ve J.P. Van Belle, S. (2003). Better Cosmetic Results and Comparable Quality of Life After Skin-Sparing Mastectomy and Immediate Autologous Breast Reconstruction Compared to Breast Conservative Treatment. *The British Association of Plastic Surgeons*, 56, 462-70.
[https://doi.org/10.1016/S0007-1226\(03\)00198-X](https://doi.org/10.1016/S0007-1226(03)00198-X).

- Connerty, T. J. ve Knott, V. (2013). Promoting positive change in the face of adversity: experiences of cancer and post-traumatic growth. *European Journal of Cancer Care*, 22(3), 334-344.
- Cordova, M. J., Riba, M. B., & Spiegel, D. (2017). Post-traumatic stress disorder and cancer. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 330-338. doi:10.1016/S2215-0366(17)30014-7.
- Coşar, Z. B. (2015). *Cerrahi operasyon geçirmiş meme kanseri hastalarında travma sonrası gelişimi yordayan faktörlerin incelenmesi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Bursa Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- Çalışkan, T., Duran, S., Karadaş, A., & Tekir, Ö. (2015). Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(1), 27-36.
- Çamlı, N. (2019). *Meme kanserli hastalarda stigmanın (damgalanmanın) psikiyatrik morbidite ve travma sonrası büyüme ile ilişkisi* (Uzmanlık Tezi). Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli.
- Çimen, S. (2020). Öldürmeyen acı güçlendirir mi? Travma sonrası büyüme ve kolektivistik başa çıkma stillerinin ilişkisi. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 3(5), 158-174.
- Çolak, B., Kokurcan, A. ve Özsan, H. H. (2010). DSM'ler boyunca travma kavramının seyri. *Kriz Dergisi*, 18(3), 19-25.
- Dacre P.L, Qualter P. (2012). Improving emotional intelligence and emotional self-efficacy through a teaching intervention for university students. *Learn Individ Differ*; 22 (3),306–312.
- Deng, G.E., Frenkel, M., Cohen, L., Cassileth, B.R., Abrams, D.I., Capodice, J.L., Courneya, K.S., Dryden, T., Hanser, S., Kumar, N., Labriola, D., Wardell, D.W. ve Sagar, S. (2009). Evidence-based clinical practice guidelines for integrative oncology: complementary therapies and botanicals. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 7(3), 85–120.

- Doğan, M. (2018). Üniversite Öğrencilerinin Travma Sonrası Gelişimlerinde İçsel Dinî Motivasyon, Dinî Başa Çıkma, Sabır Ve Şükürün Rolü. *Journal of Turkish Studies*, 13(25), 207-230. <http://doi:10.7827/TurkishStudies.14583>.
- Doğan, S. ve Şahin, F. (2007). Duygusal Zekâ: Tarihsel Gelişimi ve Örgütler İçin Önemine Kavramsal Bir Bakış. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16 (1), 231-252.
- doi:10.1007/s10880-008-9136-5
- Dostbil, Z., Kaya, B., Sarı, O., Varoğlu, E. ve İsmailoğlu, M. (2012). Meme kanserli bir hastada 18-Floro-de-oksi-Glukoz pozitron emisyon tomografisinde multiple kemik metastazları: Olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 3(3): 426-429. <https://doi: 10.5799/ahinjs.01.2012.03.0195>.
- Dökmen, Ü. (2004). Evrenle Uyumlaşma Sürecinde Var Olmak, Gelişmek, Uzlaşmak. (11. Baskı). Sistem Yayıncılık.
- Dursun, P., & Söylemez, İ. (2020). Travma sonrası büyüme: Gözden geçirilmiş son model ile kapsamlı bir değerlendirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 31(1), 57-68.
- Emiroğlu, M., Sert, İ. ve İnal, A. (2015). Meme kanseri tedavisinde onkoplastik meme cerrahisinin yeri. *The Journal of Breast Health*, 11, 1-9. <https://doi.org/10.5152/tjbh.2014.2215>.
- Ertem, G., Kalkım, A., Bulut, S. ve Sevil, Ü. (2009). Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, (2)2, 3-12.
- Ferahman, S. (2017). Meme kanserli hastalarda preoperatif yapılan 18-fdg pozitron emisyon tomografisinin ameliyat tekniği seçimi ve postoperatif tedavi üzerine etkileri [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İstanbul Üniversitesi.

- Fumoleau P., Kerbrat P. ve Romestaing P. (2003). Randomized trial comparing six versus three cycles of epirubicin-based adjuvant chemotherapy in premenopausal, nodepositive breast cancer patients: 10-year follow-up results of the French Adjuvant Study Group 01 trial. *Journal of Clinical Oncology*, 21(1), 298–305.
- Garnefski, N., Kraaij, V., Schroevers, M. J., & Somsen, G. A. (2008). Post-traumatic growth after a myocardial infarction: a matter of personality, psychological health, or cognitive coping?. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(4), 270-277.
- Geçtürk, N. (2007). Meme Kanseriinde Korunma. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, (10)4, 72-82.
- Genç A, Can G, Aydiner A. (2012). The efficiency of the acupressure in prevention of the chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Support Care Cancer*, 21(1), 253–61.
- Gençtürk, N. (2013). Kadın sağlık profesyonellerinin meme kanseri erken tanı yöntemlerini bilme ve uygulama durumları. *Meme Sağlığı Dergisi*, 9(1), 5-9.
- Goleman D. (2019). Duygusal zekâ neden IQ'dan daha önemlidir? (50. Baskı). (B. Yüksel, Çev.). Varlık Yayınları.
- Goleman, D. (2002). Emotional intelligence. Why it can matter more than IQ. *Learning*, 24(6), 49-50.
- Gökahmetoğlu, G. (2021). *Algılanan sosyal destek ve yaşam amacının travma sonrası büyüme ile ilişkisinin incelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Güllüoğlu, M. B. (2008). Meme hastalıklarına yaklaşım: “meme kanseri için risk değerlendirmesi ve tarama stratejileri”. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 12(1), 9-17.

- Günaydınlı, A. (2018). Mastektomi sonrası memenin yeniden şekillendirilmesine eğilim ölçeği'nin türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. [Yüksek Lisans Tezi]. Atatürk Üniversitesi.
- Güngör, E. (2019). Kanser tanısı alan bireylerde travma sonrası büyüme ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Atatürk Üniversitesi.
- Güngörmüş, K., Okanlı, A., & Kocabeyoğlu, T. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 9-14.
- Güngör-Tavşanlı, N., Çeçen, D., Tayhan, E., & Kahraman, G. (2016). Kanser hastalarına bakım verenlerin hastalara karşı duygu ve tutumları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(4), 470-475.
- Hahn, E. E., Hays, R. D., Kahn, K. L., Litwin, M. S., & Ganz, P. A. (2015). Post-traumatic stress symptoms in cancer survivors: relationship to the impact of cancer scale and other associated risk factors. *Psycho-Oncology*, 24(6), 643-652. doi:10.1002/pon.3623.
- Hamarta, E., Deniz, M. E. ve Durmuşoğlu S.N. (2009). Bağlanma Stillerinin Duygusal Zekâyı Yordama Düzeyi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri / Educational Sciences: Theory & Practice, 9(1), 195-229.
- Hammond, K. W., Scurfield, R. M., & Risse, S. C. (1993). Post-Traumatic stress disorder. *Current Psychiatric Therapy*. Philadelphia, Edited by Dunner DL, WB Saunders Company, 288, 295.
- Hanahan, D, Weinberg R.A. (2011).Hallmarks of cancer: the next generation. *Leading Edge Review*, 144(5), 646-674.
- 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.

- Helzer, J. E., Robins, L. N., & McEvoy, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population. *New England Journal of Medicine*, 317(26), 1630-1634.
- Hessler, H.M. ve Fainsilber-Katz, L.F. (2010). Brief Report: Associations Between Emotional Competence and Adolescent Risky Behaviour. *Journal of Adolescence*, 33(1), 241- 246.
- Hortobagyi, G. N. (1998). Treatment of Breast Cancer. *The New England Journal of Medicine*, 339, 974-984.
<https://doi.org/10.1056/NEJM199810013391407>.
- Hudacek, K.D. (2007). A review of the effects of hypnosis on the immune system in breast cancer patients: a brief communication. *Int J Clin Exp Hypn*, 55(4), 411-25.
- İnanç, B. Y. ve Yerlikaya, E. E. (2017). Kişilik Kuramları. (3. Baskı). Pegem Akademi.
- İnci, F., & Boztepe, H. (2013). Post traumatic growth: if something not killing could be strengthened?/Travma sonrası buyume: öldürmeyen aci guclendirir mi?. *Journal of psychiatric nursing*, 4(2), 80-85.
- Jackisch, C., Minckwitz, G. ve Eidtmann, H. (2002). Dose-dense biweekly doxorubicin docetaxel versus sequential neoadjuvant chemotherapy with doxorubicin cyclophosphamide docetaxel in operable breast cancer: second interim analysis. *Clinical Breast Cancer*, 3(1), 276–280.
- Jansen, L., Hoffmeister, M., Chang-Claude, J., Brenner, H., & Arndt, V. (2011). Benefit finding and post-traumatic growth in long-term colorectal cancer survivors: prevalence, determinants, and associations with quality of life. *British Journal of Cancer*, 105(8), 1158-1165.
- Jones, E. (2006). Historical approaches to post-combat disorders. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 361(1468), 533-542.

- Jones, E., & Wessely, S. (2007). A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *Journal of anxiety disorders*, 21(2), 164-175.
- Joseph, S., Murphy, D., & Regel, S. (2012). An affective–cognitive processing model of post traumatic growth. *Clinical psychology & psychotherapy*, 19(4), 316-325.
- Judge, T. A., ve Bono, J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits, selfesteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(1), 80–92. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.1.80>.
- Kahramanlar, A. A. (2021). Mastektomi ameliyatlarında ultrason eşliğinde yapılan paravertebral blok ile mid-point transverse process pleura bloğunun analjezik etkinliğinin karşılaştırılması. [Uzmanlık Tezi]. Atatürk Üniversitesi.
- Kamsız, C. (2018). Meme kanserinde mastektomi geçirmenin psikolojisi: meme kanseri tanılı ve sağlıklı kadınlar arasında bir karşılaştırma [Yüksek Lisans Tezi]. Üsküdar Üniversitesi.
- Kangas, M., Henry, J. L. ve Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer. a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22, 499–524.
- Karataş, Ö. F. (2014). İnsan skuamöz hücreli larenks karsinomunda kanser kök hücrelerine özgü mirna' ların profillenmesi ve mir-145' in larenks kanseri ve kanser kök hücrelerindeki fonksiyonunun araştırılması. [Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi.
- Kaytaş, E. F. (2022). *18-40 yaş arası bireylerde kararsızlık, değişime direnç ve duygusal öz-yeterlik durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

- Khoei, M.(2021) Ülke Değiştiren Bireylerin Arasında Kişilik İnançları, Travma Sonrası Büyüme ve Sosyokültürel Uyumun Değerlendirmesi [Yayımlanmış yüksek lisans tezi]. Doğu Üniversitesi.
- Kılıç Başkan, A., Salihoğlu, Ö., Tan, İ., Akyol, B. ve Hatipoğlu S. (2012). Journal of Clinical and Experimental Investigations, 3(4), 483-492.
- KILIÇ, C., & İnci, F. (2015). Acil tıp çalışanlarında travmatik stres: yaş ve eğitimin koruyucu etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 26(4), 236-241.
- Kızılcan, M. E. (2021). Medikal onkoloji servisinde takip edilen kanser tanılı hastaların ölüm sebepleri [Uzmanlık Tezi]. Trakya Üniversitesi.
- Kim, J., Han, J. Y., Shaw, B., McTavish, F., & Gustafson, D. (2010). The roles of social support and coping strategies in predicting breast cancer patients' emotional well-being: testing mediation and moderation models. *Journal of Health Psychology*, 15(4), 543-552.
- King, D. W., Vogt, D. S., & King, L. A. (2004). Risk and resilience factors in the etiology of chronic posttraumatic stress disorder.
- Kinzie, J. D., & Goetz, R. R. (1996). A century of controversy surrounding posttraumatic stress spectrum syndromes: The impact on DSM-III and DSM-IV. *Journal of Traumatic Stress*, 9(2), 159-179.
- Kirk, B. A., Schutte, N. S. ve Hine, D. W. (2008). Development and preliminary validation of an emotional self-efficacy scale. *Personality and Individual Differences*, 45(5), 432-436. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.06.010>.
- Kirk, B. A., Schutte, N. S. ve Hine, D. W. (2011). The effect of an expressive-writing intervention for employees on emotional self-efficacy, emotional intelligence, affect, and workplace incivility. *Journal of Applied Social Psychology*, 41(1), 179-195.
- Kokurcan, A., & Hüseyin, H. Ö. (2012). Travma kavramının psikiyatri tarihindeki seyri. *Kriz Dergisi*, 20(1), 19-24.

- Kunst, M. J. J. (2011). Affective personality type, post-traumatic stress disorder symptom severity and post-traumatic growth in victims of violence. *Stress and Health*, 27(1), 42-51.
- Labbate, L. A., & Snow, M. P. (1992). Posttraumatic stress symptoms among soldiers exposed to combat in the Persian Gulf. *Psychiatric Services*, 43(8), 831-833.
- Lafci, D. (2018). Meme kanseri, uyku ve müzik tedavisi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 44 (1) 61-64.
- Laufer, A., & Solomon, Z. (2006). Posttraumatic symptoms and posttraumatic growth among Israeli youth exposed to terror incidents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(4), 429-447.
- Lee, G. ve Sheckter, C. (2018). Breast Reconstruction Following Breast Cancer Treatment- 2018. *JAMA*, 320(12), 1277-1278. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12190>.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of traumatic stress: official publication of the international society for traumatic stress studies*, 17(1), 11-21.
- Lueboonthavatchai, P. (2007). Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *Journal-Medical Association of Thailand*, 90(10), 2164-2173.
- Mansky P.J. ve Wallerstedt Ş. B. (2006). Complementary medicine in palliative care and cancer symptom management. *Cancer J*, 12(5), 425-431. [https://doi: 10.1097/00130404-200609000-00011](https://doi.org/10.1097/00130404-200609000-00011).
- Matchim, Y., Armer, J.M. ve Stewart, B.R. (2011). Mindfulness-based stress reduction among breast cancer survivors: a literature review and discussion. *Oncol Nurs Forum*, 38(2), 61-71.
- Matthews, E. E., & Cook, P. F. (2009). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment

- for breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(7), 716-726.
- Mayer, J. D. ve Salovey, P. (1997). What is Emotional İntelligence? Emotional Development and Emotional İntelligence. In P. Salovey ve D. J. Sluyter (Eds.). New York: Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P., ve Caruso, D. R. (2004). Target Articles: Emotional Intelligence:Theory, Findings, And İmplications. *Psychological Inquiry*, 15(3), 197-215.
- McNeely, M.L., Campbell, K.L., Rowe, B.H., Klassen, T.P., Mackey, J.R. ve Courneya, K.S. (2006). Effects of exercise on breast cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*, 175, 34–41.
- Mehnert, A. ve Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: A prospective study. *Psycho-Oncology*, 16, 181–188.
- Mehnert, A., Lehmann, C., Graefen, M., Huland, H., & Koch, U. (2010). Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 19(6), 736-745.
- Mencel, E. (2021). Kanser hastalarında yorgunluğun yaşam kalitesine ve depresyona etkisi: hirai kanser yorgunluk ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Medipol Üniversitesi.
- Miller K. ve McCaskill-Stevens W. (1999). Combination versus sequential doxorubicin and docetaxel as primary chemotherapy for breast cancer: a randomized pilot trial of the hoosier oncology group. *Journal of Clinical Oncology*, 17(1), 3033-3037.
- Mohabbat-Bahar, S., Maleki-Rizi, F., Akbari, M. E., & Moradi-Joo, M. (2015). Effectiveness of group training based on acceptance and commitment therapy on anxiety and depression of women with breast cancer. *Iranian journal of cancer prevention*, 8(2), 71-76.

- Morrill, E. F., et al, (2008). The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psycho-Oncology*, 17(9), 948-953.
- Norris, F. H., Friedman, M. J. Ve Watson, P. J. (2002). 60,000 Disaster Victims Speak: Part II. Summary And Implications Of The Disaster Mental Health Research. *Psychiatry*, 65(3), 240-260.
- Olgar, D. H. (2012). *Meme kanseri hastalarında kontrol odağı ve travma sonrası gelişim arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Ousmane-Taher, Z. (2020). *Hemşirelik öğrencilerinin duygusal öz- yeterlikleri ile kadına yönelik şiddete ve şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumları* (Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Samsun.
- Özçınar, B., Güler, S.A., Özmen, V., Güllüoğlu, B.M., Kocaman, N., Özkan, M., Sarıçam, G., Müslümanoğlu, M. E., İğci, A. ve Keçer, M. (2010). Meme kanserinde lokal/bölgesel tedavi sonrası görülen komplikasyonlar ve bunların hasta yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Meme Sağlığı Dergisi*, 6(1), 9-16.
- Özçolak, Y. (2016). Erken evre kanser tanısı almış olan hastalarda algılanan eş uyumu ve ruhsal durum ilişkisi [Yüksek Lisans Tezi]. Üsküdar Üniversitesi.
- Özdelikara A. ve Arslan B. (2017). Kemoterapiye Bağlı Bulantı-Kusma Yönetiminde Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemlerinin Kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 218 – 223.
- Özgen, F., & Aydın, H. (1999). Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 1(34 41).
- Özkan, S. (1999). Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser. *Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Kongre Kitabı*, 140-153.

- Özkur, S. G. (2022). *Yetişkinlerde aldatma eğiliminin duygusal özyeterlik ve cinsel tutumla ilişkisi* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Özmen, V. (2009). Meme Hastalıklarının Cerrahi Tedavi Kalitesi Nasıl Yükseltilebilir?. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(3), 119-21.
- Öztürk, E. (2017). Travma ve dissosiyasyon: Dissosiyatif kimlik bozukluğunun psikoterapisi ve aile dinamikleri. Nobel Tıp Kitabevi.
- Özyurt, B. E. (2007). Kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin betimsel bir çalışma. *Kriz Dergisi*, 15(1), 1-15.
- Pajares, F. (2006). *Self-Efficacy During Childhood and Adolescence. Self-Efficacy Beliefs of Adolescents*. Greenwich, CT: Information Age Publishing.
- Parikh, D., et al, (2015). Post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth in breast cancer patients-a systematic review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(2), 641-646.
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological bulletin*, 136(2), 257.
- Petrides K.V. ve Furnham A. (2000). On the dimensional structure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences* 29(2), 313–320.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors ontributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of loss and trauma*, 14(5), 364-388.
- Prieto-Ursúa, M., & Jódar, R. (2020). Finding meaning in hell. The role of meaning, religiosity and spirituality in posttraumatic growth during the coronavirus crisis in Spain. *Frontiers in psychology*, 11, 567836.
- Rafferty, A. P., McGee, H. B., Miller, C. E. ve Reyes, M. (2002). Prevalence of complementary and alternative medicine use: state-specific estimates from

- the 2001 behavioral risk factor surveillance system. *Am J Public Health*, 92(10), 1598-1600.
- Rahimi, A. ve Abedini, A. (2009). The interface between efllearners self-efficacy concerning listening comprehension and listening proficiency. *Novitas-Royal*. 3(1), 14-28.
- Ramos, C., & Leal, I. P. (2013). Posttraumatic growth in the aftermath of trauma: A literature review about related factors and application contexts. *Psychology, Community & Health*, 2, 43-54.
- Reich, M., Lesur, A., & Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Research and Treatment*, 110, 9-17. doi:10.1007/s10549-007-9706-5
- Rosen, G. (1975). Nostalgia: a 'forgotten' psychological disorder. *Psychological medicine*, 5(4), 340-354.
- Rowland, J. H. (2008). What are cancer survivors telling us. *The Cancer Journal*, 14(6), 361-368.
- Sabancı T. (2020) kanser deneyimleyen bireylerde görülen dini tutumların travma sonrası büyüme üzerine etkisi 3(1): 21- 27.
- SABANCI, T. (2020). Kanser deneyimleyen bireylerde görülen dini tutumların travma sonrası büyüme üzerine etkisi. *Ege Bilimsel Araştırmalar Dergisi*, 3(1), 21-27.
- Sadock, B. J. (2007). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry.
- Sarısoy, G. (2012). *Travma sonrası büyümenin derecesinin ve travma sonrası büyümeyi yordayan etkenlerin meme kanseri hastalarında incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Savaş, E. (2020). Psikiyatri ve güncel yaklaşımlar. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, (7)2, 15-22.

- Savran, H. (2021). *Meme kanseri tanısı almış kadın hastalarda travma sonrası büyümenin bilişsel esneklikle ilişkisinin değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir.
- Sayman, H. B. (2009). Meme kanseri tanısında pozitron emisyon tomografisi (pet) Meme Sağlığı Dergisi, (5)2, 69-72.
- Schroevvers, 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.
- Schuck, K., Otten, R., Kleinjan, M., Bricker, J.B. ve Engels, R.C. (2014). Self-efficacy and acceptance of cravings to smoke underlie the effectiveness of quitline counseling for smoking cessation. *Drug and Alcohol Dependence*, 142, 269-276. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.06.033>.
- Sears SR, Stanton AL, Danoff-Burg S. The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychol.* 2003; 22:487– 497.
- Sebuktekin, D. (2018). *Travma sonrası büyüme, temel inançlarda sarsılma ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
- Seçer. Ş.H. (2005). Çalışma Yaşamında Duygular ve Duygusal Emek: Sosyoloji, Psikoloji ve Örgüt Teorisi Açısından Bir Değerlendirme. 50(1), 813- 834
- Segrin, C., Badger, T., Dorros, S. M., Meek, P., & Lopez, A. M. (2007). Interdependent anxiety and psychological distress in women with breast cancer and their partners. *Psycho-Oncology*, 16(7), 634-643. doi: 10.1002/pon.1111
- Shakespeare-Finch, J. E., Smith, S. G., Gow, K. M., Embelton, G., & Baird, L. (2003). The prevalence of post-traumatic growth in emergency ambulance personnel. *Traumatology*, 9(1), 58-70.

- Shakespeare-Finch, J., & Lurie-Beck, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of anxiety disorders*, 28(2), 223-229.
- Shand, L. K., Cowlishaw, S., Brooker, J. E., Burney, S., & Ricciardelli, L. A. (2015). Correlates of post-traumatic stress symptoms and growth in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-oncology*, 24(6), 624-634.
- Shaw, A., Joseph, S. , & Linley, P. A. (2005). Religion, spirituality, and posttraumatic growth: A systematic review. *Mental Health, Religion & Culture*, 8(1), 1-11.
- Siu, O. L., Lu, C. Q., ve Spector, P. E. (2007). Employees? Well-being in greater China: The direct and moderating effects of general self-efficacy. *Applied Psychology: An International Review*, 56(2), 288–301, <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2006.00255.x>.
- Smith, M. Y., Redd, W. H., Peyser, C. ve Vogl, D. (1999). Post-traumatic stress disorder in cancer: A review. *Psycho-Oncology*, 8, 521-537.
- Smith, R. A., Cokkinides, V. ve Eyre, H. J. (2004). American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer. *CA: a cancer journal for clinicians*, 54(1), 41-52.
- Şahin, D. (1995). Türkiye'de İnsan Eliyle Yapılan Travmalara Bağlı Psikiyatrik Bozuklukların Boyutu. *Kriz Dergisi*, 3(1), 26-30.
- Şengün-İnan, F., & Üstün, B. (2014). Meme kanseri ve travma sonrası gelişim. *Meme Sağlığı Dergisi*, 10(2), 75-78.
- Tanrıdağlı, C. (2005). The effects of being 'neighborhood disaster volunteer' on psychological distress and posttraumatic growth among the survivors of the 1999 Marmara Earthquake [Yüksek Lisans Tezi]. Orta Doğu Teknik Üniversitesi.

- Tarhan, M. O., Muslu, U., Somali, I., Erten, C., Alacacioğlu, A., Varol, S. ve Aslan, S. L. (2009). An analysis of the use of complementary and alternative therapies in patients with breast cancer. *Breast Care*, 4, 301-307.
- Taş, B. (2022). *Covid-19 pandemi sürecinde meme kanseri tanısı olan kadınlarda psikolojik sıkıntı ve travma sonrası gelişimin belirleyicileri: Kontrollü bir çalışma* (Yüksek Lisans Tezi). Işık Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Tatsumura, Y., Maskarinec, G., Shumay, D. M. ve Kakai, H. (2003). Religious and spiritual resources, CAM, and conventional treatment in the lives of cancer patients. *Altern Ther Health Med*, 9(3), 64-71.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9(3), 455-471.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). " Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18.
- Thuné-Boyle, I. C., Stygall, J. A., Keshtgar, M. R., Newman, S. P. (2006). Do religious/ spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer?. A systematic review of the literature. *Soc Sci Akdeniz*, 63(1), 151-164. <https://doi:10.1016/j.socscimed.2005.11.055>.
- Totan, T., İkiz, E. ve Karaca, R. (2010). Duygusal öz-yeterlik ölçeğinin Türkçeye uyarlanarak tek ve dört faktörlü yapısının psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*. 28,71-95.
- Totan, T., İkiz, E., ve Karaca, R. (2010). Duygusal öz-yeterlik ölçeğinin Türkçeye uyarlanarak tek ve dört faktörlü yapısının psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 28, 71-95.
- Travma Sonrası Stres Bozukluğu travma sonrası stres bozukluğu | Türkiye psikiyatri derneği (psikiyatri.org.tr) erişim tarihi 28.05.2022.

- Turan, A. H.(1992). Kanser Hastalarında Anksiyete, Depresyon, Uyum Güçlüğü Prevelansı ve Bunların Psiko-sosyal Durumla İlişkisinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi.
- Turna, H. (2006). Erken evre meme kanserinde adjuvan kemoterapi ve hormonal tedavi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 54, 105-109.
- Tükel R, Alkın T. Anksiyete Bozuklukları. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın Ve Tanıtım Ltd. Şti. Ankara 2006: 385-466.
- Tümentemur, V. (2014). Orta karadeniz bölgesinde meme kanseri tespit edilen kadınlarda mamografik yoğunluk ile meme kanseri ve tümör özellikleri arasındaki ilişkinin karşılaştırılması. [Uzmanlık Tezi]. Ondokuz Mayıs Üniversitesi.
- Türksoy, N. (2003). Psikolojik travma ve tanım sorunları. Psikolojik Travma ve Sonuçları. İstanbul: 5US Yayıncılık.
- Uslu, B. G. (2020). Meme ve jinekolojik kanser tanılı hastalarda travma sonrası büyüme gelişimi ile serotonin transporter gen promotor bölge polimorfizmi ve psikososyal faktörler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Ege Üniversitesi.
- Uslu, B. G. (2020). *Meme ve jinekolojik kanser tanılı hastalarda travma sonrası büyüme gelişimi ile serotonin transporter gen promotor bölge polimorfizmi ve psikososyal faktörler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.
- Ülger, E., Alacacıoğlu A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L. ve Tarhan, M. O. (2014). Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, (28)2,85- 92.
- Ünal, E., Atik, D. ve Gözüyeşil, E. (2021). Meme kanseri ve aromaterapi. Lokman Hekim Dergisi, 11 (1), 1-9. <https://doi.org/10.31020/mutftd.780539>.

- Üzar Özçetin, Y. S., & Hiçdurmaz, D. (2017). Kanser deneyiminde travma sonrası büyüme ve psikolojik sağlamlık. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*.
- Vallerand, A. H., Fouladbakhsh, J. M. ve Templin, T. (2003). The use of complementary/alternative medicine therapies for the self-treatment of pain among residents of urban, suburban, and rural communities. *Am J Public Health*, 93(6), 923-925.
- Valois, R. F., Umstattd, M. R., Zullig, K. J. ve Paxton, R. J. (2008). Physical activity behaviors and emotional self-efficacy: is there a relationship for adolescents?. *Journal of School Health*, 78(6), 321–327. <https://doi:10.1111/j.1746-1561.2008.00309.x>.
- Vivar, C. G., & McQueen, A. (2005). Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 51(5), 520-528.
- Webb, A, Noble, J. ve Ashley, S. (2002). Is surgery necessary after complete clinical remission following preoperative chemotherapy in early breast cancer?. *Proceedings, annual meeting of the American Society of Clinical Oncology*, 21(1), 46-52.
- Wooley, C. F. (1982). Jacob Mendez DaCosta: Medical teacher, clinician, and clinical investigator. *The American journal of cardiology*, 50(5), 1145-1148.
- Yağız, G. (2020). Emekli bireylerde kronik hastalık düzeylerinin fiziksel aktivite, düşme ve denge üzerine etkisi. [Yüksek Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Yastıbaş, C., & Yılmaz-Karaman, İ. G. (2021). Meme kanseri ve travma sonrası gelişim: sistematik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(3), 490-510. doi: 10.18863/pgy.817760
- Yavuzşen, T., Alacacioğlu, A., Çeltik, A. ve Yılmaz, U. (2014). Kanser ve uyku bozuklukları. *Türk Onkoloji Dergisi*, 29(3), 112-119.

- Yelkenci, Y. (2019). *Aikido yapan ve yapmayan üniversite öğrencilerinin bilinçli farkındalıkları, kaygı düzeyleri ve psikolojik dayanıklılıklarının incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Yıldırım, F., İlhan, İ.Ö. (2010). Genel Öz-yeterlilik Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(4), 301-308.
- Yılmaz, B., & Şahin, N. H. (2007). Arama-kurtarma çalışanlarında travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyüme. *Türk Psikoloji Dergisi*, 22(59), 119-133.
- Yılmazer, M. (2006). İleri evre kanser hastalarında bilgilendirme odaklı ağrı ve depresyon değerlendirmesi [Yüksek Lisans Projesi]. Ankara Üniversitesi.
- Yönel, E. (2015). Modifiye Perinatal Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği Türkçe Geçerlik Ve Güvenilirliği İle Postpartum Travma Sonrası Stres Bozukluğu Etyolojisi Ve Yaygınlığı. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Sivas.
- Yücel, D. (2020). *Evli çiftlerde çocukluk çağı ruhsal travmaları ile eş desteği ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Zainal, N. Z., Booth, S., & Huppert, F. A. (2013). The efficacy of mindfulness-based stress reduction on mental health of breast cancer patients: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 22(7), 1457-1465.
- Zara, A. (2011). Krizler ve travmalar. Yaşadıkça Psikolojik Sorunlar ve Başa Çıkma Yolları, İmge Kitabevi.

EKLER

EK-1. MEME KANSERİ TANISI ALAN KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bilgilendirilmiş onam formu

Sayın Katılımcı,

Bu tez çalışması İstanbul Bilgi Üniversitesi Travma ve Afet Uygulamalı Ruh Sağlığı bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Ahmet Tamer Aker danışmanlığında ve yüksek lisans öğrencisi Zeynep Fevzioğlu tarafından yürütülmektedir.

Bu çalışmaya katılımınızın tedavi sürecinizi ve yaşam kalitenizi olumlu ya da olumsuz etkilemesi beklenmemektedir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılımı reddetme veya kendinizi rahatsız hissettiğinizde soruları yanıtlamama hakkına sahipsiniz.

Kişisel bilgileriniz talep edilmeyecek ve verdiğiniz yanıtlar yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Paylaştığımız bilgiler herhangi bir kişi ya da kurum ile paylaşılmayacaktır. Soruların doğru ya da yanlış yanıtları bulunmamaktadır. Bilgi formu ve ölçekleri doldurma süresi yaklaşık 10 dk dır. Vereceğiniz cevaplar araştırmanın geçerlilik ve güvenilirliği açısından önemlidir. Çalışmayla alakalı sorularınız ve bilgi almak için Zeynep Fevzioğlu ile iletişime geçebilirsiniz.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Zeynep Fevzioğlu

EK-2. MEME KANSERİ TANISI ALMAYAN KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu tez çalışması İstanbul Bilgi Üniversitesi Travma ve Afet Uygulamalı Ruh Sağlığı bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Ahmet Tamer Aker danışmanlığında ve yüksek lisans öğrencisi Zeynep Fevzioğlu tarafından yürütülmektedir.

Bu çalışmaya katılımınızın yaşam kalitenizi olumlu ya da olumsuz etkilemesi beklenmemektedir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılımı reddetme veya kendinizi rahatsız hissettiğinizde soruları yanıtlamama hakkına sahipsiniz.

Kişisel bilgileriniz talep edilmeyecek ve verdiğiniz yanıtlar yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Paylaştığınız bilgiler herhangi bir kişi ya da kurum ile paylaşılmayacaktır. Soruların doğru ya da yanlış yanıtları bulunmamaktadır. Bilgi formu ve ölçekleri doldurma süresi yaklaşık 10 dk dır. Vereceğiniz cevaplar araştırmanın geçerlilik ve güvenilirliği açısından önemlidir. Çalışmayla alakalı sorularınız ve bilgi almak için Zeynep Fevzioğlu ile iletişime geçebilirsiniz.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Zeynep Fevzioğlu

EK-3. MEME KANSERİ TANISI ALANLAR İÇİN DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Demografik bilgi formu (tanı alanlar için)

1. Yaşınız

2. Biyolojik cinsiyetiniz nedir?

1. Kadın
2. Erkek

3. Medeni durumunuz

1. Bekar / Yalnız yaşıyor
2. Evli /Birlikte yaşıyor
3. Boşanmış / Dul

4. Eğitim Durumunuz

1. Okur yazar değil
2. İlkokul Lise
3. Yüksekokul Üniversite
4. Yüksek lisans Doktora

5. Sosyal Güvenceniz

1. SSK
2. Emekli sandığı
3. Bağ-kur
4. Diğer

6. Kiminle Yaşıyorsunuz

1. Eş/ partner /çocuk

2. Anne/baba
3. Arkadaş/akraba
4. Yalnız
5. Diğer

7. Mesleğiniz

1. Memur
2. Kendi işi
3. Ücretli alışan
4. Yevmiyeli / günü birlik
5. Emekli
6. İşsiz
7. Diğer...

8. şu anda çalışıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır
 - a) Kendi isteğim ile alışmıyorum
 - b) Hastalık sebebiyle içten ayrıldım
 - c) Hastalık sebebiyle içten çıkarıldım
 - d) Hastalık sebebiyle izne ayrıldım.

9. Ekonomik gelirinizi nasıl tanımlıyorsunuz?

1. Düşük
2. Orta
3. Orta üstü
4. Yüksek

10. Kronik bir hastalığınız var mı?

1. Hayır

2. Evet ise belirtiniz

11. Devamlı kullandığınız bir ilaç var mı?

1. Hayır

2. Evet ise belirtiniz

12. Kanseri tanısı almadan önce aldığınız herhangi bir psikiyatri tanınız var mıydı?

1. Hayır

2. Evet ise tanıyı belirtiniz

13. Meme kanseri tanısını ne zaman aldınız? (Tarih olarak belirtiniz)

.....

14. Meme kanseri olduğunuz haberini size ilk kim söyledi?

1. Doktorum

2. Aile bireyim

3. Arkadaş/ Akraba

4. Hastane raporu / tahliller

15. Birinci derece (anne-baba, eş, kardeş, çocuk) yakınlarınızda sizden başka kanser tanısı alan var mı?

1. Hayır

2. Evet

16. Hastalığın tedavi/ kontrol sürecinde size en sık kim bakım verdi?

1. Annem/babam

2. Eşim/çocuklarım

3. Sevgili/partner

4. Arkadaş/akraba

5. Paralı bakıcı/hemşire/doktor

6. Diğer.....

17. Meme kanseri için hangi tür tedaviden geçtiniz? (Birden fazlasını işaretleyebilirsiniz)

1. Ameliyat
2. Kemoterapi
3. Radyoterapi
4. Alternatif tıp yöntemleri
5. Diğer

18. Onkoloji tedavisi sırasında psikolojik / psikiyatrik destek aldınız?

1. Hayır
2. Evet ise
 - a) psikiyatrist
 - b) psikolog
 - c) aile danışmanı
 - d) diğer

19. Onkoloji tanısı aldıktan sonra herhangi bir psikiyatri tanısı aldınız mı?

1. Hayır
2. Evet ise aldığınız tanıyı belirtiniz

20. Onkoloji tanısı almadan önce herhangi bir psikoterapi süreciniz oldu mu?

1. Hayır
2. Evet

21. En az 5 yıl öncesine kadar kanser tanısı almanın haricinde örseleyici/ travmatik bir yaşam olayı yaşadınız mı?

1. Hayır
2. Evet

EK-4. MEME KANSERİ TANISI ALMAYANLAR İÇİN DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Demografik bilgi formu (tanı alanlar için)

1. Yaşınız
2. Biyolojik cinsiyetiniz nedir ?
 1. Kadın
 2. Erkek
3. Medeni durumunuz
 1. Bekar / Yalnız yaşıyor
 2. Evli /Birlikte yaşıyor
 3. Boşanmış / Dul
4. Eğitim durumunuz
 1. Okur yazar değil
 2. İlkokul Lise
 3. Yüksekokul Üniversite
 4. Yüksek lisans Doktora
5. Sosyal güvenceniz
 1. SSK
 2. Emekli sandığı
 3. Bağ-kur
 4. Diğer
6. Kiminle yaşıyorsunuz
 1. Eş/ partner/ çocuk
 2. Anne/baba
 3. Arkadaş/akraba

4. Yalnız

5. Diğer

7. Mesleğiniz

1. Memur

2. Kendi işi

3. Ücretli çalışan

4. Yevmiyeli / günü birlik

5. Emekli

6. İşsiz

7. Diğer...

8. Şu anda çalışıyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır

9. Ekonomik gelirinizi nasıl tanımlıyorsunuz ?

1. Düşük

2. Orta

3. Orta üstü

4. Yüksek

9. Kronik bir hastalığınız var mı?

1. Hayır

2. Evet ise belirtiniz

10. Geçtiğimiz 5 yıl içerisinde travmatik bir yaşam olayı yaşadınız mı ?

1. Hayır

2. Evet

EK-5. DUYGUSAL ÖZYETERLİLİK ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda verilen her bir ifadeyi okuduktan sonra, o ifade ile ilgili olarak “ şu anda kendinizden ne kadar emin olduğunuzu” değerlendiriniz. Tepkinizi, sizi yansıttığını düşündüğünüz boşluğa (X) işareti koyarak belirtiniz.	Hiç emin değilim	Çok az eminim	Biraz eminim	Çoğunlukla eminim	Kesinlikle eminim
1.Kendi olumsuz duygularımı doğru olarak tanımlarım					
2.Başkalarına olumsuz duygularını olumlu duygularla değiştirmesi için yardım ederim					
3.Olumsuz bir duygu hissederken olumlu bir duygu yaratırım.					
4.Olumlu bir duyguyu hissetmeme neyin sebep olduğunu bilirim					
5.Başka biri olumsuz bir duygu hissederken o duyguyu doğru bir şekilde tanımlarım					
6.Eski problemlere yeni çözümler getirirken olumlu duygularımı kullanırım					
7.Başka birinin olumlu duygu yaşamasına neyin neden olduğunu kavrarım					
8.Olumsuz duygumu olumlu duyguya çeviririm					
9.Kendi olumlu duygularımı doğru olarak tanımlarım					
10.Başkasının hissettiği duyguları kendimde oluşturabilirim					
11. Olumsuz bir duygu hissetmeme neyin sebep olduğunu bilirim					
12.Baskı altındayken kendi duygularımı düzenlerim					
13.Başkasının ne zaman olumlu bir duygu yaşadığını doğru olarak tanımlarım					
14. İçinde bulunduğum ortama en uygun ruh haline girerim					
15.Başkasının olumsuz duygu yaşamasına neyin sebep olduğunu kavrarım					
16.Diğer kişilerin baskı altındayken duygularını düzenlemesine yardımcı olurum					
17.Beden dilimin ortaya koyduğu duygunun farkında olurum					

18.İyi düşünceler oluşturmak için olumlu duyguları kullanırım					
19.Duygularımın değişmesine neyin sebep olduğunu anlarım					
20.Sinirli iken sakinleşirim					
21.Başkasının beden dilinin ortaya koyduğu duygunun farkında olurum					
22.Bilişsel performansımı arttırmak için duygu yaratırım					
23.Başkasının duygularının değişmesine neyin sebep olduğunu anlarım					
24. Başkasına sinirlendiği bir zamanda sakinleşmesi için yardımcı olurum					
25. Yüz ifadem yoluyla hangi duygumu ifade ettiğimin farkında olurum					
26. Fiziksel performansımı arttırmak için duygu yaratırım					
27.Duygularımdaki farklılaşmaya neyin neden olduğunu belirlerim					
28. Bir hedefe ulaşmaya çok yakinken duygularımı düzenlerim					
29. Başkasının yüz ifadesi ile hangi duyguyu ifade ettiğinin farkında olurum					
30. Yaratıcı düşüncelerimin ortaya çıkabilmesi için doğru duyguyu oluştururum					
31. Başkasının duygularındaki farklılaşmasına neyin neden olduğunu belirlerim					
32.Başkasının bir kayıp yaşamasının ardından duygularını düzenlemesine yardımcı olurum					

EK-6. KANSER HASTALARI İÇİN TRAVMA SONRASI BÜYÜME ÖLÇEĞİ

KANSER HASTALARINDA TRAVMA SONRASI GELİŞİM ÖLÇEĞİNİN UYARLANMASI

Aşağıda, sizi en fazla etkileyen yaşamsal krizin bir sonucu olarak ortaya çıkmış olabilecek değişiklikleri belirten ifadeler verilmiştir. Bu değişikliklerin yaşamınızda ne dereceye kadar yer aldığını verilen ölçek üzerinde işaretleyiniz.

	Hiç yaşamadım	Çok az yaşadım	Biraz yaşadım	Orta düzeyde yaşadım	Oldukça fazla	Çok fazla yaşadım
1- Hayatımda neyin önemli olduğu ile ilgili önceliklerimi değiştirdim						
2- Hayatımın değerini daha çok takdir ediyorum						
3- Yeni ilgi alanları geliştirdim						
4- Kendime daha çok güvenim var						
5- Zor durumda kaldığımda insanlara güvenebileceğimi daha iyi anladım.						
6- Hayatıma yeni bir yön verdim						
7- Diğer insanlara daha çok yakınlık hissediyorum						
8- Duygularımı ifade etmeye daha istekliyim						
9- Zorluklarla başa çıkabileceğimi daha iyi anladım.						
10- Hayatımda daha iyi şeyler yapabiliyorum						
11- Olayları olduğu gibi kabullenmekte daha iyiyim						
12- Her günün değerini daha iyi anlıyorum						
13- Hayatta gerçekleşmesi mümkün olmayacak yeni fırsatlar çıktı karşıma						
14- Diğer insanlara daha çok şefkatliyim						
15- İlişkilerim için daha çok emek harcıyorum.						
16- Değişmesi gereken şeyleri değiştirmeyi denemeye daha istekliyim						
17- Daha güçlü bir dini inancım var						
18- İnsanların ne kadar harika olduğuyla ilgili çok şey öğrendim						
19- Başkalarına ihtiyaç duymak artık benim için daha kabul edilebilir.						
20- Dünya ile aramdaki uyum daha anlamlı gelmeye başladı.						
21- Varoluşun bütünü ile olan bağım artık daha kuvvetli.						
22- Yaşam ve yaşamın sonu hakkındaki sorularla daha iyi yüzleşebiliyorum						
23- Hayatın anlamı hakkında daha netim						

EK-7. ETİK KURUL ONAYI

Etik Kurulu Onayı, bu tezin basılı halinde mevcuttur.

