



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ**

PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**MEME KANSERİ TANILI HASTALARDA ÜSTBİLİŞLER İLE
ÜSTDUYGULARIN TRAVMA SONRASI STRES
BELİRTİLERİ VE TRAVMA SONRASI BÜYÜMEYLE
İLİŞKİSİ**

Dr. Fatma SEVİL GÖKHAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA-2024



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA BİL KENT ŞEHİR HASTANESİ**

PSİKİYATRİ KLİNİğİ

**MEME KANSERİ TANILI HASTALARDA ÜSTBİLİŞLER İLE
ÜSTDUYGULARIN TRAVMA SONRASI STRES
BELİRTİLERİ VE TRAVMA SONRASI BÜYÜMEYLE
İLİŞKİSİ**

Dr. Fatma SEVİL GÖKHAN

**TEZ DANIŐMANI
Dr. Öğr. ye. Esra KABADAYI ŞAHİN**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA-2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin her alanında yol gösteren, destekleyen ve ufkumu açan, bilgisi ve klinik yaklaşımıyla daima örnek aldığım, mesleki gelişimime benzersiz katkıları olan değerli hocam Prof. Dr. Erol Göka' ya,

Tez sürecimin her aşamasında bana bilgisi ve cana yakın tavrıyla destek olan kıymetli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Esra Kabadayı Şahin'e,

Bilgi birikimi, destekleyici yaklaşımı ile tezimin istatistiğine büyük katkıları olan değerli hocam Prof. Dr. Mustafa Uğurlu'ya,

Asistanlık sürecinde bilgi ve tecrübeleriyle yolumu aydınlatan Prof. Dr. Serdar Süleyman Can'a, Prof. Dr. Görkem Karakaş Uğurlu'ya, Uzm. Dr. Gülsüm Zuhâl Kamış'a,

Birlikte çalıştığım tüm asistan, uzman, hemşire, psikolog ve diğer hastane çalışanlarına,

Yaşamımın her anında yanımda olan bana sonsuz sabır, destek, ilgi ve sevgi gösteren emeklerini asla ödeyemeyeceğim sevgili annem Celile Kırbıyık'a, kardeşlerime, anneanneme, dedeme,

Bana rol model olan desteklerini hep hissettiğim dayılarım Kürşat Kırbıyık ve Osman Kırbıyık'a,

Sevgisi ve desteği ile her zaman yanımda olan canım eşim Muhammet Batuhan Gökhan'a teşekkür ederim.

Fatma SEVİL GÖKHAN

Ankara/2024

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	vi
TABLO LİSTESİ.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	ix
ÖZET	x
ABSTRACT.....	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. KANSER.....	4
2.1.1. Kansere İlişkin Genel Bilgiler.....	4
2.1.2. Meme Kanseri	5
2.1.3. Meme Kanserinin Kadınlar İçin Psikolojik Boyutu.....	6
2.1.4. Meme Kanseri ve Psikiyatrik Hastalıklar	6
2.2. TRAVMANIN TANIMI	8
2.3. TRAVMAYA VERİLEN RUHSAL TEPKİLER.....	8
2.4. TRAVMA SONRASI BÜYÜME	10
2.4.1. Travma Sonrası Büyümenin Güncel Modeli.....	11
2.4.2. Travma Sonrası Büyümenin Boyutları.....	13
2.5. TRAVMATİK BİR DENEYİM OLARAK MEME KANSERİ TANISI ALMAK	14
2.6. MEME KANSERİ VE TRAVMA SONRASI BÜYÜMEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	15
2.6.1. Yaş.....	15
2.6.2. Medeni Durum	16
2.6.3. Sosyoekonomik Durum.....	16
2.6.4. Eğitim Durumu.....	16
2.6.5. Tanıdan Sonra Geçen Zaman	16
2.6.6. Travmatik Olayın Şiddeti.....	17
2.6.7. Uygulanan Tedaviler	17

2.6.8. Sosyal Destek.....	18
2.6.9. Baş Etme Becerileri.....	18
2.6.10.Bağlanma Stili.....	19
2.6.11.Emosyonel Dışavurum.....	19
2.7. ÜSTBİLİŞ	19
2.7.1. Tanımı	19
2.7.2. Üstbilişin Bileşenleri.....	19
2.7.3. Travma ve Üstbiliş	21
2.8. ÜSTDUYGU	24
2.8.1. Tanımı	24
2.8.2. Travma ve Üstduygu	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE KAPSAMI	28
3.2. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	29
3.3. UYGULANAN İŞLEMLER.....	31
3.4. GEREÇLER	31
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	31
3.4.2. Olayların Etkisi Ölçeği- Gözden Geçirilmiş Formu (OEÖ-G)	32
3.4.3. Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE).....	32
3.4.4. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD)	33
3.4.5. Üstduygu Ölçeği (ÜDÖ)	33
3.4.6. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)	38
3.4.7. Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Toplum (KÜDÖ- Toplum).....	38
3.4.8. İstatistiksel Yöntemler	39
4. BULGULAR.....	40
4.1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER.....	40
4.2. PSİKOMETRİK DEĞERLENDİRMELER	43
4.3. KORELASYON ANALİZLERİ	57
4.4. REGRESYON ANALİZLERİ	62
4.4.1. Meme Kanseri Tanılı Hastalarda Travma Sonrası Stres Belirtilerine Etki Eden Faktörlerin Regresyon Analizleri.....	62

4.4.2. Meme Kanseri Tanılı Hastalarda Travma Sonrası Büyümeye Etki Eden Faktörlerin Regresyon Analizleri	64
4.5. MODELLER	67
5. TARTIŞMA	69
5.1. MEME KANSERİ TANILI HASTALARIN SAĞLIKLI KONTROLLERLE KARŞILAŞTIRILMASI.....	69
5.2. MEME KANSERİ TANILI HASTALARDA TRAVMA SONRASI BÜYÜMEYE ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	72
5.2.1. Hastalık İlişkili Değişkenlerin Travma Sonrası Büyüme ile İlişkisi.....	75
5.3. MEME KANSERİ TANILI HASTALARDA TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLER	77
5.4. MEME KANSERİ TANILI HASTALARDA ÜSTBİLİŞİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	79
5.5. ÜSTBİLİŞLER İLE ÜSTDUYGULARIN TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİ VE TRAVMA SONRASI BÜYÜMEYLE İLİŞKİSİ.....	80
5.6. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI VE GÜÇLÜ YÖNLERİ	89
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	90
7. KAYNAKLAR	91
8. ÖZGEÇMİŞ	105
9. EKLER.....	106
EK 1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU-HASTA	106
EK 2. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU-SAĞLIKLI KONTROL.....	108
EK 3. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (HASTALAR İÇİN)	109
EK 4. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (SAĞLIKLI KONTROLLER İÇİN).....	111
EK 5. KISALTILMIŞ-ÜSTBİLİŞSEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ-TOPLUM (KÜDÖ-T).....	113
EK 6. OLAYLARIN ETKİSİ ÖLÇEĞİ- GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU	114

EK 7. TRAVMA SONRASI BÜYÜME ENVANTERİ	115
EK 8. HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	116
EK 9. ÜSTDUYGU ÖLÇEĞİ	117
EK 10. TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ	119
EK 11. ETİK KURUL ONAY FORMU	120
EK 12. TEZ KONUSU ONAY FORMU	124



KISALTMALAR

TSB	Travma Sonrası Büyüme
PTSB	Posttravmatik Stres Bozukluğu
KT	Kemoterapi
RT	Radyoterapi
KÜDÖ	Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği
KÜDÖ-K	Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Kendi Üzerine Düşünme
KÜDÖ-Ö	Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Ötekilerin Zihinlerini Anlama
KÜDÖ-M	Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Merkezileştirmeme
KÜDÖ-Y	Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Yetkinlik
IPDG	Indiana Psikiyatrik Değerlendirme Görüşmesi
HAD	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
MCQ-30	Üstbiliş Ölçeği-30
TSBE	Travma Sonrası Büyüme Envanteri
ÜDÖ	Üstduygu Ölçeği
OEÖ-G	Olayların Etkisi Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	Altı farklı alt boyut (Şefkat, Öfke, İlgi, Utanç, Kontrol, Bastırma) ve bu boyutlara ait maddelerin madde-kalan korelasyonları ile Cronbach's alfa değerleri.....	36
Tablo 2.	Altı farklı alt boyut (Şefkat, Öfke, İlgi, Utanç, Kontrol, Bastırma) ve bu boyutlara ait DFA Değerlendirmesi.....	37
Tablo 3.	Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik, Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özellikleri.....	40
Tablo 4.	Meme Kanseri Tanılı Hastaların Tanı ve Tedavi Özellikleri.....	42
Tablo 5.	Tüm Katılımcılara Uygulanan Klinik Ölçek Puanların Karşılaştırılması	44
Tablo 6.	Meme Kanseri Tanılı Hastaların Olayların Etkisi Ölçeği, Travma Sonra Büyüme Envanteri, Toronto Aleksitimi Ölçeği Puanları	45
Tablo 7.	Meme Kanseri Tanılı Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Olayların Etkisi Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu Sonuçlarının Karşılaştırılması	48
Tablo 8.	Meme Kanseri Tanılı Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 9.	Meme Kanseri Tanılı Hastaların Tanı ve Tedavi Özelliklerine Göre Olayların Etkisi Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu Sonuçlarının Karşılaştırılması	51
Tablo 10.	Meme Kanseri Tanılı Hastaların Tanı ve Tedavi Özelliklerine Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırması	53
Tablo 11.	Meme Kanseri Tanılı Hastaların Tanı ve Tedavi Özelliklerine Göre Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırması	56
Tablo 12.	Meme Kanseri Tanılı Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile Travma Sonrası Büyüme Envanteri İlişkisi.....	57

Tablo 13. Meme Kanseri Tanılı Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile Olayların Etkisi Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu sonuçlarının İlişkisi.....	57
Tablo 14. Meme Kanseri Tanılı Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile Üstbiliş ilişkisi	58
Tablo 15. Olayların Etkisi Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu Puanları ile Üstbiliş ve Üstduygu İlişkisi.....	59
Tablo 16. Olayların Etkisi Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu Puanları ile Üstduygu Alt Ölçeklerin İlişkisi	60
Tablo 17. Travma Sonrası Büyüme ile Üstbiliş ve Üstduygu İlişkisi.....	61
Tablo 18. Travma Sonrası Büyüme ile Üstduygu Üstduygu Alt ölçeklerin İlişkisi.....	62
Tablo 19. Meme Kanseri Hastalarında Olayların Etkisi Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu Kaçınma Puanına Etki Eden Faktörlerin Regresyon Analizi.....	62
Tablo 20. Meme Kanseri Hastalarında Olayların Etkisi Ölçeği -Gözden Geçirilmiş Formu Yeniden Yaşama Puanına Etki Eden Faktörlerin Regresyon Analizi.....	63
Tablo 21. Meme Kanseri Hastalarında Olayların Etkisi Ölçeği -Gözden Geçirilmiş Formu Aşırı Uyarılmışlık Puanına Etki Eden Faktörlerin Regresyon Analizi.....	63
Tablo 22. Meme Kanseri Hastalarında Olayların Etkisi Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu Toplam Puanına Etki Eden Faktörlerin Regresyon Analizi.....	64
Tablo 23. Meme Kanseri Hastalarında TSBE Benlik Algısında Değişim Puanına Etki Eden Faktörlerin Regresyon Analizi	65
Tablo 24. Meme Kanseri Hastalarında TSBE Yaşam Felsefesinde Değişim Puanına Etki Eden Faktörlerin Regresyon Analizi	66
Tablo 25. Meme Kanseri Hastalarında TSBE Başkalarıyla İlişkiler Puanına Etki Eden Faktörlerin Regresyon Analizi	66
Tablo 26. Meme Kanseri Hastalarında TSBE Toplam Puanına Etki Eden Faktörlerin Regresyon Analizi.....	67

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Revize edilmiş Travma Sonrası Büyüme Modeli	13
Şekil 2. Üstduygu Ölçeği Olumlu ve Olumsuz puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması	46
Şekil 3. Kısaltılmış-Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği (KÜDÖ) puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması	46
Şekil 4. Meme Kanseri Hastalarında Travma Sonrası Büyüme Toplam Puanlarına Etki Eden Faktörlerin Modeli	67
Şekil 5. Meme Kanseri Hastalarında PTSD Belirtilerine Etki Eden Faktörlerin Modeli	68

ÖZET

Meme Kanseri Tanılı Hastalarda Üstbilişler ile Üstduyguların Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyümeyle İlişkisi

Amaç: Meme kanseri kadının yaşamı yanında, cinsellik ve kadınlık ile ilişkili organını da tehdit eden bir hastalık olmasından dolayı tek bir travma değil, pek çok travmayı da içeren zorlu bir hastalık sürecidir. Travmatik süreçler pek çok ruhsal bozukluklara sebep olmakla birlikte her zaman olumsuz sonuçlara sebep olmamaktadır. Travma sonrası büyüme olarak adlandırılan süreç son derece zorlayıcı yaşam krizleriyle mücadele sonucunda ortaya çıkan olumlu değişimlerdir. Üstbiliş ve üstduygular travma sürecini etkileyen faktörlerdir. Meme kanseri tanılı hastalarda travma sonrası büyümeyi etkileyen faktörlerin anlaşılması tedavi hedeflerinin belirlenebilmesi açısından önemlidir. Çalışmamızda meme kanseri tanılı hastalarda üstbilişler ile üstduyguların travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyüme ile ilişkinin incelenmesi hedeflenmiştir.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya 18-65 yaş arası Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği'ne başvurmuş, en az bir yıl önce meme kanseri tanısı alan, cerrahi ve medikal tedavileri tamamlanmış, kontrole gelen 100 meme kanseri tanılı kadın ve 74 sağlıklı gönüllü kadın dahil edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri kaydedilmiştir. Üstbilişi değerlendirmek için yarı yapılandırılmış bir görüşmeyle görüşmeci tarafından değerlendirilen Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği (KÜDÖ) ve öz bildirim ölçekleri olan Üstduygu Ölçeği (ÜDÖ) ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) uygulanmıştır. Hasta gurubuna ayrıca Olayların Etkisi Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (OEÖ-G), Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE) ve Toronto Aleksitimi Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Meme kanseri tanısı almış bireylerde üstbiliş alt boyutları ve olumlu üstduygu puanlarının sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı. OEÖ-G puanları ile KÜDÖ-Kendi üzerine düşünme ve ÜDÖ-Olumlu duygular arasında negatif korelasyon ($r = -0,203$ $p = 0,043$ ve $r = -0,293$ $p = 0,003$), ÜDÖ-Olumsuz duygular arasında ise pozitif korelasyon ($r = 0,478$ $p = 0,00$) görüldü. TSBE toplam puanı ile ÜDÖ-Olumlu duygular arasında pozitif korelasyon

($r= 0,345$ $p= 0,000$) izlendi. Regresyon analizlerinde, OEÖ-G toplam puanları üzerinde yaşı'n negatif bir etkisi olduğu ($p=0,041$), HAD-Anksiyete ve ÜDÖ-Utanç alt boyutunun ise pozitif etki gösterdiği saptandı ($p = 0,002$, $p = 0,003$). TSBE toplam puanına etki eden faktörlerin regresyon analizlerine göre HAD-Depresyon puanlarının, TSBE toplam puanları üzerinde negatif etkisi olduğu ($p = 0,017$), ÜDÖ-İlgi boyutu puanlarının ise pozitif anlamlı bir etki gösterdiği saptandı ($p = 0,000$).

Sonuç: Meme kanseri hastalarında üstbiliş ve üstduyguların doğrudan veya anksiyete belirtilerini azaltarak dolaylı posttravmatik stres belirtilerini azalttığı, doğrudan veya depresyon belirtilerini azaltarak da travma sonrası büyümeye katkı sağladığı görülmüştür. Meme kanseri tanılı hastalarda üstduygu ve üstbilişsel yetilerin geliştirilmesine yönelik müdahalelerin posttravmatik stres bozukluğu gelişiminin engellenmesinde ve tedavisinde katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, Travma sonrası büyüme, Travma sonrası Stres belirtileri, Üstbiliş, Üstduygu

ABSTRACT

The Relationship of Metacognitions and Metaemotions With Posttraumatic Stress Symptoms and Posttraumatic Growth in Patients With Breast Cancer

Aim: Breast cancer is a disease that threatens a woman's life as well as her organs related to sexuality and femininity, so it is not a single trauma, but a difficult disease process that includes many traumas. Although traumatic processes cause many mental disorders, they do not always cause negative consequences. The process called post-traumatic growth is the positive changes that occur as a result of struggling with extremely challenging life crises. Metacognition and metaemotions are factors that affect the trauma process. Understanding the factors affecting post-traumatic growth in patients diagnosed with breast cancer is important in determining treatment targets. Our study aimed to examine the relationship between metacognitions and metaemotions with post-traumatic stress symptoms and posttraumatic growth in patients diagnosed with breast cancer.

Material and Methods: The study included 100 women aged between 18 and 65, diagnosed with breast cancer, who had applied to Ankara Bilkent City Hospital Medical Oncology Clinic, got diagnosis at least one year ago, completed surgical and medical treatments, and came for a check-up. Additionally, 74 healthy volunteer women aged between 18 and 65, were also included in the study. Sociodemographic and clinical characteristics of the participants were recorded. To evaluate metacognition, Metacognitive Assessment Scale-Abbreviated (MAS-A), which was evaluated by the interviewer in a semi-structured interview and the self-report scales Metaemotion Scale (MES) and Hospital Anxiety Depression Scale (HAD) were administered. The Impact of Event Scale-Revised Form (IES-R), Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) and Toronto Alexithymia Scale were also administered to the patient group.

Results: It was found that metacognition subdimensions and positive metaemotion scores were statistically significantly higher in individuals diagnosed with breast cancer than in the healthy control group. There were a negative correlation between IES-R scores and MAS-A-Understandings one's own mind and MES-

Positive emotions ($r = -0.203$ $p = 0.043$ and $r = -0.293$ $p = 0.003$), and a positive correlation between MES-Negative emotions ($r = 0.478$ $p = 0.00$) was seen. A positive correlation ($r = 0.345$ $p = 0.000$) was observed between the PTGI total score and the MES-Positive emotions. In regression analyses, it was determined that age had a negative effect on the IES-R total scores ($p = 0.041$), while the HADS-Anxiety and MES-Shame subscales had a positive effect ($p = 0.002$, $p = 0.003$). According to the regression analysis of the factors affecting the PTGI total score, it was determined that the HADS-Depression scores had a negative effect on the PTGI total scores ($p = 0.017$), while the MES-Interest dimension scores had a positive significant effect ($p = 0.000$).

Conclusion: In breast cancer patients, it has been observed that metacognition and metaemotions directly or indirectly by reducing anxiety symptoms reduce posttraumatic stress symptoms, and contribute to posttraumatic growth directly or by reducing depression symptoms. It is thought that interventions aimed at improving metaemotion and metacognitive abilities in patients diagnosed with breast cancer will contribute to the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder.

Keywords: Breast cancer, Posttraumatic growth, Posttraumatic stress symptoms, Metaemotion, Metacognition

1. GİRİŞ

Kanser, erken tanı ve tedavi edilmediği takdirde çoğunlukla ölüme yol açan ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %25'ini oluşturmakta ve ölüme neden olan hastalıklar arasında iskemik kalp hastalıklarından sonra ikinci sıklıkta yer almaktadır (1). Kanser fiziksel kayıplar ve ölüm nedeni olmasının yanında ruhsal etkilerinin de yüksek olduğu bir hastalıktır (2).

Kadınlarda en sık görülen kanser olan meme kanseri de diğer malign süreçlerde olduğu gibi birçok ruhsal etkilerle birlikte seyretmektedir. Tüm kanser türleri arasında gerek meme dokusunun kadınlık ve cinselliğe atfedilen bir organ olması gerekse de hastalığın sıklığından dolayı mental ve psikososyal açıdan en çok araştırılan hastalıklardan birisidir (3,4). Farklı çalışmalara bakıldığında meme kanseri hastalarında %9-32'lere varan sıklıkta depresyon bildirilirken, %29-38'ler düzeyinde anksiyete bozukluğu varlığı bildirilmiştir (5-7). Yine literatürde, meme kanseri tanılı hastalarda posttravmatik stres bozukluğu (PTSB) sıklığının %32'ye kadar çıkabileceği gösterilmiştir (8).

Travma; kişinin mevcut baş etme yöntemleri ile üstesinden gelemediği, bedensel ve ruhsal varlığını çeşitli şekillerde etkileyen, sarsan, yaralayan her türlü olay olarak tanımlanmaktadır (9). Kanser teşhisi almak ve tedavi süreci oldukça stresli ve potansiyel olarak travmatik bir süreçtir. Tanı ve tedavi sürecinde verilen duygusal tepkiler, akut korku, üzüntü ve öfkeden kalıcı uyum zorluklarına, kaygı, depresyon ve posttravmatik stres bozukluğuna kadar geniş bir dağılım göstermektedir (10).

Travmatik süreçler depresyon, kaygı ve posttravmatik stres bozukluğu gibi ruhsal durumlara sebep olmakla birlikte her zaman olumsuz sonuçlara sebep olmamaktadır. Travma sonrası büyüme olarak adlandırılan süreç son derece zorlayıcı yaşam krizleriyle mücadele sonucunda ortaya çıkan olumlu değişimler olarak tanımlanmaktadır. Bu süreç, stresli ve zorlayıcı yaşam olayları sonrasında kendiliğın algılanmasında, kişilerarası ilişkilerde ve dünyaya bakış açıları ile ilgili inançlarında olumlu yönde değişimlerin oluşmasıdır (11).

Travma sonrası büyümede duygusal, bilişsel ve sosyal faktörler etkilidir. Duygu düzenleme becerileri, üstduygı süreçleri bireylerin günlük yaşam olaylarına

tepkilerini ve stres yaratan durumlarla başa çıkma yöntemlerini etkiler. Duygu düzenleme becerilerinin yüksek işlevsellik ve düşük depresyon ile ilişkisi bu becerinin olumsuz yaşam olayları ile başa çıkmada olumlu bir yöntem olduğunu göstermektedir (12,13). Benzer biçimde üstduygu süreçlerinin de stres ve depresyonla ilişkili olduğu bilinmektedir. Duygularda berraklık ve duyguların iyileştirilmesi değişkenlerinin zorlu yaşam olaylarıyla başa çıkmada olumlu bir yöntem olduğu ve düşük depresyon düzeyi ile ilişkili olduğu farklı çalışmalarla kanıtlanmıştır (14,15). Ancak üstduygu deneyimleriyle travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar kısıtlıdır.

Üstduygu duygular hakkındaki duygu ve düşünceleri içeren; duyguların işlevsel mekanizmasını temsil eden, duyguları izleyen, değerlendiren ve duygularla ilgili tutumları ifade eden düzenleyici bir süreçtir ve duygularda iyileştirmeyi de içerdiği için bir baş etme mekanizması olarak da ele alınabilir. Üstduygunun, duygu düzenleme süreçleri ve travma sonrası büyüme ile olan ilişkisini ortaya konması travmayla çalışan uzmanların, kişilerin muhtemel baş etme becerilerini ya da risk faktörlerini belirlemek için bu noktalarda bilgi edinmeye çalışmaları önerilebilir (16,17). Üstduygu terimi daha dar anlamda kişinin duyguları hakkındaki duygularından (kızgın olmaktan dolayı suçlu hissetmek) ziyade genel anlamda duygu hakkında duygu ve düşünceleri kapsamaktadır. Bu düşünce bilişin yürütücü işlevlerini ifade eden üstbilişle paralellik göstermektedir (18).

Üstbiliş kavramı, düşünce ve duyguların anlaşılması, bunların sentezi ve kendi temsiline yanı sıra başkalarının temsiline de oluşturulması süreçleri olarak tanımlanabilir. Üstbiliş düşüncenin oluşumunu, süreçlerini ve bu düşüncenin sonuçlarını denetlemekte ve gerektiğinde bilişsel çarpıtmaları düzenlemektedir (19). Üstbilişin, bilişsel süreçler üzerinde izleme ve kontrol işlevi ile birlikte, duyguları düzenleme görevi de vardır. Bilişsel çarpıtmaların düzenlenmesinin ilişkili olumsuz duyguları azalttığı bildirilmiştir. Yeterli olmayan üstbilişsel işlevler, yaygın anksiyete bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu ve depresyon gibi çeşitli ruhsal bozukluklar ile ilişkilidir (20).

Bireysel algılamalar ve yorumlamaların süreci etkileyebilme olasılığının yüksek olduğu kanser gibi kronik hastalıklarda ise üstbilişlerin değerlendirilmesi;

kanser yaşantısının anlamlandırılması ve bu yaşantı ile baş edilebilmesi aşamalarında etkili olabilmektedir. Bu anlamda, kanser sũrecini yaşayan bireylerle yapılan çalışmalarda, dũřũnceler ve endişeler hakkındaki olumsuz inançlar “dũřũncelerimi her zaman kontrol etmeliyim”, “endişelerim benim için tehlikelidir” gibi maladaptif ũstbiliřlerin nũks korkusunu artırdığı sonucunu gũstermektedir (21).

Literatũrlerde, meme kanseri sũrecinde bireylerin deneyimledikleri problemler ile ilgili birçok çalışma bulunmaktadır. Ancak meme kanseri ile karşı karşıya kaldıklarında bireyleri mũcadele etmeye, hayatta kalmaya ve hatta bũyũmeye iten kavramlar hakkında çok az şey bilinmektedir. Daha önce bahsedildiği gibi ũstbiliřler, ũstduygular ve travma sonrası bũyũme kanser sũrecinde bireylerin yaşamakta oldukları zorlukların ũstesinden gelebilmesinde önemli etkilere sahiptir. Bu ũ kavramın, meme kanseri yaşantısıyla ilişkilerinin ve sũrece olası etkilerinin değerlendirilmesi, meme kanseri deneyimini yaşayan bireylerle çalışan sağlık çalışanlarının hem deneyimlenen sũreci daha iyi anlamalarına hem de bireylerin gũlenmelerine katkı sağlayabilecek mũdahalelerin planlanmasında önemli olabilir.

Yapılan literatũr araştırmaları sonucunda meme kanseri tanılı bireylerde travma sonrası bũyũme ve ũstbiliř, ũstduygu arasındaki ilişkiye yönelik çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada, meme kanseri tanılı hastalarda travma ile ilişkili ruhsal belirtiler ve travma sonrası bũyũme ile ũstbiliřler ve ũstduygular arasındaki ilişkinin incelenmesi hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KANSER

2.1.1. Kansere İlişkin Genel Bilgiler

Kanser, önemli bir halk sağlığı sorunudur ve yakın gelecekte de bu sorunun nüfusun artması ve yaşlanması ile birlikte artarak devam edeceği, bu artışın en fazla düşük ve orta gelirli ülkeleri etkileyeceği vurgulanmaktadır (22). Kanser ülkemizde ve dünyada ölüm nedenleri arasında iskemik kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (1). Her 5 ölümden biri kanser sebebiyle gerçekleşmektedir (3). Kanser oluşumunda %90-95 çevrenin, %5-10 genetik faktörlerin etkisinin olduğu bilinmektedir (23). Risk faktörlerinin azaltılarak kanserin en az üçte birinin önlenileceği, diğer üçte birinin de erken teşhis ve tedavi ile kontrol altına alınabileceği bilinmektedir (24).

Günümüz tıbbının en önemli ve güncel sorunlarından olan kanser fiziksel kayıplar ve ölüm nedeni olmasının yanında ruhsal ve psikososyal etkilerinin de yüksek olduğu bir hastalıktır (2). "Kanser" kelimesi, günlük yaşam içinde sadece olumsuz düşünceleri çağrıştırmakla kalmaz, aynı zamanda kanser olma olasılığı olan ya da tanısı konmuş bireylerde de olumsuz duyguların ve düşüncelerin ortaya çıkmasına neden olur. Kanser; korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik ve terk edilmişlik düşünceleriyle adeta bir yıkım gibi algılanır ve kişinin psikolojik denge noktasında kırılmalara neden olur. Kansere sürecinde davranışsal faktörlerin yanı sıra, kanser hastalarındaki çeşitli nörofizyolojik ve algısal psikolojik etkenler de psikiyatrik komplikasyonlara sebep olabilmektedir. Ortaya çıkan psikiyatrik komplikasyonlar, hastanın uyumunu ve yaşam kalitesini bozmakla kalmaz, ayrıca hastalığın seyrini ve tedaviye olan yanıtını da olumsuz etkilemektedir (25).

1940'lı yıllardan itibaren psikosomatik tıp anlayışının gelişimi, kansere bağlı psikiyatrik olayları inceleyen çalışmalarda kişilik özelliklerinin ve çevresel faktörlerin incelenmesinde artışa neden olmuştur. Bu süreçte, kanser hastalarının psikolojik etkilenmeleri önemli bir konu haline gelip 1970'li yıllardan itibaren bu konu üzerine kavramlar şekillenmeye başlamıştır (26).

2.1.2. Meme Kanseri

Meme kanseri, dünyada kadınlarda tespit edilen kanserlerin %30'unu oluşturmakta olup kadınlarda en sık görülen kanserdir. Yine kadınlarda kanser sebebiyle görülen ölümlerin %15'i meme kanserine bağlı gelişmektedir (27). Meme kanseri sıklığı gelişmekte olan ülkelerde orantısız bir şekilde yüksektir ve gelecek 20 yılda yeni tanı alan vakalarda %55, meme kanserine bağlı ölüm sıklığında ise %58 artış olması tahmin edilmektedir (28).

Mevcut veriler, 2030 yılına kadar dünya genelinde teşhis edilen meme kanseri vaka sayısının yılda 2,7 milyona, mortalitenin ise 870000 ulaşacağını göstermektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde meme kanseri tanı sayısının batıya benzer yaşam tarzı değişiklikleri (geç gebelikler, azalmış emzirme, erken menarş, fiziksel aktivitelerde azalma ve sağlıklı olmayan diyet uygulamaları) ve kanser taramalarının gelişmesi ve tanı imkanlarındaki yenilikler ile daha fazla olacağı öngörülmektedir (29).

Küresel Kanser Gözlemevi (GLOBOCAN: The Global Cancer Observatory) verileri ile karşılaştırıldığında; Türkiye kanser insidansının dünya insidansından biraz daha fazla olduğu görülmektedir. Amerika, batı ve orta Avrupa gibi gelişmişlik düzeyi yüksek olan ülkelerin kanser insidansları, ülkemizden daha yüksektir. Sistemik tedavilerdeki gelişmeler, destekleyici bakım önerileri ve daha erken tanı sayesinde meme kanserindeki mortalite önemli ölçüde azalmıştır. 2018 Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi verilerine göre Amerika'da kadınlarda meme kanseri insidansı 126,8/100000, mortalitesi ise 19,8/100000'dir (30). Türkiye'de ise kadınlarda meme kanseri insidansı 46,6/100000, mortalite 12,9/100000 olarak saptanmıştır (31).

Ülkemizde de dünyaya benzer şekilde kadınlarda teşhis edilen kanserlerin yaklaşık 4'te 1'i meme kanseridir. Hastaların %11'i ileri evrede tanı almaktadır. Ülkemizdeki meme kanseri tanısı olan kadınların %26,3'ü 50-69 yaş aralığında, %36,6'sı ise 25-49 yaş aralığındadır (31).

Tüm kanser tipleri arasında meme kanseri sıklığı ve mortalitesi nedenleri ile mental ve psikososyal açıdan en çok araştırılan hastalıklardan birisidir (3,4).

2.1.3. Meme Kanserinin Kadınlar İçin Psikolojik Boyutu

Meme kanseri yaşamı tehdit etmesinin yanında, meme dokusunun cinsellik ve kadınlığı temsili nedeniyle diğer kanserlerden farklı psikolojik etkilere sebep olabilen bir hastalıktır. Genellikle organ kaybı olarak algılanan ameliyat, hastanın beden imajını, özgüvenini, psikolojik durumunu, cinsel yaşamını ve çevre ile ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. Meme kanseri süreci çeşitli endişelere ve korkulara neden olmaktadır. Bu endişe ve korkuların kaynakları kanserin kendisi, yapılacak ameliyat ve kaybedilecek organ kaygısı, kadınlık ve cinsellik kaybı ile ilgili olabilir. Ameliyat sonrası süreçte ise hastalığının tekrarlama riski, fiziksel görünüm ile ilgili endişeler ve tüm bu sürecin aile yaşantısına yansımaları önemlidir ve dikkatle takibi gerekmektedir (32,33).

2.1.4. Meme Kanseri ve Psikiyatrik Hastalıklar

Kanser ile beraber psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma olasılığı da yükselmektedir (2). Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar; hastanın yaşam kalitesi, tedaviye uyum sağlama becerisi, kanserin prognozu ve tedaviye verilen yanıt üzerinde önemli etkilere sahiptir (34,35). Kanser teşhisi konulan bireyler genellikle ilk duyduklarına inanmakta zorlanır, durumu kabul etmekte güçlük çeker, üzülür ve öfkelenir. Birkaç hafta sonra yas süreci, uyum sağlama çabalarına, mücadele isteğine ve umuda dönüşür. Ancak, nadir durumlarda yas süreci daha uzun sürüp anksiyete bozukluğu, depresyon gibi klinik tablolar oluşabilmektedir (34).

Cerrahi geçiren meme kanseri hastaları ile yapılan çeşitli çalışmalarda, psikiyatrik bozukluk oranının %30 ile %47 arasında değiştiği ve meme koruyucu cerrahi uygulananlar ile modifiye radikal mastektomi uygulananlar arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Operasyondan 1 yıl sonra hastaların %20-45'inin hala bir psikiyatrik bozukluğa sahip olduğu; operasyondan 6 yıl sonra ise %10'unun ciddi ruhsal bozukluklara sahip olmaya devam ettiği gözlemlenmiştir (36).

Yine cerrahi geçiren hastaları içeren başka bir çalışmada ise, hastaların %45'inin çeşitli psikiyatrik bozukluğu olduğu; bunların %42'sinde depresyon ve anksiyetenin birlikte, %27'sinde hafif depresyon, %9,6'sında major depresyon, %8,6'sında sadece anksiyete, %6,9'unda fobik bozukluklar ve %20'sinde ise iki veya daha fazla bozukluk olduğu belirlenmiştir (37).

Bir başka çalışmada kanser teşhisi konulan hastalarda depresyon tanısı alanların eşzamanlı olarak %24 sıklıkta yaygın anksiyete bozukluğu, %18 sıklıkta panik bozukluğu ve %30 sıklıkta posttravmatik stres bozukluğu olduğu bildirilmiştir (38). Meme kanseri tanılı hastalarda Türkiye’de yapılan bir çalışmada %19, yurtdışında yapılan bir çalışmada ise %16,7 sıklıkta depresyon saptanmıştır (39,40). Kanserli hastalarda depresyonun, hastanede kalış süresini uzattığı ve yaşam kalitesini düşürdüğü bilinmektedir (41). Literatüre bakıldığında meme kanseri hastalarında %9-32’lere varan sıklıkta depresyon bildirilirken, %29-38’lere varan sıklıkta anksiyete bozukluğu bildirilmiştir (5-7).

Kanser hastaları arasında intihar sıklığı genellikle genel nüfusa kıyasla iki kat daha fazladır (40). Kontrol edilemeyen ağrı, tedavi edilmemiş depresyon, yetersiz sosyal destek, madde kullanımı, ailede intihar öyküsü intihar riskini arttıran faktörler arasında sayılabilir (42-44). Kanserli hastalarda intihar düşüncesi yaklaşık %8 sıklıkta görülür ve özellikle terminal evrede bu düşünce %2-6 düzeyinde gerçek bir intihar girişimine dönüşebilmektedir (45). Depresyon eşlik ettiğinde ise intihar riski önemli ölçüde artmaktadır. Çoğu meme kanseri hastası iyi bir uyum sağlasa da özellikle kötü ekonomik koşullara sahip, sosyal desteği az, ileri evre meme kanseri olan hastaların intihar riskinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (46).

Kanser hastalarındaki psikiyatrik bozuklukların üçte ikiden fazlasını uyum bozuklukları oluşturur. Yapılan bir çalışmada uyum bozukluğu sıklığı %68 olarak belirlenmiştir (47). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise kanser hastalarında uyum bozukluklarının %55.8’lik sıklıkla ilk sırada yer aldığı görülmektedir (48).

Yaşanan travmatik olayı takiben hatırlatıcılardan kaçınmayla birlikte, bir yada daha fazla disosiyatif veya anksiyöz belirtinin eşlik etmesiyle kendini gösteren akut stres bozukluğu kanser sürecinde en hızlı gelişen ve en kısa süren psikiyatrik bozukluktur. Travmatik olaydan sonra bir ay içinde gelişen bulgular için akut stres bozukluğu; bir aydan fazla süreyle devam eden bulgular için de posttravmatik stres bozukluğu düşünülmelidir. Kanser hastalarında akut stres bozukluğu sıklığından söz etmek için yeterli çalışma olmasa da %32’ye varan düzeylerde posttravmatik stres bozukluğu (PTSB), %80’e varan sıklıklarda ise kısmi PTSB belirtileri yaşama olasılığından bahsedilmiştir (49,50). Tedavisi uzun ve zor olan hastaların veya kanser

sürecinde deliryum yaşayan hastaların posttravmatik stres bozukluğu bulguları geliştirmelerinin daha olası olabileceği belirtilmiştir (51). Meme kanserine bağlı posttravmatik stres bozukluğu sıklığına yönelik yapılan çalışmalarda ise sıklık %19 ile %32 arasında değişmektedir (52,53).

2.2. TRAVMANIN TANIMI

Travma; kişinin mevcut baş etme yöntemleri ile üstesinden gelemediği, bedensel ve ruhsal varlığını çeşitli şekillerde etkileyen, sarsan, yaralayan her türlü olay olarak tanımlanmaktadır (9). Eski Yunanca kökenli olup "delmek, yaralamak" anlamına gelen "travma" sözcüğünün kökleri M.Ö.1500'lü yıllara kadar dayanmaktadır. Bu kelimenin kaynağı olan "teiro" fiili "sürtmek" anlamına gelir ve kullanılan bağlama bağlı olarak farklı anlamlara karşılık gelmektedir. Kesici bir alet bir vücut bölgesine sert bir şekilde sürtüldüğünde, bölgeyi yaralayabilir veya delebilir. Benzer şekilde, bir bez ya da ilaç bir bölgeye sürtülerek, orayı temizleyebilir veya iyileştirebilir. Bu örnekteki gibi, "delmek" ve "yaralamak" anlamına gelen "travma" kelimesi, tam tersine iyileştirebilen, temizleyen anlamlarına da gelebilmektedir. Bu bakış açısı, oldukça diyalektik ve çok yönlü bir konuyla karşı karşıya olduğumuzu göstermekte olup "travma sonrası büyüme" (TSB) kavramının daha iyi anlaşılabilmesine katkıda bulunur (11).

2.3. TRAVMAYA VERİLEN RUHSAL TEPKİLER

Oldukça stresli olaylar ya da büyük yaşam olayları (ciddi hastalık, trafik kazası, bir yakının ya da sevilen birinin ölümü, işsizlik vb.) yıkıcı durumlara ve çeşitli davranışsal, psikolojik ve duygusal olumsuz sonuçlara yol açmaktadır (54). Bu tür olaylarla karşılaşma sıklığı yaşam boyu boyunca oldukça yüksektir (55). Tehdide karşı verilen duygusal tepki, bir dengesizlik duygusu ve kontrol kaybını beraberinde getirir. Birey, geleceğe dair güvenini kaybederek, yeterli ruhsal organizasyon ve bunun sonucunda bir denge sağlayana kadar devam edecek olan travmatik bir sürece girer (56).

Fiziksel saldırı, işkenceye uğramak, trafik ve uçak kazaları, deprem, çığ, sel gibi doğal afetler, savaşlar, zorunlu göçler, tecavüz ve cinsel saldırı, ölüm riski olan bir hastalık tanısı almak gibi travmatik olaylar karşısında bireylerin; olayın şiddeti,

travmatik yaşantılar karşısındaki dayanma güçleri, kalıtsal yapıları, gelişimsel özellikleri, travmatik yaşantıya hazırlıklı olup olmamaları, ayrıca bunların dışında pek çok çevresel ve toplumsal etmenler gibi faktörlere bağlı olarak farklı yanıtlar verdiği gösterilmektedir. Bir birey için travmatik stres yanıtı yaratabilecek bir olay, bir başkası için aynı derecede stres yanıtını yaratmayabilir. Dolayısıyla travmatik olay kavramının, travmatik stres kavramlarından ayırt edilmesi; benzer olaylara tanık olan veya maruz kalan bireylerin neden bazılarında psikopatoloji ortaya çıkarken, diğerlerinde gelişmediğinin anlaşılması konusunda önemlidir (57).

Ruhsal travmalardan sonra sık görülen posttravmatik stres bozukluğu açısından kadınlar, geçmişte ruhsal travma yaşayanlar, başka ruhsal veya bedensel hastalığı olanlar ve travmayı daha şiddetli yaşayanlar daha fazla risk altındadır. PTSTB’de uykusuzluk, kabuslar, olayla ilgili anıların rahatsız edici biçimde sık sık hatırlanması, sürekli olarak olayın tekrarlanacağı korkusu ve bu nedenle diken üstünde hissetme, kolay irkilme, çabuk sinirlenme, yabancılaşma (başkaları beni veya yaşadıklarımı anlamıyor hissi), olayı hatırlatan durumlarda huzursuz olma ve bu durumlardan kaçınma görülebilir. PTSTB’de görülen yeniden yaşama (hatırlama) belirtisinde olayla ilgili görüntüler, sesler onları düşünmek istemediğinde veya aklına getirecek bir durum olmadığı halde bile kişinin zihnine gelebilir. Bu anıların canlanması kişiyi genellikle çok rahatsız eder ve iç sıkıntısı, çarpıntı, terleme, titreme, nefes alamama gibi bunaltı belirtilerine yol açmaktadır. Bazı durumlarda ise kişiler olayları gerçekten yaşıyor gibi hissedebilmektedir. Sarsıntı olmadığı halde yer sallanıyor gibi hissetme, uyanırken travma anıyla ilgili hayaller görme buna örnektir. Kaçınmada ise kişiler olayı hatırlatan yer, durum, konuşma, hatta duygu ve düşüncelerden mümkün olduğunca uzak durmaya çalışır. Olayı hatırlamak büyük bir sıkıntı, acı ve korku hissine yol açtığı için kişi olayı hatırlatan yerlere gitmez, bu konulardan bahsetmez veya konuşulan yerlerden uzak durur. Enkaz altında kalmış bazı kişiler evin enkazının bulunduğu yeri, hatta o şehri ziyaret edemeyebilir, olaydan bahsedemeyebilir. Aşırı uyarılma durumunda ise ruhsal travmadan etkilenmiş kişiler kendilerini diken üstünde, sürekli tetikte hisseder, her an o olay tekrar olacakmış gibi beklenti içerisinde dirler. Davranışlarını ve yaşamlarını bu ihtimali düşünerek şekillendirirler, bu konuda aşırı tedbirli davranırlar. Aşırı uyarılmanın diğer göstergeleri ani ses ve hareketlerde irkilme veya yerinden sıçramadır (58).

2.4. TRAVMA SONRASI BÜYÜME

Travma sonrası büyüme (TSB) modelinin geliştiricileri olan Tedeschi ve Calhoun, travma sonrası büyümeyi bireyin travmadan önceki işlevselliği ve farkındalığı ötesine geçmesi ve kişisel dönüşüm deneyimi olarak tanımlar (11,55).

Travma sonrasında birey yeni koşullara uyum sağlamak için travma öncesi duruma dönmenin ötesinde geçmiş deneyimler üzerine bilişsel, duygusal ve sosyal tasarımlar oluşturur; bu tasarımlar daha bütünleştirici, esnek ve gerçekçi nitelikte olup, aynı zamanda travmatik olayın ilkelerini de içerir (59). Bu yeniden yapılandırmanın, bireyi yeni ve esnek bir yaşam öyküsü oluşturmaya ve gelecekteki zorluklarla yüzleşirken daha dirençli hale gelmeye yönlendireceği varsayılmaktadır. Travmatik olaylar bilgelik kazanmanın kesin gereklilikleri olmasa da kritik yaşam olaylarının bu süreci hızlandığı düşünülmektedir (60).

TSB genel anlamda hem bir süreç hem de bir sonuçtur (11). Zamanla duygusal, bilişsel, davranışsal ve hatta biyolojik değişikliklerle başa çıkmaya dair mücadele tamamlandığında her birey için öznel bir deneyim haline gelir. Bazı araştırmacılar travmaların duygusal, davranışsal ve bilişsel faktörleri kalıcı olarak değiştirerek TSB sürecinin özellikle kişisel güç boyutunda bir kişilik değişikliğine yol açtığını iddia etmektedir (61,62). TSB'nin olumlu bir kimlik değişikliği getirdiği bilinmekle birlikte genel anlamda kişilik değişikliğinin meydana gelip gelmediği konusu halen bir tartışma konusudur (11,63,64).

TSB sürecinde hayal kırıklığı, takdir ve şükran haline gelir; hazırlıksız olmak yerini hazırlıklı olmaya bırakır; kırılganlık veya zayıflık kişisel cesaret ve güce dönüşür (59). Literatürde, bu dönüşümlerin gerçeği yansıtıp yansıtmadığı veya travma yaşayanların kendilerine ait yanıltıcı algıları mı temsil ettiği TSB'nin ortaya atılmasından bu yana tartışılmıştır (65,66). Bireyler belirli boyutlarda değişim yaşadıklarına inanmalarına rağmen, ilgili ölçeklerde travmadan önce ve sonra beklenen bir artışın olmadığına dair bulgular bulunmaktadır. Kişilerin bu değişikliklerin gerçekliğine inanmak istedikleri ve bunların aynı zamanda sosyal çevreleri tarafından da kendilerinden beklenen değişiklikler olduğu belirtilmektedir (66).

Zoellner ve Maercker'e göre, TSB süreci hem yanıltıcı hem de gerçek bir değişimi kapsar. Travma yaşayan kişiler, travma ile başa çıkmak için yanıltıcı bir

iyileşme sürecine inansalar da bu inanç zamanla gerçek bir dönüşüme neden olur (67). Bu görüş TSB'nin sadece bir sonuç değil, aynı zamanda bir süreç olduğu görüşünü desteklemektedir. Kişinin duygusal stresle başa çıkmak için yanıltıcı bir değişim sürecinden geçmeye inanması, başa çıkma mekanizmasının bir parçası olarak kabul edilebilir. "Yanıltıcı değişim", gerçeklikle yüzleşmekten kaçınma olmayıp bilişsel sürecin önemli bir parçasıdır. Johnson ve Boals'ın çalışmasına göre ise, travmatik olay bir kopma veya referans noktasıysa, kişiler TSB sürecine girerler (68). Bu görüş, yıkıcı bir etkiye sahip travmaların büyümeye neden olabileceği görüşü desteklemektedir (11). Travma sonrası stres belirtileri üzerine yapılan bazı çalışmalar, TSB ile stres belirtileri arasında lineer, eğrisel ya da ters U-şekilli ilişkileri olduğunu öne sürmektedir (69,70).

2.4.1. Travma Sonrası Büyümenin Güncel Modeli

Genel olarak, son revize edilen TSB modeli önceki geliştirilen modellerle aynı prensipleri korumakla birlikte, daha kapsamlı, döngüsel ve çoklu ilişkileri içermektedir (71). Ayrıca sosyal destek, yakın ve uzak sosyokültürel etkilerle birlikte daha açık bir şekilde tartışılmıştır. TSB sürecinin her aşamasında tetikleyici bir rol oynayan duygusal stres, bu modelde daha fazla vurgulanmıştır (72). Güncel modeldeki en önemli fark TSB sürecini olumsuz bir durumun olası faydalarının ötesinde, tatmin edici bir kişisel dönüşüm olarak da görülmesidir. Bu model zaman zaman birbirinin yerine kullanılan büyüme ve algılanan faydalar arasındaki farkı açıklığa kavuşturmuştur. Algılanan faydalar, olumsuz bir durumdan olası kazançlardır. Bu faydalar her zaman kimlik veya kişilikte kalıcı bir değişime neden olmayabilir. Örneğin, kişi iyileştikten sonra sağlığına iyi bakabilir, uyuşturucu kullanmayı bırakabilir veya arkadaşlarıyla daha fazla zaman geçirmek isteyebilir. Bu değişiklikler önemli ve değerli olmakla birlikte derinlemesine bir kişisel dönüşümü içermeyebilir (73,74).

Şekil 1'de gösterildiği gibi, son revize edilen TSB modelinde TSB sürecinin ardışık aşamaları travma öncesi koşullarla başlar. Ancak, bu modelde herkes TSB sürecine girmez. Benzer travmatik olaylar aynı etki şiddetini taşımadığı için, gerekli psikolojik dayanıklılığa sahip olan veya olayı yeterince açıklayan temel şemalara sahip bireyler TSB sürecine girmemekte ve kişisel bir dönüşüm yaşamamaktadır. Psikolojik

esnekliğe sahip olan bireylerin temel şemalarının, travma tarafından daha az etkilendiği ve bunun sonucunda daha az travma sonrası büyüme gösterdiği belirlenmiştir (75,76).

TSB süreci, temel şemalar sarsıldığında ve birey ciddi duygusal stres yaşadığında otomatik içsel düşünce ile başlar. Nihai hedef, gönüllü içsel düşünceyle yeni yaşam hikayeleri oluşturma ve bilgelik ile devam eden duygusal stresin etkileşimi yoluyla TSB aşamasına ulaşmaktır. Bireyin başarması gereken şey, gelecekteki zorluklara karşı daha hazırlıklı olmak ve TSB sürecini tekrarlamamak için daha fazla dayanıklılığa sahip olmaktır, aynı zamanda kararlı bir psikolojik olgunluğa ulaşmak için şemalarda esneklik kazanmaktır. Bu modelde, TSB ile elde edilseler bile hedonistik mutluluğun, iyi olmanın veya yaşam memnuniyetinin nihai hedefler olarak kabul edilmediği vurgulanmaktadır. Bunun yerine, büyüme sürecindeki asıl amacın problem odaklı düşünceleri sayesinde, bireylerin yeni yaşam öyküleri oluşturmaları ve sonrasında karşılaşılabilecekleri travmatik yaşantılar karşısında daha dayanıklı ve esnek olabilmelerine izin veren psikolojik olgunluğa ulaşmaktır. TSB süreci, nihai olarak daha esnek ve olgun bir psikolojik çerçevenin oluşturulmasında bilgelik ve duygusal stres arasındaki devam eden etkileşim olarak görülmektedir (11,72,77) (Şekil-1).

gelip kendilerini daha güçlü ve dayanıklı hissetmeleridir. Kişiler travma sonrasında kendini kaybeden değil, hayattan kalan biri olarak algılamaya başlayabilirler. Ayrıca bireysel kırılganlıklarının farkına varma ve sınırlarını anlama sürecine girerler. Bu durum, bireyin savunmasızlığını anlamasıyla birlikte, aynı zamanda içsel gücünü fark etmesini sağlar. Bu değişiklikler, yaşamlarında yeni olasılıkların varlığını görmelerine, karşılaştıkları zorluklara daha esnek bir bakış açısı kazanmalarına yol açabilir (55,78).

İkinci boyut başkalarıyla ilişkilerde değişim olarak adlandırılır. Travmatik bir deneyim sonrasında bireylerin başkalarıyla ilişkilerinde olumlu değişimler; diğer kişilere karşı daha duyarlı hissetme, benzer zorlukları yaşayanlara empati gösterme ve yardımseverlik becerilerini geliştirmeleridir (55). Russell ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; meme kanser teşhisi almış hastaların, yeni tanı konan hastalara destek olma istekleri ve çevresindekileri erken tanı için tarama testleri konusunda cesaretlendirmeleri, bu boyuta örnek olarak verilebilir (79).

Son olarak TSB'nin üçüncü boyutu yaşam felsefesinde değişim olarak adlandırılır. TSB'de yaşam felsefesinde değişim geçirenler, anın değerini daha iyi anladıklarını, önceliklerinin değiştiğini ve manevi konularda, ilişkiler, yaşamdaki amaçlar ve değerler gibi alanlarda değişimler yaşadıklarını ifade etmişlerdir (11,55). Bower ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, meme kanseri geçiren kadınların yaklaşık %75'inin hayata bakış açılarında ve önceliklerinde değişiklik yaşadıkları, sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazandıkları, düzenli beslendikleri ve fiziksel aktivitelere başladıkları belirtilmiştir (80).

2.5. TRAVMATİK BİR DENEYİM OLARAK MEME KANSERİ TANISI ALMAK

Meme kanseri kadının yaşamı yanında, cinsellik ve kadınlık ile ilişkili organını da tehdit eden bir hastalık olmasından dolayı tek bir travma değil, pek çok travmayı da içeren zorlu bir süreçtir. Genellikle kayıp olarak algılanan ameliyat, hastanın beden imajını, özgüvenini, psikolojik durumunu, cinsel yaşamını ve çevre ile ilişkilerini olumsuz etkiler. Ameliyat sonrası süreçte ise meme kanserinin tekrarlama riski, beden algısı, fiziksel görüntü ile ilgili endişeleri ve aile yaşantısına yansımaları önemlidir (32,33).

2.6. MEME KANSERİ VE TRAVMA SONRASI BÜYÜMEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Travmatik olayların olumsuz sonuçları yanında olumlu sonuçlarına da dikkati çeken, travma sonrası büyümenin araştırıldığı çalışmalarda, kanser hastaları sıklıkla çalışılan bir gruptur. Kanser hastalarında travma sonrası büyüme ölçeğini ilk kez kullanan grup Cordova, Cunningham, Carlson ve Andrykowski'den oluşmaktadır (34,52).

Cordova ve arkadaşlarının 2001'de yayınladıkları çalışmada, iyilik hali ve travma sonrası büyüme bakımından meme kanserini atlatan 70 kadın hastayı, 70 sağlıklı kadınla depresyon, iyilik hali ve travma sonrası büyüme açısından karşılaştırdıklarında grupların depresyon ve iyilik hali konusunda farklılık göstermediklerini, ancak meme kanseri grubunun yüksek düzeyde travma sonrası büyüme gösterdiğini saptamışlardır. Bu büyümenin yaşam felsefesinde değişim ve kişilerarası ilişkilerde değişim alt ölçeklerinde olduğunu belirlemişlerdir (52).

Mols ve arkadaşları, kanser olgularının %70'ten fazlasının ruhsal anlamda olumlu değişimler gösterdiği, özellikle kişiler arası ilişkilerde iyileşme görüldüğünü göstermişlerdir (81). Yapılan diğer çalışmalarda meme kanseri tanılı kadınların süreç içerisinde yaşam felsefesine bakışta olumlu yönde değişiklik gösterdikleri, affetme, hoşgörü gibi özellikler kazandığı, yaşamın daha değerli olduğunu düşündükleri, öncelik sıralarının değiştiği gösterilmiştir (82,83).

Kanser olgularıyla ilgili bir derlemede; kişinin sosyodemografik özelliklerinin, hastalık özelliklerinin (türü, şiddeti, tedavi özellikleri), sosyal destek gibi çevresel faktörlerin, kişinin bilişsel ve duygusal olarak baş etme yöntemlerinin, psikolojik dayanıklılığın travma sonrası büyüme belirleyen faktörler olduğu gösterilmiştir (84).

2.6.1. Yaş

Bazı çalışmalarda TSB'nin genç yaş grubunda daha fazla olduğu belirtilmiştir. Bu durum genç bireylerin öğrenmeye daha açık olmalarıyla açıklanmaktadır (52,85). Wang ve arkadaşları meme kanseri tanısı alıp tedaviyi tamamlamış hastalarda yaptıkları kesitsel çalışmada ise, yaş ile TSB düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir (86).

2.6.2. Medeni Durum

TSB düzeyi ile medeni durum arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmalara bakıldığında; Bellizzi ve Blank, evli olan hastalarda bekar olanlara göre daha yüksek TSB düzeylerinin görüldüğünü ifade etmiştir (85). Fakat Svetina ve Nastran, medeni durum ile TSB arasında bir ilişki saptamadıklarını dile getirmişlerdir (87).

2.6.3. Sosyoekonomik Durum

Cordova ve arkadaşları yaptıkları çalışmada yüksek gelirle TSB arasında pozitif ilişki bulmuştur (52).

2.6.4. Eğitim Durumu

Wang ve arkadaşlarının 1227 meme kanserli olguyla yaptığı çalışmada eğitim seviyesi ve çalışma durumu ile TSB gelişimi pozitif ilişkili bulunmuştur. Özellikle emekli olanlarda daha yüksek oranda büyüme saptanmıştır (86). Fakat Bellizzi ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada ise eğitim düzeyi düşük meme kanserli kadınların daha fazla travma sonrası büyüme gösterdiği bulunmuştur (88).

2.6.5. Tanıdan Sonra Geçen Zaman

TSB gelişimini incelemek için en uygun zaman diliminin ne olduğu net değildir. Tedavinin tamamlanmasından sonraki sürecin TSB gelişimi için en uygun zaman olduğunu belirten yayınlar mevcuttur. Bu durum olumlu yaşam değişikliklerinin ve büyümenin, kanser sürecinin başlangıcında gerçekleşme olasılığının düşük görülmesiyle ilişkilendirilmiştir (89). Sıklıkla tanı üzerinden geçen süre arttıkça TSB görülme oranının arttığı gösterilmiştir (52,90,91). Fakat tanıdan 4 ay sonrasında TSB gelişiminin gösterildiği çalışmalar da mevcuttur. Bu durum ise tanıdan kısa bir süre sonra da bilişsel ve emosyonel işleme sürecinin başlaması, mevcut stresle beraber baş etme yöntemlerinin devreye girmesi ile ilişkilendirilmiştir (83). Erken evre meme kanserlerinin tanıdan sonra 3. 6. 9. ay izlemelerinin yapıldığı bir çalışmada 3. ay izlemlerinde TSB düzeylerinin düşük olduğu ve stres düzeyi ile ters orantılı olduğu, 9. aya doğru TSB skorlarının arttığı saptanmıştır (86).

Tedavi bitimi ile 6 ay sonrasının karşılaştırıldığı iki çalışmada TSB skorlarında bir değişiklik saptanmamıştır (91). Başka bir çalışmada kanser cerrahisi sonrası 9. ve

18. aylarda TSB skorlarında artış gözlemlenmiştir (83). Tanıdan 5-15 yıl sonraki TSB düzeylerini karşılaştıran bir kesitsel çalışmada tanı sonrası süre ile TSB arasında ilişki bulunmamıştır. 5. yılında değerlendirilen olgularla 15. yılında değerlendirilen olguların TSB skorları benzer bulunmuştur (92). Weis ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada tanı üzerinden geçen süre kısaltıkça TSB gelişiminin daha fazla olduğu saptanmıştır (93). Bellizzi ve arkadaşlarının yılında yaptığı çalışmada tanı üzerinden geçen sürenin TSB gelişimi açısından belirleyici olmadığı sonucuna varılmıştır (85).

2.6.6. Travmatik Olayın Şiddeti

Kanser ile ilişkili çalışmalarda kanserin evresi ile TSB arasında farklı sonuçlar mevcuttur. Ayrıca izlem çalışmalarında; değerlendirme yapılan zaman noktalarında hastalığın fazı dikkate alınmamıştır. Örneklemin hastalığın fazı da göz önüne alınarak seçilmesi, hastalığın fazının TSB gelişimi ile olan ilişkisinin değerlendirilmesi açısından daha anlamlıdır (83,94).

Literatürdeki bazı çalışmalar kanserin evresi ve şiddeti ile büyüme arasında bağlantı bulamamıştır (52,83,93). Bellizzi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erken evre meme kanserinin daha düşük TSB skorlarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Hastalıkla ilgili objektif parametrelerden ziyade hastalıkla ilgili duygusal yoğunluğu fazla olanların ve hastalığa bağlı stres algısı yüksek olanların daha fazla büyüme yaşadıkları gösterilmiştir (85,90).

Jinekolojik malignite hastalarının ve benign patolojiye sahip hastaların tanıdan bir yıl sonra değerlendirildiği bir çalışmada; hastalık şiddetinin ve algılanan stres düzeyinin fazla olduğu durumlarda travma sonrası büyümenin daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır. Benign patolojisi olanlarda düşük büyümenin olduğu gösterilmiştir (95).

2.6.7. Uygulanan Tedaviler

Meme kanseri hastalarına uygulanan tedaviler ile TSB arasındaki ilişkiye yönelik literatürde farklı bulgular mevcuttur. Moyer ve arkadaşları; parsiyel mastektomi yapılan olgularda izlemde total mastektomi olgularına göre beden imaj algısı, seksüel fonksiyon, tekrarlama kaygısı, sosyal ve psikolojik uyum alanında daha iyi sonuçlar elde edildiğini fakat global uyum açısından farklılık olmadığını

gözlemlemiştir (36). Tedavi tipi ile uyum ve TSB arasındaki ilişkinin izlendiği az sayıda çalışma bulunmaktadır. Meme kanseri olgularında yaşam kalitesi değerlendirme çalışmalarında, özellikle kemoterapi alan olgularda yaşam kalitesinin düşük olduğu, lenf nodu tutulumu, cerrahi ve hormonoterapi ile travma sonrası büyüme arasında pozitif ilişki olduğu görülmüştür (81). Tedavi yöntemleriyle ilgili olarak yapılan bir çalışmada kemoterapiyle travma sonrası büyüme arasında istatistiksel anlamlı pozitif ilişki saptanmışken, bazı çalışmalarda ise bu ilişkiyi doğrulanmamıştır (49,80,90,96,97). Kemoterapiyle olan pozitif ilişkisi; tedavinin beraberinde getirdiği stres ve bunun büyüme için katalizör görevi görmesi ile ilişkilendirilmiştir. Başka bir çalışmada radyoterapinin travma sonrası büyüme ile negatif ilişkisi gösterilmiştir (81).

2.6.8. Sosyal Destek

Sosyal ilişkilerin gelişmiş olması, iyi bir sosyal destek, kanser tanısının emosyonel ve bilişsel olarak işlenmesi büyüme ile ilişkili saptamıştır (96). Bunun yanında algılanan sosyal destek ile TSB gelişiminin değerlendirildiği iki çalışmada anlamlı ilişki bulunamamıştır (52,98). Türkiye’de 90 meme kanseri olgusu ile yapılan kesitsel bir çalışmada algılanan sosyal destek ve problem çözme odaklı baş etme yöntemi ile büyüme arasında pozitif ilişki saptanmışken depresyon skorlarıyla negatif ilişki saptanmıştır (99).

2.6.9. Baş Etme Becerileri

Baş etme becerileri ile TSB gelişimi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda erken dönem baş etme becerileri iyi olan olgularda izlemde TSB geliştiği raporlanmıştır (11,100). Yaklaşım odaklı, problem odaklı baş etme yöntemleri, manevi baş etme yöntemleri, mizahı kullanma, pozitif yeniden değerlendirme TSB gelişimi ile ilişkili bulunmuştur. Pozitif yeniden değerlendirme birden fazla baş etme stratejisini içermekte olup problemlerin yeniden değerlendirilmesi, yapılandırılması ve stresin pozitif yönlerinin görülmesini içerir. Bilişsel kaçınma, duygusal reaksiyon, duyarsızlık gibi kaçınma odaklı baş etme yöntemleri TSB ile negatif ilişkili bulunmuştur (73).

2.6.10. Bağlanma Stili

Bağlanma tipleri ile PTSS gelişimi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda; güvenli bağlanma gösteren bireylerin travmatik deneyimlerden sonra pozitif değişiklikler yaşıyabildiği gösterilmiştir; fakat çalışmalar sınırlıdır (101). Tanyi ve arkadaşlarının 152 hastayı dahil ederek yaptıkları çalışmada güvensiz bağlanma tipinde; TSİ ölçeğinin kişisel dayanıklılık ve çevreyle ilişkiler skalasında daha düşük puanların alındığı sonucu elde edilmiştir (102).

2.6.11. Emosyonel Dışavurum

Duyguların dışavurumunun büyümeyi arttırdığı ileri sürülmektedir. Olumsuz duyguların ifade edildikçe, kişinin bu duygulara karşı hassasiyeti azalabilmektedir. Olumsuz duyguların azalması, olumlu duygular ve kazanımlara daha fazla odaklanılmasını sağlayabilmektedir. Duyguların ifade edilmesi, kanserin kişinin yaşantısında meydana getirdiği değişiklikleri daha fazla anlamasını sağlayabilir (90).

2.7. ÜSTBİLİş

2.7.1. Tanımı

Üstbiliş kavramı, ilk kez John Flavell tarafından 1970'lerde bilişin değerlendirilmesini kontrol eden ve gözlenmesini sağlayan bilgi veya bilişsel süreç olarak tanımlanmıştır (103). Üstbiliş, kişinin bilişleri hakkındaki inançları içeren, bilişleri kontrol eden, düzenleyen, yorumlayan ve denetleyen üst düzey bilişsel bir yapıdır. Kişinin nasıl düşündüğüne odaklanan bu süreç, ne düşündüğünden daha önemli olduğunu vurgulamaktadır (104). Diğer bir tanıma göre üstbiliş, düşünce hakkında düşünme, neyi bildiğimizi veya bilmediğimizi bilme sürecidir. Düşünce ve duyguların anlaşılması, bunların sentezi ve kendi temsilinin yanı sıra başkalarının temsilinin de oluşturulması süreçleri de üstbilişin kapsamındadır (19).

2.7.2. Üstbilişin Bileşenleri

Flavell, üstbilişi; üstbilişsel bilgiler ve üstbilişsel deneyimler şeklinde iki ana bileşene ayırmıştır (105). İlerleyen yıllarda Wells, üstbilişsel kontrol stratejileri bileşenini de ekleyerek üstbilişin üç temel bileşenden oluştuğunu savunmuştur (106).

Üstbilişsel bilgi, bireylerin bilişsel süreçleri ve duygusal durumu hakkındaki olumsuz ve olumlu bilgi ve inançlarını içerir (105). Üstbilişsel deneyim, bilişlerin, duyguların ve düşüncelerin değerlendirilmesini ve gözlemlemesini içerir. Örneğin, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk, depresyon gibi psikopatolojiye sahip bireyler, düşünceleri olumsuz bir şekilde değerlendirerek ve felaketleştirerek bu deneyimi yaşayabilirler (105). Üstbilişsel kontrol stratejileri ise bilişsel sistemin kontrol edilmesi için ortaya çıkan tepkilerdir. Bu stratejiler, bilişsel faaliyetleri artırabilir, azaltabilir veya aynı düzeyde devam ettirebilir. Örneğin, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu gibi psikolojik rahatsızlıklarda düşünceler sıkça kişinin delireceğine dair işaretler olarak yorumlanır ve bastırılmaya çalışılır (105).

Wells ve Mathew, bilişsel terapinin psikopatolojilerde olumsuz bilişlere odaklandığını, ancak bu olumsuz bilişlerin neden ön planda olduğuna dair bir açıklama yapılmadığını ve şema terapinin ise düşüncelerin içeriğine indiğini ancak düşünce biçiminin nedenini göz ardı ettiğini belirterek, düşünceler hakkındaki düşüncelere ve üstbilişsel kontrol stratejilerine odaklanmanın önemini vurgulamışlardır. Bilişsel terapi araştırma alanını genişleterek Öz Düzenleyici Yürütücü İşlevler (Self-Regulatory Executive Functions: S-REF) modelini geliştirmişlerdir. Bu model, bilişsel modeldeki düşüncenin psikopatolojilerdeki rolü yerine, düşünme stillerini anlayabilmek için düşünce ve psikopatoloji ilişkisinin arkasındaki mekanizmaya, düşünce hakkındaki inançlara odaklanmaktadır. Ancak kişi inançlarını değerlendirmek veya revize edebilmek için gerekli stratejileri kullanamadığında S-REF modeli etkisiz hale gelir (106,107).

Ruhsal hastalıklarda gözlemlenen Bilişsel Dikkat Sendromu (CAG: Cognitive Attentional Syndrome), hatalı üstbilişsel inançların kontrol edilememesi ve bu duruma bağlı olarak bilişsel dikkatinin uygun olmayan şekillerde kullanılması ile ilişkilidir. Uygunsuz başa çıkma mekanizmalarının kullanılması, dikkatinin kendi üzerine yoğunlaştırılması, olumsuz kendilik bilgisi, endişe veya ruminasyon temelli başa çıkma stratejilerinin uygulanması veya tehdit kaynağına odaklanma, bilişsel dikkat sendromuna yol açabilir (106,107).

Semerari ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise üstbilişin dört alt bileşeni olduğu öne sürülmüştür: 1- Kendi üzerine düşünme (kişinin kendi düşünce ve

duygularını anlama yeteneği), 2- Ötekilerin zihinlerini anlama (başkalarının düşünce ve duygularını anlama yeteneği), 3-Merkezileştirmeme (dünyayı ve başkalarının eylemlerini kendinden bağımsız olarak yorumlama yeteneği) 4-Yetkinlik (psikolojik sorunlar ve buna bağlı sıkıntı ile başa çıkmak için etkili stratejiler uygulama becerisi) (108).

Kendi üzerine düşünme alt bileşeni kişinin giderek daha karmaşık ve bütünleşik hale gelen kendini temsil etme yeteneğidir. Bu, kişinin zihnindeki olayların yalnızca tanınmasından, karmaşık bir dizi etkileşimli niyet, davranış, düşünce ve duygudan oluşan kendini tasvir eden karmaşık bir kişisel öykünün anlatılmasına kadar uzanır. Ötekilerin zihnini anlama bileşeni kişinin başka birinin artan karmaşık ve bütünleşik temsillerini oluşturma yeteneğini gösterir. Belirsiz bir “onlar” veya “diğer insanlar” değil belirli bir kişinin veya aile gibi iyi tanınan bir grubun farkındalığına atıfta bulunur. Başkalarının zihinsel olayları deneyimlediğine dair salt bir farkındalıktan, başkalarının yaşamlarının karmaşık hesaplarının yapılmasına kadar bir süreçtir. Merkezileştirmeme bileşeni kişinin diğer insanlarla kesişebilecek yaşamlar sürdüğünü ancak başkalarının yaşamlarının kişinin ilgisinden çok daha fazlasıyla alakalı olduğunu fark etme yeteneğini gösterir. Dolayısıyla kişi, ötekilerin hayatlarının merkezi değildir. Kişinin kendisi ile ilgili fikirlerini daha geniş sosyal dünyaya yerleştirme yeteneklerini yansıtır. Son olarak yetkinlik bileşeni ise bireyin sıkıntı kaynağı olan psikolojik sorunlarla başa çıkmak için kendisi ve başkaları hakkındaki üstbilişsel bilgilerini kullanma becerisidir. Bu bilişen genel problem çözme yeteneğinin bir ölçüsü değil, daha ziyade diğer bileşenlerle yansıtılan üstbilişsel bilgiyi özellikle ruh sağlığı ile ilgili problemlerle başa çıkmak için kullanma yeteneğinin bir ölçüsüdür (109).

2.7.3. Travma ve Üstbiliş

Wells'in modeline göre, stres sonrasında müdahaleci düşünceler, uyarılma ve dikkati yönlendirme tepkileri normaldir ve duygusal işleme için bir ivme sağlar. Duygusal işleme, gelecekte tehditle karşılaşıldığında düşünce ve davranışlara rehberlik edecek bir program veya planın geliştirilmesidir. Bu süreç normalde engellenmeden ilerler ve travmayla farklı şekillerde başa çıkmayı hayal etmek gibi tehditle başa çıkma simülasyonlarının çalıştırılmasıyla ilişkilidir (110).

Bir planın edinilmesi biliş üzerinde esnek kontrol gerektirir. Ancak bu normal süreç kişinin başa çıkma stratejileri tarafından sekteye uğrar. Özellikle ruminatif başa çıkma tarzlarının kullanılması kişinin tehlide kilitlenmesine yol açarak kaygı ve tehlike duygusunun devam etmesine neden olur. Ayrıca travmayla baş edebilmenin geliştirilmesi için gereken işlem esnekliğine de zarar verirler. Bu yararsız tepki verme tarzları üstbilişsel inançlardan ortaya çıkar. Ek olarak, semptomlar ve olumsuz üstbilişsel inançlar, kişinin kendi kendine yönlendirdiği dikkat ve endişenin yararsız kalıplarına katkıda bulunur (107).

Bu yaklaşımın bir öngörüsü, endişe, ruminasyonun stres sonrası uyumu bozduğu ve PTSS belirtilerinin gelişmesine katkıda bulunduğudur. PTSS’de metakognitif terapinin amacı, hastaların esnek üstbilişsel farkındalık ve kontrol geliştirmelerine ve endişe, ruminasyon ve tehdit izleme biçimindeki işlemlerden kurtulmalarına olanak sağlamaktır (110).

Öğrenciler üzerine yapılan bir çalışmada travma belirtilerinin şiddeti ile üstbiliş arasında ilişki Olayların Etkisi Ölçeği (OEÖ) ve Üstbiliş Ölçeği-30 (MCQ-30) ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmada OEÖ ile değerlendirilen stres belirtileri ile olumlu inançlar arasında ters ilişkinin olduğu saptanmıştır (111).

Kanser hastalığı geçirmiş erişkin hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada bu hastaların MCQ-30 ölçeğinde üstbiliş inançları (özellikle de olumsuz üstbiliş inançları) ile posttravmatik stres bozukluğu belirtileri ve anksiyete/depresyon belirtilerinin pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır (112).

Thewes ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada MCQ-30 ölçeğinde özellikle olumsuz üstbilişsel inançların meme kanseri olan genç kadınlarda kanser nüksü korkusunu anlamlı olarak arttırdığı saptanmıştır (21).

Takarangi ve arkadaşları üstbilişin, kişilerde PTSS geliştirme riskini araştırmıştır. Katılımcıların mevcut üstbilişleri ölçülerek 12 hafta sonra travmaya maruz kalmayla ilişkili üstbilişleri ve PTSS belirtileri tekrar değerlendirilmiştir. Daha fazla PTSS semptomu olan katılımcıların, daha az PTSS semptomu olan katılımcılara göre daha sorunlu üstbilişlere sahip olduğu ve travmaya maruz kalmadan önce uyumsuz üstbilişleri olan kişilerin, travmaya maruz kaldıktan sonra PTSS belirtileri yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (113).

PTSB tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada üstbiliş odaklı müdahalenin orta-şiddetli PTSD tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (110).

Cook ve arkadaşlarının kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada mevcut üstbilişsel inançların hastalarda travma sonrası stres belirtileri, depresyon, anksiyete bozukluğuna neden olabileceğini göstermişlerdir. Üstbilişsel modelde, insanlar kanserleriyle ilgili olumsuz düşünce ve duyguların özellikle toksik, sürekli ve esnek olmayan bir şekilde işlenmesine yönlendiren uyumsuz üstbilişsel inançlara sahip olduklarında, kalıcı sıkıntıya karşı savunmasız olmaktadır (20).

Nalipay ve arkadaşlarının 2018 yılında doğal afete maruz kalan bireylerle yaptığı çalışmada olumlu üstbilişsel inançların bazı boyutlarının TSB'nin tüm boyutlarıyla istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişkilere sahip olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca sonuçlar doğal afetten sağ kurtulanlara yönelik müdahalelerin amaçları arasında uyumsuz üstbilişsel özellikleri hedeflemenin yanı sıra olumlu olanların geliştirilmesini de içerebileceğini göstermektedir (114).

Clauss ve arkadaşlarının 149 kişiyle 2021 yılında yaptığı çalışmada kullanılan MCQ-30 testindeki olumsuz ve olumlu metakognitif inançları ile TSB skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (115). Travma sonrası büyüme ve MCQ-30 testi ile üstbiliş ilişkisini 2022 yılında araştıran bir başka çalışmada olumsuz üstbiliş alt ölçekleri ile TSB puanları arasında ters-U şeklinde ilişki olduğunu belirtilmiştir. Bu çalışmadan önce üstbiliş ile TSB arasındaki ilişkiyi analiz eden yalnızca Clauss ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptığı ve Nalipay ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı yalnızca iki önceki çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmanın da gösterdiği gibi travmatik deneyimler yaşayanların çoğunun temel olumlu tutum ve inançlarının zamanla yeniden inşa edildiğini, ancak aynı zamanda bu kişilerin olumsuz ya da işlevsiz inançları da benimseyebildikleri vurgulanmıştır (116).

Üstbilişin, bilişsel süreçler üzerinde izleme ve kontrol işlevi ile birlikte, duyguları düzenleme görevi de vardır. Bilişsel çarpıtmaların düzenlenmesinin ilişkili olumsuz duyguları azalttığı bildirilmiştir (117). Babaei ve arkadaşları lise öğrencilerinde aleksitimi ve üstbiliş ilişkisini araştırmış ve olumsuz üstbiliş işlevlerinin aleksitimi riskini artırdığını belirtmiştir (118).

2.8. ÜSTDUYGU

2.8.1. Tanımı

Gottman ve arkadaşları tarafından duygusal deneyimlere farklı tutumlar ve tepkilerin gözlenmesinden yola çıkarak, 1996 yılında ilk kez kullanılan "üstduygular" (metaemotion) kavramı, birincil duyguya karşı oluşan ikincil duygular olarak değerlendirilmiş ve bunlar "duygular hakkında duygular ve düşünceler" olarak tanımlanmıştır (119). Örnek olarak, kızgınlıklarından (birincil duygu) dolayı utanç (ikincil duygu) duyma veya kızgın oldukları için suçlu (ikincil duygu) hissetme verilebilir. Böylece, ikinci oluşan duygu birincil duygunun deneyimlenmesini etkilemektedir (119). Mitmansgruber ve arkadaşları üstduygular tanımını, bireyin kendi duygusuna yönelik tutum ve değerlendirmeleriyle ortaya çıkan, duygusal tepki ve deneyimleri içeren bir kavram olarak genişletmiştir (69). Bartsch ve arkadaşları ise bu kavramı duygular hakkındaki duygu ve düşünceleri içeren; duyguların işlevsel mekanizmasını temsil eden, duyguları izleyen, değerlendiren ve duygularla ilgili tutumları ifade eden düzenleyici bir süreç olarak yeniden değerlendirmiştir (120).

Duygusal deneyimin üstduyguya neden olma koşulu her zaman mevcut değildir; üstduygular için duygusal deneyime yönelik farkındalık ve dikkat önemli bir rol oynamaktadır. Mitmansgruber ve arkadaşları duygu ve üstduygular deneyimi için dört farklı örüntüyü tanımlamıştır; pozitif-pozitif (PP), pozitif-negatif (PN), negatif-negatif (NN), negatif-pozitif (NP). Kişi iyi hissettiği için mutlu olabilir (PP) veya utanabilir (PN); üzüntüsünden keyif alabilir (NP) veya buna öfkelenebilir (NN). Başka bir şekilde ifade etmek gerekirse, üstduygular, deneyimlenen ilk duyguyla aynı olabileceği gibi farklı da olabilir. İkincil duygu, birincil duyguyla aynı veya benzer olduğunda (örneğin, keyif birincil duygusuna eşlik eden mutluluk ikincil duygusunun yaşanması), birincil duygunun şiddeti ve süresi artmaktadır, ancak anlamı değişmez (69,119).

Ancak, ikincil duygu birincil duyguyla farklı kategoride olduğunda (örneğin, mutluluk birincil duygusuna eşlik eden utanç ikincil duygusu), birincil duygunun bastırılması, ifadesinin baskılanması, duygu karmaşası yaşanması, duyguları ayırt etme, anlam verme ve uygun duygu düzenleme stratejilerini seçmede zorluk yaşanabilmektedir (121,122). Bu bağlamda, üstduyguların birincil olarak adlandırılan durumun kendisine yönelik duygunun düzenlenmesi işlevine sahip olduğu

vurgulanmaktadır. Örneğin, bir kişi, alamadığı bir terfiyi yakın arkadaşının aldığını öğrendiğinde kıskançlık deneyimliyorsa, bu kıskançlığa eşlik eden utanç üstduygusunu yaşayabilir. Bu durumda, kıskançlığıyla başa çıkmak için duygularını bastırma, gizleme, kendisini kışkırttığı için eleştirme veya arkadaşından uzaklaşma gibi farklı çabalar sarf edebilir (13,123).

Üstduygu; duygulara dikkat, duyguların açıklığı ve duygu onarımı olmak üzere üç bileşenden oluşur. Duygulara dikkat, mevcut duyguları tanımlama yeteneği olarak tanımlanır, duyguların açıklığı duygular arasındaki ayrımı yapma yeteneğidir ve son olarak duygu onarımı, duyguları değiştirme yeteneğidir (15).

Mitmansgruber ve arkadaşları üstduygusal tepkileri olumlu ve olumsuz olmak üzere ikiye ayırmıştır. Bu değerlendirmede, birincil duygulara kabullenici tutumlar, olumlu üstduyguları temsil ederken; duygulardan kaçınma ve onları reddetmeye yönelik tutumlar, olumsuz üstduyguları temsil etmektedir. Örneğin ilgi, şefkat gibi olumlu üstduygulara sahip bireylerin duygularına karşı kabullenici tutumlar sergilemesi daha olasıyken, öfke utanç gibi olumsuz üstduyguları olan bireylerin kaçınmayı daha fazla kullanması beklenebilir. Olumsuz üstduygusal tepkiler arasında üst-öfke, üst-kontrol, üst-bastırma ve üst-utanç/küçümseme bulunurken, olumlu üstduygusal tepkiler arasında üst-ilgi ve üst-şefkat yer almaktadır (69).

Üst-Öfke, birincil duyguları rahatsız edici bulan ve onları deneyimlediği için kendisine kızan bir bireyi temsil ederken; üst-kontrol, birincil duyguların sıkı bir şekilde kontrol altında tutulması inancını ifade eder. Üst-bastırma, duygular karşısında kaygı yaşama, onlardan kaçınma çabasını simgelerken üst-utanç/küçümseme, duygusal tepkilerin kontrol edilemediği durumda veya bastırılmadığında deneyimlenen olumsuz duyguları ifade eder. Olumlu üst-duygulardan üst-ilgi, bireyin duyguları, kendini ve yaşamını anlamak için kullanışlı bir kaynak olarak değerlendirmesini üst-şefkat ise duygusal deneyimine yönelik anlayışlı ve kabullenici bir tutumu içerir (69).

Bireylerin aynı durumda farklı duygusal tepkiler göstermesi, üstduygulardaki kişilerarası farklılıkların önemini vurgular (123,124).

Üstduyguların, psikiyatrik bozuklukların anlaşılması ve tedavisinde de önemli bir rol oynadığı gözlemlenmektedir. Örneğin, agorafobi gibi durumlarda bireylerde,

üstduygu olarak korkunun oldukça belirgin olduğu gözlenmiştir. Bu bireyler, fobileri ile ilişkili uyaranlardan korktukları gibi korku duygusunun kendisinden de korkmaktadırlar (125).

Yaygın anksiyete bozukluğu bulunan bireyler ise duyguları hakkında daha fazla olumsuz değerlendirmeler yapmakta, daha fazla olumsuz üstduygu deneyimlemektedir ve duygulara ilişkin olumsuz üstduygular arttıkça, bireyler bu duygularından daha fazla kaçınmasına ve bu bireylerde gözlenen yaygın kaygı bozukluğu belirtilerinin artmasına neden olmaktadır (126).

Üstduygunun stres ve depresyon ile ilişkisinin incelendiği çalışmalarda; duyguların açıklığı ve duygu onarımı, stresli yaşam olaylarında adaptif başa çıkma mekanizmaları olarak hizmet etmiştir ve daha düşük depresyon seviyeleri ile ilişkilendirilmiştir (15). Bu nedenle, stresli olaylarda duygusal, bilişsel ve sosyal yönlerinin önemli rolleri olduğu sonucuna varılabilir.

Ayrıca posttravmatik stres bozukluğu, alkol kötüye kullanımı, yeme bozukluğu, psikolojik belirtiler, algılanan stres ve negatif duyguların olumsuz üstduygularla ilişkilendirildiği bulunmuştur (114,127–129). Ayrıca, olumlu üstduyguların psikolojik iyi oluş ve yaşam memnuniyetine olumlu katkılarda bulunduğu gözlemlenmiştir (130).

Üstduyguların uygulamaya yönelik olarak incelendiği bir çalışmada, yeme bozukluğu ve madde kötüye kullanımı öyküsü bulunan bir vaka ile bireysel terapi seansları gerçekleştirilmiştir. Tedavi kapsamında, olumsuz nitelikteki üstduyguları ile çalışılan vakanın, olumsuz üstduyguları azaldıkça duygusal yaşantılardan kaçınma eğilimi azalmış, işlevsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımı artmış ve psikolojik belirtilerinde düşüş gözlenmiştir (129).

2.8.2. Travma ve Üstduygu

Travmaya maruz kalanlarda duyguları kabullenmenin, duygulardan kaçınmaya göre daha olumlu etkileri olabileceği çalışmalarda gösterilmiştir. Örneğin yapılan çalışmada, şiddetli travmaya maruz kalma durumunda, duygularına yönelik kabul edici tutumların, depresyon belirtileri açısından koruyucu bir etkisinin olduğu

gözenmiştir. Buna göre işlevsel üstbilişlerle birlikte, duygularını olumlu değerlendiren bireyler, travma ile daha etkili bir şekilde baş etmektedirler (14).

Posttravmatik stres bozukluğuna dair çalışmalarda, bozukluğun belirtileri ile üst-korkular arasında pozitif yönde bir ilişki gözlenmiştir. Bu çalışmada, duygulara ilişkin korkunun, duygulardan kaçınmayı arttırdığı ve bireylerin çevrelerine uyum sağlamasını zorlaştırdığı görülmüştür. Yapılan çalışmalara göre ise olumsuz üstduygular, posttravmatik stres bozukluğu açısından yordayıcı bir nitelik taşıdığı gösterilmiştir (12).

Duman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada duygulardan kaçınma ile ilişkili olan olumsuz üstduyguların, stres koşulunda psikolojik rahatsızlıklar geliştirme riskini arttıracığı belirtilmiştir. Psikolojik iyi oluş ve duyguları kabul ile ilişkili olan olumlu üstduyguların ise stresin olumsuz etkilerini hafifletebileceği belirtilmiştir (130).

Başka bir çalışmada meme kanseri hastası arasında sosyal destek, üstduygular, duygusal açıklama, ifade ve hastalıkla ilgili değişkenler gibi çeşitli faktörler incelenmiştir. Hastalığın daha şiddetli bir evresinde olan, daha yeni tanı alan, daha az sosyal destek ile karşı karşıya kalan katılımcıların olumlu üstduygular açısından daha düşük puanlara ve daha yüksek düzeyde depresif belirtilere sahip olduğu bildirilmiştir. Ayrıca katılımcılar tanıları daha yakın bir zamanda almışlarsa, daha az sosyal destek almışlarsa, duygularına daha çok odaklanmış ancak duygularını daha az düzeltmişlerse, kanser nedeniyle daha fazla kaçınmacı düşünceler yaşamışlardır. Düşük üstduygular puanları daha yüksek anksiyete ile ilişkilendirilmiştir (131).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE KAPSAMI

Araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Tıbbi Onkoloji polikliniğine başvurmuş olan meme kanseri tanımlı kadın hastaların travma sonrası büyümleri ile üstduygu, üstbiliş düzeyleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçlayan gözlemsel, kesitsel tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır. Araştırma Mayıs 2023- Kasım 2023 tarihleri arasında yürütölmüştür.

Çalışmaya Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Tıbbi Onkoloji polikliniğine başvurmuş, en az bir yıl önce meme kanseri tanısı alan, cerrahi tedavileri tamamlanmış, gerekli görölüp aldıysa kemoterapi (KT) ve radyoterapi (RT) süreçleri bitmiş ve kontrole gelen 100 meme kanseri tanımlı kadın ve 74 sağlıklı gönüllü kadın alınmıştır. Hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubu sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiş, yazılı ve sözlü olur veren bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalayanlar çalışmaya dahil edilmiştir.

Her bir meme kanseri tanımlı hasta araştırmaya dahil olan bir psikiyatrist tarafından değeriendirilmiştir. Sonrasında çalışmaya katılmaya onam veren hastalara Sosyodemografik Veri Formu, “Olayların Etkisi Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu”, “Travma Sonrası Büyüme Envanteri”, “Toronto Aleksitimi Ölçeği”, “Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği”, “Üstduygu Ölçeği” uygulandı. Ayrıca klinisyen tarafından uygulanan ve değeriendirme görüşmesi sonrasında psikiyatrist tarafından yapılan ‘Kısaltılmış Üstbilişsel Değeriendirme Ölçeği’ uygulanmıştır.

Çalışmaya sosyodemografik açıdan benzer olan sağlıklı kontroller dahil edilmiş ve sağlık kontrol grubundaki katılımcılara da Sosyodemografik Veri Formu, “Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği”, “Üstduygu Ölçeği” ve “Kısaltılmış Üstbilişsel Değeriendirme Ölçeği” uygulanmıştır.

Araştırma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği’nden gerekli izinler alınmış ve Ankara Bilkent Şehir Hastanesi 2 No’lu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı’na ilgili evrak sunulmuştur. Araştırma Ankara Şehir Hastanesi 2 No’lu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı tarafından incelenerek onaylanmıştır (Sayı: E2-23-4879). Araştırmanın konusu T. C.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı'nın Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu tarafından değerlendirilip uygun bulunmuştur (E-86241737-100—276197, 06/09/2023).

3.2. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırma örnekleme katılmaya yazılı ve sözlü olur veren Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Tıbbi Onkoloji polikliniğine başvuran hastalardan seçilmiş olup; kontrol grubu Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniğine başvuran ve psikiyatrik hastalığı bulunmayan hasta yakınları ve Ankara Bilkent Şehir Hastanesi hastane personeli ve personel yakınlarından seçilmiştir. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Tıbbi Onkoloji polikliniğine Mart 2023-Kasım 2023 tarihleri arasında başvuran takipli meme kanseri tanılı 110 hasta ve hasta katılımcılarla eşleştirilen 78 sağlıklı kadın kontrol çalışmaya dahil edilmiştir. 5 hasta halihazırda psikiyatrik hastalığa sahip olduğu için, 2 hasta okur-yazar olmadığı için, 3 hastanın kanser tanısından sonra 2-3 ay gibi kısa bir süre geçtiği için ve kontrol grubunda 4 birey halihazırda psikiyatrik hastalığa sahip olduğu için çalışma dışı bırakılmıştır. Kalan 100 meme kanseri tanılı hasta ve 74 sağlıklı kadın kontrol çalışmayı tamamlamıştır.

Hasta Grubu İçin Dahil Edilme Kriterleri:

- Meme kanseri tanısından en az 1 sene geçmiş, cerrahi operasyonunu olmuş ve gerekli ise aldığı medikal tedavisini tamamlamış olan kadın hastalar
- En az ilkokul mezunu olmak
- 18-65 yaşları arasında olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- Uygulanan ölçeklerin ve sosyodemografik veri formunun eksiksiz doldurulmuş olmak

Hasta Grubu İçin Dışlama Kriterleri:

- 18 yaşından küçük olmak, 65 yaşından büyük olmak
- Okur-yazar olmamak,

- İlkokul 5. sınıf altında eğitim düzeyine sahip olmak
- DSM-5'e göre halihazırda psikiyatrik hastalığa sahip olmak
- Metastatik meme kanseri olmak (aksiller metastaz hariç)
- KT ve/veya RT tedavisini halihazırda alıyor olma
- Uygulanan ölçeklerde ve sosyodemografik veri formunda eksik bulunması
- Zihinsel işlevi etkileyebilecek ek tıbbi veya psikiyatrik hastalığı olmak (mental retardasyon, demans, deliryum, bilişsel sekele neden olan inme gibi)
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar

Kontrol Grubu İçin Dahil Edilme Kriterleri:

- Kadın bireyler
- En az ilkokul mezunu olmak
- 18-65 yaşları arasında olmak
- DSM-5'e göre halihazırda psikiyatrik hastalığa sahip olmamak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
- Görüşmeye koopere olabilmek

Kontrol Grubu İçin Dışlama kriterleri:

- Erkek bireyler
- 18 yaşından küçük olmak, 65 yaşından büyük olmak
- Okur-yazar olmamak,
- İlkokul 5. sınıf altında eğitim düzeyine sahip olmak
- DSM-5'e göre halihazırda herhangi bir psikiyatrik hastalığa sahip olmak
- Uygulanan ölçeklerde ve sosyodemografik veri formunda eksik bulunması
- Zihinsel işlevi etkileyebilecek ek tıbbi veya psikiyatrik hastalığı olmak (mental retardasyon, demans, deliryum, bilişsel sekele neden olan inme gibi)

3.3. UYGULANAN İŞLEMLER

Her bir hasta ve sağlıklı kontrol sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onamlarının alınmasını takiben ilgili poliklinik odasına alınıp değerlendirilmiştir. Her bir meme kanseri tanılı hasta araştırmaya dahil olan bir psikiyatrist tarafından değerlendirilmiştir. Sonrasında çalışmaya katılmaya onam veren hastalara Sosyodemografik Veri Formu, “Olayların Etkisi Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu”, “Travma Sonrası Büyüme Envanteri”, “Toronto Aleksitimi Ölçeği”, “Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği”, “Üstduygu Ölçeği”ni içeren araştırma için hazırlanan testler verilmiştir. Ayrıca değerlendirme görüşmesi sırasında görüşmeci klinisyen tarafından ‘Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği’ uygulanmıştır.

Çalışmaya dahil edilen sağlık kontrol grubundaki kadın katılımcılara da Sosyodemografik Veri Formu, “Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği”, “Üstduygu Ölçeği” ve “Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği” uygulanmıştır.

Tüm ölçeklerin uygulamasından önce etik kurul sürecinde ilgili ölçek sahiplerinden izinleri alınmış ve ilgili belgeler etik kurula sunulmuştur.

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Tıbbi Onkoloji polikliniğine başvurmuş olan meme kanseri tanılı kadınların ve sağlıklı gönüllü kadınların verileri Dr. Öğr. Üyesi Esra Kabadayı Şahin ve Asistan Doktor Fatma Sevil Gökhan tarafından değerlendirilmiş ve kimlik bilgileri anonimleştirilerek veriler saklanmıştır.

3.4. GEREÇLER

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan ve çalışmaya dahil edilen katılımcılara uygulanan sosyodemografik veri formunda, katılımcıların sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, medeni durum, gelir düzeyi vb.) ve tanı aldıkları hastalık ile ilişkili özellikler (tanı aldıktan sonra geçen süre, tedavi yöntemi, hastalığın evresi, ek fiziksel hastalık varlığı vb.) ile ilgili sorular yer almaktadır. Form hasta ve sağlıklı kontrol için ayrı olarak hazırlanmıştır. Çalışmaya alınan hasta ve sağlıklı kontrollere yüz yüze görüşme yapılarak uygulanmıştır.

3.4.2. Olayların Etkisi Ölçeği- Gözden Geçirilmiş Formu (OEÖ-G)

Weiss ve Marmar tarafından 1997 yılında geliştirilen Olay Etkisi Ölçeği- Gözden Geçirilmiş Formu (OEÖ-G) Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından 2006 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır (132,133). Travmatik bir olayın ardından kişilerin travma sonrası stres düzeylerini değerlendirmek üzere 22 maddeden oluşan ve üç faktörlü bir yapı gösteren kendini bildirim ölçeğidir. Her madde 0-4 arası puan almaktadır. OEÖ-G'nin Türkçe formunda 8, 11, 12, 13, 17 ve 22. maddeler ölçeğin kaçınma alt boyutunu; 1, 2, 3, 5, 6, 14, 16 ve 20. maddeler ölçeğin yeniden yaşama alt boyutunu ve 4, 7, 9, 10, 15, 18, 19 ve 21. maddeler aşırı uyarılmışlık alt boyutunu oluşturmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 88'dir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, kişilerin travma sonrası stres düzeylerindeki artışa işaret etmektedir. Bu ölçekten 24 veya daha fazla puan alan kişilerin eşik altı düzeyde PTSS yaşadığı, 33 veya üstü puan alanların muhtemelen PTSS tanısı alacağı, 37 veya daha fazla puan alanların belirtilerinin ise PTSS tanısı almaya güçlü şekilde yeteceği belirtilmektedir. Çorapçıoğlu ve arkadaşları kesme puanı 33 olarak alındığında, Türkiye örnekleminde ölçeğin PTSS tanısı almış kişileri %74 düzeyinde (duyarlık); tanı almamış kişileri ise %81 düzeyinde ayırt edebildiğini (özgüllük) rapor etmişlerdir (132).

3.4.3. Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE)

Travma Sonrası Büyüme Envanteri Tedeschi ve Calhoun tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinal hali 21 maddeden oluşmakta, 0 (bu değişikliği yaşamadım) ve 5 (bu değişikliği çok büyük oranda yaşadım) arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 0-105 arasındadır. Bu ölçekten alınan yüksek puan travmatik yaşantı sonrasında kişinin yüksek düzeyde travma sonrası büyüme gösterdiğine işaret etmektedir. Travma Sonrası Büyüme Envanteri başkaları ile ilişkiler, yeni fırsatlar, kişisel güçlülük, manevi değişim ve yaşamı takdir etme olmak üzere beş alt ölçekten oluşmaktadır (55).

Ölçeğin ülkemizde güvenilirlik ve geçerliliği Kağan ve ekibi tarafından 2012 yılında yapılmıştır 21 sorudan oluşan, 6'lı likert tipi ölçektir. Alt ölçekleri de benlik algısında değişim (5-10-11-12-13-15-16-17-18 ve 19. Madde), yaşam felsefesinde değişim (1-2-3-4-7 ve 14. Madde) ve başkalarıyla ilişkilerde değişim (6- 8-9-20 ve 21. Madde) olarak orijinalinden farklı olarak 3 bölümden oluşmaktadır (134).

3.4.4. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD)

Ölçek Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında ruhsal hastalığı olmayan hastalar üzerinde depresyon ve kaygıyı ölçmek için geliştirilmiştir (135). Ölçek yedisi depresyon yedisi anksiyeteyi ölçmek üzere toplam on dört maddeden oluşmaktadır. Derecelendirme kısmında ise 4'lü Likert tipi derecelendirme kullanılmaktadır. Ölçekteki 2, 4, 6, 8, 10, 12 ve 14 numaralı maddeler depresyonu; 1, 3, 5, 7, 9, 11 ve 13 numaralı maddeler ise anksiyeteyi ölçmektedir. Ölçekteki 2, 4, 7, 9, 12 ve 14 numaralı maddeler düz maddeler olup $a=0$, $b=1$, $c=2$ ve $d=3$ şeklinde puanlanırken; 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 ve 13 numaralı maddeler ters maddelerdir ve $a=3$, $b=2$, $c=1$ ve $d=0$ şeklinde puanlanır. Muhtemel kaygı ve depresyon için kesme puanı 8 ya da daha yukarıdır. Tanı için ise gereken puan depresyon alt ölçeği ve anksiyete alt ölçeği için 10 puan veya üzeridir. Yapılan çalışmalarda ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1997 yılında Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0 iken en yüksek puan 21'dir (136).

3.4.5. Üstduygu Ölçeği (ÜDÖ)

Mitmansgruber ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilen ölçek, bireylerin duygusal deneyimleri hakkında hissettikleri duyguları değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Orijinal ölçekte 1 (hiç katılmıyorum) ve 6 (tamamen katılıyorum) arasında 6'lı Likert tipinde derecelendirilen toplam 28 madde bulunmaktadır. Ölçek için iki düzeyli faktör yapısı önerilmiştir. Birinci düzey altı farklı üstduyguyu temsil etmektedir. Bu yapıdaki Öfke alt boyutu, duygusal deneyime yönelik öfke tepkilerini temsil eden dört maddeden oluşmaktadır. Her türlü duygusal deneyime yönelik anlayışlı ve şefkatli bir tutumu temsil eden Şefkat alt boyutu yedi maddeden oluşmaktadır. İlgi alt boyutu, duygulara yönelik meraklı ve keşfedici tutumu değerlendiren beş madde içermektedir. Utanç/Hor Görme alt boyutu, duygusal tepkileri, hataları ve beklentileri hor görme, eleştirme ve onlardan utanma eğilimini değerlendiren beş maddeden oluşmaktadır. Duygusal tepkilerin sıkı bir şekilde kontrol edilmesini temsil eden Kontrol alt boyutu beş maddeden oluşmaktadır. Son olarak, duyguların yadsınmasını temsil eden Bastırma boyutu iki maddeden oluşmaktadır.

Mitmansgruber ve arkadaşları, önerdikleri altı farklı üstduygunun bazı durumlarda birbirinden net bir şekilde ayrılmayabileceğini de belirtmişlerdir. Buna göre, ölçekte üst-öfke, üst-ilgi ve üst-şefkat ayrı bir faktör olarak yer alırken diğer üstduygular birbirleriyle benzer yönlerde sahiptir. Örneğin üst-kontrol boyutu, duygulara karşı katı bir kontrolü içeren tutumları ölçmeyi amaçlar, ama aynı zamanda öfke duygusunu da yansıtabilir. Benzer şekilde üst-bastırma, duyguları hakkında kaygı duyma ve onları kontrol etme ile de ilişkili olabilir. Belirtilen faktörlerin birbirinden net olarak ayrılmadığı durumlarda üstduyguları olumlu ve olumsuz olarak sınıflandırmanın da mümkün olduğu gözlenmiştir. Ölçeğin ikinci düzey faktör yapısında, Mitmansgruber ve arkadaşları olumlu ve olumsuz üstduygular olmak üzere iki boyut önermiştir. Bu yapıya göre öfke, utanç, kontrol ve bastırma alt boyutları Olumsuz Üstduygular'ı oluşturmaktadır. Öte yandan, şefkat ve ilgi alt boyutları Olumlu Üstduygular'ı oluşturmaktadır. Olumlu üstduygular boyutu duygusal deneyime yönelik kabul edici ve sürdürücü bir tutumu, Olumsuz üstduygular boyutu ise reddedici ve kaçınmacı bir tutumu temsil etmektedir. Her iki yapıda ölçeğin toplam puanı hesaplanmamaktadır (69).

Bu ölçek 2018 yılında Duman tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bireylerin temel duygularına karşı yaptıkları değerlendirmeler sonucunda duygularını olumlu üstduygular (1,3,6,8,9,11,14,16,19,20,21,25) (12 madde) ve olumsuz üstduygular (2,4,5,7,10,12,13,15,17,18,22,23,24) (13 madde) olarak ölçen orijinal formundan üç maddenin çıkartılmasıyla oluşturdukları 25 maddelik kendini bildirim ölçeğidir. Her madde 1-6 arası puan almakta ve toplam puan ile üstduygular puanı elde edilmektedir. Mitmansgruber ve arkadaşlarının çalışmasına paralel olarak, olumlu üstduyguların birincil duygulara karşı kabul içeren bir tutumu, olumsuz üstduyguların da reddedici bir tutumu yansıttığı belirtilmiştir (137).

Tablo 1'de, altı farklı alt boyut (Şefkat, Öfke, İlgi, Utanç, Kontrol, Bastırma) ve bu boyutlara ait maddelerin madde-kalan korelasyonları ile Cronbach's alfa değerleri yer almaktadır. Şefkat boyutu altında yer alan maddelerin madde-kalan korelasyon değerleri 0.476 ile 0.715 arasında değişmektedir. Bu boyutun toplam Cronbach's alfa değeri 0.819 olup, maddeler çıkarıldığında alfa değerleri 0.771 ile 0.813 arasında değişmektedir. Bu sonuçlar, Şefkat boyutunun genel olarak yüksek iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir.

Öfke boyutu, 0.528 ile 0.654 arasında değişen madde-kalan korelasyonlarına sahiptir ve toplam Cronbach's alfa değeri 0.783'tür. Bu boyutta, maddeler çıkarıldığında alfa değerleri 0.695 ile 0.761 arasında değişmektedir. Bu durum, Öfke boyutunun makul düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğuna işaret etmektedir.

İlgi boyutunun madde-kalan korelasyonları 0.255 ile 0.697 arasında değişirken, toplam Cronbach's alfa değeri 0.727'dir. Maddeler çıkarıldığında alfa değerleri 0.611 ile 0.796 arasında değişmektedir. Bu bulgular, İlgi boyutunun iç tutarlılığının değişkenlik gösterdiğini göstermektedir. Özellikle 16 numaralı maddenin gözden geçirilmesinin gerekebileceğine işaret etmektedir.

Utanç boyutunda yer alan maddelerin madde-kalan korelasyonları 0.481 ile 0.595 arasında değişmekte ve toplam Cronbach's alfa değeri 0.731'dir. Maddeler çıkarıldığında alfa değerleri 0.627 ile 0.694 arasında değişmektedir, bu da boyutun ortalama düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir.

Kontrol boyutu, 0.185 ile 0.405 arasında değişen madde-kalan korelasyonlarına ve 0.496 olan toplam Cronbach's alfa değerine sahiptir. Maddeler çıkarıldığında alfa değerleri 0.315 ile 0.509 arasında değişmektedir. Bu sonuçlar, Kontrol boyutunun düşük iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir.

Son olarak, Bastırma boyutu tek maddeden oluştuğu için bu boyut için hesaplamalar yapılamamıştır.

Bu analiz, Üstduygu ölçeğinin genel olarak iyi bir iç tutarlılığa sahip olduğunu, ancak bazı boyutların (özellikle Kontrol) daha düşük iç tutarlılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Ölçeğin bu boyutlarının daha detaylı incelenmesi ve gerekirse revize edilmesi gerekebilir.

Tablo 1. Altı farklı alt boyut (Şefkat, Öfke, İlgi, Utanç, Kontrol, Bastırma) ve bu boyutlara ait maddelerin madde-kalan korelasyonları ile Cronbach's alfa değerleri

Madde boyutu ve madde numarası	Madde-kalan korelasyonu	Madde Çıkarıldığında Cronbach's alfa	Cronbach's alfa	Cronbach's alfa (toplam)
ŞEFKAT	1	0.476	0.819	0.623
	3	0.526		
	6	0.496		
	8	0.715		
	9	0.674		
	19	0.526		
	21	0.560		
ÖFKE	2	0.654	0.783	0.623
	4	0.571		
	13	0.612		
	24	0.528		
İLGİ	11	0.431	0.727	0.623
	14	0.697		
	16	0.255		
	20	0.655		
	25	0.607		
UTANÇ	10	0.481	0.731	0.623
	12	0.494		
	15	0.519		
	18	0.595		
KONTROL	5	0.241	0.496	0.623
	7	0.341		
	17	0.405		
	23	0.185		
BASTIRMA	22	-	-	-

Tablo 2'de gösterilmiş olduğu gibi, DFA değerlendirmesi yapısal eşitlik modeli ile değerlendirilmiştir. Model uyum iyiliği ölçütlerine göre, χ^2/df oranı 379/254 olarak hesaplanmıştır, bu yaklaşık 1.49 değerine denk gelmektedir. Genel kabul gören kriterlere göre, bu değer modelin veri setine iyi bir uyum sağladığını göstermektedir,

çünkü χ^2/df oranı 3 veya daha düşük olduğunda model uyumu genellikle iyi olarak değerlendirilir.

Comparative Fit Index (CFI) 0.873 olarak hesaplanmıştır. Bu değer, modelin veriye uyumunun karşılaştırmalı bir ölçüsü olarak değerlendirilir ve genellikle 0.90 veya daha yüksek bir değer, modelin iyi bir uyuma sahip olduğunu gösterir. Bu durumda, 0.873 değeri, modelin makul bir uyuma sahip olduğunu göstermektedir, ancak ideal değerlerin biraz altındadır. Tucker-Lewis Index (TLI) 0.851 olarak bulunmuş olup, genellikle 0.90 veya üzeri bir değer iyi bir model uyumu gösterir. Bu değer, modelin uyumunun makul düzeyde olduğunu, ancak daha iyileştirilebileceğini göstermektedir.

Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) 0.0794 olarak hesaplanmıştır. Bu değer, model hatalarının büyüklüğünü ölçer ve genellikle 0.08 veya daha düşük değerler kabul edilebilir olarak değerlendirilir. Bu durumda, modelin kabul edilebilir bir hata düzeyine sahip olduğu söylenebilir. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) ise 0.0702 olarak bulunmuştur. RMSEA değeri, modelin veriye uyumunu değerlendirmede kullanılır ve ideal olarak 0.05 veya daha düşük bir değer tercih edilir. Elde edilen 0.0702 değeri, modelin uyumunun kabul edilebilir sınırlar içinde olduğunu gösterir.

Özetle bu bulgular, modelin veri setine makul düzeyde uyum sağladığını göstermekle birlikte, CFI ve TLI değerlerinin ideal seviyelerin biraz altında olması, modelin daha fazla iyileştirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. RMSEA ve SRMR değerleri kabul edilebilir sınırlar içindedir, ancak özellikle RMSEA için daha ideal değerlere yaklaşmak tercih edilebilir.

Tablo 2. Altı farklı alt boyut (Şefkat, Öfke, İlgi, Utanç, Kontrol, Bastırma) ve bu boyutlara ait DFA Değerlendirmesi

						RMSEA 90% CI	
χ^2/df	p	CFI	TLI	SRMR	RMSEA	Lower	Upper
379/254	<0.001	0.873	0.851	0.0794	0.0702	0.0551	0.0845

3.4.6. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)

Kişinin kendi duygularını tanıyamaması olarak adlandırılan aleksitimiği araştıran ölçektir. Parker ve Taylor tarafından geliştirilen ölçek beşli likert tipidir ve 1-5 arası puanlanır (138). Toplam 20 maddeden ve üç alt ölçekten oluşmuştur: duyguları tanımada güçlük (1, 3, 6, 7, 9, 13, 14), duyguları belirtmede güçlük (2, 4, 11, 12 ve 17) aşırı dışa dönük düşünme (5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 ve 20). Ölçekten 20-100 arasında puan alınabilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (139).

3.4.7. Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Toplum (KÜDÖ-Toplum)

Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği, kişinin kendisinin ve başkalarının karmaşık ve bütünleşik temsillerinin oluşumuyla ilgili üstbilişsel yeteneklerini ölçen bir derecelendirme ölçeğidir. Semerari tarafından 2003 yılında bulunan ölçek Lysaker tarafından kısaltılmış ve değerlendirilmesinde Indiana Psikiyatrik Değerlendirme Görüşmesi (IPDG) transkriptlerinin incelenmesi için 2005 yılında tekrardan uyarlanmıştır (108,109). IPDG Lysaker tarafından 2002 yılında ruhsal hastalığı olan bireylerde hastalık anlatılarının değerlendirilmesine yönelik düzenlenmiş yarı yapılandırılmış bir görüşmedir. Sorgulayıcı ya da yargılayıcı olmaktan ziyade konuşmaya dayalı olarak geliştirilen sorular, dört bölüm boyunca ilerler. Öncelikle yakınlık kurulur ve katılımcılara genel olarak hayatları hakkında sorular sorulur. İkinci olarak katılımcılara belirgin kriz/zorlanmaları hakkında sorular sorulur. Burada bu sorunlara neyin yol açmış olabileceğini düşündüklerini, bu kriz durumuna sahip olma konusunda ne hissettiklerini, gelecekte ne olacağına inandıklarını tartışmaya teşvik edilir. Üçüncü bölümde katılımcılar yaşadıkları krizlerin yaşamlarını ne ölçüde etkilediği ve nasıl kontrol ettiğini anlatır. Son olarak katılımcılardan gelecekte neyin aynı veya farklı olmasını bekledikleri konusunda yorum yapmaları istenir. IPDG görüşmesi ses kaydına alınır sonrasında transkript edilir ve puanlanır (109).

KÜDÖ dört alt ölçek içerir. Bunlardan ilki, kendi üzerine düşünme, 0 ile 9 arasında değişen puanlarla kişinin kendisi hakkında düşünme yeteneğini ifade eder. İkincisi, ötekilerin Zihinlerini Anlama, başkalarının düşünceleri ve duyguları hakkında düşünme yeteneğini ifade eder. Puanları 0 ile 7 arasında değişir. Üçüncü ölçek olan

merkezileştirmeme, 0 ile 3 arasında puanları değişir ve dünyayı farklı açılardan görebilme yeteneğini (özellikle de başkaları ile kendi zihinsel durumlarını ayırt etme kapasitesi) ifade eder. Dördüncüsü olan yetkinlik, 0'dan 9'a kadar değişen puanlarla sorunlarla başa çıkmak için etkili stratejiler uygulama yeteneğini ifade eder. Tüm ölçekler için daha yüksek puanlar, giderek daha karmaşık hale gelen üstbilgi eylemleriyle meşgul olma kapasitesini gösterir (140). Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması 2023 yılında Sekmek ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (141).

3.4.8. İstatistiksel Yöntemler

İstatistiksel analizler Prof. Dr. Mustafa Uğurlu tarafından yapılmıştır. Bu araştırmada ilk olarak, tanımlayıcı istatistikler aracılığıyla veri setinin temel özellikleri incelenmiştir. Ortalama, standart sapma, medyan ve frekans dağılımları gibi temel istatistiksel ölçütler, her bir değişken için hesaplanarak veri setinin genel yapısını ortaya koymuştur.

Normal dağılım varsayımlarının değerlendirilmesi için Shapiro-Wilk testi kullanılmış ve kurtosis ile skewness değerleri hesaplanarak değişkenlerin dağılım şekilleri analiz edilmiştir.

Araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiler, ikili ve çoklu karşılaştırma teknikleri ile incelenmiştir. İkili karşılaştırmalarda ki-kare, T-testi ve çoklu karşılaştırmalarda ANOVA testleri uygulanmıştır. Ancak, verilerin normal dağılmadığı durumlarda, Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H testi gibi non-parametrik testler tercih edilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkilerin şiddeti ve yönü, Pearson veya Spearman korelasyon analizleri ile değerlendirilmiştir.

Araştırmanın önemli bir bölümünü oluşturan yol analizinde, model uyum iyiliği kriterleri olarak χ^2/df , RMSEA, CFI ve TLI değerleri kullanılmıştır. Bu kriterlere göre kabul edilebilir değerler şu şekildedir: $\chi^2/df < 3$, $RMSEA \leq 0.08$, CFI ve TLI $> 0,90$ Bu değerler, analiz edilen modelin verilere ne derecede iyi uyduğunu değerlendirmede kullanılmıştır. Son olarak, Üst Duygu Ölçeği'nin yapısal geçerliliğini değerlendirmek için Doğrulayıcı Faktör Analizi (CFA) yapılmıştır. Tüm analizler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) ve Jamovi programı kullanılarak yürütülmüştür.

Analizlerde istatistiksel anlamlılık için eşik değer $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER

Çalışmaya 100 meme kanseri tanılı hasta ve 74 sağlıklı kadın kontrol dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan tüm katılımcıların sosyodemografik, özgeçmiş, soygeçmiş özellikleri Tablo 3'te özetlenmiştir. Kontrol grubunun yaş ortalaması 51,54±6,39, hasta grubunun yaş ortalaması 53,28±8,88 olup, çalışmaya katılan sağlıklı kontrol ve meme kanseri tanılı hasta grupları arasında yaş, medeni durum, öğrenim süresi, ailedeki kişi sayısı, menopoz durumu, daha önceki psikiyatrik hastalık öyküsü, kronik hastalık varlığı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü yönünden anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05).

Çalışma durumu açısından sağlıklı kontrol grubunda %86,5'i çalışırken, meme kanseri tanılı hastaların %11'inin çalışmaktadır (p=0,01). Katılımcılar eş çalışma durumu bakımından kıyaslandığında kontrol grubunun %71,9'unun eşinin çalıştığı, meme kanseri hastalarında %52,30'unun eşinin çalıştığı gözlemlendi (p=0,015). Yaşanılan yer bakımından sağlıklı kontrol grubunun %94,60'sı şehir merkezinde yaşarken, meme kanseri tanılı hastaların %83,00'ü şehir merkezinde yaşamaktadır (p=0,02). Aylık gelir bakımından kontrol grubunun %4'ü düşük, %73'ü orta gelire sahipken, meme kanseri tanılı hastaların %17'si düşük, %77'si orta gelire sahip olduğu görüldü (p=0.00). Katılımcılar sigara kullanımı bakımından karşılaştırıldığında kontrol grubunun %22'sinin, meme kanseri tanılı hastaların ise %16'sinin sigara kullanımının olduğu gözlemlendi (p=0.041).

Tablo 3. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik, Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özellikleri

	Kontrol Sayı (%)	Meme Kanseri Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	p
Yaş (Ortalama±SS)**	51,54±6,39	53,28±8,88	52,54±7,94	0,107
Medeni Durum				
Bekar	10 (%13,5)	17 (%17)	27 (%15,50)	0,673
Evli	64 (%86,5)	83 (%83)	147 (%84,5)	
Öğrenim Süresi (Yıl) (Ortalama±SS)	10,90±4,01	10,02±3,58	10,39±3,78	0,116

Tablo 3. (Devamı) Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik, Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özellikleri

		Kontrol Sayı (%)	Meme Kanseri Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	P
Öğrenim Durumu	İlkokul	15 (%20.3)	18 (%18.0)	33 (%19)	0,02*
	Ortaokul	15 (%20.3)	34 (%34.0)	49 (%28)	
	Lise	17 (23.0%)	30 (%30.0)	47 (%27)	
	Ön lisans	12 (16.2%)	4 (%4)	16 (%9,2)	
	Üniversite	15 (%20.3)	14 (%14)	29 (%16,7)	
Sigara Kullanımı	Yok	52(%70,30)	84 (%84)	136 (%78,1)	0,041*
	Var	22 (%29,70)	16 (%16)	38 (%21,8)	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	10 (%13,5)	89 (%89.0)	148 (%85.1)	0,01*
	Çalışıyor	64 (%86,5)	11 (%11.0)	26 (%14.9)	
Eş Çalışma Durumu	Çalışmıyor	18 (%28,10)	41 (%47,70)	59 (%39,30)	0,015*
	Çalışıyor	46 (%71,90)	45 (%52,30)	91 (%60,70)	
Ailedeki Kişi Sayısı (Ortalama±SS)**		3,29±1,00	3,16±1,34	3,21±1,21	0,242
Yaşanılan Yer*	Köy-İlçe	4 (%5,40)	17 (%17,00)	21 (%12,10)	0,02*
	Şehir Merkezi	70 (%94,60)	83 (%83,00)	153 (%87,90)	
Aylık Gelir	Düşük	3 (%4,00)	17 (%17,00)	20 (%11,50)	0,00*
	Orta	54 (%73,00)	77 (%77,00)	131 (%75,30)	
	Yüksek	17 (%23,00)	6 (%6,00)	23 (%13,20)	
Menopoz Durumu	Yok	37 (%50,00)	56 (%56,00)	93 (%53,40)	0,433
	Var	37 (%50,00)	44 (%44,00)	81 (%46,60)	
Daha Önceki Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Yok	54 (%73,00)	71 (%71,00)	125 (%71,80)	0,775
	Var	20 (%27,00)	29 (%29,00)	49 (%28,20)	
	Depresyon	6 (%8,10)	16 (%16,00)	22 (%12,60)	
	Anksiyete Bozukluğu	13 (%17,60)	11 (%11,00)	24 (%13,80)	
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	1 (%1,40)	2 (%2,00)	3 (%1,70)	
Kronik Hastalık Varlığı	Yok	37 (%50.0)	36 (%36.0)	73 (%42.0)	0,064
	Var	37 (%50.0)	64 (%64.0)	101 (%58.0)	
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Yok	64 (%86,50)	88 (%88,00)	152 (%87,40)	0,766
	Var	10 (%13,50)	12 (%12,00)	22 (%12,60)	
Ailede Psikiyatrik Hastalık Tanısı	Depresyon	3 (%4,10)	3 (%3,00)	6 (%3,40)	
	Anksiyete Bozukluğu	4 (%5,40)	1 (%1,00)	5 (%2,90)	
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	1 (%1,40)	0 (%0,00)	1 (%0,60)	
	Panik Bozukluk	1 (%1,40)	0 (%0,00)	1 (%0,60)	
	Bipolar Bozukluk	1 (%1,40)	2 (%2,00)	3 (%1,70)	
	Psikotik Bozukluk	0 (%0,00)	6 (%6,00)	6 (%3,40)	

**: Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Diğer durumlarda Ki-Kare Testi kullanılmıştır. *: p<0.05;

Meme kanseri tanılı hastaların klinik özelliklerinin değerlendirilmesinde; tanıda 29 hastanın (%29) evre 1, 53 hastanın (%53) evre 2, 18 hastanın (%18) ise evre 3 meme kanseri olduğu görülmüştür. 9 hasta (%9) lumpektomi, 55 hasta (%55) parsiyel mastektomi 36 hasta (%36) ise total mastektomi ameliyatı olmuştur. Kalan meme dokusu değerlendirilmesinde 64 (%64) hastada meme koruyucu cerrahi uygulandığı, 34 (%34) hastada ise meme dokusunun kaybının mevcut olduğu görüldü. Hastaların tanı aldıktan sonra geçen süre ortalama $27,74 \pm 17,61$ ay olup, en sık uygulanan tedavinin kemoterapi, radyoterapi ve hormonoterapi tedavi kombinasyonu olduğu tespit edildi. Hastalarda radyoterapi alma sıklığı %76, kemoterapi alma sıklığı %76, hormonoterapi alma sıklığı %82'dir.

Otuz dört hastanın (%34) ailesinde meme kanseri öyküsü mevcut olup 13 hastada (%13) ise ailede meme kanserinden ölüm öyküsü mevcuttur. Hastaların hastalıklarına yönelik tanı ve tedavi özellikleri Tablo 4'te özetlenmiştir.

Tablo 4. Meme Kanseri Tanılı Hastaların Tanı ve Tedavi Özellikleri

		n	%
Evre	1	29	%29
	2	53	%53
	3	18	%18
Ameliyat Tipi	Lumpektomi	9	%9
	Parsiyel Mastektomi	55	%55
	Total Mastektomi	36	%36
Meme Durumu	Meme Koruyucu Cerrahi	64	%64
	Total Mastektomi	36	%36
Ailede Meme Kanseri Öyküsü	Yok	66	%66
	Var	34	%34
Ailede Meme Kanserinden Ölüm Öyküsü	Yok	87	%87
	Var	13	%13
Tedavi	Kemoterapi	7	%7
	Radyoterapi	3	%3
	Hormonoterapi	6	%6
	KT+RT+Hormonoterapi	46	%46
	KT+Hormonoterapi	11	%11
	KT+RT	12	%12
	RT+Hormonoterapi	15	%15
Kemoterapi	Yok	24	%24
	Var	76	%76
Radyoterapi	Yok	24	%24
	Var	76	%76
Hormonoterapi	Yok	18	%18
	Var	82	%82
Tanıdan sonra geçen süre (Ay) (Ortalama±SS)		27,74±17,61	
KT: Kemoterapi; RT: Radyoterapi			

4.2. PSİKOMETRİK DEĞERLENDİRMELER

Katılımcılardan meme kanseri tanıli hastalara uygulanan HAD, ÜDÖ, KÜDÖ, OEÖ-G, TSBE, TAÖ ve sağlıklı kadın kontrol grubuna uygulanan HAD, ÜDÖ ve KÜDÖ klinik ölçeklerine ait veriler Tablo 5 ve Tablo 6’da özetlenmiştir.

Meme kanseri tanıli hastaların ve kontrol grubunun HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon ortalama puanları kesme değeri olarak belirlenen 8’in altındadır. Hasta grubunda HAD-Depresyon ortalama puanı $2,64 \pm 2,68$ olarak, kontrol grubunda ise $4,34 \pm 2,51$ bulunmuştur. HAD-Anksiyete hasta grubunda ortalama puan $3,59 \pm 2,25$, kontrol grubunda ise $5,51 \pm 2,86$ olarak saptanmıştır. Her iki grupta da klinik tanı olarak majör depresif bozukluk ya da anksiyete bozukluğu olmasa da ortalama puanlar açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmış olup hasta grubunun HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon puanları daha düşüktür ($p < 0,001$).

Hastaların ÜDÖ-Olumlu ortalama puanlarının kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu ($p < 0,001$). ÜDÖ-Olumsuz puanları hasta grubunda kontrol grubuna göre daha düşük olmasına rağmen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0,05$) (Şekil 2).

ÜDÖ alt ölçeklerinin değerlendirilmesinde, hastaların ÜDÖ-Şefkat ortalama puanının, kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı yüksek bulunduğu görüldü ($p < 0,001$). Hastaların ÜDÖ-İlgi puan ortalamasının da kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunduğu bulundu ($p < 0,001$). ÜDÖ-Öfke, ÜDÖ-Düşünce kontrolü, ÜDÖ-Bastırma ve ÜDÖ-Utanç açısından kontrol ve meme kanseri grubunda ise gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark izlenmemiştir ($p = 0,183$, $p = 0,661$, $p = 0,769$, $p = 0,233$).

Hastaların KÜDÖ-Kendi zihnini anlama alt ölçeği ortalama puanının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu görüldü ($p < 0,001$).

Hastaların KÜDÖ-Ötekilerin zihnini anlama alt ölçeğinde ortalama puan ortalamasının da kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu bulundu ($p < 0,001$).

KÜDÖ-Merkezileştirmeme alt ölçeği ortalama puanları karşılaştırıldığında hasta grubunun ortalama puanının kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu gösterildi ($p<0.001$).

Hastaların KÜDÖ-Yetkinlik alt ölçeğinde ortalama puanı kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0.001$).

KÜDÖ-Toplam puanlarının ortalaması karşılaştırıldığında hasta grubunun istatistiksel anlamlı olarak kontrol grubuna kıyasla daha yüksek ortalamaya sahip olduğu bulundu ($p<0.001$) (Şekil 3).

Tablo 5. Tüm Katılımcılara Uygulanan Klinik Ölçek Puanların Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu	Meme Kanseri Tanılı Hasta Grubu	p
	Ortalama+SS	Ortalama+SS	
HAD-Depresyon	4,34±2,51	2,64±2,68	<0,001*
HAD-Anksiyete	5,51±2,86	3,59±2,75	<0,001*
ÜDÖ-Olumlu	47,5±9,3	58,95±8,045	<0,001*
ÜDÖ-Olumsuz	42,37±11,70	40,22±11,63	0,291
ÜDÖ-Öfke	13,35 ± 4,37	12,34 ± 4,5	0,183
ÜDÖ-Kontrol	12,93 ± 3,86	12,6 ± 3,79	0,661
ÜDÖ-Bastırma	2,62±1,56	2,65 ± 1,5	0,769
ÜDÖ-Utanç	13,56 ± 4,60	12,6 ± 4,46	0,233
ÜDÖ-Sefkat	26,97 ± 6,57	32,93 ± 5,82	<0,001*
ÜDÖ-İlgi	20,32 ± 4,21	25,89 ± 3,32	<0,001*
KÜDÖ-K	8,11±0,20	8,52±0,28	<0,001*
KÜDÖ-Ö	5,96±0,29	6,33±0,33	<0,001*
KÜDÖ-M	2,05±0,14	2,4±0,31	<0,001*
KÜDÖ-Y	8,03±0,31	8,6±0,32	<0,001*
KÜDÖ-TOT	24,14±0,7	25,85±1,0	<0,001*
Mann Whitney U testi kullanılmıştır. SS: Standart sapma *:p<0,05 HAD: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği; ÜDÖ: Üstduygu Ölçeği; KÜDÖ-K: Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Kendi Zihnini Anlama; KÜDÖ-Ö: Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Ötekilerin Zihnini Anlama; KÜDÖ-M: Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği- Merkezileştirmeme; KÜDÖ-Y: Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Yetkinlik; KÜDÖ-TOT: Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Total			

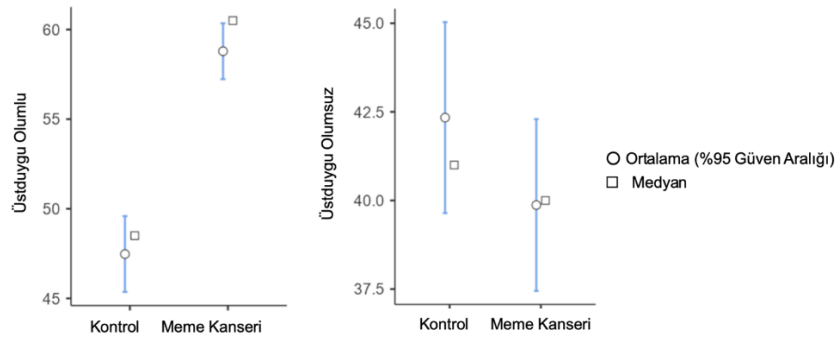
Hastaların OEÖ-G toplam puan ortalaması $31,59 \pm 11,02$; kaçınma alt ölçeğinde $13,56 \pm 4,94$; yeniden yaşama alt ölçeğinde $10,17 \pm 4,84$; aşırı uyarılmışlık alt ölçeğinde ise $7,86 \pm 5,04$ olarak tespit edildi.

Hasta grubunda toplam TSBE puan ortalaması $76,82 \pm 12,74$; benlik algısında değişim alt ölçeğinde $39,29 \pm 6,31$; yaşam felsefesinde değişim alt ölçeğinde $22,3 \pm 5,10$; başkalarıyla ilişkilerde değişim alt ölçeğinde ise $15,23 \pm 4,79$ olarak bulundu.

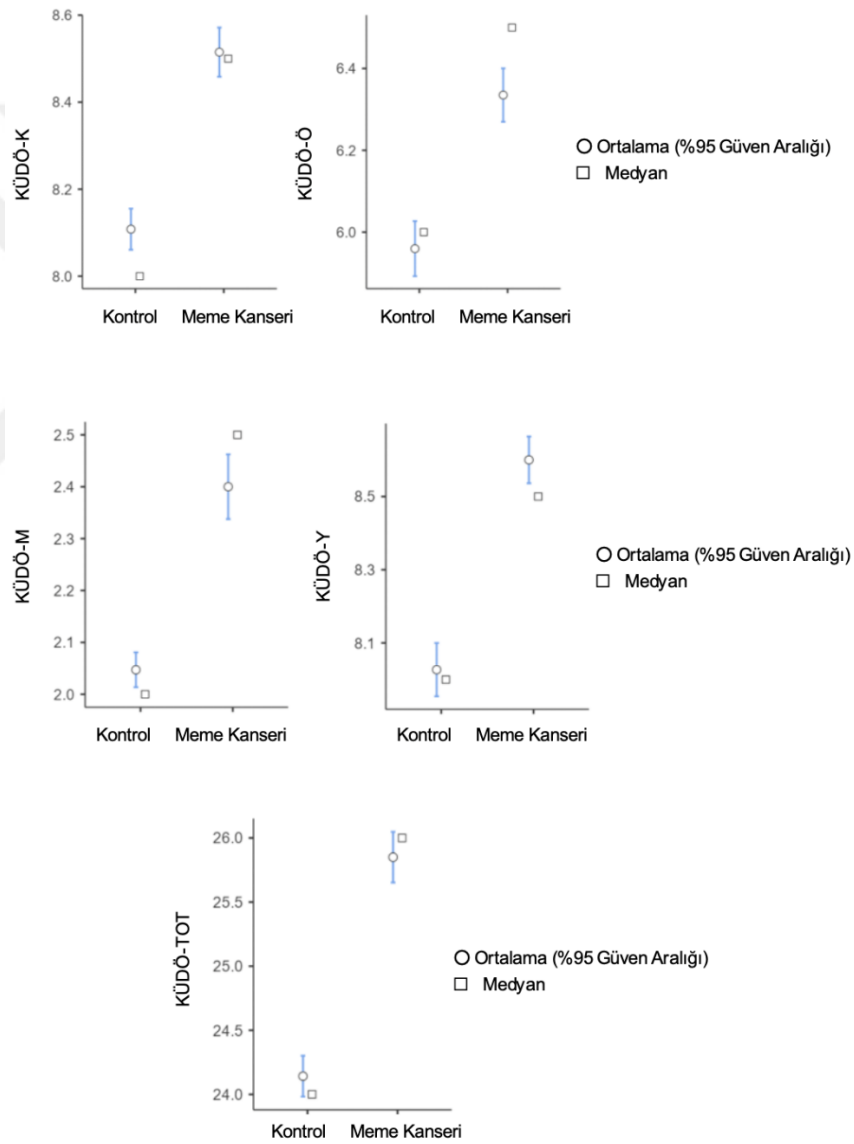
Hastaların TAÖ toplam puan ortalaması $46,50 \pm 3,70$; duyguları tanıma alt ölçeğinde $10,32 \pm 4,06$; duyguları belirtme alt ölçeğinde $10,21 \pm 2,47$; aşırı dışa dönük düşünme alt ölçeğinde ise $26,04 \pm 3,80$ olarak saptandı. Hasta grubunun TAÖ puanları değerlendirildiğinde hastaların aleksitimilerinin olmadığı görüldü.

Tablo 6. Meme Kanseri Tanılı Hastaların Olayların Etkisi Ölçeği, Travma Sonra Büyüme Envanteri, Toronto Aleksitimi Ölçeği Puanları

	Ortalama $\pm$ SS	Minimum	Maksimum
OEÖ-G Kaçınma	$13,56 \pm 4,94$	5	41
OEÖ-G Yeniden yaşama	$10,17 \pm 4,84$	3	22
OEÖ-G Aşırı uyarılmışlık	$7,86 \pm 5,04$	1	21
OEO Toplam	$31,59 \pm 11,02$	13	76
TSBE Benlik algısında değişim	$39,29 \pm 6,31$	15	49
TSBE Yaşam felsefesinde değişim	$22,3 \pm 5,10$	4	30
TSBE Başkalarıyla ilişkilerde değişim	$15,23 \pm 4,79$	1	35
TSBE Toplam	$76,82 \pm 12,74$	20	101
TAÖ Duyguları tanıma	$10,32 \pm 4,06$	6	25
TAÖ- Duyguları belirtme	$10,21 \pm 2,47$	4	19
TAÖ-Aşırı dışa dönük düşünme	$26,04 \pm 3,80$	17	34
TAÖ-Toplam	$46,50 \pm 3,70$	38	60
SS: Standart sapma OEÖ-G: Olayların Etkisi Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu; TSBE: Travma Sonrası Büyüme Envanteri; TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği			



Şekil 2. Üstduygu Ölçeği Olumlu ve Olumsuz puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması



Şekil 3. Kısaltılmış-Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği (KÜDÖ) puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması

Meme kanseri hastaları sosyodemografik özelliklerine göre OEÖ-G puanlarının karşılaştırılması Tablo 7’de verilmiştir. Buna göre evli hastaların OEÖ-G kaçınma, OEÖ-G yeniden yaşama, OEÖ-G aşırı uyarılmışlık puan ortalamalarının her biri ve OEÖ-G toplam puan ortalaması bekâr hastalara kıyasla yüksek olmakla birlikte farklılıklar istatistiksel olarak anlamlılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Çalışan hastalarda OEÖ-G toplam puan ortalaması ve alt ölçeklerin puan ortalamaları çalışmayanlara göre yüksek olmakla birlikte iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark mevcut değildir ($p>0,05$).

Şehir merkezinde yaşayan hastaların OEÖ-G yeniden yaşama, OEÖ-G aşırı uyarılmışlık ve OEÖ-G toplam puanı ortalamaları köy-ilçede ikamet eden hastalara kıyasla daha düşük olup farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,003$, $p=0,01$, $p=0,04$). OEÖ-G kaçınma alt ölçeğinde ise yine şehir merkezinde yaşayan hastalar daha düşük puan ortalamasına sahip olmakla birlikte istatistiksel anlamlı farklılık mevcut değildir ($p>0,05$).

Eşlerin çalışma durumuna göre gruplar kıyaslandığında eşleri çalışan hastaların, OEÖ-G yeniden yaşama, OEÖ-G aşırı uyarılmışlık puanlarının her biri ve OEÖ-G toplam puan ortalamaları eşleri çalışmayan hastalarla kıyaslandığında daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı fark mevcut değildir ($p>0,05$). OEÖ-G kaçınma puanı ortalaması ise eşleri çalışmayan hastalarda daha yüksek olup yine aradaki fark istatistiksel anlamlılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Hastalar gelir gruplarına göre düşük, orta ve yüksek olarak ayrıldığında OEÖ-G puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark mevcut değildir ($p>0,05$).

Tablo 7. Meme Kanseri Tanılı Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Olayların Etkisi Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu Sonuçlarının Karşılaştırılması

		OEÖ-G Kaçınma		OEÖ-G Yeniden Yaşama		OEÖ-G Aşırı Uyarılmışlık		OEO Toplam	
		Ortalama±SS	p	Ortalama±SS	p	Ortalama±SS	p	Ortalama±SS	p
Medeni Durum	Bekar	12,52±4,45	0,464	9,52±5,08	0,426	7,64±4,99	0,887	29,7±11,06	0,385
	Evli	13,77±5,02		10,3±4,8		7,90±5,07		31,97±11,03	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	13,46±4,95	0,51	9,97±4,66	0,392	7,80±5,15	0,536	31,24±11,08	0,335
	Çalışıyor	14,36±4,9		11,72±6,06		8,27±4,17		34,36±10,50	
Yaşanılan Yer	Köy-İlçe	15,05±7,8	0,587	13±3,39	0,003*	11±5,71	0,01*	39,05±12,56	0,04*
	Şehir Merkezi	13,25±4,11		9,59±4,89		7,21±4,67		30,06±10,08	
Eş Çalışma Durumu	Çalışmıyor	14,87±5,81	0,106	9,58±4,52	0,13	7,63±5,18	0,456	32,09±11,81	0,716
	Çalışıyor	13,02±3,96		11,11±4,90		8,4±5,14		32,53±10,5	
Gelir	Düşük	13,29±3,78	0,756	12±5	0,09	9,64±4,84	0,176	34,94±8,63	0,126
	Orta	13,45±5,25		9,58±4,61		7,45±5,03		30,58±11,33	
	Yüksek	14,5±3,88		12,5±6,02		8±5,32		35±11,94	
Mann Whitney U testi kullanılmıştır. *:p<0,05 SS: Standart sapma OEÖ-G: Olayların Etkisi Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu									

Hastaların Travma Sonrası Büyüme Envanteri puanları sosyodemografik özellikleri ile birlikte Tablo 8’de verilmiştir. Evli hastaların TSBE-Benlik algısında değişim, TSBE-Başkalarıyla ilişkilerde değişim ve TSBE-Toplam puan ortalamaları bekâr hastalara kıyasla yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). TSBE-Yaşam felsefesinde değişim ölçeğinde ise her iki grup yaklaşık aynı puan ortalamasına sahiptir.

TSBE-Başkalarıyla ilişkilerde değişim ve TSBE-Toplam puan ortalamaları çalışmayan hastalarda çalışanlara göre daha yüksek olup fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,003$, $p=0,041$). Çalışmayan hastalarda TSBE-Benlik algısında değişim ve TSBE-yaşam felsefesinde değişim puan ortalamaları çalışanlara göre daha yüksek olmakla birlikte iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark mevcut değildir ($p>0,05$).

Köy veya ilçede yaşayan hastaların TSBE-Benlik algısında değişim, TSBE-Başkalarıyla ilişkilerde değişim ve TSBE-Toplam puan ortalamaları şehir merkezinde yaşayan hastalara kıyasla daha yüksek olup farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). TSBE-Yaşam felsefesinde değişim puan ortalamalarında ise şehir merkezinde yaşayan hastalarda daha yüksek olup yine fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Eşlerin çalışma durumuna göre gruplar kıyaslandığında TSBE-Benlik algısında değişim ve TSBE-Yaşam felsefesinde değişim ölçeklerinin ortalamaları her iki grupta benzer olmakla birlikte TSBE-Başkalarıyla ilişkiler ve TSBE-Toplam puan ortalamaları eşleri çalışmayan hastalarda çalışan hastalara kıyasla daha yüksekti. Ancak bu farklılık istatistiksel anlamlılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Hastalar gelir gruplarına göre düşük, orta ve yüksek olarak ayrıldığında TSBE alt ölçekler ve toplam puan ortalamalarında gruplar arasında düşük gelir grubundan yükseğe doğru puan ortalamalarında düşüş görülmekle birlikte aralarında istatistiksel anlamlı fark mevcut değildir ($p>0,05$).

Tablo 8. Meme Kanseri Tanılı Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması

		TSBE Benlik Algısında Değişim		TSBE Yaşam Felsefesinde Değişim		TSBE Başkalarıyla İlişkilerde Değişim		TSBE Toplam	
		Ortalama±SS	p	Ortalama±SS	p	Ortalama±SS	p	Ortalama±SS	p
Medeni Durum	Bekar	38,23±5,66	0,256	22,76±4,32	0,989	14,76±4,49	0,632	75,76±10,77	0,403
	Evli	39,5±6,44		22,2±5,26		15,32±4,86		77,03±13,15	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	39,75±5,68	0,196	22,53±4,79	0,307	15,75±4,5	0,003*	78,04±11,2	0,041*
	Çalışıyor	35,54±9,65		20,36±7,1		11±5,13		66,9±19,51	
Yaşanılan Yer	Köy-İlçe	40,23±8,16	0,184	21,82±4,82	0,581	16,17±5,29	0,4	78,23±16,10	0,301
	Şehir Merkezi	39,09±5,9		22,39±5,17		15,03±4,68		76,53±12,03	
Eş Çalışma Durumu	Çalışmıyor	39,9±6,93	0,247	22,48±4,68	0,938	16,41±5,26	0,243	78,8±13,03	0,222
	Çalışıyor	39,48±5,96		22,15±5,71		14,44±4,34		76,08±13,21	
Gelir	Düşük	41,05±6,10	0,081	22,52±4,58	0,881	16,17±4,96	0,486	79,76±12,66	0,152
	Orta	39,33±5,85		22,50±4,72		15,25±4,59		77,1±11,29	
	Yüksek	33,66±10,01		19±9,75		12,16±6,24		64,83±23,63	
Mann Whitney U testi kullanılmıştır. *:p<0,05 SS: Standart sapma TSBE:Travma Sonrası Büyüme Envanteri									

Hastaların OEÖ-G puanları klinik tanı ve tedavi özelliklerine göre incelendiğinde, Evre 3 hasta grubunun OEÖ-G kaçınma, OEÖ-G yeniden yaşama, OEÖ-G aşırı uyarılmışlık puanlarının her biri ve OEÖ-G toplam puan ortalamalarının Evre 1 ve Evre 2 hastalara kıyasla daha düşük olduğu görülmekle birlikte gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Geçirilen ameliyata göre hastalar gruplandırıldığında ise mastektomi hastalarının OEÖ-G kaçınma, OEÖ-G aşırı uyarılmışlık puanlarının her biri ve OEÖ-G toplam puan ortalamalarının lumpektomi ve parsiyel mastektomi grubuna göre daha düşük olduğu görülmekle birlikte gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Geçirilen cerrahi türüne göre bakıldığında total mastektomi hastalarının meme koruyucu cerrahi geçiren hastalara göre OEÖ-G kaçınma puan ortalaması daha düşük olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,02$). Diğer alt ölçeklerde ve OEÖ-G toplam puan ortalamasında ise istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Hastalar aldıkları tedavilere göre gruplandırıldığında hormonoterapi alan hastaların almayanlara göre OEÖ-G kaçınma puan ortalaması daha düşük olup istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($p=0,022$). Diğer alt ölçeklerde ve OEÖ-G toplam puan ortalamalarında ise yine hormonoterapi alanların puanları düşük olmakla birlikte istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). Kemoterapi ve radyoterapi alma durumuna göre karşılaştırma yapıldığında ise OEÖ-G kaçınma, OEÖ-G yeniden yaşama, OEÖ-G aşırı uyarılmışlık puanlarının her biri ve OEÖ-G toplam puan ortalamalarında gruplar arası istatistiksel fark mevcut değildir ($p>0,05$).

Hastaların menopoz durumları değerlendirilip buna göre gruplandırma yapıldığında menopozdaki hastaların OEÖ-G kaçınma, OEÖ-G yeniden yaşama ve OEÖ-G toplam puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür. Ancak istatistiksel anlamlılık göstermediği görülmüştür ($p>0,05$).

Hastaların özgeçmişleri değerlendirildiğinde daha önceden psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastaların, OEÖ-G aşırı uyarılmışlık puan ortalamaları, önceden psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan hastalara göre daha yüksek olup istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0,016$). Kronik hastalığı olan hastalarinsa OEÖ-G kaçınma, OEÖ-G aşırı uyarılmışlık puanlarının her biri ve OEÖ-G toplam puan

ortalamları olmayanlara göre daha yüksek olup fark istatistiksel olarak anlamlılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Soygeçmiş özelliklerinde ailesinde meme kanseri olan hastaların OEÖ-G kaçınma, OEÖ-G yeniden yaşama, OEÖ-G aşırı uyarılmışlık puanlarının her biri ve OEÖ-G toplam puan ortalamalarının olmayanlara göre daha düşük olduğu görülmüş olup OEÖ-G aşırı uyarılmışlık puanı için fark istatistiksel anlamlılık göstermektedir ($p=0,044$). Ailede meme kanserinden ölüm incelendiğinde ise OEÖ-G alt ölçekleri ve toplam puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık izlenmemiştir ($p>0,05$). Bulgular Tablo 9 'da özetlenmiştir.

Tablo 9. Meme Kanseri Tanılı Hastaların Tanı ve Tedavi Özelliklerine Göre Olayların Etkisi Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu Sonuçlarının Karşılaştırılması

		OEÖ-G Kaçınma		OEÖ-G Yeniden Yaşama		OEÖ-G Aşırı Uyarılmışlık		OEÖ-G Toplam	
		Ortalama±SS	p	Ortalama ±SS	p	Ortalama±SS	p	Ortalama±SS	p
Evre	1	14,62±3,87		9,96±4,82		8,13±5,11		32,72±8,91	
	2	13,35±5,76	0,132	10,69±5,00	0,471	7,77±5,09	0,928	31,83±12,18	0,398
	3	12,44±3,46		8,94±4,31		7,66±5,00		29,05±10,6	
Ameliyat	Lumpektomi	13,33±4,52		12,77±5,62		11,22±6,74		37,33±11,65	
	Parsiyel Mastektomi	14,12±3,84	0,06	9,54±4,54	0,237	7,61±4,53	0,235	31,29±9,82	0,219
	Mastektomi	12,75±6,34		10,47±4,95		7,38±5,14		30,61±12,4	
Meme Durumu	Meme koruyucu Cerrahi	14,01±3,91	0,02*	10,00±4,79	0,743	8,12±5,00	0,34	32,14±10,21	0,335
	Mastektomi	12,75±6,34		10,47±4,95		7,38±5,14		30,61±12,4	
KT	Yok	13,58±3,51	0,795	9,29±4,87	0,308	7,12±4,28	0,604	30,00±8,59	0,482
	Var	13,55±5,32		10,44±4,82		8,09±5,25		32,09±11,68	
RT	Yok	13,87±4,82	0,653	11,2±4,89	0,199	7,5±4,53	0,836	32,58±9,92	0,401
	Var	13,46±4,99		9,84±4,8		7,97±5,21		31,27±11,38	
Hormonoterapi	Yok	16,55±7,46	0,022*	10,55±4,01	0,485	8,11±5,5	0,871	35,22±13,44	0,222
	Var	12,90±3,95		10,08±5,01		7,8±4,96		30,79±10,33	
Menapoz Durumu	Yok	13,66±5,49	0,958	10,83±4,79	0,094	7,83±5,17	0,884	32,33±11,83	0,659
	Var	13,43±4,17		9,31±4,80		7,88±4,92		30,63±9,92	
Sigara	Yok	13,82±5,1	0,243	9,58±4,59	0,009*	7,61±4,9	0,334	31,02±10,84	0,259
	Var	12,18±3,74		13,25±5,05		9,12±5,7		34,56±11,76	
Daha Önceki Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Yok	13,6±5,52	0,784	9,68±4,68	0,264	7,12±4,8	0,016*	30,52±11,23	0,978
	Var	13,44±3,12		11,1±5,15		9,65±5,23		34,20±10,18	
Kronik Hastalık Varlığı	Yok	12,5±3,78	0,228	10,36±4,41	0,562	7,44±5,32	0,336	30,3±10,66	0,547
	Var	14,15±5,41		10,06±5,08		8,09±4,90		32,31±11,22	
Ailede Meme Kanseri Öyküsü	Yok	14,24±5,32	0,055	10,28±4,84	0,696	8,54±5,15	0,044*	33,07±11,51	0,063
	Var	12,23±3,82		9,94±4,88		6,52±4,58		28,70±9,48	
Ailede Meme Kanserinden Ölüm	Yok	13,68±5,09	0,571	9,95±4,78	0,26	7,71±4,92	0,568	31,35±10,94	0,648
	Var	12,69±3,79		11,61±5,1		8,84±5,85		33,15±11,79	
Mann Whitney U testi kullanılmıştır. *: $p<0,05$ OEÖ-G: Olayların Etkisi Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu; KT:Kemoterapi; RT:Radyoterapi									

Hastaların Travma Sonrası Büyüme Envanteri sonuçları klinik tanı ve tedavi özelliklerine göre incelendiğinde (Tablo 10), Evre 3 hasta grubunun TSBE benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim ve TSBE toplam puan ortalamaları Evre 1 ve Evre 2 hastalara kıyasla daha yüksek olup, TSBE başkalarıyla ilişkilerde değişim sonuçları her üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,015$). Yapılan Post-Hoc analizinde TSBE toplam puan ortalaması Evre 1 hastaların Evre 2 ve Evre 3'e göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur ($p_1=0,007$, $p_2=0,023$).

Geçirilen ameliyata göre hastalar lumpektomi, parsiyel mastektomi ve total mastektomi şeklinde gruplandırıldığında TSBE yaşam felsefesinde değişim puanının gruplar arasında istatistiksel farklılık gösterdiği görülmüştür ($p=0,002$). TSBE yaşam felsefesinde değişim puan ortalaması lumpektomi grubunda $17,66\pm4,71$, parsiyel mastektomi grubunda $23,7\pm3,94$ olup yapılan Post-Hoc analizinde gruplar arası farkın bu iki grup arasından kaynaklandığı görülmektedir ($p=0,001$).

Meme kaybı olan hastaların meme dokusu korunmuş hastalara göre TSBE benlik algısında Değişim, yaşam felsefesinde değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim ve TSBE toplam puan ortalamaları daha yüksek olup sonuçlarda istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Hastalar aldıkları tedavilere göre gruplandırıldığında, kemoterapi alanların almayanlara göre ve radyoterapi alanların almayanlara göre TSBE benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim puanlarının her biri ve TSBE toplam puan ortalamaları daha yüksek olup gruplar arası istatistiksel fark mevcut değildir ($p>0,05$). Hormonoterapi alan hastaların ise almayanlara göre TSBE benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim puanlarının her biri ve TSBE toplam puan ortalamaları daha düşük olup istatistiksel olarak anlamlılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Hastaların menopoz durumları değerlendirilip buna göre gruplandırma yapıldığında menopozdaki hastaların TSBE benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim, puanlarının her biri ve TSBE toplam puan ortalamalarının menopozda olmayanlara göre daha düşük olduğu görülmüş olup istatistiksel anlamlılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Hastaların özgeçmişleri değerlendirildiğinde daha önceden psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastaların TSBE benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim ve TSBE toplam puan ortalamaları olmayan hastalara göre daha düşük olup istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Kronik hastalığı olan hastalarinsa TSBE benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim ve TSBE toplam puan ortalamaları kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olup aradaki farklar TSBE benlik algısında değişim için istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($p=0,029$).

Soygeçmiş özelliklerinde ailesinde meme kanseri olan hastaların TSBE yaşam felsefesinde değişim puan ortalamaları olmayanlara göre daha düşük olup fark istatistiksel anlamlılık göstermektedir ($p=0,022$). Ailede meme kanserinden ölüm incelendiğinde ise TSBE altölçekleri ve toplam puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık izlenmemiştir ($p>0,05$). Bulgular Tablo 10'da özetlenmiştir.

Tablo 10. Meme Kanseri Tanılı Hastaların Tanı ve Tedavi Özelliklerine Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırması

		TSBE Benlik Algısında Değişim		TSBE Yaşam Felsefesinde Değişim		TSBE Başkalarıyla İlişkilerde Değişim		TSBE Toplam	
		Ortalama±SS	p	Ortalama±SS	p	Ortalama±SS	p	Ortalama±SS	p
Evre	1	38,31±7,69		22,31±5,24		13,13±3,87		78,75±14,41	
	2	39,45±5,93	0,775	21,71±5,23	0,253	16,05±4,6	0,015*	77,22±12,71	0,332
	3	40,38±4,9		24±4,27		16,16±5,77		80,55±8,79	
	PHT Evre 1-2		-		-		0,007*		-
	PHT Evre 1-3		-		-		0,023*		-
	PHT Evre 2-3		-		-		0,893		-
Ameliyat	Lumpektomi	40,11±6,27		17,66±4,71		15,55±4,66	0,923	73,33±12,46	
	Parsiyel Mastektomi	40,4±4,64	0,173	23,7±3,94	0,002*	15,38±4,2		79,49±9,07	0,165
	Total Mastektomi	37,38±8,03		21,3±5,89		14,91±5,69		73,61±16,48	
	PHT Lumpektomi-Parsiyel Mastektomi		-		0,001**		-		-
	PHT Lumpektomi-Total Mastektomi		-		0,054		-		-
	PHT Parsiyel-Total Mastektomi		-		0,055		-		-
	Meme Koryucu Cerrahi	40,35±4,85	0,061	22,85±4,54	0,225	15,4±4,23	0,689	78,62±9,74	0,201
	Mastektomi	37,38±8,03		21,3±5,89		14,91±5,69		73,61±16,48	

Tablo 10. (Devamı) Meme Kanseri Tanılı Hastaların Tanı ve Tedavi Özelliklerine Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırması

		TSBE Benlik Algısında Değişim		TSBE Yaşam Felsefesinde Değişim		TSBE Başkalarıyla İlişkilerde Değişim		TSBE Toplam	
KT	Yok	38,5±7,11	0,653	21,16±5,33	0,182	14,5±5,41	0,395	74,16±15,84	0,41
	Var	39,53±6,06		22,65±5		15,46±4,58		77,65±11,58	
RT	Yok	38,37±7,96	0,719	21,33±5,99	0,447	15±5,46	0,799	74,7±16,79	0,888
	Var	39,57±5,72		22,6±4,78		15,3±4,58		77,48±11,22	
Hormonoterapi	Yok	39,44±7,45	0,605	23±5,41	0,4	15,72±3,76	0,477	78,16±13,98	0,461
	Var	39,25±6,08		22,14±5,05		15,12±4,99		75,52±12,52	
Menopoz	Yok	39,94±6,83	0,089	22,35±5,82	0,504	15,14±5,5	0,807	77,44±14,52	0,152
	Var	38,45±5,54		22.22±4,06		15,34±3,73		76,02±10,13	
Sigara	Yok	40,04±5,73	0,011*	22,33±4,61	0,497	15,51±4,57	0,431	77,89±10,95	0,171
	Var	35,31±7,82		22,21±7,32		13,75±5,72		71,18±19,15	
Daha önceki psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	39,38±6,92	0,381	22,32±5,41	0,612	15,43±4,63	0,19	77,14±13,96	0,225
	Var	39,06±4,58		22,24±4,32		14,72±5,19		76,03±9,26	
Kronik hastalık varlığı	Yok	38,22±5,22	0,029*	22,25±5,43	0,829	14,38±3,78	0,327	74,86±11,37	0,164
	Var	39,89±6,81		22,32±4,94		15,7±5,23		77,92±13,4	
Ailede meme kanseri öyküsü	Yok	39,21±5,90	0,807	23,13±4,7	0,022**	15,16±4,82	0,385	77,62±11,74	0,541
	Var	39,23±7,13		20,67±5,5		15,35±4,78		75,26±14,53	
Ailede meme kanserinden ölüm öyküsü	Yok	39,11±6,53	0,704	22,44±5,22	0,283	15,13±4,82	0,438	76,7±13,29	0,845
	Var	40,46±4,57		21,30±4,23		15,84±4,68		77,61±8,51	
Mann Whitney U testi kullanılmıştır. *: p<0,05 **: Post-hoc analizi p<0,05 PHT: Post Hoc Testi TSBE: Travma Sonrası Büyüme Envanteri; KT: Kemoterapi; RT: Radyoterapi									

Hastaların KÜDÖ sonuçları klinik tanı ve tedavi özelliklerine göre incelendiğinde; Meme kanseri Evre 1 hasta grubunda KÜDÖ-K ve KÜDÖ-Toplam puan ortalamaları Evre 2 ve Evre 3 hastalara kıyasla daha yüksek olmakla birlikte her üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcut değildir ($p>0,05$). KÜDÖ-Ö ve KÜDÖ-M puan ortalamalarının ise Evre 3 hastalarda daha yüksek olduğu; KÜDÖ-Y puan ortalamasının ise Evre 2 hastalarda daha yüksek olduğu izlenmiş olup yine istatistiksel farklılık izlenmemiştir ($p>0,05$).

Geçirilen ameliyata göre hastalar lumpektomi, parsiyel mastektomi ve total mastektomi şeklinde gruplandırıldığında; KÜDÖ-K puanının üç grup arasında istatistiksel anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($p=<0,001$). Yapılan Post-Hoc analizinde Lumpektomi grubunun KÜDÖ-K puan ortalamasının Parsiyel Mastektomi ve Total Mastektomi gruplarına göre arasında istatistiksel anlamlı düşük olduğu

görüldü ($p < 0,001$, $p < 0,001$). KÜDÖ-Ö, KÜDÖ-M, KÜDÖ-Y ve KÜDÖ-Toplam puanı açısından ise gruplar arasında anlamlı farklılık izlenmemiştir ($p > 0,05$).

Meme kaybı olan hastaların meme koruyucu cerrahi geçirmiş hastalara göre daha yüksek KÜDÖ alt ölçekleri ve toplam puan ortalamalarına sahip olmakla birlikte sonuçlarda istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p > 0,05$).

Hastalar aldıkları tedavilere göre gruplandırıldığında, kemoterapi alanların almayanlara göre KÜDÖ-Ö, KÜDÖ-M ve KÜDÖ-Toplam puan ortalamaları daha yüksek; KÜDÖ-K ve KÜDÖ-Y puan ortalamaları ise daha düşük olup gruplar arası istatistiksel fark mevcut değildir ($p > 0,05$). Radyoterapi alanlar ise KÜDÖ-Ö, KÜDÖ-Y ve KÜDÖ-Toplam puan ortalamaları daha yüksek, KÜDÖ-K ve KÜDÖ-M puan ortalamaları ise daha düşük olup gruplar arası istatistiksel fark mevcut değildir ($p > 0,05$).

Hormonoterapi alan hastaların almayanlara göre KÜDÖ alt ölçekleri ve toplam puan ortalamaları daha düşük olup fark istatistiksel olarak anlamlılık göstermemektedir ($p > 0,05$).

Hastaların menopoz durumları değerlendirilip gruplandırma yapıldığında menopozdaki hastaların KÜDÖ-Ö, KÜDÖ-K ve KÜDÖ-Toplam puan ortalamaları menopozda olmayanlara göre daha yüksek, KÜDÖ-Y, KÜDÖ-M, puan ortalamalarının ise daha düşük olduğu görülmüş olup istatistiksel anlamlılık gözlenmemiştir ($p > 0,05$).

Hastaların özgeçmişleri değerlendirildiğinde daha önceden psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastaların KÜDÖ-K, KÜDÖ-Ö, KÜDÖ-Y ve KÜDÖ-Toplam puan ortalamaları olmayan hastalara göre daha düşük. KÜDÖ-M puanı ortalaması ise daha yüksek olup istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır. Kronik hastalığı olan hastaların ise KÜDÖ alt ölçekleri ve toplam puan ortalamaları kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlılık izlenmemiştir ($p > 0,05$).

Soygeçmiş özelliklerinde ailesinde meme kanseri olan hastaların KÜDÖ-K, KÜDÖ-M, KÜYÖ-Y ve KÜDÖ-Toplam puan ortalamaları olmayanlara kıyasla düşük, KÜDÖ-Ö puan ortalamaları ise olmayanlara göre daha yüksek, olup farklar istatistiksel anlamlılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Ailede meme kanserinden ölüm

öyküsü olan hastaların KÜDÖ alt ölçekleri ve toplam puan ortalamaları olmayanlara kıyasla yüksek olmakla birlikte gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık izlenmemiştir ($p>0,05$). Bulgular Tablo 11’de özetlenmiştir.

Tablo 11. Meme Kanseri Tanılı Hastaların Tanı ve Tedavi Özelliklerine Göre Kısıtlanmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırması

		KÜDÖ-K		KÜDÖ-Ö		KÜDÖ-M		KÜDÖ-Y		KÜDÖ-TOT	
		Ortalama±S	p	Ortalama±S	p	Ortalama±S	p	Ortalama±S	p	Ortalama±S	p
Evre	1	8,56±0,25		6,34±0,27		2,37±0,31		8,6±0,3		25,89±0,93	
	2	8,5±0,28	0,357	6,31±0,35	0,593	2,38±0,31	0,562	8,62±0,32	0,601	25,83±0,97	0,843
	3	8,44±0,33		6,38±0,13		2,47±0,31		8,52±0,36		25,83±1,24	
Ameliyat	Lumpektomi	8,11±0,22		6,29±0,36		2,55±0,16		8,44±0,3		25,38±0,54	
	Parsiyel Mastektomi	8,54±0,25	<0,001*	6,3±0,34	0,378	2,37±0,3	0,23	8,44±0,3	0,186	25,81±1,02	0,181
	Mastektomi	8,59±0,27		6,38±0,31		2,4±0,35		8,59±0,3		26,01±1,05	
	PHT Lumpektomi -Parsiyel Mastektomi		<0,001**		-		-		-		-
	PHT Lumpektomi -Total Mastektomi		<0,001**		-		-		-		-
	PHT Parsiyel-Total		0,663		-		-		-		-
	Meme Durumu										
Meme Durumu	Koruyucu Cerrahi	8,48±0,29	0,159	6,3±0,34	0,173	2,39±0,29	0,948	8,57±0,306	0,177	25,75±0,97	0,17
	Mastektomi	8,56±0,27		6,38±0,31		2,4±0,35		8,65±0,12		26,01±1,05	
KT	Yok	8,54±0,25	0,613	6,29±0,29	0,56	2,37±0,3	0,689	8,6±0,3	0,712	25,83±0,92	0,984
	Var	8,5±0,29		6,34±0,34		2,4±0,32		8,59±0,33		25,85±1,03	
RT	Yok	8,52±0,27	0,915	6,31±0,28	0,852	2,41±0,31	0,758	8,58±0,35	0,815	25,83±0,9	0,079
	Var	8,51±0,29		6,34±0,34		2,39±0,31		8,6±0,31		25,85±0,11	
Hormonoterapi	Yok	8,55±0,33	0,5	6,36±0,33	0,681	2,5±2,37	0,106	8,69±0,3	0,178	26,11±1	0,131
	Var	8,5±0,27		6,32±0,33		2,37±0,32		8,57±0,32		25,79±1,00	
Menapoz	Yok	8,48±0,28	0,198	6,31±0,36	0,275	2,43±0,3	0,155	8,6±0,312	0,865	25,83±0,98	0,664
	Var	8,55±0,28		6,36±0,29		2,35±0,33		8,59±0,34		25,86±1,05	
Sigara	Yok	8,52±0,27	0,251	6,35±0,34	0,157	2,42±0,32	0,117	8,62±0,31	0,087	25,93±0,98	0,078
	Var	8,43±0,35		6,21±0,25		2,28±0,25		8,46±0,34		25,4±1,05	
Daha önceki psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	8,53±0,27	0,281	6,33±0,32	0,785	2,39±0,31	0,798	8,6±0,34	0,657	25,87±0,98	0,504
	Var	8,46±0,32		6,32±0,13		2,41±0,32		8,58±0,26		25,79±1,08	
Kronik hastalık varlığı	Yok	8,45±0,3	0,143	0,122	0,122	2,36±0,3	0,374	8,58±0,34	0,755	25,66±0,88	0,265
	Var	8,54±0,27		6,37±0,345		2,42±0,32		8,6±0,31		25,95±1,06	
Ailede Meme Kanseri Öyküsü	Yok	8,53±0,3	0,451	6,32±0,32	0,788	2,4±0,31	0,948	8,62±0,33	0,196	25,85±1	0,397
	Var	8,48±0,26		6,35±0,35		2,39±0,32		8,54±0,31		25,77±1,02	
Ailede Meme Kanserinden Ölüm	Yok	8,51±0,29	0,762	6,32±0,33	0,587	2,39±0,32	0,712	8,59±0,33	0,904	25,83±1,02	0,684
	Var	8,53±0,24		6,38±0,36		2,42±0,27		8,61±0,29		25,96±0,92	

Mann Whitney U testi kullanılmıştır. *: $p<0,05$ **: Post-hoc analizi $p<0,05$ KT:Kemoterapi; RT:Radyoterapi KÜDÖ-K: Kısıtlanmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Kendi Zihnini Anlama; KÜDÖ-Ö: Kısıtlanmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Ötekilerin Zihnini Anlama; KÜDÖ-M: Kısıtlanmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği- Merkezileştirmeme; KÜDÖ-Y: Kısıtlanmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Yetkinlik; KÜDÖ-TOT: Kısıtlanmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Total

4.3. KORELASYON ANALİZLERİ

Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri ile TSBE puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, TSBE-Başkalarıyla ilişkiler puanı ile hasta yaşı arasında düşük düzeyde pozitif korelasyon olduğu görülmüştür. Bulgular Tablo 12’de özetlenmiştir.

Tablo 12. Meme Kanseri Tanılı Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile Travma Sonrası Büyüme Envanteri İlişkisi

	TSBE Benlik Algısında Değişim	TSBE Yaşam Felsefesinde Değişim	TSBE Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	TSBE Toplam
Yaş	r= -0,380 p=0,710	r= -0,117 p= 0,247	r= 0,215 p=0,032*	r= 0,015 p=0,879
Eğitim Süresi	r= -0,133 p=0,187	r= -0,028 p= 0,780	r= -0,070 p=0,49	r= -0,093 p=0,36
Eş Yaşı	r= -0,380 p=0,734	r= -0,137 p= 0,213	r= 0,161 p= 0,143	r= -0,033 p= 0,768
Ailedeki Kişi Sayısı	r=0,058 p=0,569	r=0,158 p=0,117	r=-0,107 p=0,287	r=0,069 p=0,493
Tanıdan Sonra geçen süre	r= -0,075 p=0,229	r= -0,015 p= 0,442	r=-0,089 p= 0,188	r= -0,072 p= 0,239
Spearman korelasyon analizi, r:korelasyon katsayısı *: p<0,05 TSBE: Travma Sonrası Büyüme Envanteri;				

Hastaların sosyodemografik ve klinik Özellikleri ile OEÖ-G puanları arasındaki ilişki incelendiğinde yaş ile OEÖ-G yeniden yaşama arasında düşük düzeyde negatif korelasyon (r= -0,246 p= 0,014), OEÖ-G Toplam puanında da düşük düzeyde negatif korelasyon (r= -0,215 p=0,032) mevcuttur. Bulgular Tablo 13’de özetlenmiştir.

Tablo 13. Meme Kanseri Tanılı Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile Olayların Etkisi Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu sonuçlarının ilişkisi

	OEÖ-G Kaçınma	OEÖ-G Yeniden Yaşama	OEÖ-G Aşırı Uyarılmışlık	OEÖ-G Toplam
Yaş	r= -0,055 p= 0,558	r= -0,246 p= 0,014*	r= -0,167 p= 0,96	r= -0,215 p=0,032*
Eğitim Süresi	r=-0,194 p=0,052	r=-0,037 p=0,718	r=-0,149 p=0,14	r=-0,169 p=0,092
Eş Yaşı	r=-0,037 p=0,736	r=-0,19 p=0,084	r=-0,11 p=0,32	r=-0,15 p=0,173
Ailedeki Kişi Sayısı	r=-0,047 p=0,644	r=0,094 p=0,352	r=0,108 p=0,287	r=0,08 p=0,426
Tanıdan sonra geçen süre	r=-0,14 p=0,164	r=-0,124 p=0,221	r=0,054 p=0,594	r=-0,094 p=0,351
Spearman korelasyon analizi, r:korelasyon katsayısı *: p<0,05 OEÖ-G: Olayların Etkisi Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu				

Hastaların sosyodemografik özellikleri ile Üstbiliş arasındaki ilişki incelendiğinde KÜDÖ-K puanları ile yaş arasında düşük düzeyde pozitif korelasyon ($r = 0,231$ $p = 0,021$), eş yaşı arasında ise düşük düzeyde negatif korelasyon ($r = 0,263$ $p = 0,016$) izlenmektedir. Bulgular Tablo 14’te özetlenmiştir.

Tablo 14. Meme Kanseri Tanılı Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile Üstbiliş ilişkisi

	KÜDÖ-K	KÜDÖ-Ö	KÜDÖ-M	KÜDÖ-Y	KÜDÖ- TOT
Yaş	$r = 0,231$ $p = 0,021^*$	$r = 0,162$ $p = 0,108$	$r = -0,041$ $p = 0,683$	$r = 0,082$ $p = 0,419$	$r = 0,137$ $p = 0,173$
Eğitim Süresi	$r = -0,09$ $p = 0,376$	$r = 0,028$ $p = 0,781$	$r = -0,02$ $p = 0,844$	$r = 0,032$ $p = 0,755$	$r = -0,016$ $p = 0,874$
Eş Yaşı	$r = 0,263$ $p = 0,016^*$	$r = 0,15$ $p = 0,172$	$r = -0,045$ $p = 0,685$	$r = 0,101$ $p = 0,362$	$r = 0,133$ $p = 0,226$
Ailedeki Kişi Sayısı	$r = -0,077$ $p = 0,446$	$r = 0,065$ $p = 0,518$	$r = 0,136$ $p = 0,179$	$r = -0,014$ $p = 0,891$	$r = 0,031$ $p = 0,762$
Tanıdan Sonra geçen süre (Ay)	$r = 0,076$ $p = 0,451$	$r = 0,04$ $p = 0,69$	$r = -0,01$ $p = 0,92$	$r = 0,106$ $p = 0,292$	$r = 0,071$ $p = 0,485$
Spearman korelasyon analizi, r:korelasyon katsayısı * $p < 0,05$ KÜDÖ-K: Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Kendi Zihnini Anlama; KÜDÖ-Ö: Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Ötekilerin Zihnini Anlama; KÜDÖ-M: Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Merkeziyeleştirme; KÜDÖ-Y: Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Yetkinlik; KÜDÖ-TOT: Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Total, ÜDÖ: Üstduygu Ölçeği;					

OEÖ-G sonuçları ile üstbiliş ve üstduygu ilişkisi incelendiğinde, OEÖ-G Aşırı Uyarılmışlık ile KÜDÖ-K arasında düşük düzeyde negatif korelasyon ($r = -0,259$ $p = 0,009$). Ve OEÖ-T puanları arasında yine düşük düzeyde negatif korelasyon ($r = -0,203$ $p = 0,043$) izlenmiştir. OEÖ-G toplam puanı ile ÜDÖ-Olumlu arasında düşük-orta düzeyde negatif korelasyon ($r = -0,293$ $p = 0,003$), ÜDÖ-Olumsuz arasında ise orta düzeyde pozitif korelasyon ($r = 0,478$ $p = 0,00$) görülmektedir. Bulgular Tablo 15’te özetlenmiştir.

Tablo 15. Olayların Etkisi Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu Puanları ile Üstbiliş ve Üstduygu İlişkisi

	KÜDÖ-K	KÜDÖ-Ö	KÜDÖ-M	KÜDÖ-Y	KÜDÖ-TOT	ÜDÖ-Olumlu	ÜDÖ-Olumsuz
OEÖ-G Kaçınma	r= -0,002 p= 0,985	r= 0,036 p= 0,724	r= 0,067 p= 0,507	r= -0,052 p= 0,608	r= 0,02 p= 0,84	r= 0,105 p= 0,3	r= 0,049 p= 0,625
OEÖ-G Yeniden Yaşama	r= -0,143 p= 0,157	r= -0,029 p= 0,771	r= -0,007 p= 0,943	r= -0,07 p= 0,49	r= -0,053 p= 0,604	r= -0,229 p= 0,022*	r= 0,411 p= 0,00**
OEÖ-G Aşırı Uyarılmışlık	r= -0,259 p= 0,009**	r= -0,062 p= 0,541	r= -0,018 p= 0,859	r= -0,106 p= 0,295	r= -0,133 p= 0,188	r= -0,453 p= 0,00**	r= 0,502 p= 0,00**
OEÖ-GToplam	r= -0,203 p= 0,043*	r= -0,012 p= 0,906	r= 0,007 p= 0,947	r= -0,121 p= 0,23	r= -0,082 p= 0,419	r= -0,293 p= 0,003**	r= 0,478 p= 0,00**

Spearman korelasyon analizi, r:korelasyon katsayısı **p <0,01 *p<0,05 OEÖ-G: Olayların Etkisi Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu; KÜDÖ-K: Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Kendi Zihnini Anlama; KÜDÖ-Ö: Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Ötekilerin Zihnini Anlama; KÜDÖ-M: Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği- Merkezileştirmeme; KÜDÖ-Y: Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Yetkinlik; KÜDÖ-TOT: Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Total, ÜDÖ: Üstduygu Ölçeği

OEÖ-G sonuçları ÜDÖ alt ölçeklerinin ilişkisi incelendiğinde, OEÖ-G yeniden yaşama ile ÜDÖ-Öfke, ÜDÖ-Düşünce Kontrolü ve ÜDÖ-Utanç arasında orta düzeyde pozitif korelasyon izlenmiştir (sırasıyla $r= 0,315$ $p= 0,001$, $r= 0,352$ $p= 0,00$, $r= 0,414$ $p= 0,00$). ÜDÖ-Şefkat arasında ise orta düzeyde negatif korelasyon izlenmektedir ($r= -0,31$ $p=0,002$).

OEÖ-G aşırı uyarılmışlık ile ÜDÖ-Öfke, ÜDÖ-Kontrol ve ÜDÖ-Utanç puanları arasında orta düzeyde pozitif korelasyon izlenmiştir (sırasıyla $r= 0,389$ $p= 0,00$; $r= 0,384$ $p= 0,00$; $r= 0,487$ $p= 0,00$). ÜDÖ Şefkat puanları ile ise orta derecede negatif korelasyon ($r= -0,497$ $p= 0,00$), ÜDÖ-İlgi puanları ile ise düşük derecede negatif korelasyon ($r= -0,25$ $p= 0,012$) mevcuttur.

OEÖ-G toplam ile ise yine ÜDÖ-Öfke, ÜDÖ-Kontrol ve ÜDÖ-Utanç puanları arasında orta düzeyde pozitif korelasyon mevcuttur ($r= 0,362$ $p= 0,00$; $r= 0,353$ $p= 0,00$; $r= 0,487$ $p= 0,00$). ÜDÖ-Şefkat puanları arasında ise orta düzeyde negatif korelasyon izlenmektedir ($r= -0,353$ $p= 0,00$).Bulgular Tablo 16’da belirtilmiştir.

Tablo 16. Olayların Etkisi Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu Puanları ile Üstduygu Alt Ölçeklerin İlişkisi

	ÜDÖ-Öfke	ÜDÖ-Kontrol	ÜDÖ-Bastırma	ÜDÖ-Utanç	ÜDÖ-Şefkat	ÜDÖ-İlgi
OEÖ-G Kaçınma	r= 0,032 p= 0,751	r= -0,037 p= 0,717	r= -0,081 p= 0,425	r= 0,088 p= 0,382	r= 0,1 p= 0,324	r= 0,035 p= 0,732
OEÖ-G Yeniden Yaşama	r= 0,315 p= 0,001**	r= 0,352 p= 0,00**	r= 0,053 p= 0,6	r= 0,414 p= 0,00**	r= -0,31 p=0,002**	r= -0,054 p= 0,594
OEÖ-G Aşırı Uyarılmışlık	r= 0,389 p= 0,00**	r= 0,384 p= 0,00**	r= 0,151 p= 0,135	r= 0,487 p= 0,00**	r= -0,497 p= 0,00**	r= -0,25 p= 0,012**
OEÖ-G Toplam	r= 0,362 p= 0,00**	r= 0,353 p= 0,00**	r= 0,081 p= 0,425	r= 0,487 p= 0,00**	r= -0,353 p= 0,00**	r= -0,135 p= 0,182
Spearman korelasyon analizi, r:korelasyon katsayısı **p <0,01 *p<0,05						

Travma Sonrası Büyüme ile Üstbilis İlişkisi incelendiğinde, TSBE yaşam felsefesinde değişim ile KÜDÖ-K puanları arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ($r= 0,355$ $p= 0.00$), KÜDÖ-Ö puanları arasında düşük düzeyde pozitif korelasyon ($r= 0,269$ $p= 0,007$), KÜDÖ-M puanları arasında düşük düzeyde pozitif korelasyon ($r= 0,219$ $p= 0,029$), KÜDÖ-Y puanları arasında düşük düzeyde pozitif korelasyon ($r= 0,296$ $p= 0,003$), ve KÜDÖ-Total puanı arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ($r= 0,35$ $p= 0,00$) izlenmiştir.

Üstduygu ile olan ilişkiler incelendiğinde ÜDÖ-Olumlu ile TSBE benlik algısında değişim puanları arasında düşük düzeyde pozitif korelasyon ($r= 0,278$ $p= 0,005$); TSBE yaşam felsefesinde değişim puanları arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ($r= 0,330$ $p= 0,001$) ve TSBE toplam puanı arasında orta düzey düzeyde pozitif korelasyon ($r= 0,345$ $p= 0,000$) izlenmektedir. Bulgular Tablo 17’de özetlenmiştir.

Tablo 17. Travma Sonrası Büyüme ile Üstbiliş ve Üstduygu İlişkisi

	KÜDÖ-K	KÜDÖ-Ö	KÜDÖ-M	KÜDÖ-Y	KÜDÖ-TOT	ÜDÖ-Olumlu	ÜDÖ-Olumsuz
TSBE Benlik Algısında Değişim	r= -0,191 p= 0,057	r= 0,032 p= 0,754	r= 0,08 p= 0,431	r= -0,066 p= 0,516	r= -0,012 p= 0,905	r= 0,278 p= 0,005**	r= -0,07 p= 0,488
TSBE Yaşam Felsefesinde Değişim	r= 0,355 p= 0,00**	r= 0,269 p= 0,007**	r= 0,219 p= 0,029*	r= 0,296 p= 0,003**	r= 0,35 p= 0,00**	r= 0,330 p= 0,001**	r= -0,050 p= 0,622
TSBE Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	r= -0,038 p= 0,704	r= -0,1 p= 0,323	r= -0,025 p= 0,808	r= 0,031 p= 0,756	r= -0,055 p= 0,588	r= 0,147 p= 0,144	r= -0,144 p= 0,153
TSBE Toplam	r= 0,063 p= 0,535	r= 0,124 p= 0,218	r= 0,166 p= 0,098	r= 0,139 p= 0,168	r= 0,158 p= 0,117	r= 0,345 p= 0,000**	r= -0,101 p= 0,318
Spearman korelasyon analizi, r:korelasyon katsayısı **p <0,01 *p<0,05 OEÖ-G: Olayların Etkisi Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu; KÜDÖ-K: Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Kendi Zihnini Anlama; KÜDÖ-Ö: Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Ötekilerin Zihnini Anlama; KÜDÖ-M: Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği- Merkezileştirmeme; KÜDÖ-Y: Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Yetkinlik; KÜDÖ-TOT: Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Total, ÜDÖ:Üstduygu Ölçeği							

TSBE puanları ve ÜDÖ alt ölçeklerinin ilişkisi incelendiğinde, TSBE benlik algısında değişim ile ÜDÖ-Bastırma puanları arasında düşük düzeyde negatif korelasyon ($r= -0,272$ $p=0,006$), ÜDÖ-Şefkat puanı ile düşük düzeyde pozitif korelasyon ($r=0,234$) ve ÜDÖ-İlgi puanı ile orta düzeyde pozitif korelasyon ($r=0,301$ $p=0,002$) olduğu görüldü.

TSBE yaşam felsefesinde değişim ile ise ÜDÖ-Şefkat puanı arasında düşük düzeyde negatif korelasyon ($r=0,246$ $p=0,013$) ve ÜDÖ-İlgi puanı arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ($r=0,383$ $p=0,00$) saptandı.

TSBE toplam puanı ile ÜDÖ-Bastırma puanı arasında düşük düzeyde negatif korelasyon ($r=-0,236$ $p=0,018$), ÜDÖ-Şefkat puanı arasında düşük düzeyde pozitif korelasyon ($r=0,29$ $p=0,003$) ve ÜDÖ-İlgi puanı arasında ise orta düzeyde pozitif korelasyon bulunmaktadır ($r=0,344$ $p=0,00$). Bulgular Tablo 18’de özetlenmiştir.

Tablo 18. Travma Sonrası Büyüme ile Üstduygu Üstduygu Alt ölçeklerin İlişkisi

	ÜDÖ- Öfke	ÜDÖ- Kontrol	ÜDÖ- Bastırma	ÜDÖ- Utanc	ÜDÖ- Şefkat	ÜDÖ- İlgı
TSBE Benlik Algısında Değişim	r=-0,005 p=0,961	r=-0,055 p=0,585	r=-0,272 p=0,006**	r=-0,065 p=0,519	r=0,234 p=0,019*	r=0,301 p=0,002**
TSBE Yaşam Felsefesinde Değişim	r=0,029 p=0,775	r=-0,065 p=0,519	r=-0,139 p=0,168	r=-0,073 p=0,468	r=0,246 p=0,013*	r=0,383 p=0,00**
TSBE Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	r=-0,086 p=0,394	r=-0,079 p=0,433	r=-0,053 p=0,6	r=-0,144 p=0,152	r=0,163 p=0,104	r=0,083 p=0,411
TSBE Toplam	r=0,001 p=0,994	r=-0,085 p=0,399	r=-0,236 p=0,018*	r=-0,116 p=0,249	r=0,29 p=0,003**	r=0,344 p=0,00**
Spearman korelasyon analizi, r:korelasyon katsayısı **p <0,01 *p<0,05						

4.4. REGRESYON ANALİZLERİ

4.4.1. Meme Kanseri Tanılı Hastalarda Travma Sonrası Stres Belirtilerine Etki Eden Faktörlerin Regresyon Analizleri

Meme kanseri tanılı hastalarının OEÖ-G kaçınma belirtilerine etki eden faktörlerin regresyon analizleri Tablo 19’da gösterilmiştir. Meme koruyucu cerrahi OEÖ-G kaçınma puanları üzerinde anlamlı bir etki göstermiştir (p = 0,036). Buna göre cerrahi sonrası meme dokusu korunan hastalarda meme dokusu korunmayan hastalara göre OEÖ-G kaçınma puanları 1,785 birimlik azalma göstermektedir. Meme kanseri hastalarında hormonoterapi almak OEÖ-G kaçınma puanları üzerinde anlamlı negatif bir etki göstermiştir (p = 0,032).

Tablo 19. Meme Kanseri Hastalarında Olayların Etkisi Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu Kaçınma Puanına Etki Eden Faktörlerin Regresyon Analizi

	B	Beta	t	p	R ²
Hormonoterapi	-2,206	-0,208	-2,178	0,032	0,125
Meme Koruyucu Cerrahi	-1,785	-0,205	-2,129	0,036	

Meme kanseri tanılı hastalarının OEÖ-G yeniden yaşama belirtilerine etki eden faktörlerin regresyon analizleri Tablo 20’de gösterilmiştir. Yaşın, OEO-G yeniden yaşama üzerinde anlamlı negatif etkiye sahip olduğu görülmektedir (p = 0,019). Buna göre, yaşın

bir birim artmasıyla OEÖ-G yeniden yaşamada 0,112 birimlik azalma gözlemlenmektedir. HAD-Anksiyetenin, OEÖ-G yeniden yaşama üzerinde anlamlı pozitif bir etkisi bulunmaktadır ($p = 0,000$). Buna göre HAD-Anksiyete puanlarında bir birimlik artış, OEÖ-G yeniden yaşama puanlarında 0,680 birim artışa neden olmaktadır. Son olarak, olumsuz üst duygu puanlarından olan ÜDÖ-Kontrol, OEÖ-G yeniden yaşama ile pozitif bir ilişki göstermektedir ($p = 0,054$). Bu, ÜDÖ-Kontrol puanlarında bir birimlik artışın OEÖ-G yeniden yaşamada 0,231 birimlik artışa neden olduğunu göstermektedir.

Tablo 20. Meme Kanseri Hastalarında Olayların Etkisi Ölçeği -Gözden Geçirilmiş Formu Yeniden Yaşama Puanına Etki Eden Faktörlerin Regresyon Analizi

	B	Beta	t	p	R ²
Yaş	-0,112	-0,0206	-2,377	0,019	0,333
HAD-Anksiyete	0,680	0,388	4,058	0,000	
ÜDÖ-Kontrol	0,231	0,182	1,950	0,054	

ÜDÖ: Üstduygu Ölçeği, HAD; Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

Meme kanseri tanımlı hastalarının OEÖ-G aşırı uyarılmışlık belirtilerine etki eden faktörlerin regresyon analizleri Tablo 21’de gösterilmiştir. HAD-Anksiyetenin, OEÖ aşırı uyarılmışlık üzerinde pozitif anlamlı bir etkisi bulunmaktadır ($p = 0,000$). Buna göre HAD-Anksiyete puanlarında bir birimlik artış, OEÖ-G aşırı uyarılmışlık puanlarında 0,705 birim artışa neden olmaktadır. KÜDÖ-K, OEÖ-G aşırı uyarılmışlık üzerinde anlamlı negatif bir etkiye sahiptir ($p = 0,055$). KÜDÖ-K skorlarında bir birimlik artış, OEÖ-G aşırı uyarılmışlık puanlarında 2,654 birimlik bir azalmaya yol açar. Son olarak, olumsuz üstduygulardan olan ÜDÖ-Utanç puanları ile OEÖ-G aşırı uyarılmışlık puanları arasında anlamlı pozitif bir ilişki gözlenmektedir ($p = 0,002$). Buna göre olumsuz üstduygulardan olan utanç puanlarında bir birimlik artış OEÖ aşırı uyarılmışlık puanlarında 0,320 birim artışa neden olmaktadır.

Tablo 21. Meme Kanseri Hastalarında Olayların Etkisi Ölçeği -Gözden Geçirilmiş Formu Aşırı Uyarılmışlık Puanına Etki Eden Faktörlerin Regresyon Analizi

	B	Beta	t	p	R ²
HAD-Anksiyete	0,705	0,399	4,249	0,000	0,45
KÜDÖ-K	-2,654	-0,157	-1,941	0,055	
ÜDÖ-Utanç	0,320	0,293	3,210	0,002	

ÜDÖ: Üstduygu Ölçeği, HAD; Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, KÜDÖ-K: Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Kendi Zihnini Anlama

Meme kanseri tanılı hastalarının OEÖ-G toplam puanlarına etki eden faktörlerin regresyon analizleri Tablo 22’de gösterilmiştir. Yaş, OEÖ-G toplam puanları üzerinde anlamlı negatif bir etkiye sahiptir ($p = 0,041$). Buna göre yaş arttıkça OEÖ-G toplam puanları ortalama 0,203 birim azalmaktadır. HAD-Anksiyete puanları ile OEÖ-G toplam puanları arasında pozitif anlamlı bir ilişki vardır ($p = 0,002$). Buna göre HAD-Anksiyete puanlarında bir birimlik artış, OEÖ-G toplam puanlarında ortalama 1,164 birimlik bir artışa neden olmaktadır. Son olarak, olumsuz üstduygulardan olan ÜDÖ-Utanç, OEÖ-G toplam puanları ile anlamlı pozitif bir ilişki göstermektedir ($p = 0,003$). Bu, olumsuz üst duygulardan olan utanç puanlarında bir birimlik artışın OEÖ-G toplam puanlarını ortalama 0,684 birim artırdığını gösterir.

Tablo 22. Meme Kanseri Hastalarında Olayların Etkisi Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu Toplam Puanına Etki Eden Faktörlerin Regresyon Analizi

	B	Beta	t	p	R ²
Yaş	-0,203	-0,179	-2,072	0,041	0,343
HAD-Anksiyete	1,164	0,318	3,182	0,002	
ÜDÖ-Utanç	0,684	0,303	3,101	0,003	

ÜDÖ: Üstduygu Ölçeği, HAD; Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

4.4.2. Meme Kanseri Tanılı Hastalarda Travma Sonrası Büyümeye Etki Eden Faktörlerin Regresyon Analizleri

Meme Kanseri Hastalarında TSBE benlik algısında değişim puanına etki eden faktörlerin regresyon analizleri Tablo 23’de gösterilmiştir. HAD-Depresyon, KÜDÖ-K ve ÜDÖ-Bastırma puanlarının TSBE benlik algısı alt puanları üzerinde negatif anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p = 0,022$, $p = 0,002$ ve $p = 0,023$). Buna karşılık, olumlu üstduygu alt boyutlarından olan ÜDÖ-İlgi puanları ve olumsuz üst duygu alt boyutlarından olan ÜDÖ-Utanç puanlarının TSBE benlik algısı alt puanları üzerinde pozitif anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmüştür ($p = 0,001$, $p = 0,040$).

HAD-Depresyon puanlarında görülen her bir birimlik artışın, benlik algısı puanlarında ortalama olarak 0,505 birimlik bir azalmaya neden olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, KÜDÖ-K ölçeğindeki her bir birimlik artış, benlik algısı puanlarında ortalama olarak 6,272 birim azalmaya yol açmaktadır. Olumlu

üstduygulardan olan ÜDÖ-İlgi puanlarında her bir birimlik artış, benlik algısı puanlarında ortalama 0,567 birim artışla sonuçlanmaktadır. Olumsuz üstduygulardan olan ÜDÖ-Utanç puanlarında her bir birimlik artış benlik algısında değişim puanlarında ortalama 0,274 birim artışla sonuçlanmaktadır. Buna karşılık olumsuz üstduygulardan olan ÜDÖ-Bastırma puanlarında her bir birimlik artış benlik algısında değişim puanlarında ortalama 0,877 birim azalış ile sonuçlanmaktadır.

Tablo 23. Meme Kanseri Hastalarında TSBE Benlik Algısında Değişim Puanına Etki Eden Faktörlerin Regresyon Analizi

	B	Beta	t	p	R ²
HAD-Depresyon	-0,505	-0,231	-2,335	0,022	
KÜDÖ-K	-6,272	-0,309	-3,208	0,002	
ÜDÖ-İlgi	0,567	0,309	3,393	0,001	0,28
ÜDÖ-Utanç	0,274	0,208	2,081	0,040	
ÜDÖ-Bastırma	-0,877	-0,226	-2,319	0,023	

ÜDÖ: Üstduygu Ölçeği, HAD; Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, KÜDÖ-K: Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Kendi Zihnini Anlama

Meme Kanseri hastalarında TSBE yaşam felsefesinde değişim puanına etki eden faktörlerin regresyon analizleri Tablo 24’de gösterilmiştir. KÜDÖ-K ölçeği ile yaşam felsefesindeki değişim arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmaktadır ($p = 0,00$). KÜDÖ-K puanlarında bir birimlik artış TSBE yaşam felsefesi puanlarında 5,38 birimlik artışa neden olmaktadır. Olumlu üstduygulardan olan ÜDÖ-İlgi puanları, yaşam felsefesindeki değişim ile anlamlı pozitif ilişki göstermektedir ($p = 0,00$). ÜDÖ-İlgi puanlarında bir birimlik artış TSBE yaşam felsefesi puanlarında 0,53 birimlik artışa neden olmaktadır. Meme kanseri hastalara uygulanan lumpektomi ameliyatı ile TSBE yaşam felsefesinde değişim arasında anlamlı negatif ilişki bulunmaktadır ($p = 0.039$). Ailede meme kanseri öyküsü ile TSBE-yaşam felsefesinde değişim arasında anlamlı negatif ilişki bulunmaktadır ($p=0.008$).

Tablo 24. Meme Kanseri Hastalarında TSBE Yaşam Felsefesinde Değişim Puanına Etki Eden Faktörlerin Regresyon Analizi

	B	Beta	t	p	R ²
Ameliyat Tipi	-1,841	-0,178	-2,096	0,039	0,361
Ailede Meme Kanseri Öyküsü	-2,382	-0,227	-2,698	0,008	
KÜDÖ-K	5,854	0,338	3,949	0,00	
ÜDÖ-İlgi	0,538	0,345	4,172	0,00	
KÜDÖ-K: Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Kendi Zihnini Anlama, ÜDÖ: Üstduygular Ölçeği					

Meme Kanseri hastalarında TSBE başkalarıyla ilişkiler puanına etki eden faktörlerin regresyon analizleri Tablo 25’de gösterilmiştir. Yaşın, TSBE başkalarıyla ilişkiler alt boyutu üzerinde pozitif anlamlı bir etkisi vardır ($p = 0,020$). Bu bulgu, yaş aldıkça başkalarıyla olan ilişkilerde olumlu değişimler yaşama ihtimalinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ek olarak, tanı sırasındaki hastalığın evresi ile TSBE başkalarıyla ilişkiler alt boyutu arasında pozitif anlamlı bir ilişki olduğu, tanı sırasındaki hastalık evresi arttıkça TSBE başkalarıyla ilişkiler puanlarının yükseldiği bulunmuştur ($p = 0,007$).

Tablo 25. Meme Kanseri Hastalarında TSBE Başkalarıyla İlişkiler Puanına Etki Eden Faktörlerin Regresyon Analizi

	B	Beta	t	p	R ²
Yaş	0,122	0,228	2,375	0,020	0,112
Tanıdaki Meme Kanseri Evresi	1,847	0,264	2,748	0,007	

Meme Kanseri Hastalarında TSBE toplam puanına etki eden faktörlerin regresyon analizleri Tablo 26’da gösterilmiştir. HAD-Depresyon puanlarının, TSBE toplam puanları üzerinde negatif anlamlı bir ilişkisi olduğu bulunmuştur ($p = 0,017$). Bunun yanı sıra olumlu üstduygulardan olan ÜDÖ-İlgi boyutu puanları, TSBE toplam puanlarıyla pozitif anlamlı bir ilişkiye sahiptir ($p = 0,000$).

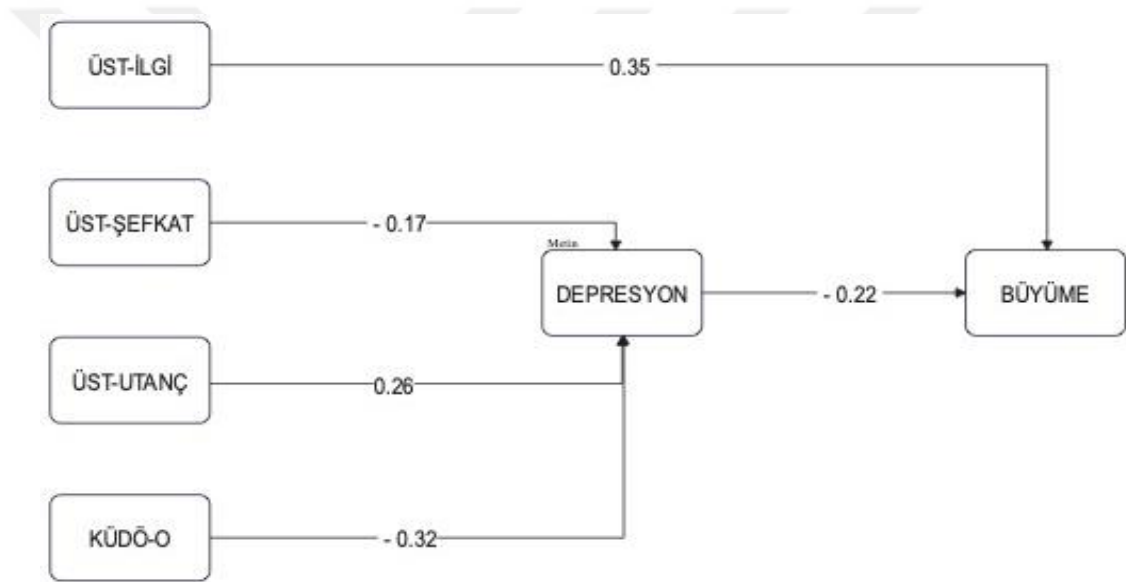
Tablo 26. Meme Kanseri Hastalarında TSBE Toplam Puanına Etki Eden Faktörlerin Regresyon Analizi

	B	Beta	t	p	R ²
HAD-Depresyon	-1,001	-0,225	-2,435	0,017	0,252
ÜDÖ-İlgi	1,314	0,352	3,811	0,000	

ÜDÖ: Üstduygu Ölçeği, HAD; Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

4.5. MODELLER

Meme kanseri tanılı hastalarda travma sonrası büyümeye etki eden faktörleri içeren model Şekil 4'te gösterilmiştir.



Şekil 4. Meme Kanseri Hastalarında Travma Sonrası Büyüme Toplam Puanlarına Etki Eden Faktörlerin Modeli

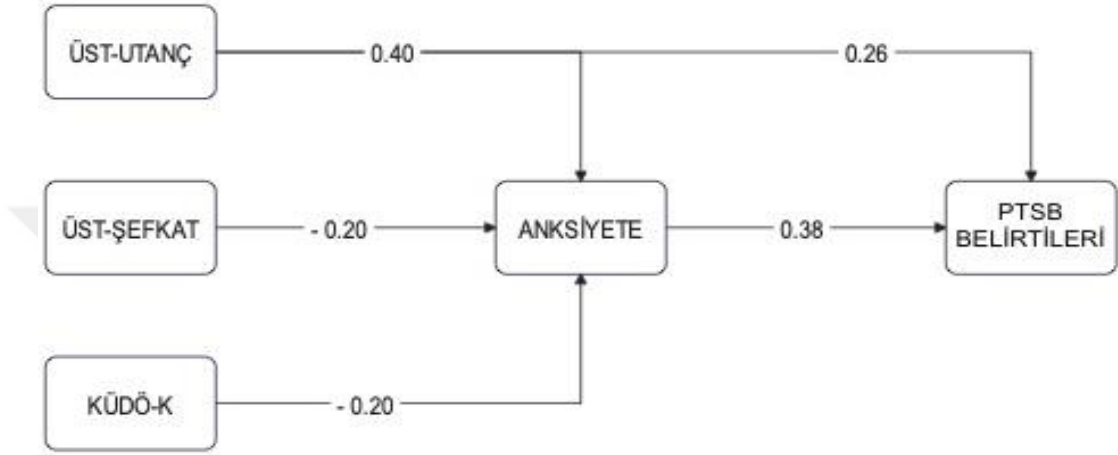
X2/DF	P	CFI	GFI	RMSEA	SRMR	R ²
1.83/2	0.400	1	0.999	0	0.024	0.314

Jamovi Sem kullanılmıştır. KÜDÖ-Ö:Kısaltılmış Üstbilişsel Değerlendirme Ölçeği-Ötekilerin Zihinlerini Anlama

Olumlu üstduygulardan olan Üst-İlgi puanlarında olan 1 birimlik artışın travma sonrası büyüme puanları üzerinde doğrudan %35'lik bir artışı sağladığı görüldü. Depresyon puanlarında olan 1 birimlik artış ise travma sonrası büyüme puanlarını doğrudan %22 oranında azaltmaktadır. Üstduygu alt boyutlarından Üst-Şefkat depresyon puanlarını azaltarak, Üst-Utanç ise depresyon puanlarını arttırarak travma

sonrası büyümeyi dolaylı olarak etkilemektedir. Benzer şekilde üstbilişlerin alt boyutlarından KÜDÖ-Ö puanlarındaki 1 birimlik artış depresyon puanlarında %32’lik bir azalmaya sebep olarak dolaylı olarak travma sonrası büyüme üzerine olumlu etki göstermektedir.

Meme kanseri hastalarında posttravmatik stres bozukluğu belirtilerine etki eden faktörleri içeren model Şekil 5’te gösterilmiştir.



Şekil 5. Meme Kanseri Hastalarında PTSTB Belirtilerine Etki Eden Faktörlerin Modeli

X ² /DF	P	CFI	GFI	RMSEA	SRMR	R ²
0.987/4	0.982	1	0.999	0	0.015	0.201

Jamovi Sem kullanılmıştır. PTSTB: Posttravmatik Stres Bozukluğu

Bu modele göre, anksiyete puanlarında olan 1 birimlik artış PTSTB belirtileri puanlarını %38 arttırmaktadır. Olumsuz üstduygu alt boyutlarından olan Üst-Utancın PTSTB belirti puanları üzerine hem doğrudan hem de anksiyete puanlarına etki ederek dolaylı etkisi mevcuttur. Buna göre, Üst-Utanc puanlarında olan 1 birimlik artış PTSTB belirti puanlarını doğrudan %26 arttırmaktadır. Ayrıca Üst-Utanc puanlarındaki 1 birimlik artış anksiyete belirti puanlarını %40 arttırarak dolaylı olarak PTSTB puanlarını arttırmaktadır. Olumlu üst duygu alt boyutlarından Üst-Şefkatin anksiyete puanlarını azaltarak PTSTB belirti şiddetini dolaylı olarak azalttığı saptanmıştır. Benzer şekilde üstbiliş alt boyutlarından KÜDÖ-K puanlarındaki artış anksiyete puanlarını azaltarak PTSTB belirtileri üzerine dolaylı olarak olumlu etki göstermektedir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, meme kanseri tanılı hastalarda üstbiliş ve üstduyguların sağlıklı kontrollerden farklılık göstermiş olduğu, olumlu üstduygular ile üstbilişlerin tüm alt boyutlarında hasta grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır. PTSB belirtileri ve alt boyutları ile travma sonrası büyümenin alt boyutları üzerine yaşın, ameliyat türünün, anksiyete ve depresyon belirti şiddeti ile üstbiliş ve üstduyguların farklı alt boyutlarının farklı etkileri olduğu bulunmuştur. Üstduygular ve üstbilişlerin doğrudan ve depresyon şiddetini azaltarak travma sonrası büyümeye katkı sağladığı gösterilmiştir. Benzer şekilde, üstduygular ve üstbilişlerin doğrudan ve dolaylı olarak anksiyete belirtilerini azaltarak PTSB belirtilerini azalttığı ortaya konulmuştur.

5.1. MEME KANSERİ TANILI HASTALARIN SAĞLIKLI KONTROLLERLE KARŞILAŞTIRILMASI

Meme kanseri tanılı hastalarda ve kontrol grubunda klinik tanı olarak majör depresif bozukluk ya da anksiyete bozukluğu tanısı olmasa da ortalama puanlar açısından hasta grubunun HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon puan ortalamaları daha düşüktür. Literatür incelendiğinde bu konuda çalışmalar az sayıda olup olumlu üstbiliş ve üstduygulara bağlı depresyon ve anksiyete skorlarında düşüklük olduğu saptanmıştır. Bir çalışmada olumlu üstbilişleri yüksek olan hastalarda travma öncesi sonrası HAD puanları karşılaştırıldığında depresyon anksiyete skorlarında anlamlı düşüş saptanmıştır (113). Major depresif bozukluk tanısı almış hastalarda üstbilişsel işlevlerin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığı başka bir çalışmada ise, hasta grubunda olumsuz üstbiliş puanlarının sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (142). Ancak genel olarak literatürde travma sürecine bağlı olarak depresyon ve anksiyete belirtilerinde yükseklik gösteren çalışmalar daha fazladır (57,143–145). Bu farklılık çalışmamızda travma grubu olarak kabul edilen hastaların medikal ve cerrahi tedavilerini tamamlamış olmasından kaynaklanabilir.

ÜDÖ-Olumlu ve olumlu alt ölçeklerinden olan ÜDÖ-Şefkat puanı ve ÜDÖ-İlgi puan ortalamaları meme kanseri tanılı grupta yüksektir ve iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır. ÜDÖ-Olumsuz ve olumsuz alt ölçeklerinden olan ÜDÖ-Kontrol, ÜDÖ-Öfke, ÜDÖ-Bastırma, ÜDÖ-Utanç puan ortalamaları

kontrol grubunda yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde travmaya maruz kalanlarda duyguları kabullenmenin, duygulardan kaçınmaya göre daha olumlu etkileri olabileceği çalışmalarda gösterilmiştir. Örneğin Troy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada şiddetli travmaya maruz kalma durumunda, duygularına yönelik kabul edici tutumların, depresyon belirtileri açısından koruyucu bir etkisinin olduğu gözlenmiştir. Buna göre işlevsel üstbilişlerle birlikte, duygularını olumlu değerlendiren bireyler, travma ile daha etkili bir şekilde baş etmektedirler (14). Çalışmaya dahil edilen meme kanseri tanılı hasta grubunun tedavi stabilitesi sağlanmış, PTSTB gibi herhangi aktif bir psikopatolojinin olmadığı bireylerden oluşması, bu grubun olumlu üstduyguları baskın, travma ile baş edebilen kişiler olduğu yönünde yorumlanabilir.

PTSTB'ye dair Boudur ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, bozukluğun belirtileri ile üst-korkular arasında pozitif yönde bir ilişki gözlenmiştir. Bu çalışmada, duygulara ilişkin korkunun, duygulardan kaçınmayı arttırdığı ve bireylerin çevrelerine uyum sağlamasını zorlaştırdığı görülmüştür. Yapılan çalışmalara göre ise olumsuz üstduygular, PTSTB açısından yordayıcı bir nitelik taşıdığı gösterilmiştir (12). Çalışmamızda meme kanseri hastalarında PTSTB kliniğinin olmaması ve farklı düzeylerde travma sonrası büyümenin etkilerinin görülmesi, hasta grubundaki düşük olumsuz üstduyguların puanlarını ve buna bağlı olumsuz üstduygularda kontrol grubuyla arasında anlamlı fark saptanmamasını açıklayabilir.

Duman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada duygulardan kaçınma ile ilişkili olan olumsuz üstduyguların, stres koşulunda psikolojik rahatsızlıklar geliştirme riskini arttıracak belirtilmiştir. Duyguları kabul ile ilişkili olan olumlu üstduygular ise stresin olumsuz etkilerini hafifletebileceği belirtilmiştir (130). Çalışmamızda da bu bulguyu destekler şekilde hastalarda yüksek olumlu üstduyguların puanları ve bununla ilişkili de kontrol grubuna göre daha düşük HAD-Depresyon ve anksiyete puanları saptanmıştır.

Başka bir çalışmada meme kanseri hastaları arasında sosyal destek, üstduyguların faktörleri ve hastalıkla ilgili değişkenler gibi çeşitli faktörler incelenmiştir. Hastalığın daha şiddetli evresinde olan, daha yeni tanı alan, daha az sosyal destek ile karşı karşıya kalan katılımcıların olumlu üstduygular açısından daha düşük puanlara ve daha yüksek düzeyde depresif belirtilere sahip olduğu bildirilmiştir. Ayrıca katılımcılar tanıları

daha yakın bir zamanda almışlarsa, sosyal desteği kısıtlıysa, olumsuz duygularına daha çok odaklanmışlarsa, kanser nedeniyle daha fazla kaçınmacı düşünceler yaşamışlardır. Olumsuz üstduygu puanları daha yüksek anksiyete ile ilişkilendirilmiştir (131). Bizim çalışmamız da bu verileri desteklemekte olup hasta grubumuz metastatik evre dışı, evre 1-3 meme kanseri olan ve hastalık süreciyle ilgili tedavi stabilitesi belli bir aşamaya kadar sağlanmış meme kanseri bireyler olmasına bağlı yüksek olumlu üstduygu puanları ve daha düşük anksiyete ve depresyon puanları saptanmıştır.

Çalışmamızda meme kanseri tanılı hastalarda sağlıklı kontrollere göre KÜDÖ alt ölçeklerinin her biri ve toplam KÜDÖ puan ortalamaları daha yüksek tespit edilmiştir. Böylece meme kanseri tanılı hastalarda üstbilişsel süreçlerde ve alt boyutlarında gelişme olduğu düşünülebilir. Wells'in üstbiliş modeline göre, travma sonrasında düşünceler, uyarılma ve dikkati yönlendirme tepkileri normaldir ve bilişsel işleme için bir ivme sağlar. Bu işleme süreci, gelecekte tehditle karşılaşıldığında düşünce ve davranışlara rehberlik edecek bir program veya planın geliştirilmesine yardımcı olur (111).

Takarangi ve arkadaşları üstbilişin, kişilerde PTBS geliştirme riskini araştırdıkları çalışmalarında, hayatları boyunca en az bir travmaya maruz kalmış 683 katılımcının mevcut üstbilişleri ölçülerek 12 hafta sonra travmaya maruz kalmayla ilişkili kalan 315 kişinin üstbilişleri ve PTBS belirtileri tekrar değerlendirmişlerdir. Daha fazla PTBS semptomu olan katılımcıların, daha az PTBS semptomu olan katılımcılara göre daha sorunlu üstbilişlere sahip olduğu ve travmaya maruz kalmadan önce uyumsuz üstbilişleri olan kişilerin, travmaya maruz kaldıktan sonra PTBS belirtileri yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca 12 hafta sonra yeni travma ile başlangıç PTBS puanlarına göre düşüklük; yine olumsuz üstbiliş puanlarında başlangıç üstbiliş puanlarına göre düşüş; HAD-Depresyon ve anksiyete puanlarında düşüş saptanmıştır (113). Bizim çalışmamızda da bu bulguları destekler şekilde meme kanseri hastalarında kontrol grubuna göre daha yüksek KÜDÖ puanları saptanmıştır. Rahmani ve arkadaşlarının 2014 yılında kanser tanısı almış hasta popülasyonu içeren grup üzerine metakognitif terapinin etkisini değerlendirmeyi amaçlayan çalışmalarında da kanser tanılı hastalardaki üstbiliş durumunun artışı destekler nitelikte bulgular olduğu göze çarpmaktadır (146). Ancak literatür incelendiğinde kanserin travmatik belirtilerde artış yaparak olumlu üstbilişlerde

düşüşe sebep olduğu yönünde çalışmalar da mevcuttur (142,147,148). Bu konuda literatürde çelişkili sonuçlar mevcut olup, çalışmamızdaki hastaların PTSTB kliniği olmayan gruptan oluşması nedeniyle travmayla baş etmeyi kolaylaştıran işlevsel üstbilişsel süreçlere sahip olduğu düşünülebilir.

5.2. MEME KANSERİ TANILI HASTALARDA TRAVMA SONRASI BÜYÜMEYE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Hastaların yaşı ile travma sonrası büyüme toplam ve alt ölçek skorlarının korelasyonuna bakıldığında sadece başkalarıyla ilişkiler puanı arasında düşük düzeyde pozitif korelasyon olduğu görülmüştür. Yaşın travma sonrası büyüme ile ilişkisine dair farklı sonuçlar bildirilmiştir. Literatürdeki bazı çalışmalarda, daha genç olan ve daha genç yaşta tanı alan hastaların daha fazla TSB gösterdikleri görülmektedir. Bu durum, kanser tanısının genç hastalar için daha stresli ve travmatik olabileceği ve bu nedenle daha büyük bir yaşamsal tehdit algısının daha fazla büyüme yol açabileceği veya genç hastaların daha esnek olmaları ve yaşamsal değişikliklere daha açık olmaları şeklinde açıklanabilir (11,83,88). Buna karşın yaş ve TSB arasında anlamlı ilişkinin gösterilemediği çalışmalar da mevcuttur (52). Bizim sonuçlarımızda da olduğu gibi literatürde ileri yaş hastaların daha fazla büyüme gösterdiklerine dair çalışmalar bulunmakta, yaşlandıkça baş etme kapasitesinin yaşamsal deneyimlere bağlı olarak artacağı ileri sürülmektedir (149,150).

Çalışmamızda hastaların yaklaşık %34'ü ortaokul eğitim düzeyinde olup, ortalama eğitim süreleri 10 yıl bulunmuştur. Eğitim yılı ile TSB arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bazı çalışmalar düşük eğitim düzeyinin TSBE'nin başkalarıyla ilişkiler alt ölçeği ile ilişkili olduğunu ve bu durumu daha düşük eğitim seviyesine sahip kadınların, ilişkilerinde büyüme geliştirmek için daha fazla alanı olması ile ilişkili olabileceği ile açıklamıştır (88). Bazı çalışmalarda eğitim durumu ile TSB arasında pozitif korelasyon saptanmış eğitim düzeyi arttıkça büyümenin de artacağını tespit etmiştir (151). Eğitim düzeyi ile TSBE alt ölçekleri ilişkisini değerlendiren çok çalışma bulunmamakta ve bu alanda yapılmış çalışmalar genellikle toplam TSBE puanları bakılarak değerlendirilmiş ve çoğunda bizim de çalışmamızda olduğu gibi anlamlı ilişki gösterilmemiştir (80,90,152). Bu durum çalışmamızda hastaların yaklaşık 50 yaş ortalamasına sahip olmaları ve çoğunluğunun eğitim

durumunun genelde ortaokul-lise düzeyinde olması ve eğitim aldıkları süre ile travmatik deneyim olarak yaşadıkları hastalıkla karşılaşma süresi arasındaki zamanın uzun olması ve eğitim durumunun TSB üzerine etkisinin diğer faktörlere göre belirleyiciliğinin az olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda TSBE başkalarıyla ilişkilerde değişim ve TSBE toplam puanları çalışmayan hastalarda çalışanlara göre daha yüksek olup fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatüre bakıldığında pek çok çalışmada medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu ile travma sonrası büyüme arasında bağlantı bulunamamıştır (90,152). Bu tutarsızlık, konuyla alakalı olarak Stanton ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ifade ettikleri gibi, sosyodemografik değişkenlerin TSB düzeyi üzerine çok düşük düzeyde etkili olduğu düşüncesi ile açıklanabilir. Konuyla ilgili olarak Weiss ve arkadaşlarının çalışmasında, çevresindekilere hastalığı hakkında paylaşımda bulunan ve sosyal açıdan izole olmayan bireylerde TSB düzeyinin daha fazla olacağı belirtilmiştir (93). Çalışmamızda bunun aksi yönünde bir sonucun olmasının nedeni çalışmanın yapıldığı ülkelerin farklı sosyokültürel ve ekonomik durumlarının sonucu olabilir. Ayrıca çalışma yaşamı ve çalışma çevresi her zaman kişinin sosyal destek mekanizmalarının bir parçası olmayabilir. Çalışmayan kadınların iş stresinden uzak, kendilerine daha çok vakit ayırıp, aile ve yakın arkadaşlar gibi esas sosyal desteği sağlayan kişilerle paylaşımda bulunarak bu gelişimi sağlamış olabilir. Travmaya maruz kalmış bireylerin incelendiği bir çalışmada ise, TSB düzeylerinin çalışmayan bireylerde bizim bulgularımıza benzer şekilde daha yüksek bulunmuştur (28).

Hastaların Travma Sonrası Büyüme Envanteri puanları sosyodemografik özellikleri göz önüne alınarak kıyaslandığında; evli hastaların TSBE benlik algısında değişim, TSBE başkalarıyla ilişkilerde değişim ve TSBE toplam puanları bekar hastalara kıyasla yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Bu da medeni durumun TSB gelişiminde etkileyici bir faktör olmadığı yönünde bulgular elde eden çalışmalarla benzer bir bulgudur (73,90). Literatürde evli olmanın strese karşı koruyucu olması ve sosyal desteğin bir parçası olarak TSB gelişmesini olumlu yönde etkide bulunduğu dair çalışmalar bulunmakla birlikte genel olarak bulgular istatistiksel anlamlı bir ilişkisi olmadığı yönündedir (88).

Çalışmamızda, hastalar yaşadıkları yer ve gelir düzeyi bakımından incelendiğinde TSB puanları arasında gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde, bireylerin TSB düzeyleri ile yaşadıkları yer ve gelir düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların sonuçları tutarsızdır (90,153).

Daha önceki çalışmalarda öncesinde tanı konulmuş psikiyatrik hastalığa sahip olmanın daha yüksek PTSB riski ile ilişkili olduğu, ancak travma sonrası büyüme ile ilgili yeterli sonuç olmadığı görülmüştür. Çalışmamızda TSB düzeyleri açısından önceden psikiyatrik hastalığa sahip olanlarla olmayanlar arasında anlamlı fark saptanmadı. Literatürde konuyla ilgili araştırmalar incelendiğinde, bu değişkenlerle alakalı olarak ayrıntılı bilgilere yer verilmediği görülmüştür (90). Bu sonuçlar sosyodemografik ve kanserle ilişkili değişkenlerin, TSB düzeyi üzerine düşük düzeyde etkisinin olabileceği, TSB sürecinde bu değişkenlerin dışında kişilik özellikleri, bilişsel süreçler gibi başka faktörlerin etkisinin olabileceğini düşündürmektedir.

Kronik hastalığı olan hastaların TSBE her bir altölçeği ve TSBE toplam puan ortalamaları kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olup aradaki farklar TSBE benlik algısında değişim için istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir. Tedeschi ve Calhoun, TSB ile travmatik deneyimin şiddeti arasında ilişki olduğunu ileri sürmüşlerdir. Birey için travmatik deneyim yükü ne kadar fazlaysa, büyüme düzeyinin de o derece fazla olacağı belirtilmiştir (11). Benzer şekilde çalışmamızda da kronik hastalık varlığı, sağlıkla ilgili olan ve travmatik kabul edilen kanser tanısının getirdiği travma yükünü arttırarak büyümeye katkı sağlamış olabilir.

Ailesinde meme kanseri olan hastaların TSBE yaşam felsefesinde değişim puan ortalamaları olmayanlara göre daha düşük olup fark istatistiksel anlamlılık göstermektedir. Literatürde ailede meme kanseri öyküsü ile TSB arasında bağlantı saptanmamıştır (10,83). Çalışmamıza benzer şekilde 148 kanser tanılı hastanın dahil edildiği 2020 yılında Oh ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ailede kanser öyküsü olan doğru ve yeterli genetik bilgiye sahip bireylerin TSB düzeyi düşük saptanmıştır (154). Bu durum meme kanserinin günümüzde patofizyolojisinin aydınlatılmış olması ve aile öyküsü olması durumunda bireylerin erken tarama programına girmeleri ve bunun sonucunda da travmaya önceden hazırlıklı olup kaygı düzeylerinin azalmasına bağlı

travma sonrası stres belirtilerinde değerlerinde düşüklük ve buna bağlı düşük TSB şeklinde yorumlanabilir.

Sigara kullanma durumuna göre hastalar gruplandırıldığında sigara kullanan hastaların TSBE benlik algısında değişim puan ortalamalarının sigara kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı daha düşük olduğu görülmüştür. Bu durum sigara kullanımının meme kanseri açısından bir risk faktörü olması sonucu çoğu hastanın kanser tanısından sonra sigarayı bırakmasına bağlı olarak yanıltıcı değerlendirilmiş olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda hastalar sadece sigara kullanımı var yok şeklinde gruplandırılmıştır.

5.2.1. Hastalık İlişkili Değişkenlerin Travma Sonrası Büyüme ile İlişkisi

Literatürde, kanser tanısı aldıktan sonra geçen süre ile TSB düzeyi arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalarda tutarsız sonuçların olduğu görülmüştür. Kanser tanısı aldıktan sonraki süre ile TSB düzeyi arasında olumsuz veya olumlu ilişki olduğunu ya da hiçbir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar vardır (78,90,155). Bizim çalışmamızda ise TSB düzeyi ile tanıdan sonra geçen süre bakımından istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır. TSB ile ilgili ilk çalışmaları yapan Tedeschi büyümenin zamanla ilgili olmadığını, travmayı deneyimleyenlerin özellikleri gibi değişkenlerin ve iyileşirken karşılaşılan koşulların travma sonrası geçen zamandan daha önemli olduğunu ifade etmektedir (11). Tanı sonrası geçen süre arttıkça travma sonrası büyümenin arttığını gösteren çalışmalar ise hastaların tanıdan bu yana geçen zamanda hastalıkları hakkında konuşmalarının travma sonrası büyüme ile ilişkili olarak pozitif değişimi teşvik edebileceğini ifade etmektedir. Yine aynı çalışmalarda başkalarıyla konuşmanın, kanser deneyiminin yeniden değerlendirilmesi ve bütünleşmesini sağlayabileceği, hastaların hayatlarını tekrar değerlendirmelerine fırsat sağlayıp aidiyet duygularını destekleyebileceği, anlam bulma ve travma sonrası büyüme gelişmesine zemin oluşturabileceği üzerinde durulmaktadır (52,156). Stanton ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, tanı aldıktan sonra geçen süre ile TSB düzeyi arasındaki pozitif yöndeki ilişkinin özellikle ilk 2 yıl içerisinde daha fazla olduğunu, 2. yıldan sonra geçen süre artsa bile TSB düzeyinin ilk 2 yıldaki artışı göstermediği ve bir süre sonra sabit kaldığını belirtmişlerdir (90). Benzer alanda Lelorain ve arkadaşlarının, hastaların kanser tanısı aldıktan 5-15 yıl sonraki TSB düzeylerini

karşılaştırdıkları bir çalışmada, tanı aldıktan sonraki geçen zaman ile TSB düzeyi arasında ilişki saptanmamıştır (92). Bunu yanı sıra literatürde tanı sonrası geçen sürenin TSB ile ilişkili olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (11,155). Bütün bu çalışmalar göz önüne alındığında kanser sonrası geçen süre ile TSB ilişkisi çelişkili gibi görünmekte kişisel, çevresel ve sosyal birçok etken bağlamında çalışmalara göre farklı sonuçlar vermektedir.

Hastalar evrelerine göre kıyaslandığında, Evre 3 hasta grubunun TSBE tüm alt ölçek ve TSBE toplam puan ortalamaları Evre 1 ve Evre 2 hastalara kıyasla daha yüksek olup, TSBE başkalarıyla ilişkilerde değişim puan ortalamaları Evre 1 hastalarının Evre 2 ve Evre 3'e göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur. Bu durum Tedeschi ve Calhoun'un eğer travma bireyin kendisi, dünya ve gelecek hakkındaki varsayımlarını zorlayacak kadar şiddetliyse, TSB başarılıdır ifadesiyle uyumludur. Evre 1 hastalarda travma şiddet yükünün azlığına bağlı TSB değerleri düşük olabilir. Literatürde, Cordova ve arkadaşları ile Wen ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda kanser evresi ile TSB arasında ilişki saptanmamıştır (52,100). Brix ve arkadaşlarının çalışmasında ise kanser evresi ile TSB arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır (157). Yine benzer şekilde Bellizzi ve arkadaşlarının çalışmasında, erken evre meme kanserli bireylerin, ileri evredekilere göre daha düşük TSB düzeylerine sahip olduğu bulunmuştur (85). Görüldüğü üzere hastalığın evresi ile TSB arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların sonuçları tutarsızlık göstermektedir.

Geçirilen ameliyata göre hastalar lumpektomi, parsiyel mastektomi ve total mastektomi şeklinde gruplandırıldığında TSBE yaşam felsefesinde değişim puanının gruplar arasında istatistiksel farklılık gösterdiği görülmüştür. TSBE yaşam felsefesinde değişim puan ortalaması lumpektomi grubunda parsiyel mastektomi grubuna göre daha düşük olduğu görülmüştür. Brix ve arkadaşlarının çalışmasında, bulgularımıza benzer şekilde mastektomi yapılan kadınların, lumpektomi yapılan kadınlara kıyasla önemli ölçüde daha fazla büyüme yaşadığı tespit edilmiştir. Bu durumu Tedeschi ve Calhoun'un eğer travma bireyin kendisi, dünya ve gelecek hakkındaki varsayımlarını zorlayacak ve bunlarla baş edilebilecek kadar şiddetliyse, TSB başarılıdır ifadesiyle uyumludur modeliyle açıklayabiliriz (11).

Çalışmamızda TSB düzeyleri arasında radyoterapi, kemoterapi ve hormonoterapi alıp almama bakımlarından anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde tedavi metotları ile TSB düzeyi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların sonuçları oldukça farklılık göstermektedir. Örneğin; Cordova ve arkadaşları ile Wen ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda, tedavi metodu ile TSB düzeyi arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır (10,100). McDonough ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kemoterapi ile TSB düzeyi arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır (151). Brix ve arkadaşlarının çalışmasında, hormonoterapi ile TSB düzeyi arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirtilmiştir (157). Başka bir çalışmada ise Mols ve arkadaşları, radyoterapi alan bireylerde TSB düzeylerinin daha düşük olduğunu ifade etmiştir (81). Konuyla ilgili olarak bir derleme çalışmasında, tedavinin yarattığı stres ve sıkıntı düzeyi ile TSB düzeyi arasında eğrisel bir ilişki olduğu, belli bir düzey sıkıntı ve stresin TSB için gerekli olduğu fakat sıkıntı düzeyi artışının bir noktadan sonra TSB'yi olumsuz yönde etkileyebileceği öne sürülmüştür (158). TSB ile tedavinin yarattığı stres düzeyi arasındaki bu eğrisel ilişki, çalışmamızda tedavi türleri ile TSB arasında bir ilişki ortaya çıkmamasının açıklaması olabilir.

5.3. MEME KANSERİ TANILI HASTALARDA TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Şehir merkezinde yaşayan hastaların OEÖ-G yeniden yaşama, OEÖ-G aşırı uyarılmışlık ve OEÖ-G toplam puan ortalamaları köy-ilçede yaşayan hastalara kıyasla daha düşük olup farklar istatistiksel olarak anlamlıdır. Literatürde benzer şekilde köy-ilçede yaşayan meme kanseri hastalarında PTSB riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (159). Bu durum şehir merkezlerinde sağlık olanaklarına ulaşımın kolay olması ve yaşadığı bölgede tedavi almanın tedavi sürecine yönelik sosyal, çevresel ve ekonomik koşulları iyileştirmesi ile açıklanabilir.

Çalışmamızda yaş ile OEÖ-G yeniden yaşama ve toplam puanları arasında düşük düzeyde negatif korelasyon mevcuttur. Bu durum önceki çalışmalarla uyumlu olarak genç kadınların PTSB belirtileri açısından daha çok risk altında olduğunu gösterir (160).Yapılan çalışmalarda 50 yaşından önce meme kanseri teşhisi konulan kadınların, tanı anında 60 yaşından büyük olan kadınlara kıyasla PTSB geliştirme olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (161,162).

Çalışmamızda hastalığın evresi açısından OEÖ-G puanlarında anlamlı fark bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde özellikle daha ileri evre metastatik meme kanseri teşhisi konan kadınların PTSB geliştirme olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (163,164). Yapılan bir çalışmada Evre 4 metastatik meme kanseri tanısı almanın artan PTSB riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur (165). Metastatik kanserler tedavi şekli ve prognozu itibarıyla diğer evre kanserlere göre farklılık göstermekte ve bu nedenle travmatik etkileri farklı olabilmektedir. Çalışmamıza metastatik meme kanserleri dahil edilmediği için hastalığın evresinde travma belirtileri açısından anlamlı fark saptanmamış olabilir.

Hormonoterapi alan hastaların almayanlara göre OEÖ-G kaçınma puan ortalaması daha düşük olup istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir. Literatürde meme kanseri vakalarının çoğunun östrojen reseptör pozitif olduğu göz önüne alındığında, mevcut tedavilerin çoğu bu reseptörü inhibe etmeyi amaçlandığı bilinmektedir (166). Yapılan çoğu çalışmada hormonoterapinin östrojen düzeylerini bozarak anksiyete, depresyon gibi semptomlarına yol açtığı görülse de hormonoterapinin antioksidan, antiinflamatuvar etkilerle koruyucu özelliklerinin de olabileceği belirtilmiştir (167,168). Hormonoterapinin biyolojik etkilerinin yanı sıra, bu tedavinin uzun dönemli kullanımının ve olumlu prognoz etkilerinin bilincinde olmanın, hastaların hastalıkla ilgili konularla daha güvenli bir şekilde tekrarlayıcı bir biçimde karşılaşmalarına ve bu sayede kaçınma belirtilerini azaltmaya yardımcı olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü olan kişilerde PTSB belirtilerinden aşırı uyarılmışlık bulgularının daha sık olduğu gösterilmiştir. Geçmişte anksiyete bozukluğu, depresyon ve madde kullanım bozukluğu öyküsünün PTSB semptomları üzerinde önemli etkileri olduğu gösterilmiştir (169,170). Daha önce meme kanseri hastalarıyla yapılan birçok çalışmada da önceden psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda, travma belirtilerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (169,171).

Ailesinde meme kanseri öyküsü olan hastaların kaçınma, yeniden yaşama puanlarının her birinin ve toplam puan ortalamalarının olmayanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Literatürde ailede meme kanseri öyküsü olanlarda PTSB gelişme riskinin daha yüksek olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır ancak çalışma

grubundaki hastalar genelde metastatik meme kanseridir (159). PTSTB'nin kanserin daha ileri aşamaları ve daha agresif ve/veya daha uzun tedavi ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (34). Bizim çalışmamızda hasta grubu metastazı olmayan, tedavi süreci daha olumlu ilerleyen hastalar olduğu için aile öyküsü travma belirtilerini etkilememiş olabilir. Ayrıca PTSTB gelişmesi için risk faktörlerinden olan travma ile ani karşılaşma, hazırlıksız olma durumu özellikle meme kanserinde aile öyküsü olanlarda erken tarama programlarına girmeleriyle önlenip, travmaya daha hazırlıklı olup PTSTB belirtilerinde düşüklük saptanmış olabileceği düşünülmektedir (161). Ayrıca Andrykoski ve arkadaşlarının meme kanseri hastalarında travma belirtileri üzerine çalışmasında, nesnel hastalık değişkenlerinin öznel yaşam tehdidi deneyimini yansıtmayabileceği sonucuna varılmıştır (52).

Çalışmamızda meme koruyucu cerrahi olanlarda kaçınma belirtilerinin, total mastektomi olan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalarda cerrahi tipinin PTSTB belirtileri üzerine farklı etkileri saptanmış olsa da yapılan güncel çalışmalarda meme koruyucu cerrahi geçirenlerde bir yıllık izlemin sonunda PTSTB belirtilerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (28). Benzer şekilde, meme kanseri geçiren hastaların izlemini içeren bir başka çalışmada bir yılın sonunda hastalarda mastektomi olmasından bağımsız PTSTB belirtilerinin gerilediği gösterilmiştir (172). Bu durum meme koruyucu cerrahide kalan meme dokusuna bağlı hastalarda meme kanserinin tekrarlama korkusunu arttırabileceği şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca total mastektomi grubunda meme onarımı için ileri teknik içeren plastik ve rekonstrüktif cerrahi operasyonlarının uygulanmasına bağlı olarak mastektominin travmatik etkilerinin azalabileceği düşünülebilir.

5.4. MEME KANSERİ TANILI HASTALARDA ÜSTBİLİŞİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Geçirilen ameliyat türüne bakıldığında lumpektomi yapılan grupta parsiyel ya da total mastektomi yapılan gruplara göre üstbilişlerden kendi üzerine düşünme alt boyutundan daha düşük puanlar aldığı saptanmıştır. Literatüre bakıldığında ameliyat türünün üstbilişlere etkisi ile ilgili detaylı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak Wells'in metakognitif modeline göre travma sonrasında düşünceler, uyarılma ve dikkati yönlendirme tepkileri normaldir ve bilişsel işleme için bir ivme sağlar. Bu

işleme, gelecekte tehditle karşılaşıldığında düşünce ve davranışlara rehberlik edecek bir program veya planın geliştirilmesidir ifadesiyle açıklayabiliriz (111). Bu doğrultuda incelediğimizde lumpektomi diğer ameliyatlara göre hastalarda daha düşük travma düzeyine neden olup üstbilişsel düzeyde gelişmeleri sağlayamamış olabileceğini düşündürebilir.

Üstbilişlerin kendi üzerine düşünme alt boyutu ile yaş arasında düşük düzeyde pozitif korelasyon izlenmiştir. Literatürde de benzer şekilde meme kanseri ile yapılan çalışmalarda gençlerde olumsuz üstbilişlerin daha yüksek olduğu saptanmıştır (173). Hanten ve arkadaşları üstbilişi, gelişimsel bir süreç ve mevcut düşüncelerin farkında olma, bu düşünceleri değerlendirme ve yeniden düzenlemenin gerekli olduğu durumları bilip düzenleyebilme şeklinde tanımlamıştır. Bununla birlikte üstbilişin yaşla birlikte arttığını göstermiştir (148).

Çalışmamızda tanı sırasındaki kanser evresine göre üstbiliş puanlarında farklılık saptanmamıştır. Literatürde birçok kanser tipinin dahil edildiği çalışmalarda hastalarının erken evrelerde daha yüksek düzeyde olumsuz üstbiliş sergilediği ve metastatik aşamada en düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Araştırmacılar kanser tipine de bağlı olarak erken evrelerdeki prognozun belirsizliğini bunun olası bir nedeni olarak öne sürmektedir (147,173). Ancak çalışmamıza sadece meme kanseri dahil edilmiş olup alınan grup metastatik olmayan tedavi süreçleri tamamlanmış meme kanseri hastaları olduğu için evreler arası farklılık gözlenememiş olabilir.

5.5. ÜSTBİLİŞLER İLE ÜSTDUYGULARIN TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİ VE TRAVMA SONRASI BÜYÜMEYLE İLİŞKİSİ

Üstbilişlerin PTSS belirtileri ve kliniği üzerine etkisi farklı örneklem gruplarında çok sayıda çalışmada araştırılmıştır. PTSS belirtilerinin travmatik olayın sonrasında gelişen normal bir süreç olduğu ve PTSS hastalığına neden olanın ise bu reflektif adaptasyon işleminin, adaptif olmayan üstbilişsel yetiler ile engellenmesi olduğu literatürde birçok çalışmada bahsedilmiş ve gösterilmiştir. Ayrıca üstbilişsel yetileri geliştirmeyi hedef alan metakognitif terapi ile PTSS semptomlarının azaltıldığı gösterilmiştir (106,111,174,175).

Çalışmamızda meme kanseri hastalarında PTST aşırı uyarılmışlık belirtileri ve toplam puanları ile KÜDÖ-K arasında düşük düzeyde negatif ilişki olduğu izlendi. Pek çok çalışmada olumlu üstbilişsel faktörlerin anksiyete, depresyon ve PTST belirtileri üzerine olumlu etkisi olduğu ortaya koyulmuştur (19,145). Çalışmamızda kendi üzerine düşünme üstbilişsel boyutu ile PTST belirtileri arasında literatürden farklı bir ilişki bulunmasının farklı nedenleri olabilir. Meme kanseri hastalarında üstbilişin sadece kendi üzerine düşünme alanında anlamlı farklılığın olmasının nedeni üstbilişlerin değerlendirildiği KÜDÖ'nün çoğunlukla kendiliğe odaklanan görüşmenin bir yansıması olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Üstbilişlerdeki ilerleme ve travma sonrası stres belirtileri arasındaki ilişki, zaman içinde farklılık gösterebilir. Bu nedenle daha uzun dönem çalışmalar bu dinamiğin nasıl değişeceğini görmek açısından faydalı olabilir. Buna ek olarak diğer KÜDÖ alt boyutları ile PTST belirtileri arasında ilişki bulunamamış olması, hastaların kanser tanısından sonra geçen süre ortalama 2-3 yıl gibi sınırlı bir süre olduğu için başkalarının zihinlerini anlama, yetkinlik gibi üstbilişsel alt ölçeklerin daha ileriki zamanlarda gelişmesinin mümkün olabileceği şeklinde açıklanabilir. Ayrıca KÜDÖ ölçeği her ne kadar diğer ruhsal durumlarda da kullanılır hale gelmiş olsa da psikopatolojilerle ilgili üstbilişsel kuramlardan yola çıkılarak şizofreni hasta grubunun değerlendirilmesiyle oluşturulmuş olduğundan diğer hasta popülasyonları için elde edilen skorların geçerliliği tartışılabilir.

Literatürde çalışmamıza benzer şekilde Takarangi ve arkadaşları üstbilişin, kişilerde PTST geliştirme riskini araştırmıştır. Katılımcıların mevcut üstbilişleri ölçülerek 12 hafta sonra travmaya maruz kalmayla ilişkili PTST belirtileri tekrar değerlendirilmiştir. Travmaya maruz kalmadan önce olumsuz üstbilişleri olan kişilerin, travmaya maruz kaldıktan sonra PTST belirtileri yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (113). Yine Wells ve arkadaşları tarafından öğrenciler üzerine yapılan bir çalışmada OEÖ-G ile değerlendirilen stres belirtileri ile olumlu üstbilişler arasında negatif ilişki olduğu saptanmıştır (111). Ancak bu çalışmalarda üstbilişin KÜDÖ'dekine benzer alt boyutları değerlendirilmediğinden, hangi alanlardaki olumlu inanç ya da uyumsuz üstbilişlerin PTST ile ilişkisinin olduğunu ortaya koymak güçtür. Bu çelişkili sonucu değerlendirmek için farklı bir örneklem stratejisi kullanarak veya daha geniş bir zaman aralığında veri toplayarak, bu ilişkinin

nedenlerini daha iyi anlamak için yeni çalışmalar yapılması literatüre katkı sağlayabilir.

Lysaker ve arkadaşlarının, PTSTB'si olan katılımcıların üstbilişsel kapasitede belirli eksiklikler yaşayıp yaşamadığını ve bu eksikliklerin kaçınma ve aşırı uyarılma semptomlarıyla bağlantılı olup olmadığını incelediği bir çalışmada PTSTB tanılı hastaları, şizofreni tanılı ve HIV tanılı bireylerle karşılaştırmıştır. PTSTB'si olan katılımcıların şizofreni grubuna göre daha üstün üstbilişsel yeteneklere sahip olduğu, fakat HIV'li ancak PTSTB tanısı olmayan bir gruba göre önemli ölçüde daha az üstbilişsel yetkinlik becerisine sahip olduğu görülmüştür. Daha düşük üstbilişsel yetkinlik düzeylerinin de travmayı takiben aşırı uyarılmanın sürdürülmesi için bir risk faktörü olabileceği düşünülmüştür. Yetkinlik konusunda daha az kapasiteye sahip kişilerin acı veren duyguları daha az yönetebileceğini, bunun da sürekli korku ve öfke duygularına katkıda bulunabileceği şeklinde yorumlanmıştır (176). Çalışmamızda da OEÖ-G aşırı uyarılmışlık ile üstbilişin diğer bir alt boyutu olan kendi üzerine düşünme arasında negatif korelasyon bulunmuştur.

Çalışmamızda travma sonrası büyüme ile üstbiliş ilişkisi incelendiğinde, TSBE yaşam felsefesinde değişim ile KÜDÖ tüm alt ölçek puanları ve KÜDÖ-Toplam arasında pozitif korelasyon izlendi. Literatürde çalışmalar genellikle travma sonrası stres belirtileri ile üstbiliş arasındaki ilişkiye odaklanmış olup, üstbilişlerin TSBE üzerine etkilerine yönelik kısıtlı ve çelişkili veriler mevcuttur. Üstbilişlerin psikopatoloji ile ilişkisini kanıtlayan bulgular olmakla birlikte odak noktası literatürde çoğunlukla uyumsuz üstbilişlerdir.

Çalışmamızdan farklı olarak Clauss ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptığı çalışmada kullanılan MCQ-30 testindeki olumsuz ve olumlu metakognitif inançları ile TSBE skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (115).

Travma sonrası büyüme ve MCQ-30 testi ile üstbiliş ilişkisini araştıran hayatları boyunca geçmişte travmaya maruz kalmış travmalarının üzerinden ortalama 14 yıl geçmiş olan 250 bireyin dahil edildiği bir başka çalışmada olumsuz üstbiliş alt ölçekleri ve depresif belirtiler ile TSBE puanları arasında ters-U şeklinde ilişki olduğunu belirtilmiştir (116). Bu bulgu çalışmamızla kısmen ters düşmekte olup yeni modellemelerle ileri çalışmaların ihtiyacını gösterir. Ancak çalışmamızı destekler

şekilde Nalipay ve arkadaşlarının 2018 yılında doğal afete maruz kalan bireylerle yaptığı çalışmada pozitif üstduyguyu ve üstbilişlere sahip bireylerde travma sonrası stres belirtilerinin düşük, travma sonrası büyüme puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Doğal afetlere maruz kalmak hem olumsuz hem de olumlu zihinsel sağlık sonuçlarına yol açabilir (PTSB ve TSB). Üstbilişi bu sonuçlara bağlayan kanıtlar olmasına rağmen odak noktası literatürde çoğunlukla uyumsuz üstbilişlerdir. Bu çalışma, pozitif üstbilişlerin ve üstduyguların travma sonrası büyüme üzerine etkilerini araştıran ilk çalışmalardandır. Doğal afetler gibi dış kontrolün çok az olduğu durumlarda olumlu üstbiliş ve üstduyguların bireyler için yararlı olabilecek önemli bir iç kaynak olduğunu vurgulamayı başarmıştır. Bu çalışmanın sonuçları, travmaya maruz kalan bireyler için üstbilişsel terapinin etkinliğine ilişkin önceki bulguları desteklemektedir (145). Ek olarak sonuçlar, doğal afetten sağ kurtulanlara yönelik müdahalelerin, uyumsuz üstbilişsel özellikleri hedeflemenin yanı sıra uyumlu olan üstbilişlerin geliştirilmesini de içerebileceğini göstermektedir (114). Çalışmamızda da bu verileri destekler şekilde TSBE benlik algısında değişim, yaşam felsefesindeki değişim ve toplam puanları ile ÜDÖ-Olumlu ve olumlu alt ölçeklerden olan ÜDÖ-Şefkat ve İlgi arasında pozitif korelasyon izlenmiştir. TSBE başkalarıyla ilişkilerde değişim alt ölçeğinde üstduyguyu ile anlamlı ilişkinin olmamasının nedeni ÜDÖ'nün daha çok kişinin kendisi ile ilgili duygularına odaklanan bir ölçek olması, meme kanseri hastalarının tanıdan sonra geçen süresinin ortalama 27 ay gibi bir süresi olması, başkalarıyla ilişkilerde değişim için daha uzun bir süre gerekli olacağı düşünülebilir.

Çalışmamızda ÜDÖ-Olumsuz ile TSBE puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamış olup ÜDÖ-Bastırma ile TSBE benlik algısında değişim ve toplam puanlar arasında negatif korelasyon görüldü. Bulgularımıza benzer şekilde yapılan bir çalışmada, şiddetli travmaya maruz kalma durumunda duygularına yönelik kabul edici tutumların, depresyon belirtileri açısından koruyucu bir etkisinin olduğu gözlenmiştir. Buna göre işlevsel üstbilişlerle birlikte, duygularını olumlu değerlendiren bireyler, travma ile daha etkili bir şekilde baş etmektedirler (14). Yine benzer şekilde Duman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada duygulardan kaçınma ile ilişkili olan olumsuz üstduyguların, stres koşulunda psikolojik rahatsızlıklar geliştirme riskini arttıracak belirtilmiştir. Duyguları kabul ile ilişkili olan olumlu üstduyguların ise stresin olumsuz etkilerini hafifletebileceği belirtilmiştir (130).

Çalışmamızda OEÖ-G yeniden yaşama, aşırı uyarılmışlık ve toplam puanları ile olumsuz üstduygular arasında pozitif korelasyon, olumlu üstduygular ile negatif korelasyon saptanmıştır. Literatürde posttravmatik stres bozukluğuna dair çalışmalarda, bozukluğun belirtileri ile üst-korkular arasında pozitif yönde bir ilişki gözlenmiştir. Bu çalışmada, duygulara ilişkin korkunun, duygulardan kaçınmayı arttırdığı ve bireylerin çevrelerine uyum sağlamasını zorlaştırdığı görülmüştür. Yapılan çalışmalara göre ise olumsuz üstduyguların, posttravmatik stres bozukluğu açısından yordayıcı bir nitelik taşıdığı gösterilmiştir (12).

Meme kanseri hastalarımızın verilerinden regresyon analizi yapıldığında; HAD-Anksiyetenin OEÖ-G yeniden yaşama, OEÖ-G aşırı uyarılmışlık ve toplam puanlarını arttırdığı görülmüştür. Yapılan çalışmalarda anksiyete belirtilerinin posttravmatik stres bozukluğunun ilgili bir özelliği olduğu belirtilmiştir (161,177). PTSD ile diğer ruhsal hastalıklarından birlikteliği düşünüldüğünde en sık anksiyete bozukluklarının (%39 yaygın anksiyete bozukluğu, %17 ile sosyal fobi ve %6 ile panik bozukluğu) eşlik ettiği bilinmektedir (178). Literatür incelendiğinde travma belirtileriyle anksiyete belirtilerinin ilişkili olduğu görülmektedir (10,57,161).

Yapılan regresyon analizinde olumsuz üstduyguların puanlarından olan ÜDÖ-Kontrolün, OEÖ-G yeniden yaşama üzerinde pozitif bir etkisi bulunmaktadır. Duygulara karşı katı bir kontrolü içeren tutumları ölçen ÜDÖ-Kontrol arttıkça travmatik yeniden yaşamanın yani rahatsız edici düşüncelerin artacağı düşünülmektedir.

Regresyon analizinde OEÖ-G aşırı uyarılmışlık ve toplam puanlar üzerine etki eden değişkenler incelendiğinde ÜDÖ-Utancın pozitif bir etkiye sahip olduğu görüldü. Duygusal tepkileri, hataları ve beklentileri hor görme, eleştirme ve onlardan utanma eğilimini ölçen ÜDÖ-Utanç arttıkça travma belirtilerinin artması literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir (69,113,123).

OEÖ-G aşırı uyarılmışlık üzerine etki eden değişkenler regresyon analizinde incelendiğinde KÜDÖ-K'nin negatif bir etkiye sahip olduğu görüldü. Bulgumuza benzer şekilde Wells ve arkadaşları tarafından öğrenciler üzerine yapılan bir çalışmada travma sonrası stres belirtileri ile olumlu üstbilişler arasında ters ilişkinin olduğu saptanmıştır (111).

Çalışmamızda HAD-Depresyon puanlarının TSBE benlik algısında değişim ve Toplam puanlarında negatif bir etkiye sahip olduğu görülmüş olup, literatür ile uyumlu olarak Karancı ve Erkam'ın 90 meme kanseri tanısı almış kadın hastada, depresyon ile TSB arasındaki ilişkiye baktıkları bir çalışmada, ikisi arasında negatif yönde bir ilişki olduğunu, yani depresyonu olanların, olmayanlara göre daha düşük TSBE puanları aldıklarını belirtmiştir (99). Başka bir çalışmada ise 105 kanser hastası değerlendirilmiş, depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı ile TSB arasında bir ilişki gösterilememiştir (150). Tedeschi ve arkadaşlarının 2018 yılında tanımladıkları güncel TSB modelinde, bireylerdeki büyüme sürecinin travma sonrası temel inançlarının sarsılması ve girici tarzdaki düşünceler ile birlikte başladığı, süreç içerisinde sosyal destek ile beraber çözüm odaklı düşünceler geliştirdikleri ve bu şekilde büyümenin meydana geldiğini belirtmiştir (71,72,77). Yapılan bir çalışmada ise, stresli yaşam deneyimlerinden sonra çözüme odaklı olmayan ve tekrarlayıcı tarzda düşüncelere meyilli olan bireylerde, depresyon görülme olasılığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (179). Dolayısıyla depresyonu olan bireylerdeki girici tarzdaki düşüncelerin bireylerin sorunlar karşısında baş etme stratejilerinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olarak, TSB'nin meydana gelmesine engel olduğu düşünülmektedir (180). Literatürdeki bu verilere dayanarak, depresif semptomları şiddetli olan meme kanserli hastaların, TSB için gerekli olan otomatik ve girici düşünceleri, çözüm odaklı düşüncelere dönüştürme işini yapamadıkları ve dolayısıyla TSB düzeylerinin daha düşük olacağı düşünülebilir.

Regresyon analizlerinde anksiyete belirtileri ile TSB arasında belirgin ilişki gösterilememiştir. Costanzo ve arkadaşlarının hastalığı evre 1-3 arası olan 89 meme kanserli hastada yaptıkları çalışmada, takip süresince hastalardaki anksiyete düzeylerinin azalmasının, süreç içerisinde kansere ve tedaviye uyumun artması ve tedaviye bağlı yan etkilerin zamanla gerilemesiyle ilişkili olabileceğini belirtmiştir (181). Örneklemdeki hastaların tanı aldıktan sonra geçen süre ortalama 27 ay olması göz önünde bulundurulursa çalışmamızda TSB ile anksiyete düzeyleri (özellikle de kanserin tekrarlaması endişesi) arasında bir ilişki gösterilememiş olması, hastaların süreç içerisinde tanılarına ve tedavilerine uyum sağlamış olabilecekleri ve tedaviye bağlı yan etkilerin zaman içerisinde gerilemiş olabileceği nedenleriyle açıklanabilir.

Çalışmamızda KÜDÖ-K ölçeğinin yüksek puan ortalamalarının TSBE benlik algısını olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir. Literatürde çalışmalar genellikle travma sonrası stres belirtileri ile üstbiliş arasındaki ilişkiye odaklanmış olup bu konuda araştırma çok azdır. Bu bulgumuzu destekler şekilde TSB ve MCQ-30 testi ile üstbiliş ilişkisini araştıran hayatları boyunca geçmişte en az bir travmatik olay geçirmiş, travmalarından ortalama 14 yıl geçmiş olan 250 kişinin dahil olduğu bir çalışmada olumsuz üstbiliş alt ölçekleri ile TSB puanları arasında ters-U şeklinde ilişki olduğu belirtilmiştir. Bu daha yüksek düzeylerde TSB ile orta düzeyde olumsuz üstbilişler arasında bir ilişki olduğunu gösterirken, olumsuz üstbilişlerin daha yüksek veya daha düşük olduğu durumlarda TSB 'nin daha az olası olduğu anlamına gelir (116). Kişinin kendisi ile ilgili olumlu ve kalıplaşmış belirli düzeydeki üstbilişleri travma oluşumuna neden olmayacağı için büyüme sürecine de neden olamayabilir. Ancak bu konuda yapılmış sınırlı çalışmalardaki bulgular çelişkilidir.

Olumlu üstduygulardan olan ÜDÖ-İlgi puanlarının TSBE benlik algısında değişim, yaşam felsefesindeki değişim ve toplam puanlarında pozitif bir etkiye sahip olduğu görüldü. Bulgumuza benzer şekilde Nalipay ve arkadaşlarının doğal afete maruz kalan bireylerle yaptığı çalışmada pozitif üstduygulara sahip bireylerde travma sonrası stres belirtilerinin düşük, travma sonrası büyüme puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur (114).

Olumsuz üstduygulardan olan ÜDÖ-Utanç puanlarında artışın TSBE benlik algısında değişim puanlarını olumlu etkilediği görüldü. Bu bulgu beklenen sonuçlarla çelişmekle birlikte literatürde travma sonrası büyüme ve üstduygu arasında genelde lineer ilişki olup olmadığı incelenmiş olup eğrisel analizlerde farklı sonuçlar elde edilebilir. Her ne kadar olumsuz bir üstduygu olarak kabul edilse de utanç üstduygusunun işlevsel bir yanıtı olabilir. Belki de kişi duygularından utandıkça işleme çabasının bir ürünü olarak bir düzeye kadar büyümeyi arttırabilir ancak artan işlevsiz utanç bir düzeyden sonra PTSB sürecine neden olabilir. Bu konuda çalışmamızın sadece kadınlar üzerinde sınırlı popülasyonda sınırlı süre spesifik bir travmaya uğramış bireyler olmasına bağlı genelleme yapılması zordur. Daha geniş çaplı ileriye dönük çalışmalara ihtiyaç vardır. Buna karşılık olumsuz üstduygulardan olan ÜDÖ-Bastırma puanlarında artışın TSBE benlik algısında değişim puanlarını

azalttığı görüldü. Literatürle uyumlu olarak olumsuz üstduyguların travma sonrası büyüme olumsuz etki yaptığı gösterilmiştir (69,114,123).

KÜDÖ-K ölçeği ile TSBE yaşam felsefesindeki değişim arasında güçlü bir pozitif ilişki bulundu. Bu durum, olumlu üstduygu ve üstbilişlere sahip bireylerde travma sonrası stres belirtilerinin düşük, travma sonrası büyüme puanlarının yüksek olduğunun gösterildiği Nalipay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmayla benzerdir (114).

Çalışmamızda PTSTB belirtilerine etki eden faktörleri değerlendiren modele göre, anksiyete belirtilerindeki artışın PTSTB belirtilerini arttırdığı gösterilmektedir. Modelimize göre PTSTB belirtilerini doğrudan asıl etkileyen faktör anksiyete belirtileridir. Yapılan çalışmalarda anksiyete belirtilerinin posttravmatik stres bozukluğunun ilgili bir özelliği olduğu belirtilmiştir (57,145,161,177). PTSTB ile diğer ruhsal hastalıklarından birlikteliği düşünüldüğünde en sık anksiyete bozukluklarının eşlik ettiği bilinmektedir (178).

Olumsuz üstduygu alt boyutlarından olan Üst-Utancın PTSTB belirti puanları üzerine hem doğrudan hem de anksiyete puanlarına etki ederek dolaylı etkisi mevcuttur. Buna göre, Üst-Utanç puanlarında olan 1 birimlik artış PTSTB belirti puanlarını doğrudan %26 arttırmaktadır. Ayrıca Üst-Utanç puanlarındaki 1 birimlik artış anksiyete belirti puanlarını %40 arttırarak dolaylı olarak PTSTB puanlarını arttırmaktadır. Duygulara karşı olan utanç kanser hastalarında özellikle kanser tekrarlama korkusu gibi anksiyete belirtilerini arttırarak PTSTB'yi arttırabilir. Bu durum olumsuz üstduygular ile PTSTB arasında pozitif ilişki olduğunu gösteren çalışmalarla uyumludur (69,123,124,128). Olumlu üstduygu alt boyutlarından Üst-Şefkatin anksiyete puanlarını azaltarak PTSTB belirti şiddetini dolaylı olarak azalttığı saptanmıştır. Duygusal deneyimine yönelik anlayışlı ve kabullenici bir tutumu içeren Üst-Şefkatin anksiyete belirtilerini azaltarak PTSTB belirti şiddetini azaltması beklediğimiz bir bulgudur (69,123). Çalışmamıza benzer şekilde meme kanseri hastalarında yapılan bir araştırmada sosyal destek, üstduygular, hastalıkla ilgili değişkenler gibi çeşitli faktörler incelenmiştir. Hastalığın daha şiddetli bir evresinde olan, daha yeni tanı alan, daha az sosyal desteği olan katılımcıların olumlu üstduygu açısından daha düşük puanlara ve daha yüksek düzeyde depresyon ve anksiyete belirtilerine sahip olduğu bildirilmiştir (131).

Üstbiliş alt boyutlarından KÜDÖ-K puanlarındaki artış anksiyete puanlarını azaltarak PTBS belirtileri üzerine dolaylı olarak olumlu etki göstermektedir. Kendi üzerine düşünme arttıkça PTBS belirtilerinin azalması literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir (182–184). Tersten düşünecek olursak artan üstbilişsel bozulma kendini yönetmeyi daha da azaltarak korkunun daha fazla ön plana çıkmasına yani anksiyete belirtilerinin artmasına böylece PTBS belirtilerinde artışa neden olabilir.

Travma sonrası büyümeye etki eden faktörlerin değerlendirildiği modele göre olumlu üstduygulardan olan Üst-İlgi puanlarında olan 1 birimlik artışın travma sonrası büyüme puanları üzerinde doğrudan %35'lik bir artışı sağladığı görüldü. Depresyon puanlarında olan 1 birimlik artış ise travma sonrası büyüme puanlarını doğrudan %22 oranında azaltmaktadır. Bireyin duyguları, kendini ve yaşamını anlamak için kullanışlı bir kaynak olarak değerlendirmesini içeren Üst-İlginin travma sonrası büyümeyle pozitif yönlü ilişkisi literatürle uyumlu olarak bulunmuştur (69,114). Çalışmamızda, daha önceki araştırmalar ile uyumlu olarak, depresyon ile TSB arasında negatif yönde bir ilişki olduğu belirtilmiştir (60,66,99). Literatürdeki verilere dayanarak, depresif semptomları şiddetli olan meme kanserli hastaların, TSB için gerekli olan otomatik ve girici düşünceleri, çözüm odaklı düşüncelere dönüştürme işini yapamadıkları ve dolayısıyla TSB düzeylerinin, depresif semptomları hafif olan veya olmayan bireylere göre daha düşük olacağı düşünülebilir.

Üstduygu alt boyutlarından Üst-Şefkat depresyon puanlarını azaltarak, Üst-Utanç ise depresyon puanlarını arttırarak travma sonrası büyümeyi dolaylı olarak etkilemektedir. Üst-Şefkat duygusal deneyimine yönelik anlayışlı ve kabullenici bir tutumu içererek depresyon puanlarını azaltıp büyümeyi arttırması tam tersi duygusal tepkilerin kontrol edilemediği durumda veya bastırılmadığında deneyimlenen olumsuz duygular olan Üst-Utancın depresif belirtileri arttırarak büyümeyi azaltması literatürle uyumlu bulunmuştur (69,123,124). Leahy'nin çalışmasına bakıldığında depresyon ve anksiyete belirtileri, olumsuz bir üstduygu olan suçluluk duygusuyla ilişkili bulunmuştur. Buna göre, depresif bireyler duygularını yanlış ve utanç verici nitelendirmekte ve bu duygularından dolayı suçlu hissetmektedirler (185). Üstbilişlerin alt boyutlarından KÜDÖ-Ö'de bir birimlik artış depresyon puanlarında %32'lik bir azalmaya sebep olarak dolaylı olarak travma sonrası büyüme üzerine olumlu etki göstermektedir. Çalışmamızdaki depresyon ve üstbiliş arasındaki negatif

ilişkiye benzer şekilde PTSD tanılı 51 gaziyle yapılan bir araştırmada, daha yüksek depresyon seviyelerinin daha düşük KÜDÖ-K ve KÜDÖ-Ö seviyeleri ile bağlantılı olduğu saptanmıştır (177).

Olumlu üstbilişlerin travma sonrası büyümeyi desteklediğini belirten çalışmalara rağmen üstbiliş alt ölçeklerine yönelik sınırlı çalışma bulunmaktadır (176,177,186). Diğer insanlardaki düşünceler, duygular ve davranışlar arasındaki bağlantıları tanıyabilmeye ilişkin olan üstbilişin ötekilerin zihnini anlama altboyutu depresyon belirtilerini azaltıp büyüme üzerine olumlu etkisinin olması beklenen bir bulgudur. Ancak büyümede diğer alt ölçeklerin etki büyüklüğünün neden az olduğuna dair literatürde destekleyici veri bulunamamıştır.

5.6. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI VE GÜÇLÜ YÖNLERİ

Çalışmamız tek merkezli, görece kısıtlı sayıda katılımcı ile kesitsel bir tasarımda olması nedeniyle, bulguların nedenselliğin yönü ve doğası yeterince belirlenemeyebilir. Çalışmamızda hasta grubu sadece sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığından ve bu hastalar tanı öncesi ve sonrasında ayrı olarak değerlendirilemediğinden üstbiliş ve üstduyguların bir özelliği mi (trait) yoksa bir durumu mu (state) yansıttığı net olarak ortaya koyulamamaktadır. Travma sonrasında saptanan maladaptif üstbilişsel inançlar travma nedeni ile oluşmuş olabileceği gibi; kişide travma öncesinde de var olan düşüncelerine yönelik inançlarının travma maruziyeti ile PTSD belirtilerine yakınlık sağlıyor olabilir. Bir diğer kısıtlılık yapılan analizlerde, kullanılan üstduygü ölçeğinin bazı alt boyutlarında düşük iç tutarlılık gösterdiği saptanması olup, bu nedenle, sonuçlar yorumlanırken bu durum dikkate alınmalıdır.

Bunun yanı sıra çalışmanın örnekleminin dahil edilme kriterleri itibarıyla mümkün olduğunca homojen seçilmesi, katılımcıların akut hastalık veya tedavi döneminde olmaması ve hastalık tanısı üzerinden geçen sürelerin görece uzun olmaması nedeniyle öne çıkmaktadır. Ayrıca katılımcıların halihazırda aktif psikopatolojilerinin veya tedavi öykülerinin bulunmaması ve klinisyen tarafından yapılandırılmış görüşmeler ile değerlendirilmesi, üstduygü ve üstbilişlerin alt boyutlarının detaylı bir şekilde değerlendirilmesi bu çalışmanın öne çıkan özelliklerindendir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız, literatürde daha önce detaylı olarak ele alınmamış bir konuya odaklanarak meme kanseri tanılı hastalarda üstbilişler ile üstduyguların travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyümeyle ilişkisini ortaya koyan ilk çalışma olma özelliği taşımaktadır. Meme kanserinin, kadınlar arasında en sık görülen kanser türü olması ve aynı zamanda kadınlık ve cinselliğe atfedilen bir organ olması, bu alandaki ruhsal iyileştirmeler için acil bir ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır. Bu çalışma, meme kanseri ile ilişkilendirilen bir dizi faktörü ele alarak literatüre önemli bir katkı sunmaktadır.

Araştırmamızın bulguları, meme kanseri tanısı almış bireylerde üstbiliş ve olumlu üstduygu puanlarının sağlıklı kontrol grubuna göre belirgin şekilde yüksek olduğunu göstermiştir. Bu sonuç, travmanın bu bireylerde üstbilişleri ve üstduyguları olumlu şekilde etkileyebileceğini ortaya konulmuştur. Olumsuz üstduyguların, özellikle utanç gibi, travma sonrası stres belirtilerini doğrudan olumsuz etkilediği, üstbilişsel faktörlerin ve olumlu üstduyguların ise anksiyete belirtilerini azaltarak dolaylı yoldan travma sonrası stres belirtilerini azalttığı belirlenmiştir.

Bu çalışma ayrıca, meme kanseri hastalarında olumlu üstduyguların doğrudan ve dolaylı olarak travma sonrası büyümeye katkı sağladığını ortaya koymaktadır. Özellikle ilgi gibi olumlu üstduyguların, travma sonrası büyümeye doğrudan olumlu bir etkisi olduğu saptanmıştır. Ayrıca, ötekilerin zihinlerini anlama gibi üstbilişsel boyutların ve şefkat gibi üstduyguların, depresyon belirtilerini azaltarak travma sonrası büyümeyi olumlu yönde etkilediği bulgularına ulaşılmıştır.

Bu bulgular, meme kanseri tanısı almış bireylerde anksiyete ve depresif belirtilere yönelik müdahalelerin yanı sıra, üstduyguları anlamak ve üstbilişleri yapılandırmaya yönelik terapötik çalışmaların önemini vurgulamaktadır. Özellikle, metakognitif terapi gibi terapötik yaklaşımların PTSTB yönünde ilerleyişi önleyebileceği ve travma sonrası büyümeye katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda, konsültasyon liyezon psikiyatrisi alanında çalışan profesyonellerin, bu hastalarla çalışırken söz konusu yaklaşımları öncelikli olarak değerlendirmeleri önem arz etmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Lepore SJ, Coyne JC. Psychological interventions for distress in cancer patients: a review of reviews. *Annals of Behavioral Medicine*. 2006 Oct;32 (2):85–92.
2. Berard RM. Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 8:58–61; discussion 62-3.
3. Baider L, Andritsch E, Uziely B, Ever-Hadani P, Goldzweig G, Hofmann G, et al. Do different cultural settings affect the psychological distress of women with breast cancer? A randomized study. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2003 Sep;12 (3):263–73.
4. Gagnon P, Massie MJ, Holland JC. The woman with breast cancer: Psychosocial considerations. *Cancer Bulletin*. 1993;45:538–42.
5. Sharp L, Carsin A, Timmons A. Associations between cancer-related financial stress and strain and psychological well-being among individuals living with cancer. *Psychooncology*. 2013 Apr 12;22 (4):745–55.
6. Christensen S, Zachariae R, Jensen AB, Væth M, Møller S, Ravnsbæk J, et al. Prevalence and risk of depressive symptoms 3–4 months post-surgery in a nationwide cohort study of Danish women treated for early stage breast-cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2009 Jan 16;113 (2):339–55.
7. Karakoyun-Celik O, Gorken I, Sahin S, Orcin E, Alanyali H, Kinay M. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Medical Oncology*. 2010 Mar 19;27 (1):108–13.
8. Kwakkenbos L, Coyne JC, Thombs BD. Prevalence of posttraumatic stress disorder (PTSD) in women with breast cancer. *J Psychosom Res*. 2014 Jun;76 (6):485–6.
9. Öztürk M, Uluşahin N. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 16th ed. Ankara: Bayt Ltd. Şti.; 2020. 380–381 p.
10. Cordova MJ, Riba MB, Spiegel D. Post-traumatic stress disorder and cancer. *Lancet Psychiatry*. 2017 Apr;4 (4):330–8.
11. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychol Inq*. 2004 Jan;15 (1):1–18.
12. Badour CL, Feldner MT. Trauma-related reactivity and regulation of emotion: Associations with posttraumatic stress symptoms. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2013 Mar;44 (1):69–76.
13. Ford BQ, Gross JJ. Emotion regulation: Why beliefs matter. *Can Psychol*. 2018 Feb;59 (1):1–14.

14. Troy AS, Shallcross AJ, Mauss IB. A Person-by-Situation Approach to Emotion Regulation. *Psychol Sci*. 2013 Dec 21;24 (12):2505–14.
15. Salovey P, Stroud LR, Woolery A, Epel ES. Perceived Emotional Intelligence, Stress Reactivity, and Symptom Reports: Further Explorations Using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychol Health*. 2002 Jan 27;17 (5):611–27.
16. Salovey P, Stroud LR, Woolery A, Epel ES. Perceived Emotional Intelligence, Stress Reactivity, and Symptom Reports: Further Explorations Using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychol Health*. 2002 Jan 27;17 (5):611–27.
17. Ghorbani N, Davison HK, Bing MN, Watson PJ, Mack DA. Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. *International Journal of Psychology*. 2002 Oct 21;37 (5):297–308.
18. Norman E, Furnes B. The Concept of “Metaemotion”: What is There to Learn From Research on Metacognition? *Emotion Review*. 2016 Apr 13;8 (2):187–93.
19. Vohs JL, Lysaker PH, Francis MM, Hamm J, Buck KD, Olesek K, et al. Metacognition, social cognition, and symptoms in patients with first episode and prolonged psychoses. *Schizophr Res*. 2014 Mar;153 (1–3):54–9.
20. Cook SA, Salmon P, Dunn G, Holcombe C, Cornford P, Fisher P. A Prospective Study of the Association of Metacognitive Beliefs and Processes with Persistent Emotional Distress After Diagnosis of Cancer. *Cognit Ther Res*. 2015 Feb 11;39 (1):51–60.
21. Thewes B, Bell ML, Butow P. Fear of cancer recurrence in young early-stage breast cancer survivors: the role of metacognitive style and disease-related factors. *Psychooncology*. 2013 Sep 13;22 (9):2059–63.
22. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/cancer>. [Internet]. Cancer Key Facts, WHO Updated 2022.
23. Anand P, Kunnumakara AB, Sundaram C, Harikumar KB, Tharakan ST, Lai OS, et al. Cancer is a Preventable Disease that Requires Major Lifestyle Changes. *Pharm Res*. 2008 Sep 15;25 (9):2097–116.
24. Lagerlund M, Hvidberg L, Hajdarevic S, Fischer Pedersen A, Runesdotter S, Vedsted P, et al. Awareness of risk factors for cancer: a comparative study of Sweden and Denmark. *BMC Public Health*. 2015 Dec 23;15 (1):1156.
25. Özkan S. *Psiko-onkoloji*. Vol. 1. İstanbul: Form Reklam Hizmetleri; 2007.
26. Holland JC. History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers. *Psychosom Med*. 2002 Mar;64 (2):206–21.

27. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin*. 2020 Jan 8;70 (1):7–30.
28. Villarreal-Garza C, Aguila C, Magallanes-Hoyos MC, Mohar A, Bargalló E, Meneses A, et al. Breast cancer in young women in Latin America: an unmet, growing burden. *Oncologist*. 2013;18 (12):1298–306.
29. Łukasiewicz S, Czeczulewski M, Forma A, Baj J, Sitarz R, Stanisławek A. Breast Cancer—Epidemiology, Risk Factors, Classification, Prognostic Markers, and Current Treatment Strategies—An Updated Review. *Cancers (Basel)*. 2021 Aug 25;13 (17):4287.
30. Cancer Today International Agency for Research on Cancer [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 29]. Available from: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2020&mode=population&mode_population=continents&population=900&population&populations=900,true&key=asr&sex=2&cancer=20&type=2&statistic=5&prevalence=1&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmsc=0&include_nmsc_other=0&projection=natural-earth&color_palette=default&map_scale=quantile&map_nb_colors=5&continent=0&show_ranking=0&rotate=%255B10%252C0%255D
31. TÜİK Ölüm İstatistikleri [Internet]. 2017 [cited 2024 Jan 29]. TÜİK Ölüm İstatistikleri 2017. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=OlumIstatistikleri-2017-27592>
32. Söllner W, Maislinger S, König A, DeVries A, Lukas P. Providing psychosocial support for breast cancer patients based on screening for distress within a consultation-liaison service. *Psychooncology*. 2004 Dec 29;13 (12):893–7.
33. Bardwell WA, Natarajan L, Dimsdale JE, Rock CL, Mortimer JE, Hollenbach K, et al. Objective Cancer-Related Variables Are Not Associated With Depressive Symptoms in Women Treated for Early-Stage Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2006 Jun 1;24 (16):2420–7.
34. Andrykowski MA, Manne SL. Are psychological interventions effective and accepted by cancer patients? I. Standards and levels of evidence. *Ann Behav Med*. 2006 Oct;32 (2):93–7.
35. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer statistics, 2010. *CA Cancer J Clin*. 2010;60 (5):277–300.
36. Moyer A. Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: A meta-analytic review. In: *Cancer patients and their families: Readings on disease course, coping, and psychological interventions*. Washington: American Psychological Association; p. 259–88.
37. Kissane DW, Ildn J, Bloch S, Vitetta L, Clarke DM, Smith GC, et al. Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early-stage breast cancer: a cross-sectional survey. *Medical Journal of Australia*. 1998 Aug;169 (4):192–6.

38. Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD, Zhang B, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study. *Cancer*. 2005 Dec 15;104 (12):2872–81.
39. Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *J Med Assoc Thai*. 2007 Oct;90 (10):2164–74.
40. Karakoyun-Celik O, Gorken I, Sahin S, Orcin E, Alanyali H, Kinay M. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Med Oncol*. 2010 Mar;27 (1):108–13.
41. Newport DJ, Nemeroff CB. Assessment and treatment of depression in the cancer patient. *J Psychosom Res*. 1998 Sep;45 (3):215–37.
42. Nelson CJ, Cho C, Berk AR, Holland J, Roth AJ. Are Gold Standard Depression Measures Appropriate for Use in Geriatric Cancer Patients? A Systematic Evaluation of Self-Report Depression Instruments Used With Geriatric, Cancer, and Geriatric Cancer Samples. *Journal of Clinical Oncology*. 2010 Jan 10;28 (2):348–56.
43. Emanuel EJ, Fairclough DL, Daniels ER, Clarridge BR. Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public. *Lancet*. 1996 Jun 29;347 (9018):1805–10.
44. Kendal WS. Suicide and cancer: a gender-comparative study. *Ann Oncol*. 2007 Feb;18 (2):381–7.
45. Valente SM. Evaluating suicide risk in the medically ill patient. *Nurse Pract*. 1993 Sep;18 (9):41–50.
46. Pirl WF, Roth AJ. Diagnosis and treatment of depression in cancer patients. *Oncology (Williston Park)*. 1999 Sep;13 (9):1293–301; discussion 1301-2, 1305–6.
47. Derogatis LR. The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1983 Feb 11;249 (6):751.
48. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltarlı B, Karadağ F. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Derg*. 2003;14:145–52.
49. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. Correlates of acute stress disorder in cancer patients. *J Trauma Stress*. 2007 Jun 27;20 (3):325–34.
50. Breitbart WS, Alici Y. *Psycho-Oncology*. *Harv Rev Psychiatry*. 2009 Nov;17 (6):361–76.
51. Tünel M, Vural A, Evlice YE, Tamam L. Meme Kanseri Hastalarında Psikiyatrik Sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2012;21 (3):189–219.
52. Cordova MJ, Cunningham LLC, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*. 2001 May;20 (3):176–85.

53. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. Predictors of posttraumatic stress disorder following cancer. *Health Psychology*. 2005;24 (6):579–85.
54. Ramos C, Leal I. Posttraumatic Growth in the Aftermath of Trauma: A Literature Review About Related Factors and Application Contexts. *Psychology, Community & Health*. 2013 Mar 28;2 (1):43–54.
55. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*. 1996 Jul;9 (3):455–71.
56. Miller-Graff LE, Howell KH. Posttraumatic Stress Symptom Trajectories Among Children Exposed to Violence. *J Trauma Stress*. 2015 Feb 2;28 (1):17–24.
57. Agaibi CE, Wilson JP. Trauma, PTSD, and Resilience. *Trauma Violence Abuse*. 2005 Jul 29;6 (3):195–216.
58. Özgen F, Aydın H. Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*. 1999;1:34–41.
59. Ronnia Jonoff Bulman. *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice*. 2004.
60. Webster JD, Deng XC. Paths From Trauma to Intrapersonal Strength: Worldview, Posttraumatic Growth, and Wisdom. *J Loss Trauma*. 2015 May 4;20 (3):253–66.
61. Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: A review. *J Trauma Stress*. 2004 Feb 30;17 (1):11–21.
62. Affleck G, Tennen H. Construing Benefits from Adversity: Adaptational Significance and Dispositional Underpinnings. *J Pers*. 1996 Dec 28;64 (4):899–922.
63. Blackie LER, Jayawickreme E, Tsukayama E, Forgeard MJC, Roepke AM, Fleeson W. Post-traumatic growth as positive personality change: Developing a measure to assess within-person variability. *J Res Pers*. 2017 Aug;69:22–32.
64. Gil S, Caspi Y, Ben-Ari IZ, Koren D, Klein E. Does Memory of a Traumatic Event Increase the Risk for Posttraumatic Stress Disorder in Patients With Traumatic Brain Injury? A Prospective Study. *American Journal of Psychiatry*. 2005 May;162 (5):963–9.
65. Hobfoll SE, Hall BJ, Canetti-Nisim D, Galea S, Johnson RJ, Palmieri PA. Refining our Understanding of Traumatic Growth in the Face of Terrorism: Moving from Meaning Cognitions to Doing what is Meaningful. *Applied Psychology*. 2007 Jul 26;56 (3):345–66.
66. Frazier PA, Kaler ME. Assessing the validity of self-reported stress-related growth. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74 (5):859–69.
67. Zoellner T, Maercker A. Posttraumatic growth in clinical psychology — A critical review and introduction of a two component model. *Clin Psychol Rev*. 2006 Sep;26 (5):626–53.
68. Johnson SF, Boals A. Refining our ability to measure posttraumatic growth. *Psychol Trauma*. 2015;7 (5):422–9.

69. Mitmansgruber H, Beck TN, Schüßler G. "Mindful helpers": Experiential avoidance, meta-emotions, and emotion regulation in paramedics. *J Res Pers.* 2008 Oct;42 (5):1358–63.
70. Shakespeare-Finch J, Lurie-Beck J. A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *J Anxiety Disord.* 2014 Mar;28 (2):223–9.
71. Tedeschi RG, Shakespeare-Finch J, Taku K, Calhoun LG. *Posttraumatic Growth Theory, Research, and Applications.* 1st ed. New York: Routledge; 2018. 41–44 p.
72. Orejuela-Dávila AI, Levens SM, Sagui-Henson SJ, Tedeschi RG, Sheppes G. The relation between emotion regulation choice and posttraumatic growth. *Cogn Emot.* 2019 Nov 17;33 (8):1709–17.
73. Lechner SC, Zakowski SG, Antoni MH, Greenhawt M, Block K, Block P. Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psychooncology.* 2003 Jul 8;12 (5):491–9.
74. Jansen L, Hoffmeister M, Chang-Claude J, Brenner H, Arndt V. Benefit finding and post-traumatic growth in long-term colorectal cancer survivors: prevalence, determinants, and associations with quality of life. *Br J Cancer.* 2011 Oct 30;105 (8):1158–65.
75. Westphal M, Bonanno GA. Posttraumatic Growth and Resilience to Trauma: Different Sides of the Same Coin or Different Coins? *Applied Psychology.* 2007 Jul 26;56 (3):417–27.
76. Luthra R, Abramovitz R, Greenberg R, Schoor A, Newcorn J, Schmeidler J, et al. Relationship Between Type of Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder Among Urban Children and Adolescents. *J Interpers Violence.* 2009 Nov 22;24 (11):1919–27.
77. Dursun P, Soylemez I. Posttraumatic Growth: A Comprehensive Evaluation of the Recently Revised Model. *Turkish Journal of Psychiatry.* 2020;
78. Taku K, Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG. The factor structure of the posttraumatic growth inventory: A comparison of five models using confirmatory factor analysis. *J Trauma Stress.* 2008 Apr 10;21 (2):158–64.
79. Russell KM, Von Ah DM, Giesler RB, Storniolo AM, Haase JE. Quality of Life of African American Breast Cancer Survivors. *Cancer Nurs.* 2008 Nov;31 (6):E36–45.
80. Bower JE, Meyerowitz BE, Desmond KA, Bernaards CA, Rowland JH, Ganz PA. Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: Predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine.* 2005 Jun 1;29 (3):236–45.
81. Mols F, Vingerhoets AJJM, Coebergh JWW, van de Poll-Franse L V. Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychol Health.* 2009 Jun;24 (5):583–95.

82. Levine EG, Aviv C, Yoo G, Ewing C, Au A. The benefits of prayer on mood and well-being of breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*. 2009 Mar 17;17 (3):295–306.
83. Manne S. Posttraumatic Growth After Breast Cancer: Patient, Partner, and Couple Perspectives. *Psychosom Med*. 2004 May 1;66 (3):442–54.
84. Jim HSL, Donovan KA, Small BJ, Andrykowski MA, Munster PN, Jacobsen PB. Cognitive functioning in breast cancer survivors: A controlled comparison. *Cancer*. 2009 Apr 15;115 (8):1776–83.
85. Bellizzi KM, Smith AW, Reeve BB, Alfano CM, Bernstein L, Meeske K, et al. Posttraumatic Growth and Health-related Quality of Life in a Racially Diverse Cohort of Breast Cancer Survivors. *J Health Psychol*. 2010 May 11;15 (4):615–26.
86. Wang ML, Liu JE, Wang HY, Chen J, Li YY. Posttraumatic growth and associated socio-demographic and clinical factors in Chinese breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*. 2014 Oct;18 (5):478–83.
87. Svetina M, Nastran K. Family relationships and post-traumatic growth in breast cancer patients. *Psychiatr Danub*. 2012 Sep;24 (3):298–306.
88. Bellizzi KM, Blank TO. Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*. 2006 Jan;25 (1):47–56.
89. Kolokotroni P, Anagnostopoulos F, Tsikkinis A. Psychosocial Factors Related to Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors: A Review. *Women Health*. 2014 Aug 18;54 (6):569–92.
90. 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 Psychology*. 2003;22 (5):487–97.
91. Canavarro MC, Silva S, Moreira H. Is the link between posttraumatic growth and anxious symptoms mediated by marital intimacy in breast cancer patients? *European Journal of Oncology Nursing*. 2015 Dec;19 (6):673–9.
92. Lelorain S, Tessier P, Florin A, Bonnaud-Antignac A. Posttraumatic growth in long term breast cancer survivors: relation to coping, social support and cognitive processing. *J Health Psychol*. 2012 Jul 18;17 (5):627–39.
93. Weiss T. Correlates of Posttraumatic Growth in Married Breast Cancer Survivors. *J Soc Clin Psychol*. 2004 Oct;23 (5):733–46.
94. Scrignaro M, Barni S, Magrin ME. The combined contribution of social support and coping strategies in predicting post-traumatic growth: a longitudinal study on cancer patients. *Psychooncology*. 2011 Aug 22;20 (8):823–31.

95. Posluszny DM, Baum A, Edwards RP, Dew MA. Posttraumatic Growth in Women One Year After Diagnosis for Gynecologic Cancer or Benign Conditions. *J Psychosoc Oncol*. 2011 Sep;29 (5):561–72.
96. Antoni MH, Wimberly SR, Lechner SC, Kazi A, Sifre T, Urcuyo KR, et al. Reduction of Cancer-Specific Thought Intrusions and Anxiety Symptoms With a Stress Management Intervention Among Women Undergoing Treatment for Breast Cancer. *American Journal of Psychiatry*. 2006 Oct;163 (10):1791–7.
97. Morrill EF, Brewer NT, O'Neill SC, Lillie SE, Dees EC, Carey LA, et al. The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psychooncology*. 2008 Sep 22;17 (9):948–53.
98. Cohen M, Numa M. Posttraumatic growth in breast cancer survivors: a comparison of volunteers and non-volunteers. *Psychooncology*. 2011 Jan 22;20 (1):69–76.
99. Karanci AN, Erkam A. Variables related to stress-related growth among Turkish breast cancer patients. *Stress and Health*. 2007 Dec 10;23 (5):315–22.
100. Li YC, Yeh PC, Chen HW, Chang YF, Pi SH, Fang CK. Posttraumatic growth and demoralization after cancer: The effects of patients' meaning-making. *Palliat Support Care*. 2015 Oct 5;13 (5):1449–58.
101. Woodhouse S, Ayers S, Field AP. The relationship between adult attachment style and post-traumatic stress symptoms: A meta-analysis. *J Anxiety Disord*. 2015 Oct;35:103–17.
102. Tanyi Z, Szluha K, Nemes L, Kovács S, Bugán A. Positive Consequences of Cancer: Exploring Relationships among Posttraumatic Growth, Adult Attachment, and Quality of Life. *Tumori Journal*. 2015 Mar 23;101 (2):223–31.
103. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. *American Psychologist*. 1979 Oct;34 (10):906–11.
104. Ak M, Torun Yazıhan N, Sütçigül L, Hacıömeroğlu Bikem. İntihar Girişimi Olan Majör Depresyon Hastalarında Üstbiliş Süreçleri. *Noro Psikiyatr Ars*. 2013 Jun 5;50 (2):95–9.
105. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. *American Psychologist*. 1979 Oct;34 (10):906–11.
106. Wells A. *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. 2012.
107. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*. 1996 Nov;34 (11–12):881–8.
108. Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Falcone M, Nicolò G, Procacci M, et al. How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications. *Clin Psychol Psychother*. 2003 Jul;10 (4):238–61.

109. Lysaker PH, Lysaker JT. Narrative Structure in Psychosis. *Theory Psychol.* 2002 Apr 17;12 (2):207–20.
110. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: a preliminary investigation of a new brief treatment. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2004 Dec;35 (4):307–18.
111. Roussis P, Wells A. Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Pers Individ Dif.* 2006 Jan;40 (1):111–22.
112. Fisher PL, McNicol K, Cherry MG, Young B, Smith E, Abbey G, et al. The association of metacognitive beliefs with emotional distress and trauma symptoms in adolescent and young adult survivors of cancer. *J Psychosoc Oncol.* 2018 Sep 3;36 (5):545–56.
113. Takarangi MKT, Smith RA, Strange D, Flowe HD. Metacognitive and Metamemory Beliefs in the Development and Maintenance of Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Psychological Science.* 2017 Jan 1;5 (1):131–40.
114. N. Nalipay MaJ, Mordeno IG. Positive Metacognitions and Meta-Emotions as Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Posttraumatic Growth in Survivors of a Natural Disaster. *J Loss Trauma.* 2018 Jul 4;23 (5):381–94.
115. Clauss K, Benfer N, Thomas KN, Bardeen JR. The interactive effect of event centrality and maladaptive metacognitive beliefs on posttraumatic stress symptoms and posttraumatic growth. *Psychol Trauma.* 2021 Jul;13 (5):596–602.
116. Sánchez Marqueses JM, Fausor R, Sanz-García A, García-Vera MP, Sanz J. Posttraumatic Growth, Metacognitive Beliefs, Self-Absorption and Dysfunctional Trauma-Related Attitudes in a Sample of the Spanish General Populations. *Ansiedad y Estrés.* 2022;28 (3):194–206.
117. Scimeca G, Bruno A, Cava L, Pandolfo G, Muscatello MRA, Zoccali R. The Relationship between Alexithymia, Anxiety, Depression, and Internet Addiction Severity in a Sample of Italian High School Students. *The Scientific World Journal.* 2014;2014:1–8.
118. Babaei S, Ranjbar Varandi S, Hatami Z, Gharechahi M. Metacognition Beliefs and General Health in Predicting Alexithymia in Students. *Glob J Health Sci.* 2015 Jun 12;8 (2).
119. Eisenberg N. Meta-emotion and socialization of emotion in the family—A topic whose time has come: Comment on Gottman et al. (1996). *Journal of Family Psychology.* 1996 Sep;10 (3):269–76.
120. Bartsch A, Vorderer P, Mangold R, Viehoff R. Appraisal of Emotions in Media Use: Toward a Process Model of Meta-Emotion and Emotion Regulation. *Media Psychol.* 2008 Mar 21;11 (1):7–27.
121. Mendonça D. Emotions about Emotions. *Emotion Review.* 2013 Oct 24;5 (4):390–6.

122. Jones TS, Bodtker A. Mediating with Heart in Mind: Addressing Emotion in Mediation Practice. *Negotiation Journal*. 2001;17 (3):217–44.
123. Mayer JD, Gaschke YN. The experience and meta-experience of mood. *J Pers Soc Psychol*. 1988;55 (1):102–11.
124. Schramm H, Wirth W. Exploring the paradox of sad-film enjoyment: The role of multiple appraisals and meta-appraisals. *Poetics*. 2010 Jun;38 (3):319–35.
125. Reiss S. Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clin Psychol Rev*. 1991 Jan;11 (2):141–53.
126. Jakupcak M, Tull MT, Roemer L. Masculinity, Shame, and Fear of Emotions as Predictors of Men’s Expressions of Anger and Hostility. *Psychol Men Masc*. 2005 Oct;6 (4):275–84.
127. Lawrence AE, Taft CT. Shame, posttraumatic stress disorder, and intimate partner violence perpetration. *Aggress Violent Behav*. 2013 Mar;18 (2):191–4.
128. Shaver JA, Veilleux JC, Ham LS. Meta-emotions as predictors of drinking to cope: A comparison of competing models. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2013 Dec;27 (4):1019–26.
129. Lui PP. Incorporating Meta-Emotions in Integrative Cognitive-Affective Therapy to Treat Comorbid Bulimia Nervosa and Substance Use Disorders in a Latina American. *Clin Case Stud*. 2017 Aug 16;16 (4):328–45.
130. Yardimci A, Bahtiyar B. Ust-Duygu Olceginin Turkceye Uyarlanmasi ve Psikometrik Ozelliklerinin Incelenmesi. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*. 2022;235–47.
131. Schmid-Büchi S, Halfens RJG, Müller M, Dassen T, van den Borne B. Factors associated with supportive care needs of patients under treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2013 Feb;17 (1):22–9.
132. Aytül Çorapçıoğlu Et Al. “Olayların Etkisi Ölçeği” (IES-R) Türkçe Versiyonun Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Yeni Symposium Psikiyatri, Nöroloji ve Davranış Bilimleri Dergisi*. 2006;14–22.
133. Zatzick DF, Marmar CR, Weiss DS, Browner WS, Metzler TJ, Golding JM, et al. Posttraumatic Stress Disorder and Functioning and Quality of Life Outcomes in a Nationally Representative Sample of Male Vietnam Veterans. *American Journal of Psychiatry*. 1997 Dec;154 (12):1690–5.
134. Kagan M, Gulec M, Boysan M, Cavus H. Hierarchical Factor Structure of the Turkish Version of the Posttraumatic Growth Inventory in a Normal Population. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2012;11 (5):617.
135. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Jun 23;67 (6):361–70.

136. Aydemir Ö. Hastane “Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması.”. Türk Psikiyatri Dergisi. 1997;8:280–7.
137. Duman A. Üst duyguların algılanan stres ve psikolojik iyi oluş ile ilişkisinin incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2018.
138. Taylor GJ, Michael Bagby R, Parker JDA. The Alexithymia Construct: A Potential Paradigm for Psychosomatic Medicine. Psychosomatics. 1991 May;32 (2):153–64.
139. Güleç H, Aynil Yenel. 20 maddelik Toronto aleksitimi ölçeği Türkçe uyarlamasının kesme noktalarına göre psikometrik özellikleri. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2010;13:108–12.
140. Lysaker PH, Vohs J, Hamm JA, Kukla M, Minor KS, de Jong S, et al. Deficits in metacognitive capacity distinguish patients with schizophrenia from those with prolonged medical adversity. J Psychiatr Res. 2014 Aug;55:126–32.
141. Özen Sekmek ÖS, Kamış GZ. İlk Epizod Psikoz Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travmasının, Üstbiliş ve Sosyal Biliş ile İlişkisi. [Ankara]; 2023.
142. Solem S, Hagen R, Wang CEA, Hjemdal O, Waterloo K, Eisemann M, et al. Metacognitions and Mindful Attention Awareness in Depression: A Comparison Of Currently Depressed, Previously Depressed and Never Depressed Individuals. Clin Psychol Psychother. 2017 Jan 9;24 (1):94–102.
143. Morina N, Stam K, Pollet T V., Priebe S. Prevalence of depression and posttraumatic stress disorder in adult civilian survivors of war who stay in war-afflicted regions. A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. J Affect Disord. 2018 Oct;239:328–38.
144. Marqueses JMS, Sanz J, García-Vera MP, Morán N, Eisma MC. Posttraumatic Stress Disorder, Anxiety, and Depression Symptoms After Potentially Traumatic Events. Journal of Nervous & Mental Disease. 2023 Feb;211 (2):141–9.
145. Myers SG, Wells A. Early trauma, negative affect, and anxious attachment: the role of metacognition. Anxiety Stress Coping. 2015 Nov 2;28 (6):634–49.
146. Rahmani S, Talepasand S, Ghanbary-Motlagh Al. Comparison of effectiveness of the metacognition treatment and the mindfulness-based stress reduction treatment on global and specific life quality of women with breast cancer. Iran J Cancer Prev. 2014;7 (4):184–96.
147. Ranieri J, Guerra F, Di Giacomo D. Role of Metacognition Thinking and Psychological Traits in Breast Cancer Survivorship. Behavioral Sciences. 2020 Sep 7;10 (9):135.
148. Hanten G, Dennis M, Zhang L, Barnes M, Roberson G, Archibald J, et al. Childhood Head Injury and Metacognitive Processes in Language and Memory. Dev Neuropsychol. 2004 Feb;25 (1–2):85–106.

149. Maly RC, Liu Y, Liang L, Ganz PA. Quality of life over 5 years after a breast cancer diagnosis among low-income women: Effects of race/ethnicity and patient-physician communication. *Cancer*. 2015 Mar 15;121 (6):916–26.
150. Brandão T, Schulz MS, Matos PM. Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Psychooncology*. 2017 Jul;26 (7):917–26.
151. McDonough MH, Sabiston CM, Wrosch C. Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors: the role of social support and stress. *Psychooncology*. 2014 Jan;23 (1):114–20.
152. Jim HSL, Jacobsen PB. Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth in Cancer Survivorship: A Review. *The Cancer Journal*. 2008 Nov;14 (6):414–9.
153. Chan MWC, Ho SMY, Tedeschi RG, Leung CWL. The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psychooncology*. 2011 May;20 (5):544–52.
154. Oh JM, Kim Y, Kwak Y. Factors influencing posttraumatic growth in ovarian cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*. 2021 Apr 26;29 (4):2037–45.
155. Park CL, Helgeson VS. Introduction to the special section: Growth following highly stressful life events--Current status and future directions. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74 (5):791–6.
156. Danhauer SC, Case LD, Tedeschi R, Russell G, Vishnevsky T, Triplett K, et al. Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psychooncology*. 2013 Dec 18;22 (12):2676–83.
157. Brix SA, Bidstrup PE, Christensen J, Rottmann N, Olsen A, Tjønneland A, et al. Post-traumatic growth among elderly women with breast cancer compared to breast cancer-free women. *Acta Oncol (Madr)*. 2013 Feb 16;52 (2):345–54.
158. Yastıbaşı C, Yılmaz (Karaman) İG. Meme Kanseri ve Travma Sonrası Gelişim: SistematiK Derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2021 Sep 30;13 (3):490–510.
159. Hahn EE, Hays RD, Kahn KL, Litwin MS, Ganz PA. Post-traumatic stress symptoms in cancer survivors: relationship to the impact of cancer scale and other associated risk factors. *Psychooncology*. 2015 Jun;24 (6):643–52.
160. Kim J, Jang J, Stewart R, Kim S, Kim S, Kang H, et al. Determinants of suicidal ideation in patients with breast cancer. *Psychooncology*. 2013 Dec;22 (12):2848–56.
161. Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, Davis GC. Previous Exposure to Trauma and PTSD Effects of Subsequent Trauma: Results From the Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal of Psychiatry*. 1999 Jun;156 (6):902–7.

162. Vin-Raviv N, Hillyer GC, Hershman DL, Galea S, Leoce N, Bovbjerg DH, et al. Racial Disparities in Posttraumatic Stress After Diagnosis of Localized Breast Cancer: The BQUAL Study. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*. 2013 Apr 17;105 (8):563–72.
163. Smith SK, Zimmerman S, Williams CS, Benecha H, Abernethy AP, Mayer DK, et al. Post-Traumatic Stress Symptoms in Long-Term Non-Hodgkin's Lymphoma Survivors: Does Time Heal? *Journal of Clinical Oncology*. 2011 Dec 1;29 (34):4526–33.
164. Abbey G, Thompson SBN, Hickish T, Heathcote D. A meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder. *Psychooncology*. 2015 Apr 22;24 (4):371–81.
165. Gold JI, Douglas MK, Thomas ML, Elliott JE, Rao SM, Miaskowski C. The Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder, Mood States, Functional Status, and Quality of Life in Oncology Outpatients. *J Pain Symptom Manage*. 2012 Oct;44 (4):520–31.
166. Colón J, Miranda J. Tamoxifen: an FDA approved drug with neuroprotective effects for spinal cord injury recovery. *Neural Regen Res*. 2016;11 (8):1208.
167. Glover EM, Jovanovic T, Norrholm SD. Estrogen and Extinction of Fear Memories: Implications for Posttraumatic Stress Disorder Treatment. *Biol Psychiatry*. 2015 Aug;78 (3):178–85.
168. Walf AA, Frye CA. A Review and Update of Mechanisms of Estrogen in the Hippocampus and Amygdala for Anxiety and Depression Behavior. *Neuropsychopharmacology*. 2006 Jun 22;31 (6):1097–111.
169. Shelby RA, Golden-Kreutz DM, Andersen BL. PTSD diagnoses, subsyndromal symptoms, and comorbidities contribute to impairments for breast cancer survivors. *J Trauma Stress*. 2008 Apr 10;21 (2):165–72.
170. Hegel MT, Moore CP, Collins ED, Kearing S, Gillock KL, Riggs RL, et al. Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer*. 2006 Dec 15;107 (12):2924–31.
171. Mehnert A, Koch U. Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psychooncology*. 2007 Mar 19;16 (3):181–8.
172. Voigt V, Neufeld F, Kaste J, Bühner M, Sckopke P, Wuerstlein R, et al. Clinically assessed posttraumatic stress in patients with breast cancer during the first year after diagnosis in the prospective, longitudinal, controlled COGNICARES study. *Psychooncology*. 2017 Jan;26 (1):74–80.
173. Mutlu HH, Bilican FI, Mutlu HH, Gumus M. A comparison of metacognitive factors among patients with cancer and the control group. *Psychooncology*. 2018 Apr;27 (4):1277–83.
174. Wells A. Advances in Metacognitive Therapy. *Int J Cogn Ther*. 2013 Jun;6 (2):186–201.

175. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cogn Behav Pract.* 2004 Sep;11 (4):365–77.
176. Lysaker PH, Dimaggio G, Wickett-Curtis A, Kukla M, Luedtke B, Vohs J, et al. Deficits in Metacognitive Capacity Are Related to Subjective Distress and Heightened Levels of Hyperarousal Symptoms in Adults With Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Trauma & Dissociation.* 2015 Aug 8;16 (4):384–98.
177. Davis LW, Leonhardt BL, Siegel A, Brustuen B, Luedtke B, Vohs JL, et al. Metacognitive capacity predicts severity of trauma-related dysfunctional cognitions in adults with posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Res.* 2016 Mar;237:182–7.
178. Stein MB, McQuaid JR, Pedrelli P, Lenox R, McCahill ME. Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting. *Gen Hosp Psychiatry.* 2000 Jul;22 (4):261–9.
179. Alloy LB, Abramson LY, Hogan ME, Whitehouse WG, Rose DT, Robinson MS, et al. The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project: lifetime history of axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive risk for depression. *J Abnorm Psychol.* 2000 Aug;109 (3):403–18.
180. Lyubomirsky S, Layous K, Chancellor J, Nelson SK. Thinking about rumination: the scholarly contributions and intellectual legacy of Susan Nolen-Hoeksema. *Annu Rev Clin Psychol.* 2015;11:1–22.
181. Costanzo ES, Lutgendorf SK, Mattes ML, Trehan S, Robinson CB, Tewfik F, et al. Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *Br J Cancer.* 2007 Dec 13;97 (12):1625–31.
182. Ladegaard N, Videbech P, Lysaker PH, Larsen ER. The course of social cognitive and metacognitive ability in depression: Deficit are only partially normalized after full remission of first episode major depression. *British Journal of Clinical Psychology.* 2016 Sep 14;55 (3):269–86.
183. Ladegaard N, Larsen ER, Videbech P, Lysaker PH. Higher-order social cognition in first-episode major depression. *Psychiatry Res.* 2014 Apr;216 (1):37–43.
184. Dimaggio G, Lysaker PH, Carcione A, Nicolò G, Semerari A. Know yourself and you shall know the other... to a certain extent: Multiple paths of influence of self-reflection on mindreading. *Conscious Cogn.* 2008 Sep;17 (3):778–89.
185. Leahy RL. A model of emotional schemas. *Cogn Behav Pract.* 2002 Jun;9 (3):177–90.
186. Ladegaard N, Larsen ER, Videbech P, Lysaker PH. Higher-order social cognition in first-episode major depression. *Psychiatry Res.* 2014 Apr;216 (1):37–43.

8. ÖZGEÇMİŞ

I-Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Fatma Sevil Gökhan
Uyruğu : TC
Medeni durumu : Evli
Yabancı dili : İngilizce

II-Eğitimi

Yıl	Bölüm	Kurum	Derece
2019	Tıp Fakültesi	Ege Üniversitesi	Lisans
2020-2022	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Necmettin Erbakan Üniversitesi	Uzmanlık Eğitimi
2022-	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	SBÜ Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Uzmanlık Eğitimi

III-Mesleki Deneyim

Tarih	Kurum	Görev
2019-2020	Şırnak İdil Devlet Hastanesi	Pratisyen Hekim
2020-2022	Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D.	Araştırma Görevlisi
2022-	SBÜ Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği	Asistan Hekim

IV-Klinik Araştırmalarla İlgili Genel Bilgiler

Klinik Araştırma	Tarih	Görev
The Effect of Social Media/Smartphone Addiction and Sleep Quality on Academic Success in Medical Faculty Students	2020	Yardımcı Araştırmacı
From Trauma to Post-Traumatic Stress Disorder: Identification of the Risk Factors	2023	Yardımcı Araştırmacı

9. EKLER

EK 1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU-HASTA

Sosyodemografik Veri Formu-Hasta
OLGU RAPOR FORMU

Protokol No: _____

Tarih: __/__/____

Hasta Grubu :

- Halen nörodejeneratif hastalığı olmayan
- Remisyonadaki meme kanseri tanılı hastalar

Yaş:	Cinsiyet: Kadın
Eğitim Düzeyi: -İlk -Orta -Lise -Yüksekokul Kaçıncı Sınıfa Kadar Okudunuz?	Medeni Hali:- Bekar - Evli Tanı sonrası değişiklik oldu mu?
Sigara Kullanımı: -Yok -Var ise: _____ p/y	Alkol Kullanımı: -Yok -Var ise: Süre: _____
Mesleği: -Çalışmıyor -Çalışıyor _____ Tanı sonrasında değişiklik oldu mu?	Telefon: (____) _____
Eşin Yaşı:	Eşin Mesleği: - Çalışmıyor -Çalışıyor.....
Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz? -Düşük (Gelir Giderden Az) -Orta (Gelir Gider Eşit) -Yüksek (Gelir Giderden Fazla)	Yaşadığınız Yerleşim Birimi: -İlçe/köy -Şehir merkezi

Ailede Kişi Sayısı:	Evlilik Sayısı: 1.İlk evlilik 2.Çoğul evlilik
Çocuk Sayısı	Tedavi Öncesi Menopoz durumu
Hormon replasman tedavisi gördünüz mü? 1. Evet 2. Hayır	Ne kadar süre önce meme kanseri olduğunuzu öğrendiniz?
Ameliyat Türü 1.lumpektomi 2.parsiyel mastektomi 3.total Mastektomi	Hangi tedavi/tedavileri aldınız? 1.Kemoterapi 2.Radyoterapi 3.Hormon tedavisi (Aromataz inh, Östrojen antagonisti, diğer)
Aile öyküsünde Meme Kanser 1. Var (Ölüm:) 2. Yok	Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü: 1. Var (.....) 2. Yok
Diğer Medikal ve Nöropsikiyatrik Tanılar	Daha Önceki Psikiyatrik tanı ve tedavi

EK 2. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU-SAĞLIKLI KONTROL

Sosyodemografik Veri Formu-Sağlıklı

OLGU RAPOR FORMU

Tarih: __/__/____

Hasta Grubu :

-Halen nörodejeneratif hastalığı ve nörogelişimsel hastalığı olmayan

-Sağlıklı gönüllü kadın hastalar

Yaş:	Cinsiyet: Kadın
Eğitim Düzeyi: -İlk -Orta -Lise -Yüksekokul	Medeni Hali:- Bekar - Evli
Sigara Kullanımı: -Yok -Var ise: _____ p/y	Alkol Kullanımı: -Yok -Var ise: Süre: _____
Mesleği: -Çalışmıyor -Çalışıyor _____	Telefon: (____) _____
Eşin Yaşı:	Eşin Mesleği: - Çalışmıyor -Çalışıyor.....
Aylık gelir: -Düşük (Gelir Giderden Az) -Orta (Gelir Gider Eşit) -Yüksek (Gelir Giderden Fazla)	Yaşadığınız Yerleşim Birimi: -İlçe/köy -Şehir merkezi
Ailede Kişi Sayısı:	Evlilik Sayısı: 1.İlk evlilik 2.Çocuk evlilik
Çocuk Sayısı	Menopoz durumu
Daha önceki psikiyatrik tanı ve tedavi	Ailede ruhsal hastalık öyküsü: 1. Var (.....) 2. Yok
Diğer Medikal ve Nöropsikiyatrik Tanılar	Kullanılan İlaç (mg/g)

EK 3. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (HASTALAR İÇİN)

	Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU Meme Kanseri Tanılı Hastalarda Üstbiliş İle Üstduygunun Travma Sonrası Stres Belirtileri Ve Travma Sonrası Büyümeyle İlişkisi	
---	---	--

Çalışmamızın adı “Meme Kanseri Tanılı Hastalarda Üstbilişler İle Üstduyguların Travma Sonrası Stres Belirtileri Ve Travma Sonrası Büyümeyle İlişkisi” adlı bir araştırmadır. Travma sonrası büyüme son derece zorlu hayat şartları ile mücadele sonucu olarak ortaya çıkan olumlu psikolojik değişim olarak, üstbiliş kişinin kendi düşünme süreçlerinin farkında olması ve bu süreçleri kontrol edebilmesi olarak, üstduyguyu duygu hakkında duygu ve düşünceler olarak bilinmektedir. Travma sonrası büyümenin üstduyguyu ve üstbilişle ilişkili olduğuna yönelik kısıtlı çalışmalar mevcuttur. Araştırmanın amacı, meme kanseri tanılı hastalarda üstduyguların ile üstbilişlerin travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyüme ilişkisinin değerlendirilmesidir.

Araştırmaya 100 meme kanseri tanılı kadın hasta ve 74 sağlıklı gönüllü kadının katılması planlanmaktadır. Siz **hasta** grubuna dahil edileceksiniz. Araştırmada size herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır. Araştırmada sizinle ilgili bilgilerin sorgulandığı bir anket formu hekim tarafından doldurulacaktır. Ek olarak kısaltılmış üst bilişsel değerlendirme ölçeği, olayların etkisi ölçeği, üstduyguyu ölçeği, Toronto aleksitimi ölçeği, travma sonrası büyüme ölçeği ve hastane anksiyete depresyon ölçeği adlı ölçekler uygulanacaktır. Tüm bu işlemlerin toplamda 60 dakika süreceği tahmin edilmektedir.

Araştırmada uygulanacak yöntem: Sizinle bir görüşme yapılacak ve bu görüşmenin daha sonra araştırmacılar tarafından dinlenip puanlanmak üzere ses kaydı alınacaktır. Mevcut ses kaydı araştırmacılar dışında üçüncü kişilerle paylaşılmayacak, görüşme içeriğinden elde edilecek puan tıbbi araştırmada kullanılacaktır, daha sonrasında ses kayıtları imha edilecektir. Araştırma 1’i görüşme sonucu araştırmacının puanlayacağı, 5’i sizin okuyup puan vereceğiniz 6 ölçekten oluşmaktadır.

Araştırmaya katılımınız isteğe bağlıdır, istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Çalışmanın izleyicileri ve yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Kurum ve diğer ilgili sağlık otoriteleri gerekli olması halinde orijinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebilirler, ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız. İlgili mevzuat gereğince kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacaktır, kamuoyuna açıklanmayacaktır; araştırma sonuçlarının yayınlanması halinde dahi, kimlik bilgileriniz gizli kalacaktır.

İlgili anket formu ve ölçekler doldurulduktan sonra araştırmaya katılımınız bitmektedir. Gönüllüler tarafından doldurulan ölçekler araştırmayı yapan klinisyen tarafından değerlendirilecektir.

12.Araştırmayla ilgili bilgi almak ve çalışma sonrası araştırma ürünlerine erişim için iletişim bilgileri:
Dr.Fatma Sevil

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün adı, soyadı, imzası:	Araştırmacı Doktor Dr. Fatma Sevil/ Dr. Öğr. Üyesi Esra Kabadayı Şahin İmza:
Tarih: __/__/2023	Tarih: __/__/2023

EK 4. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (SAĞLIKLI KONTROLLER İÇİN)

	Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU Meme Kanseri Tanılı Hastalarda Üstbiliş İle Üstduygunun Travma Sonrası Stres Belirtileri Ve Travma Sonrası Büyümeyle İlişkisi	
---	---	--

Çalışmamızın adı “Meme Kanseri Tanılı Hastalarda Üstbilişler İle Üstduyguların Travma Sonrası Stres Belirtileri Ve Travma Sonrası Büyümeyle İlişkisi” adlı bir araştırmadır. Travma sonrası büyüme son derece zorlu hayat şartları ile mücadele sonucu ortaya çıkan olumlu psikolojik değişim olarak, üstbiliş kişinin kendi düşünme süreçlerinin farkında olması ve bu süreçleri kontrol edebilmesi olarak, üstduyguyu duygu hakkında duygu ve düşünceler olarak bilinmektedir. Travma sonrası büyümenin üstduyguyu ve üstbilişle ilişkili olduğuna yönelik kısıtlı çalışmalar mevcuttur. Araştırmanın amacı, meme kanseri tanılı hastalarda üstduyguların ile üstbilişlerin travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyüme ilişkisinin değerlendirilmesidir.

Araştırmaya 100 meme kanseri tanılı kadın hasta ve 74 sağlıklı gönüllü kadının katılması planlanmaktadır. Siz **sağlıklı kontrol** grubuna dahil edileceksiniz. Araştırmada size herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır. Araştırmada sizinle ilgili bilgilerin sorgulandığı bir anket formu hekim tarafından doldurulacaktır. Ek olarak kısaltılmış üst bilişsel değerlendirme ölçeği, üstduyguyu ölçeği ve hastane anksiyete depresyon ölçeği adlı ölçekler uygulanacaktır. Tüm bu işlemlerin toplamda 60 dakika süreceği tahmin edilmektedir.

Araştırmada uygulanacak yöntem: Sizinle bir görüşme yapılacak ve bu görüşmenin daha sonra araştırmacılar tarafından dinlenip puanlanmak üzere ses kaydı alınacaktır. Mevcut ses kaydı araştırmacılar dışında üçüncü kişilerle paylaşılmayacak, görüşme içeriğinden elde edilecek puan tıbbi araştırmada kullanılacaktır, daha sonrasında ses kayıtları imha edilecektir. Araştırma 1’i görüşme sonucu araştırmacının puanlayacağı, 2’si sizin okuyup puan vereceğiniz 3 ölçekten oluşmaktadır.

Araştırmaya katılımınız isteğe bağlıdır, istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Çalışmanın izleyicileri ve yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Kurum ve diğer ilgili sağlık otoriteleri gerekli olması halinde orijinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebilirler, ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız. İlgili mevzuat gereğince kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacaktır, kamuoyuna açıklanmayacaktır; araştırma sonuçlarının yayınlanması halinde dahi, kimlik bilgileriniz gizli kalacaktır.

İlgili anket formu ve ölçekler doldurulduktan sonra araştırmaya katılımınız bitmektedir. Gönüllüler tarafından doldurulan ölçekler araştırmayı yapan klinisyen tarafından değerlendirilecektir.

12. Araştırmayla ilgili bilgi almak ve çalışma sonrası araştırma ürünlerine erişim için iletişim bilgileri:

Dr. Fatma Sevil

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün adı, soyadı, imzası:	Araştırmacı Doktor Dr. Fatma Sevil/ Dr. Öğr Üyesi Esra Kabadayı Şahin
Tarih: ____/____/2023	İmza: Tarih: ____/____/2023

EK 5. KISALTILMIŞ-ÜSTBİLİŞSEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ- TOPLUM (KÜDÖ-T)

İndiana Psikiyatrik Değerlendirme Görüşmesi-Toplum (İPDG-T)

Katılımcı: _____ Görüşmeci: _____ Tarih: _____

Bu görüşmenin amacı hastaların kendi yaşam hikayelerini arzu ettikleri şekilde dile getirebilmeleridir. Bu hedefe ulaşabilmek için görüşmeci aşağıda tanımlanan açık uçlu soruları sormaktadır. Görüşme sırasında, hastaya kendisinin aktif olarak dinlendiğine yönelik yorumlarda bulunulabilir. Ancak bu yorumlar sadece hastanın ifadelerini yansıtan tanımlamalar içermeli, kesinlikle hastanın belirtmediği bir konuya veya temaya ilişkin yorumda bulunulmamalıdır. Hastaya olayları anlatırken anlattığı olaylar arasındaki kronolojik boşlukları dolduracak sorular sorulmamalıdır. Aşağıdaki sorular hastanın hikayesine göre uygun olduğu yerde sorulabilir bir sırayı takip etmek zorunda değildir. Görüşmenin tanımı mümkün olduğu kadar basit yapılmalıdır. Örneğin “Bu görüşmenin amacı sizin kendi hayat hikayenizi, yaşamınızda yolunda giden ve gitmeyen şeyler dahil mümkün olduğu kadar dikkatle anlayabilmektir.”

Bölüm I: Genel serbest yaşam öyküsü

• Sizden istediğim, bana hatırlayabildiğiniz en erken zamandan başlayarak, hayat hikayenizi arzu ettiğiniz kadar detaylı olarak anlatmanız. Eğer sizin için daha kolay olacak ise hayat hikayenizi dönemlere ayırarak anlatmakta da tabi ki serbestsiniz. Herhangi bir sorunuz var mı?

Bölüm II: Belirgin kriz/ zorlanmaların öyküsü

- Son iki-tüç yıl içinde -veya tercih ederseniz daha önce size psikolojik veya duygusal olarak sıkıntı veren bir şey deneyimlediğiniz, psikolojik veya duygusal olarak zorlayıcı bir zamanı bana anlatır mısınız?
- Bu zor zaman ya da kriz sırasında psikolojik ya da duygusal durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
- Bu psikolojik veya duygusal zorluklar nasıl ortaya çıktı ve buna ne sebep oldu?
- Bu zorlukları veya deneyimleri yaşamınız hakkında ne hissediyorsunuz?
- Sizin düşüncenize göre yaşadığınız bu deneyim sizi gelecekte nasıl etkileyecek? -----

Bölüm III: Neler değişti vs Neler değişmedi?

Bu psikolojik ve duygusal olarak zorlayıcı deneyime sahip olduğunuz süre boyunca neler değişti ve neler aynı kaldı?

- Mesleki işlevsellik: Aynı / Farklı
- Sosyal işlevsellik (Aile/romantik ilişkiler, arkadaşlar/eş dost):
- Aynı / Farklı Kişilik (kim olduğunuz): Aynı / Farklı
- Düşünceler/duygular: Aynı / Farklı -----

Bölüm IV: Kriz zamanının etki derecesi

- Bu psikolojik ya da duygusal zorluklar sizin yaşamınızı ne derecede ve hangi yollarla kontrol etti?
- Bu psikolojik ya da duygusal zorlukları siz ne derecede ve ne kadar iyi kontrol edebildiniz?
- Bu psikolojik ya da duygusal zorluklardan başkaları nasıl etkilendi?
- Başkaları o zaman bu psikolojik ya da duygusal zorluklarınızı nasıl etkiledi? -----

Bölüm V: Gelecek, umut ve doyum?

Kendi geleceğinizi nasıl görüyorsunuz?

EK 6. OLAYLARIN ETKİSİ ÖLÇEĞİ- GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU

Yönergeler: Aşağıda insanların bazen stres dolu olaylardan sonra yaşadıkları zorlukların listesi bulunmaktadır. Lütfen her bir maddeyi okuyun ve sonra son 7 gün boyunca her zorluğun sizin için ne kadar sıkıntı/rahatsızlık verici olduğunu aşağıdaki cümleye göre belirtin:

_____, bu zorluklardan ne kadar rahatsız oldunuz ya da zarar gördünüz?

	Asla	Biraz	Az Çok	Oldukça	Aşırı
1. Olayı bana hatırlatan herhangi bir şey hislerimi geri getirdi.	0	1	2	3	4
2. Uyumakta zorluk çekiyorum.	0	1	2	3	4
3. Diğer şeyler olay hakkında düşünmeme sebep oluyor.	0	1	2	3	4
4. Sinirli ve öfkeli hissettim.	0	1	2	3	4
5. Olay hakkında düşündüğümde ya da olay hatırlatıldığında kendimi üzmemekten kaçındım.	0	1	2	3	4
6. Niyetlenmediğim halde/İstemedenden de olsa olayı düşündüm.	0	1	2	3	4
7. Olay olmamış ya da gerçek değilmiş gibi hissettim.	0	1	2	3	4
8. Olayı hatırlatan şeylerden uzak durdum.	0	1	2	3	4
9. Olayın görüntüleri aklıma geldi.	0	1	2	3	4
10. Sinirliydim ve kolayca ürküyordum.	0	1	2	3	4
11. Olay hakkında düşünmemeyi denedim.	0	1	2	3	4
12. Olay hakkında hala birçok hisse sahip olduğumun farkındaydım, fakat onlarla uğraşmadım.	0	1	2	3	4
13. Olay hakkında hissizdim.	0	1	2	3	4
14. Zaman zaman olay sırasındaki duygularımı yeniden hatırlıyorum ve sanki o anı yeniden yaşıyormuş gibi tepkiler gösteriyorum.	0	1	2	3	4
15. Uykuya dalmakta zorluk çekiyorum.	0	1	2	3	4
16. Olay hakkında güçlü duygu dalgalanmalarım var.	0	1	2	3	4
17. Olayı aklımdan çıkartmayı denedim.	0	1	2	3	4
18. Konsantre olmakta zorluk çektim.	0	1	2	3	4
19. Olayı hatırlatan unsurlar terleme, soluk almada zorluk, uykusuzluk ya da kalp çarpıntısı gibi fiziksel tepkilere sebep oldu.	0	1	2	3	4
20. Olay hakkında rüyalar gördüm.	0	1	2	3	4
21. Tetikte ve savunmaya hazır hissettim.	0	1	2	3	4
22. Olay hakkında konuşmamayı denedim.	0	1	2	3	4

EK 7. TRAVMA SONRASI BÜYÜME ENVANTERİ

Sizden öğrenmek istediğimiz, yaşamınızda önemli yer tutan travmatik yaşam olaylarının (meme kanseri tanı/tedavi süreci), hayatınızda ne ölçüde pozitif değişikliklere sebep olduğudur. Geçmişte yaşadığınız krizden/krizlerden sonra yaşamınızda ve düşüncelerinizde meydana gelen değişimleri lütfen aşağıda verilen puanlama ölçütlerine göre 0 ve 5 arasında değerlendiriniz.

	Stresli olay (lar) sonucu bu değişimi hiçbir şekilde yaşamadım	Çok az bir düzeyde	Bir miktar	Orta düzeyde	Oldukça fazla	Stresli olay (lar) sonucu bu değişimi çok büyük ölçüde yaşadım.
1. Yaşamda önem verdiğim şeylerin öncelik sırası değişti.	0	1	2	3	4	5
2. Kendi hayatıma verdiğim değerde büyük bir artış oldu.	0	1	2	3	4	5
3. Yeni ilgi alanları keşfettim.	0	1	2	3	4	5
4. Kendime güven hissinde artış oldu.	0	1	2	3	4	5
5. Manevi konuları daha iyi anlamaya başladım.	0	1	2	3	4	5
6. Başım sıkıştığında insanlara güvенеbileceğimi daha iyi anladım	0	1	2	3	4	5
7. Yaşamım için yeni bir yön belirledim.	0	1	2	3	4	5
8. Kendimi diğer insanlarla çok daha yakın hissetmeye başladım.	0	1	2	3	4	5
9. Duygularımı ifade etmeye daha çok istekliyim.	0	1	2	3	4	5
10. Zorlukları göğüsleyebileceğimi daha iyi anladım.	0	1	2	3	4	5
11. Yaşamımda daha iyi şeyler yapabiliyorum.	0	1	2	3	4	5
12. Her şeyi olduğu gibi daha çok kabullenebiliyorum.	0	1	2	3	4	5
13. Her günümü daha iyi değerlendirebiliyorum.	0	1	2	3	4	5
14. Daha önce var olmayan yeni olanaklara kavuştum.	0	1	2	3	4	5
15. Diğer insanlara karşı daha şefkatliyim.	0	1	2	3	4	5
16. İlişkilerime daha çok emek sarf etmeye başladım.	0	1	2	3	4	5
17. Değişmesi gereken şeyleri değiştirebilmek için daha çok çaba harcıyorum.	0	1	2	3	4	5
18. Daha güçlü bir inanca sahibim.	0	1	2	3	4	5
19. Düşündüğümünden çok daha güçlü olduğumu keşfettim.	0	1	2	3	4	5
20. İnsanların ne kadar mükemmel olabildiklerine dair çok şey öğrendim.	0	1	2	3	4	5
21. Başkalarına ihtiyaç duyuyor olmayı daha çok kabullendim.	0	1	2	3	4	5

EK 8. HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS))

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1. Kendimi gergin "patlayacak gibi" hissediyorum.

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. Çoğu zaman | ☐ 2. Zaman zaman, bazen |
| ☐ 3. Birçok zaman | ☐ 4. Hiçbir zaman |

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. Aynı eskisi kadar | ☐ 2. Yalnızca biraz eskisi kadar |
| ☐ 3. Pek eskisi kadar değil | ☐ 4. Hiçbir zaman |

3. Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- | |
|--|
| ☐ 1. Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli |
| ☐ 2. Evet, ama çok da şiddetli değil |
| ☐ 3. Biraz, ama beni pek endişelendirmiyor |
| ☐ 4. Hayır, hiç de öyle değil |

4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. Her zaman olduğu kadar | ☐ 2. Kesinlikle o kadar değil |
| ☐ 3. Şimdi pek o kadar değil | ☐ 4. Artık hiç değil |

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. Çoğu zaman | ☐ 2. Zaman zaman, çok sık değil |
| ☐ 3. Birçok zaman | ☐ 4. Yalnızca bazen |

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. Hiçbir zaman | ☐ 2. Bazen |
| ☐ 3. Sık değil | ☐ 4. Çoğu zaman |

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi rahat hissediyorum.

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. Kesinlikle | ☐ 2. Sık değil |
| ☐ 3. Genellikle | ☐ 4. Hiçbir zaman |

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. Hemen hemen her zaman | ☐ 2. Bazen |
| ☐ 3. Çok sık | ☐ 4. Hiçbir zaman |

9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. Hiçbir zaman | ☐ 2. Oldukça sık |
| ☐ 3. Bazen | ☐ 4. Çok sık |

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- | |
|---|
| ☐ 1. Kesinlikle |
| ☐ 2. Gerekli kadar özen göstermiyorum |
| ☐ 3. Pek o kadar özen gösteremeyebilirim |
| ☐ 4. Her zamanki kadar özen gösteriyorum |

11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. Gerçekten de çok fazla | ☐ 2. Çok fazla değil |
| ☐ 3. Oldukça fazla | ☐ 4. Hiç değil |

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

- | |
|--|
| ☐ 1. Her zaman olduğu kadar |
| ☐ 2. Her zamankinden biraz daha az |
| ☐ 3. Her zamankinden kesinlikle daha az |
| ☐ 4. Hemen hemen hiç |

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. Gerçekten de çok sık | ☐ 2. Çok sık değil |
| ☐ 3. Oldukça sık | ☐ 4. Hiçbir zaman |

14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ 1. Sıklıkla | ☐ 2. Pek sık değil |
| ☐ 3. Bazen | ☐ 4. Çok seyrek |

Mavi renkli kutu içinde şıkları olan sorular anksiyete, turuncu renkli altı çizgili şıkları olan sorular depresyon skorlarını verir.
0-7 puan: normal ||| 8-10puan: sınırdan ||| 11ve üstü anormal

Toplam Puan: Depresyon _____ Anksiyete _____

EK 9. ÜSTDUYGU ÖLÇEĞİ

Aşağıda bir dizi ifade bulunmaktadır. Lütfen her ifadenin size ne kadar uyduğunu belirtmek için cümlelerin yanında bulunan sayılardan birini işaretleyiniz.

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Stresli hissettiğimde veya olumsuz duygular yaşadığımda kendime karşı şefkatli olurum.	1	2	3	4	5	6
2. Duygusal tepkilerim konusunda sıklıkla kendime kızarım.	1	2	3	4	5	6
3. Büyük bir duygusal sıkıntı yaşadığımda kendimi yatıştırırım.	1	2	3	4	5	6
4. Duygusal tepki verme şeklim hakkında bazen kendime çok kızarım.	1	2	3	4	5	6
5. Kendime hâkim olmak için sık sık kendimi zorlarım.	1	2	3	4	5	6
6. Stresli durumlarda kendime, bana yakın kişilere davrandığım gibi şefkatli bir tarzda davranmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6
7. Duygularımın uygunsuz olduğunu düşündüğümde, kendime karşı çok katı olurum.	1	2	3	4	5	6
8. Üzgün ya da gergin olduğumda, işleri kolaylaştırmak adına kendim için iyi bir şeyler yaparım.	1	2	3	4	5	6
9. Kötü hissettiğimde kendimi şımartırım.	1	2	3	4	5	6
10. Duygusal tepkilerim hakkında utandığımda başka bir şeyi çok zor düşünebilirim.	1	2	3	4	5	6
11. Her seferinde kendi içimde yeni deneyimler keşfederim.	1	2	3	4	5	6
12. Kendimi şiddetle eleştirdiğim durumlarla sık karşılaşırım.	1	2	3	4	5	6
13. Çoğu kez duygusal tepkimin yanlış olduğunu düşünürüm	1	2	3	4	5	6

14. Düşüncelerim ve duygularım kendimle ilgili zengin bir bilgi kaynağıdır.	1	2	3	4	5	6
15. Hata yaptığım için suçluluk hissettiğimde kendimi kolay affetmem.	1	2	3	4	5	6
16. Olumsuz duygular, kendimle ilgili ilginç bilgiler verir.	1	2	3	4	5	6
17. Kendi kendime konuşurken, genellikle kendime karşı acımasızımdır.	1	2	3	4	5	6
18. Yanlış bir şey yaptığımda, uzun bir süre kendimi affedemem.	1	2	3	4	5	6
19. Duygularımın yükü altında bunaldığım da kendime karşı nazik davranırım.	1	2	3	4	5	6
20. Duygularım aracılığıyla öğrenirim.	1	2	3	4	5	6
21. Yoğun olumsuz duygular yaşadığımda kendimi rahatlatır ve cesaretlendiririm.	1	2	3	4	5	6
22. Yoğun duyguların üstesinden gelemem	1	2	3	4	5	6
23. Duygularımı kontrol etme konusunda kendimden çok fazla beklentim olur.	1	2	3	4	5	6
24. Aptalca duygusal tepkilerim yüzünden sıklıkla rahatsızlık duyarım.	1	2	3	4	5	6
25. Düşüncelerim ve duygularım çoğu zaman benim için hayranlık uyandırıcı ve önemlidir.	1	2	3	4	5	6

EK 10. TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ

Toronto Aleksitimi Ölçeği - 20 The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: ____/____/____

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını ilgili kısmı işaretleyerek belirleyiniz.

		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Bedenimde doktorların bile anlamadığı duyumlar oluyor.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Duygularımı kolayca tanımlayabilirim.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Sorunları yalnızca tanımlamaktansa onları çözümülemeyi yeğlerim.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Bedenimdeki duyumlar çoğu kez kafamı karıştırır.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurluna bırakmayı yeğlerim.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.	☐	☐	☐	☐	☐
10	İnsanların duygularını tanıması zorunludur.	☐	☐	☐	☐	☐
11	İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tanımlamak benim için zordur.	☐	☐	☐	☐	☐
12	İnsanlar duygularım hakkında daha çok konuşmamı isterler.	☐	☐	☐	☐	☐
13	İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
14	Çoğu zaman neden öfkeli olduğumu bilmem.	☐	☐	☐	☐	☐
15	İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.	☐	☐	☐	☐	☐
16	Psikolojik dramalar yerine eğlence programları izlemeyi yeğlerim.	☐	☐	☐	☐	☐
17	İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.	☐	☐	☐	☐	☐
18	Sessizlik anlarında bile kendimi birisine yakın hissedebilirim.	☐	☐	☐	☐	☐
19	Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.	☐	☐	☐	☐	☐
20	Film ya da tiyatro oyunlarında gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.	☐	☐	☐	☐	☐

Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ (1994) J Psychosom Res. 1994 Jan;38(1):23-32.

EK 11. ETİK KURUL ONAY FORMU



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi
2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : E.Kurul –E2-23-4876 No’lu çalışma

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Psikiyatri /Tıbbi Onkoloji Kliniği’nde planlanan; Uzm. Dr. Esra Kabadayı ŞAHİN’in sorumlu araştırmacısı olduğu “Meme Kanseri Tanılı Hastalarda Üstbilişler İle Üstduyguların Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyümeyle İlişkisi” konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliği ile uygun görülmüştür.

06/09/2023

Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT
2 Nolu Etik Kurul Başkanı

Etik Kurul Sekreterliği Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 Çankaya/Ankara

İrtibat; 2nolu Etik Kurul: B.Özkan

K.Çetindağ
G.Uzun

Tel: 0 (312) 552 66 00 Dahili:721197--721198

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Meme Kanseri Tanılı Hastalarda Üstbilişler İle Üstduyguların Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyümeyle İlişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Şehir Hastanesi 2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul
	AÇIK ADRESİ:	Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 ÇANKAYA /ANKARA
	TELEFON	0312 552 66 00
	FAKS	0312 552 99 82
	E-POSTA	ankarash.etikkurul2@saglik.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Uzm. Dr. Esra Kabadayı ŞAHİN			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Kliniği			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi			
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
DESTEKLEYİCİ	-			
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐	☐	
	FAZ 2	☐	☐	
	FAZ 3	☐	☐	
	FAZ 4	☐	☐	
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐	☐	
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐	☐	
	In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirmesi çalışmaları	☐	☐	
	İlaç dışı klinik araştırma	☐	☐	
	Diğer ise belirtiniz: Prospektif Çalışma (Dr. Fatma SEVİL'in tezi)			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

2 Nolu Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Meme Kanseri Tanılı Hastalarda Üstbilişler İle Üstduyguların Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyümeyle İlişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
	DİĞER:	☐		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: E2-23-4876		Tarih: 06/09/2023	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

2 Nolu Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Sovadı: Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Meme Kanseri Tanılı Hastalarda Üstbilişler ile Üstduyguların Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyümeyle İlişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BASKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Neonatoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐	
Prof. Dr. İlkan TATAR	Anatomi	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	
Prof. Dr. Dilak ŞAHİN	Kadın Hastalıkları ve Doğum / Perinatoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒	
Prof. Dr. Mehmet Ali Nahi ŞENİUR	Tıbbi Onkoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi (YBÜ)	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	
Prof. Dr. Bilgen BAŞGÜT	Farmakoloji	Başkent Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒	
Prof. Dr. Özlem Yılmaz TAŞDELEN	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒	
Prof. Dr. Bedri DİNÇ	Tıbbi Mikrobiyoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi (S.B.Ü.)	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒	
Prof. Dr. Gülhan KURTOĞLU ÇELİK	Acil Tıp	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi (YBÜ)	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒	
Doç. Dr. Hayriye Gözde KANMAZ KUTMAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Neonatoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒	
Doç. Dr. Ayça Tuha DUMANLI ÖZCAN	Anestezi ve Reanimasyon	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐	
Doç. Dr. Dilak ÖZTAŞ	Halk Sağlığı	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi (YBÜ)	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒	
Doç. Dr. Muhammet Kadri ÇOLAKOĞLU	Gastroenteroloji Cerrahisi	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐	
Sag. Mens. Olm. Öye. Mehmet Hilmi ŞEÇİLMİŞ	İktisat Maliye	Emekli	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	
Av. Mesut KELLEKÇİBAŞI	Hukuk	Serbest Avukat	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	
Mühendis Bilal BECEREN	Biyo-medikal Mühendis	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐	

*:Toplantıda Bulunma

2 Nolu Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT
İmza:

EK 12. TEZ KONUSU ONAY FORMU



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-86241737-100-276197
Konu : GTF Tez İnceleme ve Değerlendirme
Akademik Kurulu Kararları

06.09.2023

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu 04.09.2023 tarihinde saat 14:00'da Gülhane Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı Prof.Dr.zhan ÖZDEMİR başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online katılımı ile toplanmıştır.

Toplantıda, Dekanlığımızla afileye olan SUAM'larda görevli 79 (yetmiş dokuz) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili Ek'teki kararların alınmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
Dekan

Ek:Kurul Kararı

Dağıtım:

Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığına
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığına
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına
Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanlığına
Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı Başkanlığına
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanlığına
Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Anatomi Anabilim Dalı Başkanlığına
Ankara Atatürk Sanatoryum Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır

Belge Dağıtım Kodu : *BSPKZUZZHE* Pin Kodu : 64713

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys>

Adres Sağlık Blimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618
Etlik Kaçırdere/ANKARA
Telefon 0 312 304 61 73 Faks 0 312 304 61 90
Web <http://sbu.edu.tr>
Kep Adresi sbu@sbu01.kep.tr

Bilgi için: Levent YILDIZIM
Unvanı: Uzman



ÇALIŞKAN	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Sistemik İnflamatuvar yanıt indeksinin uterin anatomiyi öngörmedeki rolü	Kabul Edildi.
40 Dr. Nureddin SERVİ	Ankara Şehir SUAM	2023 Deprem Bölgesine Giden Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarının Travma Sonrası Stres Durumunun Değerlendirilmesi	Kabul edilmedi: Başlığın revize edilmesi, araştırma sorusunun uygun hale getirilmesi, çalışmaya dahil edilme ve hariç tutulma kriterlerinin daha net belirtilmesi, arka plan ve gerekçenin net olarak ifade edilmesi gerekmekte olup; çalışma, tarihlere bakıldığında prospektif olarak belirtilmiş ancak retrospektif nitelik taşımakta, araştırma süreçlerinin ayrıntılı açıklanmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Yukarıda belirtilen hususlarda revizyon yapılarak tekrar müracaat edilmesi uygun bulunmuştur.
41 Dr. Bilge GENÇER	Ankara Sağlık SUAM	9-12 ay arası demir eksikliği anemisi olan çocuklarda uyku bozukluğunun subjektif değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
42 Dr. Esra Nur EFE	Ankara Şehir SUAM	Süt çocuğu servisine yatan hastaların doğumsal anomaliler açısından değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
43 Dr. Fatma SEVİL	Ankara Şehir SUAM	Meme kanseri tanılı hastalarda ustbüşler ile üst duyguların travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyümeyle ilişkisi *	Kabul Edildi.
44 Dr.Önal BAŞARAN	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Multipar gebelerde sistemik inflamatuvar yanıt indeksinin doğum indüksiyon başarısını öngörmede rolü	Kabul Edildi.
45 Dr. Zeynep GÖVENÇ	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Sistemik inflamatuvar yanıt indeksi ile epizyotomi yara ayrılması ilişkisi	Kabul Edildi.
46 Dr. İdil ÖZGE ÖZDEMİR	Ankara Şehir SUAM	Behçet hastalarında plazma netrin-1 düzeyinin hastalık aktivasyonu ve hastalığın tutulumu ile ilişkisi	Kabul Edildi.
47 Dr.Yunus Emre BİLDİK	GTF Fiziksel Tıp ve Reh Bşk.lığı	İnmeli hastalarda ayak bileği plantar fleksör kas spazmında yüksek yoğunluklu lazer tedavisinin etkinliği	Kabul Edildi.
48 Dr.Emrah KARADUMAN	GTF Fiziksel Tıp ve Reh Bşk.lığı	İnmeli hastalarda üst ekstremitelerde Agonist veya Antagonist kaslara uygulanan Nöromusküler Elektirsel stimülasyonunun Flek	Kabul Edildi.
49 Dr. İlkur AKÖNER KODAL	Ankara Şehir SUAM	Türkiye de farklı kliniklerde çalışan pediatri ve kadın doğum uzmanları ve asistanlarının toksoplazmozis hakkındaki bilgi, farkındalık düzeyi ve tutumlarının değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
50 Dr. Özlem YÜCEALP ALI	Ankara Şehir SUAM	İskemik inme sonrası subakut-kronik dönemde üst ekstremitelerde kompleks bölgesel ağrı sendromu tip 1 gelişen hastalarda transkranyal manyetik stimülasyonun etkinliğinin araştırılması	Kabul Edildi.
51 Dr. Sümeyye ÜNAL	GTF Hek AD Bşk.lığı	Demans Hastalarına Bakım Veren Bireylerde Depresyon, Anksiyete ve Uyku Kalitesi ilişkisinin Değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
52 Dr.Ayşe ŞAHİN	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Pedriatrik kafa travmasında tomografide optik sinir kılıf çapı/pöz küresi transvers çap ölçümlerinin değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
53 Dr. Özge AKKULAK	Ankara Sağlık SUAM	Çoklu ilaca dirençli Acinetobacter baumannii suşlarında kolistin/meropenem ve kolistin/gesüklin antibiyotik kombinasyonlarının in vitro sinerjik etkinliğinin araştırılması	Kabul Edildi.
54 Dr.Matin İSKANDAROV	Ankara Sağlık SUAM	Covid-19 pandemisi (2021-2023) döneminde biyopsi ile immunoglobulin A Nefropatisi (IgAN) tanısı alan hastaların klinik ve patolojik değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
55 Dr. Yağmur Nahide BAKKALOĞLU	Ankara Sağlık SUAM	Meme implantına bağlı gelişen kapsül kontraktürünü önlemede Autologus Conditioned Serum ve (ACS) Dexamethasone etkinliğinin rat modeli üzerinde karşılaştırılması	Kabul Edildi.