

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Melisa ÇİNÇİN

MEME VEYA JİNEKOLOJİK KANSER TANISI OLAN
HASTALARA BAKIM VERENLERİN ÖZ-ŞEFKAT VE TEMEL
İNANÇLARININ TRAVMA SONRASI BÜYÜME İLE İLİŞKİSİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Özlem MESTÇİOĞLU

İSTANBUL, Haziran 2023

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Melisa ÇİNÇİN
202005003

MEME VEYA JİNEKOLOJİK KANSER TANISI OLAN
HASTALARA BAKIM VERENLERİN ÖZ-ŞEFKAT VE TEMEL
İNANÇLARININ TRAVMA SONRASI BÜYÜME İLE İLİŞKİSİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Özlem MESTÇİOĞLU

İSTANBUL, Haziran 2023

T.C
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Melisa ÇİNÇİN
202005003

MEME VEYA JİNEKOLOJİK KANSER TANISI OLAN
HASTALARA BAKIM VERENLERİN ÖZ-ŞEFKAT VE TEMEL
İNANÇLARININ TRAVMA SONRASI BÜYÜME İLE İLİŞKİSİ

Tezin Enstitüye Teslim Edildiği Tarih:

Tezin Savunulduğu Tarih: 06.06.2023

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Özlem MESTÇİOĞLU
(İstanbul Okan Üniversitesi)

Diğer Jüri Üyeleri: Dr. Öğr. Üyesi Pınar ARSLANTÜRK
(İstanbul Okan Üniversitesi)

Dr. Öğr. Üyesi Ufuk KOCATEPE AVCI
(Çağ Üniversitesi)

İstanbul, Haziran 2023

ÖNSÖZ

Tüm tez sürecim boyunca bilgileri ile bana yol gösteren, yardımını esirgemeyen ve emek veren tez danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Özlem MESTÇİOĞLU'na, tez savunmama katılan Dr. Öğretim Üyesi Ufuk KOCATEPE AVCI ve Dr. Öğretim Üyesi Pınar ARSLANTÜRK'e,

Tezimdeki anket sorularına samimi ve içten cevaplar verdikleri ve yaşadıkları deneyimleri benimle paylaşan kanser hastalarına bakım verenlere ve Kanserle Dans Derneği üyelerine,

Bugünlere gelmemde en büyük katkısı olan, bana her zaman inanan, beni destekleyen ve beni cesaretlendiren babam Semir ÇİNÇİN, annem Gönül ÇİNÇİN, ablam Asena ÇİNÇİN'e, arkadaşım Avukat Şükrü Gültekin'e ve Mustafa Kılıç'a ve verilerimin analizi konusunda bana yardımcı olan Uzman Gelişim Psikolog Cansu Sünbül'e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Haziran, 2023

Melisa ÇİNÇİN

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
KISALTMALAR	x
ŞEKİL LİSTESİ.....	xi
TABLO LİSTESİ.....	xii
BÖLÜM 1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
BÖLÜM 2. KURAMSAL ÇERÇEVE.....	5
2.1. KANSER.....	5
2.1.1. Meme Kanseri.....	6
2.1.1.1 Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	7
2.1.1.2. Meme Kanseri Tanısı ve Risk Faktörleri.....	8
2.1.1.3. Meme Kanseri Tedavisi.....	10
2.1.2. Jinekolojik Kanserler.....	11
2.1.2.1. Jinekolojik Kanserlerin Epidemiyolojisi.....	12
2.1.2.2. Jineokolojik Kanserlerin Tanısı ve Risk Faktörleri....	13
2.1.2.3. Jinekolojik Kanserlerin Tedavisi.....	14

2.2. TRAVMA.....	15
2.2.1. Travma Sonrası Belirtiler.....	16
2.2.2. Travma ve İlişkili Bozukluklar.....	17
2.2.2.1. Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres	
Bozukluğu.....	17
2.2.2.1.1. ASB ve TSSB'nin DSM-V Tanı	
Ölçütleri.....	18
2.2.2.2.Karmaşık (Komplex) TSSB.....	20
2.2.2.3.Travma ve İlişkili Bozukluklar için Risk Faktörleri.....	21
2.2.3.Travma Sonrası Büyüme.....	22
2.2.3.1. Travma Sonrası Büyüme ve Kanser.....	23
2.2.3.2. Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Travma Sonrası	
Büyüme.....	24
2.2.3.3. Travma Sonrası Büyümeyi Etkileyen Faktörler.....	25
2.2.3.4. Travma Sonrası Büyümenin Boyutları ve Açıklanan	
Modeller.....	27
2.2.3.5. Travma Sonrası Büyüme ile ilgili Araştırmalar.....	29
2.3. ÖZ-ŞEFKAT.....	31
2.3.1. Öz-şefkat Düzeyini Etkileyen Faktörler.....	32
2.3.2. Öz-şefkat ile ilgili Kavramlar.....	33
2.3.3. Öz-şefkat ve Kanser.....	33
2.3.4. Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Öz-şefkat.....	34
2.3.5. Öz-şefkatin Alt Boyutları.....	35
2.3.6. Öz-şefkat ve Temel İnançlar.....	36
2.3.7. Öz-şefkat ve Travma Sonrası Büyüme ile İlgili	
Araştırmalar.....	37

2.4. TEMEL İNANÇLAR.....	38
2.4.1. Temel İnançlar ve Kanser.....	39
2.4.2. Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Temel İnançlar....	40
2.4.3. Temel İnançların Alt Boyutları.....	40
2.4.4. Temel İnançlar ve Travma Sonrası Büyüme ile İlgili Araştırmalar.....	42
BÖLÜM 3. YÖNTEM.....	43
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	43
3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	43
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	44
3.3.1. Bilgilendirilmiş İzin ve Onam Formu.....	44
3.3.2. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	44
3.3.3. Öz-Duyarlık Ölçeği (ÖDÖ).....	45
3.3.4. Temel İnançlar Envanteri (TİE).....	46
3.3.5. Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE).....	47
3.4. VERİLERİN ANALİZİ.....	48
BÖLÜM 4. BULGULAR.....	49
4.1. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi.....	55
BÖLÜM 5. TARTIŞMA.....	66
BÖLÜM 6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	74
KAYNAKLAR.....	76
EKLER (APPENDICES).....	86
EK 1 TRAVMA SONRASI BÜYÜME ENVANTERİ.....	86
EK 2 ÖZ-DUYARLILIK ÖLÇEĞİ.....	87
EK 3 TEMEL İNANÇLAR ÖLÇEĞİ.....	88
EK 4 SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU.....	89
EK 5 BİLGİLENDİRİLMİŞ İZİN VE ONAM FORMU.....	90

ÖZET

MEME VEYA JİNEKOLOJİK KANSER TANISI OLAN HASTALARA BAKIM VERENLERİN ÖZ-ŞEFKAT VE TEMEL İNANÇLARININ TRAVMA SONRASI BÜYÜME İLE İLİŞKİSİ

Kanser günümüzde giderek artan bir hastalıktır. Kadınlarda meme kanseri veya jinekolojik kanserler daha fazla görülmektedir. Alınan bu tanıların fiziksel bütünlüğü olumsuz yönde etkilemesinin yanında hastalığın psikolojik ve duygusal sonuçları da bulunmaktadır. Kişinin aldığı bu tanı sadece kendisini değil kendisine bakım verenleri de son derece etkilemektedir. Literatürde yapılan çalışmalar kanser hastalarına bakım verenlerin yaşadığı olumlu veya olumsuz değişimler hakkındadır. Bu çalışmada ise meme veya jinekolojik kanser tanısı olan hastalara bakım verenlerin öz-şefkat ve temel inançlarının travma sonrası büyüme ile ilişkisine bakılmıştır. Çalışmaya Kanserle Dans Derneği'nden 343 meme veya jinekolojik kanser tanısı olan hastalara bakım veren kişi katılmıştır. Katılımcılara online olarak öncelikle “Bilgilendirilmiş Onam Formu” ardından “Sosyodemografik Bilgi Formu”, “Öz-duyarlılık Ölçeği”, “Temel İnançlar Envanteri” ve “Travma Sonrası Büyüme Envanteri” uygulanmıştır. Araştırmada öncelikle örneklemin demografik bilgileri incelenmiş, ardından değişkenler arası ilişkiyi ortaya koymak için korelasyon analizi, ardından öz duyarlılığın ve temel inançların yordayıcı gücünü belirlemek amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

Bulgular neticesinde travma sonrası büyüme ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Kadınların travma sonrası büyüme düzeyleri erkeklerin travma sonrası büyüme düzeylerinden daha yüksektir. Öz-duyarlılık ve temel inançlar arasında negatif yönde güçlü bir ilişki bulunurken, travma sonrası büyüme ve öz-duyarlılık arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki bulunmuştur. Buna ek olarak, temel inançlar ile travma sonrası büyüme arasında da negatif yönde ve güçlü bir ilişki vardır.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Öz-duyarlılık, Temel İnançlar, Travma Sonrası Büyüme.

Tarih:Haziran,2023.



SUMMARY

RELATIONSHIPS AMONG SELF-COMPASSION, CORE BELIEFS AND POST-TRAUMATIC GROWTH AMONG CAREGIVERS BREAST OR GYNECOLOGICAL CANCER PATIENT

Cancer is a growing disease nowadays. Breast cancer or gynecological cancers are more common in women. In addition to the negative effects of these diagnoses on physical integrity, the disease also has psychological and emotional consequences. This diagnosis of the person affects not only himself/herself but also those who care for him/her. Studies in the literature are about positive or negative changes experienced by caregivers of cancer patients. In this study, the relationship between self-compassion and core beliefs of caregivers of patients with breast or gynecological cancer and post-traumatic growth was examined. 343 caregivers of patients diagnosed with breast or gynecological cancer from the “Kanserle Dans Association” participated in the study. Firstly, “Informed Consent Form”, “Sociodemographic Information Form”, “Self-Compassion Scale”, “Core Beliefs Inventory” and “Post Traumatic Growth Inventory” were applied to the participants online. In the study, firstly the demographic information of the sample was examined, then correlation analysis was performed to reveal the relationship between the variables, and then multiple regression analysis was performed to determine the predictive power of self-compassion and core beliefs.

As a result of the findings, a statistically significant difference was found between post-traumatic growth and gender. Women’s post-traumatic growth levels are higher than men’s post-traumatic growth levels. While there was a strong negative relationship between self-compassion and core beliefs, a very strong positive relationship was found

between post-traumatic growth and self-compassion. In addition, there is a negative and strong relationship between core beliefs and post-traumatic growth.



Keywords: Cancer, Self-Compassion, Core Belief and Post-Traumatic Growth

Date: June, 2023



KISALTMALAR

TSBE : Travma Sonrası Büyüme Envanteri

TSB: Travma Sonrası Büyüme

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ÖDÖ : Öz-Duyarlılık Ölçeği

TIE : Temel İnançlar Envanteri



ŞEKİL LİSTESİ (LIST OF FIGURES)

SAYFA NO:

Şekil 1. Travma Sonrası Büyüme Histogramı.....54

Şekil2. Travma Sonrası Büyüme Q-Q Plot Grafiği.....55



TABLO LİSTESİ (LIST OF TABLES)

SAYFA NO

Tablo 1. Örneklemenin Demografik Özellikleri.....	50
Tablo 2. Örneklemenin Demografik Özellikleri – Hastalıkla İlgili Bilgiler.....	51
Tablo3. Ölçeklerin Cronbach Alpha Değerleri.....	52
Tablo 4. Değişkenlere İlişkin Diklik ve Basıklık Değerleri.....	53
Tablo 5. Çalışma Değişkenlerine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları.....	55
Tablo 6. Ölçekler ile Alt Ölçekler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları.....	57
Tablo 7. Travma Sonrası Büyüme, Öz-Duyarlılık ve Temel İnanç Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız t Testi Sonuçları.....	58
Tablo 8. Travma Sonrası Büyüme, Öz-Duyarlılık ve Temel İnanç Puanlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız t Testi Sonuçları.....	59
Tablo 9. Öz-duyarlılık ve Temel İnançlar Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	60

Tablo 10. Travma Sonrası Büyüme, Öz-duyarlılık ve Temel İnançlar Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	61
Tablo 11. Travma Sonrası Büyüme, Öz-Duyarlılık ve Temel İnanç Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	61
Tablo 12. Travma Sonrası Büyüme, Öz-Duyarlılık ve Temel İnanç Puanlarının Hastalığın Evresine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	62
Tablo 13. Travma Sonrası Büyüme, Öz-Duyarlılık ve Temel İnanç Puanlarının Hastanın Yakınlık Derecesine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	63
Tablo 14. Travma Sonrası Büyüme, Öz-Duyarlılık Puanlarının Yakına Bakımverme Süresine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	64
Tablo 15. Travma Sonrası Büyüme Puanlarının Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi.....	65

BÖLÜM 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser hem dünyada hem de ülkemizde ölüm nedenlerinden biri olan kronik bir rahatsızlıktır. 2020 yılında yıllık 233.834 hastaya kanser tanısı konulmuş olup hastalığa bağlı ölüm sayısı ise 126.335 olarak bildirilmiştir (GLOBOCAN, 2020). Kadınlarda en yaygın olarak görülen 5 kanser türü meme kanseri, tiroid kanseri, kolorektal kanser, akciğer kanseri ve son olarak rahim kanseri olarak bildirilmiştir. Yine kadınlarda sıklıkla görülen ve rahim kanserini de içine alan jinekolojik kanserler çok yaygındır. Jinekolojik kanserler kadın genital organlarında (*vulva, vajen, serviks, uterus, over ve fallop*) oluşan anormal ve kontrolsüz çoğalmalardır (De Vita ve ark. 2015). Gelişmiş ülkelerde bu kanser türünün görülme sıklığı 4. olarak bildirilirken az gelişmiş ülkelerde 3. olarak bildirilmiştir (GLOBOCAN, 2012).

Kadınların toplumsal cinsiyet rollerinden dolayı aldıkları bu kanser tanıları onların hem fiziksel hem de psikolojik sağlıklarını etkilenmektedir. Bu etkiler tanıyı alan kişilerle sınırlı kalmayıp bakım verenler ve hastanın yakın çevresindekilerde de görülmektedir. Bu sebepten dolayı bu çalışmanın örneklemini kadınlara atfedilen cinsiyet rolleri kapsamında kadın organlarında oluşan kanser türlerinde tanısı olan hastalara bakım verenler ele oluşturmaktadır. Alınan bu tanı hem kadınlar hem de bakım verenleri için travmatik bir deneyim olarak görülmektedir. Çünkü travmatik yaşantılar, kişinin yaşam bütünlüğünü tehdit eden, ölüm tehdidi veya yaralanma yaşadığı veya bunlara tanık olduğu olaylara verdiği tepkiler olarak tanımlanmaktadır (Van der Kolk, 2003). Kanser tanısı da hem fiziksel bütünlüğü tehdit etmesinin yanında bir de psikolojik etkileri de bulunduğundan travmatik bir deneyim olarak adlandırılabilir. Kişiler bu travmatik deneyim sonrasında çeşitli duygusal, davranışsal ve bedensel tepkiler verebilmektedir. Bu tepkilerin hepsi beklenen veya normal tepkiler olarak değerlendirilirken uzun sürmesi veya işlevselliği bozması durumunda travma sonrası stres bozukluğu olarak adlandırılmaktadır. Örneğin, Tünel ve vd. 2012’de kanser hastalarıyla yaptıkları bir çalışmada TSSB’nin bu hastalarda görülme sıklığını %32 olarak bildirmişlerdir.

Geleneksel anlayışta kanserin bireyler üzerinde yıkıcı ve olumsuz etkileri olduğunu söylese de günümüzde bu bakış açısı yavaşça terk edilmekte ve yaşanan bu deneyimle olumlu bir şekilde baş etmenin önemli olduğu ve bu süreçten güçlenerek bile çıkılacağı yapılan çalışmalarla söylenmektedir (Özçetin ve Hiçdurmaz, 2017). Literatürde yapılan çalışmalarda, son zamanlarda yaşanan bu travmatik deneyimin olumlu sonuçları üzerinde de durulmaktadır. Tedeschi ve Calhoun (2004) bu alanda yaptıkları çalışmalarla tanınmış iki bilim insanıdır. Onlar, kanser gibi yaşanan travmatik deneyimlerin kişilere her zaman olumsuz etkiler bırakmayacağı ve bireylerin bu süreçleri yaşarken kendisine çeşitli katkılar da sağlayabileceğini vurgulamışlardır (Tedeschi ve Calhoun, 2004).

Yapılan bu çalışmalara bakıldığında bazı bireylerin travmatik deneyim sonrası büyüme veya güçlenme yaşarken bazılarının neden travma sonrası stres bozukluğu veya herhangi bir psikiyatrik tanı aldığı sorusu birçok çalışmanın yapılmasını sağlamıştır. Travmatik deneyim sonrası büyüme yaşayan kişiler için Alman Filozof Friedrich Nietzsche'nin ünlü sözü "*Seni öldürmeyen şey güçlendirir.*" akla getirmektedir. Bu güçlendiren şeyin ne olduğunu araştırmak için çalışmalar yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda travma sonrası büyümenin çevresel ve bireysel birçok faktörden etkilendiği bulunmuştur. Örneğin, sosyal destek travmatik deneyimlerle başa çıkmada ve uyum sağlamada travma sonrası büyüme için bir belirleyici olarak bulunmuştur. Bunun yanında, cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi de travma sonrası büyüme ile ilişkili bulunmuştur (Ramos ve Leal, 2013). Yapılan bazı çalışmalarda travma sonrası büyümenin cinsiyetle anlamlı bir ilişkisi bulunmazken bazı çalışmalar ise kadınların erkeklerden daha fazla travma sonrası büyümeyi deneyimledikleri bulunmuştur (Gökahmetoğlu, 2021).

Bu çalışmada da bireylerin kanser gibi travmatik bir deneyimden sonra büyüme yaşamalarına etki edecek iki değişken üzerinde durulmuştur. Bunlar öz-şefkat ve temel inançlardır. Öz-şefkat, kişinin yaşadığı acı verici olaylardan sonra kendisine karşı yargılayıcı olmaması, sevecen bir tutum sergilemesi ve yaşadığı bu acı verici deneyimin bilincinde olarak hastalığı deneyimlemesidir. Yani aslında kişinin yaşadıklarını insan yaşamının birer parçası olarak görebilmesidir (Tekcan, 2018). Hem kanser hastalarının hem de bakım verenlerinin kendilerine göstereceği şefkatle beraber travma sonrası büyümenin daha fazla olacağı düşüncesiyle öz-şefkat ve travma sonrası büyüme

arasındaki ilişki meme veya jinekolojik kanser tanısı olan hastalara bakım verenlerde araştırılmıştır.

Bir diğer değişken olan temel inançlar ise kişinin travmatik deneyim sonrası temel inançlarındaki sarsılmanın olduğu ve bu sarsılma sonrası bilişsel işleme sürecinin başladığını ifade eder. Bu süreçte kişi sarsılan temel inancını yeniden kurmaya başlar. Tam olarak travma sonrası büyüme de bu aşamada başlar. Kişi, yaşadığı bu travmatik olayı anlamlandırmaya çalışır ve kendisine eskisinden daha farklı olarak gerçekçi ve esnek bir bakış açısıyla bakar (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Literatüre bakıldığında Danhauer ve arkadaşlarının (2013) lösemi hastalarıyla yaptıkları çalışmada temel inançlardaki sarsılmanın artmasının kişinin travma sonrası büyümesine katkı sağladığını bulmuşlardır. Doğançay'ın (2021) üniversite öğrencileriyle yaptığı travma sonrası büyümenin yordayıcılarını araştırdığı çalışmada temel inançların alt boyutu olan kendine yönelik temel inançlar travma sonrası büyüme ile pozitif ilişkiliyken diğerlerine yönelik temel inançların ise travma sonrası büyüme ile negatif yönde ilişkili olduğunu bildirmiştir.

Araştırmanın Önemi

Kadınlığı simgeleyen meme, yumurtalık veya rahim gibi organlarda oluşabilecek herhangi bir hastalık kadınlığa yönelik inançlarını sarsmaktadır. Çünkü toplumun kadınlardan hamile kalmaları veya bebeklerini emzirmek gibi beklentileri vardır. Alınan tanının bunlara engel olacağı kadınlar tarafından düşünüldüğünden tedaviyle beraber hem hastalar hem de hastaya bakım verenle psikolojik olarak da çöküşe girmektedir. Hastalara ve yakınlarına tanıdan sonra ruh sağlığı çalışanları tarafından verilecek psiko-eğitim hastaların ve yakınlarının aldıkları tanıya başka bir boyuttan bakabilmelerine yardımcı olacaktır. Bu da hastaların ve bakım verenlerin hem tedavi sürecinin getireceği zorlukları hem de tanı sonrası hastalığının kendilerine kattığı olumlu değişimleri görmelerine yardımcı olacaktır.

Bilimsel alan içinde bu çalışma psiko-onkoloji alanında diğer yapılacak çalışmalara ışık tutacaktır. Kanser kadınlara ve yakınları üzerinde sadece depresyon, anksiyete gibi

etkileri olmadığı ayrıca olumlu değişimlere de vesile olduğunu görmelerine yardımcı olacaktır. Psiko-onkoloji ülkemizde pek bilinmemekle birlikte kanser hastaları ve yakınlarıyla yapılacak çalışmalar bu alanın gelişmesine katkı sağlayacaktır.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada meme veya jinekolojik kanser tanısı olan hastalara bakım verenlerin öz-şefkat ve temel inançlarının travma sonrası büyüme ile olan ilişkisine bakılacaktır. Bu çalışmada ayrıca şunlara odaklanılacaktır:

1. Öz-şefkat ve travma sonrası büyüme arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.
2. Temel inançlar ve travma sonrası büyüme arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.
3. Temel inançlar ve öz-şefkat arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.
4. Öz-şefkat, travma sonrası büyüme ve temel inançlar ile demografik veriler (yaş, hastalık evresi, eğitim durumu vb.) arasında ilişki vardır.

Araştırmanın Soruları

Araştırma soruları ise şu şekilde belirlenmiştir:

- Araştırmaya katılan meme veya jinekolojik kanser tanısı olan hastalara bakım verenlerin öz-şefkat düzeyi ve travma sonrası büyüme arasında bir ilişki var mıdır?
- Araştırmaya katılan meme veya jinekolojik kanser tanısı olan hastalara bakım verenlerin öz-şefkat düzeyleri ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi temel inançlardaki sarsılma düzeyi etkiler mi?
- Temel inançlarında sarsılmanın daha yüksek düzeyde olan hastalarda öz-şefkat düzeyi daha mı fazladır?
- Yaşı daha küçük olan hasta yakınlarının travma sonrası büyüme düzeyi daha fazla mıdır?

BÖLÜM 2. KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. KANSER

Kanser, insanlık tarihi kadar eski bir kronik rahatsızlıktır. Genel olarak kanser hücrelerin kontrolsüz büyümeleri ve vücudun diğer bölgelerine yayılması olarak tanımlanmaktadır (NIH, 2021). İlk kez M.Ö. 460-370 tarihinde Hipokrat tarafından “karkinos” veya “karkinoma” olarak adlandırılmıştır. Kanser, trilyonlarca hücreden oluşan insan vücudunun herhangi bir yerinde görülebilir. Hücre bölünmesi denilen bir süreç ile insan hücreleri yeni hücreler oluşturmak için büyür ve çoğalır. Hücreler yaşlandığında veya hasar gördüğünde ise yerini yeni hücreler alır. Bahsedilen bu süreç bazen bozulabilir anormal veya hasarlı olan hücreler büyümeleri gerekirken çoğalır ve bu hücreler tümörleri oluşturur. Tümörler ise kanserli veya kanserli olmayabilir (NIH, 2021).

Günden güne artan kanser vakalarına bağlı olarak ABD’de her 3 kişiden 1’inin kansere yakalandığı belirtilmiştir. 2015 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün yayınlamış olduğu verilere bakıldığında kanser ölümüne neden olan hastalıkların başında gelmektedir. Ülkemizde ise kansere bağlı ölümler 2. sıradadır (TÜİK, 2015). 2020 yılında Türkiye’nin nüfusu yaklaşık 84 milyon iken yeni kanser tanısı konan kişi sayısı yaklaşık olarak 234 bin olarak bildirilmiştir. Kansere bağlı yaşam kaybı ise yaklaşık olarak 126 bin olarak bildirilmiştir. Yine 2020 yılında en çok görülen 5 kanser türü, akciğer kanseri, meme kanseri, kolorektal (kalın bağırsak) kanser, prostat kanseri ve tiroid kanseri olarak belirtilmiştir. Erkeklerde en çok akciğer kanseri, prostat kanseri, kolorektal kanser, mesane kanseri ve mide kanseri görüldüğü bulunmuştur. Kadınlarda ise en yaygın olarak meme kanseri, tiroid kanseri, kolorektal kanser, akciğer kanseri ve rahim kanseri görülmektedir. (GLOBOCAN, 2020).

2.1.1. Meme Kanseri

Meme kanseri memeden başlayan bir kanser türüdür. Bazen bir meme görülürken bazen de her iki memede de ortaya çıkabilir. Memenin farklı bölümleri vardır ve kanser bu bölümlerden herhangi birinde görülebilir ve tür olarak yer alan bölgenin ismini alır (Lobüller, kanallar, meme ucu ve stroma vb.). En yaygın olarak da kanallarda görülen kansere rastlanır. Kanallar, lobüllerden çıkan ve sütü meme ucuna taşıyan küçük kanallardır. Bu kanserler duktal kanser olarak adlandırılır (American Cancer Society, 2021). Memenin bu bölümlerinde kontrolsüz bir şekilde çoğalmaya başlayan kanser hücreleri bir kütle oluşturur. Bu kütle de tümör olarak adlandırılır. Memedeki bu tümörler benign (iyi huylu) veya malign (kötü huylu) olarak ikiye ayrılır. Kötü huylu tümörler başlangıçta yavaş ilerken kişinin bunun farkına varması zordur. Çünkü herhangi bir belirti göstermezler (<https://www.anadolusaglik.org/blog/meme-kanseri>, 2022).

Meme kanserinde sıklıkla görülen belirtiler, *meme dokusunda ağrı hissi, memenin büyümesi, iki meme arasında şekil farklılığı, meme cildinde kalınlaşma ya da tahriş, memede veya koltuk altında ele gelen ağrısız şişlik ya da kitle, meme başında kızarıklık, çökme, soyulma, döküntü ya da yara, meme başından gelen pembe veya kırmızı renkte akıntı, halsizlik, yorgunluk ve kilo kaybıdır.* (<https://www.anadolusaglik.org/blog/meme-kanseri>, 2022).

Meme kanseri vücuttaki yayılımına göre evrelere ayrılıp 5 ayrı evreden ve 3 alt evreden oluşur: Evre 0, Evre 1, Evre 2, Evre 2B, Evre 3A, Evre 3B, Evre 3C ve Evre 4. Evre 0' da kanser daha yeni oluşum aşamasındadır. Sadece oluşmaya başladığı alan ile sınırlıdır. Evre 1' de tümör 2 cm'den büyük değildir. Kanser lenf bezlerine yayılmamıştır. Evre 2'de memede tümör görülmez fakat lenf bezlerinde kanser görülmektedir. Evre 2B'de tümör 2 cm'den büyük fakat 5 cm'den küçük olup koltuk altı ve lenf bezlerine yayılım vardır. Evre 3A' da memede tümör bulunmuyorken koltuk altı lenf bezlerinde veya yakın dokularda kanser vardır. Evre 3B' de tümör herhangi bir boyuttadır ve memeye yakın olan dokularda örneğin göğüs duvarı, kaburgalar veya göğüs duvarındaki kaslara yayılmıştır. Evre 3C'de kanser lenf nodlarına yayılmıştır. Son evre olan Evre 4 uzak metastatik kanser olarak adlandırılır. Kanser vücudun diğer organlarına yayılmıştır. Bu evrede olan hastalar için yaşam

süresini ve yaşam kalitesini arttırmak amaçlanır (<https://www.anadolusaglik.org/blog/meme-kanseri>, 2022).

2.1.1.1 Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Meme kanseri, tüm kadın kanserlerinin %24'ünü ve kansere bağlı ölümlerin %14'ünü oluşturmaktadır. Yaygın bir bilgi olarak her sekiz kadından birinin hayatının belli bir döneminde meme kanserine yakalanabileceği söylenmektedir. Her ne kadar meme kanserinin kadınlarda sıklıkla görüldüğü bilinse de nadir olarak erkeklerde de görülmektedir.

2012 yılında dünya çapında tahmini olarak 1,7 milyon kadına meme kanseri teşhisi konmuştur ve yine aynı yıl bu teşhisten dolayı 521,900 kadın vefat etmiştir (American Cancer Society, 2011). 2020 yılına baktığımızda ise GLOBOCAN'ın verilerine göre meme kanseri insidans oranı 100 binde 47,8'dir ve bu yılda teşhis edilen tüm kanserlerin %24,5'i meme kanseridir. Türkiye'de ise 2020 yılında 24.175 kadın meme kanseri teşhisi almıştır. Ülkemizde dünyadan farklı olarak meme kanseri daha genç yaşlarda görülmektedir. Yapılan çalışmalarda ülkemizde meme kanseri vakalarının %60'ı 50 yaş ve üzerindeyken %40'ı 25-49 yaş aralığındadır (GLOBOCAN, 2020). Dünya geneline bakıldığında ise 2,3 milyon kişi meme kanseri teşhisi almıştır. Bu teşhisin yaş dağılımı ise 50 yaş ve üzeri kadınlar %71'ini, 25-49 yaş grubu %29'unu ve 0-24 yaş aralığı ise %1'den daha az bir oranı oluşturmaktadır (Turan, 2021).

Meme kanserinin sosyo-ekonomik düzeyi yüksek kadınlarda daha çok görüldüğü söylenirken vakaların üçte ikisinden fazlası 50 yaş ve üzerinde görülmektedir (Forouzanfar ve ark. 2011). Bu vakaların çoğunluğu ise gelişmiş ülkelerde görülmektedir. 15-49 yaş arası kadınlarda görülen meme kanseri ise gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere göre iki kat daha fazla teşhis edilmektedir (DeSantis ve ark. 2011). Mamografinin mevcut kullanıldığı veya erişimin kolay olduğu ülkelere rutin taramalara uyulduğundan dolayı ve böylelikle meme kanseri erken teşhis edileceğinden dolayı ölümler azalmaktadır (American Cancer Society, 2011). Bu gibi bulgulara bakarak meme kanserinin insidansı ve mortalitesinin ülkeler arasında farklar olduğunu görmekteyiz. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi ve insidans doğru orantılı iken mortalite ters orantılıdır.

2.1.1.2. Meme Kanseri Tanısı ve Risk Faktörleri

Meme kanseri erken dönemde teşhis edildiğinde tedavi edilme şansı yükselmektedir. Meme kanseri erken teşhis edildiğinde hastalığın süreci olumlu yönde etkilenir, mortalite azalır ve meme koruyucu cerrahi ile ameliyattaki başarı oranları da artar (Gençtürk, 2007). Amerikan Kanser Birliği (2017) ve Türkiye'deki meme kanseri tarama programları kapsamında hastalığın erken teşhisi için birçok tarama yöntemi önermiştir.

20-39 yaş aralığındaki kişiler için kendi kendine meme muayenesinin her ay yapılması önerilmektedir. Meme kanserinin ilk belirtilerinden biri olan ele gelen kitle kendi kendine meme muayenesi ile fark edilmektedir (Acar, 2019). Ayna karşısına geçilip eller kalçadayken memede olan herhangi bir şişlinlik, meme ucundaki değişiklik, kızarıklık veya asimetri gibi belirtilerin varlığında klinik muayeneye başvurmak önemlidir. Klinik meme muayenesi, sağlık personeli tarafından yapılan fiziksel bir muayenedir. Muayenenin en uygun zamanı menstruasyondan sonra 7. veya 10. gün arasında olduğu bildirilmektedir (Kapıcıbaşı, 2016). 20-39 yaş aralığındakiler için üç yılda bir önerilirken 40 yaş sonrası için ise her yıl KMM yapılması önerilmektedir (Özçelik, 2018). 40 yaş ve üzeri kişiler için ise mamografinin yılda bir kez yapılması önerilmektedir. Mamografi memenin sıkıştırılarak röntgen filminin çekilmesidir. Buradaki kitlenin kanser olasılığını belirlemek amacıyla klinisyenler tarafından BI-RADS sınıflaması oluşturulur. BI-RADS 0'dan başlayarak BI-RADS 6'ya kadar kitlenin malign olma olasılığı artar (Yarış, Şahin ve Dikici, 2014). Mamografiden farklı olarak hastalığın teşhis edilmesinde manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve ultrason (USG) gibi yöntemlerde kullanılmaktadır (Acar, 2019).

Bu gibi incelemelerden sonra kanser şüphesi olan kitleler için biyopsi yapılır. Biyopsi, şüpheli görünen kitlenin patolojik olarak değerlendirilmesi yöntemidir (Çerçi ve ark. 2007). İnce, kalın, insizyonel ve eksizyonel olarak birkaç biyopsi türü bulunmaktadır. Meme kanserinin teşhis edilmesinde önemli bir yere sahiptir. Hastalığın teşhis edilmesinde en sık kullanılan iğne biyopsisi yöntemi, güvenli, basit ve ucuz bir yöntem olarak değerlendirilmektedir (Acar, 2019).

Meme kanserinin teşhis edilmesinde tarama yöntemlerine başvurmadan risk faktörlerinin de değerlendirilmesi önemlidir. Kadın olmak ve ileri bir yaşta olmak meme kanserinin en önemli risk faktörlerindendir. Beyaz ırkta meme kanserinin görülme riski daha fazladır. Ailede herhangi birinin meme kanseri öyküsünün olması aile bireylerinin meme kanseri olma riskini arttırmaktadır. Bir memesinde kanser öyküsü olan bir kadının diğer memesinde kanser gelişme riski her yıl için %0,5-1 arasındadır. Rahim veya yumurtalık kanseri olan kadınlarda meme kanseri riski 2 kat artmaktadır. İlk doğum yaşı da meme kanseri için risk faktörlerinden biridir. Örneğin, 30 yaşından sonra doğum yapanlarda 18 yaşından önce doğum yapanlara göre meme kanseri riski daha fazladır. Bu durum hamilelik döneminde östrojen hormonunun daha az salgılanmasıyla açıklanmaktadır. İlk adetinin daha küçük yaşlarda görenler de meme kanseri riski daha fazladır. Çünkü östrojen hormonu daha fazla salgılandığı için bu kişilerin meme kanseri riskleri daha çok artmaktadır (Utkan, 2018).

Memeye yakın bölgelerde radyasyona maruz kalmak da riski arttıran diğer etkenlerdendir. Emzirme ve meme kanserinin ilişkisi de birçok çalışmanın konusu olmasına rağmen emzirmenin meme kanseri için koruyucu bir etken olduğunu söyleyen çalışmaların yanında herhangi bir ilişki olmadığını vurgulayan çalışmalar da bulunmaktadır. Doğum kontrol haplarıyla meme kanserinin ilişkisi de hala tartışılmaktadır. Doğum kontrol hapi kullanan kişilerde meme kanseri riskinin arttığı çoğunlukla söylenmektedir. Bunun yanın sıra östrojen ve progesteron seviyesinin arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Menopoz sonrasında kullanılan hormon ilaçları da östrojen ve progesteron hormonlarını içerdiğinden dolayı meme kanseri riski artmaktadır (Utkan, 2018).

Her hastalık için bir risk olan kilo fazlalığı ve obezite meme kanseri için de önemli risk faktörlerindendir. Yağ oranı yüksek gıdaları daha çok tüketmek ile meme kanseri arasında ilişki bulunmaktadır. Alkol tüketimi de östrojen seviyesini arttırdığından dolayı meme kanseri riskini arttırabilir. Fiziksel aktivite ile meme kanseri arasında negatif ilişki bulunmaktadır. Haftada 2 saat tempolu bir şekilde yapılan yürüyüş meme kanseri riskini %18 oranında azalttığı bulunmuştur. Son olarak sosyoekonomik seviye yükseldikçe meme kanseri insidansı yükselirken düşük sosyoekonomik seviyede mortalite yükselmektedir (Utkan, 2018).

2.1.1.3. Meme Kanseri Tedavisi

Meme kanseri tanısının kesinleşmesinin ardından onkoloji ekibi tarafından hasta için etkin ve ekonomik tedavi planlaması yapılır. Bu ekipte tıbbi onkolog, radyasyon onkoloğu ve cerrahi onkolog yer alırken hastanın tedavi sırasında yaşam kalitesini de arttırabilmek adına ekibe onkoloji hemşiresi, beslenme uzmanı ve psikoloğun da katılması önem taşımaktadır.

Hastalığın bulunduğu yeri kontrol altına almak amacıyla cerrahi müdahaleler ve radyoterapi tercih edilirken hastalığın sürecini kontrol altına almak amacıyla ise kemoterapi, hormonal ve biyolojik tedaviler uygulanmaktadır (Senkus ve ark. 2015).

- **Cerrahi Tedavi:** Her kanser türünde olduğu gibi meme kanserinde de cerrahi tedaviler hayati öneme sahiptir. Kanserın büyüklüğü, memedeki konumu ve hastalığın evresine göre hastaya meme koruyucu cerrahi veya mastektomi yapılmaktadır. Meme koruyucu cerrahi erken evre meme kanserlerinde uygulanan sadece kanserli bölgenin çıkarılmasıdır. Mastektomi ise hem kanserli dokunun hem de o dokunun çevresindeki normal dokunun da beraber çıkarıldığı işleme verilen addır (Akyolcu ve ark. 2019).
- **Radyoterapi:** Hastalığın türüne göre radyoterapinin değişmesiyle beraber çoğunlukla cerrahi tedavi veya kemoterapiden sonra hastalara radyoterapi tedavisi verilir. Bu tedavide radyasyon ile hastalığa direkt ya da dolaylı olarak kanserli bölge hedef alınarak hücrenin hasara uğraması veya ölmesi amaçlanır (Gündoğdu, 2019).
- **Kemoterapi:** Sistemik kontrolü sağlamak amacıyla verilen kemoterapinin şekli ve sayısı hastalığın türüne ve evresine göre değişmektedir. Birçok yan etkisinin olmasıyla beraber tedavide daha iyi yanıt alabilmek ve nüks oranı azaltmak adına hedefe yönelik ilaçlarla birlikte kullanılmaktadır (Gündoğdu, 2019).
- **Hedefe Yönelik Tedavi:** Meme kanseri hastalarından HER2 reseptörünün pozitif olduğu hastalara uygulanan bir tedavi şeklidir. Trastuzumab ve pertuzumab hedefe yönelik tedavide en çok kullanılan ilaçlardandır. Kemoterapiye göre yan etkileri daha azdır (Gündoğdu, 2019).

- **Hormonal Tedavi:** Östrojene duyarlı olan meme kanseri hastalarında östrojeni baskılamak amacıyla uygulanan bir tedavidir. Yaygın olarak kullanılan ilaç tamoksifendir (Gündoğdu, 2019).

2.1.2. Jinekolojik Kanserler

Jinekolojik kanserler, kadın genital organlarında görülen görüldüğü üreme organına göre isimlendirilen ve belirtileri farklılık gösteren malign hastalıklardır. Jinekolojik kanserler, endometrium, over ve serviks kanserlerinden oluşmaktadır (Turgut ve ark. 2012). Vulva ve vajinal kanser tipleri de daha seyrek görülmektedir (Atak, 2018). Kadınlarda meme kanserinden sonra en sık görülen kanser türlerindendir (Jemal ve ark. 2010). Jinekolojik kanserler tüm kanser çeşitlerinin %15'ini oluştururken kansere bağlı ölümlerin ise %10'unu oluşturmaktadır.

Serviks kanserlerin en sık görülen belirtisi vajinal kanamadır. Hastalığın erken evrelerinde cinsel ilişki sonrası da kanama görülmektedir. Hastalığın ilerleyen aşamalarında ise anormal vajinal kanamalar ve aşırı bir şekilde menstrual kanamalar görülmektedir. Kanamalar sıklıkla olduğunda ise hastalarda yorgunluk ve halsizlik gibi belirtiler de görülmektedir. Endometrium kanserlerinde ise en sık görülen belirti menopoza sonrası görülen kanamadır. İleri evredeki hastalarda ise adet düzensizliği ve düzensiz adet kanamaları görülmektedir. Over kanserinin belirtilerine baktığımızda ise maalesef erken dönemde belirti görülmemektedir. Hastalık metastaz yaptığına metastaz yaptığı organa bağlı olarak belirtileri ağırlaşmaktadır. Karında baskı hissi, anormal vajinal kanama, kabızlık ve üriner rahatsızlıklar sık görülen belirtilerdendir (Kaplan, 2019). Vajen ve vulva kanserleri de sık görülmemekle birlikte 50-70 yaş arasındaki kadınlarda postmenapozal kanama veya kanlı akıntı olarak belirti göstermektedir.

Jinekolojik kanserlerin evrelemesi ise Evre 1, 2, 3 ve 4 olarak ayrılmaktadır. Bu dört evrede kendi içinde A, B ve C türü olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Evre 1, hastalığın sadece organla sınırlı olduğunu belirtmektedir. Evre 2, hastalığın yakın organlarda da görüldüğünü belirtmektedir. Evre 3, hastalığın bulunduğu organdan uzaklaşıp lenflerde

de görüldüğünü simgelemektedir. Son olarak Evre 4 ise hastalığın bağlı olduğu organdan daha uzak organlara metastaz yaptığı anlamına gelmektedir (Kaplan, 2019).

2.1.2.1. Jinekolojik Kanserlerin Epidemiyolojisi

Gelişmiş ülkelerde jinekolojik kanserler 4. sırada görülürken ölüme sebebiyeti bakımından 5. sırada yer alır. Az gelişmiş ülkelerde ise görülme sıklığı 3. sırada yer alırken ölüme sebebiyeti açısından 4. sırada yer almaktadır (Ferlay ve ark. 2012). Jinekolojik kanserlerden biri olan over kanseri GLOBOCAN 2018'e göre kadınlarda en sık görülen kanser türlerinde 8. sırada yer almaktadır ve mortalite hızının en yüksek olduğu jinekolojik kanser türüdür. Over kanseri her yaş grubunda görülürken en fazla ölüm oranı 65-74 yaş grubu arasında olduğu belirtilmiştir. Over kanserinin görüldüğü yaş ortalaması ise 63 olarak bulunmuştur (Can, 2014).

Endometriyum kanseri ise en çok görülen kanser türünde 8. sırada iken ölüme neden olan kanser türlerinde 7. sıradadır. Bu kanser türünün ortalama görülme yaşı 61 olarak belirtilmiştir. Hastalıkta 5 yıllık sağ kalım oranı %81,1'dir (Can, 2014).

Serviks kanseri dünyada kadın kanserlerinde meme kanserinden sonra gelmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında 15-44 yaş grubu arasında görülme sıklığı bakımından 10.sırada yer almaktadır. Dünyada her yıl yaklaşık olarak 500.000'in kadının yeni tanı aldığı belirtilirken 260.000'nin üzerinde kadının ise serviks kanser sebebiyle vefat ettiği belirtilmektedir (Demir, 2018). Serviks kanserinin ortalama tanı yaşı 47'dir. Hastalığa bağlı ölüm oranlarının ise en fazla olduğu yaş grubu 45-54 arasındadır.

Vulva kanseri tüm jinekolojik kanserlerin %4-5'ini oluştururken kadınlarda görülen kanserlerin ise %1'ini oluşturmaktadır. ABD'de görülme sıklığı bakımından endometrium, over ve serviks kanserinden sonra 4.sırada yer almaktadır (Korkusuz, 2019).

Son olarak vajinal kanserler ise en yüksek insidans oranına siyahi kadınlarda fazladır. Bu kanser türünün görülme oranı yaşla birlikte artmaktadır. Jinekolojik kanserler arasında en az görülen kanser türüdür. ABD'de her yıl 100.000 kadında 1'den azı vajinal kanser tanısı almakta veya ölmektedir. Bu tanıdaki ortalama yaş 68 olarak

belirtilmiştir. Hastalığın %32'sine erken tanı konulurken 5 yıllık sağ kalım oranı %47 olarak kaydedilmiştir (American Cancer Society, 2017).

2.1.2.2. Jinekolojik Kanserlerin Tanısı ve Risk Faktörleri

Jinekolojik kanserlerin tanısı konulurken en önemli bulgulardan biri muayene sırasında kitle tespit edilmesidir. Ultrason ile kitlenin şüpheli olup olmadığı değerlendirilir. Şüpheli görüldüğü durumlarda ileri tetkikler hekim tarafından istenmektedir. Kanser şüphesi için hastanın kan değerlerine de bakılabilir. Örneğin kandaki CA 125 değeri, over kanserlerinin %80'den fazlası durumlarında yükselebilmektedir (Can, 2014). Endometrium kanserinin tanısı ise emdometriyal biyopsi ile konulmaktadır (Pennington ve Swisher, 2012).

Serviks kanseri tanısı konulurken PAP-Smear testi kullanılmaktadır. Anormal bir bulgu varlığında kolposkopi ile servikal biyopsi yapılmaktadır (<https://www.sgo.org/>, 2022). Pap-Smear testinin kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte servikal kanser insidansında gerileme kaydedilmiştir. Smear testinin yapılması için en uygun zamanın menstruel siklusun ortalarının olduğu söylenmektedir. (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2022). Serviks kanseri için önemli olan bir başka test ise HPV testidir. HPV ve serviks kanserinin ilişkisi yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre serviks kanseri tanısına sahip hastaların %99,9'unda HPV tespit edilmiştir (Crosbie, Einstein ve Kitchener, 2013).

Tüm jinekolojik kanserlerde olduğu gibi jinekolog tarafından yapılan pelvik muayene sırasında vulva ve vajen incelemesiyle hastalık teşhis edilebilir. Vulva ve vajinal kanserlerde HPV ile ilişkili olması sebebiyle HPV testi hastalığın tespit edilmesinde önemlidir. Bu sebeple bu hastalıklardan korunmak amacıyla HPV aşılı hekimler tarafından önerilmektedir. 11 ve 12 yaşındaki herkes için bu aşılar önerilmektedir (Osterbur, 2012).

Jinekolojik kanserlerin risk faktörlerine yakından bakıldığında ise, yaşın önemli bir faktör olduğu görülmektedir. Yaşın artması ile birlikte kanserin gelişme riski artmaktadır. Menopoz dönemi jinekolojik kanserler için risk oluşturan bir dönemdir

(Topçu Korkusuz, 2019). Birinci derece akrabalarda jinekolojik kanser öyküsünün olması riski arttıran bir başka faktördür. Menopoz öncesi meme kanseri teşhisi almak, BRCA1 ve BRCA2 genlerine sahip olmak jinekolojik kanser için risk faktörlerindendir. Meme kanseri tedavisinde kullanılan Tamoxifen adlı ilaç uterus üzerinde östrojene benzer etki yarattığından dolayı jinekolojik kanser riskini arttırmaktadır. Meme kanserinde olduğu gibi jinekolojik kanserlerde de doğum yapmamış olmak bir risk faktörüdür (Korkusuz, 2019). Serviks kanseri ile HPV ilişkili bulunmuştur. Bu sebeple erken yaşta cinsel ilişkiye girmek, birden çok partner ile cinsel ilişkide bulunmak HPV riskini arttırmasıyla beraber serviks kanseri riskini de arttırmaktadır (Topçu Korkusuz, 2019).

Gün içerisinde içilen sigara sayısının ve alkol tüketimin artmasıyla birlikte de risk artmaktadır. Obezite ve glisemik indeksi yüksek gıdalarla beslenmek de jinekolojik kanser riskini arttırmaktadır (Topçu Korkusuz, 2019).

2.1.2.3. Jinekolojik Kanserlerin Tedavisi

Over kanserinin tedavisinde cerrahi ve kemoterapi büyük önem taşımaktadır. Erken evrede tespit edilen over kanserlerinde radyoterapi pek tercih edilmemektedir. Tedavinin cerrahi kısmında genellikle overler ve fallop tüpleri çıkarılmaktadır (American Cncer Society, 2017). Endometrium kanserinin tedavisinde ise hastalığın evresine bağlı olarak cerrahi, radyasyon, hormon terapi veya kemoterapiden yararlanılmaktadır. Hastalığın ilk tedavisi çoğunlukla cerrahidir. Bu cerrahi tedavide, uterus, serviks, fallop tüpleri, overlerin ve lenflerin çıkarılması amaçlanır. Bu organların çıkarılması işlemine histerektomi denilmektedir. Histerektomi yapıldıktan sonra adjuvan tedavinin gerekmediği söylenmektedir fakat hastada hastalığın nüks ihtimali varsa cerrahi işlemden sonra radyoterapi ve kemoterapi önerilmektedir (Topçu Korkusuz, 2019).

Serviks kanserinde de histerektomi ve radyasyon tedavisi kullanılmaktadır. Bu tedavilere ek olarak hastaya kemoterapi tedavisi de uygulanmaktadır. Sadece kemoterapinin uygulandığı hastalarda genellikle hastalık ileri bir evrededir. Serviks kanserine tanısı olan ve erken evrede olan bir hasta doğurganlığını korumak isteyip istemediğine göre serviksin bir kısmı korunmaktadır (Kokka ve ark. 2014).

Vajinal kanserin tedavisinde de hastalığın tipi, kitlenin bulunduğu yer, uterusun olup olmadığına veya radyoterapi alınıp alınmadığına bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Çoğunlukla radyoterapi, cerrahi işlem ve kemoterapiden oluşmaktadır (Topçu Korkusuz, 2019). Vulva kanserinde de yine aynı tedavi şekli hastalığın tipine, evresine ve yerine göre değişiklik göstermektedir. Hastalık ilerlemiş olup hekim tarafından ameliyat önerilmezse hastaya palyatif amaçlı radyasyon ve kemoterapi tedavisi uygulanmaktadır fakat yapılan çalışmalarda ileri evredeki bir hasta için 5 yıllık sağ kalım oranı %20 olarak belirtilmiştir (Rasmussen ve ark. 2018).

2.2. TRAVMA

Travma sözlükte *‘herhangi bir fiziksel etkenle oluşan yaralanma, incinme, zedelenme, yara, bere’* olarak tanımlanmıştır (TDK, 2019). Travma, bireyin hem ruhsal hem de fiziksel varlığını tehdit eden, sarsan veya yaralayan her türlü olayı tanımlamak için kullanılan bir kavramdır. İlk başlarda travma sadece fiziksel travmalar için kullanılırken tıp literatüründe *“bedene dış bir etmen tarafından bir zarar gelmesi”* olarak tanımlanmaktadır. 18. yüzyıl sonrasında ise travma yaşayan bireylerin gösterdiği semptomlara bağlı olarak zihinsel bir hastalığı olduğuna inanılmıştır. O zamanlarda travma belirtileri gösteren kişilerin sorunun kendisinde olduğu düşünülmüştür. 1870 yılında gerçekleşen Fransa- Prusya savaşından sonra ise savaştan dönen askerlerin yaşadıkları ruhsal sorunlar ruh sağlığı çalışanlarının ilgisini çekmiştir. Bu askerlere ilk başta “travmatik nevroz” tanısı konmuştur. Birinci Dünya Savaşı’ndan sonra da bomba şoku (Shell shock) gibi kavramlar kullanılmış olup psikolojik travma belirtilerine hiç dikkat edilmemiştir. Kötü koşullarda savaşmış olan askerler birçok arkadaşının ölümüne şahit olmuş veya yaralanmasını görmüştür. Bu sebeple psikiyatrik belirtiler göstermiş olup birçoğu hastaneye yatırılarak tedavi edilmiştir (Özen, 2019).

Vietnam Savaşı’ndan sonra ise askerlerle yapılan çalışmalarda savaşa maruz kalma ile travma sonrası oluşan psikiyatrik bozukluklar doğrudan ilişkili bulunmuştur. Yapılan bu çalışmalar sonucunda da travma sonrası stres bozukluğu ilk kez kavramsallaştırılmış

ve üzerinde çalışılmaya başlanmıştır. 1980 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği DSM'ye "Travma Sonrası Stres Bozukluğu" olarak yeni bir kategori eklemiştir (Özen, 2019).

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), DSM-5'te ise *ağır yaralanma, ölüm ya da ölüm tehdidi, cinsel saldırı gibi örseleyici olayların doğrudan yaşanması ya da başkalarının başına gelen bu ve benzeri örseleyici olaylara doğrudan doğruya tanıklık etme sonrasında ortaya çıkabilen, kendine özgü semptomları olan bir bozukluk* olarak tanımlanmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği).

Yakınlardan birinin kaybı, savaş, taciz, kaza, hastalıklı teşhisi almak gibi yaşam olayları kişiler için son derece travmatik olabilmektedir (Çakı, 2020). DSM-5'te travmatik olaylar türüne göre üç başlık altında toplanmıştır:

1. *İnsan eliyle, kasıtlı gerçekleştirilen olaylar (savaş,, işkence, tecavüz, terör olayları vb.)*
2. *İnsan eliyle, kaza sonucu ortaya çıkan olaylar (trafik kazası, gemi/uçak kazaları, iş kazaları)*
3. *Doğal afetler (sel, deprem, kıtlık vb.)* (DSM-5, 2014).

2.2.1. Travma Sonrası Belirtiler

Travma yaşamış kişilerde travma sonrası görülecek belirtiler duygusal, davranışsal ve bilişsel tepkiler şeklinde görülebilmektedir. Bu tepkilerin şiddeti ise yaş, önceden herhangi bir travma öyküsünün olup olmaması, kişinin psikiyatrik tanı alıp almadığına, travmanın şiddeti ve süresine, kişilik özelliklerine, kişinin sahip olduğu baş etme stratejilerine, yaşadığı travmanın kişi için ne anlam ifade ettiğine ve sosyal desteğe göre değişmektedir. Travma yaşamış kişiler hem ruhsal hem de fiziksel açıdan etkilenseler de sadece belirli bir grup herhangi bir psikiyatrik tanı almaktadır (Sönmez, 2022).

Travma sonrası sıklıkla bireyler travmatik olayı yeniden yaşarlar. Olayı hatırlatan uyaranlardan kaçınırlar. Bunun yanı sıra dikkat ve konstrasyon güçlükleri, korku, öfke ve kaygı gibi duygular, sürekli yaşanan olay hakkında düşünme, donukluk, herhangi bir duygu hissetmeme, uyuşukluk, halsizlik, uyku problemleri ve sık rüya görme gibi belirtiler de görülmektedir (Sönmez, 2022). Travma sonrası görülen bu tepkiler olağan olarak kabul edilmektedir. Herhangi bir psikiyatrik bozukluktan bahsedebilmek için

görülen bu belirtilerin daha uzun süreli görülmesi ve kişinin işlevselliğini bozması gerekmektedir (Aker ve Işık, 2017).

Travma ile ilişkili görülecek psikiyatrik bozukluklar akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğudur. Akut stres bozukluğunda belirtiler travmadan sonra başlar ve bir aya yakın sürer. Bunun yanı sıra travma yaşamış bireylerde anksiyete, depresyon, alkol-madde kullanım, bedensel belirti, dissosiyatif ve psikotik bozukluklar da görülmektedir. Bu tanımlar konmadan önce bireyin travma yaşamadan önceki psikiyatrik öyküsüne de dikkat edilmelidir (Goldmann ve Galea, 2014).

Yapılan çalışmalarda TSSB ile madde kötüye kullanımı %73, depresyon %26, antisosyal kişilik bozukluğu %31, distimi %21 ve OKB %10 oranında olduğu bulunmuştur (Kessler, Sonnega ve Bromet, 1995).

2.2.2. Travma ve İlişkili Bozukluklar

Yaşanılan travmaya bağlı olarak kişiler travmanın tipi, şiddeti, nasıl yaşandığı, kişisel faktörlere dayanarak çeşitli tepkiler vermektedir ve bunların sonucunda ise ruhsal bozukluklar gelişmektedir. Bu ruhsal bozukluklar kimi zaman doğrudan maruz kalınan travmatik yaşantı ile ilişkilendirilirken bazen de travma ile dolaylı olarak ilişkilendirilmektedir. Örneğin, akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu travma ile doğrudan bağlantılı bozukluklardır. Dissosiyatif bozukluk, anksiyete ve depresif bozukluklar, yeme bozuklukları ve borderline kişilik bozukluğu gibi bozukluklar ise travma ile dolaylı olarak bağlantılı olabilmektedir (Bilgiç, 2011).

2.2.2.1. Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Akut Stres Bozukluğu, DSM-IV'te yoğun travmatik bir stres ile karşılaşıldıktan sonra bir ay içerisinde kişinin anksiyete, dissosiyatif ve diğer belirtiler sergilemesi olarak tanımlanmıştır. Bu belirtilerin 2-30 gün içerisinde hem ortaya çıkıp hem de yok olması gerekmektedir. Eğer belirtiler 30 günden sonra da devam ediyorsa tanının ismi Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) olarak değişmektedir (Bilgiç, 2011).

TSSB ise kişinin yaşadığı yoğun travmatik stres yaratan bir yaşam olayından sonra yaşadığı travmatik olayı tekrar tekrar yaşaması, olayı hatırlatan yer ve aktivitelerden

uzaklaşması, duygusal tepkilerin kısıtlı olması ve aşırı uyarılmanın bulunduğu bir tablo olarak tanımlanmaktadır (Bilgiç, 2011).

2.2.2.1.1. ASB ve TSSB'nin DSM-V Tanı Ölçütleri

Kişinin DSM-V'e göre ASB tanısı alabilmesi için aşağıdaki kriterleri karşılaması gerekmektedir:

- A ölçütü kriterleri, kişinin ailesinden birinin veya bir arkadaşının başına gelen ölüm veya ölüm olasılığı, kaba davranışla veya kaza sonucu olmuş travmatik olayı öğrenmesi, olayın hoş olmayan ayrıntılarıyla yineleyici biçimde veya aşırı bir şekilde karşılaşmasını içermektedir. Bu olayın elektronik medya, televizyon, film gibi yollardan öğrenilmesini içermemektedir.
- B ölçütü kriterleri, travmatik olayı yeniden yaşantılama (flashback, anılar ve rüyalar ile yaşanan olayı tekrar yaşama ve bunu durdurmakta zorlanma), olumsuz duygudurum (üzüntü hissetme, olumsuz düşüncelerin ve ruh halinin varlığı), çözülme (dissosiyatif) yani bireyde gerçeklik algısının azalması, çevresi ile olan iletişiminin azalması ve yaşadığı olayın önemli bazı bölümlerini hatırlayamaması, kaçınma belirtileri (travmatik olayla ilgili olan düşünce, duygu, insan ve yerlerden kaçınma) ve uyarılma belirtilerini (uykusuzluk, konsantrasyon güçlüğü, sinirlilik, saldırganlık hali) içermektedir.
- C ölçütü ise B ölçütündeki belirtilerin süresinin travma sonrası 3 gün ile 1 ay arasında görülmesini içermektedir (APA, 2013).

Kişinin DSM-V'e göre TSSB tanısı alabilmesi için ise aşağıdaki semptomları göstermesi gerekmektedir:

- A. Aşağıda yer alan olaylardan biriyle ya da birden fazlasıyla gerçek veya korkutucu bir şekilde ölümle, ağır yaralanmayla karşı karşıya kalma veya cinsel saldırıya uğrama:
- 1) Direkt olarak travmatik bir yaşantının başa gelmesi.
 - 2) Bir başkasının yaşadığı olaya tanıklık etme.

- 3) Aile üyesinin veya yakın bir arkadaşın travmatik bir olay yaşadığını duyma.
Bu durum kişinin ölümü veya ölüm ihtimali zorla veya kaza sonucu gerçekleşmelidir.
 - 4) Yaşanılan travmatik olayın rahatsız edici özelliklerine, tekrarlayıcı bir şekilde veya aşırı seviyede maruz kalma.
- B. Yaşanılan travmatik olayın ardından başlayan, zedeleyici olaya dair istemsizce gelen aşağıda yer alan semptomların birinin veya daha fazlasının bulunması;
- 1) Yaşanılan travmatik olayın tekrarlayıcı, istemsiz gelen acı veren hatıraları.
 - 2) Tekrarlayıcı, içeriği ya da duygulanımı zedeleyici olaylarla ilgili acı veren rüyalar.
 - 3) Çözülme tepkileri olarak tanımlanan bireyin travmatik olayı tekrardan yaşıyormuş gibi düşündüğü veya davrandığı durumlar.
 - 4) Yaşanılan travmatik olayı andıran veya çağrıştıran iç veya dış uyarıcılarla karşı karşıya gelindiğinde yoğun veya uzun zamanlı bir ruhsal sıkıntı içine girme.
 - 5) Yaşanılan travmatik olayı andıran veya çağrıştıran iç ve dış uyarıcılara karşı bedensel tepkiler gösterme.
- C. Yaşanılan travmatik olayın ardından aşağıdaki semptomlardan birinin veya ikisinin beraber olmasıyla bilinen, travmatik olaya dair uyarıcılardan devamlı bir şekilde kaçma:
- 1) Yaşanılan travmatik olayla alakalı veya yakından ilişkisi bulunan, acı verici hatıralar, fikirler veya duygulardan kaçma veya bunlardan uzak durmaya çalışma.
 - 2) Yaşanılan travmatik olayla alakalı veya yakından ilişkisi bulunan, acı verici hatıralar, fikirler veya duyguları canlandıran dış hatırlatıcılardan kaçma veya bunlardan uzak kalmaya çalışma.
- D. Travmatik olayın hemen ardından başlayan veya kötüleşen aşağıdaki semptomlardan ikisinin veya daha fazlasının bulunmasıyla belli, zedeleyici olaya ilişkin bilişlerde ve duygu durumunda olumsuz değişimlerin bulunması:
- 1) Yaşanılan travmatik olayın önemli bir kısmını hatırlayamama.
 - 2) Kişinin kendisi, diğer insanlar veya dünyayla alakalı olarak, devamlı ve abartılı olumsuz tutumlar veya istekler.

- 3) Yaşanılan travmatik olayın sebepleri ve sonuçları ile alakalı olarak, bireyin kendisini veya diğer kişileri suçlamasına neden olan, devamlılığı olan, çarpık bilişler.
 - 4) Devamlılığı olan olumsuz duygusal durumlar.
 - 5) Yapılan önemli aktivitelere karşı hissedilen ilgi ve katılımı fark edilir derecede yaşanan azalma.
 - 6) Bireyin, diğer kişilerden kopma veya diğer insanlara karşı yabancılaşma hissi.
 - 7) Devamlı olarak olumlu duygular yaşayamama.
- E. Travmatik olayın hemen ardından başlayan veya kötüleşen aşağıdaki semptomlardan ikisi veya daha fazlasıyla belirli, travmatik olayla ilişkili uyarılma ve tepkide bulunma şeklinde belirgin bir değişimin yaşanması:
- 1) Kişilere veya objelere karşı sözel veya sözel olmayan agresiflikle dışa vurulan, sinirli haller ve kontrol edilemeyen öfke sorunları.
 - 2) Kişinin düşünmeden davranması veya kendisine zarar verici davranışlarda bulunması.
 - 3) Kişinin tetikte olması.
 - 4) Abartılmış irkilme tepkisi.
 - 5) Dikkati odaklama konusunda yaşanan zorluklar
 - 6) Uyku problemi
- F. Bu bozukluğun süresi bir aydan daha fazladır.
- G. Bu bozukluk işlevsellik yönünden toplumsal, iş ile alakalı alanlarda veya öteki alanlarda azalmaya yol açar.
- H. Semptomlar bir maddenin veya başka bir sağlık durumunun etkileri ile açıklanamaz (DSM-5, 2013).

2.2.2.2. Karmaşık (Komplex) TSSB

Travmatik bir olayın sürekli olarak yaşandığı veya yaşanan olayın tekrar yaşanma olasılığının bulunması normal TSSB'den farklı bir kavram ile adlandırılmaktadır. TSSB'de travmanın geçmişte olup bittiği ve tekrar yaşanmasının olasılığı ise genel popülasyon ile eşit olduğu ifade edilmektedir. Örneğin, trafik kazaları veya doğal afetler buna örnek verilebilir. Ancak çocuklukta yaşanan cinsel istismar, eşi tarafından sürekli

şiddet görme, zorunlu göç ve savaş ortamında yaşama gibi yaşam olayları TSSB'den farklı bir içeriğe sahiptir. Tekrarlayan bu yaşam olaylarıyla karşılaşan kişiler belirtilerin niteliği, şiddeti, kalıcı kişilik değişikliklerine yol açabilmesiyle daha karmaşık bir hal almaktadır (Bilgiç, 2011).

Kompleks TSSB'de belirtiler değişkenlik göstermekte ve bedensel belirtiler daha çok gözlemlenmektedir. Somatisasyon (baş ağrısı, karın ve bel ağrısı vb.), dissosiyasyon (çoğul kişilik bozukluğu) ve affektif (intihar düşüncesiyle beraber devam eden travmatik depresyon) belirtiler sıklıkla gözlemlenmektedir. Uzun süreli travmaya maruz kalan kişilerde, insan ilişkilerinden kaçınma, güçsüzlük hissi, terk edilme korkusu, aşırı çekingen veya isyankar davranışlar sıklıkla ortaya çıkmaktadır. Kendine zarar verici ve şiddete başvurma da sıklıkla görülebilmektedir (Bilgiç, 2011).

Bazen Kompleks Travma travmatik yas ile karışabilmektedir. Travmatik yasin iki bileşeni bulunmaktadır. Bunlardan ilki yakın kişiden ayrılma kaygısı, ikincisi ise TSS belirtilerinden dolayı bireyin yaşamına uyum sağlayamamasıdır (Arıcı, 2014).

2.2.2.3. Travma ve İlişkili Bozukluklar için Risk Faktörleri

Travmatik olaylar o kadar korkutucu görünür ki bu olayla karşılaşan kişilerin bir bozukluk geliştirebileceği düşünülebilir. Yapılan çalışmalar sonucunda travmatik olayla karşılaşan kişilerin herhangi bir bozukluk geliştirmeden yaşadıkları travmayı atlatabildikleri bulunmuştur. Bu sebeple kimlerin travmatik bir olay sonucu bir bozukluk geliştirebileceğini belirlemek amacıyla risk faktörlerini araştırmak önemlidir (Bilgiç, 2011). TSSB gelişiminde en önemli faktörün yaşanan olay olduğu düşünülmektedir. Kişinin bu olayı nasıl algıladığından doğan bireysel özellikler de çok önemlidir. Bu sebeple, bireysel, kültürel, ailesel, sosyal ve psikolojik faktörler kişilerin TSSB geliştirip geliştirmeyeceğinde etkilidir.

Kişinin olayla uzun bir süre karşı karşıya kalması, olayın ani olması, katastrofik olması, insan eliyle oluşturulması, ölüm tehdidi içermesi, fiziksel yaralanma olması, insanlık dışı olması, kişinin hayatta kaldığı için suçluluk hissetmesi, olaya çok kişinin maruz kalması bir bozukluk geliştirmesi açısından risk faktörleridir. Kişilik özellikleri de risk faktörlerindendir. Örneğin, içe dönüklük ve bağımlı kişilik özellikleri TSSB'ye

yatkınlığı arttırmaktadır. Önceden psikiyatrik bir tanı almış olmak, alkol-madde kullanımı, erken çocuklukta anne-babanın ayrılması, sosyal desteğin yetersiz olması da travma sonrası bir bozukluk oluşumunu arttırmaktadır (Bilgiç, 2011).

Yapılan bir meta analiz çalışmasında TSSB'nin ortaya çıkmasında 14 risk faktörü tespit edilmiştir. Tespit edilen bu faktörler 3 farklı kategoride toparlanmıştır. İlki travma öncesi risk faktörlerini içermektedir. Bunlar, kadın olmak, eğitim düzeyinin düşüklüğü, azınlık bir grupta yer alma, sosyoekonomik düzeyin düşüklüğü gibi etkenlerdir. Bir diğeri ise peritratmatik risk faktörleridir. Bu risk faktörünün içinde, çocukluk çağında istismar öyküsünün olması, daha önceden yaşanan bir travma, travmatik olayın şiddeti gibi faktörlerdir. Son risk faktörü grubu ise travma sonrası olarak adlandırılmıştır. Sosyal desteğin olmaması, travmatik olay dışında stres faktörlerin olması gibi etmenler bu grupta yer almaktadır (Bayram, 2022).

2.2.3. Travma Sonrası Büyüme

Travmatik olayların her zaman olumsuz olaylara yol açmadığı yapılan birçok çalışmayla kanıtlanmıştır. Kişiler yaşadıkları olay sonrasında kendileri ve başkaları hakkındaki düşüncelerinde ve ilişkilerinde olumlu değişimler de yaşamaktadır. Kişinin yaşadığı bu olumlu değişimler is literatürde travma sonrası büyüme olarak adlandırılmaktadır (Sönmez, 2022).

Travma sonrası büyüme kavramının literatüre girmesi 25 yıl öncesine dayanırken acı ve olumsuz yaşam olaylarından sonra olumlu değişimlerin yaşandığı çok daha eskilerden beri bilinmektedir. Budizm, Hristiyanlık, Hinduizm, İslam ve Yahudilik gibi dinlerde zor deneyimlerinden sonra olumlu değişimler yaşandığı sıklıkla belirtilmiştir (Tedeschi ve Calhoun, 1995). Bu kavramla ilgili birçok çalışma yapan Calhoun, Cann, Tedeschi ve McMillan (2000) bu kavramı *“büyük bir yaşam krizi ile mücadelede kaynaklanan önemli olumlu değişim deneyimi”* olarak tanımlamışlardır.

Birçok araştırmada travma sonrası büyüme, yaşanan zorluktan sonra ortaya çıkan olumlu bir deneyim yani sonuç olarak görülürken diğer araştırmalarda bir süreç olarak görülmektedir. Büyümeyi bir süreç olarak değerlendiren çalışmalarda travmadan sonra kişinin kendi benliğini yeniden inşa ettikleri, travmanın duygusal etkisini kabul ettikleri,

travmanın kendileri için ne anlam ifade ettiklerini bulmaya çalıştıkları bir zaman kastedilmektedir (Maitlis, 2020). Travma sonrası büyüme bir sonuç ya da bir süreç de olsa travma sonrası stresten ayrı olarak düşünülmemelidir.

Travma sonrası büyüme, travma sonrası stresin zıttı bir durum olarak görülse de durum öyle değildir. Büyümenin olabilmesi için stres önkoşuldur. Yani büyüme mücadeleyle birlikte gelmektedir. Bu sebeple travmatik bir olaydan sonra travma sonrası stres yerine travma sonrası büyüme gerçekleşmez. Stresin devamında büyüme gerçekleşir (Maitlis, 2020). Travma sonrası stresin karşılığı olarak görülen travma sonrası büyüme ile karıştırılan birkaç kavram daha bulunmaktadır. Dayanıklılık bu kavramlardan biridir. Dayanıklılık, genel olarak, stres verici bir yaşam olayından sonra istikrarlı ve sağlıklı işlevsellik düzeylerini sürdürme becerisi olarak tanımlanmaktadır. Bir başka kavram olan iyileşme ise, yaşanan stres verici yaşam olayından sonra kişinin önceki işlevselliğine dönmesi olarak açıklanmaktadır (Bonanno ve ark. 2011). Gelişmek veya gelişim gibi kavramlarda büyüme ile karıştırılabilir fakat bu kavramlar daha çok herhangi bir travmatik deneyim olmadan da kullanılan kişinin öğrenme duygusuyla beraber canlılığını ifade eden bir terimlerdir (Maitlis, 2020).

Travma sonrası büyüme, literatürde kayıp ve yas, HIV, kanser, trafik kazaları, istismar, savaş, göç ve doğal afetler gibi olumsuz yaşam olaylarından sonra yaşanan bir durum olarak ele alınmaktadır (Duman, 2019). Bu çalışmada da kanser deneyimi olan hastalara bakım verenlerde travma sonrası büyüme ele alınacaktır.

2.2.3.1. Travma Sonrası Büyüme ve Kanser

Kanser yaşamı tehdit eden bir hastalık olması sebebiyle kişide olumsuz sonuçları beraberinde getirmektedir. Hastalığın fiziksel belirtileri hastanın sosyal, aile yaşamında ve günlük aktivitelerde işlevselliğini bozmaktadır. Hastalığın tedavisiyle beraber tedavinin yan etkileri de yine işlevselliği olumsuz etkilemektedir. Kanser tanısından sonra kişide sadece bu olumsuz sonuçlar değil de yapılan araştırmalar da kanser gibi travmatik bir yaşam olayından sonra olumsuz sonuçların yanında olumlu değişikliklerin de görüldüğü bulunmuştur (Tanyl ve ark. 2020). Kanser tanısı alan birçok kişi kansere dair olumlu duygularını dile getirmektedir. Literatüre bakıldığında kanser tanısı da dahil

olmak üzere travma yaşamış bireylerin %58-%83'ü yaşadıkları sıkıntıdan sonra travma sonrası büyüme yaşadıkları bulunmuştur (Joseph ve Linley, 2008).

Kanser tanısına sahip kişilerde travma sonrası büyüme kavramını araştıran ilk kişiler Cordova ve arkadaşlarıdır. Bu araştırmacılar meme kanseri tanısı alan hastaların ameliyat sonrasında ve aldığı tedavilerde (kemoterapi, radyoterapi vb.) travma sonrası büyümeyi ve nelerle ilişkili olduğunu incelemişlerdir. Bu çalışmada kontrol grubuyla meme kanseri hastaları karşılaştırıldığında meme kanseri hastalarında kişiler arası ilişkilerinde, hayata bakışlarında ve maneviyatlarında travma sonrası büyümenin daha fazla görüldüğü bulunmuştur. (Andrykowski ve ark. 2000). Yine Cordova ve ark. yaptığı başka bir çalışmada meme kanserini atlatan 70 kadın ve aynı sosyodemografik özelliklere sahip 70 kadın depresyon, iyilik hali ve travma sonrası büyüme kavramları açısından karşılaştırılmışlardır. Araştırmanın sonuçlarına göre iki grup arasında depresyon ve iyilik hali açısından herhangi bir farklılık yokken meme kanseri hastalarında travma sonrası büyümenin daha yüksek bir düzeyde olduğu bulunmuştur (Cordova ve ark. 2001).

Kanser ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişki sadece meme kanseri hastalarıyla sınırlı olmayıp kanser tanısı alan erkek hastalarda da bu ilişkiye bakılmıştır. Örneğin, prostat kanseri tanısı alan erkekler ve eşleriyle yapılan bir çalışmada hastaların geçirdiği ameliyattan sonra hem hastaların hem de eşlerinin travma sonrası büyüme düzeylerinin aynı olduğu bulunmuştur (Thornton ve Perez, 2006). Bu çalışmadan ve yapılan başka çalışmalardan da anlayacağımız üzere alınan kanser tanısı sadece hastayı değil hastanın yakın çevresini de etkilemektedir. Meme kanseri hastaları ve eşleriyle yapılan bir çalışmada aldıkları tanıdan 1,5 yıl sonra hem hastalarda hem de eşlerinde travma sonrası büyüme gözlemlenmiştir (Manne, Ostroff ve Winkel, 2004).

2.2.3.2. Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Travma Sonrası Büyüme

Alınan kanser teşhisi sadece hastayı değil hastanın yakınında bulunan kişileri de hem psikolojik hem de fizyolojik açıdan etkilemektedir. Kişilerin yaşadığı bu sıkıntılar travma sonrası büyümeyi de beraberinde getirmektedir. Çünkü teşhisle birlikte sarsılmış olan aile hasta için elindeki imkanları gözden geçirmek ve bu durumla baş edebilmek

için yeni stratejiler bulmak zorundadır. Literatürde hasta ve hasta yakınlarının teşhisten sonra yaşadıkları depresyon ve anksiyete bozuklarıyla ilgili birçok çalışma yer almaktadır.

Öte yandan kanser hastalarının eşleriyle yapılan çalışmalarda eşlerin büyüme ve olumlu değişimler yaşadıkları da gözlemlenmektedir. Örneğin Thornton ve Perez (2006) tarafından yapılan bir çalışmada cerrahiden 1 yıl sonra 82 prostat kanseri hastası ve eşlerinin travma sonrası büyüme yaşadıkları belirtilmiştir. Yine Zwahlen ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları bir çalışmada eşler ve hastaların paralel olarak bir travma sonrası büyüme yaşadıkları bulunmuştur. Hatta Ye Liu ve ark. tarafından (2018) yapılan bir çalışmada kanser tanısından sonra ailelerde hastalardan daha çok TSB yaşandığı belirtilmiştir.

Kanser hastalığı ve bakım verenlerindeki travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiye bakılan çalışmalarda kişinin yaşadığı bu travmatik deneyim sonrası bir stres bozukluğu mu yoksa bir büyüme mi geliştireceğinin neye bağlı olduğu sıklıkla araştırılmıştır. Hastalık ve kişinin özellikleriyle ilgili birçok değişken bu iki durum arasındaki farkı ortaya koymaktadır.

2.2.3.3. Travma Sonrası Büyümeyi Etkileyen Faktörler

Yaşanılan travma sonrası travma sonrası büyümeyi sağlayan değişiklikler birçok araştırmanın konusu olmuştur. Yapılan çalışmalarda kişinin yaşadığı travma sonrası bu travmayı olumlu bir şekilde görmesine yardımcı olacak iki temel kişilik özelliğinden bahsedilmiştir: dışa dönüklük ve deneyime açıklık (Costa ve McCrae, 1992). Bu kişilik özelliğine sahip kişiler yaşanan olumsuzlukta bile olumlu duyguların farkına vararak travma sonrası büyümeye katkı sağlayacak bilgi işlem sürecini tamamlayarak şema değişikliğini üretebileceklerdir (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Park'ın 1998 yılında yapmış olduğu çalışmalarda nevrotik kişilik özelliğinin travma sonrası büyüme ile ilişkili bulunmaması şaşırtıcı olmuştur. Bu çalışmada, travma sonrası sadece olumlu ya da olumsuz değişiklikler bildiren kişilerle hem olumlu hem de olumsuz değişiklikler bildiren kişilerin daha fazla travma sonrası büyüme gösterdiği bulunmuştur.

Tedeschi ve Calhoun (1996)'un yaptıkları bir çalışmada iyimserlik ve travma sonrası büyüme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Böyle bir ilişkinin bulunması bu iki kavram arasındaki farkı da ortaya koymaktadır. İyimserlik, travma sonrası meydana gelen bilişsel işlem sürecinde önemli bir faktör olmaktadır. Çünkü iyimser kişiler, dikkatlerini kontrol edilemeyen veya çözülemeyene değil de kontrol edilebilene ve çözüm yollarına vermektedirler (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Kişiyi yaşadığı travma sonrası travma sonrası büyümeye götürecek önemli bir faktörün de yaşadığı bu sıkıntıyla nasıl baş edebileceğine dair çözüm yolları aramaya başlamasıdır. Travma sonrası verilecek yanıtın bilişsel işlemede otomatik olması daha olasıdır. Kişinin yaşadığı olayla ilgili rahatsız edici düşünceleri ve imajları, ruminasyonları olsa da kişinin yukarıda saydığımız kişilik özellikleriyle beraber bu düşüncelerle baş etmeye başlayıp yaşadığı deneyimde olumlu değişiklikleri de görebilmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004).

Yaş, medeni durum, sosyoekonomik durum ve eğitim durumu gibi sosyodemografik değişkenlerde travma sonrası büyüme ile ilişkili bulunmuştur. Genç yaştaki insanların daha fazla büyüme yaşadıkları söylenmektedir. Fakat yaş ve travma sonrası büyüme arasında yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar çıkmıştır. Roberts ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptıkları çalışmada TSB'nin 40'lı yaşların başında daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Yine aynı çalışmada evli veya bir partneri olan kadınların travma sonrası büyüme düzeylerinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Eğitim düzeyi daha düşük olan meme kanseri olan kadınların daha fazla büyüme yaşadıkları belirtilmiştir (Bellizzi ve Blank, 2006). Sosyoekonomik düzey ile TSB arasındaki ilişki içinde pozitif yönde bir ilişkinin var olduğu yapılan çalışmalarda bulunmuştur (Kim ve Oh, 2019). Travma sonrası büyüme için bir önemli değişken ise sosyal destektir. Sosyal desteğin olmayışı, sosyal baskı ve sosyal aktivitelerin azlığı da travma sonrası büyüme ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur (Thornton ve Perez, 2006).

Hastalıkla ilgili özellikler de travma sonrası büyümeyi etkilemektedir. Örneğin, yapılan bir çalışmada hastalığın şiddeti ile büyüme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastalığın bir bölgede veya yaygın şekilde olduğu hastaların travma sonrası büyüme açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada bölgesel kanseri olanların büyüme düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Kanat ve Özpolat, 2016).

Kişinin sahip olduğu özellikler yaşanan olumsuz deneyim sonrası hızlı bir şekilde büyümeye yol açmamaktadır. Bu süreç biraz zaman alabilmektedir. Olaydan aylar sonra bile kişiler hala inançsızlık duygusu yaşayabilmektedir. Travmanın yavaş yavaş kabul edilmesi kayıp ile ilgili olduğu için bir yas sürecini de birlikte getirmektedir. Yaşanılan bu yas da yine travma sonrası büyüme için önemli bir değişkendir. Kişi yasını yaşarken bilişsel sürecini de aktif şekilde tutmaktadır (Tedeschi ve Calhoun, 2004).

Yapılan çalışmalarda olay ile ilgili özellikler ve TSB arasında ilişki bulunmuştur. Örneğin, TSB ile travmatik olay sayısı arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Yaşanılan olayın türü de TSB gelişimini etkilemektedir. Örneğin, istismar ve işkence gibi kişisel travmalarda büyüme daha az iken doğal afetler gibi tüm toplumu etkileyen olaylarda büyüme daha fazladır. Yine Dürü (2006) yaptığı bir çalışmada doğal afet yaşayan kişilerin trafik kazası yaşayan kişilere göre daha yüksek TSB yaşadığı tespit edilmiştir. Kişiler yaşadıkları doğal afet gibi toplumsal travmalarda kendilerini yalnız hissetmedikleri ve suçluluk duygusuyla daha az baş ettikleri için TSB düzeyleri daha yüksektir. Ayrıca, olayın üstünden ne kadar çok zaman geçerse büyüme o kadar fazla olmaktadır. Olayın üstünden zaman geçtikçe tehdit algısı azalmakta ve daha çok baş etme becerisi geliştiğinden TSB düzeyi daha yüksek olmaktadır (Shigemoto ve Poyrazli, 2013).

2.2.3.4. Travma Sonrası Büyümenin Boyutları ve Açıklanan Modeller

Travma sonrası büyüme kavramı birçok araştırmacı tarafından alt modeller ile açıklanmıştır. Tedeschi ve Calhoun (2004) TSB kavramını Betimsel-İşlevsel Model ile açıklamışlardır. Bu model, büyümeyi travmatik olayın değil de sürecin sağladığını vurgulamaktadır. Araştırmacılar bu modeli bir metafor ile açıklamaya çalışmışlardır. Kişinin yaşadığı “sismik” bir olay temel şemalarını tehdit etmektedir. Travmatik olay sonrası kişinin inandıkları geçersiz sayılabilmektedir. Deprem benzeri olarak yıkılan bu inanç ve şemaların yeniden işlenmesi ve yapılandırılması gerekmektedir. Böylece kişi önceki sistemlerin işe yaramadığını görüp yeni baş etme yollarını kullanarak travma öncesini, sırasını ve sonrasını yeniden inşa etmesi sonucunda travma sonrası büyüme gerçekleşmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004).

Travma sonrası büyüme kavramını ortaya çıkaran araştırmacılar yaşanan travma sonrası büyümenin gerçekleştiği üç alandan bahsetmişlerdir: *kendilik algısı*, *insan ilişkilerinde değişim* ve *yaşam felsefesinde değişim* (Tedeschi ve Calhoun, 1995). Bazı kaynaklarda bu modele *yeni olasılıkları fark etme* ve *inanç sistemindeki değişimler* de eklenmiştir (Tedeschi ve Calhoun, 1996).

TSB'nin ilk boyutu olan kendilik algısındaki değişim aslında kişiler yaşadıkları travma sonrası kendilerini bir kurban olarak değil de bir hayatta kalan olarak görmeye başladıklarında başlar. Kişi, bu travma sonrası hayatta kalabiliyor ise bu kendisini güçlü olarak gördüğünün bir kanıtıdır (Tedeschi ve Calhoun, 1995). Travma sonrası hayatta kalmış kişiler kendilerini güçlü görmelerinin yanı sıra karşısına çıkabilecek başka olumsuz yaşam olaylarında da nasıl baş etme stratejileri kullanacağına dair düşünmeye başlamaktadır. Böylelikle bu kişiler başka bir olumsuz deneyimle karşılaştıklarında daha az etkilenecek önceki deneyiminden öğrendiği büyümeyle daha da gelişecektir. Kendilik algısındaki bir değişimde hayatın değerli olmasının yanında olumsuz yaşam olaylarını da barındırabileceğinin farkında olunmasıdır. Yani hayatta sadece olumlu yaşam olaylarının var olacağını düşünmek yanlış olacaktır (Tedeschi ve Calhoun, 1995).

TSB'nin ikinci boyutu ise kişilerarası ilişkilerde yaşanan değişimdir. Yaşanılan olay sonrası başka insanlarla olay hakkında konuşabilmek, kendini açabilmek ve duyguların ifade edilmesini sağlamak gibi alanlarda değişim söz konusudur. Kişi yaşadığı olay sonrası belki de hiç deneyimleyemediği bir şekilde başkaları tarafından destek alabilir veya onlara destek verebilir. Hatta yapılan çalışmalarda kişilerin travma sonrası başkalarına yaklaşma konusunda daha rahat hissettikleri ifade edilmiştir. Örneğin, Weiss (2004) tarafından yapılan bir çalışmada kanser tanısından sonra kişilerin eşleriyle olan ilişkilerinin güçlendiği bulunmuştur. Yine kişilerarasındaki bir diğer değişim ise ilişkilerde olan çabanın, empatinin ve bağlılığın artmış olmasıdır. Buna bağlı olarak olumsuz yaşam olaylarıyla karşılaşmış kişiler diğer insanlara karşı daha çok yardım eğiliminde olmaktadır (Haselden, 2014).

TSB'nin son boyutu olan yaşam felsefesinde yaşanan değişim ise kişinin yaşadığı olay sonrası hayatın tüm yönlerini görmeye başlamayı ifade eder. Daha önce farkında olmadıkları şeyleri fark edip bunun için teşekkür etmeye başlamaktadırlar. Küçük bir

şeyin bile onları mutlu edebileceğini anlamaya ve yaşamayı daha basite indirgemeye başlarlar. Yaşam felsefesindeki değişim manevi bir içeriği de sahip olabilmektedir. Travma yaşamış bireyler inançlarını kaybedip Tanrı'ya karşı şüpheyile yaklaşabilir veya inançlarında artış olup dine daha çok yaklaşabilmektedir (Haselden, 2014).

Yeni seçenekleri fark etme eskiden amaç edinilen şeylerden vazgeçip yeni amaçlar edinmek ve daha önceden fark edilmeyen seçeneklerin fark edilmesini içermektedir. İnanç sistemindeki değişimler ise manevi inanç sistemlerinin yeniden gözden geçirilmesini, değişimini ve daha da derinlemesine incelenmesini içermektedir (Tedeschi ve Calhoun, 1996).

Bir diğer model ise Schaefer ve Moss tarafından 1992 yılında açıklanmıştır. Bu modelin üzerinde durduğu nokta kişisel ve çevresel faktörlerdir. Bu iki faktörün olayla ilişkin faktörler birleşmesini vurgular. Travmatik olay sonrası baş etme becerilerini etkileyen kişiler arası ilişkiler, sosyal destek gibi çevresel faktörler ve sosyodemografik değişkenler, iyimser tutum, sağlık durumu, travma öyküsü gibi kişiler faktörler bulunmaktadır. Olayla ilgili faktörler ise olayın süresi, şiddeti, zamanı gibi faktörleri içermektedir. Bu faktörler TSB gelişimi için önemlidir. Bu modele göre son olarak kişinin baş etme becerilerinin travma sonrası büyüme için önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (Schaefer ve Moss, 1992).

2.2.3.5. Travma Sonrası Büyüme ile ilgili Araştırmalar

Travma sonrası büyüme son zamanlarda birçok araştırmanın konusu olmuştur. Hatta TSB ile ilgili çalışmaların daha çok kanser, koroner arter hastalığı gibi kronik hastalıklarda daha çok araştırıldığı görülmektedir (Akcan, 2018). Bunun yanı sıra deprem, kasırga gibi doğal afet yaşamış bireylerde de TSB araştırılmıştır. Örneğin, Katrina Kasırgası'ndan sonra 113 polis memuru ile yapılan bir çalışmada stres verici yaşam olaylarının TSB ile ilişkisi bulunmuştur. Bu ikisi arasındaki ilişkide minnettarlığın, yaşam memnuniyetinin ve sosyal desteğin önemli olduğu vurgulanmıştır (Leppma ve ark. 2018). Van depremini yaşamış 1059 öğrenciyle yapılan bir çalışmada ise TSB ve TSS arasında pozitif bir ilişki bulunurken TSB ile umutsuzluk arasında

negatif bir ilişki bulunmuştur. Fakat umutsuzluk ve TSS arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (Kardeş ve Tanhan, 2018). COVID-19 ile ilgili yapılan bir çalışmada ise varoluşsal kaygı ve yaşam doyumunun TSB ve TSSB arasındaki ilişki üzerindeki aracılığı araştırılmıştır. Bu çalışmada bu iki değişkenin TSB ve TSSB ilişkisi üzerinde aracılık ettiği bulunmuştur (Tomaszek ve Muchacka, 2020).

204 yetişkin katılımcıyla yapılan bir çalışmada öz-anlayış ve affetmenin travma sonrası büyüme üzerindeki yordayıcı rolü araştırılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre bu değişkenler arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Yani öz-anlayış ve affetme arttıkça katılımcıların travma sonrası büyüme düzeyleri de artmaktadır (Gökmen ve Deniz, 2020). 341 kadın mülteciyle yapılan bir çalışmada anksiyete ve dünyaya ilişkin varsayımların travma sonrası büyüme ile anlamlı bir ilişkisini olduğu belirtilmiştir (Yıldız, 2021). Travmatik yaşantıya sahip 246 katılımcıyla yapılan bir çalışmanın sonuçları ise bilgece farkındalığın TSB ve TSSB için düzenleyici rolü bulunmuştur. Bu çalışmada yaşanan travmatik deneyiminde alınan puanlarda değişkenlik göstermesine neden olduğu bulunmuştur (Haspolat, 2019). TSB'nin iyimserlik ve problem çözme becerisi ile arasında olan ilişkiye bakılan bir çalışmaya en az bir tane travma yaşamış öğrenciler katılmıştır. Çalışmada bu değişkenler arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmiştir ve ayrıca çalışmada bu doğrultuda yapılacak psiko-eğitimlerin travma yaşamış bireyler için önemli olabileceği vurgulanmıştır (Karaman ve Tarım, 2018).

Meme kanseri ve yakınlarıyla yapılan bir çalışmada genç yaş, tanının genç yaşta alınması ve çalışma durumunun travma sonrası büyüme ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Katılımcılarda olan stigmanın depresif ve anksiyete belirtilerini arttırırken travma sonrası büyümenin de bazı alt alanlarını olumsuz etkilediği söylenmiştir. Hasta ve hasta yakınlarının travma sonrası büyümenin bazı alt alanlarında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Yine bu çalışmada TSB için sosyal desteğin ve beden imge algısının önemi vurgulanmıştır (Çamlı, 2019). Kanser tanısı olan 120 kişiyle yapılan bir çalışmada hastalık sürecinde sosyal desteğin önemi araştırılmıştır ve sosyal destek düzeyi arttıkça travma sonrası gelişim düzeyinin de arttığı bulunmuştur (Şimşek, 2018). Çocukluk çağı kanser tedavisi görmüş ergenlerde hastalığın nüks edeceğine inananlar ve kabul edici bir bakış açısına sahip olanların TSB düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Turner-sack, Menna ve Setchell, 2012).

2.3. ÖZ-ŞEFKAT

Öz-şefkat, algılanan başarısızlık, yetersizlik veya kişisel acı durumlarında kendimizle nasıl ilişki kurduğumuzu ifade eder. Neff 2003 yılında bu kavramdan ilk kez bahsederken Budist felsefesinden yararlanmıştır. Burada şefkat kavramsallaştırılırken başkaları için olan şefkatten bahsediliyordu. Budist bakış açısına göre, şefkatin çok yönlü olduğu belirtilmiş ve kişinin kendisi kadar başkalarını da içerdiği anlatılmaktadır (Neff, 2022). Ülkemizde yapılan çalışmalarda öz-şefkat (self-compassion), öz anlayış ve öz duyarlık gibi kavramlarla benzer olarak kullanılmıştır (Özyeşil, 2011). TDK ise öz-şefkati kişinin kendisine merhamet etmesi olarak açıklamıştır.

Öz-şefkati anlamaya çalışırken genel olarak şefkat deneyiminde neler olduğuna bakmak gerekmektedir. Goetz ve ark. (2010) tarafından şefkat *“bir başkasının acısına tanık olurken ortaya çıkan ve daha sonra yardım etme arzusunu harekete geçiren bir duygu”* olarak tanımlanmıştır. Bu duygu soğuk ve yargılayıcı olmaktansa çok sıcak ve şefkatlidir ve kişiye zarar vermekten çok yardım etmeyi artırır. Şefkati deneyimleyebilmek için ne kadar rahatsız edici olursa olsun acıya yönelmek gerekmektedir. Bizi rahatsız eden bu durumdan kaçınmak veya ona direnmek yerine bu durumla birlikte var olabilmemiz için anda ve dikkatimizin o durumda olması gerekmektedir. Ayrıca şefkatten bahsederken diğerlerinden izole olma gibi değil de acı çeken diğer insanlarla bağlantı kurma duygusundan da bahsetmek gerekmektedir. Buna bağlı olarak şefkat, acımak ya da üzülme duygusundan ayrı bir kavramdır (Neff, 2022). Çünkü kişi kendine acıdığı anda yaşadığı olumsuz deneyime kendini kaptırır ve bu deneyimi sadece kendisinin yaşadığını ve kurtulamayacağını düşünür. Bu duruma öz-şefkat ile yaklaşan kişi ise bu durumu yaşayan başka kişilerin olduğu farkındalığına sahiptir (Altun, 2021).

Öz-şefkat, kendi acımızla birlikte olmayı, aynı zamanda acı çeken başka insanlarla da bağlantıda olmayı ve bu zor anlarımızda kendimizi anlamayı ve desteklemeyi içermektedir. Öz-şefkat çeşitli biçimler alabilmektedir. Örneğin, öz-şefkat kendini kabul etmeye veya rahatsız edici duyguları yatıştırmaya yönelik olduğunda besleyici olurken kendimizi korumayı, önemli ihtiyaçlarımızı karşılamayı veya değişimi motive etmeyi amaçladığında şiddetli, güçlü ve aracı bir biçim alabilmektedir (Neff, 2022).

Öz-şefkate sahip kişilerin kendilerini kabul etme düzeylerinin yüksek ve içgörü mekanizmalarının gelişmiş olduğu belirtilmiştir. Bu kişiler için hayat sadece olumlu duyguları değil olumsuz duyguları da barındıran bir süreçtir. Yine öz-şefkat düzeyi yüksek olan kişiler kendilerine acı veren bu duyguları bastırmak veya inkar etmek yerine bu duyguların geçici olduğunu ve başa çıkabileceği durumlar olarak görürler.

2.3.1. Öz-Şefkat Düzeyini Etkileyen Faktörler

Öz-şefkat gelişimini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerin başında kişinin içinde bulunduğu çevre, erken dönem yaşantıları ve yetiştirilme tarzı gelmektedir. Kişinin çocukken ebeveynleriyle sıcak ve destekleyici bağlar kurması, ebeveynlerini anlayışlı ve şefkatli olarak gören çocuklar yetişkinlik döneminde yüksek öz-şefkat düzeyine sahip olmaktadır. Bunun tersi olarak soğuk ve eleştirel ebeveynlere sahip olanlar ve erken çocuklukta psikolojik veya cinsel istismara uğrayanlar kendilerine daha az şefkat göstermektedirler (Neff, 2003). Bağlanma stillerinin de öz-şefkat düzeyini etkilediğine dair yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmada kaygılı bağlanma stili öz-şefkat ile negatif ilişkili iken sosyal desteği fazla olanların öz-şefkat düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Bayar ve Tuzgöl Dost, 2018).

Demografik bilgiler de öz-şefkat düzeyine etki etmektedir. Kadınların erkeklere göre daha az öz-şefkat düzeyleri olduğu bulunmuştur. Buna ek olarak kadınların öz-eleştiri düzeyleri de daha yüksektir (Yarnell ve ark, 2005). Ergenlik döneminde olanların öz-şefkat düzeyleri daha düşüktür. Çünkü bu dönemde kişiler kendilerini başkalarıyla kıyaslama halinde ve sürekli kendilerini eleştirme durumunda olmaktadır (Neff, 2003).

Öz-şefkatin ruh sağlığı ile ilgili olarak önemli bir kavram olduğu düşünülmektedir (Neff ve ark., 2007). Öz-şefkat kişinin kendisine karşı destekleyici bir tutum göstermesinden dolayı daha az psikolojik sıkıntı ile ilişkiliyken daha fazla olarak psikolojik iyi oluşla ilişkilidir. Yapılan birçok çalışmada öz-şefkatin anksiyete, depresyon, ruminasyon, stres belirtileri ve yeme bozukluğu gibi bozukluklarla negatif

ilişkili bulunurken öz-şefkat düzeyi arttıkça da bu bozuklukların semptomlarının azaldığı bildirilmiştir (Gedik Yeşilyurt, 2022).

2.3.2. Öz-Şefkat ile ilgili Kavramlar

Öz-şefkat ile ilgili kavramlara bakıldığında karşımıza ilk olarak bilinçli farkındalık çıkmaktadır. Kişinin kendine şefkat göstermeden önce öncelikle yaşadığı acıyı fark etmesi gerekmektedir. Kişi yaşadığı olumsuzlukları belirgin bir şekilde ifade etse de bu acının kaynağının kendi iç dünyasından kaynaklandığını fark etmez. Bazı kişiler ise yaşadığı olumsuz olaylardan hemen sonra çözüm aramaya başlarken ne kadar zorlandıklarının farkında olmazlar. İşte tam bu noktada bilinçli farkındalık devreye girmektedir. Bu kavram kişideki kaçınma davranışı azaltır ve olumsuz yaşam olaylarında bile gerçeği rahatlıkla görmemize yardımcı olmaktadır (Neff ve Trich, 2013).

Yine öz-şefkatle ilişkili başka kavramlar da bulunmaktadır. Anlayış öz-şefkatle yakından ilişkili bir kavramdır. Bu kavramla kişinin hem başkalarının acılarına duyarlı olmayı, üzüntülerinin farkında olmayı hem de bu acı ve olumsuz yaşam olaylarından uzaklaşmamayı ve kendini çekmemeyi ifade etmektedir. Öz-şefkat kişinin kendisine karşı iyi niyeti olarak da görülebilir. Özetle, öz-şefkat hem kendine hem de başkalarına karşı anlayış ve sevecenlikle ilişkilidir (Solak Şimşek, 2019).

2.3.3. Öz-Şefkat ve Kanser

Onkoloji hastası olmayan kişilerle yapılan çalışmalarda öz-şefkatin psikolojik iyi oluş ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bir kişi kanser tanısı aldığı anda hızlı bir şekilde birçok değişikliğe maruz kalır. Öz-şefkat düzeyi yüksek olanlar ise bu değişikliğe maruz kaldıklarında daha hızlı bir şekilde başa çıkabilirler. Vücut imajındaki değişiklik, kayıplar ve fiziksel değişiklikler kadının öz-şefkat düzeyiyle ilgili olarak kabul edilmeye ve baş etmeye başlanmaktadır. Ayrıca bu süreçte psikolojik sıkıntı, özellikle depresyon ve anksiyete yaşayan bireyler öz-eleştiri ve kendini suçlamaya eğilimleri

daha fazladır. Fakat öz-şefkat düzeyi yüksek olan bireylerde bu durum daha az görülmektedir (Zhu ve ark. 2019).

Yapılan başka çalışmalarda meme kanserli hastalarında öz-şefkatin endişe, ruminasyon ve psikolojik sıkıntı ile negatif ilişkisi bulunurken umut, psikolojik uyum ve yaşam kalitesi ile pozitif ilişkisi olduğu bulunmuştur (Abdollahi, Taheri ve Allen, 2020). Farkındalık becerilerinin koruyucu yeteneği ve öz-şefkatten etkilenebilecek iki önemli sonuç, psikolojik sıkıntı ve kanserle ilgili iletişimidir. İnsanlar kanser gibi bir teşhis aldıklarında geçmiş hakkında uzun uzun düşünüp ve gelecek hakkında da endişelenerek otomatik tepkiler verebilirler. Bu süreci yaşayan kişilerin yargılayıcı olmayan ve kabul edici bir tutuma sahip olmaları yaşadığı bu üzücü duygularına dikkat vermeyi, bu duygulara dalmadan onları kabul etmeye ve onlara izin vermeye yardımcı olabilmektedir. Düşünce ve duygulara doğrudan tepki vermemek, onlara açık ve kabul edici bir farkındalıkla yaklaşmak stres verici yaşam olayıyla başa çıkmayı kolaylaştırabilir ve kişinin kendine dönmesine yardımcı olabilir. Yapılan çalışmalarda da kanser hastalarındaki farkındalık becerilerinin artışı stres semptomlarındaki azalmayla ilişkili bulunmuştur. Özetle, bir kanser teşhisinin neden olabileceği acıya karşı şefkatli olabilmek kendini suçlama ve yargılamadan kaynaklanan sıkıntıyı azaltmaktadır (Schellekens ve ark. 2017).

2.3.4. Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Öz-Şefkat

Travmatik deneyimlerle karşılaşan kişilerde öz-şefkatin koruyucu bir unsur olduğu birçok çalışmayla kanıtlanmıştır. Örneğin, kanser hastalarının bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada bakım verme yükü depresyon ile pozitif yönde ilişkili bulunurken öz-şefkatin depresyon üzerindeki olumsuz etkiyi azalttığı belirtilmiştir (Xu, Zhang ve Mang, 2020). Akciğer kanseri tanısı olan hastalar ve onların eşleriyle yapılan bir başka çalışmada da öz-şefkatin hem hastalar hem de bakım veren eşleri için psikolojik sıkıntıları ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur (Schellekens ve ark. 2017).

Kanser hastalarının bakım verenleriyle yapılan bir başka çalışmada katılımcılar dört aşamalı bir süreçten geçmişlerdir. İlk değerlendirme, ikinci ay, beşinci ay ve sekizinci ayda olmak üzere katılımcılarla dört kez görüşülmüştür. 123 kişinin katıldığı bu çalışmada daha yüksek öz-şefkat düzeyine sahip katılımcıların daha fazla farkındalığa

sahip olma eğiliminde oldukları belirtilmiştir. Farkındalığı daha yüksek olanlar bakım verme stresini daha az seviyelerde gösterirler ve bu da daha az depresif semptomlarla ilişkili olmaktadır (Hsieh ve ark. 2021).

2.3.5. Öz-Şefkatin Alt Boyutları

Öz-şefkat, üç bileşenden oluşan bir kavramdır. Her bir bileşen olumsuz ve olumlu olarak bir bileşen barındırmaktadır. Birinci bileşen *öz-sevecenliğe (self-kindness)* karşı *öz yargılamadır (self-judgment)*. Öz-sevecenliğe karşı öz-yargılama, stres verici yaşam olaylarına, çekilen acılara verilen yanıtla ilgilidir. Bu bileşen kişinin yaşadığı bu acı verici duruma karşı tutumunun öz-sevecenlikle öz-yargılama arasında olduğunu belirtir. Öz-sevecenlik, kişinin acı verici yaşam olayları, başarısızlık ve yetersizlik durumlarında kendine karşı kibar, sevecen, sıcakkanlı ve anlayışlı bir yaklaşımda olmasını, neye ihtiyacı olduğunu belirleyip kendine verebilmesini ifade etmektedir. Bunun karşılığında öz-yargılama ise bu gibi stres verici yaşam olaylarında kişinin kendisine karşı suçlayıcı, yargılayıcı ve kendini cezalandırıp yormasını ifade eder (Neff, 2003).

İkinci bileşen *ortak paylaşımların bilincinde olmaya (common humanity)* karşı *izolasyondur (isolation)*. Bu bileşende yaşanan acı insan olmanın bir parçası olarak görülmektedir. Yaşanılan acı için bilişsel anlamlandırma başlamaktadır. Yaşanılan bu acının sadece kendi başına geldiği değil de pek çok kişi tarafından da deneyimlendiğini görmektir. Kişi, “yaşadığım bu olay insan olmamın bir parçası ve insanlar zaman zaman zorlu yaşantılarla da karşılaşabilir” gibi bir tutum içine girmektedir. Bunun tersi olan izolasyon da ise kişi yaşadığı bu olayın sadece kendi başına geldiğine inanır. Dünyada sadece kendisinin yetersiz, başarısız ve acı verici bir yaşamı olduğunu hisseder (Neff, 2003).

Üçüncü ve sonucu bileşen ise *farkındalığa (mindfulness)* karşı *aşırı özdeşleşmedir (over identification)*. Bu bileşen kişinin acılarını, yetersizliklerini ve başarısızlıklarının farkına varması ve ortaya çıkan olumsuz duyguları ise kendisini yargılamadan yaşamasını ifade etmektedir. Farkındalık kişinin hissettiği duygulara herhangi bir etiket takmadan onları yaşamasına izin vermesini, yaşadığı anda kalmasını, dikkatini o ana

vermesini ve dengede kalabilmesini ifade etmektedir. Bunun karşılığı olan aşırı özdeşleşme de ise kişinin kendisini duygularıyla tanımlamasını, yaşadığı durumla ilgili aşırı bir özdeşim kurmasını ve yaşadığı bu olayın gelip geçici bir süreç olarak değil de sürekli olacağını düşünmesini anlatmaktadır (Neff, 2003).

Özetle, öz-şefkatin üç boyutu bulunurken bu boyutları olumlu ve olumsuz olmak üzere bir bütün olarak ele alırsak altı boyuttan bahsedebiliriz. Olumludan kasıt öz-sevecenlik, ortak paylaşımların bilincinde olma ve farkındalık öz-şefkatli bir tutumu anlatırken öz-yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme de öz-eleştirel bir tutumu ifade etmektedir (Yıldırım ve Tuğba, 2018).

2.3.6. Öz-Şefkat ve Temel İnançlar

Öz-şefkatin gelişimiyle ilgili bir başka düşünce ise erken dönem çocukluk yaşantılarının ve bu dönemde karşılaşılan zorlu yaşantılarda bakım verenin çocuğa verdiği tepkilerle başladığına dair fikirler vardır. Kişinin temel inançları da bu erken çocukluk dönemlerine dayanmaktadır. Çocukluk döneminde temeli atılan bu inanışlar yetişkinlikte çarpıtılmış düşüncelere yol açmaktadır. “*Sorun aslında benim, bunlar benim hatam, bunlarla baş edemiyorum.*” gibi otomatik düşünceler acı verici duygulara yol açabilmektedir. Böylece, bilişsel kuramlar kişilerin bu düşünceleri nasıl ortaya çıkardığıyla ve bu düşünceleriyle nasıl baş edebilecekleri konusunda yardımcı olabilmektedir. Kişi, bu çarpıttığı düşünceleri düzelterek ve yaşadığı psikolojik çöküntünün yok edilmesiyle gerçeğe daha uygun bir bilişsel yapı oluşturur. Öz-şefkate bu bilişsel yapının yeniden oluşturulmasında tampon görevi görmekte ve bu inançların düzeltilmesini desteklemektedir (Uyanık ve Çevik, 2020).

Temel inançlardan bahsederken bilişsel davranışçı kurama yer vermenin önemi büyüktür. Kişi, yaşadığı zorluklarda kendisine karşı sert ve acımasız bir şekilde yaklaşmasına sebep olan yanlış yorumlamanın ve anlamlandırmanın yerine gerçek ve daha işlevsel olanları bulması önemlidir. Kişinin kendisini zorlayan bu işlevsel olmayan duygu ve davranışları değiştirebilmesinde öncelikle düşüncelerini ve inançlarını değiştirmesi gerektiğine inanılır. Yani kişinin kendisine yönelik eleştirel düşüncelerin yerine daha gerçekçi ve öz-şefkatli düşüncelere sahip olması bireylerin yaşadığı zorlu yaşam olaylarında da hissedebileceği duyguların ve bu olaylara vereceği tepkiler için

kendilerini suçlama ihtimalleri azalacaktır. Kısaca, kişinin temel inançları ve düşünceleriyle ilgili olumlu yönde yapacağı değişiklikler öz-şefkat düzeyinin artabileceğini yardımcı olacaktır (Uyanık ve Çevik, 2020).

2.3.7. Öz-Şefkat ve Travma Sonrası Büyüme ile İlgili Araştırmalar

Öz-şefkatin travma sonrası büyümeyi kolaylaştırdığını belirten birçok çalışma bulunmaktadır. Öz-şefkat düzeyi yüksek olan bireyler yaşadıkları olumsuz yaşam olaylarını daha az korkunç bir şekilde yorumlama eğilimindedirler ve bu olaylarla karşılaştıklarında duygularını daha iyi düzenleyebilmektedirler. Öz-şefkat ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi belirten çalışmalar günümüzde yeni yeni çoğalsa da öz-şefkatin travmaya uyum konusunda koruyucu bir faktör olduğu söylenmektedir (Wong ve Yeung, 2017).

Savaş gazileri ve diğer travma türlerini (istismar, cinsel saldırı ve doğal afetler vb.) yaşamış bireylerle yapılan bir çalışmada öz-şefkat düzeyinin fazlalığı daha az travma sonrası stres belirtileri ile ilişkili bulunmuştur (Dahm ve ark. 2015). 35-80 yaş aralığında çocuğunu kaybetmiş 80 ebeveyn ile yapılan bir çalışmada yaşanan travmanın maneviyata yol açtığını ve bu maneviyatında öz-şefkate yol açacağı belirtilmiştir. Bunun sonucunda da travma sonrası büyüme gerçekleşeceği bulunmuştur (Khursheed ve Shahnawaz, 2020). Çocukluklarında istismar deneyimi olan 190 İranlı kişiyle yapılan bir çalışmada stres toleransı, öz-şefkat ve travma sonrası büyüme arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (Basharpoor, Mowlaie ve Sarafrazi, 2021). 26-53 yaş aralığında otizm spektrum bozukluğuna bakım veren 121 kişiyle yapılan bir çalışmada ise travma sonrası büyüme öz-şefkat yoluyla psikolojik sıkıntı ile dolaylı olarak ilişkili bulunmuştur ve öz-şefkatin olumlu bileşenleri travma sonrası büyüme ile ilişkiliyken olumsuz bileşenleri ise psikolojik sıkıntı ile ilişkili bulunmuştur (Chan ve ark. 2020).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise katılımcılar ölüme bağlı kayıp yaşantısı olan kişiler arasından seçilmiştir. 475 kişiyle yapılan bu çalışmada temel inançların sarsılması ve travma sonrası büyüme arasında ilişki bulunmuştur. Ayrıca temel

inançların sarsılması ve ruminasyonlarla olan ilişkide ise öz-şefkatin düzenleyici bir rolü olduğu belirtilmiştir (Gün, 2021). Çolakoğlu (2013) kalp krizi geçmişi olan bireylerle yaptığı bir çalışmada öz-şefkat ve TSB arasında pozitif bir ilişki bulmuştur. Öz-şefkatin alt boyutu olan öz-sevecenlik ile TSB'nin tüm alt boyutlarında bir ilişki bulunmaktadır.

2.4. TEMEL İNANÇLAR

Çoğunlukla insanlar başlarına kötü bir yaşam olayının geleceğini düşünmezler ve bu tarz stres verici yaşam olaylarıyla karşılaştıklarında bunu kabul etmeleri ve bu olayla yüzleşmeleri zorlaşmaktadır. Erken çocukluktan itibaren kişinin zihninde dünyanın güvenilir olduğuna dair olumlu inançlar yer almaktadır. Başkalarının travmatik yaşantılarına şahit olsa da kendi başına gelmediği için “ben güvendeyim”, “bana bir şey olmaz” vb. cümleler kişinin zihninde dolaşmaktadır (Sebuktekin, 2018). Kendisi bir travmatik olayla karşılaştığında dünyaya bakış açısı değişir ve güven duygusu zedelenir. Yaşadığı bu durumla baş etmeye çalışır. Çünkü kişinin dünyaya karşı sahip olduğu inançla yaşadığı bu travmatik olayın yarattığı gerçeklik birbirine zıt durumlardır. Travmatik deneyimi yaşayan bu kişi hem yaşadığı olayı hem de dünyayı sorgulamaya başlayarak bir bilişsel yeniden yapılandırma ile dünyaya ilişkin inançlarını yeniden oluşturmaya başlamaktadır (Janoff-Bulman, 2004).

Kişi, bu bilişsel yeniden yapılandırmayı yaparken mevcut bilişsel şemalarıyla ilerler. Bu şemalar ise kişinin geçmişinde edindiği tecrübeleri, inançları, varsayımları ve geleceği için beklentilerinden oluşmaktadır. Travmatik bir olayla karşılaşan birinin güvende olma şeması sarsılır ve bu sarsılmanın sonlanması için anlamlandırılana kadar işlenmesi gerekir ve kişinin sahip olduğu şemaların yeniden düzenlenmesi de gerekmektedir (Sebuktekin, 2018).

Temel inançlar konusunda çalışmaları olan Janoff-Bulman yaşanan travmatik olaylardan sonra değişimin yaşanabilmesi için sahip olduğumuz temel inançların içeriğinin farkında olmamız gerektiğini söylemektedir. Bunun yanında yaşanan travma sonrası da kişinin kırılganlığını da kabul etmesi gerekmektedir. Hem geçmişte

yaşadığımız olaylardan çıkardığımız sonuçlar hem de şuan yaşadıklarımızdan öğrendiklerimiz bu gibi benzer durumlarla karşılaştığımızda bazı çıkarımlar yapmamıza sebep olur (Sebuktekin, 2018). Bu çıkarımlar olumlu veya olumsuz inançları içerebilmektedir. Temel inançlardaki bu sarsılmalar kulağa olumsuz bir süreç gibi gelse de işin özünde öyle değildir. Çünkü yapılan çalışmalarda kişinin travmatik olay sonrası yıkılan ve sarsılan inançlarını yeniden inşa etmek için gösterdiği çaba onun olumlu değişimleri yaşamasını sağlamaktadır (Haselden, 2014).

2.4.1. Temel İnançlar ve Kanser

Kanser tanısı kişide olumsuz fiziksel sonuçlar yaratırken bilişsel anlamda da sonuçları olabilmektedir. Hastalar bu süreçte olumsuz duygu ve düşüncelere odaklanır ve hastalık ile ilgili esnek düşünmemeye başlarlar. Sıklıkla bu süreçte kendilerini tehlikede görürler, sürekli bir endişe halinde olurlar ve kontrolü kaybedeceklerine dair inançları vardır (İnci ve ark., 2020). Kanserin türlerine ve evrelerine göre kişinin yaşantısı, hayata yüklediği anlam ve inançları sarsılmaktadır. Örneğin meme ve jinekolojik kanser gibi türler direkt olarak kadınlık algısına dair bir tehdit oluşturmaktadır. Memenin, rahmin veya yumurtalığın hastalık dolayısıyla kaybı kadında kadınlığını ve cinselliğini kaybettiğine dair çarpıtılmış bir inanca yol açmaktadır (Black ve ark., 2020).

Temel inançlarında esnekliği olmayan kişiler travmatik yaşantılarla karşılaştıklarında olumsuz değerlendirmeler yaparak sahip oldukları temel inançlarla bunları bağdaştırırlar. Kişinin kaybettiği meme ve buna yüklediği anlam çocukluğundan gelen sevilme veya değersizlik temel inancıyla ilişkilendirilebilir. Memesini kaybeden kadın artık erkekler tarafından sevilmeyeceğini ve beğenilmeyeceğini düşünür ve temel inançlarıyla bu çarpıtılmış düşünceleri desteklenir. Temel inançlarında daha esnek olan kişiler ise kanser gibi olumsuz yaşam olaylarını daha az olumsuzlukla atlatırken esnek olmayan kişiler ise birçok psikiyatrik bozukluk yaşayabilmektedir (Sarıoğlu, 2022).

Temel inançlar derken bu inançların değişmeyeceği akla gelmemelidir. Bazen kişinin yaşadığı travmatik olaylar kişinin inançlarını sorgulamasına yol açmaktadır. Bunu

sorgularken de önemli olan kişinin sahip olduğu bu inançların farkına varabilmesidir. Bu farkındalığı kazanarak inançlarında esnekliğe sahip olur ve temel inançlarını yeniden şekillendirmeye başlar. Son olarak da yaşadığı bu acı verici deneyimi yeniden anlamlandırmaya başlayabilmektedir (Sarioğlu, 2022).

2.4.2. Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Temel İnançlar

Kişinin olayları algılaması, yorumlaması ve bilişsel süreçleri kişinin yaşadığı süreci etkileyeceği için kanser gibi kronik hastaların ve bakım verenlerinin inanç sistemlerine bakmak önemlidir. Bu konuyla ilgili literatüre bakıldığında yeterli çalışma bulunmamakla birlikte, yapılmış olan çalışmalarda bilişlerin kanser sürecinin yönetimini etkilediği belirtilmiştir. Bakım verme sürecine bakıldığında ise hastanın yaşadığı durumu ve duygularını anlamlandırabilmek için inanç sisteminin daha güçlü olması gerektiği düşünülmektedir. Bilişlerdeki daha düşük bir seviye bakım veren ile hasta arasında daha az paylaşıma sebep olabilmektedir (Erkan, 2019).

Yüksek düzeydeki bilişler bakım verme süreciyle ilgili olumlu deneyimlerle ilişkilendirilirken tersi bir durum da ise olumsuz deneyimlerle karşılaşıldığı belirtilmiştir. Buna bağlı olarak inançların ve bilişlerin, hem kanserli hasta hem de bakım verenlerin sürece yüklediği anlamı, hastalığa uyumu ve sürecin yönetimini etkileyebileceği bilinmektedir (Erkan, 2019).

2.4.3. Temel İnançların Alt Boyutları

Erken çocukluktan itibaren dünyanın güvenilir olduğuna dair varsayımlar kişinin dünyaya bakışının temelini oluşturmaktadır. Bu sebeple kişi herhangi bir travmatik yaşantıyla karşılaşacağını düşünmez. Çünkü dünya güvenli bir yer ve acı verici yaşam olaylarına yer yok gibi bir algı vardır. Hayatın sadece olumlu yaşam olaylarını barındıran bir yer olmadığını gören kişi sahip olduğu temel inançlarda sarsılmalar yaşamaktadır. Bu sarsılmanın şiddeti kişinin kendini yaşadığı olayda nasıl konumlandığına bağlı olarak değişmektedir (Sebuktekin, 2018).

Çoğunlukla bu temel inançlardaki varsayımların üç temel gruba ayrıldığı söylenmektedir: *dünyanın iyiliği*, *dünyanın anlamlılığı* ve *kendilik değeri*. İlk grup olan dünyanın iyiliği varsayımında kişinin dünyayı ne ölçüde pozitif veya negatif gördüğü ile ilgilidir. Dünyadaki iyi ve kötü yaşam olayları karşılaştırıldığında hangisi daha çok yaşanmaktadır? Bu yaşam olayları çok sık görülür mü? Yani, bu varsayım olumlu ve olumsuz yaşam olaylarının ne oranda gerçekleştiğini içermektedir ve iki boyuttan oluşmaktadır: *kişisel dünyanın iyiliği* ve *diğer insanların iyiliği*. Kişi kendi dünyasının iyi olduğuna inandığı takdirde dünyanın da iyi bir yer olduğunu düşünüp olumsuz yaşam olaylarını yaşayacağı ihtimalinin düşük olduğuna inanır. Kişi diğer insanların iyiliğine inandığı zaman da insanların iyi, kibar ve yardımsever olduğuna inanır (Sebuktekin, 2018).

İkinci grup olan dünyanın anlamlılığı varsayımında ise olayların meydana geliş nedeniyle ilgili değil de özellikle neden bazı insanların başına bu olayların geldiğine dair inançları içermektedir. İyi olaylar hangi tarz insanların başına geliyorken kötü olaylar hangi tarzdaki insanların başına gelmektedir, başa gelen bu olaylar neye göre belirlenir? Bu soruların cevabı bulunurken ise *adalet* kavramı kullanılır. Yani insanlar neyi hak ediyorlarsa o olayları yaşamaktadırlar. Bir diğer kavram ise *kontrol edilebilirliktir*. Yani insanlar yaşadıkları olayları kendi davranışları ile kontrol etme şansına sahiptirler. Son kavram ise *şanstır*. Bu kavramla ise de yaşanan olayın neden o insanın başına geldiğine dair herhangi bir açıklama yoktur. Bu sebeple de kişi başına gelebilecek olayı engelleme şansına sahip değildir. Bu kavramlar birbirinden farklı olarak görünse de her birinin açıkladığı yaşam olayı bulunmaktadır (Sebuktekin, 2018).

Son varsayım ise kendilik değeri varsayımdır. Bu varsayımda kişiler kendilerini çoğunlukla iyi kişiler olarak görmektedirler. Kendilik değeri kişinin kendisini değerlendiriş biçimine göre şekil almaktadır. Çoğunlukla insanlar kendilerine olumlu değerlendirmeler yapma eğilimindedirler (Sebuktekin, 2018).

2.4.4. Temel İnançlar ve Travma Sonrası Büyüme ile İlgili Araştırmalar

Travmatik bir yaşantı sonra TSB'nin ortaya çıkması birden olmamaktadır. Kişi yaşadığı travma sonrası temel inançlarında sarsılma yaşadığı için bir psikolojik mücadele içerisinde. Yaşadığı bu mücadele sonrası TSB'nin ortaya çıktığı yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. Japonya depremini yaşamış 314 Japon lisans öğrencisiyle yapılan bir çalışmada temel inançlar ile TSB arasında bir ilişki bulunmuştur (Taku ve ark., 2015). Son 2 yıl içerisinde stresli bir olay yaşadığını bildiren psikoloji derslerine katılan üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada da temel inançlardaki sarsılmanın TSB'nin ana yordayıcısı olduğu bulunmuştur (Lindstrom ve ark., 2013).

Son dönemlerde COVID-19 ile ilgili yapılan bir çalışmada 1951 katılımcıya ulaşılmıştır. Bu çalışmada olumlu ve olumsuz temel inançların TSB ve TSS ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Dünyanın iyiliği, geleceğe açıklık ve insanlıkla özdeşleşme gibi olumlu temel inançlar TSB ile ilişkilendirilirken şüphecilik, belirsizliğe tahammülsüzlük ve ölüm kaygısı gibi inançlar ise TSS ile ilişkilendirilmiştir (Vazquez ve ark., 2021). Düşük veya ölü doğum yapan kadınlarla yapılan bir çalışmada da temel inançlardaki sarsılmanın ve ruminasyonun gebelik kaygıyla ilgili travma sonrası olumlu sonuçlarda önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Freedle ve Kashubeck, 2021).

Travma sonrası büyümeyi yordayan değişkenleri bulmak amacıyla yapılan bir çalışmada Türk ve Amerikan kültüründeki üniversite öğrencileri incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda hem Türk hem de Amerikalı katılımcılarda kendiliğe yönelik temel inançların sorgulanması travma sonrası büyümeyi yordayan bir değişken olarak bulunmuştur (Haselden, 2014). Katılımcıları kanser hastalarından oluşan Hindistan'da yapılan bir çalışmada hastaların dünyaya ilişkin varsayımlarını yeniden değerlendirme sürecinin algılanan büyüme ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Thombre, Sherman ve Simonton, 2010).

BÖLÜM 3. YÖNTEM

Bu bölüm, araştırmanın modeli, evren ve örneklemini, veri toplama araçlarını ve verilerin analiz yöntemlerini içermektedir.

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırmanın modeli, nicel araştırma yöntemlerinden olan ilişkisel tarama modelidir. İlişkisel tarama modeli, iki veya daha çok değişken arasındaki değişimin varlığını, yönünü veya derecesini belirlemeyi amaçladığından dolayı bu çalışmada kullanılmasına karar verilmiştir. Araştırmacı tarafından değişkenler üzerinde herhangi bir müdahale söz konusu olmayacaktır. Anket yoluyla katılımcılardan elde edilen veriler doğrudan analiz edilerek değişkenler arasındaki ilişki ortaya çıkarılacaktır.

3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini meme veya jinekolojik kanser tanısı almış ve en az 5 yıldır iyileşme halinde olan ve İstanbul'da yaşayan ortaokul düzeyi üzeri eğitimde kadınlar oluşturmaktadır. Bu kişilerin tahmini sayısına Kanserle Dans Derneği, Metamazon Derneği, Türk Kanser Derneği ve Sağlık Bakanlığı verilerinden ulaşılmaya çalışılmıştır. İstanbul'da yaşayan ortaokul düzeyi üzeri eğitimde yaklaşık olarak 2.000.000 kadın bulunmaktadır (TÜİK, 2021). Kadınlarda meme veya jinekolojik kanser görülme oranı %30 civarındadır (GLOBOCAN, 2020). Yani son 5 yıl içerisinde İstanbul'da yaşayan ve ortaokul düzeyi üzeri eğitimde 600.000 kadın meme veya jinekolojik kanser tanısı almıştır. Bu kanser tanılarında iyileşme oranı %70 civarındadır. Böylelikle evren 420.000 kadındır. Ulaşılan evren büyüklüğüne göre Cochran formülü ile örneklem büyüklüğü

374

olarak hesaplanırken araştırmaya meme veya jinekolojik kanser tanısı olan hastalara bakım veren 343 kişi katılmıştır.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırmada anket şeklinde hazırlanmış olan ölçeklerden yararlanılmıştır. Çalışmada katılımcılara online platformdan ulaşılmıştır. Katılımcılara çalışmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair “Bilgilendirilmiş İzin ve Onam Formu” doldurtulmuştur. Bu formun ardından “Sosyodemografik Bilgi Formu” katılımcılara sunulmuştur. Çalışmadaki değişkenlerin ölçülebilmesi adına katılımcılara “Öz-Duyarlık Ölçeği (ÖDÖ)”, “Temel İnançlar Envanteri (TİE)” ve “Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE)” verilmiştir.

3.3.1. Bilgilendirilmiş İzin ve Onam Formu

Araştırmaya katılacak olan katılımcılara katılmadan önce araştırmanın yapılma amacına ve neyi ölçeceğine dair kısa bir bilgilendirme yapılmıştır. Formda araştırmanın amacının yanında gizliliğe ve içeriğine dair de bilgilendirme yapılmıştır. Formun sonunda da katılımcıların çalışmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair formda yer alan kutucuğu doldurmaları istenmiştir. Bilgilendirilmiş İzin ve Onam Formu’na ekte yer verilmiştir (EK-5).

3.3.2. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Araştırmada katılımcıların demografik bilgilerini öğrenmek ve araştırma dışında tutulacak katılımcıları öğrenmek amacıyla sosyo-demografik bilgi formu verilmiştir. 18 yaş altı ve herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan katılımcılar araştırma dışında tutulmuştur. Bunun dışında katılımcıların yaşı, tanı isimleri, hastalıklarının evresi, hangi tedaviyi aldıkları, ameliyat geçmişleri, ne kadar zamandır tedavi gördükleri, adet döngüleri, çalışma durumları, çocuk sahibi olup olmadıkları, medeni durumları ve

eğitim durumları gibi sorulara yer verilmiştir. Sosyo-demografik Bilgi Formu'na ekte yer verilmiştir (EK-4).

3.3.3. Öz-Duyarlık Ölçeği (ÖDÖ)

Öz-duyarlık ölçeği 2003 yılında Neff tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması ise Akın, Akın ve Abacı tarafından 2007 yılında yapılmıştır. Bu uyarlama çalışmasına üniversite öğrencisi 633 öğrenci katılmıştır. Öz-duyarlılığı ölçmek amacıyla geliştirilen bu ölçek bireyin kendisinin cevaplayacağı bir ölçektir. Öz-duyarlık ölçeği 1-5 puan arasında değerlendirilen 5'li likert tipi bir ölçektir: (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) sık sık, (4) genellikle ve (5) her zaman anlamına gelmektedir. Ölçeğin orijinal hali de ve Türkçe'ye uyarlanmış biçimi de 26 maddeden oluşup 6 alt boyutu bulunmaktadır: *Öz-sevecenliğe karşı öz-yargılama, paylaşımların bilincinde olmaya karşı yabancılaşma ve bilinçliliğe karşı aşırı özdeşleşme.*

Alt ölçeklerin faktör yüklerine bakıldığında, öz- sevecenlik alt ölçeği için .71-.77, öz yargılama alt ölçeği için .65-.80, paylaşımların bilincinde olma alt ölçeği için .57-.79, yabancılaşma alt ölçeği için .63-.75, bilinçlilik alt ölçeği için .62-.80 ve son olarak aşırı özdeşleşme alt ölçeği için ise .65-.78 olarak belirtilmiştir. Alt ölçeklerin sırasıyla iç tutarlılık güvenirlik katsayıları, .78, .77, .80, .79, .75, ve .81 olarak belirtilmiştir. Test-tekrar test güvenirlik katsayıları ise yine sırasıyla .88, .88, .80, .85, .85, ve .88 olarak bulunmuştur (Akın, 2009). Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları ise sırasıyla .77, .72, .72, .80, .74 ve .74 olarak bulunmuştur. Ölçek diğer psikolojik sağlığı ölçen ölçeklerle de ilişkili bulunmuştur. Depresyon, anksiyete ve öz-eleştiri gibi ölçeklerle negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Yapılan bu çalışmalar sonucunda ölçeğin geçerlik ve güvenirliği sağladığı ve ruh sağlığının büyük bir yordayıcısı olduğu ifade edilmiştir.

Ölçeğin puanlaması yapılırken kişinin her bir alt ölçekten aldığı yüksek puan onun bu alt ölçek özelliklerine sahip olduğunu göstermektedir. Ölçek toplam bir puan da vermektedir. Bu puan elde edilirken negatif alt ölçekler olan öz-yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşmeden alınan puanlar ters kodlanır ve her bir alt ölçeğin ortalaması hesaplandıktan sonra 6 çıkartılır. Daha sonra 6 alt ölçeğin hepsi toplanır. Çıkan bu

toplam sonuç 6'ya bölünür. Çıkan sonuçlar 1 ile 5 arasında puanlanır: 1-2.5 puan düşük, 2.5-3.5 puan orta ve 3.5-5 arası puanlar da yüksek öz-duyarlılığa işaret etmektedir.

3.3.4. Temel İnançlar Envanteri (TİE)

Temel İnançlar Envanteri (The Core Beliefs Inventory, CBI) 2010 yılında Cann ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 9 maddeden oluşup 0 ile 5 puan arasında değerlendirilen 6'lı Likert tipi bir ölçektir: (0) hiç olmadı, (1) çok az düzeyde, (2) az düzeyde, (3) orta düzeyde, (4) büyük düzeyde ve (5) çok büyük düzeyde anlamına gelmektedir. Temel İnançlar Envanteri, yaşanılan bir olayın kişinin dünyayla ilgili temel varsayımlarını ne düzeyde sorguladığını değerlendiren kısa bir ölçektir. Ölçekte yer alan maddelerin içeriğini dinsel ve spiritüel inançlar, insan doğası, diğer insanlarla olan ilişkiler, yaşamın anlamı, kişinin güçlü ve güçsüz yönleri oluşturmaktadır. Örneğin, “Bu olaydan dolayı, kendi yeteneklerim, güçlü ve zayıf yanlarım hakkındaki inançlarımı ciddi şekilde sorguladım.” veya “Bu olaydan dolayı, insanların başına gelen şeylerin kontrol edilebilir olduğuna ne düzeyde inandığımı ciddi şekilde sorguladım” gibi maddeler ölçekte yer almaktadır (Haselden, 2014). Ölçekten alınan puan yükseldikçe kişinin dünyaya ilişkin varsayımlarında sarsılmanın olduğunu göstermektedir. Ölçekle ilgili yapılan iki tane üniversite öğrencileriyle ve bir tane de lösemi hastalarıyla yapılan çalışmalar sonucunda Cronbach alfa değeri .82 ve .90 olarak bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayısını hesaplamak amacıyla iki ay süreyle tekrar uygulandıktan sonra katsayı .69 olarak saptanmıştır.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması 2014 yılında Haselden tarafından yapılmıştır. Orijinal ölçekten farklı olarak Türkçe uyarlamasında iki faktörlü olan diğer insanlara yönelik (others-oriented) inançlar (1, 2, 3 ve 4.maddeler) ve kendine yönelik (self-oriented) inançların (5, 6, 7, 8 ve 9.maddeler) tek boyutlu yapıya göre daha yüksek uyumluluğa sahip olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalar sonucunda ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmış halinin Cronbach alfa katsayı değeri .87 olarak saptanmıştır. Alt faktör olan “diğer insanlara yönelik” temel inançlar için .90 ve diğer alt faktör olan “kendiliğe yönelik” temel inançlar için ise alfa değeri .82 olarak belirtilmiştir.

Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışmalarından elde edilen sonuçlara göre tatmin edici düzeyde ölçüm özelliklerine sahip olduğu ve yaşanan travmatik bir yaşantı sonrası kişinin dünyayla alakalı varsayımlarında yaşanan değişimi değerlendirebilme gücüne sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

3.3.5. Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE)

Tedeschi ve Calhoun tarafından 1996 yılında geliştirilen Travma Sonrası Büyüme Envanteri(Posttraumatic Growth Inventory) 21 maddeden oluşup 0 ve 5 puan arasında puanlandırılan Likert tipi bir ölçektir: (0) yaşamadım, (1) çok az yaşadım, (2) biraz yaşadım, (3) orta düzeyde yaşadım, (4) oldukça fazla yaşadım, (5) çok fazla yaşadım anlamına gelmektedir. Ölçekten alınan puanlar 0 ile 105 puan arasında değişmektedir. TSBE'den alınan yüksek puanlar yaşanan travmatik yaşantı sonrasında kişinin yüksek düzeyde bir büyüme yaşadığını ifade etmektedir.

Ölçeğin orijinalinde iç tutarlılık kat sayısı .90, alt testlerinin iç tutarlılığı ise .66 ve .85 arasında değiştiği belirtilmiştir. Test-tekrar test güvenirlik katsayısı için yapılan çalışmada ise katsayı .71 olarak belirlenmiştir. TSBE'nin iyimserlik, dinsel katılım, dışadönüklük, deneyimlere açıklık, uyumluluk ve vicdanlık gibi değişkenlerle pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Ölçeğin faktör analizini saptamak adına yapılan çalışmada beş alt boyut saptanmıştır: Başkalarıyla İlişkiler, Yeni Fırsatlar, Kişisel Güçlülük, Manevi Değişim ve Yaşamı Takdir Etme.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Işıklı ve Dürü tarafından 2006 yılında yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik katsayısı hesaplanırken Cronbach alfa yöntemi kullanılmış ve .93 olarak saptanmıştır. Ölçeğin yapı geçerlilik katsayısı için Temel Eksenler Faktörlemesi ve Varimax rotasyonu kullanılmış ve bu analizde varyansın %67.84'ünün açıklanabildiği ifade edilmiştir. Ayrıca yapılan faktör analizi sonucunda da ölçeğin orijinaliyle tutarlı olarak 5 alt boyuttan oluştuğu belirtilmiştir: Başkalarıyla İlişkiler (15, 14, 17, 16, 3 ve 9. maddeler), Yeni Fırsatlar (6, 8, 20 ve 21. maddeler), Kişisel Güçlülük (2, 1, 7 ve 13. maddeler), Manevi Değişim (10, 4, 11 ve 19. maddeler) ve Yaşamı Takdir Etme (18, 5 ve 12.maddeler).

Ayrıca ölçeğin diğer ölçeklerle ilişkisine bakılan çalışmalarda Travma Sonrası Disosiyatif Yaşantı Ölçeği, Olay Etkisi Ölçeği ve Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği ile korelasyonlar sırasıyla .23, .26 ve .21 olarak saptanmıştır. Yapılan tüm çalışmalar sonucunda Travma Sonrası Büyüme Envanteri'nin travma sonrası büyümenin değerlendirilmesinde güvenilir bir ölçüm aracı olduğu ifade edilmiştir.

3.4. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmanın bulgularına SPSS programının 20,0 paket program kullanılarak ulaşılmıştır. Analize katılımcıların sosyodemografik bilgileri tanımlanarak başlanmıştır. Katılımcıların demografik bilgilerine frekans analizi yöntemiyle ulaşılmıştır. Bu analize bağlı olarak katılımcıların yaş ortalaması hesaplanmıştır. Daha sonra katılımcıların Öz-duyarlık Ölçeği, Temel İnançlar Envanteri ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri'nden aldıkları puanların ortalaması ve standart sapmaları tanımlayıcı (descriptive) yöntemle hesaplanmıştır.

Katılımcılara verilen ölçek ve bunların alt ölçeklerinden elde edilen puanlar arasındaki ilişkilere ise korelasyon analizi ile ulaşılmıştır. İlk olarak ÖDÖ ve TSBE karşılaştırılmıştır. Ardından TİE ve TSBE ilişkisine bakılmıştır. Daha sonra ölçekler katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırılmıştır. Bağımlı değişkenin bağımsız değişkenler tarafından yordanıp yordanmadığına bakılırken regresyon analizinden yararlanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirlik analizi yapılırken de Cronbach's alpha katsayısından yararlanılmıştır.

BÖLÜM 4. BULGULAR

Bu bölümde, ölçeklerden elde edilen verilere uygulanan istatistiksel analizlerin sonuçlarına yer verilmiştir. Bu araştırmanın amacı, meme veya jinekolojik kanser tanısı olan hastalara bakım verenlerde öz-duyarlılığın ve temel inançların travma sonrası büyüme ile ilişkisini incelemektir. Bu amaçla, öncelikle örneklemin demografik bilgileri incelenmiş, ardından değişkenler arası ilişkiyi ortaya koymak için korelasyon analizi yapılmış, ardından öz-duyarlılığın ve temel inançların yordayıcı gücünü belirlemek amacıyla çoklu regresyon analizi yürütülmüştür. Çalışmanın analizleri SPSS 20,0 paket program kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya meme veya jinekolojik kanser tanısı olan hastalara bakım veren 343 kişi katılmıştır. Katılımcıların 8'i bir psikiyatrik rahatsızlığı olduğu için çalışmanın dışında bırakılmıştır. Çalışmanın analizi 335 kişi üzerinden yapılmıştır.

Örneklemin demografik özelliklerine bakıldığında, katılımcıların %46,6'sı erkek, %53,4'ü kadındır. Katılımcıların %52,2'si bekar iken %47,8'i evlidir. Yaş değişkeni açısından bakıldığında katılımcıların çoğunluğunu (%46,9) 18 ile 30 yaş arası katılımcılar oluşturmuştur. %34,9 katılımcı 31-43 yaş aralığındadır. %14,3 katılımcı 44-56 yaş aralığında ve %3,9 katılımcı ise 57 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında üniversite eğitim düzeyine sahip katılımcıların yoğunlukta olduğu görülmüştür (%43). Katılımcıların %24,8'i ortaöğretim, %23,6'u lise ve %8,7'si lisansüstü eğitim durumuna sahiptir. Katılımcıların büyük çoğunluğu ise bir işte çalışmaktadır (%67,2). Katılımcıların %23'ü bir işte çalışmıyorken %9,9'u öğrencidir. Demografik özelliklere yönelik detaylı bilgiler Tablo 1'de verilmiştir. Hasta yakınlarının hastalığa ilişkin bilgileri Tablo 2'de ayrıca sunulmuştur.

Tablo 1. Örneklemin Demografik Özellikleri

Değişken	N	Yüzde %
Yaş		
18-30 Yaş	157	46,9
31-43 Yaş	117	34,9
44-56 Yaş	48	14,3
57 Yaş ve Üzeri	13	3,9
Cinsiyet		
Erkek	156	46,6
Kadın	179	53,4
Medeni Durum		
Bekar	175	52,2
Evli	160	47,8
Eğitim Durumu		
Ortaöğretim	83	24,8
Lise	79	23,6
Üniversite	144	43
Lisansüstü	29	8,7
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	225	67,2
Çalışmıyor	77	23
Öğrenci	33	9,9

Örneklemdaki katılımcıların hasta yakınlığı derecesine bakıldığında %17'sinin anne-babasının hasta olduğu, %18,8'inin çocuğunun, %18,5'inin eşinin, %24,5'inin ise kardeşinin ve %21,2'si de diğerinin (arkadaş, kuzen, anneanne-babanne vb). meme

veya jinekolojik kanser tanısı olduğu görülmüştür. Katılımcıların %62,7'sinin yakını meme kanseriyken, %35,8'i jinekolojik kanser ve %1,5'i hem meme kanseri hem de jinekolojik kanser hastasıdır. Katılımcıların yakınının %11,9'u 1. Evre, %32,8'i 2. Evre, %46,0'sının yakını 3. Evre kanser ve %9,3'ü 4.evre kanser hastasıdır. Katılımcıların yakınlarının aldıkları tedaviler göz önüne alındığında katılımcıların %38,2'sinin yakını kemoterapi alırken katılımcıların %57,9'u bütün tedavileri, %0,6'sı akıllı ilaç tedavisi, %0,6'sı hormon tedavisi, %1,5'i radyoterapi ve %1,2'si diğer tedavileri görmüştür. Katılımcıların %46'sı 1 ile 2 yıl süreyle yakınlarına bakım verirken, %21,8'i 0-11 ay süreyle, %32,2'si ise 3 yıl ve üzeri süreyle bakım vermiştir. Son olarak, katılımcıların %60,9'u artık yakınlarına bakım vermezken, %39,1'i bakım vermeye devam etmektedir.

Tablo 2. Örneklemen Demografik Özellikleri – Hastalıkla İlgili Bilgiler

Değişken	N	Yüzde
Kanser Türü		
Jinekolojik Kanser	120	35,8
Meme Kanseri	210	62,7
Meme Kanseri ve Jinekolojik Kanser	5	1,5
Evre		
Evre 1	40	11,9
Evre 2	110	32,8
Evre 3	154	46,0
Evre 4	31	9,3
Tedavi		
Akıllı İlaç	2	,6
Hormon Tedavisi	2	,6
Kemoterapi	128	38,2
Radyoterapi	5	1,5
Diğer	4	1,2
Hepsi	194	57,9

Değişken	N	Yüzde
Hastanın Yakınlık Derecesi		
Annesi-babası	57	17,0
Çocuğu	63	18,8
Eşı	62	18,5
Kardeşı	82	24,5
Diğer	71	21,2
Yakına Bakım Verme Süresi		
0-11 Ay	73	21,8
1-2 Yıl	154	46,0
3 Yıl ve Üzeri	108	32,2
Bakım Verme Devam Ediyor mu?		
Evet	131	39,1
Hayır	204	60,9

Korelasyon analizine devam etmeden önce ölçeklerin güvenilirliklerinin tespit edilmesi için Cronbach Alpha güvenirlik analizi yürütülmüştür. Yapılan analiz sonrasında öz-duyarlık ölçeğinin güvenirlik katsayısı $\alpha = .99$, temel inançlar ölçeğinin güvenirlik katsayısı $\alpha = .97$ ve travma sonrası büyüme envanterinin güvenirlik katsayısı $\alpha = .99$ olarak tespit edilmiştir. Analiz sonuçları değerlendirildiğinde çalışmada kullanılan ölçeklerin yüksek derecede güvenilir oldukları söylenebilir. Ölçeklerin alt boyutlarına ait Cronbach Alpha değerleri Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Ölçeklerin Cronbach Alpha Değerleri

Ölçekler	Cronbach Alpha (α) Güvenirlik Katsayısı
Travma Sonrası Büyüme Envanteri	.99
Başkalarıyla İlişkiler	.97
Yeni Fırsatlar	.96
Kişisel Güçlülük	.97
Manevi Değişim	.98
Yaşamı Takdir Etme	.84

Ölçekler	Cronbach Alpha (α) Güvenirlik Katsayısı
Temel İnançlar Envanteri	.97
Diğer İnsanlara Yönelik Temel İnançlar	.94
Kendiliğe Yönelik Temel İnançlar	.96
Öz-Duyarlık Ölçeği	.99
Öz-sevecenlik	.97
Öz-yargılama	.98
Paylaşımların bilincinde olma	.96
İzolasyon	.97
Bilinçlilik	.97
Aşırı Özdeşleşme	.97

Verilerin dağılımını incelemek amacıyla da çeşitli analizler yürütülmüştür. İlk olarak Kolmogorov Smirnov analizi ile normallik testi yapılmıştır. Yapılan Kolmogorov Smirnov analizi değişkenler için anlamlıdır ($p < 0.05$). Ancak Kolmogorov Smirnov analizi gibi normallik testleri örneklem sayısına duyarlı bir analiz yöntemi olup normal dağılımı incelemek adına diklik ve basıklık değerlerinin yanı sıra Q-Q plot ve histogramlar incelenmiştir. Eğiklik ve basıklık değerleri aşağıdaki tabloda verilmiş olup değişkenlerin normal dağılım aralıklarında olduğu görülmüştür.

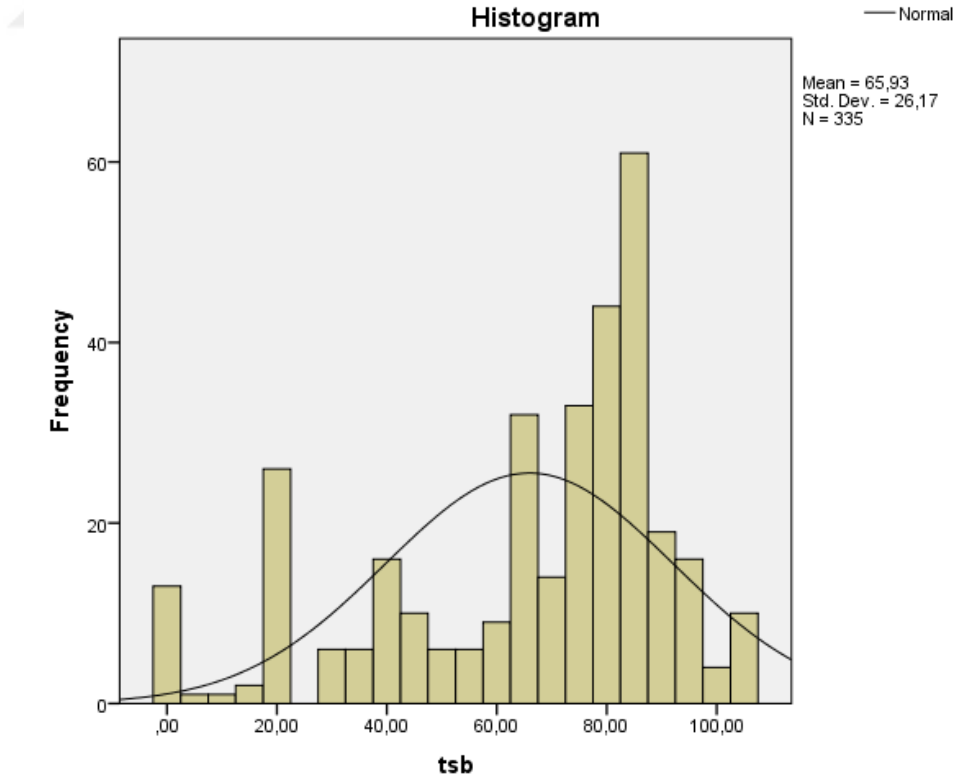
Tablo 4. Değişkenlere İlişkin Diklik ve Basıklık Değerleri

	<i>N</i>	$\bar{X}$	<i>SS</i>	Diklik	Basıklık
Travma Sonrası Büyüme	335	65,92	26,17	-.95	.02
Diğer İnsanlara Yönelik Temel İnançlar	335	6,89	4,35	.56	-.21
Kendiliğe Yönelik Temel İnançlar	335	8,83	6,12	.59	-.53
Öz-sevecenlik	335	17,04	5,51	-.55	-.68
Öz-yargılama	335	19,30	5,66	-.91	-.19

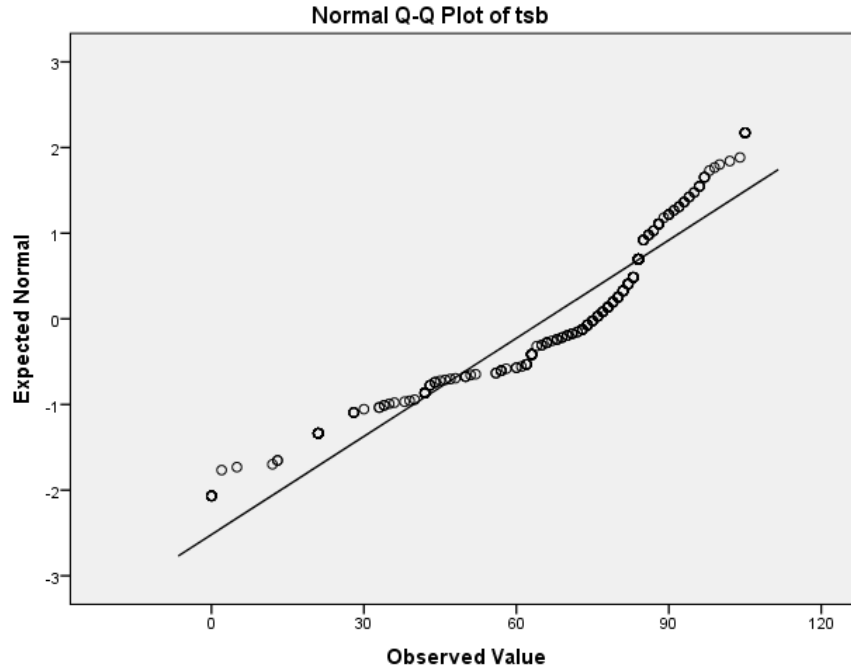
Paylaşımların bilincinde olma	335	13,20	4,25	-.43	-.64
İzolasyon	335	15,01	4,52	-.90	-.19
Bilinçlilik	335	13,55	4,40	-.55	-.67
Aşırı Özdeşleşme	335	15,20	4,63	-.83	-.42

Merkezi Limit Teoremi, örneklem büyüklüğü arttıkça örneklem ortalamalarının dağılımının özellikle 30'un üzerindeki örneklem büyüklükleri için normal dağılıma yaklaştığını öne sürer. Verilerin dağılımı ayrıca Q-Q plot grafiği ve histogram grafiği üzerinden incelenmiştir. Grafikler aşağıda verilmiştir. Örneklem sayısı, analizler ve grafiklerin görsel incelemesinden sonra Pearson korelasyonu, bağımsız t testi ve anova gibi parametrik testlerin kullanımına karar verilmiştir.

Şekil 1. Travma Sonrası Büyüme Histogramı



Şekil 2. Travma Sonrası Büyüme Q-Q Plot Grafiği



4.1. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİ

Değişkenlerin arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan korelasyon analizine göre öz duyarlılık ve temel inanç arasında negatif yönde ve güçlü bir ilişki ($r = -.67, p < 0.001$) bulunurken, travma sonrası büyüme ve öz duyarlılık arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki ($r = .91, p < 0.001$) bulunmuştur. Temel inançlar ile travma sonrası büyüme arasında da negatif yönde ve güçlü bir ilişki ($r = -.56, p < 0.001$) vardır.

Tablo 5. Çalışma değişkenlerine ilişkin korelasyon analizi sonuçları

	Ort.	SS.	1.	2.	3.
1. Öz duyarlılık	93.33	27.25	-		
2. Temel inanç	15.73	10.22	-.67**	-	
3. Travma sonrası büyüme	65.92	26.17	.91**	-.56**	-

* $p < .05$; ** $p < .01$

Ölçeklerin alt gruplarına yapılan korelasyon analizine göre öz duyarlılık ölçeğinin alt boyutları olan öz sevecenlik ($r = .91, p < 0.001$), öz yargılama ($r = .81, p < 0.001$), paylaşımların bilincinde olma ($r = .89, p < 0.001$), izolasyon ($r = .82, p < 0.001$), bilinçlilik

($r=.90$, $p<0.001$) ve aşırı özdeşleşme ($r=.80$, $p<0.001$) ve travma sonrası büyüme arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca temel inançlar envanterinin alt boyutları olan diğer insanlara yönelik temel inançlar ($r=-.61$, $p<0.001$) ile kendiliğe yönelik temel inançlar ($r=-.51$, $p<0.001$) ile travma sonrası büyüme arasında da negatif yönde ve güçlü bir ilişki vardır. Değişkenlerin ortalama ve standart sapma değerleri ile değişkenler arasındaki korelasyonlar Tablo 5'te sunulmuştur.



Tablo 6. Ölçekler ile Alt Ölçekler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları* $p < .05$; ** $p < .01$

	<i>N</i>	$\bar{X}$	<i>SS</i>	Travma Sonrası Büyüme	Diğer İnsanlara Yönelik Temel İnançlar	Kendiliğe Yönelik Temel İnançlar	Öz Sevecenlik	Öz Yargılama	Paylaşımların Bilincinde Olma	İzolasyon	Bilinçlilik	Aşırı Özdeşleşme
Travma Sonrası Büyüme	335	65,92	26,17	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diğer İnsanlara Yönelik Temel İnançlar	335	6,89	4,35	-,61**	-	-	-	-	-	-	-	-
Kendiliğe Yönelik Temel İnançlar	335	8,83	6,12	-,51**	,90**	-	-	-	-	-	-	-
Öz-sevecenlik	335	17,04	5,51	,91**	-,63**	-,51**	-	-	-	-	-	-
Öz-yargılama	335	19,30	5,66	,81**	-,73**	-,62**	,80**	-	-	-	-	-
Paylaşımların bilincinde olma	335	13,20	4,25	,89**	-,66**	-,54**	,94**	,80**	-	-	-	-
İzolasyon	335	15,01	4,52	,82**	-,72**	-,62**	,78**	,96**	,80**	-	-	-
Bilinçlilik	335	13,55	4,40	,90**	-,61**	-,49**	,97**	,78**	,93**	,76**	-	-
Aşırı Özdeşleşme	335	15,20	4,63	,80**	-,74**	-,63**	,79**	,96**	,79**	,96**	,78**	-

Çalışmanın katılımcıları arasında sosyo-demografik değişkenlerin (cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hastalığın evresi, hastanın yakınlığı ve yakına bakım verme süresi vb.) travma sonrası büyüme açısından bir farklılık oluşturup oluşturmadığı incelenmiştir. Aşağıda yapılan analizler sunulmuştur.

Kadın ve erkek hasta yakınları arasında travma sonrası büyüme açısından bir farklılık olup olmadığını ortaya koymak için bağımsız örneklem t-testi yürütülmüştür. Yapılan bağımsız t-testine göre travma sonrası büyüme ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t(33) = 7.86, p = .00$). Buna göre, kadınların travma sonrası büyüme düzeyleri ($M = 75.58, SD = 19.55$), erkeklerin travma sonrası büyüme düzeylerinden ($M = 54.84, SD = 28.38$) daha yüksektir. Katılımcıların öz-duyarlılık düzeylerinde de anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($t(333) = -8.02, p = .00$). Buna göre, kadınların ($M=103.55, SD=21.41$) öz-duyarlılık düzeyleri erkek ($M=81.62, SD=28.55$) katılımcılardan daha fazladır. Katılımcıların temel inanç puanlarında da anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($t(333) = 5.17, p = .00$). Buna göre, erkeklerin ($M=18.71, SD=9.15$) temel inanç puanları kadın ($M=13.13, SD=10.41$) katılımcılardan daha yüksektir.

Tablo 7. Travma Sonrası Büyüme, Öz-Duyarlılık ve Temel İnanç Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız t Testi Sonuçları

Cinsiyet	N	$\bar{X} (SS)$	t	sd	p
TSB					
Kadın	179	75.58 (19.55)	7.86	333	0.000
Erkek	156	54.84(28.38)			
Öz-Duyarlılık					
Kadın	179	103.55(21.41)	-8,02	333	0.000
Erkek	156	81.62 (28.55)			
Temel İnanç					
Kadın	179	13.13 (10.41)	5,17	333	0.000
Erkek	156	18.71 (9.15)			

Bekar ve evli hasta yakınları arasında travma sonrası büyüme açısından bir farklılık olup olmadığını ortaya koymak için bağımsız örneklem t-testi yürütülmüştür. Yapılan bağımsız t-testine göre travma sonrası büyüme ve medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t(333) = 3.94, p = .00$). Buna göre, bekarların ($M=71.19, SD=25.88$) travma sonrası büyüme düzeyleri evlilerden ($M=60.16, SD=23.33$) daha yüksek çıkmıştır. Katılımcıların öz-duyarlılık düzeylerine bakıldığında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($t(333) = 4.85, p = .00$). Buna göre, bekarların ($M=100.02, SD=27.12$) öz-duyarlılık düzeyleri evlilerden ($M=86.03, SD=25.54$) daha yüksektir. Katılımcıların temel inanç puanlarında da anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($t(333) = -2.30, p = .02$). Buna göre, evlilerin ($M=17.06, SD=9.24$) temel inanç düzeyleri bekarlardan ($M=14.51, SD=10.93$) daha yüksektir.

Tablo 8. Travma Sonrası Büyüme, Öz-Duyarlılık ve Temel İnanç Puanlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız t Testi Sonuçları

Medeni Durum	N	$\bar{X} (SS)$	t	sd	p
TSB					
Bekar	175	71.19 (25.88)	3.94	333	0.000
Evli	160	60.16 (25.33)			
Öz-Duyarlılık					
Bekar	175	100.02 (27.12)	4.85	333	0.000
Evli	160	86.03 (25.33)			
Temel İnanç					
Bekar	175	14.51 (10.93)	-2.30	333	0.02
Evli	160	17.06(9.24)			

Katılımcıların yaşlarının öz-duyarlılık açısından bir farklılık oluşturup oluşturmadığını ortaya koymak için tek yönlü varyans analizi (one-way anova) yürütülmüştür. Analiz sonucunda, dört gruptan oluşan yaş değişkeninin öz-duyarlılık üzerinde anlamlı düzeyde ($p = .05$) etkisi olduğu tespit edilmiştir [$F(3, 331) = 11.87$,

$p<0.05$]. Buna göre, en çok öz-duyarlılığa sahip kişiler 18-30 ($M=98,56$, $SD=28,06$) ve 31-43 yaş ($M=95,40$, $SD=24,59$) aralığındadır. Katılımcıların temel inançlarında da anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir [$F(3, 331) = 2,69$, $p<0.05$]. Buna göre, temel inançlardaki sarsılma en fazla 44-56 ($M=19,42$, $SD=9,88$) yaş grubunda görülmüştür.

Tablo 9. Öz-duyarlılık ve Temel İnançlar Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Yaş	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Öz-Duyarlılık	24086,417	3	8028, 806	11,87	,00
Temel İnançlar	831,161	3	277,05	2,69	.046

Katılımcıların eğitim durumunun travma sonrası büyümeleri açısından bir farklılık oluşturup oluşturmadığını ortaya koymak için tek yönlü varyans analizi (one-way anova) yürütülmüştür. Analiz sonucunda, dört gruptan oluşan eğitim durumu değişkeninin travma sonrası büyüme üzerinde anlamlı düzeyde ($p= .05$) etkisi olduğu tespit edilmiştir [$F(3, 331) = 99,92$, $p<0.05$]. Buna göre, lisansüstü eğitim düzeyine ($M=85,76$, $SD= 15,06$) sahip kişiler daha fazla travma sonrası büyüme göstermiştir. Katılımcıların eğitim durumunun öz-duyarlılık açısından da bir farklılık oluşturduğu tespit edilmiştir [$F(3, 331) = 93,34$, $p<0.05$]. En yüksek öz-duyarlılığa sahip kişiler üniversite ($M=108,68$, $SD=13,74$) ve lisansüstü ($M=113,83$, $SD= 12,68$) mezunlarıdır. Katılımcıların temel inançlar puanlarında da anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir [$F(3, 331) = 14,88$, $p<0.05$]. Buna göre, temel inançlardaki en yüksek düzeyde sarsılmayı ortaöğretim ($M=20.41$, $SD=10,30$) mezunları yaşamıştır.

Tablo 10. Travma Sonrası Büyüme, Öz-duyarlılık ve Temel İnançlar Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Eğitim Durumu	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	<i>p</i>
TSB	108707,56	3	36235,85	99,92	,00
Öz-Duyarlılık	113666,76	3	37888,92	93,34	,00
Temel İnançlar	4146,44	3	1382,15	14,88	,00

Katılımcıların çalışma durumunun travma sonrası büyümeleri açısından bir farklılık oluşturup oluşturmadığını ortaya koymak için tek yönlü varyans analizi(one-way anova) yürütülmüştür. Analiz sonucunda, üç gruptan oluşan çalışma durumu değişkeninin travma sonrası büyüme üzerinde anlamlı düzeyde ($p = .05$) etkisi olduğu tespit edilmiştir [$F(2, 332) = 23,12, p < 0.05$]. Buna göre, çalışan ($M=70,80, SD= 23,95$) ve öğrencilerin ($M=71,64, SD=24,44$) travma sonrası büyüme düzeyleri çalışmayan kişilerden ($M=49,21, SD=26,47$) daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların öz-duyarlılık düzeylerinde de anlamlı bir farklılık bulunmuştur [$F(2, 332) = 29,63, p < 0.05$]. Buna göre, çalışan ($M=98,70, SD=24,82$) ve öğrencilerin ($M=101,85, SD=23,27$) öz-duyarlılığı daha yüksektir. Katılımcıların temel inanç puanlarında da anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir [$F(2, 332) = 10.19, p < 0.05$]. Buna göre, en yüksek temel inanç puanına sahip kişiler çalışmayan ($M=20,08, SD=9,94$) gruptur.

Tablo 11. Travma Sonrası Büyüme, Öz-Duyarlılık ve Temel İnanç Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Çalışma Durumu	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	<i>p</i>
TSB	27962,04	2	13981,02	23,12	,00
Öz-Duyarlılık	37571,24	2	18785,62	29,63	,00

Temel İnanç	2016,83	2	1008,41	10,19	,00
-------------	---------	---	---------	-------	-----

Hastalığın evresinin katılımcıların travma sonrası büyümeleri açısından bir farklılık oluşturup oluşturmadığını ortaya koymak için tek yönlü varyans analizi (one-way anova) analizi yürütülmüştür. Analiz sonucunda, dört gruptan oluşan hastalığın evresi değişkeninin travma sonrası büyüme üzerinde anlamlı düzeyde ($p = .05$) etkisi olduğu tespit edilmiştir [$F(3, 331) = 18,57, p < 0.05$]. Buna göre, evre 1 ($M=72,2, SD=18,53$) ve evre 2 ($M=72,4, SD= 22,94$) hasta yakını olan kişilerin travma sonrası büyüme düzeyleri evre 3 ($M=65,58, SD=24,11$) ve evre 4 ($M=36,55, SD=26,17$) hasta yakını olanlardan daha yüksektir. Katılımcıların öz-duyarlılık seviyelerinde de anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir [$F(3, 331) = 23,49, p < 0.05$]. Buna göre, evre 1 ($M=104,53, SD=21,32$) ve evre 2 ($M=101,34, SD=23,80$) kanser hastası yakını olan katılımcılar daha yüksek öz-duyarlılığa sahiptir. Katılımcıların temel inanç puanlarında da anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir [$F(3, 331) = 14,84, p < 0.05$]. Buna göre, en fazla temel inanç puanına evre 4 kanser hasta yakını ($M=26,68, SD= 11,77$) olan kişilerin olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 12. Travma Sonrası Büyüme, Öz-Duyarlılık ve Temel İnanç Puanlarının Hastalığın Evresine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Hastalığın Evresi	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
TSB	32957,25	3	10985,75	18,57	,00
Öz-Duyarlılık	43543,29	3	14514,43	23,50	,00
Temel İnanç	4136,65	3	1378,88	14,84	,00

Hastanın yakınlığının travma sonrası büyüme açısından katılımcılar arasında bir farklılık yaratıp yaratmadığını ortaya koymak için tek yönlü varyans analizi (one-way anova) yürütülmüştür. Analiz sonucunda, beş gruptan oluşan hastanın yakınlık derecesinin travma sonrası büyüme üzerinde anlamlı düzeyde ($p=.05$) etkisi olduğu tespit edilmiştir [$F(4, 331)=6,23, p<0.05$]. Buna göre, hastanın anne-babası ($M=74,24, SD=17,43$) olan kişilerin daha fazla travma sonrası büyüme yaşadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların öz-duyarlılık düzeylerinde de anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir [$F(4, 330)=5,04, p<0.05$]. Buna göre, hastanın anne-babası ($M=100,12, SD=15,86$) olan katılımcılar daha fazla öz-duyarlılığa sahiptir. Katılımcıların temel inanç puanlarında da anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir [$F(4, 330)=3,32, p<0.05$]. Buna göre, en yüksek temel inanç puanı diğer kişilerde (arkadaş, kuzen vb.) ($M=19,5, SD=7,96$) tespit edilmiştir.

Tablo 13. Travma Sonrası Büyüme, Öz-Duyarlılık ve Temel İnanç Puanlarının Hastanın Yakınlık Derecesine Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Hastanın Yakınlık Derecesi	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
TSB	16082,22	4	4020,55	6,23	,00
Öz-Duyarlılık	14280,71	4	3570,18	5,04	,00
Temel İnançlar	1350,17	4	337,54	3,32	,01

Katılımcıların yakına bakım verme süresinin travma sonrası büyümeleri açısından bir farklılık gösterip göstermediğini bulmak için tek yönlü varyans analizi (one-way anova) yürütülmüştür. Analiz sonucunda, üç gruptan oluşan yakına bakım verme süresinin travma sonrası büyüme üzerinde anlamlı ($p=.05$) etkisi olduğu tespit edilmiştir [$F(2, 332)=3,266, p<0.05$]. Buna göre, yakınına 0-11 ay ($M=71,2$) bakım veren kişilerin 1-2 yıl ($M=62,3$) bakım veren kişilerden daha fazla travma sonrası büyüme düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların öz-duyarlılık düzeylerine bakıldığında ise

anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir $F(2, 332) = 3.60, p < 0.05$]. Buna göre, 0-11 ay ($M=100.42, SD=28.90$) bakım veren kişiler en fazla öz-duyarlılığa sahiptir. Katılımcıların temel inanç puanlarında da anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir edilmiştir $[F(2, 332) = 3.86, p < 0.05]$. Buna göre, hastasına 1-2 yıl bakım veren kişiler ($M=17.40, SD=10.39$) en yüksek temel inanç puanına sahiptir.

Tablo 14. Travma Sonrası Büyüme, Öz-Duyarlılık Puanlarının Yakına Bakımverme Süresine Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Bakım Verme Süresi	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
TSB	4414,01	2	2207,01	3,26	,03
Öz-Duyarlılık	5268,24	2	2634,12	3,60	,03
Temel İnanç	791,80	2	395,90	3,86	,02

Katılımcıların öz-duyarlılık düzeylerinin alt ölçekleri ile diğer insanlara yönelik temel inançlar ve kendiliğe yönelik temel inançların travma sonrası büyümedeki yordayıcı gücünü incelemek için çoklu regresyon analizi yürütülmüştür. Yapılan analizin sonucuna göre katılımcıların öz duyarlılık düzeylerinin alt boyutlarından aşırı özdeşleşme travma sonrası büyümelerini negatif yönde ve anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur ($\beta = -.20, p < .05$). Buna karşılık öz duyarlılık düzeylerinin alt boyutlarından öz sevecenlik ($\beta = .36, p < .05$), izolasyon ($\beta = .47, p < .05$) ve bilinçlilik ($\beta = .27, p < .05$) katılımcıların travma sonrası büyümelerini pozitif yönde ve anlamlı olarak yordamıştır. Yine öz duyarlılık alt boyutlarından öz yargılama ($\beta = -.02, p > .05$) ve paylaşımların bilincinde olma ($\beta = .12, p > .05$) alt boyutları travma sonrası büyümelerini yordamamaktadır. Buna ek olarak temel inançlar envanterinin alt boyutları olan diğer insanlara yönelik temel inançlar ($\beta = .05, p > .05$) ile kendiliğe yönelik temel inançlar ($\beta = -.01, p > .05$)

travma sonrası büyümeyi istatistiki olarak anlamlı bir şekilde yordamamaktadır. Öz duyarlık ve temel inançlar değişkeninin travma sonrası büyüme puanlarındaki toplam varyansın %87'sini açıkladığı görülmüştür ($R^2 = .87$, $F(8, 334) = 277,93$, $p < .05$).

Tablo 15. Travma Sonrası Büyüme Puanlarının Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi

	B	Standart Hata	β	t	p
Sabit	-18,97	3,78		-5,00	,00
Temel İnançlar					
Diğer İnsanlara Yönelik	,31	,32	,05	,98	,32
Temel İnançlar					
Kendiliğe Yönelik Temel İnançlar	-,05	,19	-,01	-,28	,77
Öz Duyarlık					
Öz-sevecenlik	1,74	,45	,36	3,85	,00
Öz-yargılama	-,13	,42	-,02	-,30	,76
Paylaşımların bilincinde olma	,74	,41	,12	1,78	,07
İzolasyon	2,75	,49	,47	5,56	,00
Bilinçlilik	1,62	,54	,27	3,00	,01
Aşırı Özdeşleşme	-1,13	,50	-,20	-2,24	,02

BÖLÜM 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, meme veya jinekolojik kanser hastası yakını olan kişilerin öz-şefkat ve temel inançlarının travma sonrası büyüme ile ilişkisi incelenmiştir. Bu ilişkinin incelenmenin yanında; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyodemografik değişkenler üzerindeki etkisine de bakılmıştır. Travma sonrası büyüme kavramı literatüre bakıldığında olumsuz yaşam olaylarından sonra yaşanan olumlu gelişmeleri ifade etmektedir. Bu çalışmada da; meme veya jinekolojik kanser hastasına bakım veren kişilerde öz-şefkatin ve temel inançların travma sonrası büyüme ile ilişkili olup olmadığı araştırılmaktadır. Kanser stres verici bir yaşam olayı olarak açıklanmasının yanında travma sonrası büyümeyi de sağladığı söylenmiştir. Yapılan çoğu çalışmada kanser hastası ve yakınları araştırılmış olup özellikle yaşanan bu deneyim sonrasında kişilerin travma sonrası büyüme yaşadığı gözlemlenmiştir (Dirik ve Ayas,2018).. Bu nedenle bu çalışmada da travma sonrası büyümeyi araştırmak amaçlanmıştır.

Öz-şefkat, kişinin karşılaştığı acılar karşısında acıdan kaçmayarak kendi yetersizliklerine ve başarısızlıklarına karşı kendini yargılamadan anlayışla yaklaşmasını ifade etmektedir (Neff, 2003). Bu nedenle de öz-şefkat psikolojik sağlığımız üzerinde etkili olan bir kavramdır. Bu çalışmada öz-şefkati ölçebilmek için öz-duyarlılık ölçeği kullanılmıştır. Öz-duyarlılık ölçeği, literatürde yer alan çalışmalarda öz-şefkati ölçerken en sık kullanılan ölçeklerdendir (Akın, Akın ve Abacı, 2007). Öz-duyarlılık ölçeği, öz şefkate dair geniş bilgi vermesi açısından tercih edilmektedir.

Literatüre bakıldığında yaşanan travmanın olumsuz etkileri üzerinde durulduğu gibi olumlu etkileri de olabileceği söylenmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004;Ezerbolat, Yılmaz, Özpolat, 2006). TSB kavramı, doğal afetten sonra hayatta kalanlar, savaş mağdurları, göç edenler, stres verici yaşam olayı yaşayanlar, kanser gibi kronik bir hastalığı atlatanlar, kayıp yaşayanlar gibi birçok farklı grupta incelenmiştir (Roepke ve Seligman, 2014; Rider-Mundey ve ark. 2018). Kişinin aldığı kanser tanısı kişi için travmatik olduğu kadar travma sonrası büyüme gibi olumlu sonuçlar da

doğurmaktadır (Cordova ve ark.2007). Alanyazında travma sonrası büyüme ile ilişkili olan öz-şefkat ile ilgili birçok çalışma bulunurken temel inançlar ile ilgili çalışmalar kısıtlıdır. Bu amaçla yapılan bu çalışmayla literatürün genişletilmesi hedeflenmiştir.

Travma sonrası büyüme, öz-şefkat ve temel inançlar ayrıca bazı demografik verilerle de ilişkili olarak bulunmuştur. Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi değişkenlerin travma sonrası büyüme, öz-şefkat ve temel inançlar ile ilişkili olduğu literatürde yer almaktadır. Bu sebeple bu veriler göz önünde bulundurularak çalışmada değişkenlerin sosyo-demografik verilerle ilişkisi araştırılmıştır.

Çalışmada travma sonrası büyüme ve cinsiyet ilişkisine bakıldığında kadınların daha fazla TSB yaşadığı bulunmuştur. Literatürde ise bu veriyi destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Çimen, 2020; Karataş, 2020; Biçer Özpolat, 2016). Kadınların bu büyümeyi daha fazla yaşamaları sosyal destek ile açıklanmıştır. Kadınlar erkeklere oranla sosyal destek bulmaya daha yatkınlardır. Buna ek olarak kadınlar yaşadıkları acıları ve sıkıntıları erkeklere göre daha rahat bir şekilde anlatmaya meyillidirler (Köroğlu, 2021). Öz-şefkat ve cinsiyet arasındaki ilişkiye bakıldığında TSB ile aynı sonuçların olduğu görülmüştür. Kadınların öz-şefkat düzeyi erkeklerden daha fazladır. Literatürde ise bu sonuçları destekleyen çalışmaların yanı sıra tam tersi olan çalışmalar da vardır. Örneğin, Neff ve ark. (2003) kadınların erkeklere oranla daha düşük öz-şefkate sahip olduğunu tespit etmişlerdir. Bu sonucu ise kadınların daha fazla öz-yargılama yaptıklarına ve olumsuz yaşam olaylarıyla karşılaştıklarında kendilerini yalnız hissetmelerıyla ilişkilendirmişlerdir. Kadınların öz-şefkat düzeyinin erkeklere göre daha fazla olduğunu söyleyen çalışmalarda bulunmaktadır (Bolat, 2013; Helminen, Scheer ve Felver, 2021). Bu çalışmada temel inançlar değişkeni erkek katılımcılarda kadın katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur. Literatürde temel inançlarda sarsılma kavramı henüz yeni olduğundan dolayı yeterli çalışmaya ulaşılamamıştır. Yalnızca geliştirilen ölçekte cinsiyet değişkeni ele alınmış olup bu çalışmada da kadınların temel inançlarındaki sarsılmanın daha fazla olduğu bulunmuştur. Fakat bu bulgu araştırmacılar tarafında da pek desteklenmemiştir. Kişinin temel inançları bilişsel bir süreç olduğundan dolayı cinsiyetle ilişkilendirilmemesi gerektiği vurgulanmıştır (Cann ve ark. 2010).

Medeni durum ile değişkenler arasındaki ilişkiye bakıldığında bekarların travma sonrası büyüme ve öz-şefkat düzeyleri evlilerden daha yüksek iken temel inançlar

düzeyi evlilerde daha yüksek bulunmuştur. Literatürde bu değişkenlerle medeni durum arasında tam bir sonuca varılamamıştır. Literatürde TSB ile medeni durum arasında çoğunlukla anlamlı bir ilişki bulunmazken diğer çalışmalarda da evli olmanın sosyal destek açısından koruyucu bir faktör olduğundan dolayı TSB düzeyleri evli kişilerde daha yüksek bulunmuştur (Bellizzi ve Blank, 2006; Aras, 2021). Literatürdeki öz-şefkat ve medeni durum arasındaki ilişkiye bakıldığında da yine benzer sonuçlar görülmektedir. Öz-şefkat daha çok üniversite öğrencileri ve genç yetişkinlerde araştırıldığından dolayı medeni durumla ilişkisi tam olarak belirlenmemiştir. Çoğunlukla evli kişilerin öz-şefkat düzeyleri bekarlardan daha yüksek bulunmuştur (Peker, 2017; Atlı, 2019). Bu bulguda evliliğin sevgi, saygı ve destek olma bakımından önemli bir faktör olduğuyula açıklanmıştır. Öztürk (2017) yaptığı çalışmada ise medeni durum ve öz-şefkat arasında herhangi bir ilişki bulmamıştır. Bu çalışmada da bakım verenlerin evliliği olumsuz etkilendiğinden dolayı öz-şefkatlerinin daha düşük olduğu düşünülmüştür. Temel inançlar ve medeni durum arasında da literatürde yeterli çalışma bulunmazken çoğunlukla bir ilişki bulunamamıştır (Özyanık ve Tarlacı, 2023).

Katılımcıların yaşı ile değişkenler arasındaki ilişkiye bakıldığında ise TSB ve öz-duyarlılık düzeyleri genç katılımcılarda daha fazla iken temel inançlar düzeyi 44-56 yaş grubunda daha yüksek bulunmuştur. Literatürde yaş ile TSB arasında negatif ilişki bulan çalışmalar bulunmaktadır (Kimhi ve ark. 2010). Bunun yanında 18-30 ve 30-60 yaş aralığında olan kişilerle yapılan bir çalışmada ise TSB açısından herhangi bir farklılık görülmemiştir (Gökmen ve Deniz, 2020; Çimen, 2020). Yapılan bir çalışmada öz-şefkat ve yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Werner ve ark. 2012). Ülkemizde Kıcalı (2015) tarafından yapılan bir çalışmada ise yaşın artmasıyla öz şefkat düzeyinin düştüğü tespit edilmiştir. Literatürde temel inanç düzeyi ve yaş arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Sebuktekin, 2018). Buna ek olarak temel inançlar ile ilgili çalışma sayısı fazla olmadığından dolayı yeterli veriye ulaşılamamaktır fakat ilişkili olduğu çalışmalarda vardır (Özyanık ve Tarlacı, 2023).

Eğitim durumu ve değişkenler arasındaki ilişkiye bakıldığında ise TSB ve öz-şefkat düzeyi üniversite ve lisansüstü mezunlarında daha fazla iken temel inanç düzeyi en fazla ortaöğretim mezunlarında olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızın aksine Bellizzi ve Blank (2006) tarafından yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi düşük meme kanserli hastaların daha fazla büyüme yaşadığı bulunmuştur. Bunun yanında çalışmamızı

destekler nitelikte sonuçlar da bulunmaktadır. Örneğin, yapılan bir çalışmada yüksek eğitim ve gelir seviyesi olan kişilerin travma sonrası büyüme düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Linley ve Joseph, 2004;Gökmen ve Deniz, 2020). Genel bir ifadeye ulaşabilmek adına değişkenlerle ilgili daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir. Literatürde öz-şefkatin eğitim durumuyla anlamlı ilişkisi olmadığına dair çalışmalar çoğunluktadır (Çoban, 2021;Tekcan,2018). Bu değişkenlerin arasındaki ilişkinin bulunabilmesi için farklı örneklem gruplarında çalışılması gerektiği önerilmektedir. Temel inanç düzeyi ve eğitim düzeyi arasındaki ilişkiyi yorumlayabilmek adına yeterli çalışmaya ulaşılamamıştır.

Çalışma durumu ve araştırmanın değişkenleri arasındaki ilişkiye bakıldığında TSB ve öz-şefkat düzeyleri çalışan grupta daha yüksek iken temel inançlar düzeyi çalışmayan grupta daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızı destekler nitelikte Bellizzi ve Blank (2006) tarafından yapılan çalışmalarda yarı zamanlı veya tam zamanlı olarak çalışan kadınların TSB'nin tüm alt boyutlarında daha yüksek büyüme yaşadıklarını bildirmişlerdir. Yapılan bir çalışmada öz-şefkatin bilinçlilik, öz yargılama ve paylaşımların bilincinde olma alt boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Çetinkaya, 2022). Yine başka bir çalışmada çalışma durumu ve öz-şefkat ilişkili bulunmuştur (Eller ve ark. 2014). Yapılan çalışmalarda temel inanç düzeyi kişinin çalışma durumuyla ilişkili bulunmamıştır (Özyanık ve Tarlacı, 2023).

Katılımcıların bakım verdiği hastaların sahip oldukları hastalık evreleri araştırmanın değişkenleriyle ilişkili bulunmuştur. Evre 1 ve evre 2 kanser hastasına bakım veren kişilerin TSB ve öz-şefkat düzeyleri daha yüksek iken evre 4 kanser hastasına bakım veren kişilerin temel inançlar düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Hastalık evresinden bahsederken yapılan çalışmalarda hastalığın diğer organlara yayılımı göz önünde bulundurulmuştur. Bu doğrultuda yapılan bir çalışmada bölgesel kanseri (evre 1) olan hastalarda TSB düzeyi invazif olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulguda hastanın hastalığı tehdit edici olarak algılamamasına bağlanmıştır (Andrykowski ve ark. 2000;Tomich ve Helgeson, 2004). Bu çalışmada da aynı doğrultuda değerlendirilebilir. Evre 1 hastalığa sahip kişiler daha az yan etki ve kısa sürede hastalığı atlattığıdır. Bu da bakım veren kişi açısından bakım verme yükünü azaltmaktadır. Başka bir çalışmada ise evre arttıkça belli bir zamana kadar TSB düzeyinin arttığını fakat daha sonrasında azaldığını bildirmişlerdir (Lechner ve ark.,

2003; Mols ve ark., 2009). Öz-şefkat ve hastalık evresi arasındaki ilişkiyi yorumlamak için yeterli çalışmaya ulaşılamamıştır. Fakat TSB için geçerli olan durum öz-şefkat için de söylenebilir. Hastalığın tehdit edici olarak algılanmaması kişinin kendine dönmesi ve şefkat göstermesiyle açıklanabilir. Son evrede olan kişilere bakım verenlerin de uzun ve yorucu bir süreçten geçmelerinden dolayı kendilerine ve diğerlerine yönelik inançları daha fazla sorgulayacağı düşünülmektedir. Genelleme yapabilmek adına temel inançlar değişkeninin daha çok kanser hastası ve bakım veren kişilerle çalışılması önemli olacaktır.

Hastanın yakınlık derecesiyle çalışmanın değişkenleri arasındaki ilişki araştırıldığında ise hastanın anne veya babası olan kişiler diğer katılımcılardan daha fazla TSB ve öz-şefkat bildirmişlerdir. Hastanın arkadaşı, kuzeni vb. olan kişiler ise daha fazla temel inançlarda sarsılma yaşamışlardır. Yapılan bir çalışmada hastanın yakınlık derecesiyle TSB arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Köroğlu, 2021). Kanser, şizofreni ve Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerle yapılan bir başka çalışmada ise bakım verme süresinin ve yakınlığın beraber TSB üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturduğu bulunmuştur (Toker, 2017). Literatürdeki başka bir çalışmada ise en az bir yıldır kanser tanısı almış olan 11-19 yaş arası çocuk, 146 anne ve 107 baba ile yapılan bir çalışmada ise en fazla TSB'yi anne babaların yaşadığı tespit edilmiştir (Barakat, 2006). Öz-şefkat ve hastanın yakınlık derecesiyle ilgili yapılan çalışmaların yeterli olmadığı görülmüştür. Öz-şefkat kavramı literatürde bakım verme yüküyle ilgili olarak çalışılmıştır (Xu, Zhang ve Wang, 2020). Temel inançlarda sarsılma düzeyi değişkeni bakım verme değişkeniyle hiç çalışılmamıştır. Yapılan bu çalışma alanyazın için önemli olacaktır.

Katılımcıların yakınlarına bakım verme süresi ve çalışmanın değişkenleri arasında ilişki de araştırılmıştır. Bunun sonucunda yakınına 0-11 ay bakım veren kişilerin TSB ve öz-şefkat düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. 1-2 yıl arası bakım veren kişilerinde temel inanç düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada hastaya bakım verme süresi ve TSB arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır fakat günlük hastaya 2 saat ve üstü bakım veren kişilerin TSB alt boyutlarından diğer kişilerle olan ilişkilerde değişim, yaşam felsefesindeki değişim puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Toker, 2017). Hastaya kısa süre bakım veren kişilerin yıpranma ve zorlayıcı deneyimleri daha az olacağından dolayı öz-şefkat düzeylerinin de daha yüksek olduğu

düşünülmektedir. Hastaya daha uzun bir süre bakım verenler kişilerin ise yaşadıkları stres ve yorucu deneyimlerden dolayı kendi ve diğerlerine yönelik temel inançlarını daha fazla sorguladıkları düşünülmektedir. Öz-şefkat ve temel inanç düzeyleri ile bakım verme süresi arasındaki ilişkiyi yorumlayabilmek adına daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

Araştırmanın değişkenleri arasındaki ilişkiye bakıldığında ise TSB ile öz-şefkat arasında pozitif bir ilişki varken TSB ve temel inançlar arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Bunun yanında öz-şefkat ve temel inançlar arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Literatürde de araştırmamızın bulgularını destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin, 18-60 yaş aralığında olan 204 yetişkin birey ile yapılan bir çalışmada katılımcıların öz-anlayış ve affetme düzeyi arttıkça TSB puanları da artmaktadır (Gökmen ve Deniz, 2020). 2021-2022 yılları arasında bir yakını kaybeden 307 kişiyle yapılan bir çalışmada duygusal şemalar, öz anlayış ve TSB arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Öz-anlayış ve TSB arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu bildirilmiştir (Arslantürk, 2022). Etnik açıdan farklı 601 üniversite öğrencisinin katıldığı bir çalışmada yaşadıkları olumsuz bir olayı düşünerek TSB ve öz-şefkat ölçeklerini doldurmaları istenmiştir. Araştırmanın sonucunda negatif öz-şefkat TSB ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada pozitif öz-şefkat bileşeni dolaylı olarak TSB üzerinde etkili olduğu görülmüştür (Wong ve Yeung, 2017). Öz-şefkatin önemli bir bileşeni olan bilinçli farkındalık ve TSB arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada polis memurları örneklem olarak seçilmiştir. Araştırma sonucunda bilinçli farkındalık ve TSB arasında anlamlı bir ilişki bulunmuşlardır (Chopko ve Schwatz, 2009). Kayıp yaşantısıyla ilgili yapılan bir çalışmada katılımcılar yakını uyuşturucu kullanımından dolayı kaybetmişlerdir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre öz-şefkat umuttan bağımsız olarak TSB için yordayıcı bir rolü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Sperandio ve ark. 2021). Çin’de Ya’an depreminden sonra ergenlerle beraber öz-şefkat ve TSB kavramları çalışılmıştır. Çalışma sonucunda öz-şefkatin TSB ile dolaylı olarak bir etkisi olduğu bulunmuştur (Liu, Wang ve Wu, 2021). Kalp krizi geçirmiş bireylerle yapılan bir başka çalışmada ise TSB ve öz-şefkat ilişkisi araştırılmıştır. Bunun sonucunda öz-şefkatin alt boyutlarından olan öz-nezaket TSB’nin tüm alt boyutlarıyla anlamlı pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Yine öz-şefkatin bilinçli farkındalık alt boyutu ile TSB’nin kişisel güç hissinde artma ve diğer insanlarla ilişkilerde olumlu

değişim alt boyutu ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif ilişki tespit edilmiştir (Çolakoglu, 2013). 18-59 yaş arasındaki herhangi bir travmatik deneyim yaşayan 304 kişiyle yapılan bir çalışmada ise yine aynı sonuçlar elde edilmiştir. Yaşanılan travmatik deneyim sonrası travma sonrası stres ve büyüme arasında öz-şefkatin aracı bir rolü olduğu ve tüm değişkenlerin birbiriyle anlamlı bir ilişkisi olduğu bulunmuştur (Tekcan, 2018).

Araştırmamızın diğer önemli bulgularından biri de TSB ve temel inançlar arasında anlamlı negatif bir ilişkinin olduğudur. Bulgular bölümünde bu sonuç açıklanırken de yeterli araştırmanın olmadığı söylenmiştir. Literatürde var olan çalışmalar temel inançlardaki sarsılmanın fazla oluşu TSB ile ilişkili bulunmuştur (Losavio ve ark.2011;Tedeschi, 2011). Yaşanılan travmatik deneyimler sonrası kişiler kendilerine ve diğerlerine yönelik varsayımla sorgular ve bu varsayımlarda değişiklikler yaşarlar. Varsayımlardaki ve bilişsel süreçlerdeki bu değişimlerin TSB için önemli bir süreç olduğu literatürde sıklıkla belirtilmiştir. Losavio ve ark. (2011) yaptığı çalışmada 82 kişiden bir hafta boyunca gün içerisinde yaşadıkları en kötü olayları not etmeleri istenmiş ve yaşadıkları bu kötü olayları ne ölçüde sorguladıklarını ve yaşadıkları olay sonucunda olumlu değişim yaşayıp yaşamadıklarını kaydetmeleri istenmiştir. Araştırmanın sonucunda ise katılımcıların inançlarında yaşadıkları bu bozulmalar ve büyüme düzeyleri arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Ülkemizde yapılan TSB ve temel inançlar arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada 18-65 yaş arası 660 kişi katılmıştır. Araştırma sonucunda katılımcıların yaşadıkları toplumsal travmanın kişilerin gelişimine katkı sağladığı (%67.7) ve yaşadıkları bu travma sonrası temel inançlarında da sarsılmalar yaşadıkları belirtilmiştir (%67.6) (Özyanık ve Tarlacı, 2023). Kauffmanve ve ark. (2022) kişinin temel inançlarında yaşadığı zorlanmaların iyileşme ve büyüme sürecine katkı sağladığını ifade etmişlerdir. Kişi yaşadığı bu zorlanma ve sarsılmalarla sağlıklı başa çıkma yöntemlerini öğrenerek gelişimine katkı sağlayabilir fakat bazen tam tersi de olabilir. Kişinin yaşadıkları temel inançlarını yüksek düzeyde sarsabilir ve bu da gelişimine engel olabilir. Bu bulguyu destekleyebilmek için literatüre daha fazla çalışma eklenmelidir.

Kişi yaşadığı olumsuz yaşam olayı sonrası kendine ve diğerlerine yönelik varsayımları ile çok meşgul olursa olumsuzluk üzerinde odaklanmış olup karşısına çıkacak olan fırsatların farkına varmayabilir. Bakım verme süreci de kişinin kendine ve

başkalarına yönelik temel inançlarında son derece sarsılmalar yaratabilir. Kişi yaşadığı bu zorlu süreçte hayatın adil olmadığını, başına gelen bu olayda kontrolü olmadığını, diğer insanlarla olan ilişkilerini, yeteneklerini ve bakım verme sürecinden dolayı güçlü ve zayıf yönlerini ciddi şekilde sorgulayabilir. Bu sorgulamanın ve sarsılmanın fazla oluşu da TSB'nin önünde bir engel olarak görülebilir. Kişi yaşadığı bu bakım verme sürecinin herkesin başına gelebileceğine inanarak kendine şefkat gösterdiği takdirde TSB'yi daha fazla yaşayabilecektir.

Araştırmamızın son önemli bulgusu ise temel inançlar ve öz-şefkat arasında negatif bir ilişkinin olduğudur. Bu bulguyu destekleyen ülkemizde yapılan bir çalışmada kayıp yaşantısı olan 18 yaş ve üzeri 475 kişiyle yapılan bir çalışmada temel inançların sarsılma düzeyi ile öz-şefkat arasında negatif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yani kişilerin öz-şefkati düştükçe diğerlerine ve kendilerine yönelik temel inançlarınsa sarsılma düzeyi artmaktadır. Yapılan korelasyon analizi sebebiyle bu bulgunun nedeni tam olarak açıklanamamıştır. Literatürde doğrudan bu iki değişkeninin arasındaki ilişkiye bakan bir çalışma yer almamaktadır (Gün, 2021).

Düşük öz-şefkat düzeyine sahip kişiler yaşanan acı verici yaşam olaylarını insanlığın ortak deneyimi olarak görmektense olayları daha çok kişiselleştirirler. Olayı kabullenmek yerine daha çok kendine ve diğerlerine yönelik eleştirilerde bulunurlar. Başlarına gelen bu yaşam olayında bir fayda görmektense kendilerini olumsuz yönde etiketlemeyi tercih ederler (Gün, 2021).

BÖLÜM 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya online olarak Kanserle Dans Derneği'nden meme veya jinekolojik kanser tanısı olan hastalara bakım verenler gönüllü olarak katılım sağlamıştır. Bakım veren kişilerin öz-şefkat düzeylerinin ve temel inançlarının TSB ile ilişkili olup olmadığı araştırılmıştır. Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, hastaya bakım verme süresi gibi verilerinde değişkenlerle ilişkili olup olmadığı araştırılmıştır.

Bu araştırma hazırlanırken alınan bir tanının sadece hastayı değil yakınına da etkilediği ve bu etkilenmenin sadece olumsuz değil olumlu etkilerinin de olabileceği motivasyonu hazırlanmıştır.

Katılımcıların aldıkları puanlara bakıldığında TSB ile öz-şefkatin pozitif yönde anlamlı ilişkili olduğu ve temel inançlarla ise negatif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Ayrıca temel inançlar ve öz-şefkat arasında da negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı sonuç çıktığı tespit edilmiştir.

Travma sonrası büyüme, öz-şefkatin alt boyutları olan “Öz-sevecenlik”, “Paylaşımların Bilincinde Olma”, “Bilinçlilik” ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. TSB, temel inançların alt boyutlarından olan “Diğer İnsanlara Yönelik Temel İnançlar” ve “Kendiliğe Yönelik Temel İnançlar” ile istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki olduğu görülmüştür.

Demografik verilere bakıldığında araştırmanın değişkenleri ile aralarında anlamlı bir farklılığın olduğu görülmüştür. Kadınların erkeklere oranla TSB ve öz-şefkat düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Erkeklerin ise temel inançlarında sarsılma düzeyi daha fazladır. Üniversite ve lisansüstü mezunlarının TSB ve öz-şefkat düzeyleri diğer eğitim düzeylerinden daha yüksek bulunmuştur. Bekarların evlilere göre TSB ve öz-şefkat düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Evlilerin temel inançlarında sarsılma düzeyleri daha fazla bulunmuştur. Genç yaştaki katılımcıların TSB ve öz-şefkat düzeyleri daha yüksektir. Evre 1 ve 2 hasta yakını olan kişilerin TSB ve öz-şefkat düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Evre 4 hasta yakını olan kişilerin temel inançlarındaki sarsılma düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Hastaların anne-babası olan katılımcıların TSB ve öz-

şefkat düzeyleri daha yüksek iken hastanın arkadaşı, kuzeni vb. olan kişilerin temel inançlarında daha fazla sarsılma yaşamışlardır.

Öneriler

Bu çalışmada meme veya jinekolojik kanser tanısı olan hastalara bakım verenlerin öz-şefkat ve temel inançlarının travma sonrası büyüme ile ilişkisi araştırılmıştır. Literatürde bakım verme süreciyle ilgili yeterli çalışmanın olmadığı görülmüştür. Bu sebeple, literatüre hastanın yaşadığı süreçlere ek olarak bakım verenlerinde yaşadığı hem olumlu hem olumsuz değişimleri araştıran çalışmalar eklenmelidir. Bu çalışmada sadece meme veya jinekolojik kanser hastalarına bakım verenler yer almaktadır. Bir sonraki çalışmalarda diğer kanser tanısı olan hastalara bakım verenlerde yer alabilir. Yapılacak sonraki çalışmalarda bakım veren kişiler 1. derece ve 2.derece yakınlar olarak ayrılabilir.

Bu alanda çalışacak olan klinik psikologlar ise kanser hastası birine bakım veren kişilerle çalıştığında kişinin yaşadığı bu süreci anlamlandırmasına yardımcı olabilir. Kişi bu süreçle baş ederken çeşitli stratejiler geliştirebilir. Öz-şefkatin danışana aktarılmasıyla birlikte danışan süreçle daha kolay bir şekilde baş edebilecektir.

KAYNAKLAR

1. Abdollahi, A., Taheri, A., & Allen, K. A. (2020). Self-compassion moderates the perceived stress and self-care behaviors link in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 29(5), 927-933.
2. Acar, G. B. (2019). *Adjuvan Kemoterapi Alan Meme Kanserli Kadınlara Roy Adaptasyonmodeline Göre Verilen Semptom Yönetimi Danışmanlığının Fonksiyonel Duruma Etkisi* (Doctoral dissertation, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
3. Akcan, G. (2018). Travma sonrası büyüme: Bir gözden geçirme. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 3(3), 61-70.
4. Akçay Civriz, G. (2019). *Suriyeli sığınmacı kadınlarda psikolojik dayanıklılık ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ilişkisinin incelenmesi* (Master's thesis, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).
5. Aker AT, Işık E. Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal travmaya yaklaşım. Akdeniz F, editör. *Aile Hekimleri İçin Psikiyatri'de*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2017:119-50.
6. AKIN, Ü., Ahmet Akın ve Ramazan Abacı, (2007). *Öz Duyarlık Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 33, 0110.
7. Akyolcu, N., Özhanlı, Y., & Kandemir, D. (2019). Meme kanserinde güncel gelişmeler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(3), 583-594.
8. Altun, G. (2021). *Geç ergenlik döneminde ebeveyn tutumları ile yaşam doyumu ve öz şefkat arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
9. American Cancer Society (2011) Global cancer facts and figures, 2nd edn. American Cancer Society, Atlanta
10. American Cancer Society. *CancerFactsandFigures2017-2018*. American Cancer Society, Atlanta, 2017.
11. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı*. Beşinci Baskı. Köroğlu E, (Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
12. Andrykowski MA, Cordova MJ, McGrath PC et al. Stability and Change in Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Following Breast Cancer Treatment: A 1-Year Follow-Up. *Psycho-Oncology* 2000;9: 69-78.
13. Aras, M. (2021). *Meme kanseri hastalarında travma sonrası büyüme ve hastaların büyüme sonrası gelişimini etkileyen faktörlerin incelenmesi* (Master's thesis, İbn Haldun Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
14. Arıcı, N. (2014). Travmatik yas sorununda aile dayanıklılığı programının kadınlardaki travma sonrası stres, yas ve aile dayanıklılığı düzeylerine etkisi.

15. Aslantürk, A. (2022). *Yas yaşantısında travma sonrası büyümenin yordayıcıları olarak duygusal şemalar ve öz anlayış*(Master's thesis, Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü).
16. Atak, P. (2018). *Cerrahi operasyon geçirmemiş jinekolojik onkoloji hastalarında üriner inkontinans değerlendirmesi*(Master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
17. Atlı, F. (2019). *Öğretmenlerin öz-anlayışları ile mesleki tükenmişlikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Master's thesis, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı).
18. Barakat PL, Alderfer AM, Kazak EA. Posttraumatic Growth in Adolescent Survivors of Cancer and Their Mothers and Fathers. *Journal of Pediatric Psychology*. 31(1): 413-19, 2006.
19. Basharpour, S., Mowlaie, M., & Sarafrazi, L. (2021). The relationships of distress tolerance, self-compassion to posttraumatic growth, the mediating role of cognitive fusion. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 30(1), 70-81.
20. Bayar, Ö. ve Tuzgöl Dost, M. (2018). Üniversite öğrencilerinde öz-şefkatin yordayıcıları olarak bağlanma tarzı ve algılanan sosyal destek. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 33(3), 689-704.
21. Bayram, K. (2022). *Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi ve Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme* (Master's thesis, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
22. Bellizzi KM, Blank TO. Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology* 2006; 25: 47-56.
23. Bilgiç, S. (2011). Travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu ile uyum bozukluğunun klinik açıdan karşılaştırılması.
24. Black KZ, Eng E, Schaal JC, Johnson LS, Nichols HB, Ellis KR, et al. The other side of through: young breast cancer survivors' spectrum of sexual and reproductive health needs. *Qualitative Health Research*. 2020;30(13):2019- 2032.
25. Bolat, Z. (2013). Üniversite öğrencilerinin psikolojik sağlık ve öz-anlayışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.
26. Bonanno GA, Westphal M, Mancini AD. 2011. Resilience to loss and potential trauma. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 7(1):511–35
27. Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Vishnevsky, T. and Danhauer, S.C. (2010). The core beliefs inventory: A brief measure of disruption in the assumptive world. *Anxiety, Stress, & Coping: An International Journal*, 23(1), 19-34. doi: 10.1080/10615800802573013
28. Chan, B. S. M., Deng, J., Li, Y., Li, T., Shen, Y., Wang, Y., & Yi, L. (2020). The role of self-compassion in the relationship between post-traumatic growth and psychological distress in caregivers of children with autism. *Journal of Child and Family Studies*, 29(6), 1692-1700.

29. Chopko, B. A. ve Schwartz, R. C. (2009). The Relation Between Mindfulness and Posttraumatic Growth: A Study of First Responders to Trauma-Inducing Incidents. *Journal of Mental Health Counseling*. 31.4, 363-376.
30. Cordova, MJ, Cunningham, LLC, Carlson CR et al. Posttraumatic Growth Following Breast Cancer: A Controlled Comprasion Study. *Health Psychology* 2001; 20: 176-185.
31. Crosbie EJ, Einstein MH, Franceschi S, Kitchener HC. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet* 2013;382(9895):889-99.
32. Çakı, E. (2020). *Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yatarak tedavi gören çocuk hastaların annelerinde travma sonrası stres bozukluğu ve majör depresif bozukluk* (Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
33. Çamlı, N. (2019). Meme kanserli hastalarda stigmanın (damgalanmanın) psikiyatrik morbidite ve travma sonrası büyüme ile ilişkisi.
34. Çetinkaya, E. (2022). *Psikolojik esneklik, öz şefkat, algılanan stres ve evlilik kalitesinin bazı demografik değişkenler ve aralarındaki ilişki açısından incelenmesi* (Master's thesis, Ufuk Üniversitesi).
35. ÇİMEN, S. (2020). Öldürmeyen acı güçlendirir mi? Travma sonrası büyüme ve kolektivistik başa çıkma stillerinin ilişkisi. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 3(5), 158-174.
36. ÇOBAN, Y. (2021). Öz-Şefkat ile İlişki Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Muş Alparslan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(2), 128-139.
37. Çolakoğlu, T. (2013). *Kalp krizi geçirmiş bireylerde travma sonrası gelişim ile öz duyarlılık arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul.
38. Dahm, K. A., Meyer, E. C., Neff, K. D., Kimbrel, N. A., Gulliver, S. B., & Morissette, S. B. (2015). Mindfulness, self-compassion, posttraumatic stress disorder symptoms, and functional disability in US Iraq and Afghanistan war veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 28(5), 460–464.
39. Danhauer, S. C., Russell, G. B., Tedeschi, R. G., Jesse, M. T., Vishnevsky, T., Daley, K., . . . Cann, A. (2013b). A longitudinal investigation of posttraumatic growth in adult patients undergoing treatment for acute leukemia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(1), 13-24.
40. Demir, F. (2018). *Edirne'de kadınların serviks kanseri riski ve serviks kanseri taramaları konusunda bilgi, tutum ve inançları* (Master's thesis, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
41. DeSantis C, Howlader N, Cronin KA, Jemal A (2011) Breast cancer incidence rates in US women are no longer declining. *Cancer Epidemiol Biomark Prev* 20:733–799
42. De Vita VT, Lawrence TS Jr, Rosenberg SA and 404 Authors. *Cancers Principles & Practice of Oncology*. 10th ed. USA: Wolters Kluver, 2015.
43. Duman, N. (2019). Travma sonrası büyüme ve gelişim. *Uluslararası Afro-Avrasya Araştırmaları Dergisi*, 4(7), 178-184.

44. Dürü, Ç. (2006). Travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyümenin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi ve bir model önerisi. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*. Hacettepe Üniversitesi.
45. Eller, L. S., Rivero-Mendez, M., Voss, J., Chen, W. T., Chaiphibalsarisdi, P., Iipinge, S., ... & Brion, J. M. (2014). Depressive symptoms, self-esteem, HIV symptom management self-efficacy and self-compassion in people living with HIV. *AIDS care*, 26(7), 795-803.
46. Erkan, M. (2019). Kanser Sonrası Sağ Kalan Bireyler ve Bakım Verenlerinde Psikolojik Sağlık ve Üstbilişlerin Nüks Korkusu İle İlişkisi.
47. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015;136(5):359-86.
48. Forouzanfar MH, Foreman KJ, Delossantos AM, Lozano R, Lopez AD, Murray CJL, Naghavi M (2011) Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *Lancet* 378:1461–1484
49. Freedle, A., & Kashubeck-West, S. (2021). Core belief challenge, rumination, and posttraumatic growth in women following pregnancy loss. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13(2), 157.
50. Gedik Yeşilyurt, E. (2022). Tutuklu hükümlülerde kendine zarar verme davranışının çocukluk örselenme yaşantıları, duygu düzenleme güçlüğü ve öz-şefkat ile ilişkisi.
51. Gençtürk N. Meme kanserinde korunma. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007, 10: 4.
52. Goldmann E, Galea S. Mental health consequences of disasters. *Annu Rev Public Health* 2014;35:169-83.
53. Gökmen, G., & Deniz, M. E. (2020). Travma Sonrası Büyümenin Yordayıcıları Olarak Öz-Anlayış ve Affetme. *Uluslararası Türk Kültür Coğrafyasında Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(2), 72-93.
54. Gündoğdu, F. (2019). *Radyoterapi Alan Meme Kanseri Kadınlarda İki Farklı Yöntemle Uygulanan Nefes Egzersizinin Yorgunluk ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma* (Doctoral dissertation, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
55. Gün, M. (2021). Ölüme Bağlı Kayıp Yaşantısı Olan Kişilerde Travma Sonrası Büyüme Yordayan Değişkenlerin İncelenmesi: Temel İnançlar, Ruminasyonlar Ve Öz-Şefkat.
56. Haselden, M. (2014). Üniversite öğrencilerinde travma sonrası büyümeyi yordayan çeşitli değişkenlerin Türk ve Amerikan kültürlerinde incelenmesi: Bir model önerisi.
57. Haspolat, A. (2019). *Travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyüme: Temel inançlardaki değişim, ruminasyonlar ve bilgece farkındalığın rolü* (Master's thesis, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
58. Helminen, E. C., Scheer, J. R., & Felver, J. C. (2021). Gender differences in the associations between mindfulness, self-compassion, and perceived stress reactivity. *Mindfulness*, 12, 2173-2183.

59. Inci, H., Inci, F., Ersoy, S., Karatas, F., Adahan, D. (2020). Self-Esteem, Metacognition, and Coping Strategies in Cancer Patients: A Case-Control Study. *J Can Res Ther*, DOI: 10.4103/jcrt.JCRT_618_19
60. Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*, 15(1), 30-34.
61. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward, E. Cancer Statistics. *Ca Cancer J Clin*. (2010). 60(2), 277-300.
62. Joseph S, Linley PA. Psychological assessment of growth following adversity: a review. In: Joseph S, Linley PA, eds. *Trauma, Recovery and Growth*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons; 2008:21-36. Cordova MJ, Andrykowski MA. Responses to cancer di
63. Kaplan, N. (2019). *Brakiterapi alan jinekolojik kanserli hastaların cinsel fonksiyon durumlarının değerlendirilmesi* (Master's thesis, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
64. Kapıcıbaşı EA. Çalışan kadınlarda meme kanseri tarama davranışları ve sağlık inançları, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2016, 29-31.
65. Karaman, Ö., & Tarım, B. (2018). Travma Sonrası Büyüme, Sosyal Problem Çözme ve İyimserlik Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (20), 190-198.
66. Karataş, Z. (2020). COVID-19 pandemisinin toplumsal etkileri, değişim ve güçlenme. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 3-17.
67. Kardaş, F., & Tanhan, F. (2018). Van depremini yaşayan üniversite öğrencilerinin travma sonrası stres, travma sonrası büyüme ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. *Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15(1), 1-36.
68. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E. Posttraumatik Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry*.1995;52:1048-1060.
69. Khursheed, M., & Shahnawaz, M. G. (2020). Trauma and post-traumatic growth: Spirituality and self-compassion as mediators among parents who lost their young children in a protracted conflict. *Journal of religion and health*, 59(5), 2623-2637.
70. KICALI Ünzile Özge, Öz Şefkat ve Tekrarlayıcı Düşünmenin Olumsuz Duygulanım ve Depresyon İle İlişkilerinin İncelenmesi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Fakültesi, İstanbul, 2015 (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
71. Kim, I., & Oh, W.-O. (2019). Predictors of posttraumatic growth among university students who experienced a recent earthquake. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(2), 176-184.
72. Kimhi, S., Eshel, Y., Zysberg, L., & Hantman, S. (2010). Postwar winners and losers in the long run: Determinants of war related stress symptoms and posttraumatic growth. *Community mental health journal*, 46, 10-19.
73. Kokka F, Bryant A, Brockbank E, Jeyarajah A. Surgical treatment of stage IA2 cervical cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(5):CD010870.
74. Köroğlu, İ. (2021). *Yas deneyimi yaşamış bireylerde travma sonrası büyümeyi yordayan değişkenler: Geçmiş yas deneyimleri, kontrol odağı ve psikolojik belirtiler* (Master's thesis, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).

75. Lechner, S. C., Zakowski, S. G., Antoni, M. H., Greenhawt, M., Block, K., & Block, P. (2003). Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit finding in cancer patients? *Psycho-Oncology*, 12(5), 491-499.
76. Leppma, M., Mnatsakanova, A., Sarkisian, K., Scott, O., Adjeroh, L., Andrew, M. E., ... & McCanlies, E. C. (2018). Stressful life events and posttraumatic growth among police officers: A cross-sectional study. *Stress and Health*, 34(1), 175-186.
77. Lindstrom, C. M., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 50.
78. Linley, P. A. ve Joseph, S. (2004). Positive Change Following Trauma Adversity: A Review. *Journal of Traumatic Stress*. 17.1, 11-21.
79. Liu, Y., Li, Y., Chen, L., Li, Y., Qi, W., & Yu, L. (2018). Relationships between family resilience and posttraumatic growth in breast cancer survivors and caregiver burden. *Psycho-oncology*, 27(4), 1284-1290.
80. Liu, A., Wang, W., & Wu, X. (2021). Self-compassion and posttraumatic growth mediate the relations between social support, prosocial behavior, and antisocial behavior among adolescents after the Ya'an earthquake. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1864949.
81. Losavio, S. T., Cohen, L. H., Laurenceau, J. P., Dasch, K. B., Parrish, B. P. and Park, C. L. (2011). Reports of stress-related growth from daily negative events. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(7), 760-785. <https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.7.760>
82. Manne S, Ostroff J, Winkel G et al. Posttraumatic Growth After Breast Cancer: Patient, Partner, and Couple Perspectives. *Psychosomatic Medicine* 2004; 66: 442-54.
83. Mols, F., Vingerhoets, A. J. J. M., Coebergh, J. W. W., & van de Poll-Franse, L. V. (2009). Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology and Health*, 24(5), 583–595.
84. Neff, K. D. (2022). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual Review of Psychology*, 74.
85. Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-102.
86. Neff, K. D. (2003a). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101.
87. Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L. Ve Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139-154.
88. Neff K. D. ve Tirsch D. (2013). Self-compassion and act. Kashdan T.B. ve Ciarrochi J. (Yay. haz.). *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: the seven foundations of well-being* içinde (s. 78–106). Oakland, CA: Context Press/New Harbinger Publications.
89. Onkoloji Hemşireliği. Can G (Editör). İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri;2014.s.763-840
90. Osterbur EF. Case-Control Studies of Vaginal and Vulvar Cancers and Gynecologic Screening: A SEER-Medicare Analysis (Dissertation). Illinois: University of Illinois at Urbana-Champaign;2012.

91. Özçelik M.F, Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları. (İçinde Bölüm 29: Meme Kanseri) Ankara, 2018.
92. Özen, Y. (2019). Psikolojik travmanın insanlık kadar eski tarihi. *The Journal of Social Science*, 1(2), 104-117.
93. Öztürk, Ş. (2017, Ağustos). *İlköğretim Birinci Kademe Öğretmenlerinde Öz-anlayış ile İşe Bağlı Gerginlik Düzeyleri arasındaki İlişki* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Toros Üniversitesi, Mersin.
94. ÖZYANIK, T., & TARLACI, S. (2023). Toplumsal Travma Döneminde Travma Sonrası Gelişim ve Temel İnançlardaki Sarsılmalar. *Gelişim ve Psikoloji Dergisi*, 3(6), 121-142.
95. Özyeşil, Z. (2011). Üniversite Öğrencilerinin Öz-Anlayış Düzeylerinin Bilinçli Farkındalık Kişilik Özellikleri ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi (Yayımlanmamış doktora tezi). Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
96. Park. C. L. (1998). Implication of posttraumatic growth for individuals. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic Growth: The Emergence of a New Paradigm in Crisis Theory* (pp. 153--177). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
97. Peker, E. (2017, Aralık). *Çocukluk Çağı Travmaları, Yetişkinlik Döneminde Bağlanma Biçimi ve Öz-anlayış Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul.
98. Pennington KP, Swisher EM. Hereditary ovarian cancer: beyond the usual suspects. *Gynecol Oncol*. 2012;124(2):347-53.
99. Rasmussen CL, Sand FL, Hoffmann Frederiksen M, Kaae Andersen K, Kjaer SK. Does HPV status influence survival after vulvar cancer? *Int J Cancer* 2018;142(6):1158-65.
100. Rider-Mundey, K., Nicholas, D., Kruczek, T., Tschopp, M., ve Bolin, J. (2018). Posttraumatic growth following cancer: The influence of emotional intelligence, management of intrusive rumination, and goal disengagement as mediated by deliberate rumination. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1–22. doi:10.1080/07347332.2018.1514449
101. Roepke, A. M., ve Seligman, M. E. P. (2014). Doors opening: A mechanism for growth after adversity. *The Journal of Positive Psychology*, 10(2), 107–115. doi:10.1080/17439760.2014.913669
102. Roberts, L., Banyard, V., Grych, J., & Hamby, S. (2019). Well-being in rural Appalachia: Age and gender patterns across five indicators. *Journal of Happiness Studies*, 20(2), 391-410.
103. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/483-serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html> Erişim 18.05.2019
104. Sarioğlu, G. (2022). Remisyon Dönemindeki Meme Kanseri Olan Kadınlarda Beden İmajı Algısı, Temel İnançlar ve Öz Anlayışın Psikolojik Sağlamlık ile İlişkisinin İncelenmesi.
105. Schaefer, J. A. ve Moos, R. H. (1992). Life crises and personal growth. B. N. Carpenter (Ed.), *Personal coping, theory, research, and application* (s. 149- 170) içinde. Westport, CT: Praeger.

106. Schellekens MP, Karremans JC, van der Drift MA, et al. (2017) Are mindfulness and self-compassion related to psychological distress and communication in couples facing lung cancer? A dyadic approach. *Mindfulness* 8(2): 325–336.
107. Sebuktekin, D. (2018). *Travma sonrası büyüme, temel inançlarda sarsılma ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Master's thesis, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).
108. Senkus E, Kyriakides S, Ohno S, Penault-Llorca F, Poortmans P, Rutgers E, et al. Primary breast cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2015; 24(6): 7-23.
109. Shigemoto, Y. ve Poyrazli, S. (2013). Factors related to posttraumatic growth in U.S. and Japanese college students. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(2), 128–134. <https://doi.org/10.1037/a0026647>
110. Society of Gynecologic Oncology. 2016 State of the State of Gynecologic Cancers. <https://www.sgo.org/> Erişim 19.05.2019.
111. Sperandio, K. R., Gutierrez, D., Kirk, M., Lopez, J., & Nathaniel Mason, W. (2021). Post-Traumatic Growth After the Drug-Related Death of a Loved One: Understanding the Influence of Self-Compassion and Hope. *The Family Journal*, 10664807211052479.
112. Solak Şimşek, N. (2019). *Lise öğrencilerinde öznel iyi oluş ve öz şefkat arasındaki ilişki* (Master's thesis, Eğitim Bilimleri Enstitüsü).
113. Sönmez, M. B. Depremin psikolojik etkileri, psikolojik destek ve korkuyla baş etme.
114. Şimşek, C. (2018). *Kanser hastalarında travma sonrası gelişim ve sosyal desteğin incelenmesi* (Master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
115. Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2015). Core beliefs shaken by an earthquake correlate with posttraumatic growth. *Psychological trauma: Theory, research, practice, and policy*, 7(6), 563.
116. Tanyi, Z., Mirnics, Z., Ferenczi, A., Smohai, M., Mészáros, V., Kovács, D., ... & Kövi, Z. (2020). Cancer as a source of posttraumatic growth: A brief review. *Psychiatria Danubina*, 32(suppl. 4), 401-411.
117. Tedeschi R, Calhoun L. 1995. *Trauma & Transformation: Growing in the Aftermath of Suffering*. Thousand Oaks, CA: SAGE
118. Tekcan, E. E. (2018). *Yetişkinlerde travma sonrası stres belirtileri ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide öz-şefkatin düzenleyici rolü* (Master's thesis, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
119. Thombre, A., Sherman, A.C., ve Simonton S. (2010). Posttraumatic growth among cancer patients in India. *Journal of Behavioral Medicine*, 33 (1), 15-20. doi:10.1007/s10865-009-9229-0
120. Thornton, A. A., and Perez, M. A. (2006). Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. *Psychooncology* 15, 285–296. doi: 10.1002/pon.953
121. Thornton AA ve Perez MA. Posttraumatic Growth in Prostate Cancer Survivors and Their Partners. *Psycho-Oncology* 2006; 15: 285-96.
122. Tomaszek, K., & Muchacka-Cymerman, A. (2020). Thinking about my existence during COVID-19, I feel anxiety and awe—The mediating role of

- existential anxiety and life satisfaction on the relationship between PTSD symptoms and post-traumatic growth. *International journal of environmental research and public health*, 17(19), 7062.
123. Tomich PL, Helgeson VS. Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychol* 2004; 23: 16-23.
124. Toker, S. (2017). Kanser, şizofreni ve alzheimer hastalarının bakım vericilerinde travma sonrası gelişimin incelenmesi (Master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
125. Topçu Korkusuz, M. (2019). 2004-2013 yılları arasında Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıbbi Onkoloji Kliniğine başvuran jinekolojik kanser vakalarının yaşam analizi (Master's thesis, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
126. Turgut A, Özler A, Sak M.E, Evsen M.S, Soydinç H.E, Alabalık U, Gül T. Jinekolojik Kanserli Olguların Retrospektif Analizi. 11 Yıllık Deneyim. *Journal Of Clinical And Experimental Investigations*. 2012; 3(2), 209-213.
127. Turan, M. (2021). Meme kanseri tanısında klinik meme muayenesinin etkinliği.
128. Turner-Sack AM, Menna R, Setchell SR. Posttraumatic growth, coping strategies, and psychological distress in adolescent survivors of cancer. *J Pediatr Oncol Nurs* 2012;29: 70-79.
129. Tünel, M., Vural, A., Evlice, Y. E., & Tamam, L. (2012). Meme Kanserli Hastalarda Psikiyatrik Sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi (Archives Medical Review Journal)*, 21(3): 189-219.
130. Utkan, N. Z. (2018). Meme kanseri. *TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ YETERLİLİK (BOARD) OKULU DERS NOTLARI*, 298.
131. UYANIK, N., & ÇEVİK, Ö. (2020). Öz-Şefkat Gelişiminde Bilişsel Formülasyonun Rolü. *International Journal of Current Approaches in Language, Education and Social Sciences*, 2(2), 660-674.
132. Vazquez, C., Valiente, C., García, F. E., Contreras, A., Peinado, V., Trucharte, A., & Bental, R. P. (2021). Post-traumatic growth and stress-related responses during the COVID-19 pandemic in a national representative sample: The role of positive core beliefs about the world and others. *Journal of Happiness Studies*, 22(7), 2915-2935.
133. Yarnell, L. M., Stafford, R. E., Neff, K. D., Reilly, E. D., Knox, M. C. ve Mullarkey, M. (2015). Meta-Analysis of Gender Differences in Self-Compassion. *Self and Identity*, 14(5), 1-22.
134. Yarış F, Şahin MK, Dikici MF. Aile hekimliğinde meme kanserlerine yaklaşım, *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 2014, (2): 46-54.
135. Yıldırım, M., & Tuğba, S. A. R. I. (2018). Öz-Şefkat Ölçeği Kısa Formunun Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Abant izzet baysal üniversitesi eğitim fakültesi dergisi*, 18(4), 2502-2517.
136. Yıldız, Y. (2021). Suriyeli mültecilerde dünyaya ilişkin varsayımlar ve travma sonrası büyümenin anksiyete üzerindeki etkisinin incelenmesi (Master's thesis, İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
137. Zhu, L., Yao, J., Wang, J., Wu, L., Gao, Y., Xie, J., ... & Schroevers, M. J. (2019). The predictive role of self-compassion in cancer patients' symptoms of depression, anxiety, and fatigue: A longitudinal study. *Psycho-oncology*, 28(9),

1918-1925.

138. Zwahlen, D., Hagenbuch, N., Carley, M. I., Jenewein, J., and Buchi, S. (2010). Posttraumatic growth in cancer patients and partners-effects role, gender and the dyad on couples' posttraumatic growth experience. *Psychooncology* 19, 12–20. doi: 10.1002/pon.1486
139. Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 733-746. doi: 10.1521/jscp.23.5.733.50750
140. Wong, C. C. Y., & Yeung, N. C. (2017). Self-compassion and posttraumatic growth: Cognitive processes as mediators. *Mindfulness*, 8, 1078-1087.
141. Xu, S., Zhang, H., & Wang, J. (2020). Caregiver burden and depression among Chinese family caregivers: The role of self-compassion. *Mindfulness*, 11(7), 1647-1654.
142. <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>
143. <https://www.anadolusaglik.org/blog/meme-kanseri>
144. <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html>

EKLER (APPENDICES)

EK 1 TRAVMA SONRASI BÜYÜME ENVANTERİ

Travma Sonrası Büyüme Envanteri

Sizden öğrenmek istediğimiz, yaşamınızda önemli yer tutan travmatik yaşam olaylarının, 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.

0	1	2	3	4	5
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 güvenilebileceğimi 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. Düşündüğümden 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 2 ÖZ-DUYARLIK ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki maddelerde yer alan ifadelere ne ölçüde katıldığınızı uygun seçeneği işaretleyerek belirtiniz.	Hiç bir zaman	Nadiren	Sık sık	Genellikle	Her zaman
1. Bir yetersizlik hissettiğimde, kendime bu yetersizlik duygusunun insanların birçoğu tarafından paylaşıldığını hatırlatmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
2. Kişiliğimin beğenmediğim yönlerine ilişkin anlayışlı ve sabırlı olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
3. Bir şey beni üzdüğünde, duygularıma kapılıp giderim.	1	2	3	4	5
4. Hoşlanmadığım yönlerimi fark ettiğimde kendimi suçlarım.	1	2	3	4	5
5. Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, kendimi bu başarısızlıkta yalnız hissederim.	1	2	3	4	5
6. Zor zamanlarımda ihtiyaç duyduğum özen ve şefkati kendime gösteririm.	1	2	3	4	5
7. Gerçekten güç durumlarla karşılaştığımda kendime kaba davranırım.	1	2	3	4	5
8. Başarısızlıklarımı insanlık halinin bir parçası olarak görmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
9. Bir şey beni üzdüğünde duygularımı dengede tutmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
10. Kendimi kötü hissettiğimde kötü olan her şeye kafamı takar ve onunla meşgul olurum.	1	2	3	4	5
11. Yetersizliklerim hakkında düşündüğümde, bu kendimi yalnız hissetmeme ve dünyayla bağlantımı koparmama neden olur.	1	2	3	4	5
12. Kendimi çok kötü hissettiğim durumlarda, dünyadaki birçok insanın benzer duygular yaşadığını hatırlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
13. Acı veren olaylar yaşadığımda kendime kibar davranırım.	1	2	3	4	5
14. Kendimi kötü hissettiğimde duygularıma ilgi ve açıklıkla yaklaşmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
15. Sıkıntı çektiğim durumlarda kendime karşı biraz acımasız olabilirim.	1	2	3	4	5
16. Sıkıntı veren bir olay olduğunda olayı mantıksız biçimde abartırım.	1	2	3	4	5
17. Hata ve yetersizliklerimi anlayışla karşılarım.	1	2	3	4	5
18. Acı veren bir şeyler yaşadığımda bu duruma dengeli bir bakış açısıyla yaklaşmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
19. Kendimi üzgün hissettiğimde, diğer insanların çoğunun belki de benden daha mutlu olduklarını düşünürüm.	1	2	3	4	5
20. Hata ve yetersizliklerime karşı kınayıcı ve yargılayıcı bir tavır takınırım.	1	2	3	4	5
21. Duygusal anlamda acı çektiğim durumlarda kendime sevgiyle yaklaşırım.	1	2	3	4	5
22. Benim için bir şeyler kötüye gittiğinde, bu durumun herkesin yaşayabileceğini ve yaşamın bir parçası olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
23. Bir şeyde başarısızlık yaşadığımda objektif bir bakış açısı takınmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
24. Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, yetersizlik duygularıyla kendimi harap ederim.	1	2	3	4	5
25. Zor durumlarla mücadele ettiğimde, diğer insanların daha rahat bir durumda olduklarını düşünürüm.	1	2	3	4	5
26. Kişiliğimin beğenmediğim yönlerine karşı sabırlı ve hoşgörülü değilimdir.	1	2	3	4	5

Ek 3 Temel İnançlar Ölçeği

İnsanların yaşadığı bazı olaylar öyle şiddetlidir ki, “dünyalarını sarsar” ve onları dünya, diğer insanlar, kendileri ve gelecekleri hakkındaki temel inançlarını ciddi düzeyde sorgulamaya yönlendirirler. Lütfen bilgi formunda bildirdiğiniz olayı düşünerek, bu olayın aşağıdaki her bir temel inancı ciddi şekilde sorgulamaya ne düzeyde yönlendirdiğini belirtin.

0	1	2	3	4	5
Hiç olmadı	Çok az düzeyde	Az düzeyde	Orta düzeyde	Büyük düzeyde	Çok büyük düzeyde

1	Bu olaydan dolayı, insanların başına gelen şeylerin adil olduğuna ne düzeyde inandığımı ciddi şekilde sorguladım.	0	1	2	3	4	5
2	Bu olaydan dolayı, insanların başına gelen şeylerin kontrol edilebilir olduğuna ne düzeyde inandığımı ciddi şekilde sorguladım.	0	1	2	3	4	5
3	Bu olaydan dolayı, diğer insanların neden o şekilde düşündüğünü ve davrandığını ile ilgili varsayımlarımı ciddi şekilde sorguladım.	0	1	2	3	4	5
4	Bu olaydan dolayı, diğer insanlarla olan ilişkilerim hakkındaki inançlarımı ciddi şekilde sorguladım.	0	1	2	3	4	5
5	Bu olaydan dolayı, kendi yeteneklerim, güçlü ve zayıf yanlarım hakkındaki inançlarımı ciddi şekilde sorguladım.	0	1	2	3	4	5
6	Bu olaydan dolayı, geleceğime dair beklentilerim hakkındaki inançlarımı ciddi şekilde sorguladım.	0	1	2	3	4	5
7	Bu olaydan dolayı, hayatımın anlamı hakkındaki inançlarımı ciddi şekilde sorguladım.	0	1	2	3	4	5
8	Bu olaydan dolayı, ruhani veya dini inançlarımı ciddi şekilde sorguladım.	0	1	2	3	4	5
9	Bu olaydan dolayı, insan olarak kendi kadrime ya da kıymetime (değerime) hakkındaki inançlarımı ciddi şekilde sorguladım.	0	1	2	3	4	5

EK 4 SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Yaşınız : 18-30 yaş () 31- 43 yaş () 44-56 yaş () 57 yaş ve üzeri ()
Medeni Durumunuz : Evli () Bekar ()
Cinsiyetiniz : Kadın() Erkek ()
Çalışma Durumunuz: Çalışıyor () Çalışmıyor () Öğrenci
Eğitim durumunuz : İlköğretim () Lise () Üniversite () Lisansüstü () Okuryazar değil () Okuryazar ()
Hastayla yakınlık dereceniz: Eşi () Çocuğu () Anne-baba () Kardeşi () Diğer ()
Yakınınız hangi tanıya sahip: Meme kanseri () Yumurtalık kanseri () Rahim Kanseri () Vulva Kanseri () Diğer () Hastalığın Evresi : Evre 1 () Evre 2 () Evre 3 () Evre 4 ()
Yakınınız hangi tedavileri aldı?: Kemoterapi () Radyoterapi () Hormon () Akıllı ilaç ()
Bakım verme süreciniz devam ediyor mu ? : Evet () Hayır ()
Yakınınıza ne kadar süre bakım verdiniz ? : 0-11 ay () 1-2yıl () 3 yıl ve üzeri ()
Psikiyatrik bir rahatsızlığınız var mı ? : Evet () Hayır ()

EK 5 BİLGİLENDİRİLMİŞ İZİN VE ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma Okan Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans programı kapsamında, Dr. Öğretim Üyesi Ayşe Özlem MESTÇİOĞLU danışmanlığında, Melisa ÇİNÇİN tarafından yürütülen bir tez çalışmasıdır. Çalışmanın amacı meme veya jinekolojik kanser tanısı almış hastalara bakım verenlerin travma sonrası büyüme ve temel inançlarının ve öz-şefkatin ilişkisini belirlemektir. Çalışma içerisinde demografik form ve araştırma konusuna bağlı ölçekler bulunmaktadır. Ölçeklere vereceğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacak, sadece bilimsel, eğitimsel çalışma ve yayın doğrultusunda değerlendirilecektir. Elde edilecek bilgiler sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Sizlerden ad, soyad gibi kimliği açık edecek bilgiler istenmeyecektir. Bu çalışmaya katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Soruların cevaplanması yaklaşık 10 dakika sürecektir. Çalışmanın amacına ulaşabilmesi için tüm soruları eksiksiz doldurmanız ve kimsenin baskısı altında olmadan size en uygun cevabı vermeniz beklenmektedir. Fakat, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkınız bulunmaktadır. Araştırma ile ilgili tüm sorularınız için Okan Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Melisa Çinçin ile iletişime geçebilirsiniz. Katılımınız ve katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Yukarıdaki açıklamaları okudum, anladım ve onaylıyorum.

- Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.