



T. C.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

CERRAHİ OPERASYON GEÇİRMİŞ MEME KANSERİ
HASTALARINDA TRAVMA SONRASI GELİŞİMİ
YORDAYAN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

Zeynep Büşra COŞAR

BURSA- 2015



T. C.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**CERRAHİ OPERASYON GEÇİRMİŞ MEME KANSERİ
HASTALARINDA TRAVMA SONRASI GELİŞİMİ
YORDAYAN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

Zeynep Büşra COŞAR

**Danışman:
Doç. Dr. Gülay DİRİK**

BURSA- 2015

T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji Anabilim dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı'nda 701245002 numaralı Zeynep Büşra Coşar'ın hazırladığı "Cerrahi Operasyon Geçirmiş Meme Kanseri Hastalarında Travma Sonrası Gelişimi Yordayan Faktörlerin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışması ile ilgili tez savunma sınavı 14/07/2015 günü 13.30-14.30 saatleri arasında yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda, adayın tezinin başarılı olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Doç. Dr. Gülay DİRİK
Dokuz Eylül Üniversitesi
Üye (Tez Danışmanı ve
Sınav Komisyonu Başkanı)



Doç. Dr. H. Özlem SERTEL BERK

İstanbul Üniversitesi (İkinci Danışman)

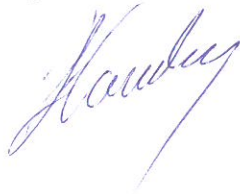
Üye



Yrd. Doç. Dr. Handan Can

Uludağ Üniversitesi

Üye



ÖZET

Yazar Adı ve Soyadı : Zeynep Büşra COŞAR
Üniversite : Uludağ Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Anabilim Dalı : Psikoloji
Bilim Dalı : Klinik Psikoloji
Tezin Niteliği : Yüksek Lisans Tezi
Sayfa Sayısı : XI + 92
Mezuniyet Tarihi : 14/ 07 / 2015
Tez Danışman(lar)ı : Doç. Dr. Gülay DİRİK

CERRAHİ OPERASYON GEÇİRMİŞ MEME KANSERİ HASTALARINDA TRAVMA SONRASI GELİŞİMİ YORDAYAN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Bu çalışma, cerrahi operasyon geçirmiş meme kanseri hastalarında travma sonrası gelişimi yordayan faktörlerin ve Öz Benlik-Değerlendirmeleri Ölçeğinin psikometrik özelliklerinin incelenmesi amacıyla, 66 meme kanseri hastasından oluşan bir örnekleme gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara toplam 7 adet ölçek uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek amacıyla korelasyon ve regresyon analizleri yapılmıştır. Yapılan analizlerin sonuçlarına göre, hastalığın evresi, toplam travma sonrası gelişim düzeyini ve kişiler arası ilişkilerdeki değişim alt boyutunu anlamlı düzeyde yordamıştır. Tanı aşamasında daha düşük evreye sahip olanlar daha fazla toplam travma sonrası gelişim ve daha fazla kişiler arası ilişkilerde değişim göstermişlerdir. Hastalığın evresi kontrol edildikten sonra, sosyal destek ile toplam travma sonrası gelişim ve kişiler arası ilişkilerdeki değişim ilişkili bulunmuştur. Sosyal desteği daha yüksek olan meme kanseri hastaları daha fazla toplam travma sonrası gelişim ve kişiler arası ilişkilerde değişim göstermiştir. Baş etme yollarından kendine güvenli yaklaşım kullanımının artması hayat felsefesindeki değişimde artışla ilişkili bulunmuştur. Ruminasyon ve öz benlik-değerlendirmeleri ile travma sonrası gelişim arasında ilişki bulunamamıştır. Öz benlik- Değerlendirmeleri Ölçeğinin sağlık alanında kullanılabilmesi için yeterli psikometrik özelliklere sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmanın sonuçları, ilgili literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Travma Sonrası Gelişim, Sosyal Destek, Baş Etme Yolları, Ruminasyon, Öz Benlik-Değerlendirmeleri, Meme Kanseri

ABSTRACT

Name and Surname : Zeynep Büşra Coşar
University : Uludağ University
Institution : Social Science Institution
Field : Psychology
Branch : Clinical Psychology
Degree Awarded : Master
Page Number : XI + 92
Degree Date : 14/ 07/ 2015
Supervisor (s) : Assoc. Prof. Gülay DİRİK

AN INVESTIGATION OF THE PREDICTORS OF POST TRAUMATIC GROWTH AMONG POST-OPERATIVE BREAST CANCER PATIENTS

The aim of the present study is to investigate the predictors of post traumatic growth and psychometric properties of Core Self Evaluations Scale among post-operative breast cancer patients. 7 scale were administered to 66 participants. Correlation and regression analyses were conducted in order to examine relationships between variables. According to results, the stage of cancer significantly predicted post traumatic growth and growth in relationships with others. At the time of diagnosis, those who have lower cancer stage showed more post traumatic growth and growth in relationships with others. After controlling stage of cancer, social support was found to be related to post traumatic growth and growth in relationship with others. Patients with higher social support, tended to report more post traumatic growth. Increase in applying self confidence approach as a coping strategy was found to be related to increase in growth in philosophy of life. Rumination and core self evaluations were not significantly related to post traumatic growth. Finally, it is found that, Core Self-Evaluations Scale has good psychometric qualities and can be used in health researches. The results of the study were discussed in the light of related literature.

Keywords: Post Traumatic Growth, Social Support, Ways of Coping, Ruminations, Core Self- Evaluations, Breast Cancer

ÖNSÖZ

Öncelikle, yüksek lisans tezimin yazım sürecindeki yardımları ve katkıları için tez danışmanım Doç. Dr. Gülay DİRİK'e teşekkür ederim.

Bu tezin ortaya çıkmasında hiçbir yardımı esirgemeyen, bilgisel ve duygusal desteği ile her zaman yanımda olan, çalışma prensibiyle ve bakış açısıyla bana örnek olan, yaptığım işi daha da sevmemi sağlayan hocam Doç. Dr. H. Özlem SERTEL BERK'e teşekkürü bir borç bilirim.

Tez yazım sürecimde, çalışma hayatımı kolaylaştırabilmek için fedakarlıklarda bulunan, zor zamanlarımda beni neşelendiren, motivasyonumu artıran İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü'ndeki tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Veri toplama sürecimde sağladıkları kolaylıklardan dolayı İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Birimi ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji bölümü çalışanlarına teşekkürlerimi sunarım.

BİDEB 2210- Yurt içi Yüksek Lisans Burs Programı ile yüksek lisans eğitimim boyunca bana maddi olarak destek veren TÜBİTAK'a teşekkürü bir borç bilirim.

Lisans hayatımın başladığı günden bu güne kadar hayatımın her anında birlikte olduğum arkadaşlarım Ayşenur ERDEMİR, Merve SEZGİN, Zeynep ERTEKİN, ve Ezgi ÇINIK' a hayatıma kattıkları anlam için teşekkür ederim.

Sadece yoğun tez dönemimde değil tüm hayatım boyunca yanımda olan, deneyimleriyle yolumu aydınlatan, başarılarıyla örnek olan, hayatımı anlamlandıran neşe kaynaklarım ablam Merve COŞAR ve ağabeyim Soyhan BEYAZIT'a teşekkür ederim.

Son olarak bu tezi, hayatım boyunca sevgileri ve maddi manevi destekleriyle hep yanımda olan, hayallerime inanan, eğitim hayatımı devam ettirmem için motivasyon sağlayan canım annem ve babama armağan ediyorum.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ ONAY SAYFASI.....	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	IV
ÖNSÖZ.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
TABLO LİSTESİ.....	X
ŞEKİL LİSTESİ.....	XI
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

TRAVMATİK OLAYLARIN PSİKOLOJİK ETKİLERİ

1.1. Travmatik Olaylar ve Özellikleri	6
1.2. Travmatik Olayların Negatif Psikolojik Etkileri	6
1.3. Travmatik bir Deneyim Olarak Meme Kanserinin Psikolojik Etkileri	7
1.4. Meme Kanserinin Pozitif Psikolojik Etkileri: Travma Sonrası Gelişim.....	9
1.4.1. Travma Sonrası Gelişim Görülen Temel Alanlar	10

İKİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN KURAMSAL TEMELLERİ

2.1. Travma Sonrası Gelişimi Açıklayan Modeller	12
2.2. Meme Kanseri Hastalarında Travma Sonrası Gelişimi Yordayan Değişkenler.....	17
2.2.1. Sosyo-Demografik Değişkenler.....	17
2.2.2. Hastalık ile İlgili Değişkenler	18
2.2.3. Baş Etme Yolları.....	20
2.2.4. Sosyal Destek	21
2.2.5. Ruminasyon	23
2.2.6. Öz Benlik-Değerlendirmeleri	26

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
CERRAHİ OPERASYON GEÇİRMİŞ MEME KANSERİ HASTALARINDA
TRAVMA SONRASI GELİŞİMİ YORDAYAN DEĞİŞKENLERİN ve ÖZ BENLİK-
DEĞERLENDİRMELERİ ÖLÇEĞİ’NİN GEÇERLİK GÜVENİRLİK
GÖSTERGELERİNİN İNCELENMESİ

3.1. Yöntem	29
3.1.1. Örneklem.....	29
3.1.2. Veri Toplama Araçları.....	32
3.1.2.1. Sosyo- Demografik ve Hastalıkla ilgili Bilgi Formu	32
3.1.2.2. Öz Benlik Değerlendirmeleri Ölçeği	32
3.1.2.3 Sosyal Destek Ölçeği	33
3.1.2.4. Ruminatif Düşünme Biçimi Ölçeği	34
3.1.2.5. Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği	34
3.1.2.6. Kontrol Odağı Ölçeği	35
3.1.2.7. Travma Sonrası Gelişim Envanteri.....	36
3.1.2.8. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	36
3.1.3. İşlem.....	37
3.1.4. İstatistiksel Analiz.....	38
3.2. BULGULAR	39
3.2.1. Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik Analizleri.....	39
3.2.2. Tüm Veri Toplama Araçları için Betimleyici İstatistikler.....	39
3.2.3. Öz Benlik - Değerlendirmeleri Ölçeğinin Geçerlik Güvenirliğine	
İlişkin Bulgular	40
3.2.3.1. Öz Benlik Değerlendirmeleri Ölçeği’nin Faktör Analizi	
Sonuçları	40
3.2.3.2. Öz Benlik Değerlendirmeleri Ölçeği’nin İç Tutarlığına	
İlişkin Bilgiler.....	42
3.2.3.3. Öz Benlik Değerlendirmeleri Ölçeği’nin Yapı Geçerliğine	
İlişkin Bulgular	42

3.2.4. Korelasyon Analizleri.....	43
3.2.4.1. Bağımlı Değişkenler ve Kontrol Değişkenleri Arasındaki Korelasyonlar.....	43
3.2.4.2. Evre Kontrol edildikten Sonra Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler Arası Korelasyonlar.....	45
3.2.5. Regresyon Analizleri.....	48
3.2.5.1. TSG Toplam Puan için Regresyon Analizi	48
3.2.5.2. TSG Diğerleri ile İlişkiler İçin Regresyon Analizi	51
3.2.5.3. TSG Hayat Felsefesi İçin Regresyon Analizi	53
SONUÇ VE DEĞERLENDİRMELER.....	56
1. Örnekleme İlişkin Betimsel Özellikler	56
2. Öz Benlik Değerlendirmeleri Ölçeği'nin Psikometrik Özellikleri	57
3. Kontrol Değişkenleri ile TSG Arasındaki İlişkiler	58
4. TSG'yi Yordayan Değişkenler.....	60
4.1. Hastalığın Evresi ve TSG	60
4.2. Sosyal Destek ve TSG	61
4.3. Baş Etme Yolları ve TSG	63
4.4. Öz Benlik-Değerlendirmeleri ve TSG	64
4.5. Ruminasyon ve TSG	65
5. Tüm Değişkenlerin TSG Üzerindeki Yordayıcı Etkileri.....	66
6. Araştırmanın Hipotezleri	67
7. Çalışmanın Sınırlılıkları	68
8. Çalışmanın Önemi ve Klinik Göstergeler ve Gelecek Çalışmalar için Öneriler.....	69
KAYNAKLAR	71
EKLER.....	80
EK 1. SOSYO-DEMOGRAFİK ve HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİ FORMU.....	80
EK 2. ÖZ BENLİK DEĞERLENDİRMELERİ ÖLÇEĞİ	82
EK 3. SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ	83
EK 4. RUMİNATİF DÜŞÜNME BİÇİMİ ÖLÇEĞİ	84
EK 5. STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ	85
EK 6. KONTROL ODAĞI ÖLÇEĞİ	86

EK 7. TRAVMA SONRASI GELİŞİM ENVANTERİ	88
EK 8. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	89
EK 9. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI ETİK KURUL ONAY BELGESİ	90
ÖZGEÇMİŞ.....	91
EK 10. ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TEZ ÇOĞALTMA VE ELEKTRONİK YAYIMLAMA İZİN FORMU.....	92



TABLO LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Katılımcıların Sosyo- Demografik Bilgileri.....	30
Tablo 2. Katılımcıların Hastalıkla İlgili Bilgileri.....	31
Tablo 3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Altölçekleri İç Tutarlık Katsayıları.....	35
Tablo 4. Veri Toplama Araçlarının Cronbach Alfa İç Tutarlık Katsayıları	39
Tablo 5. Ölçekler İçin Betimleyici İstatistikler	40
Tablo 6. Öz Benlik Değerlendirmeleri Ölçeği Faktör Yüklenmeleri	41
Tablo 7. Öz Benlik Değerlendirmeleri Ölçeği'nin diğer Ölçek Puanları ile Korelasyonları	42
Tablo 8. Bağımlı Değişkenler ve Kontrol Değişkenleri Arasındaki Korelasyonlar	44
Tablo 9. Evre Kontrol Edildikten Sonra TSG, Kendilik Algısı, Diğerleri ile İlişkiler ve Bağımsız Değişkenler arası Korelasyonlar	46
Tablo 10. Hayat Felsefesi ve Bağımsız Değişkenler Arası Korelasyonlar.....	47
Tablo 11. Travma Sonrası Gelişim Toplam Puanın Yordayıcıları	50
Tablo 12. TSG Diğerleri ile İlişki için Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları.....	52
Tablo 13. TSG Hayat Felsefesi için Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları	54
Tablo 14. TSG ile Alt Boyutlarının Yordayıcı Değişkenleri.....	55

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 1. Travma Sonrası Gelişim Modeli.....	13
Şekil 2. Hayat Krizlerinin Olumlu Sonuçları Modeli.....	15



GİRİŞ

Ülkemizde, her yıl 63 bin kadın kansere yakalanmaktadır. Meme kanseri, tüm bu kanser vakaları içerisinde %23, 4'lük bir oranla kadınlarda en sık karşılaşılan kanser türü olarak belirlenmiştir (Gültekin & Boztaş, 2014: 20, 43). Kanser tanısı almanın sonucunda hastaları, tetkiklerin sonucunu bekleme, tedavi aşaması, ameliyat ve hastalığın tekrar etme olasılığı gibi belirsizliklerle dolu bir süreç beklemektedir (Özkan & Alçalar, 2009: 62).

Kanser tanısı, kişilerin pek çok olumsuz duygu yaşamasına ve farklı tepkiler göstermesine yol açmaktadır. Bu kişilerde, şok, inkar ve öfke tepkileri yaygın olarak görülmektedir (Tünel, Vural, Evlice & Tamam, 2012: 194-195). Günlük hayatta “kanseri” kelimesi tek başına olumsuzlukları yansıttığından meme kanseri tanısı alan kişilerde olumsuz düşünce ve duygular ortaya çıkabilir (Tünel, Vural, Evlice & Tamam, 2012: 190). Özkan ve Armay (2007), meme kanseri tanısı almanın sonrasında hastaların geleceğin belirsizliğine dair, hastalığın tekrarlamasına dair endişeleri olabileceğini belirtmiştir (Akt: Özkan & Alçalar, 2009: 61). Ayrıca, meme kanseri tanısı almanın ardından hastalarda depresyon (Green ve ark., 1998:106; Hyphantis ve ark. 2013: 2473; Wang ve ark.,2014: 9; Yıldırım ve ark., 2009: 177-178), kaygı (Cook ve ark., 2015: 211; Wang ve ark., 2014: 9; Yıldırım ve ark., 2009: 177-178), uyku problemleri, bilişsel ve duygusal hayat kalitesinde düşüklük ve yorgunluk (Volker, Henrike, Christa, Hartwig & Brenner, 2005: 4948) gibi problemler ve Travma Sonrası Stres Belirtileri (Alter ve ark., 1996: 140; Cook ve ark., 2015: 211) görülebilmektedir.

Meme kanseri, önemli travmatik olaylar arasında yer almaktadır (Tedeschi & Calhoun, 1995: 31- 39). Ölüm tehdidi ya da ciddi yaralanmayı içermesi, korku ve çaresizlik duyguları yaşatması açısından kişiye ciddi psikolojik zarar verebileceği bakış açısıyla (Oltmanns & Emery, 2010: 197) literatürde, bu tür travmatik yaşantıların negatif etkileri geniş bir şekilde yer almaktadır. Fakat, bu tür travmatik yaşantılar sonrasında olumlu değişimler (Travma Sonrası Gelişim) de yaşanabilmektedir (Mols ve ark., 2009: 588; Sears, Stanton & Danoff-Burg, 2003: 491). Travma Sonrası Gelişim (TSG), yüksek derecede stres yaratan sarsıcı olaylar karşısında gösterilen psikolojik değişim olarak tanımlanmaktadır (Calhoun & Tedeschi, 1999: 11). TSG, kişinin bu tip olaylarla mücadele etmesi sonucunda hayatındaki bazı alanların geçmişe göre daha iyi hale gelmesidir (Tedeschi & Calhoun, 2004: 4). Travmatik olay sonrasında yaşanabilecek olumlu

değişimler; kendilik algısındaki değişim, kişiler arası ilişkilerdeki değişim ve hayat felsefesindeki değişim olmak üzere üç grupta toplanabilir (Tedeschi & Calhoun, 1995: 30-37).

Meme kanseri hastalarında TSG'yi yordayan faktörlerden sosyo demografik değişkenler (Barskova & Oesterreich, 2009: 1716; Cordova, Cunningham, Carlson & Androwski, 2001: 180; Danhauer ve ark., 2013: 2681), hastalık ile ilgili değişkenler (Bellizi & Blank, 2006: 51; Chen & Li, 2014: 481; Wang ve ark. 2014: 481), sosyal destek, ruminasyon (Tedeschi & Calhoun, 2004, 1-18) ve baş etme yolları (Schaefer & Moos, 1998:100) önemli görülmüştür. Ayrıca, nevroitiklik (Garnefski, Schoevers, Somsen, 2008: 273), kontrol algısı (Cummings & Swickert, 2010: 201-202), öz saygı (Chan ve ark., 2006: 343-344) ve öz yeterlik (Schulz & Mohamed, 2004: 658) kavramları da TSG ile ilişkili bulunsa da, meme kanseri hastalarında kontrol odağı, öz saygı ve öz yeterlik kavramlarının TSG ile ilişkilerini değerlendiren çok az sayıda çalışmaya bulunabilmiştir (Chan ve ark., 2006: 343-344; Cummings & Swickert, 2010: 201-202; Schulz & Mohamed, 2004: 658). Bu yapıları tek bir çatı altında birleştiren güncel bir yapıdan bahsedilmektedir. Öz benlik değerlendirmeleri; nevroitiklik, kontrol algısı, öz saygı ve öz yeterlik kavramlarını içeren, kişinin kendi değerliliği, yeterliliği ve etkinliği hakkında yaptığı değerlendirmelerdir (Judge, Erez, Bono & Thoresen, 2003: 304). Janoff- Bulman da TSG modelinde kişilerin, dünyanın adil ve kontrol edilebilir olduğuna, kişinin değerli olduğuna dair temel inançları olduğuna dikkati çekmiş ve kontrol, adalet ve değerlilik inançlarının travmatik olaylar tarafından sarsıldığını fakat bu inançlar revize edildiğinde TSG görülebileceğini aktarmıştır (Janoff- Bulman, 1992: 169). Janoff Bulman'ın TSG modelinde önemli bulduğu ve Judge ve arkadaşlarının tek bir çatı altında birleştirdiği bu değerlendirmelerin araştırmalarda daha önce çalışılmadığı gözlenmiştir. Buna ek olarak, literatürde meme kanseri hastalarıyla gerçekleştirilen TSG araştırmaları bulunsa da, sadece cerrahi operasyon geçirmiş ve kontrol evresinde olan hastalarla yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu nedenle bu araştırmanın amacı, teorik modeller tarafından önemli bulunan değişkenlerden ve literatürdeki araştırma bulgularından yola çıkılarak Travma Sonrası Gelişimi yordayacağı düşünülen Sosyo-demografik değişkenler, hastalık ile ilgili değişkenler, stresle baş etme yolları, ruminasyon ve sosyal destek değişkenlerinin ve daha önce tek bir yapı olarak çalışılmamış olan öz- benlik değerlendirmelerinin meme kanseri

hastalarında incelenmesidir. Buna ek olarak, daha önce endüstri ve örgüt psikolojisi alanında kullanılmış olan Öz Benlik-Değerlendirmeleri Ölçeği'nin meme kanseri hastalarına uyarlanması, geçerlik- güvenirlilik analizlerinin yapılması ve sağlık alanında kullanılabilmesi için psikometrik özelliklerinin incelenmesi hedeflenmiştir.

Literatürde sosyo-demografik değişkenler ve hastalık ile ilgili değişkenlerin Travma Sonrası Gelişim ile ilişkisinin önemli olduğuna dair bulgular vardır (Barskova & Oesterreich, 2009: 1716; Danhauer ve ark. 2013: 2681; Molss ve ark., 2009: 592; Wang ve ark. 2014: 481). Bu nedenle, sosyo demografik ve hastalıkla ilgili değişkenler bu çalışmada kontrol değişkenleri olarak ele alınmıştır.

Araştırmanın hipotezleri şunlardır:

1. Öz Benlik-Değerlendirmeleri Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlilik göstergelerinin istatistiksel olarak yeterli düzeyde olması beklenmektedir.

2. Sosyo demografik ve hastalık ile ilgili değişkenler kontrol edildikten sonra, öz benlik-değerlendirmeleri, baş etme yolları, ruminasyon ve sosyal desteğin, Travma Sonrası Gelişimi istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordaması beklenmektedir.

2.A. Buna göre, daha olumlu öz benlik- değerlendirmelerinin daha yüksek düzeyde Travma Sonrası Gelişim ile ilişkili olması beklenmektedir.

2.B. Sosyal desteği yüksek olan meme kanseri hastalarının daha yüksek Travma Sonrası Gelişim göstermesi beklenmektedir.

2.C. Daha fazla ruminatif düşünme biçimi gösteren hastaların daha fazla Travma Sonrası Gelişim göstermeleri beklenmektedir.

2.D. Baş etme yolu olarak yüksek düzeyde kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım kullanımı daha yüksek Travma Sonrası Gelişim ile ilişkili olması beklenmektedir.

TSG çalışmaları, önemli klinik çıkarımlar bulundurmaktadır. TSG'nin hangi durumlarda meydana gelebileceğinin daha fazla kavranması klinik çalışmalar için önemli bilgiler sunmaktadır. Ayrıca travmatik olayların negatif etkilerine odaklanan geniş literatürün aksine TSG hakkında farkındalık, dikkati psikolojik sıkıntılardan ve bunların azaltılmasından travma sonrası gelişim potansiyeline kaydırabilir (Stanton & Low, 2004, 79). Bu bağlamda bu tez çalışmasının bazı açılardan literatüre katkı sağlayacağı öngörülebilir. Herşeyden önce, Ülkemizde TSG ile ilgili çalışmalar yaygınlaşmasına

rağmen meme kanseri hastalarında TSG' i ele alan az sayıda çalışma bulunmaktadır. Sadece cerrahi operasyon geçirmiş ve kontrol sürecinde olan hastalar ile ise yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır. Türkiye örnekleminde bu grupta çalışma yapmanın literatürü zenginleştireceği düşünülmektedir. Bu çalışmada farklı olarak, sadece mastektomi ve lumpektomi geçirmiş meme kanseri hastaları araştırmaya dahil edilmiştir. Ayrıca kemoterapi ve radyo terapi sürecindeki hastaların akut süreçte yaşayabilecekleri deneyimlerin farklı olabileceği, tedavinin yan etkilerinin süreci etkileyebileceği düşüncesi ile bu çalışma, kemoterapi ve radyoterapi tedavilerini tamamlamış olup sadece kontrol sürecindeki hastalar ile gerçekleştirilmiştir. Böylece literatürde yer alan pek çok araştırmadaki heterojen özellikli örneklemelere kıyasla tedavi öyküsü açısından daha homojen bir grup ile çalışmanın önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmanın, aynı zamanda Tedeschi ve Calhoun'un TSG modeli (2004, 1-18), Schaefer ve Moos tarafından oluşturulan TSG modeli (1998: 99- 126) ve Janoff-Bulman'ın TSG-temel varsayımlar modeli (1992: 1-256) olmak üzere TSG' nin yordayıcılarını kapsayan üç farklı modelin benzer ve farklı kavramlarını ele alması bakımından önemli olabileceği düşünülmüştür.

Ayrıca, Teorik modellerde bilişsel işleme süreçlerinin önemi vurgulanmasına karşın Türkiye'de TSG ve ruminasyon sürecini inceleyen çok az sayıda çalışmaya rastlanmıştır (Koç, 2014: 1-107). Buna ek olarak, literatürde öz benlik değerlendirmeleri kavramının kapsadığı; öz saygı, öz yeterlilik, kontrol odağı ve nevrotiklik değişkenleri ile TSG ilişkili bulunsa da Öz benlik değerlendirmelerini tek bir kavram olarak TSG ile inceleyen bir çalışma bulunamamıştır. Bu nedenle, araştırmada öz benlik- değerlendirmelerinin ele alınmasının önemli olduğu düşünülmüştür ve bu bağlamda, daha önce endüstri ve örgüt psikolojisi alanında kullanılmış olan Öz- Benlik Değerlendirmeleri Ölçeği'nin meme kanseri hastalarına uyarlanması hedeflenmiştir. Bu ölçeğin, sağlık alanında kullanılmak için uygun psikometrik özelliklere sahip olup olmadığının araştırılmasının literatüre katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışma, üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde travmatik olayların özellikleri, psikolojik etkileri, travmatik bir deneyim olarak meme kanserinin negatif psikolojik etkileri ve travma sonrası gelişim ile ilgili bilgilere yer verilmiştir. İkinci bölümde travma sonrası gelişimi açıklayan modellerden ve spesifik olarak meme

kanserinde travma sonrası gelişimi yordayan değişkenlerden bahsedilmiştir. Üçüncü bölümde ise araştırmanın örneklemi, kullanılan ölçüm araçları, yapılan istatistiksel analizler ve araştırmanın bulguları, sonuç ve değerlendirmeleri açıklanmıştır.



BİRİNCİ BÖLÜM

TRAVMATİK OLAYLARIN PSİKOLOJİK ETKİLERİ

1.1. TRAVMATİK OLAYLAR ve ÖZELLİKLERİ

Travmatik olaylar, kişide yüksek derecede stres yaratan olaylardır (Tedeschi & Calhoun, 2004: 1). DSM-IV-TR kriterlerine göre ölüm tehdidi ya da ciddi yaralanmayı içeren, kişiye ya da başkalarına yoğun korku, çaresizlik ve dehşet duyguları yaşatan olaylar şeklinde, DSM-V’te gerçek ya da göz korkutucu şekilde ölüm veya yaralanmayı içeren olaylar olarak tanımlanmışlardır. Bu olaylara, tecavüz, taciz gibi suç içeren olaylar, depresyon, sel gibi doğal afetler, kanser gibi hayatı tehdit edici hastalıklar, otomobil, uçak kazaları gibi ciddi kazalar, savaş, bombalama, eziyet gibi insan eliyle oluşturulan afetler örnek gösterilebilir (Janoff- Bulman, 1992: 49).

İnsanlar dünya hakkında bir dizi inanç ve varsayım geliştirirler. Bu inanç ve varsayımlar genel bir anlam ve amaç sağlar, kişilerin olaylar hakkında neden sonuç ilişkilerini anlamalarına yardım eder ve tepkilerini yönetir (Tedeschi & Calhoun, 2004: 5). Janoff-Bulman ‘Temel Varsayımlar Modeli’ ile dünyayı anlamamızda, kavramsallaştırmamızda, planlama ve uygulamalarımızda kullandığımız 3 temel varsayım olduğunu öne sürmüştür. Bunlar; dünyanın iyiliği, dünyanın anlamlılığı ve kendilik değeridir. Travmatik olaylar, kişinin varolan varsayımları ile uyumlu olmadığı için olay sonrası kişinin dünyanın iyiliği, adilliği, kontrol edilebilirliği, kişinin kendi değeri ve zarar görmezliğine dair inançları sarsılabilir, yıkılabilir (1992: 51). Tedeschi, Park ve Calhoun (1998: 216), travmatik olayları depreme benzetmişlerdir. Yani, deprem fiziksel yapıları nasıl sarsıp yıkıyorsa, travmatik olaylar da kişinin dünyaya yönelik temel varsayımlarını sarsmakta ve yıkmaktadır.

1.2. TRAVMATİK OLAYLARIN NEGATİF PSİKOLOJİK ETKİLERİ

Stres insan hayatında kaçınılmaz ve birçok yönden yararlı olsa da bazı ölüm tehdidi yada ciddi yaralanmayı içeren, kişiye ya da başkalarına yoğun korku, çaresizlik ve dehşet duyguları yaşatan stres kaynakları olarak yıkıcı olabilir ve bu durum kişiye ciddi psikolojik zarar verebilir (Oltmanns & Emery, 2010: 197). Tedeschi ve Calhoun’a göre (1995: 19-26)

travmatik olayların kişiler üzerinde negatif psikolojik etkileri olabilmektedir. Bu olaylar sonucunda kişilerin düşünceleri, duyguları, davranışları, fiziksel durumları ve psikolojik durumlarında negatif değişiklikler gerçekleşebilir. Büyük hayat krizleriyle karşılaşan kişilerde yaygın olarak rahatsız edici veya işlevsel olmayan düşünce örüntüleri görülebilmektedir. Örneğin travmatik olaylar sonrasında kişiler, inkar ya da psikolojik donma tepkileri gösterebilirler (Tedeschi & Calhoun, 2004: 2). Diğer bir tepki ise olay sonrasında düşüncelerin baskılanması ve ardından da olayla ilgili tekrarlayıcı düşünce ve hayallerin yoğun şekilde yaşanması olabilir (Beck, Gudmundsdottir, Palyo, Miller ve Grant, 2006: 177). Bu tekrarlanan girici düşünce ve imajlar kişiler için oldukça rahatsız edici olarak deneyimlenebilmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004:2)

Büyük yaşam krizleriyle karşılaşan kişiler tipik olarak acı verici duygular yaşayabilmektedir. Özellikle, kişinin fiziksel bütünlüğünü tehdit edici durumlarda kaygı ve spesifik korkular yaygın olarak deneyimlenebilir. Fiziksel tehdidin yoğunluğuna, şiddetine, süresine bağlı olarak kaygı tepkisi gerçek tehditin sonlanmasından uzun süre sonra bile devam edebilir. Üzüntü ve depresyon, suçluluk, öfke tepkileri de travmatik durumlara karşı verilebilen yaygın duygusal tepkilerdir. Ayrıca, stres düzeyi yüksek olduğunda yorgunluk, kas gerginlikleri, ağrılar, midesel problemler, genel fiziksel rahatsızlık gibi rahatsız edici fiziksel belirtiler görülebilir (Tedeschi & Calhoun, 2004: 2).

1.3. TRAVMATİK BİR DENEYİM OLARAK MEME KANSERİNİN PSİKOLOJİK ETKİLERİ

Meme kanseri kadınlarda en sık karşılaşılan ve önemli sağlık problemlerine yol açan hastalıklardan biridir (Alçalar & Özkan, 2009: 60). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser İstatistikleri raporuna göre ülkemizde her yıl 63 bin kadın kansere yakalanmaktadır (Gültekin & Boztaş, 2014: 43). Meme kanseri tüm yaş gruplarındaki kadınlarda %23,4'lük bir oranla en sık görülen kanser türü olarak belirlenmiştir (Gültekin & Boztaş, 2014: 20). Vakaların %42,5'i 15-49 yaşları arasında olup insidans hızı en fazla 45-49 yaş aralığında bulunmaktadır (Gültekin & Boztaş, 2014: 41). Meme kanserinin etiyojisi tam olarak bilinmemekle birlikte çevresel, hormonal, genetik, psikososyal faktörlerin etkisi üzerinde durulmaktadır (Tünel, Vural, Evlice & Tamam, 2012: 191). Artmış yaş, erken menarş (ilk adet görme), geç menopoz, doğum

yaşındaki gecikme, aile öyküsü, fazla kilo, aşırı alkol kullanımı, hormonal tedaviler risk faktörleri olarak görülmektedir (Amadou, Torres- Mejia, Hainaut, & Romieu, 2014: 546-554; Horn, Asvold, Opdahl, Tretli & Vatlen, 2013: 237-243; Henderson, 1993: 2127-2140; Kharazmi, Chen, Narod, Sundquist & Hemminki, 2014: 144-185).

Meme kanserinin teşhis edilmesi aşamasında, kişinin kendi kendine yaptığı fiziksel kontroller ya da doktor tarafından yapılan fiziksel muayene, mamografi ve biopsi gibi yöntemler kullanılmaktadır (Müslümanoğlu, 2003: 225-227). Tanı konmasının ardından cerrahi tedavi yapılabilmektedir. Hastalar tümörün bir miktar normal meme dokusuyla birlikte çıkarıldığı lumpektomi (Müslümanoğlu, 2003: 228) ya da tüm meme dokusu, meme cildinin büyük bir kısmı, meme başı gibi kısımların çıkarılabildiği mastektomi ameliyatı olabilmektedir (Keçer & Asoğlu, 2003: 275). Cerrahi tedavinin yanısıra hastanın ihtiyacına göre, kemoterapi, radyoterapi, hormonal tedavi ve immünolojik tedaviler uygulanmaktadır (Aydıntuğ, 2004: 226) Bu aşamaların herbiri hastaları, belirsizliklerle dolu bir sürecin içine sokmaktadır. Tanı alma, tetkiklerin sonucunu bekleme, tedavi aşamasında ve devamında hastalığın tekrar etme olasılığı hastalar için belirsizlikler yaratmaktadır (Özkan & Alçalar, 2009: 62). Bu belirsizliklere ek olarak günlük hayatta “kanser” kelimesi tek başına olumsuzlukları yansıttığından meme kanseri tanısı alan kişilerde olumsuz düşünce ve duygular ortaya çıkabilir (Tünel, Vural, Evlice & Tamam, 2012: 190). Özkan ve Armay (2007), meme kanseri tanısı almanın sonrasında hastaların geleceğin belirsizliğine dair, hastalığın tekrarlamasına dair, yakınlardan ayrılmaya dair, muhtaç olma, ağrı çekme beklentisine dair, fiziksel görünümde olabilecek değişikliklere dair, hayatın sona ermesine dair ve cinsel hayatlarında olabilecek olumsuzluklara dair endişeleri olabileceğini belirtmiştir (Akt: Özkan & Alçalar, 2009: 61).

Ayrıca, meme kanseri tanısı almanın ardından hastalarda psikolojik sıkıntılar da görülebilmektedir. Amir ve Ramati (2002: 196-199) tarafından yapılan çalışmada meme kanseri geçirmiş kişilerde kontrol grubuna göre daha yüksek derecede duygusal sıkıntılar ve düşük psikolojik ve fiziksel yaşam kalitesinin yanı sıra yüksek derecede Travma Sonrası Stres Bozukluğu gözlenmiştir. Hyphantis ve arkadaşlarının (2013: 2473) meme kanseri hastaları ile yaptığı çalışmada hastaların %25’inde depresyon bulunmuş, bir yıl sonra alınan tekrar ölçümde ise bu oran %11’e düşmüştür. Cook ve arkadaşları (2015: 211) tarafından yapılan çalışmaya göre kanser hastalarının %51’i kaygı ve %59’u Travma Sonrası Stres Belirtileri göstermektedir. Meme kanseri tanısı almak, kaygı ve depresyon

için bir risk faktörü olarak görülmektedir (Wang ve ark., 2014: 9). Alter ve arkadaşları (1996: 140) tarafından yapılan çalışmada meme kanseri hastalarının %22'si yaşam boyu Travma Sonrası Stres bozukluğu kriterini karşılamıştır. Green ve arkadaşlarının (1998:106) yaptığı çalışmaya göre ise meme kanseri hastalarının sadece %3'ü tüm Travma Sonrası Stres Bozukluğu kriterlerini karşılarken Travma Sonrası Stres belirtileri ve stres yaygın olarak görülmüştür. Ayrıca %11'inde kanser sonrası depresyon görülmüştür. Türkiye'de yapılan bir çalışmaya göre de meme kanseri tanısı alan hastalarda yüksek oranda depresyon ve kaygı gözlenmiştir. Hastaların depresyon ve kaygı seviyeleri cerrahi operasyon öncesi, cerrahi operasyondan 1-3 ay sonra ve 9-12 ay sonra olmak üzere üç kez ölçülmüştür. Sırasıyla depresyon oranları %40,5, %42,9 ve %44,0, kaygı oranları %33,3, %35,7, %28,6 şeklinde bulunmuştur. Ayrıca, hastaların cerrahi operasyon sonrasında, algıladıkları sağlık durumları ve algılanan yaşam kaliteleri operasyon öncesi döneme göre daha düşük bulunmuştur (Yıldırım ve ark., 2009: 177-178). Tanı almanın ardından 3 yıl gibi uzun bir zaman geçmesine rağmen hastalarda uyku problemleri, bilişsel ve duygusal hayat kalitesinde düşüklük, yorgunluk, ağrı gibi problemler görülebilmektedir (Volker, Henrike, Christa, Hartwig & Brenner, 2005: 4948).

Özetle, diğer travmatik olaylarda olduğu gibi meme kanseri tanısı almanın da kişiler için olumsuz sonuçları olabilmektedir. Tanı alma sonrasında depresyon, kaygı, endişe, yorgunluk, hayat kalitesinde düşüş ve uyku problemleri yaşanabilmektedir.

1.4. MEME KANSERİNİN POZİTİF PSİKOLOJİK ETKİLERİ: TRAVMA SONRASI GELİŞİM

Travmatik olayların sonucunda yaşanabilecek olumsuzlukların yanında, olumlu değişimler de yaşanabilmektedir. Travma Sonrası Gelişim (TSG) yüksek derecede stres yaratan sarsıcı olaylar karşısında gösterilen psikolojik değişim olarak tanımlanabilir (Calhoun & Tedeschi, 1998: 11). TSG, yakınıni kaybeden, cinsel tacize, yaralanmaya uğrayan, yangın, savaş gibi felaketler yaşayan, ciddi bir fiziksel hastalığa yakalanan birçok kişi tarafından rapor edilmiştir. Meme kanserine yakalanmak da bu örneklerden biridir (Tedeschi & Calhoun, 1995: 31- 39). TSG, kişinin bu tip olaylarla mücadele etmesi sonucunda hayatındaki bazı alanların geçmişe göre daha iyi hale gelmesidir. Yani, olayın direkt sonucu olmayıp kişinin olayla uğraşı, mücadelesi sonucu oluşur ve basitçe kişinin

olay öncesi haline dönmesi değil olay öncesine göre iyi yönde değişim yaşamasıdır (Tedeschi & Calhoun, 2004: 4).

Janoff-Bulman (2004: 31), travmatik olayların yarattığı stres sonucu acı çekerek güçlenmenin kültürel bir bilgi olduğunu öne sürmektedir. Bu bilgiler genelde kişiye “öldürmeyen acı güçlendirir” prensibini aşılacaktır. Acı çekmenin kurtarıcı değerini yansıtan bu prensip aynı zamanda bir çok dinde örtülü bir mesaj olarak verilir ve bu prensip ile fiziksel olarak zorlandığında gelişen insan vücudu gibi, kişisel güçlü yanlar da psikolojik meydan okuma sonucunda gelişebilir. Örneğin, Sears, Stanton & Danoff-Burg'un (2003: 491) çalışmasına göre, meme kanseri hastalarının %83'ü kanser deneyimi öncesine göre hayatlarında en az bir alanda gelişim rapor etmiştir. Mols ve arkadaşlarının (2009: 588) araştırmasında ise, çalışmaya katılan meme kanseri hastalarından en az bir alanda gelişim gösteren kadınların oranı %79 olarak bulunmuştur.

1.4.1. Travma Sonrası Gelişim Görülen Temel Alanlar

TSG görülen temel alanlar Tedeschi ve Calhoun (1996) tarafından oluşturulan Travma Sonrası Gelişim Envanterinin (PTGI) beş alt alanı olarak belirlenen; yaşam takdirinde artış ve hayattaki önceliklerin değişimi, diğerleriyle ilişkilerin daha sıcak ve yakın hale gelmesi, algılanan kişisel gücün artması, hayattaki yeni fırsat ve yolların farkına varılması ve manevi gelişim alanlarıdır (Tedeschi & Calhoun, 1996: 460). Bu değişimler; kendilik algısındaki değişim, kişiler arası ilişkilerdeki değişim ve hayat felsefesindeki değişim olmak üzere üç grupta toplanabilir (Tedeschi & Calhoun, 1995: 30-37).

Kendilik Algısının travma kurbanlığından travmatik olaydan kurtulmayı başarmışlığa dönüşmesi TSG için en önemli adımlardan biridir. Diğer bir önemli kavram kendine güvendir. Bir travmatik olayın sonunda kişiler başlarına gelebilecek diğer olaylar için kendilerini daha güçlü hissedebilir ve hangi baş etme mekanizmalarını kullanacaklarını bilebilirler (Tedeschi, Park & Calhoun, 1998: 10). Örneğin Lopata (1973) tarafından eşini ilerlemiş yaşlarında kaybetmiş ve tekrar evlenmemiş kadınlarla yürütülen araştırmada, eşini kaybeden kadınların geleneksel kadın rollerine eşlerinin sorumluluklarını da ekledikleri, daha önce hiç bilmediklerini öğrendikleri ve daha güçlü bir kendilik imajına ulaştıkları görülmüştür (Akt; Tedeschi, Park & Calhoun, 1998, 10).

Kişiler Arası İlişkiler, travmatik olay sonrasında daha sıcak hale gelebilir. Travmatik olayı yaşamış olan kişiler diğer insanlarla daha yakın ilişkiler kurmaya başlayabilirler (Tedeschi & Calhoun, 2004: 6). Tedeschi, Park ve Calhoun (1998: 11-12), travmatik olayların ardından kişilerin duyguları hakkında daha fazla kendilerini açmayı öğrendiklerini, kendilerini daha açıkça ifade ettiklerini belirtmişlerdir.

Yaşam felsefesi de travmatik olaylardan sonra gelişim yaşanabilecek alanlardan biridir. Travmatik olayın ardından kişiler canları kurtulduğu için bunu ikinci bir şans olarak görebilirler. Örneğin, kişiler yaşanan olayın yakın kişilerle daha fazla zaman geçirmenin, her anı takdir etme ve küçük şeylerin değerini bilmenin önemini farketmelerini sağladığını rapor ederler. Ayrıca manevi olarak gelişim yaşayabilirler. Örneğin dini geleneklerine daha fazla bağlanmışlık hissedebilirler. Tüm bu öğrendikleri; hayatı takdir etme, önceliklerin değişmesi, diğerleriyle başarılı ilişki kurma, zorluklarla nasıl baş edileceği, manevi hisler konuları kişileri bilgeliğe götürebilir (Tedeschi, Park & Calhoun, 1998, 12-14).

İKİNCİ BÖLÜM

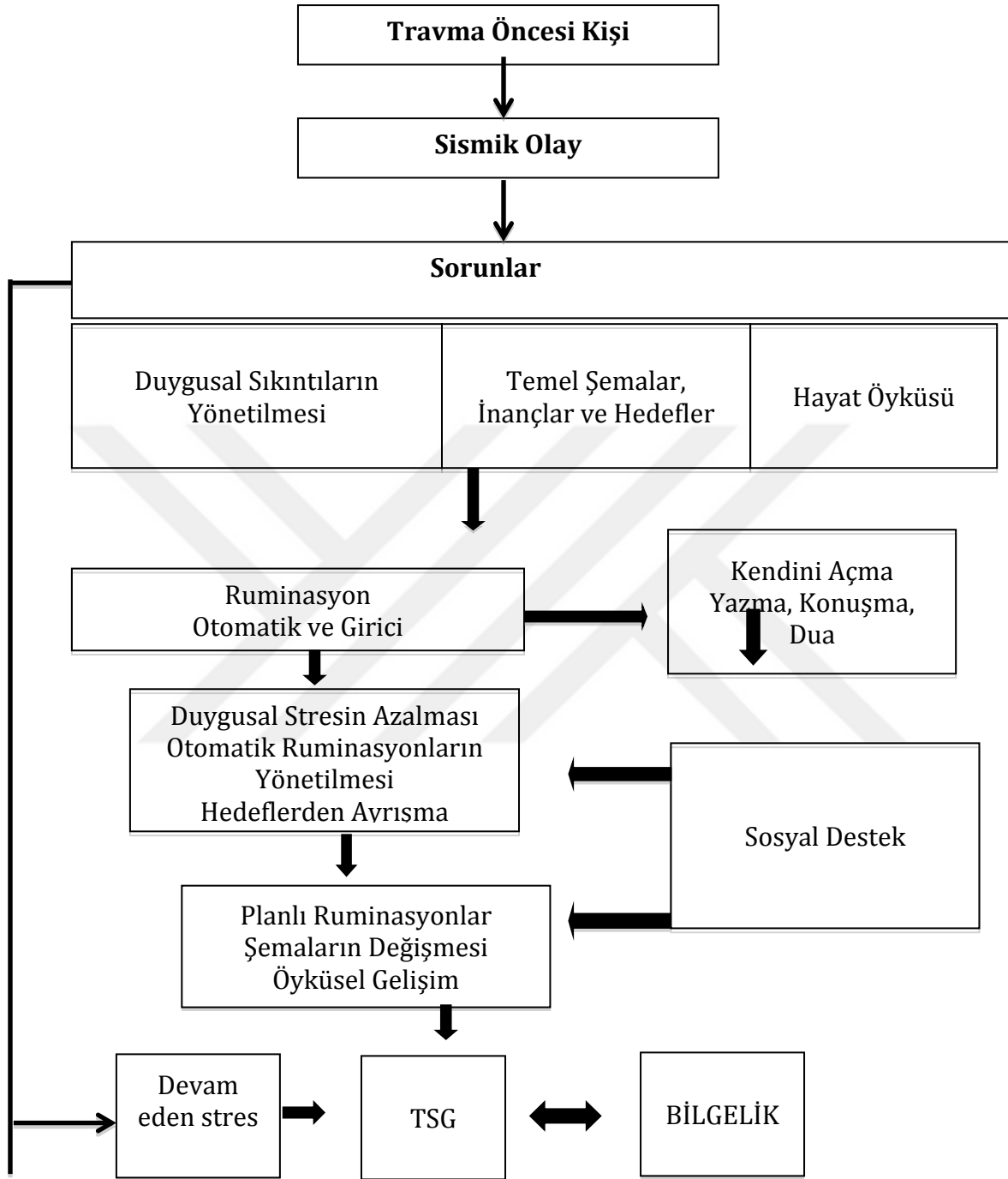
ARAŞTIRMANIN KURAMSAL TEMELLERİ

2.1. TRAVMA SONRASI GELİŞİMİ AÇIKLAYAN MODELLER

Bu bölümde, Tedeschi ve Calhoun (2004) tarafından oluşturulan TSG modeli, Schaefer ve Moos'a (1998) ait TSG modeli ve Janoff- Bulmann (1992) tarafından oluşturulan TSG modeli olmak üzere üç farklı TSG modeli ele alınacaktır.

Tedeschi ve Calhoun (2004) TSG için bir model oluşturmuşlardır. Modele göre TSG süreci, kişinin şemalarını ciddi şekilde sarsan, yıkan büyük bir yaşam krizinin yaşanması ile harekete geçer. Dışa dönüklük, yeniliğe açıklık ve optimizm gibi kişilik özellikleri travmatik olay sonrası gelişim için önemli faktörlerdir. Travma sonrasında ilk olarak kişi yoğun duygularıyla baş edebilmek için bilişsel tepkileriyle meşgul olur. Kişinin travmatik olayla bilişsel olarak ne derece meşgul olduğu TSG süreci için önemli bir unsurdur. Travmanın erken dönemlerinde bu süreç otomatiktir. Kişi bir çok durumda girici düşünce, imaj ve ruminasyonları sık şekilde deneyimler. Süreç içinde, eski yaşam biçimi ve şemaların travmatik olay sonrası için artık uygun olmadığı anlaşılır. Eğer bu süreç etkili olursa kişi geçmiş hedef ve varsayımlardan ayrılmayı sağlar fakat bu süreç uzun sürebilir. Yani, uzun süren stres, azami düzeyde TSG meydana gelmesi için önemlidir. Kişinin sosyal sistemi de TSG'nin genel süreci için önemli bir role sahiptir. Sosyal sistem, kişinin travmatik olayla ilgili kendini açmasına, travmatik olayı şemalara entegre edebilmesine yardımcı olabilir. Belli bir derece üzüntü ve stres TSG sürecini harekete geçirmekte ve stresin sürmesi TSG'nin sürmesini sağlayabilmektedir (Tedeschi & Calhoun, 2004, 1-18). Tedeschi ve Calhoun (2004: 7) tarafından oluşturulan TSG Modeli **Şekil 1.**'de sunulmaktadır.

Şekil. 1. Travma Sonrası Gelişim Modeli (Tedeschi & Calhoun, 2004: 7)

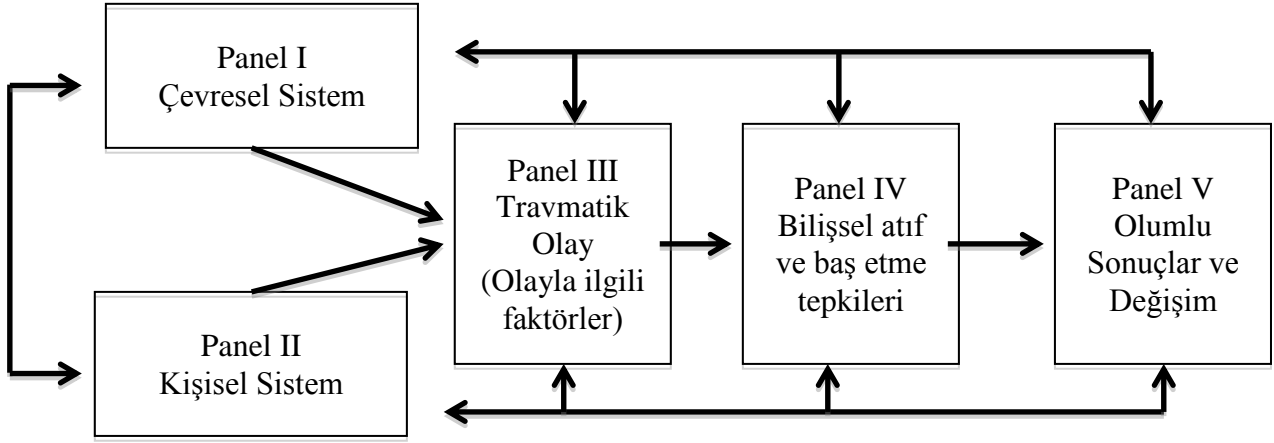


Diğer bir TSG modeli Schaefer ve Moos'un (1998) modelidir. Bu modele göre, travmatik olaylar birçok insanın kişisel ve sosyal kaynaklarını geliştirmesine, yeni baş etme becerileri öğrenmesine yardımcı olmaktadır. Modelde, travmatik yaşantı öncesinde kişinin sahip olduğu kişisel sistem ve çevresel sistem, travmatik olay ve sonrasında ve olay sonrasında kişinin bilişsel atıflarını ve baş etme biçimlerini etkileyerek olumlu sonuçlar elde edilmesini sağlayabilmektedir.

Kişisel kaynaklar; kişinin sosyo demografik özelliklerini ve öz yeterlilik, geçmiş travmatik yaşantılar, sağlık durumu, dirençlilik gibi özellikleri kapsarken, çevresel kaynaklar; kişinin ailesi, arkadaşları, meslektaşları, toplumsal yaşam koşulları, ekonomik statüsü gibi özellikleri kapsamaktadır. Olayla ilişkili faktörler ise; olayın süresi, şiddeti, oluş zamanı, etki alanı gibi özellikleri içermektedir. Olay sonrası baş etme biçimleri de model için önemli bir faktör olarak ele alınmaktadır. Aktif başa çıkma, olay hakkında daha olumlu değerlendirmeleri, yardım aramayı ve problemin çözümünde aktif rol oynamayı içerirken, kaçınmacı baş etme daha çok duygulara yönelme, hiçbir şeyin yapılamayacağına inanma ve problemin çözümünde pasif bir rol izlemeyi içerir.

Modele göre, travmatik olay sonrası, kişinin aile ve arkadaşlarla daha iyi ilişkiler ve yeni sosyal ağlar geliştirmesini kapsayan sosyal kaynaklarda, empati, kendini daha iyi anlama ve ifade etme, olgunlaşma gibi kişisel kaynaklarda ve ihtiyaç durumunda yardım arayabilme, daha mantıklı kararlar alabilme, duyguyu düzenleyebilme gibi baş etme becerileri geliştirmede olmak üzere, üç temel alanda gelişim göstermesi beklenmektedir (Schaefer & Moos, 1998: 99-101). Modelin şematik gösterimi **Şekil 2.**'de sunulmuştur.

Şekil. 2. Hayat Krizlerinin Olumlu Sonuçları Modeli Schaefer ve Moos, 1998:100)



Travma Sonrası Gelişimi açıklayan diğer bir model Janoff- Bulman'a (1992) aittir. Janoff- Bulman temel varsayımlar modelinde “dünyanın iyiliği”, “dünyanın anlamlılığı” ve “kendilik değeri” olmak üzere üç temel varsayımdan bahsetmiştir. Bu varsayımlar erken çocukluk döneminde bakımveren, çevre ve diğer insanlarla ilişkiler yoluyla edinilir ve yetişkin yaşamında da sürdürülebilir. Dünyanın iyiliği varsayımında Janoff- Bulman, insanların genel olarak dünyayı iyi bir yer olarak gördüklerini öne sürmektedir. Buradaki “dünya” kelimesi kişinin deneyimlediği olayları ve diğer insanları da kapsamaktadır. İnsanlar, genel olarak diğer insanları yardımsever, iyi, nazik ve ilgili şekilde yorumlamaktadır. Kişi dünyadaki adaletsizlikleri, güvenli olmayan durumları görse de, kendi hayatına yönelik değerlendirme yaptığında genel olarak dünyayı güvenli, insanları iyi şeklinde nitelendirir. Diğer bir varsayım olan “dünyanın anlamlılığı”, dünyanın adil ve kontrol edilebilir olduğuna dair inançları barındırır. Dünyanın adil ve kontrol edilebilir olduğuna dair inanç, insanın başına gelen olaylardan kendi davranışlarının sorumlu olduğu ve insanın bu sonuçları hakettiği inancını barındırmaktadır. Modelde yer alan diğer bir varsayım, “kendilik değeri” varsayımıdır. İnsanlar, en geniş çaplı değerlendirmede, kendilerini genel olarak iyi, yetenekli, değerli ve davranışlarını ahlaki olarak değerlendirirler.

Özetle, Janoff- Bulman'ın temel varsayımlar modeline göre dünyanın anlamlılığı, dünyanın iyiliği ve kişinin değerliliği varsayımları kişinin erken çocukluk dönemi deneyimleriyle öğrendiği, yaşamsal önemi olan, küçük çapta değerlendirmeler olmayıp genel ve soyut değerlendirmeler olarak varsayımsal dünyanın merkezinde yer alan varsayımlardır (Janoff- Bulman, 1992: 6-20).

Janoff Bulman' a göre travmatik olaylar, kişinin zarar görmezliği, dünyanın ve insanların adilliği, iyiliği ve anlamlılığı inancı ile ilgili var olan varsayımlarıyla çeliştiğinden, kişinin bu varsayımlarını yıkılabilir ve hayata ve güvenliklerine ilişkin daha negatif bakış açılarına neden olabilir. Fakat travmatik olay sonrasında kişiler, zamanla kişisel olarak anlamlı bilişsel atıflar geliştirmeleriyle ve sosyal çevrelerinden aldıkları destekle, “mağdur” konumundan “hayatta kalmayı başaran” konumuna geçebilirler ve eski varsayımlarına dönmek yerine travmatik deneyimi de içine kattıkları entegre edilmiş bir varsayımlar bütününe sahip olabilirler. Bu da kişinin TSG göstermesini sağlar (Janoff- Bulman, 1992: 169).

Janoff Bulman' a (2004: 30-34) göre, travmatik olaylardan sonra kazanılabilecek gelişim alanlarından biri, acı çekilerek kazanılan kişisel güçlenmedir. Kişiler travmatik olay nedeniyle çektikleri acı ve stres ile önceden keşfetmedikleri kişisel güce ve öğrendikleri yeni baş etme yolları sayesinde yeni fırsatlara sahip olabilirler. Travmatik olayla başa çıkmanın sonrasında özgüven, öz saygı ve dayanıklılıklarını geliştirebilirler. Diğer bir gelişim alanı, psikolojik hazırlıklılıktır. Travmatik olayla başedebilme sayesinde kişiler daha sonraki hayat krizlerine hazırlıklı olma şansını kazanırken aynı zamanda gelecek olaylarda daha az travmatize olabilirler. Üçüncü kazanım ise, varoluşsal yeniden değerlendirmedir. Travmatik olay sonrası kişiler hayatın her anını, yaşanan her deneyimi takdir etme, hayatın anlamını keşfetme ve hayattaki önceliklerin değişmesi, yakınlarıyla ve diğer insanlarla bağların kuvvetlenmesi gibi gelişimler yaşayabilirler.

Özetle, travmatik olaylar sonrasında kişilerin erken yaşam deneyimleriyle kazandıkları dünyanın iyiliği, dünyanın anlamlılığı ve kişinin değerli olduğuna dair varsayımları zarar görebilir ve yıkılabilir. Ancak, sosyal çevrenin desteği ve bilişsel yeniden yapılanma ile, travmatik olayın hayat hikayesine entegre edilmesi mümkün olabilir ve kişiler eski varsayımlarından daha da ileriye giderek kişisel güçlenme, psikolojik hazırlıklılık ve varoluşsal alanlarda gelişim yaşayabilirler.

Sonuç olarak, bu bölümde, Tedeschi ve Calhoun, Schaefer ve Moos ve Janoff-Bulman'ın ve TSG modellerinden bahsedilmiştir. Modellerde, TSG'nin gerçekleşmesinde rol oynayan olay öncesi, olay sırası ve olay sonrasında etkili olan sosyal destek, baş etme, ruminasyon, kontrol inançları gibi değişkenlere dikkat çekilmiştir. Bu doğrultuda bir sonraki kısımda kanser hastalarına özgü olarak travma sonrası gelişim ile ilişkili bulunan hem bu değişkenlerden hem de sosyo- demografik ve hastalığa özgü değişkenlerden bahsedilecektir.

2.2. MEME KANSERİ HASTALARINDA TRAVMA SONRASI GELİŞİMİ YORDAYAN DEĞİŞKENLER

2.2.1. Sosyo-Demografik Değişkenler

Sosyo demografik değişkenler Travma Sonrası gelişimin teorik modellerinde önemli faktörler olarak belirlenmiştir. (Tedeschi & Calhoun, 2004: 8; Schaefer & Moos, 1998: 100). Kanser hastalarında Travma Sonrası Gelişim ve sosyodemografik değişkenleri

inceleyen araştırmalarda birbiriyle çelişen sonuçlar bulunmaktadır. Bazı araştırmalar daha genç yaştaki hastaların daha fazla TSG geliştirdiğini bulurken (Bellizi, 2004; Gotay ve ark. 2007; Shakespeare- Finch & Scoot, 2007), bazı araştırmalarda yaş ve TSG arasında bir ilişki bulunamamıştır (Katz ve ark., 2001; Schulz & Mohamed, 2004). Daha büyük yaşta olan hastaların daha fazla TSG gösterdiğini rapor eden çalışmalar da bulunmaktadır (Carver & Antoni, 2004) (Akt: Barskova & Oesterreich, 2009: 1716). Daha düşük eğitim düzeyine sahip olan, çalışmakta olan ve evli olan meme kanseri hastalarının daha fazla TSG gösterdiği de bulgular arasındadır (Bellizi & Blank, 2006: 51). Danhauer ve arkadaşlarının (2013: 2681) meme kanseri olan hastalar ile yaptığı çalışmada ise yüksek eğitim seviyesi daha fazla TSG ile ilişkili bulunurken, Urcuyo, Boyers, Carver ve Antoni (2005: 184) tarafından yapılan çalışmada eğitim seviyesi düşük olan meme kanseri hastalarının daha fazla TSG gösterdiği bulunmuştur. Daha yüksek gelire sahip olmak da TSG için önemli bir değişken olarak değerlendirilmektedir (Cordova, Cunningham, Carlson & Androwski, 2001: 180) Bununla birlikte; Sears, Stanton ve Danoff- Burg (2003: 492) tarafından meme kanseri hastalarıyla gerçekteştirilen çalışmada; gelir, yaş, medeni durum ve TSG arasında bir ilişki bulunamamıştır. Lechner ve arkadaşları (2003: 496) düşük yaşın daha fazla TSG ile ilişkisini gösterirken, eğitim, yaş, medeni durum, gelir ve çalışma durumu ile TSG arasında bir ilişki bulamamışlardır.

Özetle, meme kanseri hastalarında TSG ile ilgili yaş, eğitim, gelir düzeyi, çalışma durumu, medeni durum gibi sosyo-demografik değerkenleri inceleyen çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlar bulunduğu görölmektedir.

2.2.2. Hastalık ile İlgili Değerkenler

Kanser hastalarında, hastalık ile ilgili faktörlerin TSG'yi etkilediği düşünölmektedir. Örneğin, tanıdan sonra geçen zaman ile TSG'nin ilişkili olduğu bulunmuştur (Wang, Liu, Wang, Chen & Li, 2014: 481). Travmatik olay sonrası kişinin hayat akışıyla çelişen olayı hayat öyküsüyle birleştirmesi ve bir dengeye ulaşması için belli bir zamanın geçmesi gerekebilir (Janoff- Bulman, 1992: 196). Çalışmalar, meme kanseri tanısı aldıktan sonra geçen zaman arttıçça TSG düzeyinde de artma olduğunu göstermektedir (Cordova ve ark., 2001: 180; Danhauer ve ark., 2013: 2680; Liu, Wang, Wang, Su & Pi- lin, 2014: 441; Sears, Stanton & Danoff- Burg, 2003: 492;). Bununla

birlikte, Urcuyo, Boyers, Carver ve Antoni (2005: 184) tarafından yapılan araştırmada aradan geçen zaman ve TSG arasında ilişki bulunamamıştır. Tedavi eşitlerinin incelendiği bir araştırmada radyoterapi almanın TSG ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Radyoterapi alan hastalar almayanlara göre daha az TSG göstermişlerdir (Molss ve ark., 2009: 591). Silva, Crespo ve Canavarrro (2012: 1331)'nun çalışmasında ise tedavi eşitlerinin, (Radyoterapi/ Kemoterapi) ve ameliyat tarzının (Lumpektomi/Mastektomi) TSG sürecini etkilemediği belirtilmiştir.

Kanserin şiddeti ya da hayatı tehdit düzeyi de sağlıkla ilgili ele alınan diğer bir değişkendir. Klinik onkolojide hastalığın evresi, kanserin şiddeti ve hayat tehdidini belirlemek amacıyla kullanılan objektif bir ölçümdür. Hastaların tanı sırasında alabilecekleri evre derecesi, 0, I, II, III ve IV olmak üzere, tümörün büyüklüğüne, diğer organlara, doku, kas veya lenflere yayılımın olup olmadığına bağlı olarak değişmektedir (American Joint Committee on Cancer, 1997) (Akt: Lechner ve ark., 2003: 492). Bellizi ve Blank (2006: 51) tarafından yapılan çalışmada, daha yüksek kanser şiddetinin daha fazla TSG'yi ortaya çıkardığı bulunmuştur. Urcuyo, Boyers, Carver ve Antoni (2005: 184), tanı aldıklarında daha yüksek kanser evresine sahip olan meme kanseri hastalarının daha fazla TSG geliştirdiğini belirtmişlerdir. Lechner ve arkadaşları (2003: 496) ise ikinci evrede olan kanser hastalarının birinci ve dördüncü evredeki hastalara göre daha fazla TSG geliştirdiğini rapor etmiştir. Hastalığın daha ciddi seyrettiği hastalar hastalık deneyimleri sayesinde daha fazla sorgulama, anlama, yeni bir hayat için daha fazla pazarlık yaşıyor olabilirler. Bu nedenle, daha ciddi bir hastalık derecesine sahip olan hastalar daha fazla olgunlaşma ve gelişim yaşıyor olabilirler (Schaefer & Moos, 1998: 108). Tedeschi ve Calhoun (1995: 78) tarafından oluşturulan TSG'nin teorik modelinde de kişilerin TSG göstermesi için olayla ilgili stresin gerekli olduğu, olayın şiddetinin şemaları sarsacak derecede olması gerektiği vurgulanmıştır. Buna rağmen Molss ve arkadaşlarının (2009: 592) yaptığı çalışmada tanı aldıklarında daha düşük evreye sahip olan kadınlar daha yüksek evrede tanı alan kadınlara göre daha fazla TSG göstermişlerdir. Araştırmacılar 10 yıl sonra yapılan takiplerde de bu farklılığın korunduğunu göstermişlerdir.

Özetle, hastalık ile ilgili değişkenlerden, tanıdan sonra geçen zaman, hastalığın evresi, alınan tedavi, ameliyat türü gibi değişkenler TSG oluşumunda önemli bulunmuştur. Bununla birlikte, bu değişkenler ile TSG arasındaki ilişkilere dair farklı araştırma sonuçları bulunmaktadır.

2.2.3. Baş Etme Yolları

Baş çıkma, Folkman ve Lazarus (1980: 223) tarafından “stresle karşılaştığı durumda, kişinin o durumu tolere edebilmek ve içsel ya da dışsal yüklerini azaltabilmek için sarfettiği bilişsel ya da davranışsal çabalar” şeklinde tanımlanmıştır. Stresli durumlarla karşılaşıldığında, bu durumlarla baş etme iki şekilde gerçekleşebilir. Bunlardan ilki, stres kaynağı olan durumu yönetmek ya da değiştirmek üzerine kurulu olan “problem odaklı baş etme” şeklinde adlandırılırken, diğer baş etme şekli ise stres kaynağı durum karşısında duyguları düzenlemek üzerine kurulu olan “duygu odaklı baş etme biçimi” dir. Problem odaklı baş etmede, stresli durumu değiştirebilmek için daha girişken, planlanmış ve gerçekçi çabalar kullanılırken, duygu odaklı baş etmede daha çok kendini kontrol etme, sosyal destek arama, kaçma- kaçınma, olumlu yeniden değerlendirme, kabullenme gibi stratejiler kullanılır (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986: 572). Schaefer ve Moos (1998: 100), baş etmeyi, “aktif baş etme” ve “kaçınmacı baş etme” olmak üzere ikiye ayırmışlardır. Aktif baş etme, problem odaklı baş etmeye benzer şekilde sıkıntıları aktif şekilde yönetebilme, problemin çözümü için aktif şekilde çaba harcamayı içerirken, kaçınmacı baş etme ise sorunun çözümü için çabalamadan duygulara odaklanma ve problemi minimize etmeye dair çabaları içerir.

Baş etmeyi açıklamak için iki farklı yaklaşım bulunmaktadır. Bunlar; süreç odaklı ve karakter odaklı yaklaşımlardır. Karakter odaklı yaklaşım, baş etmeyi kişinin bir özelliği olarak görür ve kişinin her stresli durum karşısında benzer başa etme yolunu kullanacağını varsayar. Süreç odaklı yaklaşım ise baş etmenin gerçekleştiği psikolojik ve çevresel bağlamı dikkate alarak değerlendirme yapar.

Lazarus ve Folkman’ın Stres ve Baş Etme Teorisine göre, kişi stresli durum karşısında öncelikle durumun kendisine karşı tehdit içerip içermediğini değerlendirir. Bu değerlendirme birincil değerlendirmedir. İkincil değerlendirmede ise kişi tespit ettiği tehdit ya da zararı engellemek, telafi etmek veya durumu iyileştirmek için neler yapabileceğinin değerlendirmesini yapar. Yani, kişiler karşılaştıkları her durum için birincil ve ikincil değerlendirme yaparak o anki tehditi, o anki bağlam içerisinde değerlendirip, o duruma göre ellerinden ne geleceğinin değerlendirmesini yapmaktadır. Bu yüzden baş etmeye durumsal ve süreçsel yaklaşmanın daha uygun bir yaklaşım olduğu savunulmaktadır (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986: 992-993).

Travmatik olayları yaşayan kişilerin bu olaylarla baş etme yolları TSG'yi etkileyebilmektedir. Literatürde, genel olarak stresli durum karşısında aktif çabalamayı içeren problem odaklı baş etme yolunun TSG için etkili olduğu bulunmuştur (Bellizi ve Blank, 2006: 53; Danhauer ve ark., 2013: 2679; Pollard & Kennedy, 2007: 355; Sawyer & Ayers, 2009: 467; Zhanga, Yan, Du & Liu, 2013: 1207).

Scignaro, Barn, ve Magrin'in (2011: 827) 41 kanser hastası ile yaptıkları çalışmada da, problem odaklı baş etmenin önemi vurgulanmıştır. Büyükaşık- Çolak, Gündoğdu- Aktürk ve Bozo'nun (2012: 477), meme kanseri olan 90 katılımcı ile yaptıkları çalışmada, hem problem odaklı hem de duygu odaklı baş etme biçimi kullanımı TSG ile ilişkili bulunmuştur. Bellizi ve Blank (2006: 50-53), meme kanseri hastalarının baş etme stratejilerini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, baş etme stratejilerini "aktif-uyumlu baş etme" ve "uyumsuz-kaçınmacı baş etme" olarak kategorileştirmişlerdir. Uyumlu baş etme stratejileri, aktif çabalama, duyguları açığa çıkarma, duygusal ve maddi yardım arama, planlama, dikkati dağıtma, kabullenme ve inanç gibi stratejileri içerirken, uyumsuz baş etme ise inkar, alkol ve ilaç kullanımı, davranışsal geri çekilme gibi stratejileri içermiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre, daha fazla aktif uyumlu baş etme stratejilerini kullanan meme kanseri hastaları daha fazla TSG göstermektedir.

Danhauer ve arkadaşları (2013:2679) ve Lelorain, Tessier, Florin ve Bonnaud-Antignac (2012: 635), tarafından meme kanseri hastalarıyla yapılan çalışmalarda da aktif baş etme yollarının kullanımı arttıkça TSG'nin de arttığını bulunmuştur.

Silva, Crespo ve Canavarro (2012: 1332), Sosyal destek arayıcı başa çıkma biçiminin özel olarak kişiler arası ilişkilerde gelişim ile ve bilişsel başa çıkma gibi uyumlu başa çıkma stratejilerinin de kişisel güçlenme alanında gelişimle pozitif yönde ilişkili bulunduğunu belirtmiştir. Özetle, kanser deneyiminin yarattığı sıkıntıları yönetmede aktif baş etme stratejilerini kullanmanın TSG ile ilişkili olduğu birçok araştırma sonucu tarafından gösterilmiştir.

2.2.4. Sosyal Destek

İnsan sadece biyolojik, psikolojik değil aynı zamanda sosyal bir varlıktır ve travmatik olaylar sonrasında sosyal çevre, kişinin psikolojik iyi oluşu ve travma sonrası duruma uyum sağlaması açısından çok önemli bir rol oynamaktadır. (Janoff- Bulman,

1992: 144). Travmatik olaylar sonrasında kişiler, “varsayımsal dünyalarını”, dünyaya dair sarsılan temel inançlarını geçerli ve rahatlatıcı inançlarla yeniden kurmak için sadece kendi davranışlarından değil çevrelerindeki insanlardan da geri bildirim alırlar (Janoff- Bulman, 1992: 143). Sosyal destek çoğunlukla, kişiler arası ilişkilerinin stresli durumlara karşı bireyi koruması şeklinde tanımlanır. Sosyal çevre, stres yaratan durumlar ortaya çıktığında, kişiyi koruyarak ve kişiye stresli durumla baş etmesinde yardım ederek bir “tampon etkisi” yaratabilir (Cohen & Mckay, 1984: 253). Örneğin, düzenli ve birbirine bağlı bir aile ortamı, stres yaratan travmatik yaşantılarla karşılaşmış kişiler için bir stres-direnci faktörü olabilir (Schaefer & Moos, 1998: 111).

Cohen ve Mckay (1984: 55-60) tarafından sosyal desteğin üç farklı türü tanımlanmıştır. Bunlar, “maddesel destek”, “atıf desteği” ve “duygusal destek”tir. Maddesel destek, kişinin ihtiyacı olan maddi yardımlardır. Atıf desteği ise, kişinin içinde bulunduğu durumun nedenlerine dair açıklamalarına yapılan yardımlardır. Bu destek türünde sosyal çevre, kişinin içinde bulunduğu durumu ne derece tehdit olarak algılayacağına ve bu durumla baş edip edemeyeceğine dair atıflarına katkıda bulunabilir. Duygusal destek ise, kişinin zor durumda yalnız olmadığını hissettiren, bir gruba bağlılık, sevilme ve güven hissini sağlayan sosyal destek biçimidir.

Travmatik olaylar sonrasında, kişinin bu durumla baş etmesinde sosyal desteğin önemli olduğu düşünülmektedir (Schaefer & Moos, 1989: 110). Kanser teşhisi gibi bir stresli olay sonrasında aileden alınan destek meme kanseri hastaları için depresyondan koruyucu bir faktör olarak görülmüştür. Örneğin, yapılan araştırmalarda, sosyal desteği daha düşük olan kanser hastalarının daha fazla depresif belirtiler gösterdiği (Chan, Limoges, Fung, 2010: 47) ve maddi desteği daha yüksek olan hastaların daha düşük düzeyde depresif belirtiler gösterdiği bulunmuştur (Bonion ve ark. 2014: 294). Aynı zamanda, travmatik olaylar sonucunda sosyal destek ile Travma Sonrası Stres arasında da bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Sosyal desteği daha yüksek olan kanser hastalarının daha az Travma Sonrası Stres belirtileri geliştirdiği görülmüştür (Androwski & Cordova, 1998: 195). Ayrıca, kanser hastalarında yapılan çalışmalarda, alınan sosyal desteğin tümör ameliyatından sonra duygusal iyi oluşla (Boehmer, Luszczynska & Schwarzer, 2007: 68) ve algılanan sosyal desteğin, fiziksel ve psikolojik iyi oluşla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Oh & Ell, 2015: 233).

Tedeschi ve Calhoun (1995:7-9) travma sonrası gelişim modeline göre, sosyal destek TSG için de önemli bir faktördür. Sosyal destek, kişilerin travmatik olay sonrası kendilerini açmalarına yardım ederek travmatik olayı özümsemelerine ve bu yolla şema değişiminin gerçekleşmesine yardımcı olabilir. Schaefer ve Moos'un (1989: 100) travma sonrası gelişim modelinde de sosyal destek önemli bir yer tutmaktadır. Sosyal destek, kişinin travmatik olay sonrası olumlu kazanımlar sağlaması için gereken çevresel sistemin içinde yer almaktadır. Meme kanseri hastalarında yapılan TSG araştırmalarında da sosyal desteğin önemini vurgulamışlardır. Eşten alınan yüksek sosyal destek TSG ile ilişkili bulunmuştur (Weiss, 2004: 741). McDonough, Sabiston ve Wrosch (2014: 118) tarafından yapılan çalışmada, sosyal desteği daha yüksek olan meme kanseri hastaları daha fazla TSG göstermiştir. Ayrıca, tanıdan sonraki ilk zamanlarda alınan duygusal sosyal desteği yüksek olan meme kanseri hastaları tanıdan sekiz yıl sonra bile daha fazla TSG geliştirmişlerdir (Helgeson, Sanderman & Ranchor, 2010: 49). Scignaro, Barni ve Magrin (2011: 827) yaptıkları araştırmada sosyal desteği, gerçekte alınan sosyal destek, algılanan sosyal destek, alınan destekten memnuniyet ve otonomi destekleyici sosyal destek şeklinde ayırarak ölçmüşlerdir. Araştırmanın sonucuna göre, otonomi destekleyici bakım verenlere sahip olan meme kanseri hastaları daha fazla TSG göstermişlerdir. Bozo, Gündoğdu ve Büyükaşık- Çolak (2009: 1016) tarafından Türkiye'de meme kanseri hastaları ile yapılan çalışmada, aileden, özel kişiden ve arkadaşlardan olmak üzere tüm kaynaklardan alınan sosyal destek TSG için önemli bulunmuştur. Tüm kaynaklardan algılanan sosyal desteği yüksek olan meme kanseri hastaları daha fazla TSG geliştirmiştir. Bu araştırmaların aksine, Schmidt, Blank, Bellizi ve Park (2011: 1036) tarafından kanser hastaları ile yapılan araştırmada sosyal destek ile TSG arasında ilişki bulunamamıştır.

Özetle, sosyal destek, travmatik olayların ardından, kişilerin travmatik olayı anlamlandırmasına, olayla baş etmesine, sarsılan, yıkılan şemalarını yeniden inşa etmesine yardım etmektedir. Ayrıca, sosyal destek, psikolojik sorunlar için bir tampon etkisi yaratmakta ve TSG geliştirmede kişilere yardımcı olmaktadır.

2.2.5. Ruminasyon

Ruminasyon kavramı, literatürde genel olarak negatif bir kavram olarak ele alınmıştır. Nolen-Hoeksema, McBride ve Larson (1997: 855), ruminasyonu, “stres yaratan

durum ve bu durum sonucundaki psikolojik sorunlara odaklanarak pasif ve tekrarlayıcı düşünme” şeklinde tanımlamışlardır. Bu tanıma göre, ruminasyonlar istemsiz olabilir. Stres yaratan durumla ilgili bu tekrarlayıcı düşünceler uzun süre devam edebilir. Bu düşünceleri engellemek de oldukça güç olabilir. Ruminasyonlar birçok bilişsel, duygusal ve davranışsal problemle ilişkili olabilir (Martin & Tesser 1996:1). Örneğin, ruminasyon, depresyon ve trama sonrası stres belirtileri ile ilişkilendirilmiştir (Thomsen ve ark., 2013: 1265; Meiser-Stedman ve ark., 2014: 49). Ho ve Chan (2014: 417) tarafından meme kanseri hastaları ile yapılan çalışmada, negatif içerikli ruminasyonlar depresyonla ilişkili bulunmuştur.

Nolen Holesama'nın tanımına göre Ruminasyon kavramı daha çok negatif ve kendini cezalandırıcı şekilde ele alınsa da, Martin ve Tesser'e göre (1996: 20-21) ruminasyonlar, bilinç düzeyinde, tekrarlayıcı, fayda odaklı ve o andaki çevresel ihtiyaçlara bağlı olmadan ortaya çıkan düşüncelerdir ve sadece negatif değil, pozitif ve negatif, geçmişle, şuanla ve gelecek ile ilgili olabilirler (Martin & Tesser 1996: 9).

İnsanlar, yaşam içerisinde bir hedef hiyerarşisine sahiptir ve o hiyerarşinin en üstünde olan, kendileri için önemli olaylar hakkında tekrarlayıcı şekilde düşünürler (Martin & Tesser, 1996:13). Tekrarlayan düşünceler ulaşılamamış hedeflerle ilgilidir. Bir kişi bir hedefe odaklanmış ve ulaşma sürecinde bir problem yaşamamış ise bu konu hakkında tekrarlayıcı düşünme sürecine girmez. Ruminasyonlar hedefe ulaşma süreci beklenen şekilde gitmediğinde ortaya çıkar. Stresli hayat olayları kişileri olayı anlamak, yorumlamak ve çıkarım yapmak için düşünmeye itebilir. Bu değerlendirmelerin sonuçlanması zor olabilir bu sebeple düşünceler uzun süre hafızada kalabilir (Martin & Tesser, 1996: 4) fakat bu ruminasyonlar hedef yönelimlidir ve kişinin hedefi gerçekleştiğinde sona erer (Martin & Tesser, 1996: 21). Eğer kişi hedef hiyerarşisindeki en önemli hedefine ulaşamıyorsa bu tekrarlı düşünceler ve sorgulamalar sayesinde ulaşamadığını gördüğü hedeften ayrışma ve yeni hedefler kurma yoluna da gidebilir (Tedeschi & Calhoun, 1995: 61). Şemalar ve travmatik olaylar arasındaki uyumsuzluk veya ulaşılamayan hedeften ayrışma, kişinin travmatik olaydan sonra travmatik olayı da içine alan yeni bir hayat öyküsü oluşturmasına yardım edebilir (Tedeschi & Calhoun, 2004: 10).

Tedeschi ve Calhoun'a göre (2003: 19), travmatik olaylar sonrasında kimlik ve hayattaki amaçlarla ilgili sorgulamalar kişiyi ruminatif bir sürece itebilir. Olayla ilgili ruminasyonlar, travmatik olay sonrası artık ulaşılamayan hedeflerle veya travmatik olayın, önceki şemalarla çelişmesinden dolayı ortaya çıkabilir (Tedeschi & Calhoun 2004: 9). Ruminasyonlar, Tedeschi ve Calhoun (2004:7) tarafından oluşturulan TSG modelinde bir bilişsel işleme yolu olarak önemli bir yere sahiptir. Modele göre, travmatik olay sonrasında deneyimlenen ruminasyonlar önceleri otomatik ve girici ruminasyonlar olsa da, zamanla kişinin ulaşamayacağı hedeflerden ayrılması ve yeni hedefler kurmasıyla daha planlı hale gelir ve bu tekrarlayıcı düşünceler sayesinde kişi travmatik deneyimi içine alan yeni bir hayat öyküsüne sahip olur. Bu da kişiyi TSG'ye götüren önemli yollardan biridir. Örneğin, "Bir kaza sonrası spor kariyerini bırakmak zorunda kalan bir atlet, spor hayatına dair kaza öncesindeki hedeflerine artık ulaşamayacaktır ve bu kişinin olay sonrasında, hayatta kim olduğuna ve bundan sonra hayatının nasıl olacağına dair sorgulamaları, geleceğe dair ruminasyonlarını ortaya çıkabilir". Bu ruminasyonların işlevi, ulaşılamayacak olan hedefler yerine yenilenmiş yeni hedeflerin oluşturulmasıdır ve bu süreç, travmatik olayın sağlıklı bir şekilde işlenmesini sağlayabilir (Tedeschi & Calhoun, 2003: 19).

Bir çok araştırma ruminasyonların depresif belirtiler ve travma sonrası stres belirtileri gibi negatif etkileri üzerine yoğunlaşmış olsa da (Örn. Dar & Iqbal, 2015: 18-23; Meiser-Stedman ve ark., 2014: 49; Nolen- Holeksama & Larson, 1997: 855-862; Roley ve ark. 2015: 116-121; Thomsen ve ark., 2013: 1265), Tedeschi ve Calhoun'a göre (2004: 9) depresyona sebep olan ruminasyon ile TSG ile ilgili olan ruminasyon farklı olabilir. Yani, ruminasyonların TSG ile ilişkisinin daha iyi anlaşılması açısından, ruminasyonlar yalnızca negatif yönüyle değil nötr şekilde değerlendirilmelidir (Cann ve ark. 2011, 138).

Kanser hastaları ile yapılan araştırmalarda pozitif ruminasyonlar TSG ile ilişkili bulunmuştur (Chan, Ho, Tedeschi & Leung, 2010: 548; Ho & Chan, 2014: 417). Morris & Shakespeare-Finch (2011: 1180) tarafından kanser hastaları ile yapılan çalışmada girici ruminasyonlar TSG ile ilişkili bulunmazken, planlı ruminasyonlar TSG ile ilişkili bulunmuştur. Cann ve arkadaşları (2011: 152) tarafından yapılan çalışmada travmatik olay sonrası planlı ruminasyonları daha fazla olan kişiler daha fazla TSG göstermişlerdir. Soo ve Sherman'ın (2015: 76) meme kanseri hastaları ile yaptıkları araştırmada, problemin çözümünde aktif katılımı içermesi bakımından ruminasyonların daha planlı formu olarak

kabul edilen amaç yönelimli ruminasyon TSG'nin tüm alt boyutları ile ilişkili bulunmuştur. Girici ruminasyonlar ise TSG'nin diğerleri ile ilişkiler ve yeni olasılıklar altboyutları ile pozitif ilişki göstermiştir. Zhou, Wu, Fu & An (2015:4) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise, girici ruminasyonların planlı ruminasyonlara yol açarak TSG'yi pozitif yönde etkilediği belirtilmiştir.

Özetle, ruminasyon kavramı negatif bir kavram olarak incelenebilse de, ruminasyonlar travmatik olayı anlama, işleme ve yeni hayat planları yapma açısından önemli bir bilişsel süreçtir. Önceleri otomatik olan ruminasyonların daha planlı ruminasyonlar haline gelmesiyle kişinin TSG geliştirmesi mümkün olabilir. Bu konuda yapılan çalışmalar da ruminasyonun TSG için önemini vurgulamışlardır.

2.2.6. Öz Benlik-Değerlendirmeleri

Öz benlik-değerlendirmeleri; bireylerin kendilerine, başkalarına ve dünyaya ilişkin temel değerlendirmeleridir. Judge, Locke ve Durham (1997), öz benlik-değerlendirmelerinin dört temel ögesini belirlemişlerdir. Bunlar; kişinin kendi değerliliği hakkındaki genel değerlendirmeleri olan “öz saygı”, kişinin çeşitli durumlarda gösterebileceği performans, başarıya ve bu durumlarla başa çıkabilme becerilerine dair değerlendirmeleri olan “genellenmiş öz yeterlilik”, hayatta birçok olay üzerinde kontrol sahibi olduğuna dair inançları olan “iç kontrol odağı”, ve olumlu, güvende ve duygusal olarak dengede olma eğilimi olan “düşük nevrozizm”tir (Akt: Judge & Bono, 2001: 80). Bu dört yapı bir araya getirildiğinde, öz benlik-değerlendirmeleri, kişinin kendi değeri, etkililiği ve yeterliliği hakkındaki değerlendirmelerini göstermektedir (Judge, Erez, Bono & Thoresen, 2003: 304).

Öz benlik değerlendirme daha olumlu olan kişiler, durumlar karşısında kendilerini genelde daha pozitif yönde değerlendirebilir ve kendilerini yeterli, değerli ve hayatlarında kontrol sahibi olarak görebilirler (Judge, Van Vianen & De Pater, 2004: 326-327). Daha olumlu öz benlik değerlendirme, hedefe ulaşmada daha fazla motivasyon ve daha iyi performans ile ilişkili bulunmuştur (Erez, Judge, 2001: 1277). Yani, daha olumlu öz benlik değerlendirmelerine sahip kişiler, hedeflerini kendi içsel isteklerine göre yönlendirmekte ve hedefe ulaşmada daha başarılı olabilmektedirler. Ayrıca bu yolla, negatif öz benlik değerlendirme olan kişilere göre daha yüksek hayat tatmini

gösterebilmektedirler (Judge, Bono, Erez & Locke, 2005: 262). Çalışmalar, öz benlik-değerlendirmelerinin, kişisel hayat tatmini (Song, Kong, Jin, 2013: 1165), aile hayatından duyulan tatmin (Boyar ve Mosley, 2007: 275) ve mutluluk ile (Piccolo ve ark., 2005: 977) ilişkili olduğunu göstermektedir.

Öz benlik- değerlendirmelerinin ilişkili bulunduğu diğer bir alan sağlıktır. Daha olumlu öz benlik değerlendirmeleri, fiziksel ve psikolojik sağlık ile ilişkili bulunmuştur. Daha olumlu değerlendirmelere sahip kişiler fiziksel ve psikolojik sağlıklarını daha iyi durumda değerlendirmektedirler (Tsaousis, Nikolaou, Serdaris, Judge, 2007: 1446). Omurilik yaralanması olan kişilerde, öz benlik-değerlendirmeleri umutlu ve iyimser düşünmeyi, olumlu sağlık algılarını, otonomi hissini ve diğer hastalardan aldıkları sosyal destek algısını artırmakta ve daha pozitif benlik değerlendirmeleri olan kişiler daha fazla hayat tatmini göstermektedir (Smedema, Tansey, 2015: 221-222). Kammeyer- Mueller, Judge ve Scott (2009: 177-195) tarafından yapılan metaanalitik çalışmada, daha pozitif öz benlik-değerlendirmeleri olan kişilerin hayatlarında daha az stresli olay hatırladıkları, stresli olaylarda daha az gerginlik yaşadıkları ve stresli durumlarda daha az kaçınmacı baş etme yaklaşımı kullandıkları bulunmuştur.

Öz benlik değerlendirmelerini tek bir yapı şeklinde ele alarak TSG ile ilişkisini inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte, öz benlik değerlendirmelerinin içerdiği öz saygı, öz yeterlilik, iç kontrol odağı ve nevroitiklik değişkenlerini inceleyen TSG araştırmaları bulunmaktadır. Örneğin, öz yeterlilikleri daha yüksek olan kanser hastalarının daha fazla TSG gösterdiği bulunmuştur (Schulz & Mohamed, 2004: 658; Lotfi- Kashani ve ark. 2014: 115-123). İç kontrol odağı ile TSG' nin pozitif ilişkili olduğu gösterilmiştir (Chan, La & Wong, 2006: 343-344; Cummings & Swickert, 2010: 201-202). İyimselik ile TSG arasında pozitif bir ilişki bulunurken (Büyükaşık-Çolak, Gündoğdu- Aktürk, & Bozo, 2012: 475; Chan ve ark., 2006: 343-344), nevroitiklik ile TSG arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (Garnefski, Schoevers, Somsen, 2008: 273). Öz saygısı daha yüksek olan kişilerin de daha fazla TSG gösterdiği bulgular arasındadır (Chan ve ark., 2006: 343-344). Ayrıca öz yeterlilik, optimizim ve kendine güven gibi kavramlar Schaefer ve Moos'un (1998: 100) travma sonrası gelişim modelindeki kişisel kaynaklar içerisinde önemli bir yer tutmaktadır. Buna ek olarak Janoff- Bulman' ın (1992: 169) temel varsayımlar modelinde de, kişilerin kendi değerliliklerine, dünyanın adilliğine ve olayları kontrol edebileceklerine dair inançlarına önem verilmiştir. Buna göre, kontrol inancı ve

kişinin değeri gibi inançlar travmatik olaylar tarafından yıkılsa da süreç içinde bu inançların revize edilmesi, kişilerin travma sonrası gelişim göstermesini sağlayabilmektedir.

Özetle, öz benlik-değerlendirmeleri, hayat tatmini, iyimser düşünme, fiziksel ve psikolojik sağlık, hedeflere ulaşma için motivasyon ve performans gibi değişkenlerle ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, öz benlik-değerlendirmelerinin içerdiği öz saygı, öz yeterlilik, kontrol odağı ve nevroitiklik özellikleri ile TSG arasında ilişkiler bulunduğu görülmüştür. Bunlara ek olarak TSG'nin teorik modellerinde de öz yeterlilik, öz saygı ve kontrol algısı gibi değişkenler TSG süreci için önemli bulunmuştur.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
CERRAHİ OPERASYON GEÇİRMİŞ MEME KANSERİ HASTALARINDA
TRAVMA SONRASI GELİŞİMİ YORDAYAN DEĞİŞKENLERİN ve ÖZ BENLİK-
DEĞERLENDİRMELERİ ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK GÜVENİRLİK
GÖSTERGELERİNİN İNCELENMESİ

3.1. YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın örnekleme, katılımcılara uygulanan veri toplama araçları, araştırmanın uygulanma süreci ve yapılan istatistiksel analizlere ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

3.1.1. Örneklem

Araştırmanın örnekleme İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Mastektomi Polikliniği'nde ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Anabilim Dalı'nda tedavilerine devam etmekte olan 18- 65 yaş arası, cerrahi operasyon geçirmiş, radyoterapi ve kemoterapi tedavilerini tamamlamış olup kontrollerine devam eden 66 meme kanseri kadın hastadan oluşmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 50.69 (ss=8.65) olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların demografik bilgileri Tablo 1' de, hastalık ile ilgili bilgileri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo- Demografik Bilgileri

	Katılımcılar (S; %)
Yaş (Ort; Std.S)	50.69; 8.65
Eğitim Düzeyi	
Okuma Yazma Bilmiyor	1 (% 1.5)
Okur-Yazar	1 (% 1.5)
İlkokul Mezunu	26 (% 39.4)
Ortaokul Mezunu	9 (% 13.6)
Lise Mezunu	13 (% 19.7)
Üniversite Mezunu	15 (% 22.7)
Lisans Üstü Eğitim	1 (% 1.5)
Gelir Düzeyi	
Düşük	17 (% 25.8)
Orta	44 (% 66.7)
Yüksek	5 (% 7.6)
Çalışma Durumu	
Çalışıyor	55 (% 83.3)
Çalışmıyor	3 (% 16.7)
Yaşanılan Yer	
Büyük şehir	61 (% 92.4)
İl	5 (% 7.6)
İlçe	0 (% 0)
Köy	0 (%0)
Medeni Durum	
Bekar	5 (% 7.6)
Evli	47 (% 71.2)
Boşanmış	4 (% 6.1)
Eşi Vefat Etmiş	9 (% 13.6)

Tablo 2. Katılımcıların Hastalıkla İlgili Bilgileri

Değişkenler	N (%)	Ort.	S.S.	Min-Maks Ranj
Hastalık Şiddeti Algısı		1.57	0.94	0 - 4
Hayat Tehdit Algısı		1.63	1.04	0 - 4
Tanı Süre	66	5.06	4.47	0.50 - 23.00
Kanserin Evresi	55*			
1.Evre	15 (% 22.7)			
2. Evre	18 (% 27.3)			
3. Evre	18 (% 27.3)			
4. Evre	4 (% 6.1)			
Tedavi				
Tedavi Görmüyor	42 (% 63.6)			
Kemoterapi	0 (% 0)			
Radyoterapi	0 (% 0)			
Hormon Tedavisi	24 (% 36.4)			
Ameliyat Türü				
Lumpektomi	9 (% 13.6)			
Mastektomi	57 (% 86.4)			
Nüksetme				
Evet	3 (% 4.5)			
Hayır	63 (% 95.5)			
Psikiyatrik Tanı				
Var	14 (% 21.2)			
Yok	52 (% 78.8)			
Psikiyatrik İlaç				
Var	10 (% 15. 2)			
Yok	56 (% 84.8)			
Ekstra Stres				
Var	27 (% 40.9)			
Yok	39 (% 59.1)			

* Katılımcıların 11'i (%17) kanser evrelerini belirtmemiştir.

3.1.2. Veri Toplama Araçları

Bu bölümde katılımcıların sosyo- demografik özelliklerini, hastalıkla ilgili bilgilerini, stresli durumlarla baş etme yöntemlerini, aldıkları sosyal destek düzeyini, ruminatif düşünme biçimlerini, öz benlik değerlendirmelerini, kontrol odağı ve travmatik olay sonrası gösterdikleri gelişim düzeylerini ölçmek amacıyla bu araştırmada kullanılan veri toplama araçları hakkında bilgiler verilecektir.

3.1.2.1. Sosyo- Demografik ve Hastalıkla ilgili Bilgi Formu

Bu form, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve hastalıkları ile ilgili bilgilerini elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formun birinci kısmında; yaş, medeni hal, eğitim durumu, gelir düzeyi, yaşanılan yer, ikinci kısmında ise; tanıdan sonra geçen süre, hastalığın evresi, görülen tedavi çeşidi, ameliyat tipi, hastalığın tekrarlayıp tekrarlamadığı, psikiyatrik bir tanı alıp almadıkları, kullandıkları ilaçlara ilişkin sorular bulunmaktadır. Tanıdan sonra geçen süre, hastalığın evresi, görülen tedavi çeşidi, ameliyat tipi, hastalığın tekrarlayıp tekrarlamadığı, hastaların kullandıkları ilaçlara ilişkin bilgiler hastaların dosyaları incelenerek elde edilmiştir. Hastalığın evresine dair bilgiler hasta dosyalarında bulunamadığı için, bu bilgi hastalara tanı aldıklarında doktorlarının bildirdiği evre sorularak ölçülmüştür. Son olarak forma daha önce yaşanılan travmatik bir olay olup olmadığını ölçmek amacıyla son bir yıl içinde yüksek derecede stres yaratan bir olay yaşayıp yaşamadıkları sorusu eklenmiştir. Bu formun bir örneği **Ek 1.**'de sunulmuştur.

3.1.2.2. Öz Benlik Değerlendirmeleri Ölçeği

Öz benlik değerlendirmeleri ölçeği Judge, Erez, Bono ve Thoresen (2003) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek öz saygı, genellenmiş öz yeterlilik, kontrol odağı ve nevrotiklik özelliklerini ölçen 12 maddeden oluşmaktadır. Maddelerin puanlanması "Tamamen Yanlış"tan "Tamamen Doğru"ya uzanan 5li likert bir derecelendirme ile yapılır. Ölçekte yer alan 2,4,6,8,10,12 numaralı maddeler ters maddelerdir. Ölçeğin güvenirlik analizi dört ayrı örnekleme gerçekleştirilmiş ve iç tutarlık katsayılarının .80'in üzerinde olduğu görülmüştür (Judge, Erez, Bono & Thoresen, 2003: 303-331) Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Kisbu (2006) tarafından yapılmıştır. Yapılan analizde Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı .70 olarak bulunmuştur (Kisbu, 2006: 33). Güven (2007:

57) tarafından yapılan çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısının .84 olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada, teorik modellerden ve araştırmalardan yola çıkılarak, Öz benlik değerlendirmelerinin içerdiği kavramların, meme kanseri hastalarının TSG göstermesinde önemli katkısı olduğu görülmüş ve bu gerekçeye göre oluşturulan “Öz benlik değerlendirmeleri daha olumlu olan meme kanseri hastalarının daha fazla TSG göstermesi beklenmektedir” hipotezine istinaden öz benlik değerlendirmelerini ölçmek için bu araç seçilmiştir. Ancak, ölçeğin original ve Türkçe çalışmalarında, örneklemin endüstri ve örgüt psikolojisi alanından olduğu, ölçek maddelerinin çalışan bireylerde uygulanmaya uygun olduğu görülmüştür. Örneğin, Kisbu (2006: 31) tarafından yapılan uyarlaması, 150 erkek taksi sürücüsü ile yapılmıştır. Bu çalışmada ise, Öz benlik değerlendirmelerinin meme kanseri hastalarında incelenmesi amaçlanmıştır. Bu yüzden mevcut çalışmada, ölçeğin bu örnekleme kavramsal önemine de dayanarak, adaptasyon çalışması yürütülmüştür. Maddeleri meme kanseri hastalarına göre düzenlemek amacıyla, Ölçeğin 6. Maddesi olan “Bazen kendimi işime hakim hissetmiyorum” maddesi “Bazen kendimi yaptığım işe hakim hissetmiyorum” şeklinde ve 10. Maddesi olan “Meslek yaşamımdaki kontrolümün elimde olmadığını hissediyorum” maddesi, “Günlük yaşamımdaki başarımlarımın kontrolümün elimde olmadığını hissediyorum” şeklinde uyarlanmıştır. Ölçeğin orijinali 12 maddeden oluşurken, bu çalışmada yapılan analizler sonucunda 9. Maddenin çıkarılması uygun görülmüştür (Bakınız: Tablo. 6). Ölçeğin bir örneği **EK 2.**'de gösterilmiştir.

3.1.2.3 Sosyal Destek Ölçeği

Sosyal Destek Ölçeği Krespi (1993) tarafından geliştirilen Sosyal Destek Ölçeğinden faydalanılarak Torun (1995) tarafından oluşturulmuş bir veri toplama aracıdır. Ölçek 19 sorudan oluşmaktadır. Maddelerin tamamı olumlu ifadeler içermektedir. Maddelerin puanlanması “Hiçbir zaman”dan “Her zaman”a uzanan 5’li likert bir derecelendirme ile yapılır. Bilgisel ve maddi destek (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14 numaralı maddeler) , duygusal destek (1, 2, 3, 4, 5, 15, 16 numaralı maddeler) ve beraberlik desteği (13, 17, 18, 19 numaralı maddeler) olmak üzere üç boyutlu bir yapıya sahip olan ölçekte yüksek puanlar sosyal destekteki artışı göstermektedir. Boyutlar toplam varyansın % 57.1’ini açıklamaktadır. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı .92 olarak

belirlenmiştir (Torun, 1995: 38-47). Sosyal Destek Ölçeği'nin bir örneği **EK 3.**'te sunulmuştur.

3.1.2.4. Ruminatif Düşünme Biçimi Ölçeği

Ruminatif düşünme biçimi ölçeği, Brinker ve Dozois (2009) tarafından geliştirilmiştir. Ruminatif düşünmeye yönelik genel eğilimi, pozitif, negatif, girici, tekrarlayıcı, geçmişe ve geleceğe yönelik olmak üzere tüm yönlerini kapsayacak şekilde ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, 20 maddeden oluşan 7'li likert tipi bir değerlendirme aracıdır. Ruminatif düşünme biçimi ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir ölçek olup olmadığını analiz etmek amacıyla yapılan iki çalışmanın ilkinde 118 lisans öğrencisi, ikincisine ise 309 lisans öğrencisi katılmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda 20 maddenin tek bir faktör altında toplandığı görülmüştür. İlk çalışmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı .92, ikinci çalışmada ise .87 olarak belirlenmiştir. Test tekrar test güvenilirliği $r = 0.80$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin, Global Rumination Scale, Response Style Questionnaire, Automatic Thoughts Questionnaire gibi tekrarlayıcı düşünce ölçekleri ile anlamlı düzeyde korelasyon gösterdiği belirtilmiştir (Brinker & Dozois, 2009: 5-9).

Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Karatepe, Yavuz ve Türkcan (2012) tarafından yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda, ölçeğin orijinalindeki gibi 20 düz kodlanan maddeden oluşan tek faktörlü bir yapıya sahip olduğu ve bu tek faktörün toplam varyasyon % 63.43' ünü açıkladığı görülmüştür. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı .91 ve test tekrar test güvenilirliği $r = 0.84$ olarak belirlenmiştir. Ölçeğin yakınsak geçerliliğini ölçmek amacıyla yapılan analizde, Metacognition Questionnaire ile $r = 0.516$ ve Leahy Emotional Schema Scale- Rumination Subscale ile $r = 0.47$ oranında pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur (Karatepe, Yavuz & Türkcan, 2012: 234-236). Bu ölçeğin bir örneği **EK 4**'te yer almaktadır.

3.1.2.5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilen Baş Etme Yolları Envanterinden (Ways of Coping Inventory) yola çıkılarak Şahin ve Durak (1995) tarafından oluşturulmuştur. Ölçeğin orijinali 4'lü likert tipi 66 maddelik bir ölçektir.

Ölçek daha önce Siva (1988) tarafından Kültüre özgü maddeler eklenerek 74 madde haline getirilmiş Şahin ve Durak (1995) tarafından kısaltılarak 30 maddelik halini almıştır. Ölçeğin 1. ve 9. maddeleri ters, geri kalan maddeleri ise düz kodlanan maddelerdir. Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği'nin faktör yapısını incelemek amacıyla üç farklı çalışma yapılmış ve ilk çalışmada 575 üniversite öğrencisi, ikinci çalışmada çeşitli bankalarda çalışan 426 kişi, üçüncü çalışmada ise Ankara'da yaşamakta olan 232 kişi ile çalışılmıştır. Üç ayrı çalışmanın sonucunda ölçeğin, iyimser yaklaşım (2, 4, 6, 12 ve 18 numaralı maddeler), kendine güvenli yaklaşım (8, 10, 14, 16, 20, 23 ve 26 numaralı maddeler), çaresiz yaklaşım (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27 ve 28 numaralı maddeler), boyuneğici yaklaşım (5, 13, 15, 17, 21 ve 24 numaralı maddeler), ve sosyal desteğe başvurma (1, 9, 29 ve 30 numaralı maddeler) olmak üzere beş faktörlü bir yapıdan oluştuğu bulunmuştur. Boyutlara ait yükselen puanlar o başa çıkma biçiminin kullanım derecesinin artmışlığına işaret etmektedir (Şahin & Durak, 1995: 56-73). Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği altölçeklerinin yapılan 3 ayrı çalışmadan elde edilen güvenilirlik katsayıları Tablo 3'te gösterilmiştir. Ölçeğin bir örneği EK 5.'te sunulmuştur.

Tablo 3. Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği Altölçekleri İç Tutarlık Katsayıları

Altölçekler	1. Çalışma N= 545	2. Çalışma N=408	3. Çalışma N= 232
İyimser Yaklaşım	0.68	0.66	0.49
Kendine Güvenli Yaklaşım	0.80	0.77	0.62
Çaresiz Yaklaşım	0.73	0.64	0.68
Boyuneğici Yaklaşım	0.70	0.72	0.47
Sosyal Desteğe Başvurma	0.47	0.45	-

3.1.2.6. Kontrol Odağı Ölçeği

Kontrol Odağı Ölçeği, Dağ (2002) tarafından geliştirilmiştir. Çeşitli kontrol odağı ölçeklerinden yararlanılarak oluşturulmuştur. Hazırlanan 80 madde katılımcılara uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda ölçek 47 maddelik son halini almıştır. Ölçek, “hiç uygun değil” (1), “pek uygun değil” (2), “uygun” (3) “oldukça uygun” (4) “tamamen uygun” (5) olmak üzere 5’li Likert tipi bir ölçektir. 25 adet düz, 22 adet ters puanlanan maddesi bulunmaktadır. 15, 16, 17, 18, 19, 21, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37,

41, 43, 44, 45 ve 47 numaralı maddeler ters kodlanan maddelerdir. Puan aralığı 47-235 olup, puanlardaki yükselme dış kontrol odağını işaret etmektedir. Temel bileşenler tekniğiyle varimaks döndürmesi uygulanarak 5 faktörlü bir yapıya ulaşılmıştır. Bu faktörler; “Kişisel kontrol”, “şansa inanma”, “çabalamanın anlamsızlığı”, “kadercilik”, “adil olmayan dünya inancı” şeklinde isimlendirilmiştir. Tüm ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı .92, test tekrar test güvenilirliği .88 olarak tespit edilmiştir (Dağ, 2002: 81-85). Kontrol Odağı Ölçeği'nin bir örneği **EK 6**'da sunulmuştur.

3.1.2.7. Travma Sonrası Gelişim Envanteri

Travma Sonrası Gelişim Envanteri, travmatik bir olay yaşamının ardından olayların kişilerin hayatlarında meydana gelebilecek pozitif değişiklikleri ölçmek amacıyla Tedeschi ve Calhoun (1996: 455-471) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek toplamda 21 maddeden oluşmaktadır. Maddelerin puanlanması “Böyle bir değişikliği yaşamadım (0)”dan “Bu değişikliği aşırı derecede yaşadım (5)”a uzanan 6'lı likert bir derecelendirme ile yapılır. Yüksek puanlar, travmatik olay sonrası daha fazla gelişimi göstermektedir.

Ölçek, “Yeni olasılıklar”, “Kişilerarası ilişkiler”, “Kişisel güç”, “İnançtaki değişim” ve “Yaşam takdiri” olmak üzere 5 alt boyuta sahiptir. Yapılan analizler sonrasında tüm ölçek için iç tutarlık katsayısı .90, Yeni olasılıklar alt boyutu için .84, kişilerarası ilişkiler için .85, kişisel güç için .72, inançtaki değişim için .85 ve yaşam takdiri için .65 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin test- tekrar test güvenilirliği .71 olarak belirlenmiştir (Tedeschi & Calhoun, 1996: 455-471).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Dirik (2006) tarafından gerçekleştirilmiştir. 21 maddelik ölçek, orjinalinden farklı olarak; kendilik algısındaki değişim (1, 2, 4, 5, 10, 12, 13, 18 ve 19. maddeler), diğerleriyle ilişkilerdeki değişim (6, 8, 9, 15, 16, 20 ve 21. maddeler) ve hayat felsefesindeki değişim (3, 7, 11, 14 ve 17. maddeler) olmak üzere 3 faktörlü bir yapıya sahiptir. Tüm ölçek için Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı .94, kendilik algısı için .88, diğerleriyle ilişkilerdeki değişim için .86 ve hayat felsefesindeki değişim için .87 olarak hesaplanmıştır (Dirik, 2006: 73-75). Ölçeğin bir örneği **EK 7**'de gösterilmiştir.

3.1.2.8. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu form, araştırmanın amacı, izlenecek yöntem, yapılacak işlemler ve hastanın hakları konusunda katılımcılara bilgi vermek ve onam almak amacıyla hazırlanmıştır.

Formda, araştırmanın amacı, ölçek ve soru sayısı, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı, yarıda bırakma hakkı, bilgilerin gizli tutulacağı gibi bilgiler bulunmaktadır. Formun alt bölümünde ise katılımcının bilgileri okuduğuna, anladığına ve kendi isteğiyle bu çalışmaya katıldığına dair imzalaması gereken bir bölüm ve araştırmacının imzalaması gereken bir bölüm bulunmaktadır. Formun bir örneği **EK 8**'de yer almaktadır.

3.1.3. İşlem

Araştırmanın verileri Şubat 2015- Mayıs 2015 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim dalı Mastektomi Polikliniğinde ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Anabilim dalında tedavilerine devam etmekte olan 66 meme kanseri kadın hastadan toplanmıştır. İşleme- Dışlama kriterlerine göre, katılımcılar için 18- 65 yaş aralığı esas alınmıştır. Araştırmaya dahil edilen tüm katılımcılar meme kanseri tanısı nedeni ile cerrahi operasyon geçirmiş hastalardır. Hastalıklarına ilişkin ameliyat geçirmemiş hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca, araştırmaya alınan tüm katılımcılar kemoterapi ve radyoterapi tedavilerini tamamlamış olup rutin kontrollerine devam eden hastalardır. Kontrol sürecinde olan hastaların bir kısmı hormon tedavilerine devam etmektedir. Kemoterapi ve radyoterapi tedavisine aktif olarak devam eden hastalar bu çalışmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmanın veri toplama sürecinin öncesinde, İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır. Ardından, verilerin toplanacağı hastanedeki çalışanlara araştırmanın amacı ve uygulanma şekli anlatılmış ve veri toplama aşamasında personel ile işbirliği içinde çalışılmıştır.

Hastalar, doktor kontrolleri için hastaneye geldikleri günlerde araştırmaya davet edilmiştir ve araştırmanın amacı, gizlilik ve gönüllülük şartlarının yer aldığı bilgilendirilmiş onam formunun okunması ve imzalanması sağlanmıştır.

Katılımcılar, doktor kontrollerinin ardından araştırma için hazırlanan odaya alınmış ve tek oturumda, seçkisiz olarak sıralanan, Sosyo-Demografik ve Hastalıkla ilgili Bilgi Formu, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Sosyal Destek Ölçeği, Ruminatif Düşünme Biçimi Ölçeği, Öz Benlik Değerlendirmeleri Ölçeği, Kontrol Odağı Ölçeği, Travma Sonrası Gelişim Envanteri olmak üzere 7 adet ölçeği doldurmaları istenmiştir. Görme sorunu olan, kol şişlikleri nedeniyle elini kullanamayan katılımcılar için ölçeklerdeki

sorular araştırmacı tarafından okunmuş ve verilen cevaplar anket formlarına işlenmiştir. Katılımcıların lekleri doldurması yaklaşık otuz dakika srmştir.

3.1.4. İstatistiksel Analiz

Veriler, sosyal bilimler için istatistik paket programı SPSS 21.0 kullanılarak analiz edilmiştir. z Benlik-Değerlendirmeleri leği'nin meme kanserli hastalarda kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olup olmadığını incelemek amacıyla geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğini ölçmek amacıyla Ana eksen boyutlandırması yöntemi ve oblik rotasyon ile Faktör Analizi yapılmıştır. Yapı geçerliğini araştırmak için z Benlik Değerlendirmeleri leği'nden alınan puanlar ve araştırmada kullanılan Kontrol Odağı leği, Ruminatif Düşünme Biçimi leği, Başa ıkma Tarzları leği'nin çaresiz Yaklaşım ve Kendine Güvenli Yaklaşım alt boyutları ve Sosyal Destek leği ile Pearson Korelasyon analizi geerleştirilmiştir. İ tutarlığını bulmak amacıyla Cronbach Alfa katsayısı hesaplanmıştır.

Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının güvenirlik analizleri geerleştirilmiştir. Kontrol değişkeni ve bağımsız değişkenler arasında ve ardından bağımsız ve bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiyi görmek adına Pearson Korelasyon analizleri yapılmıştır. Daha sonra, Travma Sonrası Gelişim (TSG), TSG'nin kendilik algısındaki değişim, diğerleriyle ilişkilerdeki değişim ve hayat felsefesindeki değişim alt boyutları olmak üzere araştırmanın 4 bağımlı değişkeni için regresyon analizi yapılmıştır. Her regresyon analizi için o bağımlı değişken ile korelasyonu anlamlı olan bağımsız değişkenler kullanılmıştır. TSG toplam puanın yordanan olduğu durum için hastalık değişkenlerinden evre kontrol edildikten sonra sosyal destek ve baş etme yollarından iyimser yaklaşım değişkenlerinin kullanıldığı hiyerarşik regresyon analizi uygulanmıştır. TSG'nin diğerleriyle ilişkilerdeki değişim alt boyutu için evre kontrol edildikten sonra anlamlı korelasyona sahip olan sosyal destek değişkeninin kullanıldığı hiyerarşik regresyon analizi geerleştirilmiştir. Hayat Felsefesindeki değişim alt boyutu için anlamlı korelasyonu olan baş etme yollarından kendine güvenli yaklaşımın kullanıldığı hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Son olarak kendilik algısındaki değişim alt boyutunun, sadece kontrol değişkeni olan evre ile anlamlı korelasyona sahip olması nedeniyle bu değişken için regresyon analizi yapılmamıştır. Yapılan analizlerin sonuçları bulgular kısmında sunulmuştur.

3.2. BULGULAR

Bu bölümde sırasıyla, kullanılan veri toplama araçlarının güvenirlik bilgileri, tüm ölçekler için betimleyici istatistikler, Öz Benlik-Değerlendirmeleri Ölçeği'nin geçerlik-güvenirlik göstergelerine dair bulgular, kontrol değişkenleri, bağımlı ve bağımsız değişkenler arası korelasyonlar ve son olarak TSG, kendilik algısındaki değişim, diğerleriyle ilişkilerdeki değişim ve hayat felsefesindeki değişim bağımlı değişkenlerinin yordanan olduğu durumlar için yapılan regresyon analizlerine dair bulgular sunulacaktır.

3.2.1. Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik Analizleri

Araştırmada kullanılan Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Sosyal Destek Ölçeği, Ruminatif Düşünme Biçimi Ölçeği, Kontrol Odağı Ölçeği, Travma Sonrası Gelişim Envanteri olmak üzere 5 ölçek için gerçekleştirilen güvenirlik analizi sonuçları Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4. Veri Toplama Araçlarının Cronbach Alfa İç Tutarlık Katsayıları

Ölçekler	Cronbach Alfa
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	
İyimser Yaklaşım	.75
Kendine Güvenli Yaklaşım	.81
Çaresiz Yaklaşım	.52
Boyuneğici Yaklaşım	.30
Sosyal Desteğe Başvurma	.73
Sosyal Destek Ölçeği	.95
Ruminatif Düşünme Biçimi Ölçeği	.89
Kontrol Odağı Ölçeği	.89
Travma Sonrası Gelişim Envanteri	.92
Kendilik Algısı	.83
Diğerleri ile İlişkiler	.84
Hayat Felsefesi	.84

3.2.2. Tüm Veri Toplama Araçları İçin Betimleyici İstatistikler

Katılımcıların tüm ölçeklerden aldıkları puanlar Tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo 5. Ölçekler İçin Betimleyici İstatistikler

	N	Min Ranj	Maks Ranj	Ort.	S.S.
SBTÖ- İyimser Y.	66	1.00	15.00	10.11	3.53
SBTÖ- Kendine Güvenli Y.	66	3.00	21.00	15.32	4.41
SBTÖ- Boyuneğici Y.	66	1.00	14.00	7.74	3.04
SBTÖ-Çaresiz Y.	66	2.00	22.00	9.39	4.30
SBTÖ-Sos. Desteğe Baş. Y.	66	.00	12.00	7.65	3.18
SDÖ	66	5.00	82.00	58.55	16.14
RDBÖ	66	42.00	133.00	86.20	22.48
ÖBDÖ	66	20.00	54.00	41.51	7.67
TSGE	66	21.00	104.00	71.72	21.30
TSGE-Kendilik Algısı	66	11.00	45.00	34.18	8.63
TSGE-Diğerleriyle İlişkiler	66	3.00	35.00	22.75	8.35
TSGE-Hayat Felsefesi	66	.00	25.00	14.77	7.19

SBTÖ= Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, SDÖ=Sosyal Destek Ölçeği, RDBÖ=Ruminatif Düşünme Biçimi Ölçeği, ÖBDÖ= Öz Benlik Değerlendirmeleri Ölçeği, TSGE= Travma Sonrası Gelişim Envanteri

3.2.3. Öz Benlik - Değerlendirmeleri Ölçeğinin Geçerlik Güvenirliğine İlişkin

Bulgular

Meme Kanseri hastalarına uyarlanıp uygulanan Öz Benlik Değerlendirmeleri Ölçeği'nin geçerlik güvenirlik özelliklerinin yeterli olup olmadığı incelenmiştir. Analizler öncesinde kayıp değerlerin varlığı incelenmiştir. Kayıp değer sayıları hesaplanmıştır. Cevapların normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiştir. Analizler 66 kişi üzerinden gerçekleştirilmiştir.

3.2.3.1. Öz Benlik Değerlendirmeleri Ölçeği'nin Faktör Analizi Sonuçları

Ölçeğin yapı geçerliğini incelemek için Ana eksen boyutlandırması yöntemi ve oblik rotasyon ile Faktör Analizi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre, Öz değer 1' in üzerinde olması kriterine göre ve öz değer grafiğine göre 4 faktörlü bir yapının ortaya çıktığı görülmüştür. Yapı incelendiğinde 9. Maddenin ilk faktöre olan faktör yükü .30'un

altında kaldığı için 9. Madde çıkarılarak analiz tekrarlanmıştır ve öz değeri 1'den yüksek olan 3 faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Oluşturulan bu yapıda, 5. ve 7. Maddelerde çift yüklenme görüldüğü için bu maddeler de çıkarılmıştır. 5, 7 ve 9. Maddeler çıkarıldığında 3 faktörlü bir yapı gözlenmiştir. Ancak her bir faktör için hesaplanan Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları .70'in altında çıktığından ölçeğin 3 faktörlü çözümlemesinin uygun olmadığına karar verilmiştir. Tek faktöre zorlanarak yürütülen faktör analizi neticesinde ölçeğin son hali toplam varyansın % 39.07'sini açıklayan 11 maddeden oluşmuştur. Cronbach alfa katsayısı .83' tür. 9. maddenin yüklenme değeri .30'un altında kaldığı için bu maddenin çıkarılması uygun görülmüştür. Analiz sonuçları Tablo 6' da sunulmuştur.

Tablo 6. Öz Benlik Değerlendirmeleri Ölçeği Faktör Yüklenmeleri

Madde sayısı: 12; KMO: .78; Bartlett:258. 88, $p<.001$; Toplam Açıklanan Varyans: 39.07; Cr alfa: .83; Ortalama=41.51, SS= 7.67	Faktör Yükleri	Ortak Varyans
7. Genel olarak kendimden memnunum	.76	.71
11. Günlük yaşamımdaki başarımın kontrolünün elimde olmadığını hissediyorum.	.75	.68
2 ^a . Bazen kendimi depresyonda hissedirim.	.70	.74
8 ^a . Yeteneklerimle ilgili şüphe duyuyorum.	.70	.68
4 ^a . Bazen başarısız olduğumda kendimi değersiz hissedirim.	.66	.64
12 ^a . Bazı zamanlar var ki her şey bana karamsar ve ümitsiz gözükür.	.65	.85
10 ^a . Günlük yaşamımdaki başarımın kontrolümde olmadığını hissediyorum.	.57	.44
5. İşleri başarıyla tamamlarım.	.56	.63
3. Uğraştığım zaman genelde başarırım.	.51	.71
1. Hayatta hak ettiğim başarıyı yakaladığıma eminim.	.50	.65
6 ^a . Bazen kendimi yaptığım işe hakim hissetmiyorum.	.39	.51
9*. Hayatımda neler olacağını ben belirlerim.	.28	.77

*Analizden çıkarılan madde

a Ters maddeler

3.2.3.2. Öz Benlik Değerlendirmeleri Ölçeği'nin İç Tutarlılığına İlişkin Bilgiler

Yapılan güvenirlik analizi sonucunda ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı .83 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin iç tutarlık katsayısının kabul edilebilir olduğu, meme kanseri hastalarında kullanılması açısından güvenilir bir ölçek olduğu sonucuna varılmıştır.

3.2.3.3. Öz Benlik Değerlendirmeleri Ölçeği'nin Yapı Geçerliliğine İlişkin Bulgular

Ölçeğin yapı geçerliliğini incelemek amacıyla, Öz Benlik Değerlendirmeleri Ölçeğinden alınan puanlar ve bu araştırmada kullanılan ve daha önce araştırmalar tarafından geçerlik-güvenirlik göstergeleri araştırılmış ve yeterli bulunmuş ölçeklerden; Kontrol Odağı Ölçeği, Ruminatif Düşünme Biçimi Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin Çaresiz Yaklaşım ve Kendine Güvenli Yaklaşım Alt boyutları ve Sosyal Destek Ölçeği'nden alınan puanlar ile korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Analiz Sonuçları Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Öz Benlik Değerlendirmeleri Ölçeği'nin diğer Ölçek Puanları ile Korelasyonları

	1	2	3	4	5
1.ÖBDÖ					
2. KOÖ	-.44**				
3. RDBÖ	-.25*	.24*			
4. SBTÖ-Çaresiz Y.	-.37**	.27*	.39**		
5.SBTÖ-Kendine Güvenli Y.	.51**	-.24*	-.10	-.18	
6. SDÖ	.34**	-.26*	-.29*	-.20	.23

*p<.05, **p<.01 , ÖBDÖ= Öz Benlik Değerlendirmeleri Ölçeği, KOÖ=Kontrol Odağı Ölçeği, RDBÖ=Ruminatif Düşünme Biçimi Ölçeği SBCÖ=Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, SDÖ=Sosyal Destek Ölçeği,

Öz Benlik Değerlendirmeleri Ölçeği puanları, Kontrol Odağı Ölçeği, Ruminatif Düşünme Biçimi Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Ölçeği'nin Çaresiz Yaklaşım alt boyutu puanları ile negatif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur (Sırasıyla $r = -.44$, $p < .05$; $r = -.25$, $p < .05$; $r = -.37$, $p < .001$). Ölçek puanları, Stresle Başa Çıkma Ölçeği'nin Kendine Güvenli yaklaşım alt boyutu puanları ve Sosyal Destek Ölçeği Puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (Sırasıyla $r = .51$, $p < .001$; $r = .34$, $p < .001$).

3.2.4. Korelasyon Analizleri

Bu bölümde, kontrol değişkenleri ile bağımlı değişkenler arasındaki ve kontrol değişkeni kontrol edildikten sonra, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki korelasyon analizleri sunulacaktır.

3.2.4.1. Bağımlı Değişkenler ve Kontrol Değişkenleri Arasındaki Korelasyonlar

TSG ve TSG'nin kendilik algısındaki değişim, diğerleri ile ilişkilerdeki değişim ve hayat felsefesindeki değişim alt boyutları ile kontrol değişkenleri arasındaki Pearson korelasyon katsayıları Tablo 8'de verilmiştir. Tablo 8'de de görüldüğü gibi, TSG toplam puanı ve hastalığın evresi arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur ($r = -.30$, $p < .05$). Diğerleri ile ilişkilerdeki değişim alt boyutu ve hastalığın evresi arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur ($r = -.28$, $p < .05$). Kendilik algısındaki değişim alt boyutu ve evre arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur ($r = -.28$, $p < .05$). Hastalık evresi ve hastalığın nüksetmesi arasında pozitif korelasyon bulunmuştur ($r = .38$, $p < .01$).

Tablo 8. Bağımlı Değişkenler ve Kontrol Değişkenleri Arasındaki Korelasyonlar

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. TSG Toplam											
2.TSG Kendilik Algısı	.90**										
3.TSG İlişkiler	.86**	.64**									
4. TSG Hayat Felsefesi	.88**	.73**	.62**								
5.Eğitim Dummy Üni.	-.12.	-.14	-.20	.06							
6. Eğitim Dummy Orta.	-.08	-.06	-.12.	-.02	-.40*						
7. Yaş	-.09	-.16	.09	-.18	-.07	-.07					
8. Hastalık Süresi	.11	.05	.09	.15	.10	-.22	.14				
9. Evre	-.30*	-.28*	-.28*	-.23	-.02	-.08	-.13	.08			
10.Hastalık Nüksü	-.06	-.07	-.08	-.00	-.12	.15	-.14	-.08	.38**		
11. Ekstra Stres Varlığı	.23	.17	.21	.22	.03	.13	-.23	-.17	-.11	.11	

* $p < .05$, ** $p < .01$

3.2.4.2. Evre Kontrol edildikten Sonra Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler Arası Korelasyonlar

Kontrol değişkenlerinden hastalığın evresi, toplam TSG ile, kendilik algısındaki değişim ile ve diğerleri ile ilişkilerdeki değişim ile anlamlı korelasyon gösterdiğinden (Bakınız: Tablo 8), bu bağımlı değişkenler ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla evre değişkeninin kontrol edildiği kısmı korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre; evre kontrol edildikten sonra toplam TSG ile baş etme yollarından iyimser yaklaşım arasında anlamlı korelasyon bulunmuştur ($r = .27, p < .05$). Ayrıca, toplam TSG düzeyi ile sosyal destek arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .35, p < .01$). Kendilik algısındaki değişim değişkeninin hiçbir bağımsız değişken ile anlamlı korelasyonu bulunamamıştır. Diğerleri ile ilişkilerdeki değişim ile sosyal destek arasında pozitif anlamlı korelasyon bulunmuştur ($r = .48, p < .01$). Analiz Sonuçları Tablo 9’da sunulmuştur.

Hayat felsefesindeki değişim ile ilişkili kontrol değişkeni bulunmadığından Hayat felsefesindeki değişim ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkilerin incelendiği ayrı bir korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, hayat felsefesindeki değişim ile yalnızca kendine güvenli yaklaşım arasında anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur ($r = .34, p < .01$). Analiz sonuçları Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Evre Kontrol Edildikten Sonra TSG, Kendilik Algısı, Diğerleri ile İlişkiler ve Bağımsız Değişkenler arası Korelasyonlar

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. TSG Toplam											
2.TSG Kendilik Algısı	.88**										
3.TSG İlişkiler	.85**	.61**									
4. İyimser Yaklaşım	.27*	.26	.20								
5. Kendine Güvenli Yaklaşım	.23	.22	.12	.67**							
6. Çaresiz Yaklaşım	.04	.07	.08	-.38**	-.25						
7. Boyun Eğici Yaklaşım	.14	.09	.17	.01	.00	.30*					
8. Sosyal Desteğe Başvurucu Y.	.12	.04	.25	.22	.03	-.28*	-.23				
9.Sosyal Destek	.35**	.25	.48**	.49**	.33**	-.29*	-.14	.40**			
10. Ruminasyon	.09	-.00	.16	-.36**	-.18	.44**	.11	-.14	-.33**		
11.Kontrol Odağı	.11	.10	.16	-.30*	-.26	.27*	.39	-.17	-.28*	.30*	
12. Öz Benlik-Değerlendirmeleri	.23	.22	.14	.55**	.53**	-.32*	-.24	.29*	.47**	-.34**	-.48**

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tablo 10. Hayat Felsefesi ve Bağımsız Değişkenler Arası Korelasyonlar

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. TSG Hayat Felsefesi									
2. İyimser Yaklaşım	.21								
3. Kendine Güvenli Yaklaşım	.34**	.63**							
4. Çaresiz Yaklaşım	-.03	-.27*	-.18						
5. Boyun Eğici Yaklaşım	.05	.10	.00	.40**					
6. Sosyal Desteğe Başvurucu Y.	.01	.26*	.05	-.18	-.12				
7. Sosyal Destek	.12	.43**	.23	.20	-.07	.41**			
8. Ruminasyon	.07	-.29*	-.10	.39**	.13	-.11	-.30*		
9. Kontrol Odağı	-.05	-.23	-.24*	.27*	.36**	-.13	-.26*	.24*	
10. Öz Benlik-Değerlendirmeleri	.23	.46**	.52**	-.37**	-.34**	.17	.34**	-.25	-.44**

* $p < .05$, ** $p < .01$,

3.2.5. Regresyon Analizleri

TSG'nin yordayıcılarını incelemek amacıyla, sosyal destek, baş etme yolları (iyimser yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyuneğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvuru yaklaşım), ruminasyon, ve öz benlik değerlendirmeleri bağımsız değişkenlerinin ve toplam TSG, diğerleriyle ilişkilerdeki değişim, hayat felsefesindeki değişim ve kendilik algısındaki değişim bağımlı değişkenlerinin kullanıldığı hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Her bir regresyon analizi için sadece bağımlı değişken ile anlamlı korelasyonu olan bağımsız değişkenler kullanılmıştır.

TSG toplam puan için anlamlı bulunan korelasyonlar, bağımsız değişkenlerden sosyal destek ve baş etme yollarından iyimser yaklaşım ile kontrol değişkenlerinden evre olarak bulunmuştur. Hiyerarşik regresyonda ilk adıma evre, ikinci adıma sosyal destek ve iyimser yaklaşım girilmiştir.

Diğerleri ile ilişkilerdeki değişim, bağımsız değişkenlerden sosyal destek ve kontrol değişkenlerinden evre ile istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermiştir. Bu yüzden, diğerleri ile ilişkilerdeki değişim bağımlı değişkeni için gerçekleştirilen regresyon analizinde, ilk adımda kontrol değişkeni olan evre, ikinci adımda da bağımsız değişkenlerden sosyal destek girilmiştir.

Hayat felsefesindeki değişim ile hiçbir kontrol değişkeni arasında anlamlı ilişki bulunmadığından, TSG hayat felsefesi için, bu değişkenle tek anlamlı korelasyon gösteren kendine güvenli yaklaşımın yordayıcı olarak girildiği basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

Son olarak kendilik algısındaki değişim ile hiç bir bağımsız değişken anlamlı şekilde ilişkili bulunmadığı için bu değişken için regresyon analizi yapılmamıştır.

3.2.5.1. TSG Toplam Puan için Regresyon Analizi

Toplam TSG düzeyinin yordayıcılarını belirlemek için iki aşamalı hiyerarşik adımsal doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda yalnızca evre ve sosyal destek değişkenlerinin yordayıcı etkilerinin anlamlı olduğu görülmüştür. Buna göre, birinci aşamada analize girilen evre varyansın % 9'unu açıklamıştır [$F(1, 53) = 5.19, p = .05$]. Evrenin tek başına toplam TSG düzeyini yordamada anlamlı bir değişken olduğu bulunmuştur. Evre ve toplam TSG düzeyi arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($\beta = -.30, p < .05$).

İkinci aşamada regresyon eşitliğine girilen sosyal destek ise varyansın % 11'ini açıklamıştır [F (1, 52)= 6.57, p<.01]. Bu aşamada hastalığın evresi kontrol edildikten sonra, sosyal desteğin TSG düzeyi ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur ($\beta = .34, p < .01$).

Özet olarak son aşama yorumlandığında, toplam TSG puanı, evre ile negatif yönde ilişkili bulunurken, sosyal destek ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Yani, yüksek evrede kanser tanısı alan hastaların daha az travma sonrası gelişim gösterdiği görülürken, sosyal desteği yüksek olan hastaların daha çok travma sonrası gelişim gösterdiği görülmüştür. İlgili analiz sonuçları Tablo 11.'de gösterilmiştir.



Table 11. Travma Sonrası Gelişim Toplam Puanın Yordayıcıları

	Bağımsız D.	R²	Adj. R²	ΔR²	F	Finc	B	SE	β	t
Adım 1	Evre	.09	.07	.09	5.19	5.19*	-5.99	2.83	-.26	-2.12
Adım 2	Sosyal Destek	.20	.17	.11	6.57	7.33**	.42	.15	.34	2.71

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. Not: Standart Hata (SE), B, β ve t değerleri son adımdan kodlanmıştır.

3.2.5.2. TSG Diğerleri ile İlişkiler İçin Regresyon Analizi

Diğerleri ile ilişkilerdeki değişimin yordayıcılarını belirlemek için iki aşamalı hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Analize ilişkin bulgular Tablo 12’de verilmiştir. 1. Aşamada analize girilen evre varyansın % 8’ini açıklamıştır, [F (1, 53) = 4.39, $p = .05$]. Evrenin tek başına diğerleri ile ilişkilerdeki değişimi yordamada anlamlı bir değişken olduğu bulunmuştur. Evre ve diğerleri ile ilişkilerdeki değişim düzeyi arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($\beta = -.28, p < .05$).

İkinci aşamada regresyon eşitliğine girilen sosyal destek varyansın % 21’ini açıklamıştır [F (1, 52) = 10.51 $p < .01$]. Bu aşamada, hastalığın evresi kontrol edildikten sonra, sosyal destek ve diğerleri ile ilişkilerdeki değişim arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($\beta = .46, p < .001$).

Sonuç olarak son aşama yorumlandığında, hastaların bulunduğu evre, diğerleriyle ilişkilerdeki değişim ile negatif yönde ilişkili bulunurken, sosyal desteğin diğerleri ile ilişkilerdeki değişim değişkeniyle pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Yani, tanı alındığında daha yüksek evrede olan hastaların diğer insanlarla olan ilişkilerinde daha az gelişim gösterdikleri bulunurken, sosyal desteği yüksek olan hastaların diğer insanlarla ilişkilerinde daha çok gelişim gösterdikleri bulunmuştur. İlgili analiz sonuçları Tablo12’de sunulmuştur.

Tablo 12. TSG Değerleri ile İlişki için Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları

	Bağımsız D.	R²	Adj. R²	ΔR²	F	Finc	B	SE	B	t
Adım 1	Evre	.07	.06	.08	4.39	4.39*	-2.11	1.09	-.28	-1.94
Adım 2	Sosyal Destek	.29	.26	.21	10.51	15.42***	.23	.06	.46	3.93

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. Not: Standart Hata (SE), B, β ve t değerleri son adımdan kodlanmıştır.

3.2.5.3. TSG Hayat Felsefesi İçin Regresyon Analizi

Hayat felsefesindeki değişimin yordayıcılarını belirlemek için basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Stresle baş etme yöntemlerinden kendine güvenli yaklaşımın TSG'nin hayat felsefesindeki değişim alt boyutunu anlamlı derecede yordadığı bulunmuştur [F (1, 64) = 8.28, $p = .01$]. Kendine güvenli yaklaşım varyansın %11'ini açıklarken, hayat felsefesindeki değişim ile kendine güvenli yaklaşım arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($\beta = .34, p < .01$). Yani, daha fazla kendine güvenli baş etme yöntemi kullanan meme kanseri hastalarının travma sonrası hayat felsefelerinde daha fazla gelişim gösterdiği görülmüştür. Analize ilişkin bulgular Tablo 13'de sunulmuştur.



Tablo 13. TSG Hayat Felsefesi için Hiyerarşik Regresyon Analiz Sonuçları

	Bağımsız D.	R²	Adj. R²	ΔR²	F	Finc	B	SE	β	t
Adım 1	Kendine Güvenli Y.	.11	.10	.11	8.28	8.28**	.55	.19	.34	2.88

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. Not: Standart Hata (SE), B, β ve t değerleri son adımdan kodlanmıştır.

Tablo 14. TSG ile Alt Boyutlarının Yordayıcı Değişkenleri

Değişkenler	TSG Toplam	Kendilik Algısı	Diğerleri ile ilişkiler	Yaşam Felsefesi
Hastalığın Evresi	Evre (-)	-	Evre (-)	-
Sosyal Destek	Sosyal Destek (+)	-	Sosyal Destek(+)	-
Baş Etme Yolları- Kendine Güvenli Yaklaşım	-	-	-	Kendine Güvenli Yaklaşım (+)

SONUÇ VE DEĞERLENDİRMELER

Bu çalışma, cerrahi operasyon geçirmiş meme kanseri hastalarında travma sonrası gelişimi yordayan faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. TSG'nin teorik modellerinin ve literatürdeki araştırma sonuçlarının ışığında bu çalışmada ele alınan değişkenlerden sosyo-demografik değişkenler ve hastalık ile ilgili değişkenler kontrol değişkenleri olarak belirlenirken, bağımsız değişkenler; sosyal destek, başa çıkma yolları, öz benlik-değerlendirmeleri ve ruminasyon olarak belirlenmiştir. Araştırmanın diğer amacı ise, ele alınan değişkenlerden özbenlik değerlendirmelerini ölçmek amacıyla daha önce endüstri ve örgüt psikolojisi alanında kullanılmış olan ve sağlık alanında kullanılmasının önemli olabileceği düşünülen Öz Benlik-Değerlendirmeleri Ölçeği'nin meme kanserli hastalarda geçerlik- güvenilirlik analizlerini yaparak psikometrik özelliklerinin yeterliğini incelemektir.

Araştırmanın örneklemini, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Mastektomi polikliniğinde ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Anabilim Dalı'nda tedavi görmekte olan, cerrahi operasyon geçirmiş ve kemoterapi ve radyoterapi tedavilerini tamamlamış olan 66 meme kanseri hastadan oluşturmaktadır.

Araştırmada öncelikle, Öz Benlik Değerlendirmeleri Ölçeği için geçerlik güvenilirlik analizleri yapılmış ardından, araştırmanın değişkenleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla korelasyon ve regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir.

Bu bölümde öncelikle, örneklemin betimsel özelliklerinden bahsedilecek, sonra araştırmanın amaçlarından biri olan Öz Benlik Değerlendirmeleri Ölçeği'nin geçerlik güvenilirliğine dair sonuçlar değerlendirilecek, daha sonra ise çalışmada ele alınan değişkenler ile yapılan analizlerin sonuçları ilgili literatür çerçevesinde tartışılacaktır.

1. ÖRNEKLEME İLİŞKİN BETİMSSEL ÖZELLİKLER

Araştırmanın örneklemini oluşturan 66 meme kanseri hastasının yaş ortalaması 51 olarak belirlenmiştir (S.S.= 8. 65). Bozo ve arkadaşlarının (2009:1011) meme kanseri hastalarıyla yaptıkları çalışmada da örneklemin yaş ortalaması 46 olarak bulunmuştur. T.C.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser İstatistikleri raporuna göre Türkiye meme kanseri vakalarının %42,5'i 15-49 yaşları arasında olup, sağlıklı toplumda bu hastalığın görülme olasılığı, en fazla 45-49 yaş aralığında bulunmaktadır (Gültekin & Boztaş, 2014: 41). Örneklemin yaş ortalaması Türkiye geneli istatistikleriyle benzerlik göstermektedir. Örneklemin %41'i ilkökul, %44'ü lise ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Katılımcıların %67'si ekonomik düzeylerini orta düzey olarak değerlendirmiştir ve %83'ü herhangi bir işte çalışmamaktadır.

Katılımcıların %23'ü 1. evrede, %27'si 2. evrede, %27'si 3. evrede ve %6'sı 4. evrede tanı aldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %17'sinin ise evre bilgisine ulaşamamıştır. Araştırmaya kemoterapi ve radyoterapi tedavileri devam eden hastalar dahil edilmemiştir. Katılımcıların %64'ü sadece rutin kontrollerine devam etmekte, %36'sı ise rutin kontrollerine devam ederken hormon tedavisine devam etmektedir. Hastaların, %41'i son 1 yıl içerisinde hastalıklarından başka yüksek derece stres yaratan bir durum yaşadığını belirtmiştir.

2. ÖZ BENLİK-DEĞERLENDİRMELERİ ÖLÇEĞİ'NİN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ

Teorik modeller ve araştırmalar incelendiğinde, öz benlik değerlendirmelerinin içerdiği kavramların, meme kanseri hastalarının TSG göstermesinde önemli katkısı olduğu görülmüş ve bu gerekçeye göre araştırmaya dahil edilen öz benlik değerlendirmeleri değişkenini ölçmek için bu araç seçilmiştir. Ancak, ölçeğin original ve Türkçe çalışmalarında, örneklemin endüstri ve örgüt psikolojisi alanından olduğu görülmüştür. Bu nedenle, mevcut çalışmada, ölçeğin bu örnekleme kavramsal önemine de dayanarak, adaptasyon çalışması yürütülmüştür.

Ölçeğin orijinali tek faktörlü bir yapıya sahiptir (Judge ve ark., 2003: 303-331). Ölçeğin Kisbu (2006: 121) tarafından endüstri ve örgüt psikolojisi alanında taksit kullanıcıları ile yapılan uyarlamasında olumlu ve olumsuz maddeler şeklinde isimlendirilen iki faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Orijinali ile paralel olarak, ölçeğin bu örnekleme faktör analizi bulguları, toplam varyansın %39.07'sini açıklayan tek faktörlü bir yapı çözümlemesinin uygun olduğunu göstermiştir. Ölçeğin orijinali 12 maddeden oluşmaktadır (Judge ve ark., 2003: 303-331). Fakat bu çalışmada 9. maddenin yüklenme

değeri .30'un altında kaldığı için 9. maddenin çıkarılması uygun görülmüştür. Kisbu (2006: 121) tarafından yapılan analizlerde ise 1. ve 9. Maddenin çıkarılması uygun bulunmuştur. Ölçeğin orijinalinde yapılan dört ayrı çalışmada Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları .80' in üzerinde bulunmuştur (Judge ve ark. 2003: 303-331). Kisbu tarafından yapılan analizlerde Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı .70 olarak bulunmuştur (Kisbu, 2006: 33). Bu çalışmada ise ölçeğin orijinaline daha yakın bir sonuç bulunmuştur. Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı .83 olarak hesaplanmıştır.

Ölçeğin puanları, Kontrol Odağı Ölçeği, Ruminatif Düşünme Biçimi Ölçeği ve Başa Çıkma Tarzları Ölçeği-Çaresiz Başa Çıkma Altboyutu ile negatif yönde ve anlamlı düzeyde, Başa Çıkma Tarzları Ölçeği-Kendine Güvenli Başa Çıkma Altboyutu ve Sosyal Destek Ölçeği Puanları ile pozitif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur.

Bu sonuçlara göre, Öz Benlik-Değerlendirmeleri ölçeğinin sağlık alanında kullanılabilmesi için yeterli psikometrik özelliklere sahip olduğu, geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu söylenebilir.

Literatürde, Öz benlik-değerlendirmeleri, fiziksel ve psikolojik sağlık (Tsaousis, Nikolaou, Serdaris & Judge, 2007: 1446), aktif performans ve yüksek motivasyon (Erez, Judge, 2001: 1277), hayat tatmini (Song, Kong & Jin, 2013: 1165; Judge, Bono, Erez & Locke, 2005: 262; Boyar & Mosley, 2007: 275) ve mutluluk (Piccolo ve ark., 2005: 977) gibi değişkenlerle ilişkilendirildiğinden Öz- Benlik Değerlendirmelerinin Türkiye'de sağlık alanındaki araştırmalarda kullanılmasının literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

3. KONTROL DEĞİŞKENLERİ İLE TSG ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Kontrol değişkeni olarak ele alınan sosyo-demografik ve hastalık ile ilgili değişkenler ile TSG arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre, sadece hastalığın evresi değişkeninin TSG ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Diğer sosyodemografik değişkenler ve Hastalık ile ilgili değişkenler olan yaş, eğitim düzeyi, tanıdan sonra geçen zaman ve başka bir stresli yaşantının varlığı ile TSG arasında anlamlı derecede ilişki bulunamamıştır. TSG'nin teorik modellerinde Travmatik olay öncesi kişinin özellikleri (Tedeschi & Calhoun, 2004: 8) ve kişisel kaynaklar (Schaefer & Moos, 1998: 100) önemli görülmüştür. Literatürde bu değişkenlere

ilişkin farklı sonuçlar bulunmaktadır. Bazı araştırmalar yaş ile TSG' yi ilişkilendirirken (Gotay ve ark. 2007; Bellizi, 2004; Carver & Antoni, 2004; Shakespeare- Finch & Scoot, 2007), bazıları da anlamlı düzeyde ilişki bulamamıştır (Katz ve ark., 2001; Schulz & Mohamed, 2004) (Akt: Barskova & Oesterreich, 2009: 1716). Eğitim düzeyi ile TSG arasında anlamlı ilişki bulan (Urcuyo, Boyers, Carver & Antoni, 2005: 184) ve bulamayan (Sears, Stanton ve Danoff- Burg, 2003: 492) çalışmalar da bulunmaktadır. Sonuçların tutarsızlığı, bu değişkenler ile TSG arasındaki ilişkiyi etkileyen başka değişkenlerin de olabileceğini düşündürmüştür.

Hastalığın süresini inceleyen araştırmalar tanıdan sonra geçen süre arttıkça TSG' nin arttığını bulmuşlardır (Danhauer ve ark., 2013: 2680; Liu, Wang, Wang, Su & Pi- lin, 2014: 441; Sears, Stanton & Danoff- Burg, 2003: 492). Bu araştırmada tanıdan sonra geçen zaman ve TSG arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır. Fakat bu araştırmalar sadece 1. ve 2. evrede olan katılımcılar ile gerçekleştirilmiş ve Örneğin Liu ve arkadaşları (2014: 438) tarafından yapılan çalışmada hastaların aktif tedavi görüyor olması bir dışlama kriteri olarak alınmamıştır. Urcuyo ve arkadaşlarının (2005: 179) çalışmasında kemoterapi ve radyo terapi tedavilerine devam etmekte olan hastalar da bulunmaktadır. Bu çalışmada ise katılımcılar sadece kontrol hastalarından oluşmakta ve 1., 2., 3. ve 4. evrede tanı alan katılımcılar bulunmaktadır. Sonuçlar arasındaki farklılığın bu sebeplerle olabileceği düşünülmüştür. Örneğin, tanıdan sonra geçen zaman ve TSG ilişkisinde sadece aradan geçen zaman değil belki de ölçümün alındığı zamanda görülen tedavilerin ya da hastanın bulunduğu evrenin de etkisinin bulunabileceği düşünülmüştür.

Bu bilgiler, literatürde sosyodemografik değişkenler ve TSG ilişkisinde farklı sonuçlar bulunduğunu, bu ilişkide başka değişkenlerin rolü olabileceğini ve daha ayrıntılı çalışmalar yapılması gerektiğini düşündürmüştür.

Bu çalışmada, hastalık ile ilgili değişkenlerden sadece hastalığın evresi, TSG ve TSG'nin kendilik algısındaki değişim ve kişiler arası ilişkilerdeki değişim altboyutları ile ilişkili bulunmuştur. Bu yüzden regresyon analizine de dahil edilmiştir.

4. TSG' Yİ YORDAYAN DEĞİŞKENLER

4.1. Hastalığın Evresi ve TSG

Araştırmanın sonuçları hastalığın evresinin TSG için önemli bir değişken olduğunu göstermektedir. Evre tek başına TSG' yi anlamlı şekilde yordamıştır. Toplam TSG düzeyindeki varyansın %9'unu ve diğerleri ile ilişkilerdeki değişim alt boyutunda varyansın %21'ini açıklamıştır. Buna göre, tanı aldıklarında daha düşük evreye sahip olan meme kanseri hastaları daha fazla TSG göstermiştir. Literatürde, kanserin şiddeti arttıkça daha fazla TSG gösterileceğine dair bulgular bulunmaktadır (Bellizi & Blank, 2006: 51; Urcuyo, Boyers, Carver & Antoni, 2005: 184). Hastalığın daha ciddi seyrettiği hastalarda hastalık deneyimleri sayesinde daha fazla sorgulama, anlama, yeni bir hayat için daha fazla pazarlık yaşamanın gerçekleşebileceği ve bu nedenle, daha ciddi bir hastalık derecesine sahip olan hastaların daha fazla olgunlaşma ve gelişim yaşıyor olabileceği belirtilmiştir (Schaefer & Moos, 1998: 108). Tedeschi ve Calhoun'un (1995) TSG modeline göre, yaşanan travmatik olayın sonrasında TSG ortaya çıkması için stresli olayın şiddetinin şemaları sarsacak derecede olması gerektiği vurgulanmıştır. Buna göre, daha yüksek tehditin kişilerde daha fazla stres yaratması muhtemeldir (Schaefer & Moos, 1998: 108). Daha yüksek evrede tanı alan hastalarda stresin daha yüksek olabileceği söylenebilir. Daha yüksek stresin, değişim için faydalı olabileceği düşünülmektedir. Oysa mevcut araştırma sonuçları bu bulgularla çelişmektedir Fakat bu iki çalışmada (Bellizi & Blank, 2006: 51; Urcuyo, Boyers, Carver & Antoni, 2005: 184), mevcut araştırmaya göre örneklemelerin farklı olabileceği düşünülmüştür. İlk çalışmada katılımcıların tamamı 1. ya da 2. evrede olan hastalardan oluşmaktadır ve ikinci çalışmada katılımcıların %93'ünün 1. ya da 2. evrede oldukları görülmüştür. Bu çalışmada ise katılımcıların %23'ü 1. evrede, %27'si 2. evrede, %27'si 3. evrede ve %6'sı 4. evrede tanı aldıklarını belirtmişlerdir. % 17'si ise evre belirtmemiştir. Bu farklılık, araştırmalarla bulguların çelişmesinde bir sebep olabilir.

Ayrıca Hastalığın evresi, kanserin şiddeti ve hayat tehdidini belirlemek amacıyla kullanılan objektif bir ölçümdür (American Joint Committee on Cancer, 1997) (Akt: Lechner ve ark., 2003: 492). Ancak, bu çalışmada evre bilgisi hastaların dosyalarında bulunamadığından, doktorlarının tanı esnasında belirttiği evre hastalara sorularak elde edilmiştir. Yukarıda bahsedilen araştırmalarda, evre bilgisinin nasıl elde edildiğine dair

bilgi bulunamamıştır. Literatürde objektif şekilde elde edilen ve hastalardan elde edilen evre bilgisinin tutarlılığı hakkında bir çalışmaya rastlanmamıştır fakat evre bilgisinin hastanın doktorundan elde edilmesinin daha objektif olabileceği söylenebilir. Eğer bu çalışmalarda daha objektif bir ölçümün yapıldığı bilinebilseydi, sonuçların farklılık sebebine dair bir bilgi verebileceği düşünülmektedir.

Bununla birlikte, mevcut araştırma ile paralel olarak, Molss ve arkadaşlarının (2009: 592) yaptığı çalışmada tanı aldıklarında daha düşük evreye sahip olan hastalar daha yüksek evrede tanı alan hastalara göre daha fazla TSG göstermişlerdir. Araştırmacılar 10 yıl sonra aynı katılımcılarla araştırmayı tekrarlamışlar ve bu farkın korunduğunu göstermişlerdir.

Öte yandan, hastalık şiddetinin artmasının TSG'deki düşmeyle ilişkisinde başka değişkenlerin de rolü olabilir. Örneğin, Tempelaar ve arkadaşlarının (1989) kanser hastaları ile yaptığı çalışmaya göre, daha kötü gidişata sahip kanser hastaları daha fazla yardım ve sosyal destek almaktadır. Hayatı tehdit eden hastalıklara sahip kişiler yakınlarından daha fazla destek ve yardım alarak daha fazla değişim yaşıyor olabilmelerine karşın, hastalığın şiddetinin artması aynı zamanda aileye ve çevreye getirdiği psikolojik sıkıntılar ve yükler nedeniyle kişisel ve aile kaynaklarına zarar verebilmekte ve daha çok stres ve depresyonun devamlılığına bile yol açabilmektedir (Akt: Scheafer & Moos, 1998: 108). Bu bilgilerle paralel olarak, mevcut araştırmanın sonucuna göre de hastalığın şiddeti arttıkça görülen TSG düzeyi düşmüştür.

Sonuç olarak, evrenin TSG'yi yordamasına dair, her evreden katılımcıyı içeren daha ayrıntılı çalışmaların yapılmasına ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

4.2. Sosyal Destek ve TSG

Bu çalışmada sosyal destek, hastalığın evresi kontrol edildikten sonra TSG'yi anlamlı şekilde yordamıştır. Sosyal destek, toplam TSG'de varyansın %11'ini ve diğerleri ile ilişkilerdeki değişimde varyansın % 21'lik bir kısmını açıklamıştır. Açıkladığı bu varyansla sosyal desteğin, bu çalışmada ele alınan yordayıcılar arasında yordayıcı gücü en fazla olan değişken olduğu görülmüştür. Sonuçlara göre, sosyal desteği daha yüksek olan hastaların toplam TSG puanları da daha yüksektir ve bu kişiler, diğerleri ile ilişkilerinde daha fazla gelişim göstermişlerdir.

Sosyal destek, TSG'nin teorik modellerinde önemli bir faktördür. Travmatik olaylar sonrasında kişiler sarsılan temel inançlarını geçerli ve rahatlatıcı inançlarla yeniden kurmak için çevrelerindeki insanlardan geri bildirim alırlar (Janoff- Bulman, 1992: 143). Sosyal destek, kişinin travmatik olay sonrası duruma uyum sağlamasında rol oynamakta (Janoff- Bulman, 1992: 144) ve olumlu kazanımlar sağlaması için gereken çevresel sistemi oluşturmaktadır (Schaefer ve Moos, 1998: 100). Tedeschi ve Calhoun'un (1995:7-9) gelişim modeline göre, sosyal desteği daha yüksek olan kişiler, travmatik olay sonrasında kendilerini diğer insanlara daha çok açabilirler ve bu sayede travmatik olayı daha iyi özümseyebilirler. Destekleyici kişilerin varlığı, travmatik olay sebebiyle yıkılmış olan şemaların değişimine yardımcı olabilir.

Sosyal desteğin önemi literatürde yer alan araştırmalarda da vurgulanmıştır. Sosyal desteği daha yüksek olan meme kanseri hastalarının daha fazla TSG gösterdiği gösterilmiştir (Bozo, Gündoğdu ve Büyükaşık- Çolak; 2009: 1016; McDonough, Sabiston & Wrosch, 2014: 118; Weiss, 2004: 741; Scignaro, Barni ve Magrin, 2011: 827; Helgeson, Sanderman & Ranchor, 2010: 49). Mevcut araştırmanın sosyal destek ve TSG ile ilişkisine ilgili bulguları, teorik modeller ve literatür ile paralel olduğu görülmüştür. Ancak bu araştırmada sosyal destek TSG'yi ve diğerleri ile ilişkiler alt boyutunu anlamlı şekilde yordarken, kendilik algısı ve hayat felsefesi alt boyutlarını yordamamıştır. Literatürde alt boyutların yordanmasındaki farklılıkların sebeplerine dair yorumların yapılmadığı, değerlendirmelerin genelde TSG üzerinden yapıldığı görülmüştür. Ancak, eğer Travma Sonrası Gelişim Envanteri maddelerine bakılırsa kendilik algısı altboyutunda; "Hayatıma verdiğim değer arttı, Hayatımın kıymetini anladım, Kendime güvenim arttı." gibi maddeler, hayat felsefesi alt boyutunda; "Yeni ilgi alanları keşfettim, Hayatıma yeni bir yön verdim, Değişmesi gereken şeyleri değiştirmek için daha fazla gayret göstermeye başladım" gibi maddeler, diğerleri ile ilişkiler altboyutunda ise "Zor zamanlarda başkalarına güvenebileceğimi anladım, Kendimi diğer insanlara daha yakın hissetmeye başladım" gibi maddeler olduğunu görülebilir. Maddelere bakılarak, kişilerin sosyal desteğinin artmasıyla insanlara daha yakın hissetmesi ve zor zamanlarda diğerlerine güven duyacağını anlaması olası gözükmektedir. Buna nazaran, yeni ilgi alanları keşfetmek, hayata yeni bir yön vermek, kendine güvenin artması, değişmesi gerekenleri değiştirmek için gayret göstermek ile ilgili maddelerin sosyal içeriktense daha kişisel bir içeriğe sahip

olduğu düşünülebilir.

4.3. Baş Etme Yolları ve TSG

Mevcut araştırmanın sonuçlarına göre, stresli durumlarla aktif bir şekilde baş etmeyi gösteren kendine güvenli yaklaşım hayat felsefesindeki gelişimi anlamlı şekilde yordamıştır ve varyansın %11'lik bir kısmını açıklamıştır. Baş etme yollarından kendine güvenli yaklaşımı daha fazla kullanan meme kanseri hastaları hayat felsefesinde daha fazla gelişim göstermiştir. Folkman ve arkadaşlarına (1986: 572) göre stresli durumlarla başa çıkma, problem odaklı başa çıkma ve duygu odaklı başa çıkma olmak üzere iki şekilde gerçekleşebilir. Bunlardan ilki, stres kaynağı olan durumu yönetmek için daha girişken ve aktif şekilde çaba göstermek iken diğeri daha çok kaçma, kaçınma, duyguları düzenleme stratejileridir. Schaefer ve Moos (1998: 100) ise başa çıkmayı, “aktif başa çıkma” ve “kaçıncı başa çıkma” olmak üzere ikiye ayırmışlardır ve aktif başa çıkma, problem odaklı başa çıkma gibi problemin çözümü için aktif çabaları kaçıncı başa çıkma da sorunun çözümünde pasif bir rol izlemeyi içerir. Literatürde, stresli durum karşısında aktif çabalamayı içeren baş etme biçimleri TSG ile ilişkili bulunmuştur (Bellizi & Blank, 2006: 53; Büyükaşık- Çolak, Gündoğdu- Aktürk & Bozo, 2012: 477; Danhauer ve ark., 2013: 2679; Lelorain, Tessier, Florin & Bonnaud-Antignac, 2012: 635; Scrignaro, Barn & Magrin, 2011: 827; Pollard & Kennedy, 2007: 355; Sawyer & Ayers, 2009: 467; Zhanga, Yan, Du & Liu, 2013:1207). Bu çalışmada, kendine güvenli yaklaşım sadece hayat felsefesindeki gelişimi anlamlı şekilde yordamıştır Kendine güvenli yaklaşımın diğer TSG alanlarını neden yordamamış olabileceğine dair literatürde bir açıklamaya ulaşılamadıysa da TSG hayat felsefesi alt boyutundaki maddelere bakıldığında; yeni ilgi alanları keşfetmek, hayata yeni bir yön vermek, hayatı daha iyi şeyler yaparak geçirmek, değişmesi gerekenler için daha fazla gayret göstermek gibi değişimlerin, diğer alt boyutlarda yer alan hayata verilen değer artması, duyguları ifade etme isteğinin artması, insanların iyiliğini anlama, başkalarına ihtiyacı olabileceğini kabullenme, manevi konuları daha iyi anlama gibi değişimlerden daha fazla aktif şekilde çabalamayı içeren kendine güvenli yaklaşım tarafından açıklanabilecek maddeler olabileceği düşünülmüştür.

Diğer bir aktif baş etme yolu olan iyimser yaklaşım ise TSG ile pozitif korelasyon gösterse de regresyon analizinde sosyal destek ile bir arada ele alındığında yordayıcı gücü

anlamli olmamıştır. Bu durumun, bu çalışma için sosyal desteğin önemini gösteriyor olabileceği düşünölmüştür. Bu sonuçlara göre, baş etme yolları ile ilgili literatürdeki bulguların kısmen desteklendiği söylenebilir.

4.4. Öz Benlik-Değerlendirmeleri ve TSG

Öz benlik-değerlendirmeleri, kişinin kendi değeri, etkililiği ve yeterliliği hakkındaki değerlendirmeleridir (Judge, Erez, Bono & Thoresen, 2003: 304). Bu değerlendirmeleri daha olumlu olan kişilerin çeşitli durumları genelde daha pozitif yönde değerlendirebildikleri, kendilerini yeterli, değerli ve hayatlarında kontrol sahibi olarak görebildikleri belirtilmiştir (Judge, Van Vianen & De Pater, 2004: 326- 327).

Literatürde, daha olumlu öz benlik değerlendirmeleri bir amaç uğrunda daha aktif performansla ve yüksek motivasyonla (Erez, Judge, 2001: 1277), mutlulukla (Piccolo ve ark., 2005: 977), hayat tatmini ile (Song, Kong & Jin, 2013: 1165; Judge, Bono, Erez & Locke, 2005: 262; Boyar & Mosley, 2007: 275), fiziksel ve psikolojik sağlık ile (Tsaousis, Nikolaou, Serdaris & Judge, 2007: 1446) ilişkilendirilmiştir.

Öz benlik değerlendirmelerini tek bir yapı şeklinde ele alarak TSG ile ilişkisini inceleyen bir araştırmaya rastlanmasa da içerdiği öz saygı ile (Chan ve ark., 2006: 343-344) , öz yeterlilik ile (Lotfi- Kashani ve ark. 2014: 115-123; Schulz & Mohamed, 2004: 658); iç kontrol odağı ile (Chan, La & Wong, 2006: 343-344; Cummings & Swickert, 2010: 201-202) ve nevroitiklik ile (Garnefski, Schoevers & Somsen, 2008: 273) TSG arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Bu nedenle, öz benlik değerlendirmelerinin TSG'yi yordayabileceği düşünölmüştür. Fakat, öz benlik değerlendirmeleri ile toplam TSG ve alt boyutları arasında anlamlı bir korelasyon bulunamadığı için bu değişken regresyon analizlerine dahil edilmemiştir.

Kammeyer- Mueller, Judge ve Scott (2009: 183) tarafından yapılan metaanaliz çalışmasında daha olumlu özbenlik değerlendirmelerine sahip olan kişilerin daha az kaçınmacı baş etme kullandıkları ve aktif baş etme biçimi olan problem odaklı baş etmeyi daha fazla kullandıkları gösterilmiştir. Aynı zamanda, bu baş etme biçimlerinin TSG sürecinde de önemli olduğu görölmüştür (Bellizi & Blank, 2006: 53; Zhanga, Yan, Du & Liu, 2013: 1207). Bu araştırmada bulgular kısmında rapor edilmese de öz benlik değerlendirmeleri ile aktif baş etme biçimlerinden iyimser yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşım arasında pozitif anlamlı korelasyonlar ve çaresiz yaklaşım ile arasında negatif

anlamli korelasyonlar gözlenmiştir (Bakınız: Tablo 9). Bu bilgiler, öz benlik değerlendirmeleri ve TSG arasındaki ilişkide başka değişkenlerin de etkili olabileceği düşüncesini doğurmuştur. Bu bilgiler ışığında öz benlik değerlendirmeleri ve TSG arasındaki ilişkiyi anlayabilmek için daha ayrıntılı araştırma ve analizlerin yapılmasının önemli olduğu görülmüştür.

4.5. Ruminasyon ve TSG

Ruminasyon kavramı, literatürde genel olarak negatif bir kavram olarak ele alınmıştır (1997: 855-862) ve (Martin & Tesser 1996:1) ve depresyon ve trama sonrası stres belirtileri gibi psikolojik sıkıntılarla ilişkilendirilmiştir (Thomsen ve ark., 2013: 1265; Meiser-Stedman ve ark., 2014: 49). Bunların aksine, Tedeschi ve Calhoun'un (2004: 7) TSG modelinde ruminasyonlar bir bilişsel işleme yolu olarak görülmüş ve TSG' ye ulaşmada önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir. Cann ve arkadaşları (2011, 138), ruminasyonların TSG ile ilişkisinin daha iyi anlaşılması için, yalnızca negatif yönüyle değil nötr şekilde değerlendirilmesi gerektiğini dile getirmişlerdir.

Tedeschi ve Calhoun'un (2004: 7) TSG modeline göre, travmatik olay sonrasında deneyimlenen ruminasyonlar önceleri otomatik ve girici ruminasyonlar olsa da, zamanla kişinin ulaşamayacağı hedeflerden ayrılması ve yeni hedefler kurmasıyla daha planlı hale gelir ve bu tekrarlayıcı düşünceler sayesinde kişi travmatik deneyimi içine alan yeni bir hayat öyküsüne sahip olur. Bu da kişiyi TSG'ye götüren önemli yollardan biridir. Bu ruminasyonların işlevi, travmatik olay sonrasında tekrarlayıcı şekilde düşünülerek ulaşılamayacak olan hedefler yerine yenilenmiş yeni hedeflerin oluşturulmasıdır. Bu süreç, travmatik olayın sağlıklı bir şekilde işlenmesini sağlayabilir (Tedeschi & Calhoun, 2003: 19).

Ancak bu araştırmada, ruminasyon ile TSG arasında anlamlı bir korelasyon bulunamadığı için bu değişken regresyon analizine dahil edilmemiştir. Literatürde ruminasyon ile TSG' yi ilişkilendiren araştırmalar bulunmaktadır. Kanseri hastaları ile yapılan araştırmalarda pozitif ruminasyonlar (Ho & Chan, 2014: 417; Chan, Ho, Tedeschi & Leung, 2010: 548) ve kişi tarafından istemli şekilde olan ve problemi çözme amacı taşıyan planlı ruminasyonlar (Soo & Sherman, 2015: 76; Morris & Shakespeare- Finch, 2011: 1180; Cann ve ark., 2011: 152) TSG ile ilişkili bulunmuştur. Bu araştırmalara göre

daha fazla olumlu ruminasyon gösteren ve daha fazla planlı ruminasyon gösteren kişiler daha fazla TSG geliştirmişlerdir.

Bahsedilen araştırmaların sonuçlarında görülebileceği gibi, bu araştırmalar ruminasyonun girici ve planlı, pozitif ve negatif olarak ayırarak ölçmüşler ve pozitif ve planlı ruminasyonları TSG ile ilişkilendirmişlerdir. Türkçeye uyarlanmış olan ruminasyon ölçekleri, Nolen-Holeksama ve Marrow (1991: 569-582) tarafından geliştirilen ve Neziroğlu (2010: 1-110) tarafından Türkçeye uyarlanan “Ruminatif Tepki Ölçeği” ve McEvoy, Mahoney ve Moulds (2010: 509-519) tarafından geliştirilen ve Gülüm ve Dağ (2012: 216-223) tarafından uyarlaması yapılan “Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği” gibi, ruminasyonun daha çok negatif yanlarına odaklanan ölçeklerdir. Bu nedenle mevcut çalışmada Brinker ve Dozois (2009) tarafından geliştirilen ve Türkçeye uyarlaması Karatepe, Yavuz ve Türkcan (2012) tarafından yapılan “Ruminatif Düşünme Biçimi Ölçeği” kullanılmıştır. Bu ölçeğin kullanılma amacı ruminatif düşünmeye yönelik genel eğilimi, pozitif, negatif, girici, tekrarlayıcı, geçmişe ve geleceğe yönelik olmak üzere tüm yönlerini kapsayacak şekilde ölçmesidir. Fakat bu ölçek pozitif ve negatif, girici ve planlı ruminasyonları ayrı boyutlarda değil tek faktörde incelemiştir. Bu araştırmada, ruminasyonlar ile TSG arasında bir ilişki bulunamamasının pozitif ve negatif ve girici ve planlı ruminasyonları ayrı boyutlarda değerlendirmeyen bir ölçek kullanılmasından kaynaklandığı düşünölmektedir. TSG ve ruminasyon ilişkisininin incelenebilmesi için gelecek çalışmalarda sadece negatife odaklanmayıp ruminasyonu diğer yönleriyle ve karşılaştırma yapılabilmesi adına farklı boyutlarda ele alan ölçek çalışmalarının yapılmasının önemli olabileceği düşünölmektedir.

5. TÜM DEĞİŞKENLERİN TSG ÜZERİNDEKİ YORDAYICI ETKİLERİ

Araştırmada ele alınan değerışkenler arasında yordayıcılık güçlerine göre en önemli değerışkenlerin %21’ lik bir varyansla sosyal destek, %11’luk bir varyansla kendine güvenli baş etme yolu ve %9’ luk bir varyansla evre olduğu söylenebilir. Bu değerışkenler, TSG modellerinde de önemli olarak görölen değerışkenlerdir (Tedeschi & Calhoun, 2004.1- 18; Schaefer & Moos, 1998: 99-126; Janoff- Bulman, 1992: 1-256). Fakat, Schaefer ve Moos’un modelinin (1998: 100), araştırmada yordayıcı olarak bulunan sosyal destek, hastalığın evresi ve başa çıkma biçimleri değerışkenlerini, çevresel sistem, olayla ilgili

faktörler ve başa çıkma tepkileri başlıkları altında sırasıyla içermesi bakımından daha kapsayıcı olduğu söylenebilir. Modellerde evre değişkeninden açıkça bahsedilmese de, evre değişkeni, hastalığın şiddetini ve tehditini yansıması açısından Tedeschi ve Calhoun'un (2004: 1-18) modelindeki travmatik olayların şiddetiyle eşleştirilebilir ve Schaefer ve Moos'un (1998: 100) modelindeki olayla ilgili faktörler içerisinde gösterilebilir. Bu çalışmada, Tedeschi ve Calhoun'un (2004: 7) modelinde bir bilişsel işleme olarak gördüğü ruminasyon yordayıcı olarak bulunamamıştır fakat bu sonuçlarda ölçüm aracının etkisi olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca Janoff- Bulman'ın temel varsayımlar modelinde bahsettiği kontrol inançları ve kişinin değerliliği ile ilgili inançlarını yansıtabilecek öz benlik değerlendirmelerinin TSG' nin üzerinde yordayıcı etkisi bulunamamıştır. Bu konuda yapılan ilk çalışma olarak, daha ayrıntılı araştırma ve analizlerin yapılmasıyla daha net sonuçlara ulaşılabileceği düşünülmektedir.

6. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Bu bölümde, araştırmada belirlenen hipotezlerin desteklenen ve desteklenmeyen yönleri aktarılacaktır.

Hipotez 1. Öz Benlik-Değerlendirmeleri Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik göstergelerinin istatistiksel olarak yeterli düzeyde olması beklenmektedir.

Bu hipotez desteklenmiştir. Öz Benlik- Değerlendirmeleri Ölçeği' nin geçerlik-güvenirlik göstergeleri istatistiksel olarak yeterli düzeyde bulunmuştur.

Hipotez 2. Sosyo demografik ve hastalık ile ilgili değişkenler kontrol edildikten sonra, öz benlik-değerlendirmeleri, sosyal destek, ruminasyon ve baş etme yolları değişkenlerinin Travma Sonrası Gelişimi istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordaması beklenmektedir. Buna göre;

Hipotez 2.a. Daha olumlu öz benlik- değerlendirmelerinin daha yüksek düzeyde Travma Sonrası Gelişim ile ilgili olması beklenmektedir.

Bu hipotez desteklenmemiştir. Öz benlik değerlendirmeleri ile TSG ve alt boyutları arasında ilişki bulunamamıştır.

Hipotez 2.b. Sosyal desteği daha yüksek olan meme kanseri hastalarının daha yüksek Travma Sonrası Gelişim göstermesi beklenmektedir.

Bu hipotez kısmi olarak desteklenmiştir. Hastalığın evresi kontrol edildikten sonra, Sosyal destek TSG toplam ve TSG diğerleri ile ilişkilerdeki gelişimi anlamlı şekilde yordamıştır. Sosyal desteği daha fazla olan hastalar daha fazla TSG geliştirmişlerdir ve sosyal destek puanları arttıkça hastaların diğerleri ile ilişkilerdeki gelişimi de artmıştır. Sosyal destek ile TSG'nin hayat felsefesi ve kendilik algısı altboyutları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Hipotez 2.c. Daha fazla ruminatif düşünme biçimi gösteren hastaların daha fazla Travma Sonrası gelişim göstermeleri beklenmektedir.

Bu hipotez desteklenmemiştir. Ruminatif düşünme biçimi ile TSG ve alt boyutları ilişkili bulunamamıştır.

Hipotez 2.d. Baş etme yolu olarak yüksek düzeyde kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım kullanımı daha yüksek Travma Sonrası Gelişim ile ilişkili olacaktır.

Bu hipotez kısmen desteklenmiştir. Kendine güvenli yaklaşım yalnızca TSG hayat felsefesindeki değişimi anlamlı düzeyde yordamıştır. Baş etme yolu olarak daha fazla kendine güvenli yaklaşım kullanan meme kanseri hastaları hayat felsefesinde daha fazla gelişim göstermişlerdir. İyimser yaklaşım ise TSG ile ilişkili bulunsada Sosyal destek denkleme girildiğinde yordayıcılığını kaybetmiş ve TSG ve alt boyutlarını anlamlı düzeyde yordamamıştır.

7. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın örneklemini, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Mastektomi polikliniğinde ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Anabilim Dalı'nda tedavi görmekte olan meme kanseri hastalarından oluşmaktadır. Bu hastalar, Türkiye'deki tüm meme kanseri hastalarını temsil etmeyebilir. Buna ek olarak, bu çalışmaya yalnızca kemoterapi ve radyo terapi tedavilerini tamamlamış olan meme kanseri hastaları dahil edilmiştir. Bu hastalar, aktif şekilde kemoterapi ve radyoterapi alan hastaları temsil etmeyebilir. Katılımcıların %92'si büyük şehirde ve %8'i şehirde yaşamaktadır. Bu hastalar diğer kesimlerde yaşayan hastaları temsil etmeyebilir. Bu araştırmaya 66 meme kanseri hastası katılmıştır. Bu

örneklemin küçüklüğü de bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir. Ayrıca, bu çalışma kesitsel bir çalışma olarak yürütülmüştür. Uzun yıllar tedavi ve kontrol süreci geçiren meme kanseri hastaları ile yapılacak boylamsal çalışmaların önemli olacağı düşünülmektedir. Bu çalışmada hastalığın evresine dair bilgi elde etmek amacıyla, hastaların dosyaları incelenmiş fakat evreye ilişkin bilgiye ulaşılamamıştır. Bu nedenle, bu bilgi hastalara, tanı aldıklarında doktorlarının belirttiği evrenin ne olduğu sorularak elde edilmiştir. Bu bilginin hastaların dosyalarından elde edilememesi ölçümün objektif olmasına dair bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir. Son olarak, verilerin çoklu yöntem teknikleriyle toplanmaması sonucu ortaya çıkabilecek ortak varyans etkisi de başka bir kısıtlılık olabilir.

8. ÇALIŞMANIN ÖNEMİ, KLİNİK GÖSTERGELER VE GELECEK ÇALIŞMALAR İÇİN ÖNERİLER

Meme kanseri hastaları tanı almalarının ardından uzun süren tedavi ve yıllar süren kontrol süreciyle yaşamlarını sürdürmektedir. Bu nedenle, TSG çalışmaları, meme kanseri hastaları için önemli klinik çıkarımlar barındırmaktadır. Kanser tanısı ardından yalnızca psikolojik sıkıntı ve bozukluklara odaklanmak yerine TSG'nin bu hastalarda gelişebileceğini göz önünde bulundurmak psikolojik müdahalelerin kalitesini ve yararlığını artırabilir. TSG'nin hangi durumlarda meydana gelebileceğinin daha fazla kavranması da klinik çalışmalar için önemli bilgiler sunmaktadır. Bu anlamda bu tez çalışmasının bazı açılardan literatüre katkı sağlayacağı öngörülebilir. Öncelikle, Ülkemizde TSG ile ilgili çalışmalar artmasına rağmen meme kanseri hastalarında TSG'yi ele alan az sayıda çalışma bulunmaktadır. Ayrıca, bu araştırmada farklı olarak, sadece cerrahi operasyon geçirmiş ve kemoterapi ve radyoterapi tedavilerini tamamlamış kontrol sürecine geçmiş olan hastalar ile çalışılmıştır. Böylece, tedavi öyküsü açısından daha homojen bir grup ile çalışmanın önemli olduğu ve literatürü zenginleştireceği düşünülmektedir.

Bu çalışma, aynı zamanda TSG'nin yordayıcılarına dair Tedeschi ve Calhoun'un TSG modelinde (2004, 1-18) ele aldığı ruminasyon ve sosyal desteğin, Schaefer ve Moos'un TSG modellerinde (1998: 99- 126) değindiği başa çıkma mekanizmalarının ve son olarak da Janoff-Bulmann'ın TSG-temel varsayımlar modelinde (1992: 1-256) vurguladığı kontrol inançlarını bu modeller çerçevesinde bir arada ele alması ve bu

modellerin farklı kavramlarının TSG üzerindeki yordayıcılık düzeylerini karşılaştırmaya da olanak tanınması açısından önemli olabilir.

Ayrıca, literatürde daha önce öz benlik değerlendirmeleri kavramının kapsadığı değişkenleri inceleyen araştırmalar bulunsa da öz benlik değerlendirmelerini tek bir kavram olarak TSG ile inceleyen ilk çalışma olması nedeniyle bu araştırmanın önemli olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda bu çalışmada, daha önce endüstri alanında kullanılmış olan Öz- Benlik Değerlendirmeleri Ölçeği'nin meme kanseri hastalarına uyarlanarak sağlık alanında kullanılmak için uygun psikometrik özelliklere sahip olduğu da gösterilmiştir. Literatür bilgilerinin ışığında, öz benlik- değerlendirmelerinin motivasyon, başarı, aktif başa çıkma, hayat tatmini, fiziksel ve psikolojik sağlıkla ilişkili olduğu düşünüldüğünde, bu ölçeğin sağlık alanında kullanılabileceğini göstermenin de bir katkı olduğu düşünülmüştür.

Araştırmanın sonuçları, hastalığın evresinin, hastaların sosyal destek düzeyinin ve kendine güvenli baş etme yolunun TSG geliştirmedeki önemini göstermiştir. Yapılacak psikolojik müdahalelerde hastalığın evresinin, yani hastalığın şiddeti ve hayat tehlikesinin göz önünde bulundurulmasının önemli olabileceği ve sosyal destek ile hastalıkla aktif baş etmenin teşvik edilmesinin hastaların TSG geliştirmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Gelecekte yapılacak çalışmalarda, meme kanseri hastalarında TSG sürecini daha kapsamlı ele alan çalışmaların yapılmasının, ruminasyonun TSG sürecindeki etkisinin daha iyi anlaşılabilmesi için ruminasyonların sadece negatif yanlarını değil aynı zamanda pozitif yanlarını da içeren ölçeklerin geliştirilmesinin veya uyarlanmasının yararlı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca, öz benlik değerlendirmelerinin TSG sürecine olası etkisine dair ilk çalışma bu çalışmadır. Bu konuda yapılacak daha ayrıntılı araştırma ve analizlerin TSG literatürüne katkı sağlayacağı öngörülebilir.

KAYNAKLAR

- ALTER, Carol L.- PELCOVITZ David- AXELROD- Alan, GOLDENBERG Barbara- HARRIS- Helene- MEYERS Barbara- GROBOIS Brian- MANDEL Francine- SEPTIMUS, Auza- KAPLAN Sandra (1996),” Identification of PTSD in Cancer Survivors”, *Psychosomatics*, 37 (2), ss. 137-143.
- AMADOU, Amina- TORRES-MEJÍA Gabriela- HAINAUT Pierre- ROMIEU Isabelle (2014). “Breast Cancer In Latin America: Global Burden, Patterns, And Risk Factors”, *Salud Publica de Mexico*, 56, ss. 547-554.
- AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ (2005). **DSM IV TR Tanı Ölçütleri**, İkinci Baskı, çev. Köroğlu, E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ (2014), **Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı**, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı ölçütleri el kitabı’ndan çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- AMIR Marianne- RAMATI Alona (2002), “Post-Traumatic Symptoms, Emotional Distress and Quality of Life In Long-Term Survivors Of Breast Cancer: A Preliminary Research”, *Anxiety Disorders*, 16, ss. 191- 206.
- ANDRYKOWSKI Michael A.- and CORDOVA Mathew J. (1998) “Factors Associated with PTSD Symptoms Following Treatment for Breast Cancer: Test of the Andersen Model”, *Journal of Traumatic Stress*, 11, 2, ss. 189-203.
- ARNDT Volker- MERX Henrike- STEGMAIER Christa- ZIEGLER Hartwig- BRENNER Hermann (2005),” Persistence of Restrictions in Quality of Life From the First to the Third Year After Diagnosis in Women with Breast Cancer”, *Journal of Clinical Oncology*, 23 (22), ss. 4945- 4953.
- AYDINTUĞ Semih (2004), “Meme Kanserinde Erken Tanı”, *Sted*, 13 (6), ss. 226-228.
- BARSKOVA Tatjana- OESTERREICH Rainer (2009). “Post Traumatic Growth in People Living with A Serious Medical Condition and its Relation to Physical and Mental Health: A Sistemic Review”, *Disability and Rehabilitation*, 31,21, ss. 1709-1733.
- BECK J. Gayle- GUDMUNSDOTTIR Berglind- PALYO Sarah A.- MILLER Luana M.- GRANT DeMond M. (2006). “Rebound Effects Following Deliberate Thought Suppression: Does PTSD Make a Difference?” *Behavior Therapy*, 37, ss. 170-180.
- BELLIZI Keith M.- BLANK Thomas O. (2006). “Predicting Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors”, *Health Psychology*, 25 ,1, ss. 47- 56.
- BOEHMER Sonja- LUSZCZYNSKA Aleksandra- SCHWARZER Ralf (2007). “Coping and quality of life after tumor surgery: Personal and social resources promote different domains of quality of life”, *Anxiety, Stress, and Coping*, 20, 1, ss. 61-75.

- BOINON Diane- SULTAN Serge- Charles CÉCILE- STULZ Alexandra- GUILLEMEAU Claire- DELALOGUE Suzette- DAUCHY Sarah (2014). “Changes in Psychological Adjustment over the Course of Treatment for Breast Cancer: The Predictive Role of Social Sharing and Social Support”, *Psycho-Oncology*, 23, ss. 291–298.
- BOYAR Scott L.- MOSLEY JR. Donald C. (2007). “The Relationship Between Core Self-Evaluations And Work And Family Satisfaction: The Mediating Role Of Work–Family Conflict And Facilitation”, *Journal of Vocational Behavior*, 71, ss. 265–281.
- BOZO Özlem- GÜNDOĞDU Elçin- BÜYÜKAŞIK-ÇOLAK Canan (2009) “The Moderating Role of Different Sources of Perceived Social Support on the Dispositional Optimism- Posttraumatic Growth Relationship in Postoperative Breast Cancer Patients”, *Journal of Health Psychology*, 14,7, ss. 1009-1020.
- BRINKER Jay K.- DOZOIS David J. A. (2009) “Ruminative Thought Style and Depressed Mood”, *Journal of Clinical Psychology*, 65 (1), ss. 1- 19.
- BÜYÜKAŞIK- ÇOLAK Canan- GÜNDOĞDU-AKTÜRK Elçin- BOZO Özlem (2012). “Mediating Role of Coping in the Dispositional Optimism–Posttraumatic Growth Relation in Breast Cancer Patients”, *The Journal of Psychology*, 146, 5, ss. 471-483.
- CALHOUN Lawrence. G.- TEDESCHI Richard G. (1998), “Post Traumatic Growth: Future directions” In. R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun (Eds.), **Post traumatic growth: positive change in aftermath of crisis**, ss. 215-238. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- CALHOUN Lawrence. G.- TEDESCHI Richard G. (1999), **Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician’s Guide**, Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates. Inc.
- CANN Arnie- CALHOUN Lawrence G.- TEDESCHI Richard G.- TRIPLETT Kelli N.- VISHNEVSKY Tanya- LINDSTROM Cassie M. (2011). “Assessing Posttraumatic Cognitive Processes: the Event Related Rumination Inventory”, *Anxiety, Stress, & Coping*, 24, 2, ss. 137- 156.
- CHAN Eric K. H.- LIMOGES Kendice M.- FUNG Tak S. (2010). “Functional Social Support and Major Depression in Cancer Patients”, *Psychology Journal*, 7, 2, ss. 46- 50.
- CHAN Ivy W. S.- LAI Julian C. L.- WONG Kris W. N. (2006). “Resilience Is Associated With Better Recovery In Chinese People Diagnosed With Coronary Heart Disease”, *Psychology and Health*, 21, 3, ss. 335–349.
- CHAN Michelle W. C.- HO Samuel M. Y.- TEDESCHI Richard G.- LEUNG Carmen W. L. (2011). “The Valence Of Attentional Bias And Cancer-Related Rumination In Posttraumatic Stress And Posttraumatic Growth Among Women With Breast Cancer”, *Psycho-Oncology*, 20, ss. 544–552.

- COHEN Sheldon- MCKAY Garth (1984). "Social Support, Stress and the Buffering Hypothesis: A Theoretical Analysis" In. Baum A.- Taylor S. E.- Singer J. E. (Eds.), **Handbook of Psychology and Health**, ss. 253-267. Hillside, NJ:
- COOK Sharon- SALMON Peter- HOLCOMBE Chris- CORNFORD Philip- DUNN Graham- FISHER Peter (2015), "The Association of Metacognitive Beliefs With Emotional Distress After Diagnosis of Cancer", **Health Psychology**, 34 (3), ss. 207-215.
- CORDOVA Matthew J.- CUNNINGHAM Lauren L. C.- CARLSON Charles R.- ANDRYKOWSKI Michael A. (2001). "Posttraumatic Growth Following Breast Cancer: A Controlled Comparison Study", **Health Psychology**, 20, 3, ss. 176- 185.
- CRAIG Henderson I. (1993). "Risk factors for breast cancer development", **Cancer Supplement**, 71, 6, ss. 2127- 2140.
- CUMMINGS Joie & SWICKERT Rhonda (2010). "Relationship between Locus of Control and Posttraumatic Growth", **Individual Differences Research**, 8, 3, ss. 198-204.
- DAĞ İhsan (2002), "Kontrol Odağı Ölçeği (KOÖ): Ölçek Geliştirme, Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması", **Türk Psikoloji Dergisi**, 17 (49), ss. 77-90.
- DANHAUER Suzanne C.- CASE Douglas L.- TEDESCHI Richard- RUSSELL Greg- VISHNEVSKY Tanya- TRIPLETT Kelli- IP Edward H.- AVIS Nancy E. (2013). "Predictors Of Posttraumatic Growth in Women With Breast Cancer", **Psycho-Oncology**, 22, ss. 2676–2683.
- DİRİK Gülay (2006), Posttraumatic Growth and Psychological Distress Among Rheumatoid Arthritis Patients: An Evaluation Within The Conservation of Resources Theory, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış doktora tezi), Ankara.
- EREZ Amir- JUDGE Timothy A. (2001). "Relationship of Core Self-Evaluations to Goal Setting, Motivation, and Performance", **Journal of Applied Psychology**, 86, 6, ss. 1270-1279.
- FOLKMAN Susan - LAZARUS Richard S. (1980). "An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample", **Journal of Health and Social Behavior**, 21, ss. 219-239.
- FOLKMAN Susan- LAZARUS Richard S.- GRUEN Rand J.- DELONGIS Anita (1986). "Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms". **Journal of Personality and Social Psychology**, 50, 3, ss. 571-579.
- FOLKMAN Susan, LAZARUS Richard S., DUNKEL-SCHETTER Christine, DELONGIS, Anita and GRUEN Rand J. (1986). "Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes", **Journal of Personality and Social Psychology**, 50, 5, ss. 992-1003.
- GARNEFSKI Nadia- KRAAIJ V.- SCHROEVERS M. J.- Somsen G. A. (2008). "Post-Traumatic Growth After a Myocardial Infarction: A Matter of Personality, Psychological Health, or Cognitive Coping?", **J Clin Psychol Med Settings**, 15, ss.

270–277.

- GREEN Bonnie L.- ROWLAND Julia H.- KRUPNICK Janice L.- EPSTEIN Steven A.- STOCKTON Patricia- STERN Nicole M.- SPERTUS Ilyse L.- STEAKLEY Caryn R.N. (1998), “Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Women With Breast Cancer”, *Psychosomatics*, 39, ss. 102–111.
- GÜLTEKİN Murat- BOZTAŞ Güledal (2014), “Türkiye Kanser İstatistikleri”. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, ss. 1-45.
- GÜLÜM Volkan, DAĞ İhsan (2012). “Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği”, *Anatolian Journal of Psychiatry*, 13, ss. 216- 223.
- GÜVEN Lale (2007), The Effect of Positive Core Self and External Evaluations on Performance Appraisals, Middle East Technical University Graduate school of Social Sciences, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara.
- HORN Julie- Asvold Bjørn O.- Opdahl Signe- TRETTLI Steinar - Vatten Lars J.- “Reproductive Factors and The Risk Of Breast Cancer In Old Age: A Norwegian Cohort Study”, *Breast Cancer Res Treat*, 139, ss. 237–243.
- HYPHANTIS Thomas- ALMYROUDI Augoustina- PAIKA Vassiliki, DEGNER Lesley F.- CARVALHO Andre F.- PAVLIDIS Nicholas (2013), “Anxiety, Depression and Defense Mechanisms associated with Treatment Decisional Preferences and Quality of Life in Non- Metastatic Breast Cancer: A 1-Year Prospective Study”, *Psycho-Oncology*, 22, ss. 2470–2477.
- IQBAL Naved- DAR Kaiser A. (2015), “Negative Affectivity, Depression, and Anxiety: Does Rumination Mediate The Links?”, *Journal Of Affective Disorders*, 181, 18-23.
- JANOFF- BULMAN Ronnie (2004). “Post Traumatic Growth: Three Explanatory Models”, *Psychologica Inquiry*, 15 (1), ss. 30- 34.
- JANOFF-BULMAN Ronnie (1992), **Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma**, NY, The Free Press- Simon & Schuster Inc.
- JUDGE Timothy A.- and BONO Joyce E. (2001). “Relationship of Core Self-Evaluations Traits—Self-Esteem, Generalized Self-Efficacy, Locus of Control, and Emotional Stability—With Job Satisfaction and Job Performance: A Meta-Analysis”, *Journal of Applied Psychology*, 86, 1, ss. 80-92.
- JUDGE Timothy A.- BONO Joyce E.- EREZ Amir- LOCKE Edwin A. (2005). “Core Self-Evaluations and Job and Life Satisfaction: The Role of Self-Concordance and Goal Attainment”, *Journal of Applied Psychology*, 90, 2, ss. 257–268.
- JUDGE Timothy A.- EREZ Amir- BONO Joyce E.- THORESEN Carl J. (2003), “The Core Self Evaluations Scale: Development of a Measure”, *Personnel Psychology*, 56, ss. 303-331.
- JUDGE Timothy A.- VAN VIANEN Annelies E. M.- DE PATER Irene E. (2004). “

- Emotional Stability, Core Self- Evaluations, and Job Outcomes: A Review of the Evidence and An Agenda for Future Research”, *Human Performance*, 17, ss. 325-346.
- JUDGE Timothy A., EREZ Amir- BONO Joyce E- THORESEN Carl J. (2003). “The Core Self-Evaluations Scale: Development Of A Measure”, *Personnel Psychology*, 56, ss. 303-331.
- KAMMEYER-MUELLER- John D.- JUDGE Timothy A.- SCOTT Brent A. (2009). “The Role of Core Self-Evaluations in the Coping Process”, *Journal of Applied Psychology*, 94, 1, ss. 177–195.
- KARATEPE Hasan T.- YAVUZ Fatih K.- TÜRKCAN Ahmet (2012), “ Validity and Reliability of the Turkish Version of the Ruminative Thought Style Questionnaire”, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 23 (3) ss. 231- 241.
- KEÇER Mustafa- ASOĞLU Oktay (2003), “Meme Kanseri Tedavisinde Mastektomiler, Endikasyon ve Teknikleri”, *Meme Kanseri*, TOPUZ Erkan- AYDINER Adnan- DİNÇER Maktav, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, ss. 275-286.
- KHARAZMI Elham • CHEN Tianhui • NAROD Steven • SUNDQUIST Kristina • HEMMINKI Kari (2014). “Effect of multiplicity, laterality, and age at onset of breast cancer on familial risk of breast cancer: a nationwide prospective cohort study”, *Breast Cancer Res Treat*, 144, ss. 185–192.
- KİSBU Yasemin (2006), Influences of Regulatory Focus, Core Self Evaluations and Age on Biases in Perception and Choice, Koç University, Graduate school of Social Sciences, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul.
- KOCAMAN YILDIRIM Nazmiye- ÖZKAN Mine- ÖZKAN Sedat- ÖZÇINAR Beyza- GÜLER Sertaç Ata- ÖZMEN Vahit (2009), “The Anxiety, Depression and Quality of Life of Breast Cancer Patients Before and After Treatment: The Results of One Year Prospective Study”, *Archives of Neuropsychiatry*, 46, ss. 175-81.
- LECHNER Suzanne C.- ZAKOWSKI Sandra G.- MICHAEL H. Antoni- GREENHAW Michael T. BLOCK Keith- BLOCK Penny (2003). “Do Sociodemographic and Disease-Related Variables Influence Benefit-Finding In Cancer Patients?”, *Psycho-Oncology*, 12, ss. 491–499
- LELORAIN Sophie- TESSIER Philippe- FLORIN Agnès- BONNAUD-ANTIGNAC Angélique (2012). “Posttraumatic Growth in Long Term Breast Cancer Survivors: Relation to Coping, Social Support and Cognitive Processing”, *Journal of Health Psychology*, 17, 5, ss. 627 –639.
- LIU Jun-E-, WANG Hui-Ying- WANG Mu-Lan- SU Ya-Li- WANG Pi-Lin (2014). “Posttraumatic growth and psychological distress in Chinese early-stage breast cancer survivors: a longitudinal study”, *Psycho-Oncology*, 23, ss. 437–443.
- LOTFI-KASHANI- F.- VAZIRI S.- AKBARI M. E.- KAZEMI-ZANJANI N.- SHAMKOEYAN L. (2014). “Predicting Post Traumatic Growth Based upon Self-

- Efficacy and Perceived Social Support in Cancer Patients”, *Iranian Journal Of Cancer Prevention*, 7, 3, ss. 115-123.
- MARTIN Leonard L. & Tesser Abraham (1996). “Some Ruminative Thoughts”, In. Wyer, R. S. (Eds.), **Ruminative Thoughts**, ss. 1- 48. NJ, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- MCDONOUGH Meghan H.- SABISTON Catherine M.- WROSCHE Carsten (2014). “Predicting Changes in Posttraumatic Growth and Subjective Well-Being Among Breast Cancer Survivors: The Role Of Social Support and Stress”, *Psycho-Oncology*, 23, ss. 114–120.
- MCEVOY Peter M.- MAHONEY Alison E. J.- MOULDS Michelle L. (2010). “Are worry, rumination, and post-event processing one and the same?: Development of the repetitive thinking questionnaire”, *Journal of anxiety disorders*, 24, 5, ss. 509-519.
- MEISER-STEDMAN Richard- SHEPPERD Alicia- GLUCKSMAN Ed- DALGLEISH Timothy- YULE William- SMITH Patrick (2014). “Thought Control Strategies and Rumination in Youth with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder Following Single-Event Trauma”, *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 24, 1, ss. 47–51.
- MOĞULKOÇ Hazal (2014), *Kanser Hastası Çocuk ve Ergenlerin Ebeveynlerinde Travma Sonrası Stres Bozukluğunun ve Travma Sonrası Gelişimin Belirleyicileri: Sosyal Destek, Ruminasyon ve Yükleme Biçimleri*, Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Bursa.
- MOLS, Floortje- VINGERHOETS Ad J.J.M.- COEBERGH Jan Willem W.- VAN DE POLL-FRANSE Lonneke V. (2009). “Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors”, *Psychology and Health*, 24, 5, ss. 583–595.
- MORRIS Bronwyn A.- SHAKESPEARE-FINCH Jane (2010). “Rumination, post-traumatic growth, and distress: structural equation modelling with cancer survivors”, *Psycho-Oncology*, 20, ss. 1176–1183.
- MÜSLÜMANOĞLU Mahmut (2003), “Nonpalpabl Şüpheli Meme Lezyonlarının Tanı ve Tedavisi”, **Meme Kanseri**, TOPUZ Erkan- AYDINER Adnan- DİNÇER Maktav, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, ss. 225-230.
- NEZİROĞLU Gizem (2010), *Ruminasyon, Yaşantısal Kaçınma ve Problem Çözme Becerileri ile Depresif Belirtiler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi*, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- NOLEN-HOEKSEMA Susan- MCBRIDE Angela- LARSON Judith (1997). “Rumination and Psychological Distress Among Bereaved Partners”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 4, ss. 855-862.
- OH Hyunsung- ELL Kathleen (2015). “Social Support, a Mediator in Collaborative Depression Care for Cancer Patients”, *Research on Social Work Practice*, 25, 2, ss. 229-239.

- ÖZKAN Sedat- ALÇALAR Nilüfer (2009), “Meme Kanserinin Tedavisine Psikolojik Tepkiler”, *Meme Sağlığı Dergisi*, 5 (2), ss. 60-64.
- PICCOLO Ronald F.- JUDGE Timothy A.- TAKAHASHI Koji- WATANABE Naotaka- LOCKE Edwin A. (2003). “Core Self-Evaluations In Japan: Relative Effects On Job Satisfaction, Life Satisfaction, And Happiness”. *Journal of Organizational Behavior*, 26, ss. 965–984.
- POLLARD Clair- KENNEDY Paul (2007). “A longitudinal analysis of emotional impact, coping strategies and post-traumatic psychological growth following spinal cord injury: A 10-year review”, *The British Psychological Society*, 12, ss. 347–362.
- ROLEY Michelle E.- CLAYCOMB Meredith A.- CONTRACTOR Ateka A.- DRANGER Paula- ARMOUR Cherie- ELHA Jon D. (2015). “The Relationship between Rumination, PTSD, and Depression Symptoms”, *Journal of Affective Disorders*, 116- 121.
- SAWYER Alexandra- AYERS Susan (2009). “Post-traumatic growth in women after childbirth”, *Psychology and Health*, 24,4, ss. 457–471.
- SCHAEFER Jeanne A.- MOOS Rudolf H. (1998). “The Context for Post Traumatic Growth: Life Crisis, Individual And Social Resources, And Coping” In. R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun (Eds.), **Post traumatic growth: positive change in aftermath of crisis**, ss. 99-126. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- SCHMIDT Steven D.- BLANK Thomas O.- BELLIZZI Keith M.- PARK Crystal L. “The relationship of coping strategies, social support, and attachment style with posttraumatic growth in cancer survivors” *Journal of Health Psychology*, 17, 7, ss. 1033 –1040.
- SCHROEVERS Maya J.- HELGESON Vicki S. SANDERMAN Robbert- RANCHOR Adelita V. (2010). “Type of Social Support Matters for Prediction of Posttraumatic Growth among Cancer Survivors”, *Psycho-Oncology*, 19, ss. 46-53.
- SCHULZ Ute- MOHAMED Nihal E. (2004). “Turning the tide: Benefit finding after cancer surgery”, *Social Science & Medicine*, 59, ss. 653–662.
- SCRIGNARO Marta- BARNI Sandro- MAGRIN Maria Elena (2011). “The combined contribution of social support and coping strategies in predicting post-traumatic growth: a longitudinal study on cancer patients”. *Psycho-Oncology*, 20, ss. 823–831.
- SEARS Sharon R.- STANTON Annette L.- DANOFF-BURG Sharon (2003). “The Yellow Brick Road and the Emerald City: Benefit Finding, Positive Reappraisal Coping, and Posttraumatic Growth in Women with Early-Stage Breast Cancer” *Health Psychology*, 22, 5, ss. 487–497.
- SILVA Sonia M.- CRESPO Carla- CANAVARRO Maria C. (2012). “Pathways for Psychological Adjustment in Breast Cancer: A Longitudinal Study on Coping Strategies and Posttraumatic Growth”, *Psychology & Health*, 27, 11, ss. 1323–

1341.

- SMEDEMA Susan Miller- TANSEY Timothy N. (2015). “Mediators of the Relationship Between Core Self-Evaluations and Life Satisfaction in Individuals With Spinal Cord Injuries”, *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 58, 4, ss. 217 –226.
- SONG Guoping- KONG Feng- JIN Weitao (2013). “Mediating Effects of Core Self-Evaluations on The Relationship Between Social Support and Life Satisfaction”, *Soc Indic Res*, 114, ss. 1161–1169.
- SOO H. & SHERMAN K. A. (2015). “Rumination, Psychological Distress and post traumatic growth in women diagnosed with breast cancer” *Psycho- oncology*, 24, ss. 70-79.
- STANSON Annette L.- LOW Carissa A. (2004). “Toward Understanding Post Traumatic Growth: Commentary on Tedeschi and Calhoun”, *Psychological Inquiry*, ss. 76-80.
- ŞAHİN Nesrin H.- DURAK Ayşegül (1995), “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri için Uyarlanması”, *Türk Psikoloji Dergisi*, 10 (34), ss. 56-73.
- TEDESCHI Richard G.- CALHOUN Lawrence. G. (1995), **Trauma and Transformation: Growing in the Aftermath of Suffering**, Thousand Oaks. CA: Sage.
- TEDESCHI Richard G.- and CALHOUN Lawrence G. (1996) “The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma”, *Journal of Traumatic Stress*, 9, 3, ss. 455-471.
- TEDESCHI Richard G.- CALHOUN Lawrence. G. (2003), “Routes to Post traumatic growth through cognitive processing”. In. Douglas, P., Violanti, J. M., & Smith, L. M. (Eds.), **Promoting Capabilities to Manage Post- Traumatic Stress: Perspectives on Resilience**, ss. 12-26. USA, Charles C Thomas Publisher, LTD.
- TEDESCHI Richard G.- CALHOUN Lawrence G. (2004), “Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence” *Psychological Inquiry*, 15, ss. 1-18.
- TEDESCHI Richard G.- PARK Crystal L.- CALHOUN Lawrence. G (1998), “ Posttraumatic Growth: Conceptual Issues” In. R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun (Eds.), **Post traumatic growth: positive change in aftermath of crisis**, ss. 1-23. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- THOMSEN Dorthe K.- JENSEN Anders B.- JENSEN Thomas- MEHLSSEN Mimi Y. Pedersen Christina G.- ZACHARIAE Robert (2013). “Rumination, Reflection and Distress: An 8-Month Prospective Study of Colon-Cancer Patients” *Cogn Ther Res*, 37, ss. 1262–1268.
- TORUN Alev (1995), Tükenmişlik, Aile Yapısı ve Sosyal Destek İlişkileri Üzerine bir İnceleme, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İstanbul.
- TSAOUSIS Ioannis- NIKOLAOU Ioannis- SERDARIS Nikolaos- JUDGE Timothy A. (2007).

“Do the core self-evaluations moderate the relationship between subjective well-being and physical and psychological health?”, *Personality and Individual Differences*, 42, ss. 1441–1452.

TÜNEL Münevver- VURAL Ayşe- EVLİCE Yunus E.- TAMAM Lut (2012), “Meme Kanserli Hastalarda Psikiyatrik Sorunlar”, *Archives Medical Review Journal*, 21 (3), ss. 189-219.

URCUYO Kenya R.- BOYERS Amy E.- CARVER, Charles S.- ANTONI Michael H. (2005). “Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being”, *Psychology and Health*, 20, 2, ss. 175–192.

WANG Feng- LIU Jiajia- LIU Liyuan- WANG Fei- MA Zhongbing- GAO Dezong- ZHANG Qiang- YU Zhigang (2014), “The Status and Correlates of Depression and Anxiety among Breast-Cancer Survivors in Eastern China: A Population-Based, Cross-Sectional Case-Control Study”, *BMC Public Health*, 14 (326) doi:10.1186/1471-2458-14-326.

WANG Mu-Lan- LIU Jun-E- WANG Hui-Ying- CHEN Jing- LI Yi-Ying (2014). “Posttraumatic Growth and Associated Socio-Demographic And Clinical Factors in Chinese Breast Cancer Survivors” *European Journal of Oncology Nursing*, 18, ss. 478-483.

WEISS Tzipi (2004). “Correlates of Posttraumatic Growth in Married Breast Cancer Survivors”, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 5, ss. 733-746.

YUEN Ada N. Y.- HO Samuel M. Y.- CHAN Calais K. Y. (2014) “The Mediating Roles of Cancer-Related Rumination in the Relationship Between Dispositional Hope and Psychological Outcomes among Childhood Cancer Survivors”, *Psycho-Oncology*, 23, 412–419.

ZHANG Wei- YAN Ting-ting- DU Ya-song- LIU Xiao-hong (2013). “Relationship between Coping, Rumination and Posttraumatic Growth in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorders”, *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7, ss. 1204–1210.

ZHOU Xiao-WU Xinchun- FU Fang- AN Yuanyuan (2015). “Core Belief Challenge and Rumination as Predictors of PTSD and PTG among Adolescent Survivors of the Wenchuan Earthquake”, *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000031>

EKLER

EK 1. SOSYO-DEMOGRAFİK ve HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİ FORMU

1. Yaşınız: _____

2. Medeni haliniz: ___Bekar ___Evli ___Boşanmış ___Eşi vefat etmiş

3. Eğitim durumunuz:

___ Okur-yazar değil

___ Okur-yazar

___ İlkokul mezunu

___ Ortaokul mezunu

___ Lise mezunu

___ Üniversite mezunu

___ Lisans üstü eğitim

4. Mesleğiniz: _____

5. Çalışma Durumunuz: ___Çalışıyor ___Çalışmıyor

6. Ailenizin gelir düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?

___ Düşük

___ Orta

___ Yüksek

7. Yaşadığınız yer:

___ Büyük şehir (İstanbul, Ankara, İzmir)

___ İl

___ İlçe

___ Köy

8. Nekadar süre önce meme kanseri olduğunuzu öğrendiniz?

9. Hastalığınızı ilk öğrendiğinizde hastalığın kaçınıcı evresindeydiniz?

10. Şu anda tedavi görüyor musunuz?

___ Evet

___ Hayır

Evet ise hangi tedavi/tedavileri alıyorsunuz?

___ Kemoterapi

- Radyoterapi
 Hormon tedavisi
 Fizik tedavi ve rehabilitasyon

11. Ameliyat geçirdiniz mi?
 Evet Hayır

Evet ise hangi ameliyatı geçirdiniz?
 Lumpektomi Mastektomi

12. Hastalığınız tekrarladı mı?
 Evet Hayır

13. Size göre hastalığınız ne kadar şiddetli?
 Hiç Biraz Orta Fazla Çok Fazla

14. Size göre hastalığınız hayatınıza ne kadar tehdit oluşturuyor?
 Hiç Biraz Orta Fazla Çok Fazla

15. Şu ana kadar herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı?
 Evet (belirtiniz).....
 Hayır

16. Şu an herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?
 Evet (belirtiniz).....
 Hayır

17. Son 1 yıl içerisinde hastalığınızdan başka yüksek derecede stres yaratan bir olay yaşadınız mı?
 Evet
 Hayır

Evet ise lütfen kısaca belirtiniz.

.....
.....
.....
.....

EK 2. ÖZ BENLİK DEĞERLENDİRMELERİ ÖLÇEĞİ

Lütfen her maddeyi dikkatlice okuduktan sonra o maddede yazanın size göre ne derece doğru veya yanlış olduğunu aşağıda verilen ölçeği kullanarak değerlendiriniz.

1	2	3	4	5
Tamamen Yanlış	Yanlış	Ne doğru Ne Yanlış	Doğru	Tamamen Doğru

1. Hayatta hak ettiğim başarıyı yakaladığıma eminim	
2. Bazen kendimi depresyonda hissedirim.	
3. Uğraştığım zaman genelde başarılıyım.	
4. Bazen başarısız olduğumda kendimi değersiz hissedirim.	
5. İşleri başarıyla tamamlarım.	
6. Bazen kendimi yaptığım işe hakim hissetmiyorum.	
7. Genel olarak kendimden memnunum.	
8. Yeteneklerimle ilgili şüphe duyuyorum.	
9. Hayatımda neler olacağını ben belirlerim.	
10. Günlük yaşamımdaki başarımın kontrolünün elimde olmadığını hissediyorum.	
11. Sorunlarımın çoğuyla başa çıkabilirim.	
12. Bazı zamanlar var ki her şey bana karamsar ve ümitsiz gözükür.	

EK 3. SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Sosyal hayatınızla ilgili sorulardan oluşan bu ankette her bir soruyu sizin durumunuza uygun düşen cevap basamağının altındaki alana çarpı (x) işareti koyarak cevaplandırınız.

	Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. İhtiyacınız olduğunda duygu ve düşüncelerinizi paylaştığınız, dertleştiğiniz kişileri ne sıklıkla bulabiliyorsunuz?					
2. İhtiyacınız olduğunda yakınlarınız size sevgilerini ne sıklıkla hissettiriyorlar?					
3. Sarılma, öpme, dokunma gibi yollarla fiziksel olarak sevgi görme ihtiyacını hissettiğinizde yakınlarınız bunu ne sıklıkla yapıyorlar?					
4. Herşeyin iyiye gideceği hakkında temin edilme ve teselli edilme ihtiyacını hissettiğinizde yakınlarınız bunu ne sıklıkta yapıyorlar?					
5. İhtiyacınız olduğunda yakınlarınız ne sıklıkla neşelendiriyor, moralinizi düzeltmek için şakalar yapıyorlar?					
6. Zor bir durumla karşılaştığımızda yakınlarımız, ihtiyaç duyduğunuz önerileri ne sıklıkla veriyorlar?					
7. İhtiyacınız olduğunda size gerekli bilgileri veya yardımı nereden alabileceğinizi yakınlarınız ne sıklıkla söylüyor?					
8. İçinde bulunduğunuz zor durumlarda, yakınlarınız ne sıklıkla çare buluyor veya çözümler getiriyorlar?					
9. Gelecekle ilgili planlar yaparken yakınlarınızın görüşlerine ihtiyaç duyduğunuzda size ne sıklıkla katkıda bulunuyorlar?					
10. Maddî yardıma ihtiyacınız olduğunda yakınlarınızdan bu yardımı ne sıklıkla alabiliyorsunuz?					
11. İhtiyacınız olduğunda yakınlarınız size araba veya benzeri değerli bir eşyayı ne sıklıkla ödünç verebiliyorlar?					
12. Yakınlarınız size işlerinizde ne sıklıkla yardım ediyorlar?					
13. Yakınlarınız sizinle birlikte gideceğiniz yerlere gelmesine ve size eşlik etmesine ihtiyaç duyduğunuzda bunu ne sıklıkla yapıyorlar?					
14. Hastalık, iş gezisi, tatil vb. gibi nedenlerle evden uzak kalmanız gerektiğinde yakınlarınız ne sıklıkla aile bireylerinizle ilgileniyor?					
15. Yakınlarınız size değer verdiklerini ne sıklıkla hissettiriyorlar?					
16. Yakınlarınız, yaptığımız işlere değer verdiklerini ne sıklıkla hissettiriyorlar?					
17. Uzun süreli ve çözümlenmesi güç bir sorunla karşı karşıya olduğunuzda yakınlarınız ne sıklıkta sizin yanınızda olduklarını hissettiriyorlar?					
18. Yakınlarınız sizi ne sıklıkla, yaptığımız yanlışlıklara rağmen kabul ediyorlar?					
19. Yakınlarınız size ne sıklıkla boş zamanlarınızda beraber olmayı, bir arada birşeyler yapmayı teklif ediyorlar?					

EK 4. RUMİNATİF DÜŞÜNME BİÇİMİ ÖLÇEĞİ

Lütfen her maddeyi dikkatlice okuduktan sonra ifadelerin sizi ne kadar tarif ettiğini aşağıda verilen ölçeği kullanarak değerlendiriniz.

1 (Hiç) 2 3 4 5 6 7 (Çok iyi)

	1	2	3	4	5	6	7
1. Zihnimin sürekli bazı şeyleri tekrar tekrar gözden geçirdiğini fark ederim.							
2. Bir sorunum olduğunda bu durum uzun süre zihnimi kemirir.							
3. Gün boyu bazı düşüncelerin tekrar tekrar zihnime üşüştüğünü fark ederim.							
4. Bazı şeyleri sürekli düşünmekten kendimi alamam.							
5. Birileriyle karşılaşma öncesinde olabilecek bütün senaryoları ve konuşmaları zihnimde canlandırırım.							
6. Önceden yaşadığım hoşuma giden olayları hayalimde tekrar canlandırmaya yatkındır.							
7. Kendimi, gün içerisinde “Keşke yapsaydım” dediğimşeyleri hayal ederken bulurum.							
8. Kötü geçtiğini düşündüğüm bir görüşme sonrasında, “Keşke şöyle davransaydım” dediğim farklı senaryolar hayal ederim.							
9. Karmaşık bir problemi çözmeye çalışırken çözüme ulaşmak yerine problemin başına döndüğümü fark ederim.							
10. Yaklaşan önemli bir olay varsa, bu durumu o kadar çok düşünürüm ki sonunda sinirli ve mutsuz bir hale gelirim.							
11. İstenmeyen düşünceleri zihnimden bir türlü atamam.							
12. Bir problem hakkında saatlerce düşünsem de sorunu açıkça anlamak için biraz daha zamana ihtiyaç duyarım.							
13. Hakkında ne kadar düşünürsem düşüneyim, bazı sorunlarla ilgili net bir çözüme ulaşmam benim için çok zordur.							
14. Bazen bir şeyler hakkında saatlerce oturup düşündüğüm olur.							
15. Bir meseleyi çözmeye çalışırken, zihnimde farklı noktalara dağılan uzun bir tartışma yaşar gibi olurum.							
16. Oturup geçmişteki güzel olayları hatırlamak hoşuma gider.							
17. Heyecan verici bir olayı beklerken, bu olay ile alakalı düşünceler, o anda yaptığım işi engeller.							
18. Bazen, bir konuşma sırasında bile, alakasız düşüncelerin zihnime hücum ettiği olur.							
19. Yakın zamanda önemli bir görüşme yapacaksam, zihnimde sürekli olarak bunu tekrar etme eğilimim vardır.							
20. Önemli bir olay yaklaşıyorsa, bununla ilgili düşünmekten kendimi alamam.							

EK 5

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntıları ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size hiç uygun değilse, % 0'ın altındaki kutu içine X işareti koyun. Çok uygun ise %100'ün altını işaretleyin.

Sizi ne kadar tanımlıyor/ Size ne kadar uygun
%0 %30 %70 %100

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA	%0	%30	%70	%100
1. Kimsenin bilmesini istemem.				
2. İyimser olmaya çalışırım.				
3. Bir mucize olmasını beklerim.				
4. Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.				
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm.				
6. Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim.				
8. Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9. İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem.				
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.				
11. Olanları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13. İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				
15. Problemin çözümü için adak adarım.				
16. Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.				
17. Elimden hiçbir şeyin gelemeyeceğine inanırım.				
18. Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19. Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.				
20. Problem/problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21. Mücadeleden vazgeçerim.				
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23. Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
24. Olanlar karşısında "kaderim buymuş" derim.				
25. "Keşke daha güçlü bir insan olsaydım" diye düşünürüm.				
26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim.				
27. "Benim suçum ne" diye düşünürüm.				
28. "Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm.				
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

EK 6. KONTROL ODAĞI ÖLÇEĞİ

Bu anket, insanların yaşama ilişkin bazı düşüncelerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Sizden, bu maddelerde yansıtılan düşüncelere ne ölçüde katıldığınızı ifade etmeniz istenmektedir. Bunun için, her maddeyi dikkatle okuyunuz ve o maddede ifade edilen düşüncenin sizin düşüncelerinize uygunluk derecesini görüşünüzü yansıtan kutucuğa bir (X) işareti koyarak belirtiniz.

	Hiç Uygun Değil	Pek Uygun Değil	Uygun	Oldukça Uygun	Tamamen Uygun
1. İnsanın yaşamındaki mutsuzlukların çoğu, biraz da şanssızlığına bağlıdır.					
2. İnsan ne yaparsa yapsın üşütüp hasta olmasının önüne geçemez.					
3. Bir şeyin olacağı varsa eninde sonunda mutlaka olur.					
4. İnsan ne kadar çabalarsa çabalasın, ne yazık ki değeri genellikle anlaşılmaz.					
5. İnsanlar savaşları önlemek için ne kadar çaba gösterirlerse gösterebilirler, savaşlar daima olacaktır.					
6. Bazı insanlar doğuştan şanslıdır.					
7. İnsan ilerlemek için güç sahibi kişilerin gönlünü hoş tutmak zorundadır.					
8. İnsan ne yaparsa yapsın, hiçbir şey istediği gibi sonuçlanmaz.					
9. Bir çok insan, rastlantıların yaşamlarını ne derece etkilediğinin farkında değildir.					
10. Bir insanın halen ciddi bir hastalığa yakalanmamış olması sadece bir şans meselesidir.					
11. Dört yapraklı yonca bulmak insana şans getirir.					
12. İnsanın burcu hangi hastalıklara daha yatkın olacağını belirler.					
13. Bir sonucu elde etmede insanın neleri bildiği değil, kimleri tanıdığı önemlidir.					
14. İnsanın bir günü iyi başladıysa iyi; kötü başladıysa da kötü gider.					
15. Başarılı olmak çok çalışmaya bağlıdır; şansın bunda payı ya hiç yoktur ya da çok azdır.					
16. Aslında şans diye bir şey yoktur.					
17. Hastalıklar çoğunlukla insanların dikkatsizliklerinden kaynaklanır.					
18. Talihsizlik olarak nitelenen durumların çoğu, yetenek eksikliğinin, ihmalin, tembelliğin ve benzeri nedenlerin sonucudur.					
19. İnsan, yaşamında olabilecek şeyleri kendi kontrolü altında tutabilir.					
20. Çoğu durumda yazı-tura atarak da isabetli kararlar verilebilir.					
21. İnsanın ne yapacağı konusunda kararlı olması, kadere güvenmesinden daima iyidir.					

	Hiç Uygun Değil	Pek Uygun Değil	Uygun	Oldukça Uygun	Tamamen Uygun
22. İnsan fazla bir çaba harcamasa da karşılaştığı sorunlar kendiliğinden çözülür.					
23. Çok uzun vadeli planlar yapmak her zaman akıllıca olmayabilir, çünkü bir çok şey zaten iyi ya da kötü şansa bağlıdır.					
24. Birçok hastalık insanı yakalar ve bunu önlemek mümkün değildir.					
25. İnsan ne yaparsa yapsın, olabilecek kötü şeylerin önüne geçemez.					
26. İnsanın istediğini elde etmesinin talihle bir ilgisi yoktur.					
27. İnsan kendisini ilgilendiren bir çok konuda kendi başına doğru kararlar alabilir.					
28. Bir insanın başına gelenler, temelde kendi yaptıklarının sonucudur.					
29. Halk yeterli çabayı gösterse siyasal yolsuzlukları ortadan kaldırabilir.					
30. Şans ya da talih hayatta önemli bir rol oynamaz.					
31. Sağlıklı olup olmamayı belirleyen esas şey insanların kendi yaptıkları ve alışkanlıklarıdır.					
32. İnsan kendi yaşamına temelde kendisi yön verir.					
33. İnsanların talihsizlikleri yaptıkları hataların sonucudur.					
34. İnsanlarla yakın ilişkiler kurmak, tesadüflere değil, çaba göstermeye bağlıdır.					
35. İnsanın hastalanacağı varsa hastalanır; bunu önlemek mümkün değildir.					
36. İnsan bugün yaptıklarıyla gelecekte olabilecekleri değiştirebilir.					
37. Kazalar, doğrudan doğruya hataların sonucudur.					
38. Bu dünya güç sahibi birkaç kişi tarafından yönetilmektedir ve sade vatandaşın bu konuda yapabileceği fazla bir şey yoktur.					
39. İnsanın dini inancının olması, hayatta karşılaştığı bir çok zorluğu daha kolay aşmasına yardım eder.					
40. Bir insan istediği kadar akıllı olsun, bir işe başladığında şansını yaver gitmezse başarılı olamaz.					
41. İnsan kendine iyi baktığı sürece hastalıklardan kaçınabilir.					
42. Kaderin insan yaşamı üzerinde çok büyük bir rolü vardır.					
43. Kararlılık bir insanın istediği sonuçları almasında en önemli etkidir.					
44. İnsanlara doğru şeyi yaptırmak bir yetenek işidir; şansın bunda payı ya hiç yoktur ya da çok azdır.					
45. İnsan kendi kilosunu, yiyeceklerini ayarlayarak kontrolü altında tutabilir.					
46. İnsanın yaşamının alacağı yönü, çevresindeki güç sahibi kişiler belirler.					
47. Büyük ideallere ancak çalışıp çabalayarak ulaşılabilir.					

EK 7. TRAVMA SONRASI GELİŞİM ENVANTERİ

Aşağıda hastalığınızdan dolayı yaşamınızda olabilecek bazı değişiklikler verilmektedir. Her cümleyi dikkatlice okuyunuz ve belirtilen değişikliğin sizin için ne derece gerçekleştiğini aşağıdaki ölçeği kullanarak belirtiniz.

0= Hastalığımdan dolayı böyle bir değişiklik yaşamadım

1= Hastalığımdan dolayı bu değişikliği çok az derecede yaşadım

2= Hastalığımdan dolayı bu değişikliği az derecede yaşadım

3= Hastalığımdan dolayı bu değişikliği orta derecede yaşadım

4= Hastalığımdan dolayı bu değişikliği oldukça fazla derecede yaşadım

5= Hastalığımdan dolayı bu değişikliği aşırı derecede yaşadım

	Hiç yaşamadım					Aşırı derecede yaşadım
1. Hayatıma verdiğim değer arttı.	0	1	2	3	4	5
2. Hayatımın kıymetini anladım.	0	1	2	3	4	5
3. Yeni ilgi alanları keşfettim.	0	1	2	3	4	5
4. Kendime güvenim arttı.	0	1	2	3	4	5
5. Manevi konuları daha iyi anladım.	0	1	2	3	4	5
6. Zor zamanlarda başkalarına güvenebileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5
7. Hayatıma yeni bir yön verdim.	0	1	2	3	4	5
8. Kendimi diğer insanlara daha yakın hissetmeye başladım.	0	1	2	3	4	5
9. Duygularımı ifade etme isteğim arttı.	0	1	2	3	4	5
10. Zorluklarla başa çıkabileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5
11. Hayatımı daha iyi şeyler yaparak geçirebileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5
12. Olayları olduğu gibi kabullenmeyi öğrendim.	0	1	2	3	4	5
13. Yaşadığım her günün değerini anladım.	0	1	2	3	4	5
14. Hastalığımdan sonra benim için yeni fırsatlar doğdu.	0	1	2	3	4	5
15. Başkalarına karşı sefkat hislerim arttı.	0	1	2	3	4	5
16. İnsanlarla ilişkilerimde daha fazla gayret göstermeye başladım.	0	1	2	3	4	5
17. Değişmesi gereken şeyleri değiştirmek için daha fazla gayret göstermeye başladım.	0	1	2	3	4	5
18. Dini inancım daha da güçlendi.	0	1	2	3	4	5
19. Düşündüğümden daha güçlü olduğumu anladım.	0	1	2	3	4	5
20. İnsanların ne kadar iyi olduğu konusunda çok şey öğrendim	0	1	2	3	4	5
21. Başkalarına ihtiyacım olabileceğini kabul etmeyi öğrendim.	0	1	2	3	4	5

EK 8. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sizi Zeynep Büşra Coşar tarafından yürütülen tarafından yürütülen “Cerrahi Operasyon Geçirmiş Meme Kanseri Hastalarında Travma Sonrası Gelişimi Yordayan Faktörlerin İncelenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı cerrahi operasyon geçirmiş meme kanseri hastalarının yaşadıkları olası psikolojik değişimleri ve değişimlerin nelerden etkilendiğini anlamak ve elde edilen bilgilerle ileride yapılabilecek psikolojik müdahalelerin hastalara daha fazla yarar sağlamasına katkıda bulunmaktır. Araştırmada sizden tahminen 30 dakika ayırmanız istenmektedir. Anket zarfı içerisinde toplam 7 ölçek, 166 soru bulunmaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 64 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya zeynepbusracosar@hotmail.com e-posta adresi ve XXXXX numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının :

Adı-

Soyadı:.....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını; kabul ediyorum kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Araştırmacının

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER
ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU BAŞKANLIĞI



09/02/2015

İlgili makama,

Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümünden Zeynep Büşra Çoşar'ın "Cerrahi Operasyon Geçirmiş Meme Kanseri Hastalarında Travma Sonrası Gelişimi Yordayan Faktörlerin İncelenmesi" konu başlıklı çalışması ile 04/02/2015 tarihinde İÜ Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'na başvurmuştur. 09/02/2015 tarihinde 10 kurul üyesinin katılımıyla gerçekleşen inceleme sonucunda, adı geçen çalışmada etik açıdan bir sorun olmadığına oybirliği ile karar verilmiştir (Onay:10; Red:0 ; Katılmadı: 0 ; Mazeretli katılmadı: 5). Gereğini bilgilerinize saygılarımla sunarım.

Unvanı/Adı/Soyadı	Kurumu	Araştırma ile ilişki	Karar	İmza
Prof. Dr. Ayşe AYÇİÇEĞİ DİNN	Edebiyat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Red <input checked="" type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Mustafa HAMDİ SAYAR	Edebiyat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Red <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Sema KURTULUŞ	İşletme Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Red <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Ayşe Oya ÖZÇELİK	İşletme Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Red <input checked="" type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Ayşen AKKOR GÜL	İletişim Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Red <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Mustafa ERTÜRK	İlahiyat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Red <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Selim YAZICI	Siyasal Bilgiler Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Red <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Süleyman ÖZDEMİR	Sosyal Bilimler Enstitüsü	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Red <input checked="" type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Binhan Elif YILMAZ	İktisat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Red <input checked="" type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Nur NACAR LOGIE	Eğitim Bilimleri Enstitüsü	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Red <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Esra İŞMEN GAZIOĞLU	Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Red <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Murat ŞEKER	İktisat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Red <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Sevtap METİN	Hukuk Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Red <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Özlem SERTEL BERK	Edebiyat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Red <input checked="" type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Yrd. Doç. Dr. Şebnem SAYHAN	Sosyal Bilimler Enstitüsü	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Red <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	

ÖZGEÇMİŞ			
Adı, Soyadı	Zeynep Büşra	COŞAR	
Doğum Yeri ve Yılı	SAKARYA	1989	
Bildiği Yabancı Diller ve Düzeyi	İNGİLİZCE	OLDUKÇA İYİ	
Eğitim Durumu	Başlama - Bitirme Yılı	Kurum Adı	
Lise	2003	2007	Arifiye Anadolu Öğretmen Lisesi
Lisans	2007	2012	Orta Doğu Teknik Üniversitesi
Yüksek Lisans	2012	-	Uludağ Üniversitesi
Doktora			
Çalıştığı Kurum (lar)	Başlama - Ayrılma Yılı	Çalışılan Kurumun Adı	
1.	2012	-	İstanbul Üniversitesi/Psikoloji Bölümü
Üye Olduğu Bilimsel ve Mesleki Kuruluşlar	Türk Psikologlar Derneği		
Katıldığı Proje ve Toplantılar	2008- 13. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara 2009- 14. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul		
Yayımlar:			
Diğer:			
İletişim (e-posta):	zeynepbusracosar@hotmail.com		
Tarih: 05.07.2015 Adı Soyadı: Zeynep Büşra Coşar			

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

TEZ ÇOĞALTMA VE ELEKTRONİK YAYIMLAMA İZİN FORMU

Yazar Adı Soyadı	Zeynep Büşra COŞAR
Tez Adı	Cerrahi Operasyon Geçirmiş Meme Kanseri Hastalarında Trauma Sonrası Gelişimi Yordayan Faktörlerin İncelenmesi
Enstitü	Sosyal Bilimler Enstitüsü
Anabilim Dalı	Biyoloji Anabilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans Tezi
Tez Danışman(lar)ı	Doç. Dr. Gülay DİRİK
Çoğaltma (Fotokopi Çekim) izni	<input checked="" type="checkbox"/> Tezimden fotokopi çekilmesine izin veriyorum <input type="checkbox"/> Tezimin sadece içindekiler, özet, kaynakça ve içeriğinin % 10 bölümünün fotokopi çekilmesine izin veriyorum <input type="checkbox"/> Tezimden fotokopi çekilmesine izin vermiyorum
Yayımlama izni	<input checked="" type="checkbox"/> Tezimin elektronik ortamda yayımlanmasına izin Veriyorum

Hazırlamış olduğum tezimin belirttiğim hususlar dikkate alınarak, fikri mülkiyet haklarım saklı kalmak üzere Uludağ Üniversitesi Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı tarafından hizmete sunulmasına izin verdiğimi beyan ederim.

Tarih : 17.08.2015

İmza :



