T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

MEME KANSERİ VE AKCİĞER KANSERİ TANISI ALMIŞ KADIN HASTA GRUPLARINDA TRAVMA SONRASI BÜYÜME DÜZEYLERİNİN BEDEN ALGISI VE BENLİK SAYGISI İLE İLİŞKİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Serkan DAĞ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2024

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

MEME KANSERİ VE AKCİĞER KANSERİ TANISI ALMIŞ KADIN HASTA GRUPLARINDA TRAVMA SONRASI BÜYÜME DÜZEYLERİNİN BEDEN ALGISI VE BENLİK SAYGISI İLE İLİŞKİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Serkan DAĞ

Tez Danışmanı:
Prof. Dr. Kâmil Nahit ÖZMENLER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimine başladığım ilk günden itibaren hem hekimliğe hem de hayata dair kıymetli bilgi ve tecrübelerini bizimle paylaşan, psikiyatri hekimliğinin inceliklerini öğreten, bize değerli olduğumuzu hissettiren ve bizi önemseyen klinik şefimiz ve tez danışmanım Prof. Dr. Kâmil Nahit ÖZMENLER'e çok teşekkür ederim.

İhtisas süresince paha biçilmez bilgi ve deneyimlerini paylaşarak bizleri destekleyen, önerileriyle bizlere rehberlik eden, üzerimizde büyük emekleri olan kıymetli hocalarım Prof. Dr. Özcan UZUN, Prof. Dr. Sinan YETKİN, Doç. Dr. Bülent Devrim AKÇAY ve Doç. Dr. Taner ÖZNUR'a,

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ile Nöroloji rotasyonlarım sırasında eğitimime değerli katkılarda bulunan Prof. Dr. Mehmet Ayhan CÖNGÖLOĞLU ve Doç. Dr. Ali Rıza SONKAYA'ya,

Bu çalışma süresince her aşamada bana destek olan ve tanımaktan onur duyduğum Prof. Dr. Nuri KARADURMUŞ, Doç. Dr. Musa Barış AYKAN ve Doç. Dr. Serdar KARAKAYA'ya

Destekleri, rehberlikleri ve eğitimimiz için yapmış oldukları değerli katkılar için başta Doç. Dr. Seçil ÖZEN, Uzm. Dr. Çiğdem Çiftçi KAYGUSUZ, Uzm. Dr. Nagihan ÇALIŞKAN, Uzm. Dr. Mehmet KOÇER ve Uzm. Dr. Esra ÖKSÜZ olmak üzere birlikte çalıştığım bütün uzman hekimlerimize,

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım değerli asistan arkadaşlarıma,

Bütün güçlüklere rağmen görevlerini büyük bir özveriyle yerine getiren tüm sağlık emekçilerine,

Hayatın bütün zorluklarına rağmen beni sevgiyle büyüten, yolumu aydınlatan, her zaman yanımda olan, merhameti, dürüstlüğü ve mücadele etmeyi öğreten canım aileme,

Tanıştığımız ilk günden itibaren sevgilerini ve desteklerini içtenlikle hissettiğim eşimin değerli ailesine,

Her zaman yanımda olan, sevgisini derinden hissettiğim, hayatı paylaşmaktan büyük kıvanç duyduğum, hayat enerjim, biricik eşim Kübra'ya

Sonsuz teşekkürlerimle…

Dr. Serkan DAĞ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
İÇİNDEKİLER ii
KISALTMALAR iv
TABLO LİSTESİ v
ŞEKİL VE GRAFİK LİSTESİ vi
ÖZET vii
ABSTRACT ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. TRAVMANIN ETİMOLOJİSİ VE KAVRAMSAL TANIMI 4
2.2. TRAVMATİK YAŞANTILARA VERİLEN RUHSAL TEPKİLER 5
2.2.1. Uyum Bozukluğu 6
2.2.2. Akut Stres Bozukluğu 7
2.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu 9
2.3. TRAVMA SONRASI BÜYÜME 11
2.3.1. Travma Sonrası Büyümenin Alt Boyutları 15
2.3.2. Travma Sonrası Büyümeyi Etkileyen Değişkenler 16
2.4. KANSER VE EPİDEMİYOLOJİSİ 18
2.4.1. Travmatik Deneyim Olarak Kanser Tanısı Almak 19
2.4.2. Kanser ve Travma Sonrası Büyüme İlişkisi 21
2.5. BEDEN ALGISI 23
2.5.1. Kanser Hastalarında Beden Algısı 23
2.6. BENLİK KAVRAMI VE BENLİK SAYGISI 25
2.6.1. Kanser Hastalarında Benlik Saygısı 26
2.7. BENLİK SAYGISI VE BEDEN ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ 27
3. GEREÇ VE YÖNTEM 28
3.1. ÖRNEKLEM 28
3.2. ETİK KURUL ONAYI 29
3.3. UYGULANAN ÖLÇÜM ARAÇLARI 29
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu 29

3.3.2. Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE) 29
3.3.3. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ-21) 30
3.3.4. Beden Algısı Ölçeği (BAÖ) 31
3.3.5. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) 31
3.4. YÖNTEM 32
3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ 32
4. BULGULAR 34
4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRILMASI 34
4.2. SÜREKLİ DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ 41
4.3. REGRESYON ANALİZİ 45
5. TARTIŞMA 53
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 69
6.1. SONUÇLAR 69
6.2. ÖNERİLER 70
6.3. ÇIKAR ÇATIŞMASI 70
7. KAYNAKLAR 71
8. ÖZGEÇMİŞ 87
9. EKLER 88
EK-1: ARAŞTIRMA ETİK KURUL BELGESİ 88
EK-2: TUEK BELGESİ 89
EK-3: TEZ KONUSU ONAY BELGESİ 90
EK-4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU 92
EK-5: OLGU RAPOR FORMU 96

KISALTMALAR

ASB **:** Akut Stres Bozukluğu

BAÖ **:** Beden Algısı Ölçeği

BPS : Body Perception Scale

DASÖ-21 **:** Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği

DASS-21 : Depression Anxiety Stress Scale

DSM **:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

DSÖ **:** Dünya Sağlık Örgütü

ICD **:** International Classification of Diseases – Uluslararası Hastalık Sınıflaması

PTG **:** Posttraumatic Growth

PTGI **:** Posttraumatic Growth Inventory

SPSS **:** Statistical Package for the Social Sciences

TSB **:** Travma Sonrası Büyüme

TSBE **:** Travma Sonrası Büyüme Envanteri

TSSB **:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TUEK **:** Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu

RBSÖ **:** Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

RSES **:** Rosenberg Self-Esteem Scale

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Meme kanseri ve akciğer kanseri hastalarının sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması 34
Tablo 4.2. Meme kanseri ve akciğer kanseri hastalarının klinik özelliklerinin karşılaştırılması 36
Tablo 4.3. Meme kanseri ve akciğer kanseri hastalarının ölçek puanlarının karşılaştırılması 37
Tablo 4.4. Meme kanseri ve akciğer kanseri hastalarının DASÖ-21 puanlarının dağılımlarının karşılaştırılması 40
Tablo 4.5. Meme kanseri hastalarının travma sonrası büyüme toplam ve alt boyut puanları ile depresyon, stres, anksiyete, beden algısı ve benlik saygısı puanları arasındaki korelasyonlar 41
Tablo 4.6. Akciğer kanseri hastalarının travma sonrası büyüme toplam ve alt boyut puanları ile depresyon, stres, anksiyete, beden algısı ve benlik saygısı puanları arasındaki korelasyonlar 43
Tablo 4.7. "Benlik Algısında Değişim" puanı için açıklayıcı değişkenlerle univariate ve multivariate lineer regresyon analizi sonuçları 45
Tablo 4.8. "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanı için açıklayıcı değişkenlerle univariate ve multivariate lineer regresyon analizi sonuçları 47
Tablo 4.9. "Başkalarıyla İlişkilerde Değişim" puanı için açıklayıcı değişkenlerle univariate ve multivariate lineer regresyon analizi sonuçları 49
Tablo 4.10. "Travma Sonrası Büyüme Toplam" puan için açıklayıcı değişkenlerle univariate ve multivariate lineer regresyon analizi sonuçları 50

ŞEKİL VE GRAFİK LİSTESİ

Şekil 2.1. Travma Sonrası Büyümenin Modeli 14
Grafik 4.1. Meme kanseri ve akciğer kanseri hastalarının travma sonrası büyüme puanları 39
Grafik 4.2. Meme kanseri ve akciğer kanseri hastalarının DASÖ-21 puanları 39

ÖZET

Serkan Dağ, Meme Kanseri ve Akciğer Kanseri Tanısı Almış Kadın Hasta Gruplarında Travma Sonrası Büyüme Düzeylerinin Beden Algısı ve Benlik Saygısı ile İlişkisinin Karşılaştırılması. Ankara, 2023

Amaç: Meme, kadınlığın ve cinselliğin bir sembolü olarak kabul edilirken, akciğerler yaşamsal öneme sahip bir organ olarak değerlendirilir. Bu açıdan ele alındığında, içerdiği sembolik anlamlar dolayısıyla kadının bedenine, benlik algısına ve kimliğine doğrudan tehdit oluşturabilen meme kanseri tanısıyla, sembolik anlam taşımaksızın daha çok hayati riske sahip olduğu düşünülen akciğer kanseri tanısı almış hastaların travma sonrası büyüme (TSB) düzeylerinin araştırılması, bu çalışmanın odak noktasıdır. Bu doğrultuda, iki farklı kanser türünün TSB'ye etkisi ile beden algısı, benlik saygısı ve sosyodemografik verilerin TSB gelişiminde rolünün incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji polikliniğine başvuran meme kanseri ya da akciğer kanseri tanısı almış hastalardan, dahil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Görüşme öncesi, çalışmayla ilgili ön bilgilendirme yapıldıktan sonra katılımcıların onamları alınmıştır. Daha sonra çalışma kapsamda sosyodemografik veri formu, Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE), Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ-21), Beden Algısı Ölçeği (BAÖ) ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) uygulanmıştır. Elde edilen veriler uygun istatistiksel yöntemler ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 81 meme kanseri, 74 akciğer kanseri hastası dahil edilmiştir. Meme kanseri hastalarının BAÖ puanları, TSB toplam puanı ve alt boyutları puanlarıyla pozitif korelasyon göstermiştir. Ek olarak RBSÖ puanları, TSB toplam puanı ve iki alt boyutu puanlarıyla pozitif korelasyon göstermiştir. Ancak akciğer kanseri hastalarında sadece "Başkalarıyla İlişkilerde Değişim" alt boyutu puanı benlik saygısı puanıyla pozitif yönlü ilişki göstermiştir. Açıklayıcı faktör olarak yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde beden algısı ($p<0,01$) ve benlik saygısı ($p<0,01$) puanları, TSB toplam puanı açısından açıklayıcı faktör olarak

bulunmuştur. Yapılan çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde ise benlik saygısı ($p<0,05$) puanı TSB toplam puanı açısından açıklayıcı faktör olarak saptanmıştır.

Sonuç: Kanser hastalarında tanı ve tedavi süreci boyunca beden algısında ve benlik saygısında olumsuz değişiklikler olabilmektedir. Bu olumsuz değişiklikler hem meme kanserinde hem de akciğer kanserinde meydana gelebilmektedir. Ancak meme dokusuna yapılan sosyal atıflar ve beklentilerden dolayı, meme kanseri hastalarında bu olumsuzluklar daha ön planda olabilir. Bununla birlikte bu olumsuzlukların zamanla düzelebilme potansiyeli bulunmaktadır. Her iki kanser türü, travmatik olarak, ölümü, korkuyu ve çaresizliği çağrıştırabilir. Bu yoğun stres kaynağı, TSB gelişiminde tetikleyici faktör olabilir. Ancak meme gibi kadınlığın ve kadın kimliğinin sembolü olan bir organın kaybı bu yoğun stresi daha da artırabilir. Özellikle hayatta kalan olgularda, bu durum hayatın ilerisi için toplumsal beklentileri karşılayamama, kadın kimliğinde ve rolünde eksiklik hissetme gibi sorunlara neden olabilmektedir. Bu durum göz önüne alındığında, bu çalışmada akciğer kanseri olgularından farklı olarak meme kanseri hastalarında, toplumsal açıdan kimlik veya rol kaybı riski TSB gelişiminde ikinci bir tetikleyici faktör olarak öne çıkmıştır. Bu da meme kanseri olgularında daha fazla TSB gelişiminin nedenlerinden biri olarak yorumlanabilir.

Anahtar Sözcükler: Beden algısı, Benlik saygısı, Kanser, Travma sonrası büyüme

ABSTRACT

Serkan Dağ, Comparison of the Relationship of Posttraumatic Growth Levels with Body Perception and Self-Esteem in Groups of Female Patients Diagnosed with Breast Cancer and Lung Cancer. Ankara, 2023

Objective: The breast is considered a symbol of femininity and sexuality, while the lungs are considered a vital organ. From this point of view, the focus of this study is to investigate the posttraumatic growth (PTG) levels of patients diagnosed with breast cancer, which can pose a direct threat to a woman's body, self-perception and identity due to the symbolic meanings it contains, and patients diagnosed with lung cancer, which is considered to be more life-threatening without symbolic meaning. In this context, it was aimed to examine the effect of two different cancer types on PTG and the role of body perception, self-esteem and sociodemographic data in the development of PTG.

Materials and Methods: Patients who met the inclusion and exclusion criteria among patients diagnosed with breast cancer or lung cancer who applied to Gülhane Training and Research Hospital Medical Oncology outpatient clinic were included in the study. Before the interview, the participants' consent was obtained after preliminary information about the study was given. Afterwards, sociodemographic data form, Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21), Body Perception Scale (BPS) and Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) were applied. The data obtained were analyzed with appropriate statistical methods.

Results: The study comprised 81 breast cancer and 74 lung cancer patients. Breast cancer patients' BPS scores were positively correlated with PTG total score and its sub-dimensions. In addition, RSES scores were positively correlated with PTG total score and two sub-dimensions scores. However, only the "Change in Relationships with Others" sub-dimension score showed a positive correlation with the self-esteem score in lung cancer patients. In the univariate linear regression analysis performed as an explanatory factor, body perception ($p<0.01$) and self-esteem ($p<0.01$) scores were found to be explanatory factors for the total score of PTG. In the multivariate linear

regression analysis, self-esteem ($p<0.05$) score was found to be an explanatory factor for the total score of PTG.

Conclusion: Cancer patients may experience negative changes in body perception and self-esteem during the diagnosis and treatment process. These negative changes may occur in both breast cancer and lung cancer. However, these negative changes may be more prominent in breast cancer patients due to social attributions and expectations for breast tissue. However, these negativities have the potential to improve over time. Both types of cancer can be traumatically evocative of death, fear and helplessness. This intense source of stress can be a triggering factor in the development of PTG. However, the loss of an organ such as the breast, which is a symbol of femininity and female identity, may increase this intense stress even more. Especially in survivors, this may lead to problems such as not being able to meet societal expectations for later in life and feeling a lack of female identity and role. Considering this situation, in this study, unlike lung cancer cases, the risk of loss of social identity or role was found to be a second triggering factor in the development of PTG in breast cancer patients. This can be interpreted as one of the reasons for the development of more PTG in breast cancer patients.

Keywords: Body perception, Self-esteem, Cancer, Posttraumatic growth

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Travma kavramı 18.yüzyıl ve öncesinde "fiziksel travma" anlamında kullanılırken daha sonraları kişinin ruhsal ve bedensel varlığını sarsan, yaralayan, yaşamına yönelik tehdit oluşturan durumları tanımlamak için kavramsallaştırılmıştır (1). Travmatik olaylardan sonra çeşitli ruhsal tepkiler meydana gelebilmektedir. Bu durum kişilerin olayı algılama/işlemleme biçimine, başa çıkma stratejilerine, toplumsal ve çevresel faktörlere bağlı olarak değişebilmektedir. Travmatik deneyimlerin fiziksel etkileriyle birlikte uyum bozukluğu, akut stres bozukluğu (ASB), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), anksiyete bozukluğu, depresyon, uyku bozukluğu, somatoform bozukluklar, alkol ve madde kötüye kullanımı ve intihar gibi çeşitli psikiyatrik tablolara neden olabileceği düşünülmektedir (2–4). Bunun yanında travmatik olayların ardından olumlu değişimler de yaşanabilmektedir. Travmatik deneyimin bir başlangıç noktası olarak kişinin hayata bakış açısında, yaşamındaki önceliklerde, kişiler arası ilişkilerinde değişimler meydana getirebileceği öne sürülmüştür (5).

Travma sonrası büyüme (TSB), 1995 yılında Tedeschi ve Calhoun tarafından kişilerin şemalarını, varsayımsal temel inançlarını sarsan ya da yıkan zorlu yaşam olayları sonrasında meydana gelen olumlu psikolojik değişimi ifade etmek için tanımlanmıştır (6,7). Literatürde travma sonrası meydana gelen bu değişimi ifade etmek için fayda bulma, gelişme, güçlenme, strese-bağlı büyüme gibi farklı terimler kullanılmıştır (8). TSB hem bir süreç hem de bir sonuç olarak değerlendirilmektedir. Zorlayıcı yaşam olayı ile başa etmeye çalışırken kişi sürecin içindedir; buna ek olarak bazı bilişsel, duygusal ve davranışsal değişimler meydana geldikten sonra kişi süreci tamamlamaktadır (9). Bu değişimler kişisel güçlenme hissi, hayatın değerini anlama ve daha fazla takdir etme, olumlu kişilerarası ilişki, yaşama dair yeni olanaklar ve yaşam felsefesinde değişimi içerir (7,10). Travma sonrası büyüme; kişilik özellikleri, yaş, cinsiyet, eğitim ve medeni durum, algılanan sosyal destek, zorlayıcı yaşam olayına ilişkin faktörler, etnik grup, kültürel farklılıklar gibi birçok değişkenden etkilenebilmektedir (11).

Kanser vücudun herhangi bir bölümünü etkileyebilen, hücrelerin kontrolsüz çoğalması, anormal bir şekilde büyümesi ve yayılım göstermesi ile karakterize hastalıklar grubudur (12). Kanser gelişiminde genetik yapı, biyolojik ajanlar, sigara ve alkol kullanımı, çevre kirliliği, obezite ve kötü beslenme alışkanlığı, radyasyon, toksik ajanlar gibi birçok faktör etkili olmaktadır (13). Akciğer kanseri, yaygınlık ve kansere bağlı ölümlerde ilk sıradadır. Diğer kanserlere kıyasla daha kötü prognoz, yüksek ölüm oranları ve kısa sağkalımla giden bir tanıdır (14). Meme kanseri ise kadınlarda en sık görülen kanser türüdür (15). Ölüm, korku, çaresizlik, umutsuzluk gibi pek çok olumsuz durumu çağrıştıran kanser tanısı ve tedavi süreci kişileri farklı şekilde etkileyen kronik bir durumdur. Hastalık ve tedavi süreci, hastalarda geçici ya da kalıcı fiziksel değişikliklere yol açabilir. Saçlarda dökülme, kilo kaybı, ciltte renk değişikliği, yara izleri, vücut parçasında kayıp, bedensel ve cinsel fonksiyon kayıpları bu değişiklikler arasında sayılabilir (16). Bütün bunlar hastada hem psikolojik hem de fiziksel birtakım olumsuz ve yıkıcı etkilere yol açabilmektedir (17). Hastalığın kronik nitelik taşıması, uygulanan tedavilerin ağır yan etkilerinin olması, süreç boyunca hem fiziksel hem de işlevsel birçok kaybın olması nedeniyle kanser hastalarında pek çok psikiyatrik rahatsızlık görülebilir (12,18). Bunun yanında, kanser gibi kişi için travmatik sayılabilecek yaşantıların her zaman olumsuz izler bırakmayacağı kişisel büyüme ve psikolojik gelişime de neden olabileceği vurgulamaktadır (17).

Beden algısı; kişinin kendi bedenine dair algılarını, düşüncelerini, duygularını ve değerlendirmelerini ifade eder. Benlik saygısı ise genel olarak kişinin kimlik yapısı, fiziksel özellikleri, yetenekleri, davranışları ve değerleri hakkındaki öznel değerlendirmesini kapsar (19). Kanser hastaları, hastalık ve tedavinin neden olduğu sıkıntılar, günlük sorunlar, yaşam kalitesinde ve işlevsellikte bozulmaların yanı sıra benlik saygısı ve beden imajlarında da önemli değişimler yaşamaktadırlar (20). Bedenin görünür (baş-boyun, meme) ve sembolik olarak önemli olan kısımlarının (prostat, testis, jinekolojik vakalar) etkilendiği hastalık tablolarında; benlik saygısı, beden imajı, cinsellik ve cinsel işlevsellikte istenmeyen sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (21–26) .

Meme, kadınlık sembolü olarak kabul edilen ve kadın kimliğini, cinselliğini simgeleyen bir organdır. Öte yandan akciğer ise yaşamsal rolü ve önemi daha çok olan "vital işlevleri" sürdürücü bir organdır. Bu perspektiften yola çıkarak, kadının

bedenine, benliğine ve kimliğine yönelik doğrudan tehditler barındıran meme kanseri ile bahsedilen simgesel ve sembolik anlamı içermeyen ancak hayati riske daha çok sahip akciğer kanseri tanısı almış hasta gruplarında travma sonrası büyümenin incelenmesi, bu çalışmanın temel amacı olarak planlanmıştır. Bu planlama doğrultusunda, iki farklı kanser türünün TSB gelişimine etkileriyle birlikte bu gelişimde rol oynayabilecek beden algısı, benlik saygısı ve sosyodemografik veriler incelenmiştir.

Mevcut araştırmanın hipotezleri listelenmiştir:

1. Meme kanseri hastalarının TSB düzeylerinin, beden algısı ve benlik saygısı ile pozitif yönde ilişkili olması beklenir.
2. Akciğer kanseri hastalarında, TSB ile beden algısı ve benlik saygısı arasında daha kısıtlı bir ilişki beklenir.
3. Beden algısı ve benlik saygısı düzeyindeki artışa bağlı, meme kanseri hastalarının TSB puanlarının akciğer kanseri hastalarının TSB puanlarından daha yüksek olması beklenir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TRAVMANIN ETİMOLOJİSİ VE KAVRAMSAL TANIMI

Persçe, Sanskritçe ve Yunanca "tere" sözcüğüyle ilişkili olan "travma" sözcüğünün kökeni M.Ö.1500'lü dönemlere kadar uzanmaktadır. Kelime anlamı olarak travma "açık delik" anlamına gelmekte olup sözcüğün bir diğer anlamı ise eski Yunancada "delmek, yaralamak" anlamına gelmektedir. Bu anlamdaki kelimenin kökeni ise "teiro" fiiline dayanmakta olup "sürtmek" anlamındaki eylemi ifade eder. "Sürtmek" fiili kullanıldığı cümleye ve nesneye bağlı olarak farklı anlamlar ifade edebilir. Örneğin; bıçağı bedenin bir bölgesine sert bir biçimde sürterek o bölgeyi yaralayabilir hatta delebiliriz. Aynı zamanda bir bezi bir yere sürterek temizleyebilir, bir silgiyi bir yere sürterek silebilir ya da bir merhemi yaralı bir bölgeye sürterek iyileştirebiliriz. Dolayısıyla "yaralamak, delmek" anlamına gelen "travma" kelimesi etimolojik açıdan incelendiğinde var olan anlamlarının dışında silip temizleyen ya da iyileştirebilen anlamlarını da ifade etmektedir. Farklı yönleri barındıran bu bakış açısı aynı zamanda "Travma Sonrası Büyüme" kavramının daha kolay anlaşılabilmesi için ipuçları vermektedir (27,28).

Travma, gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidinin meydana geldiği, ağır yaralanmanın veya bedensel/yaşamsal bütünlüğe yönelik bir tehdidin yaşandığı ve bireyin kendisinin doğrudan yaşadığı ya da şahit olduğu olağandışı olay(lar) olarak tanımlanmaktadır (4). Amerikan Psikiyatri Birliği "Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5 (DSM-V)'te" travmatik olayları dört bileşen etrafında açıklamaktadır. Bunlar aşağıdaki durumlardan biriyle (ya da daha fazlasıyla), gerçek ya da göz korkutucu bir şekilde ölümle, ağır yaralanma ile karşılaşma ya da cinsel saldırıya uğrama:

1. Doğrudan travmatik olay(lar) yaşama.
2. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı doğrudan görme (bunlara tanıklık etme) durumu.
3. Bir aile yakınının ya da yakın (sevilen) bir arkadaşının başına travmatik olay(lar) geldiğini öğrenme (Aile bireyinin ya da yakın arkadaşının ölümünün kaba güç ile veya kaza sonucu meydana gelmesi)

4. Travmatik olay(lar)ın nahoş ayrıntılarıyla, tekrarlayıcı bir şekilde ya da aşırı biçimde karşı karşıya kalma (Örn; insan kalıntılarını toplayanlar) şeklinde ifade edilmektedir (4).

“Travma” sözcüğü günlük ve akademik dilde "travmatik olay" ve "travmatik stres (travmatik etki)" kavramlarının her ikisinin yerine kullanılabilmektedir. Bu durum sanki her travmatik olay sonucunda birey(ler)de patolojik düzeyde bir tepki geliştiği yanılgısına sebebiyet vermektedir. Epidemiyolojik çalışmalar travmatik olaya maruz kalanların az bir kısmında psikopatoloji geliştiğini göstermektedir (27). Travmatik olay sonrası psikopatolojinin gelişiminde genetik, nörobiyolojik faktörler, çocukluk gelişimi, bilişsel stiller, kişisel özellikler, cinsiyet, yaş, duygu düzenleme kapasitesi, sosyal destek, travmatik olayın niteliği, toplumsal ve çevresel etmenler rol oynamaktadır (29). Travmatik olaylar; genel olarak başa çıkma ve uyum sağlama konusunda olağanüstü zorluklar yaratan stresli durumlar olarak tanımlanır (29). Yüksek düzeyde stresli ve travmatik yaşam olayları (ciddi hastalıklar, trafik kazası, sevilen birinin kaybı, boşanma, işsizlik, savaşlar, doğal afetler vb.) rahatsız edici ve yıkıcı etkileriyle birlikte kişide psikolojik, duygusal ve davranışsal yönden çeşitli olumsuz sonuçlara yol açabilir (30).

Tedeschi ve Calhoun bireylerin eylemlerine rehberlik eden, meydana gelen olayların nedenlerini/niçinlerini anlamalarına yardımcı olan, onlara genel bir anlam ve amaç duygusu sağlayabilen dünya hakkında genel bir dizi inanç ve varsayım geliştirdiklerini ifade etmiştir (6). Parkes, bu durumu "varsayımsal dünya" olarak adlandırmış ve bunun "bildiğimiz ya da bildiğimizi sandığımız her şeyi içerdiğini" belirtmiştir. “Varsayımsal dünya”, bireylere içinde faaliyet gösterdikleri genel perspektifleri ya da paradigmaları sağlar. Büyük yaşam krizleri, kişinin dünya anlayışını/inancını/varsayımlarını temelden sarsabilir ve birtakım zorlukları beraberinde getirebilir (31).

2.2. TRAVMATİK YAŞANTILARA VERİLEN RUHSAL TEPKİLER

Travmatik deneyim yaşayan kişilerde çeşitli duygusal dışavurumlar meydana gelebilmektedir. Bu duygusal dışavurumlar kişinin travmatik olayı algılama ve bilişsel olarak işlemleme biçimine, başa çıkma stratejilerine dair algısına ve etkileşim içinde bulunduğu çevresel faktörlere bağlı olarak değişebilmektedir (2). Travmatik olay(lar)a

maruziyet sonrası kişilerde özellikle olumsuz sonuçlara odaklanma yönünde bir eğilim görülmüştür. Bu süreci "peritravmatik" kırılganlık olarak adlandırıyoruz. Zorluklara, strese ve travmaya karşı tepkilerin çeşitliliği bireyin kişiliğinde ve başa çıkma repertuarında bulunan özelliklere bağlıdır (29).

Travmaya verilen tepkilerin çeşitliliği dolayısıyla bu durum bir yelpaze olarak ele alınmaktadır. Bir ucunda kaçınmanın, aşırı uyarılmışlığın, yeniden yaşantılamanın ve bilişlerde/duygudurumda olumsuz değişikliklerin var olduğu ASB ve TSSB gibi bir tablo varken, diğer ucunda ise tekrarlayan işkence, istismar, ihmal gibi olaylara maruziyet sonrası kendilikte ve kişilerarası ilişkilerde bozulmaların meydana geldiği daha karmaşık tablolar yer alır (32).

Travmatik deneyimlerin, birtakım olumsuz etkilerinin olduğu ve fiziksel sonuçlarıyla birlikte anksiyete, depresyon, ASB, TSSB, alkol ve madde kötüye kullanımı ve intihar gibi bazı psikiyatrik tablolara da neden olabileceği bilinmektedir (3). Literatürde; travmatik olay sonrası anksiyete, duygudurum bozuklukları, uyku sorunları, saldırganlık, madde bağımlılığı ve diğer birçok fiziksel ve psikolojik semptomlar da dahil olmak üzere travma sonrasında bir dizi sıkıntı verici tepkiye ilişkin çalışmalar yer almaktadır (33,34).

2.2.1. Uyum Bozukluğu

Travma sonrası verilen tepkiler DSM-V'te travma ve stresörle ilişkili bozukluklar başlığı altında uyum bozukluğu, ASB ve TSSB olarak ele almıştır (4).

Uyum bozukluğu tanımlanabilir bir psikososyal stres etkenine karşı stres etkeninin şiddeti veya yoğunluğuyla orantılı olmayacak düzeyde uyumsuz bir dizi duygusal ve/veya davranışsal tepkiyi tanımlar (35). Uyum bozukluğu, stres etkeninin ortaya çıkmasından sonraki 3 ay içerisinde başlar ve stres etkenin ortadan kalkmasıyla birlikte klinik tablonun altı aydan uzun sürmesi beklenmez (4).

Uyum bozukluğu belirtileri, stres etkenine karşı kültürel veya sosyal olarak beklenen tepkilerin dışında olan ve günlük işlevsellikte belirgin şekilde sıkıntı yaratan ya da bozulmaya neden olan stres tepkileriyle karakterizedir. Travmatik bir olayın tanımına ve sınırlarına dair "net kriterleri" olan ASB ve TSSB'nin aksine, uyum bozukluğu kriterleri neyin stres faktörü olarak kabul edilebileceğine dair herhangi bir

net çerçeve çizmemiştir. Ancak araştırmalar uyum bozukluğu belirtilerine yol açması muhtemel stres yaratan olayları; gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidine maruz kalma gibi daha ciddi olaylarla birlikte kişiler arası çatışma, sevilen birinin ölümü, boşanma, işsizlik, maddi zorluklar veya sevilen birinin ya da kendisinin hastalanması gibi stresli olayları da içerebilecek şekilde tanımlamışlardır (36).

Uyum bozukluğu hastalarının anksiyete ve depresyon ölçüm düzeyleri, normal kontrollerden anlamlı derecede yüksek iken majör depresyon tanılı hastalardan ise anlamlı derecede düşüktür. Uyum bozukluğu olanlarda sık rastlanan belirtiler arasında endişe, kaygı, huzursuzluk, sinirlilik, gerginlik, depresif belirtiler ve intihar düşünceleri bulunmaktadır. Bunlara ek olarak titreme, kasılma, çarpıntı, uyku ve iştah problemleri, kilo ve libido kaybı gibi somatik yakınmalar da görülebilir. Bu klinik belirtilere rağmen uyum bozukluğunda meydana gelen belirtilerin özgün olmadığı söylenebilir (27,37).

Uyum bozukluğunun yaygınlığı; örnekleme süreci, seçilen popülasyon ve tanı için kullanılan ölçümlerin çeşitliliği gibi birtakım faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Nüfus temelli bir çalışmada, kullanılan tanı araçlarının sınırlamalarından dolayı yaygınlık %1'in altında bulunmuşken daha yeni tanı araçlarının kullanıldığı yakın tarihli bir çalışmada ise yaygınlık %2 bulunmuştur (38,39). Bununla birlikte daha güçlü metodolojik yöntemlerin kullanıldığı çalışmalarda uyum bozukluğu yaygınlığı %19 olarak bildirmiştir. Benzer oranlar konsültan liyezon psikiyatrisinde değerlendirilen yatan hastalarda da bildirilmiştir ancak birinci basamak gibi ortamlarda değerlendirilen hastalarda ise %2,94 gibi daha düşük oranlar da elde edilmiştir (40–42). Bir çalışmada, yoğun bir stresöre maruz kaldıktan sonraki 3 ay içinde uyum bozukluğu yaşayan kişilerde, 12 ay sonra daha ciddi bir psikiyatrik bozukluk (majör depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve TSSB dahil) görülme olasılığının stresör sonrası herhangi bir rahatsızlığı olmayan kişilere göre 2,67 kat arttığı bulunmuştur (43).

2.2.2. Akut Stres Bozukluğu

Akut stres bozukluğu, ilk olarak 1994 yılında DSM-IV'te TSSB öncesinde meydana gelen erken dönem stres tepkilerini tanımlamak için yeni bir tanı olarak sunulmuştur. ASB tanısı, iki temel nedene dayanarak, travmaya maruziyetin ardından

ilk bir ay içinde ortaya çıkan daha önce tespit edilmemiş ya da uyum bozukluğu olarak nitelendirilen akut stres reaksiyonlarını tanımlamak ve ilerleyen süreçte TSSB geliştirme riski taşıyan travma mağdurlarını saptamak için konmuştur (34). DSM-V tanı sistemine göre ASB tanısı koyabilmek için belirtilerin travmatik olaya maruziyetten hemen sonra başlaması ve en az üç gün sürmesi gerekmektedir. Bununla birlikte belirtilerin en fazla bir ay boyunca devam etmesi durumunda ASB tanısı konulabilmektedir (44). ICD-11'de ise travmatik olaydan sonra gelişen erken dönem tablo akut stres reaksiyonu olarak tanımlanmaktır. Bu durum bir hafta içinde geçmesi beklenen geçici bir reaksiyon olarak tanımlanmakta ve travmanın ani etkisi ile ortaya çıkan çeşitli bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkileri kapsamaktadır (45).

Akut stres bozukluğu, kişinin travmatik bir olaya (ölüm tehlikesi, ağır yaralanma, cinsel saldırı gibi) maruz kalmasını takiben meydana gelen erken dönem stres tepkileriyle ilişkilidir. Bu klinik tabloda yeniden yaşantılama, olumsuz duygudurum, kaçınma, aşırı uyarılmışlık ve dissosiyatif semptomlar gözlemlenebilmektedir. ASB tanısının temel amacı yoğun düzeydeki erken dönem stres tepkilerinin saptanması ve etkili bir şekilde tedavi edilmesidir (46). Bu doğrultuda, DSM-IV'te dissosiyatif semptomlara önemli ölçüde vurgu yapılmasına ek olarak büyük ölçüde TSSB kriterlerine benzeyen kriterlerle tanı ölçütleri belirlenmiştir (47).

Akut stres bozukluğunun yaygınlığının ölçülmesi, durumun geçici niteliği ve psikiyatrik epidemiyolojik çalışmaların daha çok kronik bozukluklara odaklanması nedeniyle her zaman zor olmuştur (46). ASB ile ilgili çalışmaların çoğu trafik kazası mağdurlarına odaklanmıştır ve bu araştırmaların birinde, hastaların % 15,8'inin ASB tanı kriterlerini karşıladığı (DSM-IV kriterleri kullanılarak) ortaya konmuştur. Bununla birlikte ASB sıklığının ülkeye ve çalışmanın kalitesine göre önemli ölçüde değiştiği vurgulanmıştır (44). Yine ASB yaygınlığına ilişkin yapılan başka çalışmalarda, ASB yaygınlığının endüstriyel kaza geçiren kişilerde %6, şiddet içeren bir saldırıya maruz kalan kişilerde %19 ve silahlı saldırıya maruz kalan kişilerde %33'e kadar çıktığı gösterilmiştir. Ancak yukarıda da belirtildiği gibi psikiyatrik epidemiyolojik çalışmalar genellikle kronik hastalıklara odaklanmaktadır ve ASB hastalığının geçici doğası gereği (ilk bir ay içinde) tablonun prevalansının doğru bir şekilde tahmin edilmesi zor olmaktadır (48).

2.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travmatik yaşantılar insanlığın varoluşuyla birlikte tarihteki yerini almıştır. Travmanın, insanlık tarihi kadar uzun geçmişi olmasına karşın TSSB daha yeni sayılabilecek bir geçmişe sahiptir (49). TSSB, her insan için zorlayıcı sayılabilecek, alışılmadık ve fiziksel ya da ruhsal rahatsızlık yaratabilecek bir olayla karşılaşmanın neticesinde, kişide olayın yineleyici şekilde yaşantılanması, dış dünyaya ilginin azalması, bilişsel performansın bozulması, travmatik olayı çağrıştıran iç ve dış uyaranlara karşı fizyolojik tepkilerin meydana gelmesiyle karakterize edilen birtakım belirtilerin bulunduğu klinik bir tablodur. Bu tablonun meydana gelmesinde temel koşul bir travmatik olayın deneyimlenmiş olmasıdır (50).

Psikiyatrik bozuklukların etiyolojisine yönelik yapılan araştırmalarda, ailesel faktörlerin yanı sıra çevresel faktörlerin de öneminin giderek daha fazla anlaşılmasıyla dikkatler özellikle savaşların psikolojik etki ve sonuçlarına yönelmiştir. Travmanın psikofizyolojik etkilerinin ve psikopatolojik sonuçlarının resmi olarak ele alınması ise on dokuzuncu yüzyılda gerçekleşmiştir. Savaşa katılan askerlerde fiziksel ve zihinsel yorgunluk veya nevrasteni durumlarının ortaya çıktığı gözlemlenmiştir. Daha sonra Jacob Da Costa "İrritabl Kalp Üzerine" adlı makalesinde, savaş sonrasında çarpıntı, göğüs ağrısı gibi fiziksel semptomların yanı sıra sinirlilik, aşırı uyarılmışlık, fobik durumlar ve kabusların eşlik ettiği "irritabl kalp" ya da "asker kalbi" vakalarını tanımlamıştır (51). Yine o dönemlerde savaştan dönen askerlerin yaşadığı sıkıntıları ifade etmek için nostalji, Da Costa Sendromu, Bomba Şoku (Shell Shock) gibi çeşitli tanımlamalar da kullanılmıştır (27).

DSM tanı sisteminde ise, ilk olarak 1952 yılında TSSB'ye benzerlikler gösteren, savaş gazilerinde görülen zorlanmayı veya savaştaki yoğun stresle ilişkilendirilen durumları tanımlamak için DSM-I'de "Büyük Stres Reaksiyonu" tanısına yer verilmiştir. Daha sonra 1968 yılında DSM-II'de "Büyük Stres Reaksiyonu" tanısı "Geçici Durumsal Bozukluk" tanısı olarak değiştirilmiştir. Yapılan gözlemler ve çalışmalar neticesinde mevcut durumu tanımlamak için 1980 yılında DSM-III'te TSSB tanımı yer almıştır. DSM-III'ün yayınlanmasından sonra travmatik deneyimle ilişkili çeşitli belirtileri olan bireyler ilk defa bir tanı kategorisinde değerlendirilmişlerdir. DSM III'te TSSB tanısı anksiyete bozuklukları başlığı altında

yer almıştır. 1987 yılına gelindiğinde ise DSM III-R'de daha önce tanımlanan TSSB belirtilerine ek olarak "psikojenik bellek kaybı, travmatik olaya ilişkin duygu ve düşüncelerden kaçınma, geleceğe yönelik umutsuzluk, irritabilite ve öfke" gibi belirtiler eklenmiştir. 1994 yılında DSM-IV'te ise ek olarak travmatik olay tanımlamasında birtakım değişiklikler yapılarak, travmatik olay(lar)ı çağrıştıran içsel ya da dışsal uyaranlara karşı artmış fizyolojik tepki kriterleri eklenmiştir. DSM-IV-TR'de TSSB kriterleri olduğu gibi korunmuştur. 2013 yılında DSM-V'te, daha önce anksiyete bozuklukları başlığı altında yer alan TSSB, travma ve stresörle ilişkili bozukluklar başlığı altında sınıflandırılmıştır (49). DSM-V'teki son revizyonlar sonucunda TSSB semptomları; 1-intrüzyon/yeniden yaşantılama semptomları (tekrarlayan anılar, düşünceler, düşler vb.), 2- kaçınma semptomları (travma ile ilgili düşünceler, duygular, konuşmalar, etkinlikler, yerler veya kişilerden kaçınma çabaları), 3-olumsuz bilişler ve ruh hali semptomları (travmaya dair amnezi, suçluluk, olumsuz duygudurum, sosyal içe çekilme ve yabancılaşma hissi vb.), 4-aşırı uyarılma semptomları (uyku güçlükleri, konsantrasyon kaybı, sinirlilik, öfke patlamaları, abartılı irkilme tepkisi vb.) olacak şekilde dört kümeye ayrılmıştır (52).

Travmatik stres üzerine yapılan çalışmalarda, TSSB gelişiminde travmanın yoğunluğu ve maruz kalınan travma sayısı, travma sonrası fiziksel yaralanmanın varlığı, aile üyelerinin kaybı, ebeveynlerden uzakta yaşama, kadın cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, işsizlik, yaş (çocuk ya da yaşlı olma), yüksek nörotisizm düzeyine sahip olma, daha az etkili başa çıkma stratejilerine sahip olma, travma sırasında dissosiyatif belirtiler gösterme gibi faktörler risk faktörü olarak belirtilmiştir (53). TSSB gelişiminde travmatik olay ana tetikleyici etken olmakla birlikte, aynı travmatik olaya maruz kalan herkeste TSSB gelişmemektedir. Bundan dolayı travmatik olayın kişi için öznel anlamının, çeşitli etnik-kültürel farklılıkların, psikolojik, biyolojik, ailesel ve sosyal çevre gibi değişkenlerin bozukluğun patogenezinde rol oynayabileceği düşünülmektedir (54).

Travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı farklı popülasyonlar arasında büyük değişkenlikler göstermektedir. Örneğin; Çin'de TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığı %0,3 iken, Yeni Zelanda'da bu oran %6,1'lere kadar çıkmaktadır. ABD genelinde TSSB yaygınlığı %6,8 civarındadır. Suç mağdurları arasında bildirilen oranlar %19 ile %75 arasında değişiklik göstermektedir. Bununla birlikte tecavüz

sonrasında %80'e varan yüksek oranlar da bildirilmiştir (53). Alanyazında yer alan diğer epidemiyolojik çalışmalarda ise TSSB yaygınlığı tecavüz sonrası olgularda yaklaşık %55, çocukluk çağı cinsel veya fiziksel istismar sonrasında yaklaşık %35, silahlı ve fiziksel saldırıdan sonra yaklaşık %17 ve ağır kazalardan sonra yaklaşık %7 oranında saptanmıştır (8). Kanserle ilişkili TSSB'nin prevalansını belirlemek amacıyla yapılan bir meta-analizde, toplam 4189 kanserden kurtulan yetişkin bireyde TSSB gelişimine dair 25 çalışma incelenmiştir. Yaygınlık oranları, değerlendirme yöntemine bağlı olarak büyük ölçüde değişkenlik göstermiştir. TSSB belirtileri için öz bildirim ölçümlerinin kullanıldığı çalışmalarda, kullanılan tarama yöntemine bağlı olarak, klinik açıdan anlamlı belirti düzeyleri %7,3 ile %13,8 arasında değişkenlik göstermiştir. Bunun yanında TSSB için daha katı, klinisyen tarafından uygulanan ölçümlerin kullanıldığı yapılandırılmış tanı görüşmelerinde ise yaşam boyu yaygınlık oranı %6,4 ile %12,6 arasında bulunmuştur (55).

2.3. TRAVMA SONRASI BÜYÜME

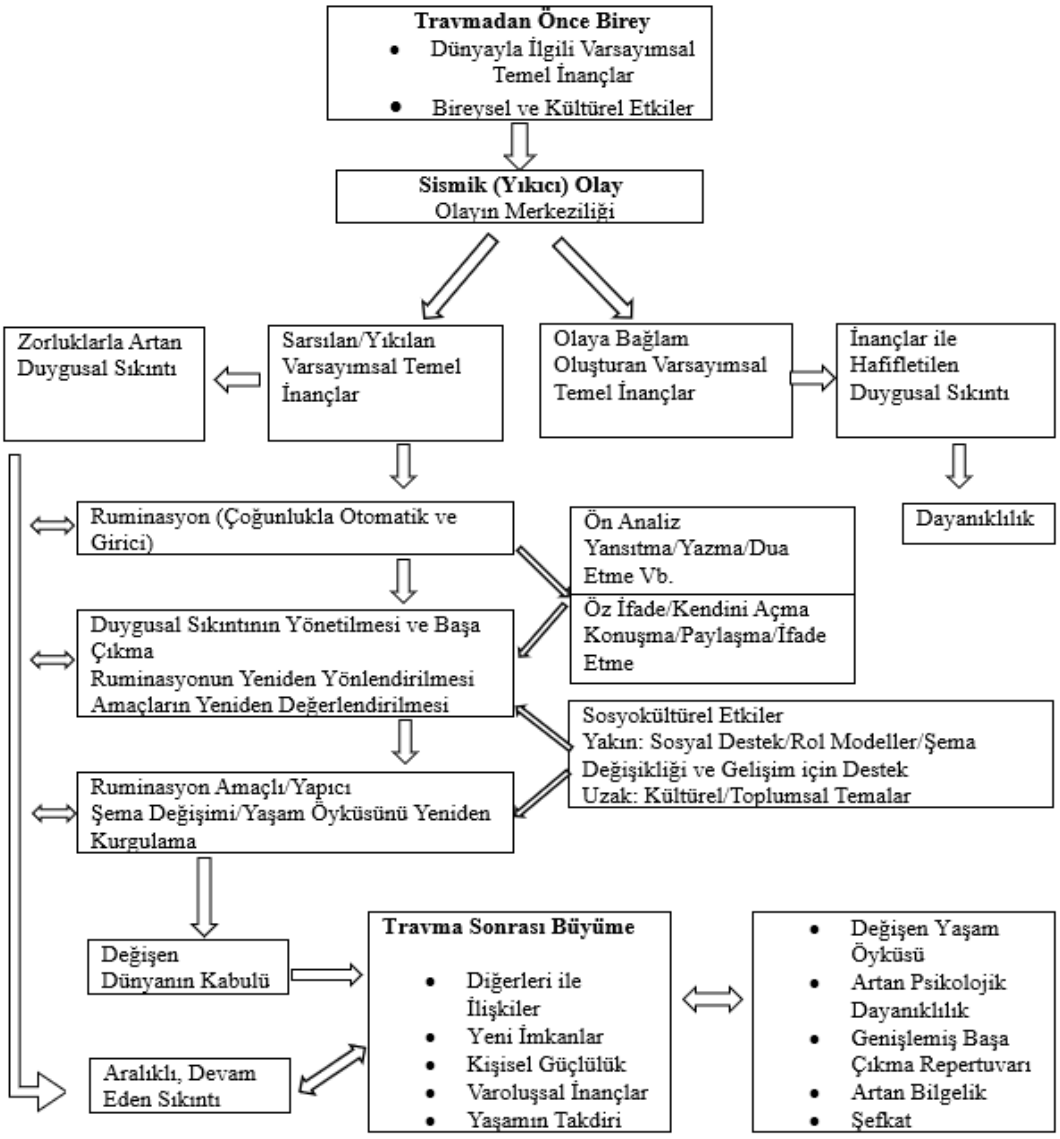
Travmatik olaylar fiziksel ve psikolojik birçok olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Araştırmacılar travmanın olumsuz etki ve sonuçlarını kapsamlı bir şekilde ele almalarına rağmen, travma sonrası meydana gelebilecek olası olumlu sonuçlara çok daha az yer vermişlerdir. Bununla birlikte savaş, soykırım, tecavüz, yas, kanser, HIV enfeksiyonu gibi trajedilere maruz kalanlarda, olay sonrası bir dereceye kadar gelişim algılayabileceklerine dair literatür verileri bulunmaktadır (10). Literatürde bu olumlu değişiklikler “travma sonrası büyüme”, “strese-bağlı büyüme”, “fayda bulma”, “algılanan fayda(lar)”, “gelişme”, “olumlu yan ürünler”, “güçlenme”, “olumlu psikolojik değişiklikler”, “olumlu uyum” ve “olumlu adaptasyon” gibi çeşitli ifadeler ile tanımlanmıştır (56–60).

Travma sonrası büyüme, Tedeschi ve Calhoun tarafından 1995 yılında, kişilerin yaşama dair temel inançlarının, varsayımlarının, kabullerinin ciddi şekilde sarsıldığı, korkutucu, kafa karıştırıcı ve son derece zorlayıcı yaşam koşullarıyla mücadele sonucunda hayatta kalanlarda gözlemlenebilecek olumlu psikolojik değişimi ifade etmek için geliştirilmiştir (6). Bireylerin travmatik süreçlerin üstesinden gelirken olumlu psikolojik, sosyal ve ruhsal gelişim elde etmelerine ve acıdaki anlamı keşfetmelerine yardımcı olmak için travma sonrası büyümeyi çok boyutlu kavramları

içeren bütünsel bir bakış açısıyla incelemek gerekmektedir (61). TSB modelinde travma kavramı arzulanmayan, yaşamı etkileyen, oldukça stresli ve zorlayıcı bir olay, büyük bir stresör ya da kriz ile eşanlamda kullanmakta olup kişilerin varsayım(lar) dünyasını sarsan ve stres ile başa çıkma becerilerini aşan her türlü "yaşamı değiştirici" durum olarak tanımlanmaktadır (6,9). Bu "yaşamı değiştirici" deneyimlerin temelinde sevdiklerinin, değer verilen rollerin, yeteneklerin, yaşamın anlamına dair temel kabullerin ve şemaların yok olması gibi kayıplar vardır. Böylesi bir yaşam krizi, kişiyi bilişsel ve duygusal açıdan dönüştürücü etkisi olan yeniden yapılanma sürecine maruz bırakmaktadır (7). Büyüme ya da gelişim kavramı ise bireyin travmatik deneyimden önceki uyum sağlamaya yönelik işlevselliğinin ve farkındalığının ötesine geçebilmeyi ifade etmektedir. Bu durum bir tür bireysel dönüşüm olarak ele alınmaktadır (6,7). TSB kavramı bir olay sırasında verilen tepkilere değil, olay sonrasında meydana gelen genellikle günlerden yıllara uzanan uzun bir süreci kapsayan değişime odaklanmaktadır. Bundan dolayı TSB içgüdüsel olarak olay anında ya da hemen sonrasında verilen hayatta kalma ya da baş etme tepkilerinden daha çok bir krizin ardından bilişsel, duygusal ve davranışsal boyutlarda gerçekleşen bir değişim ya da dönüşümü ifade etmektedir (7).

Travma sonrası büyüme kavramını bazı araştırmacılar "gerçek bir kimlik değişimi" olarak modellemekte iken bazı araştırmacılar ise "adaptif bir yanılsama" olarak ele almaktadır. TSB'yi yanılsamalı bir olgu olarak ele alan modeller, travma sonrası büyümeyi bireylerin kimliklerinin öz saygı ve bütünlük yönlerini koruyabilmek için travmatik olayın yarattığı sıkıntıyı azaltmanın bir yolu olarak görmektedirler. Bu şekilde kimliğin çekirdek yapılanmasının tehditlere karşı korunabileceği ifade edilmektedir (62). TSB bu modelde; travmatik durumla başa çıkmaya yardımcı olan, bilişsel ve psikolojik uyum sağlayan, adaptif işlevleri olan "pozitif illüzyon" olarak kabul edilmektedir (8). "İllüzyon" ifadesi ile aslında büyümenin gerçekleşmediği buna rağmen, kişinin kendisini korumak amacıyla yaşamın bazı yönlerine olumlu bir bakış açısı geliştirmeye yönelik çaba içinde olduğu vurgulanmaktadır (63). Travmatik bir olaydan kısa bir süre sonra büyüme algısı, bilişsel adaptasyon çerçevesinde, travmatik olayla başa çıkmak için olayı kendi mevcut şemalarına uydurmak ve gerçeği çarpıtmak olarak değerlendirilmektedir. Böylece travmayla ilgili olumsuz duyguların, bir başa çıkma mekanizması olarak,

travma sonrası pozitif durumlara odaklanarak dengelenebileceği öne sürülmektedir (64). TSB'yi gerçek kimlik değişimi açısından ele alan model daha çok Janoff-Bulman ile Tedeschi ve Calhoun tarafından geliştirilen modellere dayanmaktadır. Bu model Şekil 1'de verilmiştir. Bu model kapsamında travma sonrası meydana gelen olumlu değişim, dünyaya, kendimize ve başkalarına bakış açımızı etkileyen temel inançlar, çekirdek varsayımlar ve şemalar düzeyinde gerçekleşmektedir. Travmatik olay sonrası bu şemalar değişmek durumunda kalabilir ve bu değişim travmatik olaya ilişkin olumsuz deneyim(ler)i anlamlandırabilecek bir anlam arayışına dayanır (6,8). Bu modelde büyüme süreci, "sismik" ölçekteki travmatik bir olayın kişinin yaşama dair hedeflerini, dünya görüşlerini ve bazı temel kabullerini derinden etkileyerek sarsması ya da tamamen yok etmesi anlamına gelmektedir. Bu durum kişide üst düzey inançlara ve duygusal sıkıntıyı yönetme becerilerine yönelik bir meydan okumayı temsil etmektedir. Meydana gelen duygusal sıkıntı, kişide olaya dair "ruminasyon sürecini" başlatır ve sıkıntıyı azaltmak için tasarlanmış davranışlarda bulunmaya zorlar. Başlangıçta ruminasyon istemli olmaktan daha çok otomatiktir ve sık sık travmatik olay kapsamında düşünme faaliyeti ile karakterizedir. Daha sonraları ise ruminasyon, kendini açma, sosyal destek, bilişsel işleme ve yeniden yapılandırmayla birlikte travma ve travmanın kişinin hayatı üzerindeki etkisi hakkında bilinçli düşünmeye dönüşmektedir. İlerleyen süreçte inançlar, hedefler, davranışlar ve kimlikteki değişikliklerin yanı sıra bilgeliğin gelişimini de içeren çok boyutlu bir yapı olarak dönüşüm gerçekleşmektedir (6). Sonuç olarak travma deneyimlerini yaşamlarına dahil eden travma mağdurları daha kapsamlı şemalar ve inançlar geliştirebilmektedir(65).



Şekil 2.1. Travma Sonrası Büyümenin Modeli (7)

Travmatik olayı takiben yaşamı takdir etme duygusunun artması, daha anlamlı ilişkiler veya daha zengin bir varoluşsal yaşam gibi olumlu davranışsal, duygusal veya bilişsel değişiklikler meydana gelebilir (66,67). Bununla birlikte, travmatik olayların tek başına TSB'ye neden olmak için yetersiz olduğu bireyin deneyimleri üzerinde düşünmesi, bunlarda bir anlam elde etmeye çalışması, travmaya uyum sağlaması ve kişinin dünyasını yeniden inşa etmesi gerekir (62).

Travma sonrası büyümeyi ve düzeyini; kişisel özellikler (başa etme stratejileri, kendine güvenme, dışa dönüklük), çevresel faktörler (destekleyici sosyal çevre, maddi imkanlar) ve travmatik olaya dair değişkenler (olayın şemaları ve inançları sarsıcı nitelikte olması, olayın etki süresi) etkilemektedir (68,69). Olumsuz bilişsel stiller,

olumsuz algılama, olumsuz inançlar, kötümser atıf tarzı, nevrotiklik, içe dönüklük ve kaçınmacı başa çıkma yöntemleri "olumsuza" dikkat yöneltme eğilimi ile; olumlu algılama, olumlu bilişsel işlemleme stilleri, dışa dönüklük, aktif başa çıkma yöntemleri ise "olumluya" dikkat yöneltme eğilimi ile ilişkili bulunmuştur. Bu bireysel farklılıklar neticesinde "olumsuza" dikkat yöneltme eğiliminin TSSB semptomlarını öngörebileceğini, "olumluya" dikkat yöneltme eğiliminin ise TSB ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (70).

2.3.1. Travma Sonrası Büyümenin Alt Boyutları

Travma sonrası büyüme; sadece travmadan kurtulmakla, ruhsal açıdan sıkıntılı dönemi atlatmakla ve travma öncesi işlevselliğe dönmekle kalmayıp bunu bireysel gelişim için bir fırsat olarak değerlendiren bireylerin deneyimini ifade eder. Bu bireyler, bazı alanlarda gelişmiş psikolojik işlevsellik ile travmatik deneyimin üstesinden gelir (8). TSB; yaşamın daha fazla takdir edilmesi ve önceliklerin değişmesi, başkalarıyla daha sıcak ve samimi ilişkiler, kişisel güçlenme duygusu, kişinin yaşamı için yeni olasılıkların farkına varması ve manevi gelişim ya da yaşam felsefesinde değişim şeklinde beş farklı boyutta meydana gelebilmektedir. Travmatik deneyim sonucunda ya tüm boyutlarda ya da bazı boyutlarda büyüme meydana gelebilir (10). Hayatın genelinde ya da bir dizi küçük yönünde gelişen pozitif bakış açısı ve neyin önemli olduğuna dair değişen bir algı, büyük zorluklarla mücadele etmek durumunda kalmış birçok kişinin deneyiminde ortak bir paydadır.

Travmaya maruz kalan kişilerce ifade edilen yararlardan biri kişisel güçlenme duygusu yani benlik algısındaki olumlu değişimdir (10). Benlik algısında değişim; özgüven gelişimi, esneklik ve bağımsızlık kazanma, problem çözme ve pozitif düşünme yeteneklerinin gelişimi şeklinde olabilmektedir (71). Bu alandaki büyüme, kişinin yaşamında kötü şeyler olduğu ve hayatta kötü şeylerin olabileceği bilgisi ile "eğer bununla başa çıkabildiysem her şeyle başa çıkabilirim" keşfinin bir kombinasyonu olarak deneyimlenir (10). Kuşkusuz travmatik yaşantılar, ilişkilerde olumsuz değişiklikler yaratabilir ancak birçok travma mağduru başkalarıyla ilişkilerinde olumlu değişiklikler de tanımlamaktadır. TSB gelişen bireylerde kişiler arası ilişkilerde yaşanan gelişim; artan şefkat duygusu, empati yapma, özgecilik ve daha fazla yakınlık kurmayı kapsar (72). Bu yakınlık ve ilişkilerde yaşanan gelişim

genellikle kişinin aile üyelerine ve yakın arkadaşlarına yöneliktir. Bununla birlikte benzer zorlayıcı olaylar yaşayan ve kayıpları paylaşan diğer kişilere karşı daha büyük bir şefkat hissi olarak yaşandığına dair de göstergeler vardır. Yas tutan birinin ifade ettiği gibi: "Acı çeken ve herhangi bir şekilde kederli olan herkese karşı çok daha empatik oldum."(73). Travma ile yüzleşme ve yeniden bilişsel yapılanmanın sonucu olarak, kişi bireysel kırılganlık duygusuna sahip olduğunu, yaşam olaylarını önceden tahmin edemeyeceğini ve kontrol edemeyeceğini anlar. Bu durum daha önce belirli durumlara atfedilen önem derecesinin değiştirilmesine neden olur. Böylece kişi daha önce önemsiz olarak gördüğü ya da daha az önem atfettiği şeylere dikkat etmeye başlar. Sonuç olarak yaşam önceliklerinde değişim ve yaşamın daha fazla takdir edilmesi gerçekleşir (56,74). TSB sonrası bir diğer olumlu değişim yaşam felsefesi ve manevi alanda meydana gelebilecek değişimdir. Travmatik olay(lar) sonrasında kişide meydana gelen daha yüksek bir güce olan inanç ya da manevi konulardaki büyüme algısıdır (74). Yaşam felsefesinde ve manevi alanda meydana gelebilecek değişimler; yaşamı algılamada değişim, yaşamın anlam kazanması, tanrıya yakınlaşma, tanrıya güvenme, minnettarlık duygusu ve yaşam tarzı değişiklikleri (sağlıklı ve düzenli beslenme, düzenli aktivitelerde bulunma vb.) şeklinde ortaya çıkabilmektedir (71). Ayrıca ruhsal ve içsel değerlerden uzaklaşmış, manevi boyutta derinlikli bağlarını azatmış ya da koparmış bireylerin de bu alanda büyüme yaşayabileceği gözlemlenmiştir. Temel varoluşsal sorulara daha fazla odaklanarak derinleşen bir içsel keşif süreci yaşanabilir ve bu keşif deneyiminin kendisi başlıca bir büyüme olarak algılanabilir (6). Son olarak, travma sonrası büyüme süreci ile kişi travmadan önce var olmayan yeni seçenekler, daha önce fark etmediği yeni bakış açıları ve yaşamında yeni / farklı bir yol izleme şeklinde çeşitli olanaklar keşfedebilir (6).

2.3.2. Travma Sonrası Büyümeyi Etkileyen Değişkenler

Travma sonrası büyüme kavramının ortaya çıktığı günden itibaren yapılan çalışmalarda, çeşitli kültürel gruplar arasında var olduğu ve yaş, etnik grup, cinsiyet ve kültürel farklılıklar gibi değişkenlerden etkilenebileceği sık sık vurgulanmıştır (7). Farklı kültürel gruplarda, yaşanan travmatik olayın anlamı ve kişisel gelişim algısı gibi unsurlar TSB gelişiminde farklı roller oynayabilir (75).

Kanser hastalarında TSB'nin incelendiği bir derlemede kişisel özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum vb. demografik özellikler), olayla ilişkin faktörler (hastalık ve tedavi faktörleri), çevresel faktörler (algılanan sosyal destek) ve baş etme yöntemleri gibi etkenlerin TSB sürecini etkileyen ve yordayan faktörler olduğu belirtilmiştir (11).

Kanser hastalarında TSB gelişimine ilişkin literatür incelendiğinde, TSB düzeyinde cinsiyet farklılığına işaret eden çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışma sonuçlarına göre, kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek düzeyde TSB sergilediği bulunmuştur. Bunun olası nedenlerinden biri kadınların erkeklere kıyasla kişisel güçlü yönlerine ve sosyal bağların önemine dair yapıcı konular üzerinde daha derin düşünme eğiliminde olması öne sürülmüştür (76). Yine literatür bilgisi ışığında, gençlerin ve daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin TSB bildirme olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (56,60,77). Sears ve arkadaşları erken evre meme kanserli kadın hastalarda yaptıkları çalışmada, tanı üzerinden geçen sürenin ve algılanan stres düzeyinin travma sonrası büyümede yordayıcı faktörler olduğunu saptamışlardır (78). Weiss yaptığı çalışmasında tanıdan itibaren geçen süre ve eğitim düzeyinin TSB ile ters ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (79). TSB ve sosyodemografik değişkenlere ilişkin literatürde yer alan başka bir çalışmada, travmatik süreç sonrasında daha yüksek TSB düzeylerinin kadın cinsiyet, daha yüksek eğitim düzeyi ve daha yüksek hane geliri ile pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir (80). Cordova ve arkadaşlarının meme kanseri tanılı hasta grubunda yaptıkları çalışmada, meme kanserinin yarattığı tehdit algısı düzeyi, tanıdan itibaren geçen süre ve yüksek gelir düzeyi TSB ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (81). Aynı çalışmada depresyon, tanı sırasındaki hastalık evresi ve alınan tedaviler TSB ile ilişkisiz bulunmuştur. Buna ek olarak başka üç çalışmada ise hastalığın evresinin TSB ile pozitif yönde ilişkili olduğu yani daha ileri düzey kanser tanısı olan hastaların daha fazla TSB deneyimlediği bildirilmiştir (82–84). Mystakidou ve ekibi meme kanseri hasta grubunda yaptığı çalışmada, TSB ile zaman, tedavi (radyoterapi, kemoterapi), eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulmamıştır (85). Bununla birlikte, depresyon ile TSB'nin yeni olasılıklar alt boyutu arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki bulmuştur. Brix ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, hastalığın ciddiyetini etkileyebilecek tümör boyutu, lenf nodu sayısı ile tedavide mastektomi ve hormon

tedavisi uygulanmasının TSB ile pozitif yönde ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (86). Uygulanan tedavinin TSB üzerine etkisine dair Lelorain ve ekibinin yapmış oldukları bir çalışmada, kemoterapi uygulanan hastaların, kemoterapi almayan hastalara kıyasla daha fazla büyüme gösterdiği bulunmuştur (87). Bu durumun tedaviye bağlı gelişen yan etkiler ile hastalığın ciddiyetine dair algılanan stres düzeyindeki artışla ilişkili olabileceği ifade edilmiştir. Bellizzi ve Blank evli ya da devam eden ilişkisi olan hastalarda TSB düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (88). Svetina ve Nastran ise meme kanseri tanısı alan hastalarla yapmış olduğu çalışmalarında hastaların evli olup olmadıkları, çocuk sayısı ve hastaların aile üyeleriyle ya da yalnız yaşamalarının TSB ile ilişkisinin olmadığını belirtmiştir (89). Çin'de gerçekleştirilen geniş örneklemli bir çalışmada, on ikiden fazla kanser türünde 1221 kanser hastasının dahil edildiği araştırmada, TSB düzeyleri ve bununla ilişkili faktörler incelenmiştir. Düşük sosyal destek, olumsuz başa çıkma stratejilerinin varlığı, tedavi sonrası geçen sürenin 5 yıldan az olması, düzenli egzersiz yapmıyor olmak, anormal vücut kitle indeksine sahip olmak, işsizlik ve düşük gelir düzeyi düşük TSB düzeyleriyle ilişkilendirilmiştir (90). TSB ve TSSB ilişkisini inceleyen çalışmaların birinde, Katrina kasırgası sonrası hayatta kalanların dahil edildiği araştırmada, TSB ve TSSB arasında pozitif yönde ilişkinin bulunduğu tespit edilmiştir (91). Bu çalışmadaki bulgular başka bir çalışmanın bulgularıyla da uyumludur (92). Ancak bu bulguların aksine Salsman ve arkadaşlarının çalışmasında, TSB ile TSSB arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Bu perspektiften bakıldığında, TSB gelişen bireylerin bir kısmının aynı zamanda TSSB ile uyumlu stres belirtileri de deneyimledikleri görülmektedir (93).

2.4. KANSER VE EPİDEMİYOLOJİSİ

Kanser, insanlarda sık görülen bir hastalık olup bu konudaki bilgilerin kökenleri MÖ 3000'lere kadar dayanmaktadır. Kanser sözcük anlamı olarak Latincede yengeç anlamına gelmektedir. "Canker'' veya ''Carcinos'' kelimelerinden türetilmiştir (94). "Asla iyileşmeyecek yara/hastalık" olarak nitelendirilen kanser, anormal yapıdaki hücrelerin kontrolsüz bir şekilde bölünüp, çoğalması ve bağışıklık sisteminin anormal şekilde devreye girmesiyle karakterize bir hastalıktır (95).

2015 yılı Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) verilerine göre kanser, 172 ülkenin 91'inde yetmiş yaşından önce birinci veya ikinci önde gelen ölüm nedenidir. 2018'de yapılan kanser istatistikleri incelemesine göre, her iki cinsiyet değerlendirildiğinde en sık görülen kanser akciğer kanseridir ve teşhis edilen kanserlerin %11,6'sını oluşturmaktadır. Kanser ölümlerinde ise %18,4'ü ile ilk sırada yer almaktadır. Erkeklerde en sık görülen kanser akciğer kanseridir (%14,5) ve kanserden ölümlerde (%22,0) ilk sırada yer almaktadır; bunu sıklık açısından prostat (%13,5) ve kolorektal kanser (%10,9) izlemektedir. Kadın hastalarda ise meme kanseri en sık (%24.2) tanı konan kanserdir ve kanserden ölümlerde (%15,0) ilk sırada yer almaktadır; bunu sıklık olarak kolorektal (%9,5) ve akciğer kanseri (%8,4) takip etmektedir (96). Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı'nın verilerine göre 2020 yılında dünya genelinde 19 milyondan fazla yeni kanser vakası tespit edilmiştir (97).

Akciğer kanseri en sık teşhis edilen kanserdir ve dünya genelinde kansere bağlı ölümlerin önde gelen sebebidir. Diğer kanser tanısı alan hastalarla karşılaştırıldığında, akciğer kanseri ciddi semptom yükü, daha kötü prognoz ve kısa sağkalımla karakterize ciddi bir tanıdır (98). Kadınlarda en yaygın görülen kanser türü meme kanseridir. Bu hastalık fiziksel, duygusal ve psikolojik zorluklarının yanında kadın kimliğini ve cinselliğini simgeleyen organa yönelik tehditler de içerir. Meme cerrahisi sonrası hastalarda bütünlük duygusunu kaybetme, beden imajında bozulma gibi sıkıntılar görülebilmektedir. Bundan dolayı, psikolojik yönleri açısından en çok araştırmalar bu kanser türü üzerinde yapılmıştır (15).

Kanser tedavisinde standart olarak yerini alan kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi yöntemler dışında hormon terapisi, kök hücre tedavisi, biyolojik tedaviler de (immünoterapi, kanser aşıları, gen terapisi vb.) kullanılmaktadır (94). Kanser cerrahisi, kemoterapi, radyoterapi, hormon tedavisi gibi uygulamalar sonucunda gelişebilecek yan etkiler (lenfödem, saç dökülmesi, kilo kaybı, ciltte tahrişler, vücut fonksiyonlarında kayıp vb.) kanser hastalarında fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklara neden olabilmekte ve kişinin hayat kalitesini bozabilmektedir (99).

2.4.1. Travmatik Deneyim Olarak Kanser Tanısı Almak

Gelişmiş tıbbi tedavi yöntemlerine rağmen, kanser tanısı almak hem hasta açısından hem de yakınları açısından fiziksel, duygusal ve psikolojik zorlukları olan

bir süreçtir. Kanser tanısı çoğu zaman ölüm, ağrı ve acı çekme kavramları ile eş anlamlı olarak düşünülmektedir (18). İçinde ölüm, korku, kaygı, çaresizlik, üzüntü gibi pek çok yön barındıran kanser tanı ve tedavi süreci, hastaların ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, alopesi, nefes darlığı, ağız yaraları ve kilo kaybı gibi fiziksel belirtiler olarak gözüken ama psikolojik açıdan da büyük yıkıma uğratan zorluklarla karşılaşmasına neden olmaktadır (100).

Elizabeth Kübler Ross "On Death and Dying" isimli kitabında ölümcül hastalığı olan terminal dönem hastalarla yaptığı görüşmeler sonucunda bu hastalarda sıklıkla görülen psikolojik tepkileri inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme evreleri olacak şekilde beş basamakta tanımlamıştır (101). Kanser tanısının ilk aşamasında verilen tepki genellikle şok ve yadsımadır. Kişi başına gelen durumu reddeder ve tanıyı kabul etmekte zorlanır. Bu dönemdeki inkâr aslında zorlayıcı gerçek karşısında meydana gelen çaresizlik ve endişeye karşı bir baş etme yöntemidir. Bu sürecin ardından öfke ve depresyon gibi duygusal tepkiler ortaya çıkabilir. Nihayetinde ruhsal yeniden yapılanma eşliğinde hastanın gerçeği kabul etmesi ve uyum süreci başlar (102).

Bireyin hayatını birçok yönden olumsuz etkilemesi, kronik nitelik taşıması, kullanılan tedavilerin ağır ve ciddi yan etkilerinin olması gibi sebeplerden dolayı kanser tanısı alan hastalarda uyum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, ASB, TSSB, majör depresif bozukluk, uyku bozukluğu, deliryum ve intihar gibi pek çok psikiyatrik tablo gelişebilmektedir (18). Ateşci ve arkadaşları, çoğu erken dönemde olan 150 kanser hastası ile yaptıkları çalışmada, hastaların %28.7'sinde psikiyatrik bozukluk saptamışlardır (102). Depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu ve majör depresyon tanıları en sık saptanan iki tanı olmuştur. Hastalık tanısı ve tedavi süreciyle başlayan fiziksel bozulma, uygulanan tedavilerin yan etkileri, ağrı yönetiminin yetersiz kalması, umutsuzluk, çaresizlik ve yaşam kalitesinde düşüş gibi faktörler kanser hastalarda intihar riskini arttırmaktadır (103). Güney Kore'de yapılan bir çalışmada, kanser hastalarda intihar oranlarının tanıyı takip eden ilk bir yıl içinde ve tanı anında ileri evre olanlarda genel nüfusa kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur (104). Yine meme kanseri olan kadınların %20'sinden fazlasında TSSB semptomlarının olduğu ifade edilmektedir (70).

2.4.2. Kanser ve Travma Sonrası Büyüme İlişkisi

Travma sonrası büyümenin öncelikle deprem ve diğer doğal afetlere maruz kalanlarda incelendiği daha sonrasında ise kanser, koroner arter hastalığı gibi hayatı tehdit eden olgularda incelendiği belirtilmiştir (3). Sağlık alanında TSB genellikle kanser veya AIDS gibi ölümcül hastalığı olan kişilerde incelenmiştir (8). Bunun dışında romatoid artrit, kemik iliği nakli ve kalp krizi gibi örneklem gruplarında da TSB gelişimi incelenmiştir (6).

DSM-V'te travmatik bir olay; gerçek ya da göz korkutucu bir şekilde kişiyi ölüme, ölüm tehdidine, ciddi yaralanmaya veya cinsel saldırıya maruz bırakan bir stresör olarak tanımlanmaktadır (4). Bu açıdan ele alındığında kanser, ölümü çağrıştıran ve yaşam üzerindeki sınırlı kontrolü gözler önüne seren kronik bir hastalıktır. Bu şekilde "kavramsallaştırılmış" bir tanı almak psikolojik açıdan şok edici ve kişinin "varsayımsal temel inançlar" dünyasını sarsıcı hatta yıkıcı olabilmektedir. Ayrıca teşhisin ani ve beklenmedik olması, tedavi sürecinin kişinin hayatına yönelik tehditler içermesi de kişinin yaşamına dair zarar görmezlik, güvenlik ve öngörülebilirlik varsayımlarını sarsabilir (105). Bu sismik etkisi dolayısıyla kanser travmatik bir stres faktörü olabilen karmaşık bir tablodur.

Kanser deneyiminin bazı özellikleri TSB için fırsatlar sağlayabilir. İlk olarak, kanserin yarattığı ölüm tehdidi geleceğe yöneliktir. Yani başka travmatik olaylarla yüzleşen kişiler zamanla yaşadıkları tehlikenin artık bir tehdit oluşturmadığını varsayabilirken, kanser hastaları için bu durum hastalığın ilerleyeceği ve yaşamlarını sona erdireceği endişesini içerir. Bu belirsizlik kişiyi "Kalan ömrümü nasıl geçirmek istiyorum?" diye düşünmeye ve öncelikleri sorgulamaya yönlendirebilir. Bu sorgulama, önceliklerin ve değerlerin değişmesine ve günlük yaşamın daha farklı yorumlanmasına yol açabilir. İkinci olarak, kanser ve tedavisi "her zamanki olağan yaşam akışını" bozar. Kanser hastaları uzun bir süre boyunca yorgunluk, mide bulantısı, ağrı, maddi zorluklar, duygusal sıkıntılar gibi nedenlerden dolayı "yeni bir normal" inşa etmekle ve hayatlarında neleri devam ettirmek, nelerden vazgeçmek, neleri değiştirmek ve nelere sahip olmak istediklerine dair kararlar almakla karşı karşıya kalırlar. Üçüncü olarak, kanser hastalarının çoğu aile ve arkadaş çevresinden normalden daha fazla fiziksel ve duygusal desteğe ihtiyaç duyarlar. Sosyal ağlarındaki

bazı bireyler bu desteği sağlayabilseler de hastaların destek talep ettikleri kişilerden bazıları bu desteğe yeterli cevabı veremeyebilir veya açık bir şekilde reddedebilirler. Olumlu ve olumsuz kişilerarası deneyimler, kanser hastalarını bu ilişkilerini yeniden değerlendirmeye sevk edebilir ve bazı ilişkilere verdikleri değerleri artırabilir. Dördüncü olarak, kanser tanısı insanları ölümlülükleriyle ve varoluşlarıyla yüzleştirir. Bu varoluşsal düşünceler, hayatın daha fazla takdir edilmesine ve daha güçlü bir maneviyat hissine neden olur. Özetle, kanser son derece stresli bir durum olmakla birlikte, aynı zamanda insanların önceliklerini, ilişkilerini ve yaşam felsefelerini yeniden gözden geçirmelerine ve olumlu birtakım değişim duygusu yaşamalarına da yol açabilir (105).

Kanser tanı ve tedavisinin travmatik bir deneyim olarak algılanıp algılanmadığı psikolojik sonuçları etkilemektedir. Travmatik bir stresör olarak deneyimlenen süreç kişide psikolojik sıkıntılara neden olmaktadır. Bununla birlikte hastalar travmatik bir olay sonrasında, deneyimlerine anlam kazandırmak, yaşantıları üzerinde tekrar hakimiyet sağlamak ve özsaygılarını korumak için çeşitli bilişsel ve davranışsal çabalara da girebilirler. Bu durum kanser hastalarında birtakım olumlu kişisel, kişilerarası ve manevi sonuçlarla bağdaştırılabilir (106). Kanser hastalarından bazıları diğerlerine göre daha dirençlidir. Yaşamış oldukları zorlukların üstesinden gelerek tanı öncesi işlevsellik düzeyine geri dönmekle kalmazlar, eskisinden daha güçlü bir yapı kazanırlar (107). Elli yaşında metastatik akciğer kanseri olan bir kadın hasta "Kanser tanısı aldıktan sonra benim için önemli olan şeyler değişti. Eskiden beni endişelendiren küçük şeyler artık endişelendirmiyor ve neyin önemli olduğu konusunda artık daha netim. Hayatımda ilk defa çok güçlü biri olduğuma inanıyorum. Söylemesi garip ama kanser aslında benim için çok iyi şeylere yol açtı." ifadeleriyle kendisinde meydana gelen değişimi tariflemektedir (105).

Kanser hastalarında travma sonrası büyümenin incelendiği bir derleme çalışmasında kişisel özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum vb. demografik özellikler), olayla ilişkin faktörler (tanı, evre, tanı üstünden geçen süre ve tedavi faktörleri), çevresel faktörler (algılanan sosyal destek), baş etme yöntemleri gibi etkenler TSB sürecini etkileyen ve yordayan faktörler olarak belirtilmiştir (11).

2.5. BEDEN ALGISI

Beden algısı ya da beden imajı, zihnimizde oluşturduğumuz kendi bedenimizin imgesi, yani bedenin kendimize görünme biçimi olarak tanımlanır (108). Beden algısı, bebeklik dönemiyle başlayan, ergenlikte ve erişkinlikte önem kazanan ve hayat boyunca değişebilen kişinin kendi bedenine ilişkin öznel algılarını tanımlayan dinamik bir yapıdır (19,109). Kişinin vücudunun çeşitli bölgelerine yönelik memnuniyeti değerlendiren ilk ölçüm araçlarından biri 1953'te Secord ve Jourard'ın "Beden Kateksisi Ölçeği" dir (110).

Beden algısı, özellikle kadınlar için kadınsı ve çekici hissetme, sosyal ifadenin bir sembolü ve dünyada var olmanın bir yolu olarak bedeninden memnuniyet duymayı içeren benlik kavramının bir bileşenidir (111). Beden algısında cinsiyet farklılığının incelendiği bir meta-analizde, genel popülasyonda kadınların erkeklerden daha düşük beden imajı memnuniyeti bildirdiği yani erkeklerin kadınlara kıyasla bedenlerinden daha az memnuniyetsizlik yaşadıkları vurgulanmıştır (110).

Beden algısı fizyolojik olarak yaşlılık ve gebelik durumlarında değişmekle birlikte hastalık, cerrahi ve tedavilere sekonder gelişen durumlardan dolayı da olumsuz olarak etkilenebilmektedir (19,21–23,112–115). Beden algısında memnuniyetin azalması kişide utanca, olumsuz benlik saygısına, sosyal kaçınmaya, kişilerarası ilişkilerde bozulmalara ve çeşitli psikolojik rahatsızlıklara yol açabilmekte dolayısıyla yaşam kalitesini bozabilmektedir (116).

2.5.1. Kanser Hastalarında Beden Algısı

Kanser ve uygulanan tedavilerin bedende meydana getirdiği değişiklikler nedeniyle, kanser hastalarında beden algısı araştırmacıların uzun zamandır ilgisini çekmektedir. Psiko-onkoloji alanındaki beden algısı kişinin kendi bedenine, cinselliğine ve işlevselliğine yönelik duygu, düşünce ve algıları kapsayan dolayısıyla kişinin hayat kalitesini etkileyen çok boyutlu bir durum olarak kavramsallaştırılabilir (99).

Kanser veya uygulanan tedavilerin beden üzerindeki etkisi, vücudun bir parçasının kaybını, yara izlerini, şekil bozukluklarını, bir proteze uyum sağlamada zorluğu ve kişinin vücut fonksiyonlarındaki yetersizliği içerebilir. Kemoterapiye bağlı

saç dökülmesi, kilo kaybı; radyoterapiye bağlı ciltte renk değişikliği; cerrahiye bağlı stoma yaraları, cerrahi skarlar, kadınlarda mastektomi sonrası cerrahi izler, protezlerden memnuniyetsizlik ek olarak dış görünüşten rahatsızlık ve beden bütünlüğünde kayıp hissi bu kapsamda bildirilmektedir (117). Beden algısı ile ilgili psiko-onkoloji alanındaki çalışmaların çoğu cerrahi tedavi sonucu geri dönüşsüz beden değişiklikleri üzerine yoğunlaşmıştır. Bu kapsamda özellikle meme kanseri cerrahisi, baş ve boyun tümörleri cerrahisi, kolorektal cerrahi ve stoma uygulaması incelenmiştir (99). Kanser hastalarında, beden algısına yönelik çalışmaların çoğu meme kanseri tanılı kadın hastalarda yürütülmüştür (114).

Kanser hastalarında beden imajına etkiyen faktörleri inceleyen çalışmalar yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mali durum, anksiyete, depresyon, kansere özgü sıkıntı ve tedavi türü gibi tıbbi değişkenlere odaklanmıştır (99). Pikler ve Winterowd meme kanseri tanılı 92 hasta ile yaptıkları bir çalışmada, hastaların beden algıları ne kadar iyiyse kanserle başa çıkmalarının da o kadar iyi olduğunu vurgulamıştır. Bu çalışmada eğitim düzeyi ve gelir düzeyi yüksek olan hastaların beden imajı algısının da daha yüksek olduğu bildirilmiştir (115). Bu çalışmadan farklı olarak eğitim düzeyi arttıkça bireylerin kendilerini olumsuz değerlendirme olasılıkları yükseldiğini öne süren çalışma da mevcuttur (118). Chang ve ekibi 126 meme kanseri hastası ile yaptıkları çalışmada, sosyoekonomik özelliklerin beden imajı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Çalışan ve sosyal açıdan aktif kadınların, ev hanımı ve emeklilere kıyasla daha kötü beden imajına sahip oldukları sonucunu elde etmişlerdir (119). Depresyon hem genel popülasyonda hem de meme kanseri hastalarında, beden algısı üzerine daha az memnuniyet ve daha çok olumsuz değerlendirmeler ile ilişkili bulunmuştur (120). Brederecke ve arkadaşlarının farklı kanser türlerine sahip toplam 531 hastada beden imajını değerlendirdikleri çalışmada, cinsiyetten bağımsız olarak kanser hastalarında beden imajı ve kendilerini kabulde azalma olduğu; erkek hasta popülasyonunda artmış ilişki memnuniyetinin beden algısında artmış memnuniyetle ilişkili olduğu, farklı kanser türleri (prostat/testis, visseral ve diğerleri) karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olmadığı; kadın hasta popülasyonunda yüksek eğitim düzeyi ve düşük anksiyetenin olumlu beden algısı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Yine bu çalışmada meme ve jinekolojik kanser tanısı olan hastaların, visseral ve diğer tanı grubuna kıyasla beden imajlarının daha iyi olduğu belirtilmiştir

(99). Ancak, farklı kanser türlerini karşılaştıran çalışmaların kısıtlılığına rağmen, erkeklerde prostat ve testis kanserlerinin; kadınlarda ise meme ve jinekolojik kanserlerin cinsiyet kimliği, beden algısı, sosyal ilişkiler ve cinsellikle ilgili sorunlara neden olabileceği bildirilmiştir (21–23,111,114,115,119).

2.6. BENLİK KAVRAMI VE BENLİK SAYGISI

Ruhsal sistemin düzenleyicisi, dengeleyicisi ve uyum sağlayıcısı olarak görev yapan benlik, dürtülerin algılanması, dış dünyanın koşullarının değerlendirilmesi, çevresel koşullara uyum sağlanması ve davranışların eyleme geçirilmesi işlevlerini yerine getirir (121). Sosyal bilimlerde benlik, kişinin çevre ile etkileşimi sonucu şekillenen kişiye ait duygu, düşünce, değerler ve karakter özellikleri gibi kapsamlı bir tabloyu tanımlar. Kişinin kendisine ait fiziksel ve psikolojik özelliklerini nasıl algıladığını ve nasıl değerlendirdiğini ifade eden dinamik bir kavramdır. Benlik, birçok değişkenden etkilenmektedir. Kişinin kendisi hakkında bildikleri, başkalarının kişiye ilişkin görüşleri ve kişiye yansıttığı özellikleri, kişinin kendisi hakkında değerlendirmeleri benlik kavramının oluşumunda etkili olur. Kişilerarası etkileşimlere dair algılar ve bu algılara atfedilen değerler benlik oluşumunda önem taşımaktadır (122,123).

Benlik saygısı, genel olarak kişinin kendisine yönelik tutum ve duygularına hoşgörülü olması ve bunlardan memnuniyet duyması şeklinde tanımlanmaktadır (124). Benlik saygısı kişinin kendi değerine dair "öznel değerlendirmesi" olarak da ifade edilebilir (125). Rosenberg'e göre benlik saygısı, "yaşamın temel zorluklarıyla yüzleşmek ve mutlu olmak için kendine yeterlilik duygusunu" ifade eder. Rosenberg, algılanan benlik ile ideal benlik arasındaki fark arttıkça benlik saygısının azalacağını savunmuştur. Benlik saygısı bebeklikte gelişmeye başlar; yaşam olayları ve çevresel faktörlerin etkisi altında ömür boyu değişim gösterebilir (126). Yaşamın çeşitli alanlarında kendimize ilişkin algılarımız, değerlendirmelerimiz, bu alanlara atfettiğimiz önem, bunlarla ilişkilendirilen idealler ve kişilerarası ilişkilerde başkalarının bizi nasıl değerlendirdiği benlik saygısının şekillenmesinde rol oynar (127). Benlik saygısının çok sayıda alt boyutu tanımlanmış olmakla birlikte özellikle dört büyük alt boyut öne çıkmaktadır. Bunlar; beden özsaygısı (kişinin fiziksel özellikleri ve çekiciliğine dair değerlendirmeleri), sosyal özsaygı (kişinin kendisinin

ne kadar sevilebilir olduğu ve kişilerarası ilişkilerindeki rolüne dair değerlendirmeleri), başarı veya yeterlilik özsaygısı (iş veya eğitim hayatında edindiği başarılara dair değerlendirmeleri), kimlik ya da kişisel özsaygısı (kişinin öznel değer yargıları ve inançları ile ilgili değerlendirmeleri) şeklinde tanımlanmıştır (128).

Benlik saygısı ile ilgili yapılan çalışmalar; yüksek benlik saygısının artmış sorumluluk duygusuna, daha fazla memnuniyet duymaya, zorluklar ve başarısızlıklar karşısında daha fazla sabırlı ve azimli olmaya yardımcı olduğunu göstermiştir (129,130). Diğer yandan düşük benlik saygısı hem ruhsal bozuklukların gelişmesinde rol oynarken hem de ruhsal bozuklukların sonucu olarak ortaya çıkabilmektedir (131). Bu bağlamda, benlik saygısı düzeyi, olumsuz yaşam olaylarının (hastalık, kayıp, kaza vb.) kişi üzerindeki psikolojik etki ve sonuçlarının bir yordayıcısı olabilir.

2.6.1. Kanser Hastalarında Benlik Saygısı

Kanser tanısı almak kişi için bir "yaşam krizi" olarak ele alınabilir. Böyle bir yaşam krizi ile baş etme ve uyum sağlama sürecinde kişisel ve sosyal kaynaklar önemli bir role sahiptir. Benlik saygısı, psikolojik işlevsellikte önemli bir kişisel kaynak olarak kabul edilir (132). Hastalık kaynaklı fizyolojik kayıplar ve bedensel değişiklikler, kişinin kimlik yapısına ve benlik saygısına yönelik tehditler oluşturabilmektedir. Düşük benlik saygısı, artmış psikolojik sıkıntılarla ve tıbbi popülasyonda kötü tedavi uyumu ile ilişkilendirilmiştir (133).

Kanser hastalarında benlik saygısına az sayıda çalışma odaklanmıştır. Kobayashi ve arkadaşlarının baş-boyun maligniteleri olan 58 hasta üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, anksiyete ve depresyon skorlarının yüksek benlik saygısı ile düşük benlik saygısı hastalarında farklılık gösterdiği; yüksek benlik saygısına sahip hastaların anksiyete ve depresyon skorlarının, düşük benlik saygısına sahip gruba kıyasla daha düşük olduğu belirtilmiştir (26). Schroevers ve ekibinin yakın zamanda kanser tanısı almış 475 hasta üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, düşük benlik saygısı düzeyi ile düşük sosyal desteğin bağımsız şekilde artmış depresif belirtilerle ilişkili olduğu gösterilmiştir (132). Katz ve arkadaşları, retrospektif olarak inceledikleri çalışmalarda, kanser tanısı almış hastaların benlik saygılarında %20 ile %50 arasında değişen oranlarda düşüş olduğunu saptamışlardır (128). Baş-boyun ya da meme gibi bedenin görünür ve sembolik olarak önem atfedilen kısımlarını etkileyen

tanılar, özellikle “bedene yönelik benlik saygısını” olumsuz etkileyebilir. Bu duruma azalan “sosyal benlik saygısı” da eşlik edebilir. Kanser hastalarında benlik saygısının yeniden tesis edilmesi ve güçlendirilmesi, psikoterapötik yaklaşımların temel hedeflerinden biri olarak ele alınmaktadır (128,134).

2.7. BENLİK SAYGISI VE BEDEN ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Benlik saygısı ve beden algısının birbiriyle ilişkili olduğu uzun zamandır bilinmektedir. Beden algısı; benlik saygısı, sosyal ilişkiler ve çevreden gelen baskı ya da destek faktörlerinden etkilenmektedir. Benzer şekilde benlik saygısı da beden algısı, vücut ağırlığı, akademik başarı, kişiler arası ilişkiler gibi faktörlerden etkilenmektedir. Bedene ilişkin fiziksel özellikler benlik kavramının bir bileşeni olarak ele alınmaktadır. Benlik saygısının bedenden etkilendiği ve beden aracılığıyla öğrenildiğini öne sürülmektedir (135). Benlik saygısı düşük olan kişilerin, vücut ölçülerinden ve diğer fiziksel özelliklerinden memnuniyetsizlik bildirme olasılığı artmaktadır. Yüksek benlik saygısı, kişinin bedenine ilişkin olumlu bir değerlendirme yapmasına yardımcı olur. Ayrıca olumsuz beden algısının da düşük benlik saygısı ile güçlü bir ilişki içinde olduğu bilinmektedir (19).

Kurt ve arkadaşları, romatoid artrit hastalarıyla kontrol grubunu kapsayan bir çalışmada, hastaların beden algıları ile benlik saygıları arasında pozitif yönde ilişki saptamışlardır (113). Oktay ve Şahin, 300 ergen kızdan oluşan bir örneklemle yaptıkları çalışmada, beden algısındaki memnuniyetin artmasıyla birlikte benlik saygısının da arttığını belirtmişlerdir (136). İki kavram arasındaki ilişkide, beden algısının farklı bir yapı olmadığı benlik saygısının bir bileşeni olduğu öne sürülmüştür (113). Mastektomi ve lumpektomi yapılan meme kanseri hastaları, cerrahi müdahaleler uygulanmış baş ve boyun kanseri hastaları, aynı zamanda büyük cerrahi prosedürler uygulanan diğer kanser hastaları da dahil olmak üzere, bedensel deformitelerin beden algısını ve benlik saygısını olumsuz etkilediği kabul görmüş bir gerçektir (128).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Kesitsel olarak tasarlanan bu araştırmanın örneklemini 01.01.2023-30.06.2023 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji polikliniğine başvuran meme kanseri tanısı almış 81 hasta ile akciğer kanseri tanısı almış 74 hasta oluşturdu.

Çalışmanın başlangıcında meme kanseri hasta grubunda yer alması planlanan 89 katılımcı ile akciğer kanseri hasta grubunda yer alması planlanan 87 katılımcı, araştırmanın dahil etme ve dışlama kriterleri doğrultusunda yeniden değerlendirilmiş olup belirtilen koşulları sağlamayan katılımcılar ile çalışmaya katılmaktan vazgeçen ve olgu rapor formunu teslim etmeyen katılımcılar dışlanmıştır. Sonuç olarak 81 meme kanseri hastası ve 74 akciğer kanseri hastası çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların dahil edilme kriterleri:

- ✓ Okur-yazar olmak
- ✓ Kadın Olmak
- ✓ 18-65 yaş arasında olmak
- ✓ Meme ya da akciğer kanseri tanısı almış olmak
- ✓ Kanser tanısı üzerinden en az 6 ay geçmiş olması
- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul edip bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu imzalamak

Çalışmadan dışlama kriterleri:

- ✓ Mental retardasyon tanısının olması
- ✓ Bilişsel fonksiyonları etkileyen bir hastalığının olması (Örn; Demans, şizofreni, deliryum, kafa travması/madde/ilaç gibi diğer durumlara sekonder gelişmiş nörobilişsel bozukluklar vb.)
- ✓ Meme veya akciğer kanserinin beyne yayılım (metastaz) yapmış olması
- ✓ Kanser veya tedavisi nedeniyle genel tıbbi durumunda bozukluk olması

3.2. ETİK KURUL ONAYI

Araştırmaya başlamadan önce ilk olarak Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK) tarafından 01.12.2022 tarihinde yapılan 23 no'lu toplantıda izin alınmıştır. TUEK izni sonrasında araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 28.12.2022 tarih ve 2022-365 proje/karar numaralı kararı ile onaylanmıştır. Ayrıca Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu'nun 28.11.2022 tarih ve 188295 sayılı toplantısında tez konusu kabul edilmiştir. Araştırma iznine ilişkin belgeler EK-1, EK-2 ve EK-3'tedir. Ocak 2023 – Kasım 2023 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilen araştırmanın gerekli izinlerinin alınması, verilerin toplanması, istatistik ve tez yazım gibi bütün aşamaları İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve Helsinki Bildirgesi kriterleri doğrultusunda hazırlanmıştır. Katılımcılardan bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınmış olup, ilgili onam formu EK-4'te sunulmuştur.

3.3. UYGULANAN ÖLÇÜM ARAÇLARI

Veri toplama aşamasında aşağıdaki değerlendirme araçları kullanılmıştır.

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından çalışmanın amaçları doğrultusunda katılımcıların sosyodemografik özelliklerini ve hastalıkla ilgili bilgilerini elde etmek amacıyla oluşturulmuştur. Sosyodemografik veri formu 16 maddeden oluşmaktadır. Sosyodemografik veri formunda katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, yaşadığı yerleşim birimi, kiminle yaşadığı, çalışma durumu, kanser tanısını aldığı zaman, hastalığın evresi, uygulanan tedavi çeşitleri, psikiyatrik ve fiziksel ek hastalıkların varlığına dair bilgiler sorgulanmıştır. Sosyodemografik veri formunun bir kopyası EK-5'te sunulmuştur.

3.3.2. Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE)

Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE), travmatik deneyimlerden sonra algılanan psikolojik büyümeyi ölçmek için 1996 yılında Tedeschi ve Calhoun

tarafından geliştirilmiştir (6). Envanter, 6'lı likert tipi öz bildirim ölçeği olup 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Kağan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (137). Ölçeğin orijinali kişilerarası ilişkiler, yeni olanaklar, kişisel dayanıklılık, manevi değişim ve hayata değer verme şeklinde 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe versiyonu ise benlik algısında değişim (5, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19. maddeler), yaşam felsefesinde değişim (1, 2, 3, 4, 7, 14. maddeler) ve başkalarıyla ilişkilerde değişim (6, 8, 9, 20, 21. maddeler) olmak üzere 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin orijinal formunda 21 maddenin iç tutarlılığı α=0.90'dır ve alt ölçeklerin iç tutarlılığı α= 0.67 ile α= 0.85 arasında değişmektedir. Türkçe versiyonunda ise Cronbach alfa iç tutarlılığı benlik algısında değişim için 0.88, yaşam felsefesinde değişim için 0.78, başkalarıyla ilişkilerde değişim için 0.77 ve tüm maddeler için 0.92 olarak belirlenmiştir. TSBE, 0-5 arasındaki puanlama ölçütlerine göre puanlanmaktadır. Stresli olay sonucu bu değişikliği hiç yaşamadım (0 puan) ile stresli olay sonucu bu değişimi çok büyük ölçüde yaşadım (5 puan) şeklinde ordinal bir puanlama sistemi kullanılmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 105 arasında değişmektedir. Toplam puan hesaplamasıyla birlikte her bir alt ölçek için de hesaplama yapılmaktadır. Daha yüksek puanlar, travmatik deneyim sonucunda daha yüksek olumlu psikolojik değişiklikler geliştiği anlamına gelmektedir. Bu çalışmada TSBE Türkçe versiyonu kullanılmıştır (EK-5).

3.3.3. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ-21)

Depresyon-Anksiyete-Stres-21 (DASÖ-21) ölçeği 1995 yılında Lovibond ve Lovibond tarafından kişilerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (138). Ölçek 4'lü likert tipi öz bildirim ölçeği olup toplamda 21 maddeden oluşmaktadır. (0: "Hiçbir zaman", 1: "Bazen ve ara sıra", 2: "Oldukça Sık", 3: "Her zaman") Ölçeğin Türkçeye uyarlaması, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Sarıçam tarafından yapılmıştır (139). Ölçeğin depresyon, anksiyete ve stres olmak üzere 3 alt ölçeği olup her bir alt ölçek için 7 soru bulunmaktadır. Her bir alt ölçekte alınabilecek maksimum puan 21'dir. Bireyin; depresyon alt boyutundan 5 puan ve üzeri, anksiyete alt boyutundan 4 puan ve üzeri, stres alt boyutundan ise 8 puan ve üzeri alması o alt boyutla ilgili psikopatolojinin varlığına işaret etmektedir. Klinik

örneklemde Cronbach alfa iç tutarlık güvenirlik katsayısı depresyon alt ölçeği için α=0.87, anksiyete alt ölçeği için α=0.85 ve stres alt ölçeği için α=0.81 olarak bulunmuştur. Elde edilen psikometrik özelliklere göre DASÖ-21 depresyon, anksiyete ve stres düzeyini geçerli ve güvenilir bir şekilde ölçmektedir (139). Bu çalışmada kanser hastalarının depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile TSB gelişimi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla DASÖ-21 Türkçe versiyonu kullanılmıştır (EK-5).

3.3.4. Beden Algısı Ölçeği (BAÖ)

Beden Algısı Ölçeği (BAÖ), Secord ve Jourard tarafından 1953 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, bireyin bedeninin çeşitli kısımlarından ve işlevinden duyulan memnuniyet düzeyini ölçmek için geliştirilmiştir (140). Ölçeğin Türkçeye uyarlaması, geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1993 yılında Hovardaoğlu tarafından yapılmıştır. BAÖ, öz bildirim ölçeği olup toplam 40 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki her bir madde 1-5 arasında puanlanmaktadır. (1: Hiç beğenmiyorum; 5: Çok beğeniyorum) Ölçekten tek puan elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 40, en yüksek puan da 200'dür ve puan artışı, olumlu değerlendirmedeki artış anlamına gelmektedir (141). Bu çalışmada BAÖ Türkçe versiyonu kullanılmıştır (EK-5).

3.3.5. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Morris Rosenberg tarafından 1965 yılında benlik saygısını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. RBSÖ; D-1 (Benlik Saygısı), D-2 (Kendilik Kavramının Sürekliliği), D-3 (İnsanlara Güven Duyma), D-4 (Eleştiriye Duyarlılık), D-5 (Depresif Duygulanım), D-6 (Hayalperestlik), D-7 (Psikosomatik Belirtiler), D-8 (Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme), D-9 (Tartışmalara Katılabilme Derecesi), D-10 (Anne-Baba İlgisi), D-11 (Babayla İlişki) ve D-12 (Psişik İzolasyon) olmak üzere 12 alt ölçekten oluşmaktadır. İlk 10 maddelik D-1 alt ölçeği "benlik saygısı" alt ölçeğidir (142). Ölçeğin adolesan grupta Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Çuhadaroğlu tarafından yapılmıştır (143). Korkmaz tarafından 1996 yılında ise ölçeğin erişkin popülasyonda geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (144). Çuhadaroğlu ile Korkmaz tarafından Guttman ölçekleme tipine uygun yapılan Türkçe uyarlaması araştırmalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Korkmaz, Türkçe RBSÖ'nün likert tipi puanlanan formunun psikometrik özelliklerini

incelemiştir (145). RSBÖ'nün "benlik saygısı" alt ölçeği 5 olumlu ve 5 olumsuz toplam 10 maddeden oluşur. Olumlu (+) yönlü maddeler: 1,3,4, 7 ve 10 numaralı maddelerdir. Olumsuz (-) yönlü maddeler: 2,5,6,8 ve 9 numaralı maddelerdir. Benlik saygısı puanlaması yapılırken negatif yönlü maddelerin pozitif yöne çevrilerek işlem yapılması gerekmektedir. Her bir madde 0-3 arasından puanlanmaktadır. (0: Hiç Uygun Değil, 1: Uygun Değil, 2: Uygun, 3: Tamamen Uygun) Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan da 30'dur ve puan artışı, yüksek benlik saygısını ifade eder (145). Bu çalışmada RBSÖ'nün likert tipi puanlanan Türkçe versiyonu kullanılmıştır (EK-5).

3.4. YÖNTEM

Çalışma için gerekli TUEK ve etik kurul izinleri alındıktan sonra, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji polikliniğine başvuran Meme Kanseri ile Akciğer kanseri tanısı almış katılımcılar çalışmaya dahil edilmiştir.

Dahil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan katılımcılara, görüşme öncesi çalışmayla ilgili ön bilgilendirme yapıldıktan sonra katılımcıların onamları alınmış ve öz bildirime dayalı olgu rapor formu doldurtulmuştur. Bu Gerekli bilgilendirme ilgili klinisyenlerce yapılmış olup, çalışmaya dahil edilen hastalara yaş, eğitim durumu, medeni durum, yaşadığı yerleşim birimi, kiminle yaşadığı, çalışma durumu, kanser tanısı aldığı zaman, hastalığın evresi, uygulanan tedavi çeşitleri, psikiyatrik ve fiziksel ek hastalıkların varlığına dair bilgileri içeren yarı yapılandırılmış sosyodemografik veri formu uygulanmıştır Ardından katılımcılara sırasıyla; travma sonrası büyüme düzeylerini ölçmek için TSBE, eşlik edebilecek depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ölçmek için DASÖ-21, beden algısına yönelik değerlendirme için BAÖ ve benlik saygısı düzeylerini ölçmek için RBSÖ doldurtulmuştur. Toplanan verilere gerekli istatistiksel analizler yapıldıktan sonra bilimsel olarak raporlanmıştır.

3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

G*power programı ile literatür verilerine dayanılarak power analizi yapılmış ve çalışma için α hata:0.05, power:0.95 ve etki büyüklüğü F2: 0,6 olarak

hesaplandığında örneklem sayısı her bir grup için minimum 74 toplam 148 olarak bulunmuştur.

Değerlendirmelerde IBM SPSS version 20 (Chicago, IL, USA) programı kullanıldı ve istatistiksel anlamlılık sınırı $p<0,05$ olarak kabul edildi. Sürekli verilere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde Ortalama Standart Sapma, Ortanca, Minimum, Maksimum değerleri, kesikli verilerde ise yüzde değerleri verildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesinde Kolmogorov-Smirnov testinden yararlanıldı. Sürekli verilerin Meme kanseri ve Akciğer kanseri grupları arasındaki karşılaştırmalarında normal dağılıma uyan verilerde (Bağımsız gruplarda t test) Independent samples t test, Normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Nominal değişkenlerin grup karşılaştırmalarında (çapraz tablolarda) Ki-Kare ve Fisher's Exact test kullanıldı. Ölçek puanları arasındaki ilişkiler Spearman's Korelasyon Katsayısı ile incelendi. Travma sonrası büyüme puanlarını açıklamada hangi değişkenlerin etkili olduğu Univariate ve Multivariate Lineer Regresyon Analizi ile incelendi.

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmaya 81'i meme kanseri 74'ü akciğer kanseri olmak üzere toplamda 155 katılımcı dahil edilmiştir. Meme kanseri tanısı olan 81 katılımcının yaş ortalaması 48.49±8.53 akciğer kanseri tanısı olan 74 katılımcının yaş ortalaması 55.69±8.28 olarak hesaplandı. Meme kanseri ve akciğer kanseri tanısı olan katılımcıların sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Meme kanseri ve akciğer kanseri hastalarının sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması

	Meme Kanseri (n=81)		**Akciğer Kanseri (n=74)**		**Test istatistiği**	**p**
	Ort ± SS **Ortanca (Min-Maks)**		**Ort ± SS** **Ortanca (Min-Maks)**			
Yaş (yıl)	48.49±8.53 49 (30-64)		55.69±8.28 58 (26-65)		U=1536.5	**<0.001**
	n	**%**	**n**	**%**		
Eğitim						
Okur-yazar	0	0	2	2.7	χ^2 =10.640	**0.031**
İlkokul	21	25.9	32	43.2		
Ortaokul	9	11.1	11	14.9		
Lise	26	32.1	17	23.0		
Üniversite	25	30.9	12	16.2		
Medeni Durum						
Bekar	5	6.2	3	4.1	χ^2 =1.316	0.739
Evli	64	79.0	56	75.7		
Boşanmış	9	11.1	10	13.5		
Dul	3	3.7	5	6.8		
Çocuk						
Yok	9	11.1	3	4.1	χ^2 =2.696	0.101
Var	72	88.9	71	95.9		
Kiminle Yaşıyor						
Yalnız	4	4.9	6	8.1	χ^2 =10.250	**0.034**
Anne/Baba	5	6.2	3	4.1		
Eş ve Çocuklar	51	63.0	30	40.5		
Eşi ile	12	14.8	24	32.4		
Çocuklar ile	9	11.1	11	14.9		
Meslek						
Ev hanımı	42	51.9	49	66.2	χ^2 =14.542	**0.001**
Çalışıyor	28	34.6	7	9.5		
Emekli	11	13.6	18	24.3		
Gelir düzeyi						
Çok düşük	2	2.5	3	4.1	χ^2 =12.396	**0.009**
Düşük	10	12.3	23	31.1		
Orta	50	61.7	42	56.8		
Ortanın üstü	15	18.5	5	6.8		
Yüksek	4	5.0	1	1.4		
En Uzun Süre Yaşanılan Yerleşim Birimi						
Şehir	63	77.8	54	73.0	χ^2 =4.090	0.126
İlçe	17	21.0	14	18.9		
Kasaba/Köy	1	1.2	6	8.1		

Ort.±SS: Ortalama ± Standart Sapma Min: Minimum, Maks: Maksimum U:Mann Whitney U testi
χ^2 : Ki-kare Test/Fisher's Exact test

Buna göre meme kanseri olan hastalarla akciğer kanseri olan hastaların yaşları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Akciğer kanseri olan hastaların yaşları daha yüksek bulundu.

Meme kanseri olan hastalarla akciğer kanseri olan hastaların eğitim düzeyleri arasında fark saptandı ($p<0.05$). Akciğer kanserli hastalarda lise ve üniversite mezunu olma oranının daha düşük olduğu görüldü.

Meme kanseri olan hastalarla akciğer kanseri olan hastaların yaşadıkları kişiler arasında fark saptandı ($p<0.05$). Akciğer kanserli hastalarda eşi ile yaşama oranının daha fazla, eş ve çocuklarıyla yaşama oranının daha düşük olduğu görüldü.

Meme kanseri olan hastalarla akciğer kanseri olan hastaların çalışma durumları arasında fark saptandı ($p<0.01$). Akciğer kanserli hastalarda çalışıyor olma oranının daha düşük olduğu görüldü.

Meme kanseri olan hastalarla akciğer kanseri olan hastaların gelir durumları arasında fark saptandı ($p<0.01$). Akciğer kanserli hastalarda düşük gelir düzeyli olma oranının daha fazla olduğu görüldü.

Bununla birlikte meme kanseri olan hastalarla akciğer kanseri olan hastaların medeni durumları, çocuk sahibi olma oranları ve en uzun süre yaşanılan yerleşim birimleri arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Meme kanseri ve akciğer kanseri tanısı olan katılımcıların klinikle ilgili özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Meme kanseri ve akciğer kanseri hastalarının klinik özelliklerinin karşılaştırılması

	Meme Kanseri (n=81)		**Akciğer Kanseri (n=74)**		**Test istatistiği**	**p**
	n	**%**	**n**	**%**		
Kanser Tanı Zamanı						
6 Ay-1 Yıl	12	14.8	27	36.5	χ^2 =15.790	**0.003**
1 Yıl-3 Yıl	30	37.0	23	31.1		
3 Yıl-5 Yıl	11	13.6	13	17.6		
5 Yıl-10 Yıl	16	19.8	9	12.2		
10 Yıl ve üzeri	12	14.8	2	2.7		
Tanıda Evre						
Evre 1	24	29.6	20	27.0	χ^2 =32.489	**<0.001**
Evre 2	28	34.6	9	12.2		
Evre 3	21	25.9	9	12.2		
Evre 4	8	9.9	36	48.6		
Tedavi						
Kemoterapi	5	6.2	16	21.6	χ^2 =29.409	**<0.001**
Radyoterapi	1	1.2	4	5.4		
Cerrahi	2	2.5	15	20.3		
Kombine tedavi	73	90.1	39	52.7		
Bu Hastalık Dışında Daha Önce Kanser Tanısı						
Hayır	75	92.6	71	95.9	χ^2 =0.795	0.499
Evet	6	7.4	3	4.1		
Kanser Dışında Başka Hastalık						
Hayır	54	66.7	33	44.6	χ^2 =7.651	**0.006**
Evet	27	33.3	41	55.4		
Psikiyatrik Hastalık						
Hayır	54	66.7	52	70.3	χ^2 =0.232	0.630
Evet	27	33.3	22	29.7		
Daha Önce Psikiyatriye/Psikoloğa Başvurma						
Hayır	48	59.3	49	66.2	χ^2 =0.799	0.371
Evet	33	40.7	25	33.8		

χ^2 : Ki-kare Test/Fisher's Exact test

Buna göre meme kanseri tanısı olan hastalar ile akciğer kanseri tanısı olan hastaların tanı alma zamanları arasında fark saptandı ($p<0.01$). Akciğer kanserli hastalarda tanı alma zamanının 6 Ay-1 Yıl arasında olacak şeklinde daha fazla olduğu görüldü.

Meme kanseri tanısı olan hastalar ile akciğer kanseri tanısı olan hastaların tanı anında hastalık evresi arasında fark saptandı ($p<0.001$). Akciğer kanserli hastaların tanı anında hastalık evresinin 4. evre olma oranının daha fazla olduğu görüldü.

Meme kanseri tanısı olan hastalar ile akciğer kanseri tanısı olan hastaların aldıkları tedaviler arasında fark saptandı ($p<0.001$). Akciğer kanserli hastalarda kemoterapi ve cerrahi tedavi alma oranı daha fazla iken kombine tedavi alma oranının daha düşük olduğu görüldü.

Meme kanseri tanısı olan hastalarla akciğer kanseri tanısı olan hastaların kanser dışında başka ek hastalığı olma oranları arasında fark saptandı ($p<0.01$). Akciğer kanserli hastalarda kanserden başka ek hastalığı olma oranı daha fazla bulundu.

Meme kanseri tanısı olan hastalarla akciğer kanseri tanısı olan hastaların daha önce bu hastalık dışında kanser tanısı alma, psikiyatrik hastalık ve psikiyatri/psikoloğa başvurma oranları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Meme kanseri ve akciğer kanseri hastalarının ölçek puanlarının (TSBE, DASÖ-21, BAÖ, RBSÖ) karşılaştırılması Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.3. Meme kanseri ve akciğer kanseri hastalarının ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Meme Kanseri (n=81)	**Akciğer Kanseri (n=74)**	**Test istatistiği**	**p**
	Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)	**Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)**		
Benlik Algısında Değişim	30.79±11.11 33 (6-50)	22.80±12.80 21 (3-48)	U=1935.0	**<0.001**
Yaşam Felsefesinde Değişim	15.44±9.19 16 (0-30)	9.91±7.61 8 (0-27)	U=1820.0	**<0.001**
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	10.85±5.50 11 (0-24)	9.05±6.53 6.5 (0-25)	U=2455.5	0.052
Travma Sonrası Büyüme Toplam Puanı	57.09±22.46 59 (10-91)	41.76±25.47 35.5 (5-92)	U=1961.5	**<0.001**
Stres	6.86±3.84 7 (0-18)	5.07±3.39 5 (0-14)	U=2173.5	**0.003**
Anksiyete	4.30±3.75 3 (0-18)	3.00±2.80 2 (0-14)	U=2330.5	**0.016**
Depresyon	5.69±4.78 5 (0-21)	4.32±4.06 3 (0-14)	U=2462.5	0.054
Beden Algısı	137.75±26.34 140 (78-192)	140.11±27.26 144 (77-200)	t=-0.557	0.578
Benlik Saygısı	20.77±5.08 20 (8-30)	21.01±5.01 21 (7-30)	t=-0.305	0.761

Ort.±SS: Ortalama ± Standart Sapma Min: Minimum, Maks: Maksimum t:Independent Samples t test U:Mann Whitney U test

Buna göre meme kanseri tanısı olan hastalarla akciğer kanseri tanısı olan hastaların "Benlik Algısında Değişim" puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Akciğer kanseri tanısı olan hastaların "Benlik Algısında Değişim" puanları meme kanseri olan hastalara göre daha düşük bulundu.

Meme kanseri tanısı olan hastalarla akciğer kanseri tanısı olan hastaların "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Akciğer kanseri tanısı olan hastaların "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanları meme kanseri tanısı olan hastalara göre daha düşük bulundu.

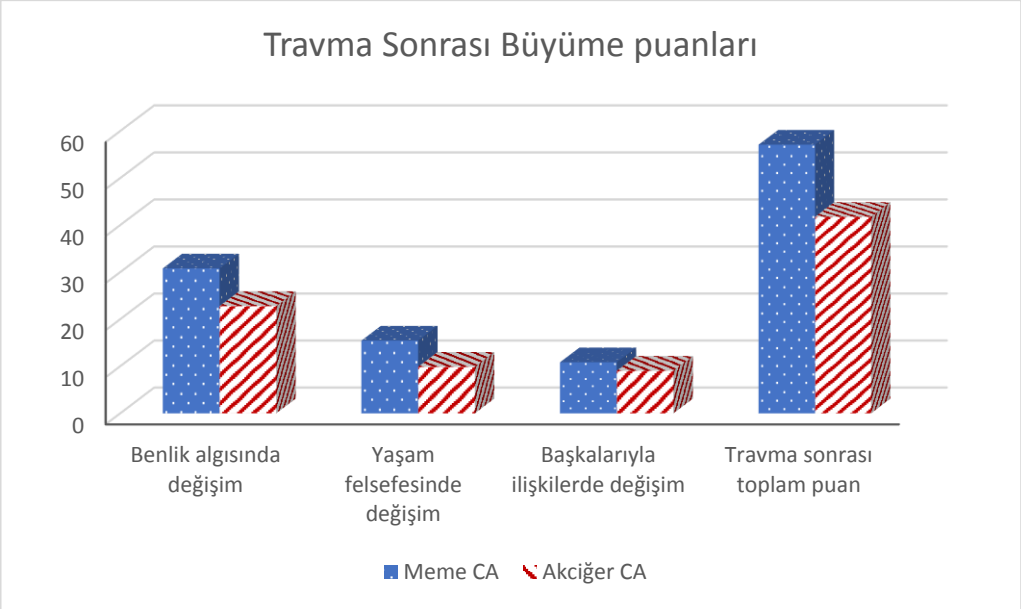
Meme kanseri tanısı olan hastalarla akciğer kanseri tanısı olan hastaların "Travma Sonrası Büyüme Toplam" puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Akciğer kanseri tanısı olan hastaların "Travma Sonrası Büyüme Toplam" puanları meme kanseri tanısı olan hastalara göre daha düşük bulundu.

Meme kanseri tanısı olan hastalarla akciğer kanseri tanısı olan hastaların stres puanları arasında fark saptandı ($p<0.01$). Akciğer kanseri tanısı olan hastaların stres puanları meme kanseri tanısı olan hastalara göre daha düşük bulundu.

Meme kanseri tanısı olan hastalarla akciğer kanseri tanısı olan hastaların anksiyete puanları arasında fark saptandı ($p<0.05$). Akciğer kanseri tanısı olan hastaların anksiyete puanları meme kanseri tanısı olan hastalara göre daha düşük bulundu.

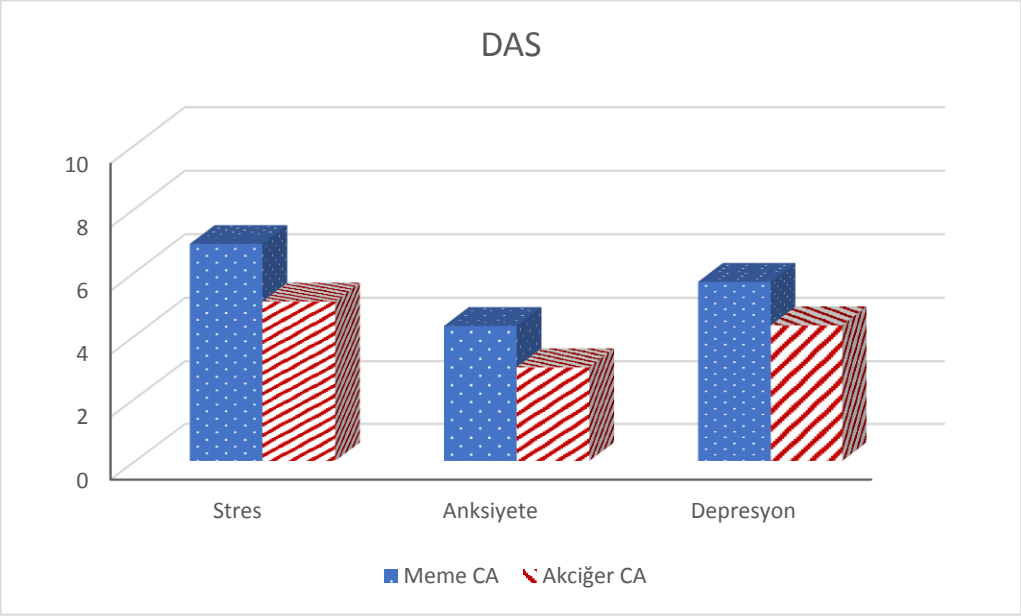
Meme kanseri tanısı olan hastalarla akciğer kanseri tanısı olan hastaların "Başkalarıyla İlişkilerde Değişim", depresyon, beden algısı ve benlik saygısı puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Meme kanseri ve akciğer kanseri hastalarının “Travma Sonrası Büyüme” puanları Grafik 4.1’de gösterilmiştir.



Grafik 4.1. Meme kanseri ve akciğer kanseri hastalarının travma sonrası büyüme puanları

Meme kanseri ve akciğer kanseri hastalarının DASÖ-21 puanları Grafik 4.2’de gösterilmiştir.



Grafik 4.2. Meme kanseri ve akciğer kanseri hastalarının DASÖ-21 puanları

Meme kanseri ve akciğer kanseri hastalarının DASÖ-21 puanlarının dağılımlarının karşılaştırılması Tablo 4.4'te sunulmuştur.

Tablo 4.4. Meme kanseri ve akciğer kanseri hastalarının DASÖ-21 puanlarının dağılımlarının karşılaştırılması

	Meme Kanseri (n=81)		**Akciğer Kanseri (n=74)**		**Test istatistiği**	**p**
	n	**%**	**n**	**%**		
Stres						
Normal (0-7)	48	59.3	56	75.7	χ^2 =5.705	0.190
Hafif (8-9)	15	18.5	8	10.8		
Orta (10-12)	11	13.6	8	10.8		
İleri (13-16)	6	7.4	2	2.7		
Çok ileri 17+	1	1.2	0	0		
Anksiyete						
Normal (0-3)	44	54.3	50	67.6	χ^2 =5.270	0.261
Hafif (4-5)	14	17.3	13	17.6		
Orta (6-7)	12	14.8	5	6.8		
İleri (8-9)	3	3.7	3	4.1		
Çok ileri 10+	8	9.9	3	4.1		
Depresyon						
Normal (0-4)	39	48.1	44	59.5	χ^2 =2.540	0.654
Hafif (5-6)	15	18.5	11	14.9		
Orta (7-10)	16	19.8	11	14.9		
İleri (11-13)	5	6.2	5	6.8		
Çok ileri 14+	6	7.4	3	4.1		

χ^2 : Ki-kare Test/Fisher's Exact test

Buna göre meme kanseri tanısı olan ve akciğer kanseri tanısı olan hastaların stres, anksiyete ve depresyon puanlarının dağılımları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

4.2. SÜREKLİ DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Meme kanseri tanısı olan hastaların travma sonrası büyüme toplam ve alt boyut puanları ile depresyon, stres, anksiyete, beden algısı ve benlik saygısı puanları arasındaki korelasyonlar Tablo 4.5'te sunulmuştur.

Tablo 4.5. Meme kanseri hastalarının travma sonrası büyüme toplam ve alt boyut puanları ile depresyon, stres, anksiyete, beden algısı ve benlik saygısı puanları arasındaki korelasyonlar

Meme Kanseri		**Benlik Algısında Değişim**	**Yaşam Felsefesinde Değişim**	**Başkalarıyla İlişkilerde Değişim**	**Travma Sonrası Büyüme Toplam**
Stres	r*	-0.141	-0.067	-0.001	-0.088
	p	0.208	0.554	0.996	0.437
Anksiyete	r*	-0.147	-0.152	-0.041	-0.130
	p	0.192	0.175	0.714	0.247
Depresyon	r*	**-0.281**	-0.216	-0.024	-0.217
	p	**0.011**	0.053	0.828	0.051
Beden Algısı	r*	**0.439**	**0.328**	**0.281**	**0.401**
	p	**<0.001**	**0.003**	**0.011**	**<0.001**
Benlik Saygısı	r*	**0.374**	**0.459**	0.115	**0.371**
	p	**0.001**	**<0.001**	0.308	**0.001**

* Spearman's Korelasyon katsayısı

Buna göre meme kanseri tanısı olan hastaların depresyon puanları ile "Benlik Algısında Değişim" puanları arasında negatif yönlü korelasyon saptandı ($r=-0.281$ $p<0.05$). Hastaların depresyon puanları arttıkça "Benlik Algısında Değişim" puanları azalmaktadır.

Meme kanseri tanısı olan hastaların stres ve anksiyete puanları ile "Benlik Algısında Değişim" puanları arasında korelasyon bulunmadı ($p>0.05$).

Meme kanseri tanısı olan hastaların beden algısı puanları ile "Benlik Algısında Değişim" puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.439$ $p<0.001$). Hastaların beden algısı puanları arttıkça "Benlik Algısında Değişim" puanları da artmaktadır.

Meme kanseri tanısı olan hastaların benlik saygısı puanları ile "Benlik Algısında Değişim" puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.374$ $p<0.01$). Hastaların benlik saygısı puanları arttıkça "Benlik Algısında Değişim" puanları da artmaktadır.

Meme kanseri tanısı olan hastaların stres, anksiyete, depresyon puanları ile "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanları arasında korelasyon bulunmadı ($p>0.05$).

Meme kanseri tanısı olan hastaların beden algısı puanları ile "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.328$ $p<0.01$). Hastaların beden algısı puanları arttıkça "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanları da artmaktadır.

Meme kanseri olan hastaların benlik saygısı puanları ile "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.459$ $p<0.001$). Hastaların benlik saygısı puanları arttıkça "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanları da artmaktadır.

Meme kanseri tanısı olan hastaların beden algısı puanları ile "Başkalarıyla İlişkilerde Değişim" puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.281$ $p<0.05$). Hastaların beden algısı puanları arttıkça "Başkalarıyla İlişkilerde Değişim" puanları da artmaktadır.

Meme kanseri tanısı olan hastaların stres, anksiyete, depresyon, benlik saygısı puanları ile "Başkalarıyla İlişkilerde Değişim" puanları arasında korelasyon bulunmadı ($p>0.05$).

Meme kanseri tanısı olan hastaların beden algısı puanları ile "Travma Sonrası Büyüme Toplam" puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.401$ $p<0.001$). Hastaların beden algısı puanları arttıkça "Travma Sonrası Büyüme Toplam" puanları da artmaktadır.

Meme kanseri tanısı olan hastaların benlik saygısı puanları ile "Travma Sonrası Büyüme Toplam" puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.371$ $p<0.01$). Hastaların benlik saygısı puanları arttıkça "Travma Sonrası Büyüme Toplam" puanları da artmaktadır.

Meme kanseri tanısı olan hastaların stres, anksiyete, depresyon puanları ile "Travma Sonrası Büyüme Toplam" puanları arasında korelasyon bulunmadı (p>0.05).

Akciğer kanseri tanısı olan hastaların travma sonrası büyüme toplam ve alt boyut puanları ile depresyon, stres, anksiyete, beden algısı ve benlik saygısı puanları arasındaki korelasyonlar Tablo 4.6'da sunulmuştur.

Tablo 4.6. Akciğer kanseri hastalarının travma sonrası büyüme toplam ve alt boyut puanları ile depresyon, stres, anksiyete, beden algısı ve benlik saygısı puanları arasındaki korelasyonlar

Akciğer Kanseri		**Benlik Algısında Değişim**	**Yaşam Felsefesinde Değişim**	**Başkalarıyla İlişkilerde Değişim**	**Travma Sonrası Büyüme Toplam**
Stres	r*	0.176	0.210	0.052	0.167
	p	0.133	0.073	0.662	0.156
Anksiyete	r*	**0.250**	0.227	0.119	**0.235**
	p	**0.031**	0.052	0.313	**0.044**
Depresyon	r*	0.184	0.181	0.032	0.167
	p	0.116	0.124	0.787	0.154
Beden Algısı	r*	0.086	0.084	0.171	0.101
	p	0.467	0.478	0.144	0.394
Benlik Saygısı	r*	0.213	0.189	**0.320**	0.221
	p	0.069	0.107	**0.005**	0.059

* Spearman's Korelasyon katsayısı

Buna göre akciğer kanseri tanısı olan hastaların anksiyete puanları ile "Benlik Algısında Değişim" puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı (r=0.250 p<0.05). Hastaların anksiyete puanları arttıkça "Benlik Algısında Değişim" puanları da artmaktadır.

Akciğer kanseri tanısı olan hastaların stres, depresyon, beden algısı, benlik saygısı puanları ile "Benlik Algısında Değişim" puanları arasında korelasyon bulunmadı (p>0.05).

Akciğer kanseri tanısı olan hastaların stres, anksiyete, depresyon, beden algısı, benlik saygısı puanları ile "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanları arasında korelasyon bulunmadı (p>0.05).

Akciğer kanseri tanısı olan hastaların benlik saygısı puanları ile “Başkalarıyla İlişkilerde Değişim” puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.320$ $p<0.01$). Hastaların benlik saygısı puanları arttıkça “Başkalarıyla İlişkilerde Değişim” puanları da artmaktadır.

Akciğer kanseri tanısı olan hastaların stres, anksiyete, depresyon, beden algısı puanları ile “Başkalarıyla İlişkilerde Değişim” puanları arasında korelasyon bulunmadı ($p>0.05$).

Akciğer kanseri tanısı olan hastaların anksiyete puanları ile “Travma Sonrası Büyüme Toplam” puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.235$ $p<0.05$). Hastaların anksiyete puanları arttıkça “Travma Sonrası Büyüme Toplam” puanları da artmaktadır.

Akciğer kanseri tanısı olan hastaların stres, depresyon, beden algısı, benlik saygısı puanları ile “Travma Sonrası Büyüme Toplam” puanları arasında korelasyon bulunmadı ($p>0.05$).

4.3. REGRESYON ANALİZİ

"Benlik Algısında Değişim" puanı için açıklayıcı değişkenlerle univariate ve multivariate lineer regresyon analizi sonuçları Tablo 4.7'da sunulmuştur.

Tablo 4.7. "Benlik Algısında Değişim" puanı için açıklayıcı değişkenlerle univariate ve multivariate lineer regresyon analizi sonuçları

	UNİVARİATE			**MULTİVARİATE**		
Parameter	B(Std.Error)	95 % CI	p	B(Std.Error)	95 % CI	p
Yaş	-0.397 (0.106)	(-0.607) - (-0.187)	**<0.001**	-0.338 (0.114)	(-0.563) - (-0.113)	**0.033**
Tanı (Akciğer Kanseri)	-7.993 (1.922)	(-11.798)- (-4.197)	**<0.001**	-3.997 (2.089)	(-8.126)- (0.132)	0.058
Eğitim	3.084 (0.795)	1.513 – 4.655	**<0.001**	1.399 (0.805)	(-3.040)- (0.175)	0.084
Tanı Zamanı	1.468 (0.787)	(-0.088)- (3.023)	0.064	-	-	
Hastalık Evresi	-1.901 (0.847)	(-3.574)- (-0.228)	**0.026**	-1.433 (0.814)	(-3.040)- (0.175)	0.080
Stres	0.367 (0.270)	(-0.167)- (0.901)	0.177			
Anksiyete	0.425 (0.298)	(-0.163)- (1.013)	0.156			
Depresyon	-0.050 (0.226)	(-0.496)- (0.397)	0.826			
Beden Algısı	0.101 (0.038)	(0.026)- (0.176)	**0.008**	0.055 (0.042)	(-0.029)- (0.139)	0.195
Benlik Saygısı	0.584 (0.196)	(0.197)- (0.972)	**0.003**	0..450 (0.233)	(-0.010)- (0.910)	0.055

Buna göre univariate regresyon analizi sonucunda yaş, "Benlik Algısında Değişim" puanları için açıklayıcı faktör olarak bulundu. Yaşta 1 yıllık artış "Benlik Algısında Değişim" puanlarında 0.397 puanlık azalışa neden olmaktadır ($p<0.001$).

Univariate regresyon analizi sonucunda tanı "Benlik Algısında Değişim" puanları için açıklayıcı faktör olarak bulundu. Akciğer kanseri tanısı "Benlik Algısında Değişim" puanlarında 7.993 puanlık azalışa neden olmaktadır ($p<0.001$).

Univariate regresyon analizi sonucunda eğitim düzeyi "Benlik Algısında Değişim" puanları için açıklayıcı faktör olarak bulundu. Eğitim düzeyinde artış

“Benlik Algısında Değişim” puanlarında 3.084 puanlık artışa neden olmaktadır ($p<0.001$).

Univariate regresyon analizi sonucunda hastalık evresi “Benlik Algısında Değişim” puanları için açıklayıcı faktör olarak bulundu. Hastalık evresinde artış “Benlik Algısında Değişim” puanlarında 1.901 puanlık azalışa neden olmaktadır ($p<0.05$).

Univariate regresyon analizi sonucunda beden algısı puanı “Benlik Algısında Değişim” puanları için açıklayıcı faktör olarak bulundu. Beden algısı puanındaki 1 puanlık artış “Benlik Algısında Değişim” puanlarında 0.101 puanlık artışa neden olmaktadır ($p<0.01$).

Univariate regresyon analizi sonucunda benlik saygısı puanı “Benlik Algısında Değişim” puanları için açıklayıcı faktör olarak bulundu. Benlik saygısı puanındaki 1 puanlık artış “Benlik Algısında Değişim” puanlarında 0.584 puanlık artışa neden olmaktadır ($p<0.01$).

Univariate regresyon analizi sonucunda kanser tanısı zamanı, stres, anksiyete ve depresyon puanı “Benlik Algısında Değişim” puanları için açıklayıcı faktör olarak bulunmadı ($p>0.05$).

Bağımlı değişken “Benlik Algısında Değişim” puanı; bağımsız değişkenlerin yaş, tanı, eğitim, hastalık evresi, beden algısı, benlik saygısı değişkenlerinin olduğu multivariate regresyon analizinde “Benlik Algısında Değişim” puanları için belirleyici faktörün yaş olduğu saptandı ($R^2 =0.253$, $F=8.347$, $p=0.000$). Yaşta 1 yıllık artış “Benlik Algısında Değişim” puanlarında 0.338 puanlık azalışa neden olmaktadır ($p<0.05$).

"Yaşam Felsefesinde Değişim" puanı için açıklayıcı değişkenlerle univariate ve multivariate lineer regresyon analizi sonuçları Tablo 4.8'de sunulmuştur.

Tablo 4.8. "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanı için açıklayıcı değişkenlerle univariate ve multivariate lineer regresyon analizi sonuçları

	UNİVARİATE			**MULTİVARİATE**		
Parameter	B(Std.Error)	95 % CI	p	B(Std.Error)	95 % CI	p
Yaş	-0.310 (0.070)	(-0.447)-(-0.172)	**<0.001**	-0.287 (0.072)	(-0.430)-(-1.144)	**<0.001**
Tanı (Akciğer Kanseri)	-5.539 (1.274)	(-8.055)-(-3.023)	**<0.001**	-1.981 (1.308)	(-4.565)-(0.604)	0.132
Eğitim	2.867 (0.504)	(1.871)-(3.864)	**<0.001**	1.575 (0.504)	(0.579)-(2.570)	**0.002**
Tanı zamanı	1.046 (0.532)	(0.012)-(2.081)	**0.047**	0.940 (0.478)	(-0.005)-(1.885)	0.051
Hastalık Evresi	-0.448 (0.572)	(-1.578)-(0.682)	0.434	-		
Stres	0.320 (0.179)	(-0.034)-(0.674))	0.076	-		
Anksiyete	0.288 (0.198)	(-0.104)-(0.679)	0.149	-		
Depresyon	-0.030 (0.151)	(-0.328)-(0.267)	0.841	-		
Beden Algısı	0.053 (0.025)	(0.003)-(0.103)	**0.039**	-0.001 (0.026)	(-0.053)-(0.051)	0.970
Benlik Saygısı	0.478 (0.129)	(0.224)-(0.732)	**<0.001**	0.489 (0.146)	(0.200)-(0.777)	**0.001**

Buna göre univariate regresyon analizi sonucunda yaş "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanları için açıklayıcı faktör olarak bulundu. Yaşta 1 yıllık artış "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanlarında 0.310 puanlık azalışa neden olmaktadır ($p<0.001$).

Univariate regresyon analizi sonucunda tanı "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanları için açıklayıcı faktör olarak bulundu. Akciğer kanseri tanısı "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanlarında 5.539 puanlık azalışa neden olmaktadır ($p<0.001$).

Univariate regresyon analizi sonucunda eğitim "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanları için açıklayıcı faktör olarak bulundu. Eğitim düzeyinde artış "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanlarında 2.867 puanlık artışa neden olmaktadır ($p<0.001$).

Univariate regresyon analizi sonucunda tanı zamanı "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanları için açıklayıcı faktör olarak bulundu. Tanı zamanında artış "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanlarında 1.046 puanlık artışa neden olmaktadır ($p<0.05$).

Univariate regresyon analizi sonucunda beden algısı puanı "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanları için açıklayıcı faktör olarak bulundu. Beden algısı puanındaki 1 puanlık artış "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanlarında 0.053 puanlık artışa neden olmaktadır ($p<0.05$).

Univariate regresyon analizi sonucunda benlik saygısı puanı "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanları için açıklayıcı faktör olarak bulundu. Benlik saygısı puanındaki 1 puanlık artış "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanlarında 0.478 puanlık artışa neden olmaktadır ($p<0.001$).

Univariate regresyon analizi sonucunda hastalık evresi, stres, anksiyete ve depresyon puanları "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanları için açıklayıcı faktör olarak bulunmadı ($p>0.05$).

Bağımlı değişken "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanı; bağımsız değişkenlerin yaş, tanı, eğitim, tanı zamanı, beden algısı, benlik saygısı değişkenlerinin olduğu multivariate regresyon analizinde "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanları için belirleyici faktörlerin yaş, eğitim ve benlik saygısı puanları olduğu saptandı ($R^2 =0.348$, $F=13.163$, $p=0.000$).

Yaşta 1 yıllık artış "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanlarında 0.287 puanlık azalışa neden olmaktadır ($p<0.001$).

Eğitim düzeyinde artış "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanlarında 1.575 puanlık artışa neden olmaktadır ($p<0.01$).

Benlik saygısı puanındaki 1 puanlık artış "Yaşam Felsefesinde Değişim" puanlarında 0.489 puanlık artışa neden olmaktadır ($p<0.01$).

"Başkalarıyla İlişkilerde Değişim" puanı için açıklayıcı değişkenlerle univariate ve multivariate lineer regresyon analizi sonuçları Tablo 4.9'da sunulmuştur.

Tablo 4.9. "Başkalarıyla İlişkilerde Değişim" puanı için açıklayıcı değişkenlerle univariate ve multivariate lineer regresyon analizi sonuçları

	UNİVARİATE			**MULTİVARİATE**		
Parameter	B(Std.Error)	95 % CI	p	B(Std.Error)	95 % CI	p
Yaş	-0.137 (0.053)	(-0.240)-(-0.033)	**0.010**	-0.133 (0.053)	(-0.239)-(-0.028)	**0.014**
Tanı (Akciğer Kanseri)	-1.798 (0.968)	(-3.710)-(0.114)	0.065	-		
Eğitim	1.191 (0.391)	(0.419)-(1.962)	**0.003**	0.780 (0.406)	(-0.023)-(1.583)	0.057
Tanı zamanı	0.110 (0.384)	(-0.649)-(0.869)	0.776			
Hastalık Evresi	-0.398 (0.414)	(-1.217)-(0.420)	0.338			
Stres	0.080 (0.131)	(-0.180)-(0.339)	0.545			
Anksiyete	0.063 (0.145)	(-0.223)-(0.349)	0.663			
Depresyon	-0.031 (0.109)	(-0.246)-(0.185)	0.778			
Beden Algısı	0.051 (0.018)	(0.014)-(0.087)	**0.006**	0.035 (0.022)	(-0.008)-(0.078)	0.114
Benlik Saygısı	0.247 (0.095)	(0.059)-(0.436)	**0.010**	0.138 (0.120)	(-0.099)-(0.375)	0.252

Buna göre univariate regresyon analizi sonucunda yaş "Başkalarıyla İlişkilerde Değişim" puanları için açıklayıcı faktör olarak bulundu. Yaşta 1 yıllık artış "Başkalarıyla İlişkilerde Değişim" puanlarında 0.137 puanlık azalışa neden olmaktadır ($p<0.05$).

Univariate regresyon analizi sonucunda eğitim "Başkalarıyla İlişkilerde Değişim" puanları için açıklayıcı faktör olarak bulundu. Eğitim düzeyinde artış "Başkalarıyla İlişkilerde Değişim" puanlarında 1.191 puanlık artışa neden olmaktadır ($p<0.01$).

Univariate regresyon analizi sonucunda beden algısı puanı "Başkalarıyla İlişkilerde Değişim" puanları için açıklayıcı faktör olarak bulundu. Beden algısı puanındaki 1 puanlık artış "Başkalarıyla İlişkilerde Değişim" puanlarında 0.051 puanlık artışa neden olmaktadır ($p<0.01$).

Univariate regresyon analizi sonucunda benlik saygısı puanı "Başkalarıyla İlişkilerde Değişim" puanları için açıklayıcı faktör olarak bulundu. Benlik saygısı

puanındaki 1 puanlık artış "Başkalarıyla İlişkilerde Değişim" puanlarında 0.247 puanlık artışa neden olmaktadır ($p<0.05$).

Univariate regresyon analizi sonucunda tanı, tanı zamanı, hastalık evresi, stres, anksiyete ve depresyon puanları "Başkalarıyla İlişkilerde Değişim" puanları için açıklayıcı faktör olarak bulunmadı ($p>0.05$).

Bağımlı değişken "Başkalarıyla İlişkilerde Değişim" puanı; bağımsız değişkenlerin yaş, eğitim, beden algısı ve benlik saygısı değişkenlerinin olduğu multivariate regresyon analizinde "Başkalarıyla İlişkilerde Değişim" puanları için belirleyici faktörün yaş olduğu saptandı ($R^2 =0.135$, $F=5.853$, $p=0.000$). Yaşta 1 yıllık artış "Başkalarıyla İlişkilerde Değişim" puanlarında 0.133 puanlık azalışa neden olmaktadır ($p<0.05$).

"Travma Sonrası Büyüme Toplam" puan için açıklayıcı değişkenlerle univariate ve multivariate lineer regresyon analizi sonuçları Tablo 4.10'da sunulmuştur.

Tablo 4.10. "Travma Sonrası Büyüme Toplam" puan için açıklayıcı değişkenlerle univariate ve multivariate lineer regresyon analizi sonuçları

	UNİVARİATE			**MULTİVARİATE**		
Parameter	B (Std.Error)	95 % CI	p	B(Std.Error)	95 % CI	p
Yaş	-0.843 (0.211)	(-1.261)-(-0.426)	**<0.001**	-0.654 (0.217)	(-1.084)-(-0.225)	**0.003**
Tanı (Akciğer Kanseri)	-15.330(3.851)	(-22.938)-(-7.721)	**<0.001**	-8.635 (3.888)	(-16.319)-(-0.952)	**0.028**
Eğitim	7.142 (1.560)	(4.060)-(10.224)	**<0.001**	4.027 (1.574)	(0.917)-(7.138)	**0.012**
Tanı zamanı	2.624 (1.575)	(-0.487)-(5.734)	0.098	-		
Hastalık Evresi	-2.748 (1.703)	(-6.111)-(0.616)	0.109	-		
Stres	0.767 (0.539)	(-0.299)-(1.832)	0.154	-		
Anksiyete	0.775 (0.595)	(-0.399)-(1.950)	0.194	-		
Depresyon	-0.111 (0.451)	(-1.002)-(0.780)	0.806	-		
Beden Algısı	0.205 (0.076)	(0.055)-(0.354)	**0.008**	0.097 (0.083)	(-0.068)-(0.261)	0.247
Benlik Saygısı	1.310 (0.388)	(0.543)-(2.077)	**0.001**	1.005 (0.457)	(0.102)-(1.908)	**0.029**

Buna göre univariate regresyon analizi sonucunda yaş “Travma Sonrası Büyüme Toplam” puan için açıklayıcı faktör olarak bulundu. Yaşta 1 yıllık artış “Travma Sonrası Büyüme Toplam” puanlarında 0.843 puanlık azalışa neden olmaktadır ($p<0.001$).

Univariate regresyon analizi sonucunda tanı “Travma Sonrası Büyüme Toplam” puanları için açıklayıcı faktör olarak bulundu. Akciğer kanseri tanısı “Travma Sonrası Büyüme Toplam” puanlarında 15.330 puanlık azalışa neden olmaktadır ($p<0.001$).

Univariate regresyon analizi sonucunda eğitim “Travma Sonrası Büyüme Toplam” puanları için açıklayıcı faktör olarak bulundu. Eğitim düzeyinde artış “Travma Sonrası Büyüme Toplam” puanlarında 7.142 puanlık artışa neden olmaktadır ($p<0.001$).

Univariate regresyon analizi sonucunda beden algısı puanı “Travma Sonrası Büyüme Toplam” puanları için açıklayıcı faktör olarak bulundu. Beden algısı puanındaki 1 puanlık artış “Travma Sonrası Büyüme Toplam” puanlarında 0.205 puanlık artışa neden olmaktadır ($p<0.01$).

Univariate regresyon analizi sonucunda benlik saygısı puanı “Travma Sonrası Büyüme Toplam” puanları için açıklayıcı faktör olarak bulundu. Benlik saygısı puanındaki 1 puanlık artış “Travma Sonrası Büyüme Toplam” puanlarında 1.310 puanlık artışa neden olmaktadır ($p<0.01$).

Univariater regresyon analizi sonucunda tanı zamanı, hastalık evresi, stres, anksiyete ve depresyon puanları “Travma Sonrası Büyüme Toplam” puanları için açıklayıcı faktör olarak bulunmadı ($p>0.05$).

Bağımlı değişken “Travma sonrası Toplam” Puanı; bağımsız değişkenlerin yaş, tanı, eğitim, beden algısı ve benlik saygısı değişkenlerinin olduğu multivariate regresyon analizinde “Travma Sonrası Büyüme Toplam” puanları için belirleyici faktörlerin yaş, tanı, eğitim ve benlik saygısı olduğu saptandı ($R^2 =0.269$, $F=10.957$, $p=0.000$).

Yaşta 1 yıllık artış “Travma Sonrası Büyüme Toplam” puanlarında 0.654 puanlık azalışa neden olmaktadır ($p<0.01$).

Akciğer kanseri tanısı “Travma Sonrası Büyüme Toplam” puanlarında 8.635 puanlık azalışa neden olmaktadır ($p<0.05$).

Eğitim düzeyinde artış “Travma Sonrası Büyüme Toplam” puanlarında 4.027 puanlık artışa neden olmaktadır ($p<0.05$).

Benlik saygısı puanındaki 1 puanlık artış “Travma Sonrası Büyüme Toplam” puanlarında 1.005 puanlık artışa neden olmaktadır ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, meme ve akciğer kanseri tanısı almış kadın hasta gruplarında travma sonrası büyüme ile beden algısı ve benlik saygısı arasında bir ilişki olup olmadığı incelenmiştir. Meme, kadınlık sembolü ve kimlik ifadesi olan bir organdır; akciğer ise yaşamsal öneme sahip bir organdır. Bu bağlamda, farklı iki kanser türünün TSB gelişimi üzerine etkisi ve bu süreçte potansiyel olarak rol oynayabilecek beden algısı, benlik saygısı ve sosyodemografik veriler incelenmiş ve analiz edilmiştir. Çalışmada, meme kanseri tanısı olan hastaların TSB toplam ve alt boyutları puanının daha yüksek beden algısı ve benlik saygısı ölçek puanları ile ilişkili olduğu, bununla birlikte akciğer kanseri tanılı hastalarda ise "Başkalarıyla İlişkide Değişim" alt boyutu puanının benlik saygısı ölçek puanı ile pozitif yönlü ilişkili olduğu saptanmıştır. Konuyla ilgili literatür verileri tarandığında, TSB ve birçok farklı değişken arasındaki ilişkiler incelenmiş olmakla birlikte, TSB ile beden algısı ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma bulunmuştur. Bu çalışmalarda ise travmatik deneyim olarak kanser tanısı, çocukluk çağı cinsel istismarı, yanık hastaları, böbrek transplantasyonu olan hastalar incelenmiştir. Bu çalışmada, farklı kavramsal karşılığı olabilecek iki kanser türü ile beden algısı ve benlik saygısının, TSB gelişimindeki rolü ve potansiyel katkıları araştırılarak literatüre katkı sağlaması amaçlanmıştır.

Anormal yapıdaki hücrelerin bölünmesi ve çoğalması ile karakterize bir hastalık olan kanser, dünyada önde gelen ölüm nedenlerindendir (95,96). Her iki cinsiyet göz önüne alındığında, akciğer kanseri en sık teşhis edilen, daha kötü bir prognoza sahip ve daha kısa sağkalım süresiyle ilişkilendirilen bir tanıdır. Buna karşılık, meme kanseri kadınlarda en yaygın görülen kanser türüdür ve kadın kimliğini ve cinselliğini ifade eden bir organa yönelik tehditler barındırır (14,15,98). Akciğer kanserinin, son yıllarda kadınlarda görülme sıklığında dikkate değer bir artış mevcuttur. Birçok çalışma, akciğer kanseri insidansının artan yaş ile güçlü bir korelasyon gösterdiğini ortaya koymuştur (146). Elli yaş altı bireylerde görülme sıklığı genellikle %10'un altında iken, 60'lı ve 70'li yaşlarda görülme sıklığı pik yapmaktadır (147,148). ABD'de akciğer kanseri için ortalama yaş 70 olarak bulunmuştur (149). Meme kanseri epidemiyolojik verilerine bakıldığında ise cinsiyet, yaş, menarş ve menopoz yaşı, ülkenin ekonomik gelişmişlik derecesi gibi faktörler öne çıkmaktadır.

Türkiye'de 2019 yılında gerçekleştirilen bir araştırmaya göre, 20 bin meme kanseri hastası incelendiğinde, hastaların ortanca yaşının 51 olduğu ve en yoğun hasta grubunun 45-49 yaş aralığında olduğu saptanmıştır (150). Meme kanseri yaygınlığının, 50 yaş üstü popülasyonda arttığını gösteren çalışmalar bulunmasına rağmen, Türkiye'de görülün vakaların yaklaşık %40'ı 50 yaş altındadır. Bu verilere göre, diğer çalışmalardan farklı olarak, meme kanseri ülkemizde daha genç popülasyonda ortaya çıkmaktadır (151). Bu çalışmada, literatür verileriyle uyumlu olarak akciğer kanseri hastalarının yaş ortalaması (55.69±8.28) meme kanseri hastalarının yaş ortalamasından (48.49±8.53) daha büyük bulunmuştur. Bununla birlikte, 65 yaş üstü hastalar çalışmaya dahil edilmediğinden, özellikle akciğer kanseri hastalarının yaş ortalaması literatürden daha düşük bulunmuştur.

Sosyoekonomik değerlendirme genellikle gelir düzeyi, işsizlik, mesleki değişken ve eğitim ile ölçülen karmaşık bir durumdur. Literatür incelendiğinde, birçok kanser türü için erken teşhis ve tedavideki gelişmelere rağmen, kanser insidansı, morbidite, mortalite ve sağkalım konularında sosyoekonomik farklılıklar olduğuna dair veriler bulunmaktadır. Akciğer kanseri için incelenen literatürde, sosyoekonomik durum ve hastalık ilişkisine dair sınırlı sayıda çalışma bulunmuştur. Bu çalışmalarda ise daha çok sosyoekonomik durum ve hastaların sağkalımı arasındaki ilişki değerlendirmiş olup bulgular tutarsız bulunmuştur. Daha düşük sosyoekonomik duruma sahip olan popülasyonlar, küçük hücre dışı akciğer kanseri açısından yüksek risk altında bulunmuştur (152). Bu durum; sigara içme, kötü beslenme, fiziksel hareketsizlik, obezite, çevresel ve mesleki faktörler, diğer riskli alışkanlıklar ve eylemlerde bulunma olasılığının daha yüksek olmasının yanı sıra tarama ve tedavi gibi sağlık hizmetlerine daha düşük erişime bağlanmaktadır (153,154). Sosyoekonomik koşulların kanser insidansı ve tanı evresi üzerindeki etkisinin incelendiği bir araştırmada, lise altı eğitim seviyesindeki erkek ve kadınlarda, akciğer kanseri görülme oranının, üniversite eğitimli gruba kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yıllık geliri 12.500 doların altında olan ailelerde akciğer kanseri insidans oranı, geliri 50.000 dolar veya üzerinde olanlara göre 1,7 kat daha yüksek bulunmuştur. Düşük gelir düzeyi, kadınlarda ileri evre meme kanseri ve erkeklerde ileri evre prostat kanseri riskinde artış ile ilişkilendirilmiştir. Ek olarak, ileri evre tanılar daha düşük sosyoekonomik koşullarla ilişkilendirilmiştir (154). Aynı çalışmada, kadınlarda meme

kanseri insidansının daha yüksek eğitim düzeyi ile ilişkilendirildiği belirtilmiştir (154). Meme kanseri insidansı, yüksek gelirli ülkelerde, düşük gelirli ülkelere kıyasla daha yüksek bulunmuştur (155). Türkiye'de yapılmış bir çalışmada, şehirlerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ile kadınlarda meme kanseri ölüm oranı arasında pozitif ilişki bulunmuştur (156). Gelişmiş ülkelerde, batılı yaşam tarzı, ilk çocuk sahibi olma yaşında gecikme ve geç saatlere kadar süren çalışma programları gibi faktörler, meme kanseri gelişimi için başlıca risk faktörleridir. Öte yandan, gelişmekte olan ülkelerde, artan meme kanseri insidansı ve mortalitesinin başlıca nedenleri arasında, hastalık hakkında farkındalık eksikliği ve bilgi yetersizliği, kanser tarama programlarındaki yetersizlikler, gecikmiş tanı ve tıbbi yetersizlik gibi durumlar öne çıkmaktadır. Bu çalışmada, akciğer kanserli hastaların eğitim düzeyleri, çalışıyor olma durumları ve gelir düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Ayrıca çalışmaya dahil edilen meme kanseri hastalarının, eğitim ve gelir düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Mevcut veriler yukarıda açıklanan literatür verileri ile tutarlıdır. Ancak cinsiyet, yaş, genetik, ırk, hormonal etki, biyolojik ajanlar, çevresel risk faktörleri, eğitim ve ekonomik durumlar, sigara-alkol kullanımı, beslenme alışkanlıkları, yaşam tarzı farklılıkları, sağlık hizmetlerine erişim imkânı ve sağlık okur-yazarlığı gibi birçok faktör bu hastalıkların gelişim sürecinde rol almaktadır. Dolayısıyla bu bulguların olası bir açıklaması, sosyoekonomik farklılıkların, bu sürecin gelişiminde diğer risk faktörleriyle birlikte rol aldığı şeklinde dikkatle yorumlanmalıdır. Ayrıca çalışmanın dahil edilme kriterleri ile her iki kanser türünün yaş dağılımları ve pik yapma yaşı gibi özellikler birlikte ele alındığında, seçilen örneklemlerdeki bu değişkenlerin etkilendiği söylenebilir. Yine çalışmada, hastaların birlikte yaşadığı kişiler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Akciğer kanseri hastalarının, eşleriyle yaşama oranı yüksekken, eş ve çocuklarıyla yaşama oranı daha düşük bulunmuştur. Akciğer kanseri tanısı alan hastaların yaş ortalamasının yüksek olması yani bu hastaların daha ileri yaşta olmaları dolayısıyla, çocuklarının ebeveynlerinden ayrı yaşıyor olması olasıdır. Bununla birlikte, seçilen örneklemdeki her bireyin farklı aile dinamikleri ve sosyal bağlara atfettikleri önem gibi hem bireysel hem de kültürel nedenler, bu durumu etkilenmiş olabilir.

Akciğer kanseri tanılı hastaların çoğu, tanı anında ileri evre yani dördüncü evrededir (152,157). Bircan ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, küçük

hücre dışı akciğer kanserinin yaklaşık %41'i dördüncü evre iken, küçük hücreli akciğer kanserinin %53,8'i yaygın evrede saptanmıştır (158). Küçük hücre dışı akciğer kanseri için metastatik (evre IV) oranlar; İsveç'te %46,8, Danimarka'da %55 ve Avustralya'da %47,5 civarında tespit edilmiştir (159). Meme kanseri vakalarında hastalık evresi, hastalığın tedavi ve ölüm oranları; ırk, etnik köken ve ülkelere göre çeşitli farklılıklar göstermektedir (160). Bu durum, bireysel ve toplumsal meme kanseri risk faktörlerinin yanı sıra ülkelerin erken tanı ve tarama programları ile kişilerin sağlık hizmetlerine erişim imkânı gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. İtalya'da yapılan bir araştırmada, meme kanseri için 5 yıllık sağkalım oranları %90 civarındayken 10 yıllık sağkalım yaklaşık %80 olarak belirtilmiştir (161). ABD'de meme kanseri hastalarının %64'ünde hastalık lokalizeyken, %28'inde bölgesel yayılım ve %6'sında uzak yayılım göstermektedir (155). Türkiye'de geniş katılımlı bir çalışmada, hastaların tanı anındaki patolojik evrelerinin dağılımı sırasıyla Evre 0 %4,7; Evre I %28,5; Evre II %48,3; Evre III %14,5 ve Evre IV %4 olarak saptanmıştır. Aynı örneklem grubunun klinik tanı evrelemesi ise sırasıyla Evre 0 %2,3; Evre I %29,7; Evre II %44,2; Evre III %21,4 ve Evre IV %2,4 şeklinde bulunmuştur (150). Bu çalışmada, meme kanseri ve akciğer kanseri hastalarının tanı anındaki hastalık evresi arasında anlamlı fark saptandı. Akciğer kanserli hastaların tanı anında 4. evre olma oranı daha yüksek bulundu. Meme kanseri hastalarının evre dağılımı ise sırasıyla Evre I %29,6; Evre II %34,6; Evre III %25,9 ve Evre IV %9,9 şeklindeydi. Bu bulgular, literatürde saptanan verilerle tutarlıdır. Meme kanserinin erken evrede saptanması, son yıllarda artan kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi ve mamografi gibi erken tanı ve tarama testlerinin yansıması olabilir. Çalışmada, hastaların kanser tanısı üzerinden geçen zaman arasında anlamlı fark saptandı. Akciğer kanseri hastalarında, tanı üzerinde geçen zaman (6 Ay-1 Yıl) daha kısaydı. Bu durum, akciğer kanseri hastalarının daha kötü prognoza ve kısa sağkalım sürelerine sahip olmaları nedeniyle daha kısa bir takip sürelerine sahip oldukları şeklinde açıklanabilir. Ayrıca meme kanseri örnekleminde, erken evre tanıların daha fazla olması, meme kanserinin akciğer kanserine kıyasla daha iyi prognoza ve daha uzun sağkalım süresine sahip olması bu durumu etkilemiş olabilir. Meme ve akciğer kanseri örneklemlerinde, uygulanan tedaviler arasında anlamlı farklılık saptandı. Genel olarak kanser tedavisinde kemoterapi, radyoterapi, cerrahi yöntemler, hormon terapisi, kök hücre tedavisi, immünoterapi gibi yöntemler

kullanılsa da kanserin türü, evresi, hastanın tedaviyi tolere etmesi gibi nedenlerden ötürü tedavi seçimi her bireye özeldir. Kişiye özgü tedavi yöntemleri, tedaviler arasındaki farklılığı açıklayabilir. Her iki grup arasında, ek hastalıklar açısından anlamlı fark bulundu. Bu durumun, akciğer kanseri örnekleminin yaş ortalamasının daha büyük olması nedeniyle ileri yaşa bağlı artmış ek hastalık riskinden kaynaklandığı söylenebilir. Diğer sosyodemografik ve hastalıkla ilgili değişkenler arasında her iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı.

Sağlık alanında, TSB genellikle kanser gibi ölümcül bir hastalığı olan kişilerde incelenmiştir (8). Kanser hastalarında TSB'ye dair literatür giderek artmaktadır. Ancak çalışmalar daha çok meme kanseri popülasyonuna odaklanmıştır; akciğer kanseri hastalarını inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır (90,98). Akciğer kanseri olguları üzerine yapılan bir çalışmada, TSB ortalama değeri (45.52±11.17) olarak bulunmuştur (162). Farklı türde kanser vakalarının dahil edildiği bir çalışmada, TSB ortalama puanı (61,15 ± 20,26) olarak elde edilmiştir. Bu çalışmada ortalama puanı düşüren neden olarak, çalışmaya dahil edilen akciğer, mide ve pankreas gibi daha kötü prognoza ve daha yüksek stres yüküne sahip hastalıklar öne sürülmüştür (90). Yine literatürde TSB ortalama değerlerinin; (43.76±16.21), (48.55±20.58), (57.8±25.4), (57.9±24.5), (58.43±25.82), (60.92±16.35), (64.1±24.8), (70.18±15.85) şeklinde bulunduğu çalışmalar yer almaktadır (78–81,85,98,163,164). Bahsedilen çalışmalarda, TSBE'nin orijinal hali olan 21 soruluk ölçek kullanılmıştır. Bu çalışmada, meme ve akciğer kanseri tanılı hastaların TSB ortalama puanları sırasıyla (57.09±22.46), (41.76±25.47) şeklinde bulunmuştur. Meme kanseri hastalarında, TSB düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bulguların bu şekilde farklılık göstermesi, çalışmanın yapıldığı toplumların travma ve büyüme kavramına dair benimsedikleri kültürel farklılıklar, travmanın türü ve çeşitli sosyodemografik değişkenlerden etkilenmiş olabilir (7,75). Bu değişkenlerin yanı sıra, algılanan stres düzeyindeki artış, daha yüksek TSB ile ilişkilendirilmiştir (60,165). Bu durum dikkate alındığında, travmatik olayın kendisinden ziyade olayın öznel deneyiminin ve yorumlanmasının büyüme üzerine etki göstermesi daha olasıdır. Bu öznel deneyimi etkileyen çeşitli faktörler olabilir. Temelde her iki kanser türü de ölümü, korkuyu ve çaresizliği çağrıştırabilir. Bu yoğun stres kaynağı, TSB gelişiminde tetikleyici faktör olabilir. Ancak burada özellikle meme dokusu ve meme kanseri üzerine yapılan toplumsal atıflar önem kazanmaktadır.

Kadında meme dokusu, fiziksel bir organdan çok daha fazlasını temsil eder. Toplumsal, kültürel ve psikolojik yönden birçok anlam barındırır. Birçok kültürde cinselliğin sembolü ve kadınlığın bir parçası olarak değerlendirilir. Memenin büyüklüğü ve şekli, kadınlığın, fiziksel çekiciliğin ve cinsel cazibenin bir göstergesi olarak kabul edilir. Meme, yerine getirdiği emzirme işleviyle birlikte anne-bebek bağını, anneliği, doğurganlığı, üretkenliği temsil eder. Ayrıca bazı toplumlarda üreme yeteneğini, aile birliğini dolayısıyla bereketi sembolize eder. Meme kanseri veya memenin kaybı sadece sağlık kaygısı ve ölüm korkusunu tetiklemekle kalmaz. Aynı zamanda bahsedilen sosyal atıflar ve rollerden dolayı kişinin kimlik ve yaşam algısını da çok daha derinden etkileyebilir. Memenin kaybı, toplumsal cinsiyet rolleriyle ilgili beklentilerin de kaybına neden olabilir. Tüm bu yönleri dikkate alındığında, meme kanseri ve memenin kaybıyla kişi, toplumsal kabulde sıkıntı yaşayabilir ve damgalanmaya maruz kalabilir. Oldukça karmaşık sosyal atıfları ve rolleri olan bir olgunun neticesinde, birey sadece sağlığını veya hayatını kaybetme riskiyle karşı karşıya kalmış değildir. Hayatta kalsa bile toplumsal kimliğini ve rolünü de kaybetme riskiyle yüzleşmek durumundadır. Bu durum temelde var olan stresi daha da artırabilir. Tüm bu faktörler, kişinin temel kabullerine ve varsayımlarına zarar verebilir. Akciğer kanseri olgularından farklı olarak, toplumsal açıdan kimlik veya rol kaybı riski, meme kanseri hastalarında TSB gelişiminde ikinci bir tetikleyici faktör olabilir. Bu da TSB gelişiminde kritik bir adım olan varsayımların sorgulanması, sarsılması ve yeniden yapılandırılması sürecine katkıda bulunabilir. Böylelikle birey kendi içsel gücünü keşfetmeye, kişisel açıdan olgunlaşmaya ve gelişmeye başlayabilir. Bireysel ve toplumsal alanda, kaybettiğini düşündüğü rol ve kimlik yapısını kişilerarası etkileşimlerinde paylaşımla, empatiyle, diğerkâmlıkla yeniden yapılandırabilir. Bunun yanında, yaşama dair geliştireceği eşsiz hayat felsefesi ve kendisine yarattığı yeni olanaklar ile benliğini yeniden inşa edebilir. Elbette ki burada bahsedilen faktörlerin, TSB gelişimini etkileyecek tek unsur olmadığı açıktır. Ancak akciğerlerin meme gibi belirgin bir sembolik anlamı çoğu zaman yoktur. Bu da meme kanseri olgularında daha fazla TSB gelişiminin nedenlerinden biri olarak yorumlanabilir.

Kanser hastalarında yaş, cinsiyet, eğitim, ekonomik durum, hastalığın şiddeti, tanı üzerinden geçen süre, uygulanan tedavi türü, dışa dönüklük, iyimser kişilik özellikleri ve sosyal destek gibi faktörlerin TSB gelişimini etkilediği bilinmektedir.

(90,162,165). Çalışmanın TSB toplam puanı, diğer çalışmaların bulgularıyla tutarlıdır. Literatürde akciğer kanseri hastalarında TSB'nin araştırıldığı sınırlı sayıda çalışma olmasına rağmen, bu çalışmada elde edilen TSB toplam puanı, Peng ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmayla uyumludur (162). Akciğer hastalarında TSB puanının daha düşük olması akciğer kanserinin ve seçilen örneklemin özellikleri ile ilgili olabilir. Özellikle TSB ile pozitif ilişki gösteren genç yaşta olma, yüksek eğitim düzeyi ve yüksek gelir düzeyi, seçilen iki örneklem arasında anlamlı farklılık göstermektedir. Akciğerlerin, memedeki gibi atfedilen sembolik bir anlamı olmadığı da dikkate alındığında, bütün bunların meme kanseri grubunda TSB'ye daha belirgin katkı yaptığı söylenebilir. Ayrıca akciğer kanseri örneklemindeki hastaların çoğunluğu evre 4 hastasıydı ve ileri evre hastalık da sonuçları etkilemiş olabilir. Lechner ve arkadaşları, dördüncü evre hastalığı olanların daha düşük büyüme bildirdiklerini belirtmiştirler. Hastalığın ileri evresi ve yaşamı tehdit eden stresi, hastaların travmatik deneyimle baş etme ve üstesinden gelme kapasitesini aşabilir (166). Bununla birlikte TSB gelişiminde, travmatik olayın öznel deneyiminin etkisi olayın nesnel doğasından daha önemli bir belirleyicidir. Bu durum birçok çalışmada gösterilmiştir (167). TSB alt boyutları incelendiğinde ise farklı çalışmalarda farklı sonuçlar dikkat çekmektedir. Blickle ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, TSB alt boyutlarında en fazla gelişim, yaşamın takdir edilmesi alt boyutu iken diğerleri sırasıyla kişilerarası ilişkilerde artış, kişisel güçlenme, yeni olasılıklar ve yaşam felsefesinde değişim şeklindedir (165). Bir başka çalışmada, başkalarıyla ilişkilerde değişim alt boyutunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek sonuçlar elde edilmiştir. Diğer alt boyutlarda farklılık saptanmamıştır (81). Mu-Lan ve arkadaşları ise en fazla değişimi kişisel güçlenme alt boyutunda bulmuştur (80). Çalışmada kullandığımız TSBE'nin Türkçe versiyonu, orijinal halindeki gibi 21 sorudan oluşmakta ancak farklı olarak üç alt boyut içermektedir. Bu çalışmada "Benlik Algısında Değişim" ve "Yaşam Felsefesinde Değişim" alt boyutları her iki kanser türünde de en fazla değişim gösteren alanlar olmuştur. Çalışmalardaki bu farklılıklar, çalışmanın yapıldığı toplumların ve seçilen örneklemlerin özelliklerinden etkilenebilmektedir. Ayrıca TSBE'nin toplam soru sayısı 21 olmakla birlikte Türkçe versiyonunda soru dağılımları her üç alt boyut için eşit sayıda değildir. Bu durum her bir alt boyuttaki ortalama değerin (Ort±SS), soru sayısı fazla olan alt boyut lehine kaymasına neden olmaktadır.

Kanser tanısı alan ve tedavi gören hastalarda, psikiyatrik bozuklukların görülme riskinde artış olduğu bilinmektedir. Hastalar bu süreçte birtakım yeni tanılar almakla birlikte daha önce var olan psikiyatrik rahatsızlıklarında alevlenmeler de yaşayabilmektedir. Kanser hastalarında depresyon, kaygı bozukluğu, uyum bozukluğu, ASB, TSSB, uyku-iştah problemleri, deliryum gibi birçok ruhsal bozukluk görülebilmektedir (102). Bunlara ek olarak kanser tedavisinde kullanılan kemoterapi, immünoterapi, steroid gibi tedaviler de psikiyatrik tabloların gelişiminde rol oynamaktadır. Literatürde, kanser hastalarında ruhsal bozuklukların yaygınlığı farklılıklar göstermektedir. Tanı amaçlı görüşmelerde depresyonun yaygınlığı %13 civarındayken, genel değerlendirme yöntemleri kullanıldığında bu oran %4 ile %49 arasında değişmektedir (168). Meme kanseri hastalarında yapılan bir çalışmada, depresyon yaygınlığı %38,2, anksiyete yaygınlığı %32.2 olarak bulunmuştur (169). Bir başka çalışmada, meme kanseri hastalarının %54.5'i depresif semptomlarının %46.8'i de anksiyete semptomlarının olduğunu belirtmişlerdir (170). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, kanser hastalarında psikiyatrik bozuklukların %9 ile %60 arasında yaygınlığı olduğu bulunmuştur (18). İleri evre akciğer kanseri hastalarında yapılan bir çalışmada, anksiyete ve depresyon prevalansları sırasıyla %48,9 ve %56,1 olarak bulunmuştur (He ve diğerleri, 2020). DASÖ-21 ölçeği ile hastaların stres, anksiyete ve depresyon düzeyinin değerlendirildiği bu çalışmada hastaların semptom düzeyleri hafif, orta, ileri ve çok ileri şeklinde dağılım göstermektedir. Buna göre, tüm dağılımlar birlikte ele alındığında, meme kanseri hastalarının % 40.7'si stres belirtileri, %45.7'si anksiyete belirtileri, %51.9'u depresif belirtiler yaşadığını belirtmişlerdir (Tablo 4.4). Aynı şekilde akciğer kanseri hastalarının % 24.3'ü stres belirtileri, %32.4'ü anksiyete belirtileri, %40.5'si depresif belirtiler yaşadığını belirtmişlerdir (Tablo 4.4). Çalışmada stres, anksiyete ve depresyon görülme sıklığının literatür verileriyle uyumlu olduğu söylenebilir. Ancak çalışmalarda standart tarama araçlarının kullanılmaması, kanser hastalarında depresyon ve anksiyete gibi ruhsal sorunların yaygınlığını saptamayı güçleştirmektedir. Bu çalışmada, DASÖ-21 öz-bildirim ölçeği kullanıldığı ve tanı amaçlı bir görüşme yapılmadığı için bu durumun bulguları etkilediği söylenebilir. Ayrıca meme kanseri ve akciğer kanseri hastalarında stres ve anksiyete düzeyi açısından anlamlı fark saptandı. Meme kanseri hastalarının stres ve anksiyete düzeyi daha yüksek bulundu. Bu durumu, seçilen örneklemdeki hastaların

bireysel özellikleri, ekonomik ve sosyal faktörleri, demografik özellikleri, kanserin türü ve tedavi koşulları gibi birçok faktörün etkilediği söylenebilir. Ayrıca memeye atfedilen sembolik anlamlar ve roller göz önüne alındığında, hastaların yaşayabilecekleri kimlik ve rol kayıpları karşısında daha yüksek depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin olması anlamlıdır.

Kanser hastalarında gerek hastalığın getirmiş olduğu semptom yükünün gerek tedaviye bağlı meydana gelen değişikliklerin hastaların hem beden algısında hem de benlikleri üzerinde sarsıcı etki oluşturabildiği bilinmektedir. Bu hastalarda beden algısına dair yapılmış birçok çalışma literatürde yer almaktadır. Beden algısı ile ilgili araştırmaların çoğu meme kanseri hastalarında yapılmıştır (114). Farklı kanser türlerinin dahil edildiği bir çalışmada, hastaların beden imajında anlamlı şekilde azalma olduğu bulunmuştur (99). Özellikle meme kanseri hastalarında çarpıtılmış beden algısı ve azalmış benlik saygısı yaygın psikolojik sorunlardır (172). Bununla birlikte bazı çalışmalarda kanser hastalarının daha iyi beden algılarının olduğu bazı çalışmalarda ise genel popülasyondan herhangi bir farklılık göstermediği sonucu elde edilmiştir (173). Bu şekilde yoğun bir psikolojik etki yaratan ve kişinin beden algısını olumsuz etkileyen zorlayıcı yaşam olayları, kişinin yaşadığı deneyimi anlamlandırmasında önemli bir role sahip olabilir (135). Literatürde TSB ile beden algısı ilişkisini araştıran çalışmalar incelendiğinde ise bir çalışma, TSB'nin "Başkalarıyla İlişkilerde Değişim" alt boyutu ile olumlu beden algısı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Aynı çalışmada "Manevi Değişim" alt boyutu ise olumsuz beden algısı ile ilişkili bulunmuştur (174). Bir başka çalışmada, toplumsal bütünleşme ve beden algısında TSB'nin aracılık etkisi incelenmiştir. Ancak anlamlı bir sonuç bulunamamıştır (175). Li yaptığı çalışmada, beden algısındaki artmış olumsuz değerlendirmenin TSB gelişimi ile negatif korelasyon gösterdiğini, olumsuz bir beden algısının psikolojik iyilik halinde ve stresle başa çıkma stratejilerinde olumsuz sonuçlara neden olabileceğini belirtmiştir (176). Yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip kadın hastaların, mastektomi sonrası bedenlerindeki değişimi daha kolay kabul ettikleri ve bedenlerinden daha düşük düzeyde memnuniyetsizlik duydukları görülmüştür; bu durum TSB olasılığının yüksek psikolojik dayanıklılığı olan bireylerde daha yüksek olmasıyla da bağlantılı bulunmuştur (177). Kanser teşhisine ve kemoterapinin olumsuz fiziksel/psikolojik sonuçlarına katlanarak ve bunların

üstesinden gelerek hayatta kalan hastaların, süreç boyunca daha önce rahatsızlık hissettikleri bedenleriyle yeniden olumlu bir bağ kurdukları, bedensel işlevlerini daha değerli buldukları, bedensel benliklerine ilişkin farkındalıklarının arttığı ve bedenleriyle travma öncesinde var olandan daha olumlu bir ilişki kurdukları görülmüştür. Bu durum, kişinin fiziksel olarak güçlenmesinin ardından zihinsel olarak da güçlenmesidir (135). Bu çalışmada, meme kanseri örnekleminde beden algısı hem TSB toplam puanı hem de TSB alt boyutlarında pozitif korelasyon göstermiştir. Bununla birlikte akciğer kanseri örnekleminde ise TSB ve alt boyutlarıyla anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Univariate regresyon analizi sonuçlarında da olumlu beden algısı hem TSB hem de TSB alt boyutlarında yordayıcı faktör olarak bulunmuştur. Çalışmada, meme kanseri hastaları akciğer kanseri hastalarından anlamlı şekilde daha yüksek TSB ortalama puanına sahipti. Dolayısıyla daha yüksek düzeyde travma sonrası büyüme gösterdikleri söylenebilir. Bu duruma etkiyen değişkenler ele alındığında, meme kanseri örnekleminde TSB lehine katkı sağlaması muhtemel daha genç yaş ortalaması, yüksek eğitim düzeyi, yüksek hane geliri gibi faktörler anlamlı farklılık göstermektedir. Bu faktörlere ek olarak olumlu beden algısı da TSB gelişimine katkı sağlamıştır. Kanser tanısı almış bireyler, hastalık ve tedavi süreci boyunca bedenlerinde meydana gelen değişiklikleri ve kayıpları başlangıçta kabul etmekte zorlanabilirler. Beden algısındaki memnuniyetsizlik, kanser hastalarında psikolojik uyumu engelleyebilmektedir. Beden imajındaki artmış rahatsızlık hissi; düşük benlik saygısına, sosyal ilişkilerden kaçınmaya ve dolaylı olarak daha az düzeyde sosyal destek görmeye yol açabilir. Bu durum artmış depresif belirtilere, olayları daha fazla olumsuz değerlendirmeye ve daha düşük düzeyde TSB'ye neden olabilir. Depresyon genel olarak büyüme ile negatif yönde ilişkilidir, depresyonda olan kişilerin büyüme bildirme olasılığı daha düşüktür (60). Bu çalışmada "Benlik Algısında Değişim" alt boyutu, literatür verileriyle uyumlu olarak depresyon ile negatif korelasyon göstermiştir. Kişilerarası ilişkilerde sunulan sosyal destek ve artan yakınlık hissi, kişinin kendisi ve bedeni hakkında olumlu bakış açısı kazanmasına yardım ederek iyileşme ve büyüme sürecinin bir parçası olabilir. TSB, kişilerarası ilişkiye katkı sağlayabildiği gibi hastalara sunulan ve hastaların algıladıkları sosyal desteğin de TSB gelişimine katkı sağlayabileceği söylenebilir. Araştırmalar, beden imajındaki memnuniyetsizliğinin biyolojik ve inflamatuar süreçlerle ilişkili

olabileceğini göstermektedir. Ayrıca, beden imajının neden olduğu olumsuz psikolojik faktörlerin fiziksel sağlığı da etkileyebileceğini belirtmektedir (178). Bu açıdan değerlendirildiğinde, kanser hastalarında duygusal ve bilişsel çarpıtmaların etkilediği beden imajını iyileştirmek için yapılacak psikolojik müdahaleler, TSB gelişine katkı sağlamakla birlikte kanser tedavisine uyumu artırarak dolaylı yoldan fiziksel sağlığa da katkıda bulanabilir.

Kanser gibi hem travmatik hem de kronik bir hastalık, benlik kavramı için tehdit edici olabilir. Benlik saygısının, olumsuz duygularla baş etmede ve ruhsal iyilik halini sürdürmede rol oynadığı bilinmektedir. Kanser tanısı ve tedavisiyle birlikte kişiler birçok psikiyatrik sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum bir yönüyle kişilerde benlik saygısında azalmaya neden olabilirken diğer taraftan düşük benlik saygısı da psikiyatrik rahatsızlıklar açısından artmış riski beraberinde getirmektedir. Birçok çalışmada benlik saygısının psikolojik bozuklukların gelişimindeki rolü gösterilmiştir (179). Öz saygısı yüksek olan bireyler, öz saygısı düşük olan bireylere göre daha az psikolojik sıkıntılar yaşamaktadırlar (129–131). Kişisel yeterlilik ve benlik saygısının, kronik hastalığı olan bireylerde, psikolojik iyi oluş ve gelişim için önem taşıdığı savunulmaktadır (68). Mcmillen ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, yüksek düzeyde TSB yaşayan ve kendini daha güçlü hisseden grubun, hiç TSB yaşamayan gruba kıyasla benlik saygısı daha yüksek bulunmuştur (Mcmillen ve Zuravin, 1995). Senol-Durak çalışmasında, benlik saygısı puanları daha yüksek hastaların stresle ilişkili büyümede daha yüksek puan aldığı sonucunu elde etmiştir (181). Covid-19 hastalarında yapılan bir çalışmada, benlik saygısı ve TSB pozitif yönde ilişki göstermiştir (182). Bu sonuçlar, Lee ve arkadaşlarının meme kanseri hastalarında benlik saygısının TSB gelişimine etkisini incelendiği çalışmanın sonuçlarıyla tutarlıdır (183). Bununla birlikte anlamlı bir ilişki saptanmayan çalışma da mevcuttur (184). Bu çalışmada, meme kanseri hastalarının "Benlik Algısında Değişim", "Yaşam Felsefesinde Değişim" alt boyutları ve TSB toplam puanı benlik saygısı puanları ile pozitif yönde korelasyon göstermiştir. Akciğer kanseri hastalarının ise "Başkalarıyla İlişkilerde Değişim" alt boyutu benlik saygısı puanıyla pozitif yönlü korelasyon göstermiştir. Univariate regresyon analizi sonuçlarında, benlik saygısı hem TSB hem de TSB alt boyutlarında yordayıcı faktör olarak bulunmuştur. Multivariate regresyon analizi sonucunda, benlik saygısı TSB toplam puanı ve "Yaşam Felsefesinde

Değişim" alt boyutu açısından yordayıcı faktör olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar literatür verileriyle uyumludur. Bu durumun olası birkaç açıklaması olabilir. Yüksek benlik saygısına sahip hastaların stresli olaylarla daha kolay başa çıkabileceklerini düşünmeleri ve uyum süreci boyunca daha etkin adaptif stratejiler kullanmaları, büyümenin gerçekleşmesine katkı sağlamış olabilir. Bu hastalar, stresle "kaçınmacı" bir başa çıkma stratejisi yerine daha aktif bir şekilde mücadele edebilir ve travmatik deneyim sonrası daha fazla olumlu yeniden yorumlamalar yapabilirler. Böylece travmatik olay sonrası temel inançları sarsılmış kişi, kendisini olayın mağduru değil mücadele eden, zorlukları göğüsleyen ve sonunda başarı elde etmiş biri olarak değerlendirir (80). Bu mücadele sonucu bireyler "kişisel gücünü" keşfedebilir ve "bu durumla başa çıkabildiysem her şeyle başa çıkabilirim" diye düşünebilir. Başa çıkma sürecinin sonunda, benlik algısında büyümeyle birlikte yaşamdaki önceliklerin değiştiği ve travmatik deneyimlerin yeniden inşa edilen temel varsayımlarla bütünleştirildiği bir yaşam felsefesi meydana gelebilir. Ayrıca yüksek benlik saygısına sahip bireyler sosyal etkileşimlere girmeye daha isteklidirler. Bu kişiler genellikle olumlu ve kalıcı ilişkiler geliştirme konusunda daha iyidirler. Düşük benlik saygısı, kişiler arası ilişkilerde zorluklara ve uyum sorunlarına neden olabilmektedir. Bu durum, TSB gelişiminde sosyal desteğin ve kendini açmanın önemiyle de bağlantılıdır. Dolayısıyla kişilerarası ilişkilerde artmış etkileşim, yakınlık hissi ve duyguların daha rahat paylaşılması gibi faktörler, başkalarıyla ilişkilerde değişim meydana getirebilir. Benlik saygısına bu perspektiften bakıldığında, hastaların benlik saygısının korunması depresyon, endişe, ölüm korkusu gibi sıkıntıları artırabilecek bir tablo olan kanserle daha iyi baş etmelerine yardımcı olabilir. Böylece TSB gelişiminde önemli bir rol oynayabilir.

TSB kavramı ile ilgili yapılan çalışmalarda, TSB'nin kültürel farklılıklar, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, travmaya dair farklılıklar ve sosyal destek gibi çevresel faktörlerden etkilenebileceği belirtilmiştir (7,11). Genel olarak kişisel ve çevresel değişkenlerinin travmatik deneyimi ve sonrasını şekillendirdiği söylenebilir. Bu değişkenler bilişsel işlemleme süreçlerini ve başa çıkma mekanizmalarını etkilemekte, bunlar da travmatik deneyimin sonucunu etkilemektedir. Çalışmalarda daha genç yaş, daha yüksek eğitim düzeyi ve yüksek hane gelirine sahip popülasyonun daha fazla büyüme bildirdiği gösterilmiştir (56,60,77,80). Bu çalışmada da literatür

verileriyle uyumlu olarak genç yaş ve eğitim düzeyinde artış univariate regresyon analizi sonuçlarına göre hem TSB toplam puanlarında hem de TSB alt boyutlarında yordayıcı faktör olarak bulunmuştur. Multivariate regresyon analizinde genç yaş tüm alanlarda yordayıcı faktör olarak bulunmuşken, eğitim düzeyi ise "Yaşam Felsefesinde Değişim" ve TSB toplam puanı alanlarında ilişkili bulunmuştur. Bu durum, yaşam deneyimleri ve inançları nedeniyle temel varsayımlarını şekillendirmiş olan ileri yaştaki hastalara kıyasla, daha genç hastaların yaşam hedeflerini, önceliklerini ve temel varsayımlarını yeniden belirleme konusunda daha başarılı ve esnek olmalarıyla ilişkili olabilirler. Artmış eğitim düzeyi de bu yeniden inşa sürecine pozitif katkı sağlayabilir. Ayrıca artmış eğitim düzeyi, hastalıkla ilgili zorlukların üstesinden gelme kapasitesi açısından faydalı bir unsur olarak değerlendirilebilir.

TSB ve duygudurum arasında yapılan çalışmaların sonuçları farklılıklar göstermektedir. Mystakidou ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, TSB'nin "Yeni Olasılıklar" alt boyutu ile depresyonun negatif korelasyon gösterdiğini ancak diğer alt boyutlar ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucunu elde etmiştir (85). Frazier ve arkadaşları yaptığı boylamsal araştırmada, depresyon ve TSB arasında negatif korelasyon olduğunu göstermiştir (185). Cordova ve arkadaşları ise depresyon ile TSB arasında bir ilişki bulamamıştır (81). Mohr ve arkadaşları, zorlayıcı yaşam olayları sonrası elde edilen faydanın kaygı düzeyi ile pozitif korelasyon gösterdiğini belirtmiştir (186). Bununla birlikte anksiyete genel olarak büyüme ile ilişkili bulunmamış olup negatif korelasyon gösteren çalışmalar da mevcuttur (60). Bu çalışmanın regresyon analizi sonuçlarına bakıldığında stres, anksiyete ve depresyon düzeyleri TSB ve alt boyutları ile anlamlı bir ilişki göstermemiştir. Bununla birlikte meme kanseri hastalarında "Benlik Algısında Değişim" alt boyutu ile depresyon negatif korelasyon göstermiştir. Depresif hastalar çoğunlukla çaresizlik, karamsarlık, azalmış benlik saygısı ve olumsuz düşüncelerin eşlik ettiği bir tablo içindedirler. Bu da olayların ve geleceğe yönelik değerlendirmelerin olumlu yönlerini daha az algılamaya neden olur. Bu açıdan bakıldığında TSB'nin depresif hastalarda daha az gözlemlenmesi mantıklıdır. Çalışmada ayrıca akciğer kanseri hastalarında, "Benlik Algısında Değişim" alt boyutu ve TSB toplam puanları anksiyete puanlarıyla pozitif korelasyon göstermiştir. Bu durumun seçilen örneklemin özellikleriyle ilgili olması muhtemeldir. Akciğer kanserinin hem ileri evre olması hem de daha kötü prognozlu

olması hastaların kaygı düzeyini artırabilir. Bununla birlikte akciğer kanseri örnekleminin tanı üzerinden geçen zaman aralığının (6 Ay-1 Yıl) kısa olması dikkate alındığında, hastaların psikolojik uyum sağlama ve stres yönetimi açısından adaptif bir süreç içinde olduğu söylenebilir. Bu durumda artmış anksiyete ve algılanan stres düzeyi travma sonrası büyümede rol alıyor olabilir (78). Diğer yandan travmatik deneyim sonrası özellikle erken dönemde, hastalar benliklerinin öz saygı ve bütünlüğünü koruyabilmek için yaşadıkları deneyimin neden olduğu sıkıntıyı azaltma yoluna başvurabilirler. Bu şekilde, kimlik yapısı tehditlere karşı korunmaya çalışılmaktadır. Bazı araştırmacılar bu durumda aslında TSB gelişmediğini kişinin yaşadığı deneyimlere pozitif bakma çabası içinde olduğunu ifade etmiştir (8,62,63). Bütün bu veriler ışığında bakıldığında stres, anksiyete ve depresyonun TSB ile ilişkisi net değildir. Boylamsal çalışmalarda, hem düşük ve yüksek anksiyete düzeylerinin hem de düşük depresyon düzeylerinin TSB'ye eşlik edebileceği gösterilmiştir (167). Literatür verilerinin yetersiz ve birbirinden farklı sonuçlar göstermesi nedeniyle mevcut sonuçların kapsamlı bir değerlendirmesini yapabilmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

TSB gelişiminin birçok değişkenden etkilendiği bilinmektedir. TSB ile tanı, tanı zamanı ve hastalık evresi ilişkisinin değerlendirildiği çalışmalarda sonuçlar değişkenlik göstermektedir. Ondan fazla kanser türünün dahil edildiği bir çalışmada, TSB toplam puanları, kanser türleri arasında farklılık göstermekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (90). Bununla birlikte bahsedilen çalışmada, her bir kanser türü örnekleminin sayısı (meme kanseri: 831, kolorektal:101, akciğer:64, prostat:6 gibi) büyük bir farklılıklar göstermekteydi. Bu çalışmada, univariate regresyon analizi sonucuna göre akciğer kanseri tanısı alan hastaların “Benlik Algısında Değişim”, “Yaşam Felsefesinde Değişim” alt boyutları ile TSB toplam puanlarında azalma olduğu görülmüştür. Ayrıca multivariate regresyon analizinde de akciğer kanseri tanısının TSB toplam puanında azalmayla ilişkili olduğu görülmüştür. Bu duruma akciğer kanserinin daha kötü prognoza sahip olması, hastaların daha ileri evrede olması gibi faktörlerin neden olduğu söylenebilir. Alanyazında yer alan bazı çalışmalar, hastalığın evresinin büyüme ile pozitif ilişkili olduğunu yani hastalığın yayıldığı ve şiddetli olduğu kişilerin daha fazla TSB bildirme ihtimalinin olduğunu göstermiştir (82–84,187) Bununla birlikte Cordova ve

arkadaşları, hastalık evresi ile TSB gelişimi arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (81). Lechner ve arkadaşları, kanserin evresi ile büyüme arasında eğrisel bir ilişki olduğunu evre II hastaların evre I veya evre IV hastalara kıyasla daha yüksek büyüme düzeyine sahip olduğunu bildirmişlerdir (166). Bu çalışmada, univariate regresyon analizi sonucunda hastalık evresinde artış olması "Benlik Algısında Değişim" puanında azalmayla ilişkilendirilmiştir. Diğer alt boyutlarda anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. TSB kişilerin varsayımsal dünyasını ve inançlarını sarsacak nitelikte zorlayıcı bir yaşam olayı sonucu gelişmektedir (6,7). Bununla birlikte ileri evre tablolar ve artmış stres yükü hastaların stresle baş etme kapasitesini aşabilmektedir (166). Kanser tanısı ve tedavi süreci boyunca hastaların yaşamlarını ne ölçüde tehdit altında hissettikleri, hastalıklarını ne ölçüde şiddetli bir stres faktörü olarak gördükleri veya bir travmayı karakterize eden belirli duygulara (güvensizlik, çaresizlik vb.) ne ölçüde sahip oldukları değişkenlik gösterebilmektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde hastalık evresi gibi nesnel durumdan ziyade travmatik olayın öznel deneyimi ruhsal süreçlerde daha belirleyici olabilir (167). Ayrıca veri toplama aşamasında hastaların "tanı anındaki" evreleri hakkında bilgiler elde edilmiş olup görüşme yapıldığı sırada hastalığın evresinin değişmiş olması ihtimali de bu sonuçlar üzerinde yorumlamayı güçleştirmektedir. Tanı üzerinden geçen zaman ve TSB ilişkisini inceleyen çalışmalara bakıldığında, kesitsel çalışmaların bazıları tanıdan itibaren geçen sürenin TSB ile pozitif ilişkili olduğunu bazıları ise anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koymuştur. Bununla birlikte boylamsal çalışmalar TSB'nin çoğunlukla zamanla arttığını ortaya koymuştur (81,85,187). Bu çalışmada, univariate regresyon analizi sonucuna göre "Yaşam Felsefesinde Değişim" alt boyutu için tanı üzerinden geçen zamanın artması yordayıcı faktör olarak bulunmuştur. Diğer alanlarda anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. TSB kişilerin bilişsel işlemlemeleriyle bağlantılıdır. Bilişsel işlem için bir miktar zaman gerektiği düşünüldüğünde, büyümenin gerçekleşmesi zaman alabileceğinden, kanser tanısından itibaren geçen sürenin artması daha fazla TSB ile ilişkilendirilebilir (78,81).

Mevcut sonuçlar doğrultusunda, kanser hastalarının yüksek benlik saygısının ve olumlu beden algısının TSB'ye katkıda bulunabileceği söylenebilir. Kanser gibi zorlayıcı bir yaşam olayının, yalnızca fiziksel sağlığı ve yaşam kalitesini etkilemekle kalmadığı, yarattığı ruhsal problemlerle birlikte tedaviye uyum ve hastalığın ilerlemesi

üzerinde de olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir (188). Ortaya çıkan bu olumsuz etkiler ve sağlık sorunlarına karşı TSB koruyucu bir faktör olarak hizmet edebilir (189). Bu açıdan bakıldığında, tanı ve tedavi süreci boyunca benlik saygısının korunması/geliştirilmesi ve olumsuz beden algısının giderilmesine yönelik yapılacak uygun psikolojik müdahaleler, TSB gelişimine katkı sağlayabilir. Bu durum dolaylı olarak daha iyi fiziksel sağlık ve artmış yaşam kalitesinde rol oynayabilir.

Bu çalışmanın çeşitli kısıtlıkları bulunmaktadır. Elde edilen sonuçlar bu kısıtlılıklarla birlikte değerlendirilmelidir. İlk olarak, çalışmanın örneklem büyüklüklerinin küçük olması, sonuçların daha büyük bir popülasyona genellenmesi ihtimalini sınırlandırmaktadır. İkinci olarak, çalışma kesitsel bir model ile tasarlanmış olduğu için nedensellik hakkında çıkarımlar yapılamamaktadır. Üçüncü olarak, öz bildirim ölçeklerinin kullanılmış olması, elde edilen verilerde ve istatistiksel sonuçlarda raporlama yanlılığına yol açmış olabilir. Son olarak, çalışmanın dahil edilme kriterleri arasında yer alan “65 yaş altı” kriteri ile akciğer kanseri örnekleminin 6. ve 7. dekatta pik yapma özelliği birlikte ele alındığında, akciğer örnekleminin homojenitesi etkilenmiş olabilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Çalışma verileri incelendiğinde çalışma öncesi öne sürülen ve aşağıda yer alan hipotezler doğrulanmıştır:

1. Meme kanseri hastalarının TSB düzeylerinin, beden algısı ve benlik saygısı ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.
2. Akciğer kanseri hastalarında, TSB ile beden algısı ve benlik saygısı arasında daha kısıtlı bir ilişki bulunmuştur. Sadece "Başkalarıyla İlişkilerde Değişim" alt boyutu ile benlik saygısı arasında pozitif yönlü ilişki saptanmış olması bu kısıtlılığı destekler.
3. Beden algısı ve benlik saygısı düzeyindeki artışa bağlı, meme kanseri hastalarının TSB puanlarının akciğer kanseri hastalarının TSB puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlarla birlikte çalışmadan elde edilen diğer sonuçlar ise aşağıda sıralanmıştır:

1. Yaş arttıkça TSB ve alt boyutlarındaki puanlarda azalma saptanmıştır.
2. Eğitim düzeyi arttıkça TSB ve alt boyutlarındaki puanlarda artma saptanmıştır.
3. Meme kanseri örnekleminde, depresyon TSB alt boyutu ile negatif yönlü korelasyon göstermiştir.
4. Akciğer kanseri örnekleminde, anksiyete TSB alt boyutu ile pozitif yönlü korelasyon göstermiştir.
5. Tanı üzerinden geçen sürenin TSB alt boyutu üzerinde pozitif yönde etkisi olduğu, hastalık evresinin ise TSB alt boyutu üzerinde negatif yönde etkisi olduğu bulunmuştur.

6.2. ÖNERİLER

1. Kanser tanılı hastalarda travma ve TSB sonuçlarının karmaşıklığı nedeniyle zayıf beden algısı faktörü ve düşük/azalmış benlik saygısı faktörünün büyüme ve iyileşme üzerindeki etkisini daha iyi anlamak için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.
2. TSB üzerine etkiyen faktörlerin nedensellik ilişkisinin kurulabilmesi için boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır.
3. TSB ve ilişkili değişkenlerin erkek cinsiyet ve diğer kanser türlerinde de incelenmesi önerilir.

6.3. ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar arasında tezi yazan, tez danışmanı olan, tez yazım sürecine katkı sağlayan ve ileride bilimsel makale olarak yazılırken isimlerin yer alacağı kişiler arasında verilecek kararları uygunsuz biçimde etkileyebilecek maddi ve manevi çıkar çatışması yoktur. Çalışma için herhangi bir firmadan destek alınmamıştır. Çalışma uzmanlık tezi kapsamında yürütülmüştür.

7. KAYNAKLAR

1. Kokurcan A, Özsan HH. Travma Kavramının Psikiyatri Tarihindeki Seyri. Kriz Dergisi. 2012;20(1):19-24.

2. O'cleirigh C, Ironson G, Antoni M, Fletcher MA, McGuffey L, Balbin E, vd. Emotional expression and depth processing of trauma and their relation to long-term survival in patients with HIV/AIDS. J Psychosom Res. 2003;54:225-35.

3. Akcan Gizem. Travma Sonrası Büyüme:Bir Gözden Geçirme. Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi. Aralık 2018;3(3):61-70.

4. Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Köroğlu E, editör. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014.

5. Ezerbolat M, Yılmaz Özpolat AG. Travma Sonrası Büyüme: Travmaya İyi Yanından Bakmak. Kriz Dergisi. 2016;24(1).

6. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. Psychol Inq. 2004;15(1):1-18.

7. Tedeschi RG, Finch JS, Taku K, Calhoun LG. Travma Sonrası Gelişim Teori,Araştırma ve Uygulamalar. 1.Basım. Bayraktar DoçDrS, editör. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2022.

8. Zoellner T, Maercker A. Posttraumatic Growth in Clinical Psychology - A Critical Review and İntroduction of a Two Component Model. Clin Psychol Rev. Eylül 2006;26(5):626-53.

9. Dursun P, Söylemez İ. Travma Sonrası Büyüme: Gözden Geçirilmiş Son Model ile Kapsamlı Bir Değerlendirme. Türk Psikiyatri Dergisi. 2020;31(1):57-68.

10. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. J Trauma Stress. 1996;9(3):455-71.

11. Jim HSL, Jacobsen PB. Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth in Cancer Survivorship: A Review. The Cancer Journal. 2008;14(6):414-9.

12. Hintistan S, Pekmezci H, Nural N, Gülhan Güner S. Kemoterapi Alan Hastalarda Psikolojik Semptomlar. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2015;4(1):1-9.

13. Liu H, Dong Z. Cancer Etiology and Prevention Principle: "1 + X". Cancer Res. 01 Kasım 2021;81(21):5377-95.

14. Schabath MB, Cote ML. Cancer Progress and Priorities: Lung Cancer. Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention. 2019;28(10):1563-79.

15. Önen Sertöz Ö, Elbi Mete H, Noyan A, Alper M, Kapkaç M. Meme Kanserinde Ameliyat Tipinin Beden Algısı, Cinsel İşlevler, Benlik Sayısı ve Eş Uyumuna Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi. 2004;15(4):264-75.

16. DeFrank JT, Mehta CCB, Stein KD, Baker F. Body Image Dissatisfaction in Cancer Survivors. Oncol Nurs Forum. Mayıs 2007;34(3):E36-41.

17. Üzar Özçetin YS, Hiçdurmaz D. Kanser Deneyiminde Travma Sonrası Büyüme ve Psikolojik Sağlamlık. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2017;9(4):388-97.

18. Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011;3(2):343-67.

19. O'Dea JA. Body Image and Self-Esteem. Içinde: Encyclopedia of Body Image and Human Appearance. Elsevier Inc.; 2012. s. 141-7.

20. Wang Y, Feng W. Cancer-related psychosocial challenges. Gen Psychiatr. 2022;35:1-6.

21. Horschke S, Steinmann D, Christiansen H, De Zwaan M, Zimmermann T. Body image in men with prostate or laryngeal cancer and their female partners. Z Psychosom Med Psychother. 2020;66:287-301.

22. Harrington JM, Jones EG, Badger T. Body Image Perceptions in Men With Prostate Cancer. Oncol Nurs Forum. 2009;36(2):167-72.

23. Carpentier MY, Fortenberry JD. Romantic and Sexual Relationships, Body Image, and Fertility in Adolescent and Young Adult Testicular Cancer Survivors: A Review of the Literature. Journal of Adolescent Health. 2010;47:115-25.

24. Markopoulos C, Tsaroucha AK, Kouskos E, Mantas D, Antonopoulou Z, Karvelis S. Impact of Breast Cancer Surgery on the Self-esteem and Sexual Life of Female Patients. J Int Med Res. 2009;37:182-8.

25. Compas BE, Luecken L. Psychological Adjustment to Breast Cancer. Curr Dir Psychol Sci. 2002;11(3):111-4.

26. Kobayashi M, Sugimoto T, Matsuda A, Matsushima E, Kishimoto S. Association between Self-Esteem and Depression among Patients with Head and Neck Cancer: A pilot Study. Head Neck. Ekim 2008;30(10):1303-9.

27. Aker AT, Taycan O, Çelik F. Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2019.

28. Duman N. Travma Sonrası Büyüme ve Gelişim. Uluslararası Afro-Avrasya Araştırmaları Dergisi. Ocak 2019;4(7):178-84.

29. Agaibi CE, Wilson JP. Trauma, PTSD, and Resilience: A Review of the Literature. Trauma Violence Abuse. Temmuz 2005;6(3):195-216.

30. Taku K, Cann A, Tedeschi RG, Calhoun LG. Intrusive versus deliberate rumination in posttraumatic growth across US and Japanese samples. Anxiety, Stress and Coping:An İnternational Journal. Mart 2009;22(2):129-36.

31. Parkes CM. Psycho-Social Transitions:A Field For Study. Soc Sci Med. 1971;5:101-15.

32. Aker AT. Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım. Ankara; 2012.

33. Koren D, Arnon I, Lavie P, Klein E. Sleep Complaints as Early Predictors of Posttraumatic Stress Disorder: A 1-Year Prospective Study of Injured Survivors of Motor Vehicle Accidents. Am J Psychiatry. 2002;159(5):855-7.

34. Bryant RA, Friedman MJ, Spiegel D, Ursano R, Strain J. A Review of Acute Stress Disorder in DSM-5. Depress Anxiety. Eylül 2011;28(9):802-17.

35. O'donnell ML, Agathos JA, Metcalf O, Gibson K, Lau W. Adjustment disorder: Current Developments and Future Directions. Int J Environ Res Public Health. Temmuz 2019;16(2537):1-11.

36. Einsle F, Köllner V, Dannemann S, Maercker A. Development and validation of a self-report for the assessment of adjustment disorders. Psychol Health Med. Ekim 2010;15(5):584-95.

37. Devrimci Özgüven H, Tuncer ET. Uyum Bozukluğu. Kriz Dergisi. 1997;5(2):87-94.

38. Glaesmer H, Romppel M, Brähler E, Hinz A, Maercker A. Adjustment Disorder as Proposed for ICD-11: Dimensionality and Symptom Differentiation. Psychiatry Res. 30 Ekim 2015;229(3):940-8.

39. Gradus JL. Prevalence and prognosis of stress disorders: A review of the epidemiologic literature. Clin Epidemiol. 03 Mayıs 2017;9:251-60.

40. Strain JJ, Smith GC, Hammer JS, Mckenzie DP, Blumenfield M, Muskin P, vd. Adjustment Disorder: A Multisite Study of its Utilization and Interventions in the Consultation-Liaison Psychiatry Setting. Gen Hosp Psychiatry. 1998;20:139-49.

41. Fernández A, Mendive JM, Salvador-Carulla L, Rubio-Valera M, Luciano JV, Pinto-Meza A, vd. Adjustment Disorders in Primary Care: Prevalence, Recognition and Use of Services. The British Journal of Psychiatry. Ağustos 2012;201(2):137-42.

42. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, vd. Prevalence of Depression, Anxiety, and Adjustment Disorder in Oncological, Haematological, and Palliative-Care Settings: A Meta-Analysis of 94 İnterview-Based Studies. Lancet Oncology [Internet]. Şubat 2011;12:160-74. Erişim adresi: www.thelancet.com/oncology

43. O'Donnell ML, Alkemade N, Creamer M, McFarlane AC, Silove D, Bryant RA, vd. A Longitudinal Study of Adjustment Disorder After Trauma Exposure. American Journal of Psychiatry. 01 Aralık 2016;173(12):1231-8.

44. Bryant RA. The Current Evidence for Acute Stress Disorder. C. 20, Current Psychiatry Reports. Current Medicine Group LLC 1; 2018.

45. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, Reed GM, Van Ommeren M, vd. Proposals for Mental Disorders Specifically Associated with Stress in the International Classification of Diseases-11. The Lancet. 2013;381:1683-5.

46. Bryant RA. Acute Stress Disorder. Curr Opin Psychol. 01 Nisan 2017;14:127-31.

47. Gabbard GO. Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders. Içinde: Acute Stress Disorder. 5.Baskı. American Psychiatric Publishing; 2014. s. 505-18.

48. Xiao Q, Ran J, Lu W, Wan R, Dong L, Dai Z. Analysis of the Point Prevalence and İnfluencing Factors of Acute Stress Disorder in Elderly Patients with Osteoporotic Fractures. Neuropsychiatr Dis Treat. 2020;16:2795-804.

49. Özten E, Sayar GH. Eşik Altı Travma Sonrası Stres Bozukluğu. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar . 2015;7(4):348-55.

50. Hacıoğlu M, Gönüllü O, Kamberyan K. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanısının Gelişimi Üzerine Bir Gözden Geçirme. Düşünen Adam. 2002;15(4):210-4.

51. Ramsay R. Invited Review: Post-Traumatic Stress Disorder; A New Clinical Entity? J Psychosom Res. 1990;34(4):355-65.

52. Kirkpatrick HA, Heller GM. Post-Traumatic Stress Disorder: Theory and Treatment Update. Int J Psychiatry Med. 01 Ocak 2014;47(4):337-46.

53. Javidi H, Yadollahie M. Post-Traumatic Stress Disorder. Int J Occup Environ Med. 2012;3(1):2-9.

54. Özgen F, Aydın H. Travma Sonrası Stres Bozukluğu. Klinik Psikiyatri. 1999;1:34-41.

55. Abbey G, Thompson SBN, Hickish T, Heathcote D. A meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder. Psychooncology. 01 Nisan 2015;24(4):371-81.

56. Ramos C, Leal I. Posttraumatic Growth in the Aftermath of Trauma: A Literature Review About Related Factors and Application Contexts. Psychology, Community & Health. 28 Mart 2013;2(1):43-54.

57. Park CL, Cohen LH, Murch RL. Assessment and Prediction of Stress-Related Growth. J Pers. 1996;64(1):71-105.

58. Affleck G, Tennen H. Construing Benefits from Adversity: Adaptational Significance and Dispositional Underpinnings. J Pers. 1996;64(4):899-922.

59. Yalom ID, Lieberman MA. Bereavement and Heightened Existential Awareness. Psychiatry. Kasım 1991;54:334-45.

60. Linley PA, Joseph S. Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review. J Trauma Stress. Şubat 2004;17(1):11-21.

61. Oh JM, Kim Y, Kwak Y. Factors influencing post-traumatic growth in ovarian cancer survivors. Supportive Care in Cancer. 01 Nisan 2021;29(4):2037-45.

62. Sumalla EC, Ochoa C, Blanco I. Posttraumatic Growth in Cancer: Reality or İllusion? C. 29, Clinical Psychology Review. 2009. s. 24-33.

63. Olcay Çam M, Demirkol H. Travma Sonrası Büyümenin Bir Yordayıcısı Olarak Bütünlük Duygusu. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 30 Haziran 2019;11(2):167-77.

64. Tallman BA. Anticipated post-traumatic growth from cancer: The roles of adaptive and maladaptive coping strategies. Couns Psychol Q. Mart 2013;26(1):72-88.

65. Shakespeare-Finch J, Martinek E, Tedeschi RG, Calhoun LG. A Qualitative Approach to Assessing the Validity of the Posttraumatic Growth Inventory. J Loss Trauma. Kasım 2013;18:572-91.

66. Moye J, Jahn A, Norris-Bell R, Herman LI, Gosian J, Naik AD. Making Meaning of Cancer: A Qualitative Analysis of Oral-Digestive Cancer Survivors' Reflections. J Health Psychol. 01 Ağustos 2020;25(9):1222-35.

67. Trevino KM, Naik AD, Moye J. Perceived and Actual Change in Religion/Spirituality in Cancer Survivors: Longitudinal Relationships With Distress and Perceived Growth. Psycholog Relig Spiritual. 01 Ağustos 2016;8(3):195-205.

68. Abraído-Lanza AF, Guier C, Colón RM. Psychological Thriving Among Latinas With Chronic Illness. Journal of Social Issues. 09 Nisan 1998;54(2):405-24.

69. Park CL. Stress-Related Growth and Thriving Through Coping: The Roles of Personality and Cognitive Processes. Journal of Social Issues. 09 Nisan 1998;54(2):267-77.

70. Chan MWC, Ho SMY, Tedeschi RG, Leung CWL. The Valence of Attentional Bias and Cancer-Related Rumination in Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth Among Women with Breast Cancer. Psychooncology. Mayıs 2011;20:544-52.

71. İnan FŞ, Üstün B. Meme Kanseri ve Travma Sonrası Gelişim. J Breast Health. 03 Mayıs 2014;10:75-8.

72. Taku K, Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG. The Factor Structure of the Posttraumatic Growth Inventory: A Comparison of Five Models Using Confirmatory Factor Analysis. J Trauma Stress. Nisan 2008;21(2):158-64.

73. Calhoun LG, Tedeschi RG, Cann A, Hanks EA. Positive Outcomes Following Bereavement: Paths to Posttraumatic Growth. Psychol Belg. 2010;50(1-2):125-43.

74. Lindstrom CM, Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG. The Relationship of Core Belief Challenge, Rumination, Disclosure, and Sociocultural Elements to Posttraumatic Growth. Psychol Trauma. 2013;5(1):50-5.

75. Weiss T, Berger R. Posttraumatic Growth and Culturally Competent Practice : Lessons Learned from Around the Globe. Weiss T, Berger R, editörler. John Wiley & Sons; 2010.

76. Akbar Z, Witruk E. Coping Mediates the Relationship Between Gender and Posttraumatic Growth. Procedia Soc Behav Sci. Şubat 2016;217:1036-43.

77. Manne S, Ostroff J, Winkel G, Goldstein L, Fox K, Grana G. Posttraumatic Growth After Breast Cancer: Patient, Partner, and Couple Perspectives. Psychosom Med. 2004;66:442-54.

78. Sears SR, Stanton AL, Danoff-Burg S. The Yellow Brick Road and the Emerald City: Benefit Finding, Positive Reappraisal Coping, and Posttraumatic Growth in Women With Early-Stage Breast Cancer. Health Psychology. Eylül 2003;22(5):487-97.

79. Weiss T. Correlates of Posttraumatic Growth in Married Breast Cancer Survivors. J Soc Clin Psychol. 2004;23(5):733-46.

80. Wang ML, Liu JE, Wang HY, Chen J, Li YY. Posttraumatic growth and associated socio-demographic and clinical factors in Chinese breast cancer survivors. European Journal of Oncology Nursing. 2014;18(5):478-83.

81. Cordova MJ, Cunningham LLC, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic Growth Following Breast Cancer: A Controlled Comparison Study. Health Psychology. 2001;20(3):176-85.

82. Urcuyo KR, Boyers AE, Carver CS, Antoni MH. Finding Benefit in Breast Cancer: Relations with Personality, Coping, and Concurrent Well-Being. Psychol Health. Nisan 2005;20(2):175-92.

83. Bellizzi KM, Smith AW, Reeve BB, Alfano CM, Bernstein L, Meeske K, vd. Posttraumatic Growth and Health-related Quality of Life in a Racially Diverse Cohort of Breast Cancer Survivors. J Health Psychol. Mayıs 2010;15(4):615-26.

84. Carver CS, Antoni MH. Finding Benefit in Breast Cancer During the Year After Diagnosis Predicts Better Adjustment 5 to 8 Years After Diagnosis. Health Psychology. Kasım 2004;23(6):595-8.

85. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Kyriakopoulos D, Malamos N, Damigos D. Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer. The Breast. 2008;17(4):382-6.

86. Brix SA, Bidstrup PE, Christensen J, Rottmann N, Olsen A, Tjønneland A, vd. Post-traumatic growth among elderly women with breast cancer compared to breast cancer-free women. Acta Oncol (Madr). Şubat 2013;52:345-54.

87. Lelorain S, Bonnaud-Antignac A, Florin A. Long Term Posttraumatic Growth After Breast Cancer: Prevalence, Predictors and Relationships with Psychological Health. J Clin Psychol Med Settings. Mart 2010;17:14-22.

88. Bellizzi KM, Blank TO. Predicting Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors. Health Psychology. Ocak 2006;25(1):47-56.

89. Svetina M, Nastran K. Family Relationships and Post-Traumatic Growth in Breast Cancer Patients. Psychiatr Danub. 2012;24(3):298-306.

90. Zhang L, Lu Y, Qin Y, Xue J, Chen Y. Post-traumatic growth and related factors among 1221 Chinese cancer survivors. Psychooncology. 01 Şubat 2020;29(2):413-22.

91. Chan CS, Rhodes JE. Religious Coping, Posttraumatic Stress, Psychological Distress, and Posttraumatic Growth Among Female Survivors Four Years After Hurricane Katrina. J Trauma Stress. Nisan 2013;26:257-65.

92. Solomon Z, Dekel R. Posttraumatic Stress Disorder and Posttraumatic Growth Among Israeli Ex-POWs. J Trauma Stress. Haziran 2007;20(3):303-12.

93. Salsman JM, Segerstrom SC, Brechting EH, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic Growth and PTSD Symptomatology among Colorectal Cancer Survivors: A Three-Month Longitudinal Examination of Cognitive Processing. Psychooncology. 2009;18(1):30-41.

94. Baykara O. Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. Aralık 2016;5(3):154-65.

95. Yin W, Wang J, Jiang L, Kang YJ. Cancer and stem cells. Exp Biol Med. 01 Ağustos 2021;246(16):1791-801.

96. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. Kasım 2018;68:394-424.

97. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, vd. Cancer statistics for the year 2020: An overview. Int J Cancer. 15 Ağustos 2021;1-12.

98. Zhang H, Ma W, Wang G, Wang S, Jiang X. Effects of psychosocial factors on posttraumatic growth among lung cancer patients: A structural equation model analysis. Eur J Cancer Care (Engl). 01 Eylül 2021;1-13.

99. Brederecke J, Heise A, Zimmermann T. Body image in patients with different types of cancer. PLoS One. Kasım 2021;16(11).

100. Seven M, Akyüz A, Sever N, DInçer Ş. Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12(3):219-24.

101. Kübler-Ross E. On Death and Dying: What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy and Their Own Families. Routledge Taylor & Francis Group; 2008.

102. Ateşci FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2003;14(2):145-52.

103. Atmaca GD, Durat G. Kanser Hastalarında İntihar Riski. Journal of Human Rhythm. Aralık 2015;1(4):127-32.

104. Ahn MH, Park S, Lee HB, Ramsey CM, Na R, Kim SO, vd. Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. Psychooncology. 01 Mayıs 2015;24(5):601-7.

105. Joseph S, Linley PA. Facilitating Posttraumatic Growth Following Cancer. Içinde: Joseph S, Linley PA, editörler. Trauma, Recovery, and Growth Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress. John Wiley & Sons, Inc.; 2008. s. 185-90.

106. Andrykowski MA, Steffens RF, Bush HM, Tucker TC. Lung Cancer Diagnosis and Treatment as a Traumatic Stressor in DSM-IV and DSM-5: Prevalence and Relationship to Mental Health Outcomes. J Trauma Stress. 01 Haziran 2015;28:206-13.

107. Ho SMY, Chan CLW, Ho RTH. Posttraumatic Growth in Chinese Cancer Survivors. Psychooncology. Haziran 2004;13:377-89.

108. Schilder P. The Image and Appearance of The Human Body. Routledge; 1999.

109. Üstündağ H, Demir N, Zengin N, Gül A. Stomalı Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı. Turkiye Klinikleri J Med Sci [Internet]. 2007;27:522-7. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/289132651

110. Feingold A, Mazzella R. Gender Differences in Body Image are Increasing. Psychol Sci. 1998;9(3):190-5.

111. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body Image and Sexual Problems in Young Women with Breast Cancer. Psychooncology. 2006;15(7):579-94.

112. Şeker S, Çitil Canbay F, Cesur C, Firouz N. Beden Algısının Gebelikte Kilo Alımı Üzerine Etkisinin İncelenmesi: Analitik Kesitsel Araştırma. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 25 Mart 2021;9(1):206-18.

113. Kurt E, Özdilli K, Yorulmaz H. Romatoid Artrit'li Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı. Nöropsikiyatri Arşivi. 2013;50:202-8.

114. Chen CL, Liao MN, Chen SC, Chan PL, Chen SC. Body Image and Its Predictors in Breast Cancer Patients Receiving Surgery. Cancer Nurs. Eylül 2012;35(5):E10-6.

115. Pikler V, Winterowd C. Racial and Body Image Differences in Coping for Women Diagnosed with Breast Cancer. Health Psychology. 2003;22(6):632-7.

116. Melissant HC, Neijenhuijs KI, Jansen F, Aaronson NK, Groenvold M, Holzner B, vd. A systematic review of the measurement properties of the Body Image Scale (BIS) in cancer patients. Supportive Care in Cancer. 2018;26(6):1715-26.

117. White CA. Body Image Dimensions and Cancer: A Heuristic Cognitive Behavioural Model. Psychooncology. 2000;9:183-92.

118. McLaren L, Kuh D. Women's body dissatisfaction, social class, and social mobility. Soc Sci Med. 2004;58:1575-84.

119. Chang O, Choi EK, Kim IR, Nam SJ, Lee JE, Lee SK, vd. Association between Socioeconomic Status and Altered Appearance Distress, Body Image, and Quality of Life Among Breast Cancer Patients. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2014;15(20):8607-12.

120. Noles SW, Cash TF, Winstead BA. Body Image, Physical Attractiveness, and Depression. J Consult Clin Psychol. 1985;53(1):88-94.

121. Öztürk MO, Uluşahin NA. Davranışın Psikodinamik Temelleri. Içinde: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 16.Baskı. Ankara; 2020. s. 45-50.

122. Özen Y, Gülaçtı F. Benlik-Kavramı ve Benliğin Gelişimi Bilen Benliğe Gereksinim var mı? Erzincan Eğitim Fakültesi Dergisi. 2010;12(2):21-37.

123. Sevim K, Artan T. Yüksek ve Düşük Benlik Saygısını Etkileyen Faktörler. Toplumsal Politika Dergisi [Internet]. 2021;2(2):109-21. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/pub/tpd

124. Tuinman MA, Hoekstra HJ, Fleer J, Sleijfer DT, Hoekstra-Weebers JEHM. Self-esteem, social support, and mental health in survivors of testicular cancer: A comparison based on relationship status. Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations. 2006;24(4):279-86.

125. Donnellan MB, Trzesniewski KH, Robins RW. Self-Esteem: Enduring Issues and Controversies. Içinde: The Wiley-Blackwell Handbook of Individual Differences. 1.Baskı. 2011. s. 718-46.

126. Mehrabi A, Falakdami A, Mollaei A, Takasi P, Ghorbani Vajargah P, Jafari H, vd. A systematic review of self-esteem and related factors among burns patients. Annals of Medicine and Surgery. 2022;84.

127. Niveau N, New B, Beaudoin M. How Should Self-Esteem Be Considered in Cancer Patients? Front Psychol. 28 Ekim 2021;12.

128. Katz MR, Rodin G, Devins GM. Self-Esteem and Cancer: Theory and Research. Can J Psychiatry. Aralık 1995;40:608-15.

129. Baumeister RF, Campbell JD, Krueger JI, Vohs KD. Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happines, or healthier lifestyle? Psychological Science in The Public Interest. 2003;4(1):1-44.

130. Di Paula A, Campbell JD. Self-Esteem and Persistence in the Face of Failure. J Pers Soc Psychol. 2002;83(3):711-24.

131. Lee JY, Patel M, Scior K. Self-esteem and its relationship with depression and anxiety in adults with intellectual disabilities: a systematic literature review. Journal of Intellectual Disability Research. 01 Haziran 2023;67(6):499-518.

132. Schroevers MJ, Ranchor A V., Sanderman R. The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: a comparison of cancer patients and individuals from the general population. Soc Sci Med. 2003;57:375-85.

133. Rodin G, Lo C, Mikulincer M, Donner A, Gagliese L, Zimmermann C. Pathways to distress: The multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. Soc Sci Med. 2009;68(3):562-9.

134. Greer S, Moorey S, Baruch JDR, Watson M, Robertson BM, Mason A, vd. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: A prospective randomised trial. Br Med J. 1992;304:675-80.

135. Hefferon K, Grealy M, Mutrie N. Transforming From Cocoon to Butterfly: The Potential Role of the Body in the Process of Posttraumatic Growth. J Humanist Psychol. Nisan 2010;50(2):224-47.

136. Oktan V, Şahin M. Kız ergenlerde beden imajı ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi [Internet]. 2010;7(2):543-56. Erişim adresi: http://www.insanbilimleri.com

137. Kağan M, Güleç M, Boysan M, Çavuş H. Travma Sonrası Büyüme Envanteri'nin Türkçe Versiyonunun Normal Toplumda Hiyerarşik Faktör Yapısı. TAF Preventive Medicine Bulletin [Internet]. 2012;11(5):617-24. Erişim adresi: www.korhek.org

138. Lovibond PF, Lovibond SH. The Structure of Negative Emotional States: Comparison of The Depression Anxiety Stress Scales (DASS) With The Beck Depression And Anxiety Inventories. Behaviour Research and Therapy. 1995;33(3):335-43.

139. Sarıçam H. The Psychometric Properties of Turkish Version of Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in Health Control and Clinical Samples. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi. 2018;7(1):19-30.

140. Secord PF, Jourard SM. The Appraisal of Body-Cathexis: Body-Cathexis and the Self. Journal of Consulting Psychology . 1953;17(5):343-7.

141. Hovardaoğlu S. Vücut Algısı Ölçeği. Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji (3P) Dergisi. 1993;1(Ek Sayı:2):26.

142. Rosenberg M. Society and The Adolescent Self-Image. Princeton, New Jersey: Princeton University Press; 1965.

143. Çuhadaroğlu F. Adolesanlarda Benlik Saygısı [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Ankara]: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ; 1986.

144. Korkmaz M. Yetişkin Örneklem için Bir Benlik Saygısı Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması [Yüksek Lisans Tezi]. [İzmir]: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 1996.

145. Korkmaz M. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin Psikometrik Özellikleri. Içinde: 21 Ulusal Psikoloji Kongresi . Doğuş Üniversitesi İstanbul; 2022.

146. Tamási L, Horváth K, Kiss Z, Bogos K, Ostoros G, Müller V, vd. Age and Gender Specific Lung Cancer Incidence and Mortality in Hungary: Trends from 2011 Through 2016. Pathology & Oncology Research. 30 Nisan 2021;27:1-9.

147. Radzikowska E, Roszkowski K, Głaz P. Lung cancer in patients under 50 years old. Lung Cancer [Internet]. 2001;33:203-11. Erişim adresi: www.elsevier.com/locate/lungcan

148. Akın M. Güney Marmara Bölgesinde Yaşayan İleri Yaş Hastalarda Sigara ve Akciğer Kanseri: Epidemiyolojik Çalışma. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2022;9(2):310-3.

149. Thandra KC, Barsouk A, Saginala K, Aluru JS, Barsouk A. Epidemiology of lung cancer. Contemp Oncol. 2021;25(1):45-52.

150. Özmen V, Özmen T, Doğru V. Breast Cancer in Turkey; An Analysis of 20.000 Patients with Breast Cancer. Eur J Breast Health. 01 Temmuz 2019;15(3):141-6.

151. Akyolcu N, Özhanlı Y, Kandemir D. Meme Kanserinde Güncel Gelişmeler. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi [Internet]. 24 Ocak 2019;6(3):583-94. Erişim adresi: https://archhealthscires.org/en/recent-developments-in-breast-cancer-1352

152. Castro S, Sosa E, Lozano V, Akhtar A, Love K, Duffels J, vd. The impact of income and education on lung cancer screening utilization, eligibility, and outcomes: A narrative review of socioeconomic disparities in lung cancer screening. C. 13, Journal of Thoracic Disease. AME Publishing Company; 2021. s. 3745-57.

153. Redondo-Sánchez D, Petrova D, Rodríguez-Barranco M, Fernández-Navarro P, Jiménez-Moleón JJ, Sánchez MJ. Socio-Economic Inequalities in Lung Cancer Outcomes: An Overview of Systematic Reviews. Cancers (Basel). 2022;14(398):1-17.

154. Clegg LX, Reichman ME, Miller BA, Hankey BF, Singh GK, Lin YD, vd. Impact of socioeconomic status on cancer incidence and stage at diagnosis: selected findings from the surveillance, epidemiology, and end results: National Longitudinal Mortality Study. Cancer Causes and Control. 2009;20:417-35.

155. Kashyap D, Pal D, Sharma R, Garg VK, Goel N, Koundal D, vd. Global Increase in Breast Cancer Incidence: Risk Factors and Preventive Measures. Biomed Res Int. 2022;2022:1-16.

156. Günay Aktaş S. Türkiye'de Kadınlarda Meme Kanseri Nedeniyle Ölüm: Mekansal Dağılım ve Şehirlerin Sosyoekonomik Gelişmişlik Düzeyi ile İlişkisi. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi [Internet]. 1998;7(29):441-50. Erişim adresi: www.sosyalarastirmalar.com

157. Özsu S, Özlü T. Türkiye'de Akciğer Kanseri Epidemiyolojisi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2013;1(3):7-11.

158. Bircan HA, Öztürk Ö, Şahin Ü, Özaydın N, Akkaya A. Akciğer Kanseri Tanısı Alan Olgularımızın Retrospektif Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2005;12(3):1-6.

159. Walters S, Maringe C, Coleman MP, Peake MD, Butler J, Young N, vd. Lung cancer survival and stage at diagnosis in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden and the UK: A population-based study, 2004-2007. Thorax. 2013;68:551-64.

160. Li CI, Malone KE, Daling JR. Differences in Breast Cancer Stage, Treatment, and Survival by Race and Ethnicity. Arch Intern Med [Internet]. 13 Ocak 2003;163:49-56. Erişim adresi: http://archinte.jamanetwork.com/

161. Nardin S, Mora E, Varughese FM, D'Avanzo F, Vachanaram AR, Rossi V, vd. Breast Cancer Survivorship, Quality of Life, and Late Toxicities. Front Oncol. 16 Haziran 2020;10:1-6.

162. Peng X, Su Y, Huang W, Hu X. Status and factors related to posttraumatic growth in patients with lung cancer. Medicine. 2019;98(7).

163. Cordova MJ, Giese-Davis J, Golant M, Kronenwetter C, Chang V, Spiegel D. Breast Cancer as Trauma: Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth. J Clin Psychol Med Settings. Aralık 2007;14(4):308-19.

164. Soo H, Sherman KA. Rumination, psychological distress and post-traumatic growth in women diagnosed with breast cancer. Psychooncology. 2015;24(1):70-9.

165. Blickle P, Schmidt ME, Steindorf K. Post-traumatic growth in cancer survivors: What is its extent and what are important determinants? International Journal of Clinical and Health Psychology. 2023;24(1):1-6.

166. Lechner SC, Zakowski SG, Antoni MH, Greenhawt M, Block K, Block P. Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? Psychooncology. 2003;12:491-9.

167. Picoraro JA, Womer JW, Kazak AE, Feudtner C. Posttraumatic Growth in Parents and Pediatric Patients. J Palliat Med. 2014;17(2):209-18.

168. Niedzwiedz CL, Knifton L, Robb KA, Katikireddi SV, Smith DJ. Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: A growing clinical and research priority. BMC Cancer. 2019;19(1).

169. Tsaras K, Papathanasiou I V., Mitsi D, Veneti A, Kelesi M, Zyga S, vd. Assessment of Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients: Prevalence and Associated Factors. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2018;19(6):1661-9.

170. Fradelos EC, Papathanasiou I V., Veneti A, Daglas A, Christodoulou E, Zyga S, vd. Psychological Distress and Resilience in Women Diagnosed with Breast Cancer in Greece. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 01 Eylül 2017;18(9):2545-50.

171. He Y, Sun LY, Peng KW, Luo MJ, Deng L, Tang T, vd. Sleep quality, anxiety and depression in advanced lung cancer: patients and caregivers. BMJ Support Palliat Care. 01 Temmuz 2022;e194-200.

172. Morales-Sánchez L, Luque-Ribelles V, Gil-Olarte P, Ruiz-González P, Guil R. Enhancing Self-Esteem and Body Image of Breast Cancer Women through Interventions: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(1640):1-20.

173. Lehmann V, Hagedoorn M, Tuinman MA. Body image in cancer survivors: a systematic review of case-control studies. Journal of Cancer Survivorship. 2015;9:339-48.

174. Kotin E. The Relationship Between Posttraumatic Growth and Body Image Among Adult Females Who Experienced Childhood Sexual Abuse. [Fresno]: Alliant International University; 2018.

175. Mercado AE, Donthula D, Thomas JE, Ring D, Trust M, Crijns TJ. Mediators and moderators of the relationship between body image and community integration among burn survivors. Burns. Haziran 2022;48(4):932-40.

176. Li M. Associations of body image with depressive symptoms and PTG among breast cancer patients: The mediating role of social support. Front Psychol. 2022;1-10.

177. Izydorczyk B, Kwapniewska A, Lizinczyk S, Sitnik-Warchulska K. Psychological Resilience as a Protective Factor for the Body Image in Post-Mastectomy Women with Breast Cancer. Int J Environ Res Public Health. 05 Haziran 2018;15(6):1181.

178. Černelič-Bizjak M, Jenko-Pražnikar Z. Impact of negative cognitions about body image on inflammatory status in relation to health. Psychol Health. Mart 2014;29(3):264-78.

179. Sowislo JF, Orth U. Does Low Self-Esteem Predict Depression and Anxiety? A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. Psychol Bull. 2013;139(1):213-40.

180. Mcmillen C, Zuravin S, Rideout G. Perceived Benefit From Child Sexual Abuse. J Consult Clin Psychol. 1995;63(6):1037-43.

181. Senol-Durak E. Stress Related Growth Among Diabetic Outpatients: Role of Social Support, Self-Esteem, and Cognitive Processing. Soc Indic Res. 2013;

182. Yan S, Yang J, Ye M, Chen S, Xie C, Huang J, vd. Post-traumatic Growth and Related Influencing Factors in Discharged COVID-19 Patients: A Cross-Sectional Study. Front Psychol. 26 Mayıs 2021;12(658307).

183. Lee M, Kim K, Lim C, Kim JS. Posttraumatic growth in breast cancer survivors and their husbands based on the actor-partner interdependence model. Psychooncology. 2017;26(10):1586-92.

184. Taku K, McDiarmid L. Personally important posttraumatic growth in adolescents: The effect on self-esteem beyond commonly defined posttraumatic growth. J Adolesc. 01 Ekim 2015;44:224-31.

185. Frazier P, Conlon A, Glaser T. Positive and Negative Life Changes Following Sexual Assault. J Consult Clin Psychol. 2001;69(6):1048-55.

186. Mohr DC, Dick LP, Russo D, Pinn J, Boudewyn AC, Likosky W, vd. The Psychosocial Impact of Multiple Sclerosis: Exploring the Patient's Perspective. Health Psychology. 1999;18(4):376-82.

187. Tanyi Z, Mirnics Z, Ferenczi A, Smohai M, Mészáros V, Kovács D, vd. Cancer as a Source of Posttraumatic Growth: A Brief Review. Medicina Academica Mostariensia. 2020;8(1-2):3-13.

188. Liegey Dougall A, Swanson J, Kyutoku Y, Belani CP, Baum A. Posttraumatic Symptoms, Quality of Life, and Survival among Lung Cancer Patients. J Appl Biobehav Res. 01 Eylül 2017;22(3).

189. Látos M, Devecsery Á, Lázár G, Horváth Z, Szederkényi E, Szenohradszky P, vd. The role of body image integrity and posttraumatic growth in kidney transplantation: A 3-year longitudinal study. Health Psychol Open. 2015;2(1):1-8.

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Kişisel Bilgiler

Adı-Soyadı	: Serkan Dağ
Doğum yeri ve tarihi	:
Uyruğu	:
Medeni durumu	:
Askerlik durumu	:
İletişim adresi ve telefonu	:
Yabancı dili	:

II- Eğitimi Bilgileri

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi (2011-2017)

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği (2018-2019)

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (2019-Halen)

III- Mesleki Deneyimi

1-Elazığ Maden Şehit Cengiz Erdur Devlet Hastanesi (2017-2018)

2-Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği (2018-2019)

3-Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (2019-Halen)

IV- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Psikiyatri Derneği

9. EKLER

EK-1: ARAŞTIRMA ETİK KURUL BELGESİ

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926 28.12.2022
Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 28.12.2022
TOPLANTI SAATİ : 13:30 (Covid-19 tedbirleri kapsamında toplantı online yapılmıştır.)
TOPLANTI NO : 2022/11
PROJE/ KARAR NO : 2022-365 (Değerlendirilme Tarihi: 28.12.2022)

Üniversitemiz Gülhane Tıp Fakültesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER'in sorumlu araştırmacı olduğu, Arş. Gör. Dr. Serkan DAĞ'ın ve Uzm. Dr. Musa Barış AYKAN'ın yardımcı araştırmacılar oldukları, 2022/365 kayıt numaralı, **"Meme Kanseri ve Akciğer Kanseri Tanısı Almış Kadın Hasta Gruplarında Travma Sonrası Büyüme Düzeylerinin Beden Algısı ve Benlik Saygısı ile İlişkisinin Karşılaştırılması"** başlıklı uzmanlık tezi proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

Sıra No	Unvanı ve Adı/Soyadı	Kuruldaki Görevi	İmza
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR	Başkan	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK	Başkan Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR	Üye	
4	Prof. Dr. Levent KENAR	Üye	
5	Prof. Dr. Yusuf İZCİ	Üye	
6	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN	Üye	
7	Prof. Dr. Cantürk TAŞÇI	Üye	
8	Prof. Dr. Necmiye Ün YILDIRIM	Üye	
9	Prof. Dr. Fulya TOKSOY	Üye	
10	Prof. Dr. Ayten TÜRKKANI	Sekreter	
11	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ	Üye	
12	Prof. Dr. Dilek YILDIZ	Üye	
13	Prof. Dr. Türkan YILDIRIM	Üye	
14	Prof. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU	Üye	
15	Doç. Dr. Mehmet Erhan YUMUŞAK	Üye	
16	Doç. Dr. Umut BEYLİK	Üye	
17	Doç. Dr. Serkan PEKÇETİN	Üye	
18	Dr. Öğr. Üyesi Mustafa GÜNEY	Üye	
19	Dr. Öğr. Üyesi Eray Serdar YURDAKUL	Üye	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Etlik-Ankara Telefon: 0 (312) 304 6135

EK-2: TUEK BELGESİ

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - GÜLHANE EAH TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU (TUEK)
02/12/2022 11:28 - E-50687469 - 799 - 535
00179720707

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : E-50687469-799
Konu : Araştırma İzni (Dr. Serkan DAĞ)

Sayın : Dr. Serkan DAĞ
(Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği Birimi)

"Meme Kanseri ve Akciğer Kanseri Tanısı Almış Kadın Hasta Gruplarında Travma Sonrası Büyüme Düzeylerinin Beden Algısı ve Benlik Saygısı ile İlişkisinin Karşılaştırılması" başlıklı tez çalışmanızı hastanemizde uygulama talebiniz Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulu ve Eğitim Planlama Kurulunun 01.12.2022 tarih ve 23 no'lu toplantısında görüşülerek kabul edilmiştir.

Klinik Araştırmalar Yönetmeliğinin 23. maddesine istinaden etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmaya başlanabilir. Aynı Yönetmeliğin 1. Bendi uyarınca araştırmanın bütçesinin karşılanmasından araştırmacılar sorumludur.

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. K. Cemil ULUBULUT
Başhekim V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: 51409f95-7b71-4934-ba3d-2469678aab32 Belge Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

General Dr.Tevfik Sağlam Cd. Etlik ARGE/TUEK Birimi
Telefon: Faks No:
e-Posta: dilek.menay@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
http://www.gulhaneeah.saglik.gov.tr/
Bilgi için: Dilek MENAY
Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
Telefon No: (0 312) 304 61 05

EK-3: TEZ KONUSU ONAY BELGESİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 28.11.2022-188295

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-86241737-100--188295 28.11.2022
Konu : GTF Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu Kararları

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu 24.11.2022 tarihinde saat 14:00'da Gülhane Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı Doç.Dr.Özhan ÖZDEMİR başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online katılımı ile toplanmıştır. Toplantıda, Dekanlığımızla afiliye olan SUAM'larda görevli 85 (seksen beş) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili Ek'teki kararların alınmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
Dekan

Ek:Kurul Kararı

Dağıtım:
Üroloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Başkanlığına
Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanlığına
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı Başkanlığına
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Ankara Atatürk Sanatoryum Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :*BSF5ZJ3LSB* Pin Kodu :28182 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys

Adres:Sağlık Bilimleri Universitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618 Etlik/Keçiören/ANKARA
Telefon:0 312 304 61 73 Faks:0 312 304 61 90
Web:http://sbu.edu.tr
Kep Adresi:sbu@hs01.kep.tr
Bilgi için: Levent YILDIRIM
Unvanı: Uzman

72	Dr. Zekiye ŞAHİN	Ankara Şehir SUAM	Nefrotik sondrom tanılı çocuk hastalarda tübüler proteinrünin (düşük molekül ağırlıklı proteinürinin) renal fonsiyonlar üzerine etkisi'	Kabul edildi.
73	Dr. Duygu ACER	Ankara Şehir SUAM	nflamatuvar Bağırsak Hastalığı Tanılı Hastalarda Spondiloartropati Eşlik Edenlerin Sıklığı, Özellikleri ve Seyrinin Değerlendirilmesi"	Kabul edildi.
74	Dr.Serkan DAĞ	GTF Ruh Sağ.ve Hst AD.Bşk.lığı	Meme kanseri ve Akciğer kanseri tanısı almış kadın hasta gruplarında travma sonrası büyüme düzeylerinin beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkisinin karşılaştırılması	Kabul edildi.
75	Dr. Ülkügül YILDIRIM	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM	Boyun çevresi ölçümü ile hipertrigliseridemi arasındaki ilişki	Kabul edildi.
76	Dr. Muhammed Alperen ALAYBEYOĞLU	Ankara Şehir SUAM	Term ve Postterm Gebelerde Diurnal Ritmin Biyofizik Profili Üzerindekİ etkisi	Kabul edildi.
77	Dr. Ferhat ÇELİKKALELİ	Ankara Şehir SUAM	PSA Dansisitesi ve Manyetik Rezonans Görüntülemenin Prostat Biyopsi Kararının Verilmesi Rolü	Kabul edildi.
78	Dr. Gözde ÖZYAVUZ	GTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.Bşk.lığı	Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanılı ergenlerde içleştirilmiş damgalanma düzeyi ve içselleştirilmiş damgalanmanın akran zorbalığına dahil olma mağdur ve zorba rolleri ile ilişkisinin değerlendirilmesi ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması	Kabul edildi.
79	Dr.Şeyma ŞENER	GTF Kadın Has.ve Doğ AD.Bşk.lığı	Sağlıklı term gebelerde doğum için hastanede geçirilen sürenin postpart	Kabul edildi.
80	Dr.Kübra ÖZDEMİR	GTF Kadın Has.ve Doğ AD.Bsssşk.lığı	Polistik over sendromlu hastalarda serum fractalkine seviyeleri ile oksidatif stress markerlarının arteria corotis communis intima media kalınlığının kardiyovasküler sonuçlara etkisi	Kabul edildi.
81	Dr. Elif Kevser KİBAR	Ankara Şehir SUAM	Pelvik inflamatuar hastalık ve tuba-ovaryan apse tanılı hastalarda delta nötrofil indeks karşılaştırılması ve CRP ile DNI değerleri arasındaki ilişkisi	Kabul edildi.
82	Dr. Makbule ÇAYLAK	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji SUAM	Baş ve boyun bölgesine radyoterapi uygulanan hastalarda parotis ve submandibuler bezlerin elastoğrafi ile değerlendirilmesi	Kabul edildi.
83	Dr.Mehmet Tolga ÖZKAN	GTF Kadın Hst ve Doğ AD.Bşk.lığı	Umbilikal Kordon coil indeksi ile fetal gelişim arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	Kabul edildi.
84	Dr.Bengi VİDİNLİ	GTF Kadın Hst ve Doğ AD.Bşk.lığı	Polistik over sendromunun serum beta-klotho düzeyi ile ilişkisi	Kabul edildi.
85	Dr.Tuğçe TOPÇU	GTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	Yenidoğan Sepsisinde Eritrosit Dağılım Genişliği (RDW), CRP ve IL-6 Düzeyinin Tanısal Değerlerinin Karşılaştırılması	Kabul Edildi.

EK-4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

T.C
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE BİLİMSEL ARAŞTIRMA ETİK ARAŞTIRMALAR KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı, bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Bu bilgilendirilmiş gönüllü olur formu sizin çalışmaya katılmaya karar verebilmeniz için hazırlanmıştır. Bu çalışmada "Meme Kanseri ve Akciğer Kanseri tanısı almış kadın hastalarda Travma Sonrası Büyüme düzeylerinin Beden Algısı ve Benlik Saygısı ile ilişkisinin karşılaştırılması" araştırılmaktadır. Doktorunuz sizinle görüşme yapacak ve sizden bazı anketleri doldurmanız için yaklaşık 30 dakika zaman ayırmanız istenecektir.

Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük ilkesine bağlı olup katılmayı reddetmeniz herhangi bir cezaya ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine kesinlikle yol açmayacaktır.

Aynı şekilde araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da elde edilmesi beklenen bir yarar kaybına yol açmadan araştırmadan çekilebilirsiniz.

Araştırma kapsamında yapılan işlemlerin mali giderleri araştırmacılar (Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER ve Arş. Gör. Dr. Serkan DAĞ) tarafından karşılanacak olup size ya da sosyal güvenlik kurumunuza hiçbir mali yük getirmeyecektir.

Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün.

Araştırmanın bilimsel adı: Meme Kanseri ve Akciğer Kanseri tanısı almış kadın hasta gruplarında Travma Sonrası Büyüme düzeylerinin Beden Algısı ve Benlik Saygısı ile ilişkisinin karşılaştırılması

- **Araştırmanın anlaşılabilir basit adı:** Travma Sonrası Büyüme ile Beden Algısı ve Benlik Saygısı İlişkisinin İncelenmesi
- **Sorumlu Araştırmacının adı ve görev yeri:** Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER, SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.

  Araştırmanın amacı: Literatür bilgileri ışığında mevcut çalışmanın amacı meme ve akciğer kanseri tanısı alan hastalarda travma sonrası büyüme düzeylerini karşılaştırmak eş zamanlı olarak travma sonrası büyüme üzerine beden algısı ve benlik saygısının etkisini araştırmaktır. Araştırma sonucunda farklı hastalık grupları arasında travma sonrası büyüme düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığının , beden algısı ve benlik saygısının travma sonrası büyüme üzerinde nasıl bir rol oynadığının anlaşılması açısından literatüre katkı sağlayacaktır.
- **Araştırmanın niteliği (klinik, laboratuvar, epidemiyolojik, tez çalışması vb.):** Uzmanlık Tez Çalışması olup anket çalışması olarak planlanmıştır.
- **Araştırmanın başlama tarihi ve öngörülen süresi:** Etik kurul onayı alındıktan sonra tahmini 6 ay içerisinde tamamlanacaktır.
- **Araştırmaya katılması beklenen gönüllü sayısı:** Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbî Onkoloji Kliniği'ne müracaat eden kişiler arasından dahil edilme kriterlerini karşılayan "Meme veya Akciğer Kanser" tanılı toplam 148 kişi (74 Meme Kanseri ve 74 Akciğer Kanseri) dahil edilecektir.

- **Katılımcının araştırmaya dahil edilme nedeni:** Kanser hastalığı gibi olumsuz yaşam deneyimi sonrasında Travma Sonrası Büyüme Düzeylerinin incelenmesi
- **Araştırmadan doğrudan gönüllü için beklenen yarar:** Bu araştırmada beden algısı ve benlik saygısı gibi değişkenlerin Travma Sonrası Büyüme üzerine etkilerinin incelenmesi planlanmıştır.Çalışma sonucunda hastalar için yaşam felsefesi ,kişiler arası ilişkiler, kişisel dayanıklılık gibi kavramlar üzerine olumlu etki sağlayacak bulgular elde etmeyi hedefliyoruz.
- **Gönüllünün sorumlulukları:** Çalışmaya dahil olmayı kabul etmesi durumunda muayene sırasında hastalığı ve sosyal hayatı ilgili sorular sorulacaktır. Muayene sonrasında bazı anketleri doldurması istenecektir.
- **Gönüllünün (araştırma hamilelerde veya lohusalarda yapılacaksa ise embriyo, fetüs veya süt çocuklarının da) maruz kalabilecekleri riskler veya rahatsızlıklar:** Çalışmaya dahil olma durumunda gönüllüleri herhangi bir risk veya rahatsızlık beklememektedir.
- **Risklere karşı alınan önlemler:** Girişimsel bir işlem yapılmayacağı için herhangi bir risk bulunmamaktadır.
- **Gönüllüye alternatif olarak uygulanabilecek olan diğer yöntemler ve bunların olası yarar ve zararları:** Uygulanabilecek herhangi bir alternatif yöntem bulunmamaktadır.
- **Araştırmaya bağlı olarak bir zarar oluştuğunda verilecek tazminat ve sağlanacak tedaviler:** Araştırma anket çalışması olup herhangi bir zarar beklenmemektedir. Olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar da tarafımızdan karşılanacaktır.
- **Gönüllülere yapılacak ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin ödemeler:** Çalışmaya katılmakla gönüllüler parasal yük altına girmeyecek ve gönüllülere herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.
- **Gönüllünün araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar veya nedenler:** Gönüllünün çalışmaya katılmaktan vazgeçmesi veya çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılamaması
- **Araştırma sonunda gönüllülere bilgi verilecek mi?** Araştırma sonuçları ile ilgili bilgi katılımcının talebi olması durumunda verilecektir.
- **Gönüllülerin araştırma hakkında, kendileri hakkında ya da araştırmayla ilgili herhangi bir beklenmedik olay hakkında daha fazla bilgi edinebilmesi için temasa geçebileceği kişi ve kendisine günün 24 saatinde erişebileceği telefon numarası:** Arş. Gör. Dr. Serkan DAĞ ,

Yukarıda açıkça tanımlanan çalışmanın ne amaçla, kimler tarafından ve nasıl gerçekleştirileceği anlayabileceğim bir ifade ile bana anlatıldı.

Bu araştırmadan elde edilen bilgilerin bana ve başka insanlara sağlayacağı yararlar bana anlatıldı.

Araştırma sırasında meydana gelebilecek riskler ve rahatsızlıklar bana anlayabileceğim bir dille anlatıldı.

Araştırma sırasında oluşabilecek zarar durumunda gerçekleştirilecek işlemler bana anlatıldı.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ve haklarım konusunda 24 saat bilgi alabileceğim bir yetkilinin adı ve telefonu bana verildi.

Araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve testler ile tıbbi bakım hizmetleri için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyeceği bana anlatıldı.

Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

Sorumlu araştırmacı / hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.

Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / hekim ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabileceğini biliyorum.

Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun gerekli gördüğünde, gizliliğimin korunması ilkesine uygun olarak, araştırma konusuyla ilişkili orijinal tıbbi kayıtlarıma doğrudan erişimde bulunabileceğini biliyorum

İlgili yasal düzenlemeler gereğince kimliğimi ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı, kamuoyuna açıklanmayacağı; araştırma sonuçlarının bilimsel toplantılarda sunulabileceği ya da yayınlanabileceği, ancak, bu tür durumlarda kimliğimin kesin olarak gizli tutulacağı bana açıklandı.

Araştırma konusuyla ilgili olarak, çalışmaya devam etme isteğimi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde bana ya da yasal temsilcime zamanında bilgilendirme yapılacağı bana açıklandı.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu adlı metni kendi anadilimde okudum.

Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım.

Yukarıda konusu belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı.

Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün/Vasisinin imzası: Sayfa3/4

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu' nun tam imzalı bir kopyasını aldım.

- ***Gönüllünün; (El yazısı ile)***

Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

.....

.....

Tarih:

- ***Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için; (El yazısı ile)***

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

.....

.....

Tarih:

- ***Açıklamaları yapan araştırmacının***

Unvanı, Adı- Soyadı: (El yazısı ile)

Görev yaptığı bölüm:

İmzası:

Tarih:

EK-5: OLGU RAPOR FORMU

SOSYODEMOGRAFİK VE HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİ FORMU

Asağıdaki sorular sizin sosyodemografik bilgilerinizi ve hastalığınıza yönelik bazı bilgileri ögrenmeye yöneliktir. Lütfen soruları boş bırakmadan soruların yanına (X) isareti koyarak cevaplayınız.

1)Cinsiyetiniz: Kadın ( ) Erkek ( )

2) Yaşınız: .....

3) Eğitiminiz Durumunuz:
Okuryazar Değil ( ) Okuryazar ( )
İlkokul ( ) Ortaokul ( )
Lise ( ) Üniversite ve Üstü ( )

4) Medeni durumunuz:
Bekâr ( ) Evli ( )
Boşanmış ( ) Dul ( )

5) Çocuğunuz var mı?
( ) Hayır
( ) Evet

6) Kiminle yaşıyorsunuz?
Yalnız ( ) Anne-Baba ile ( ) Eş ve Çocuklar İle ( )
Bir Yakınıyla ( ) Eşi ile ( ) Çocuk(ları) ile ( )

7) Mesleğiniz nedir?
Ev Hanımı( ) Öğrenci ( ) Çalışıyor ( ) Emekli ( )

8) Maddi olanaklarınızın ne düzeyde olduğunu düşünüyorsunuz?
Çok düşük ( ) Düşük ( ) Orta ( ) Ortanın üstü ( ) Yüksek ( )

9) En uzun süre yaşadığınız yerleşim birimi neresidir?
Şehir ( ) İlçe ( ) Kasaba ( ) Köy ( )

HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİLER

1) Kanser olduğunuzu ilk ne zaman öğrendiniz? (Yıl, Ay) .....

2)İlk öğrendiğinizde hastalığınız kaçıncı evresindeydi? .....

3) Kanser tanısı aldıktan sonra hangi tedaviler uygulandı? (Birden fazla seçenek İşaretleyebilirsiniz.)

Kemoterapi ( ) Radyoterapi ( ) Hormonal tedavi ( ) Cerrahi tedavi ( )

4) Bu hastalığınız dışında daha önceden kanser tanısı aldınız mı?

( ) Hayır
( ) Evet ise ne zamandı belirtiniz: .....
( ) Tanı neydi belirtiniz: .....

5) Kanserden başka bir hastalığınız var mı?
( ) Hayır
( ) Evet ise belirtiniz: .....

6) Bugüne kadar hiç psikiyatrik bir hastalık geçirdiniz mi?
( ) Hayır
( ) Evet ise belirtiniz: .....

7) Daha önce hiç psikoloğa ya da psikiyatra gittiniz mi?
( ) Hayır
( ) Evet

TRAVMA SONRASI BÜYÜME ENVANTERİ

Sizden öğrenmek istediğimiz şey hastalığınız ile alakalı travmatik yaşam olaylarının, hayatınızda ne ölçüde **pozitif değişikliklere** sebep olduğudur. Kanser tanısı aldığınız ilk günden itibaren bu krizden/krizlerden sonra yaşamınızda ve düşüncelerinizde meydana gelen değişimleri lütfen aşağıda verilen puanlama ölçütlerine göre 0 ve 5 arasında değerlendiriniz.

0	1	2	3	4	5
Stresli olay(lar) sonucu bu değişimi hiçbir şekilde yaşamadım.	Çok az bir düzeyde	Bir miktar	Orta düzeyde	Oldukça fazla	Stresli olay(lar) sonucu bu değişimi çok büyük ölçüde yaşadım.

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

DEPRESYON-ANKSİYETE-STRES ÖLÇEĞİ (DASS-21)

	Son 1 haftadaki durumunuz için geçerli olduğunu düşündüğünüz puanı işaretleyin.	**Hiçbir zaman**	**Bazen ve ara sıra**	**Oldukça sık**	**Her zaman**
1	Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim	0	1	2	3
2	Fiziksel egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim *(kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim)*	0	1	2	3
3	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim	0	1	2	3
4	Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı fark ettim	0	1	2	3
5	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim	0	1	2	3
6	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu	0	1	2	3
7	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım	0	1	2	3
8	Hayatın değersiz olduğunu hissettim	0	1	2	3
9	Vücudumda *(örneğin ellerimde)* titremeler oldu.	0	1	2	3
10	Soluk almada zorluk çektim (*örn. fizik egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi)*	0	1	2	3
11	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim	0	1	2	3
12	Panik haline yakın olduğumu hissettim	0	1	2	3
13	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim	0	1	2	3
14	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	0	1	2	3
15	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	0	1	2	3
16	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	0	1	2	3
17	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
18	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum	0	1	2	3
19	Alıngan olduğumu hissettim	0	1	2	3
20	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim	0	1	2	3
21	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim.	0	1	2	3

BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda çeşitli vücut bölgesini ve işlevini sorgulayan maddeler bulunmaktadır. Bütün maddeler 1 – 5 arasında puanlanmaktadır (1: Hiç beğenmiyorum; 5: Çok beğeniyorum).Yapmanız gereken her bir maddeyi 1 ile 5 puan arasında değerlendirmektir. Örneğin bir vücut bölgesini çok beğeniyorsanız, bu özellik için "çok beğeniyorum" ifadesinin bulunduğu kutuya "X" işareti koyunuz.

	Hiç Beğenmiyorum	Pek Beğenmiyorum	Kararsızım	Oldukça Beğeniyorum	Çok Beğeniyorum
Saçlarım					
Yüzümün rengi					
İştahım					
Ellerim					
Vücudumdaki kıl dağılımı					
Burnum					
Fiziksel gücüm					
İdrar – dışkı düzenim					
Kas kuvvetim					
Belim					
Enerji düzeyim					
Sırtım					
Kulaklarım					
Yaşım					
Çenem					
Vücut yapım					
Profilim					
Boyum					
Duyularımın keskinliği					
Ağrıya dayanıklılığım					
Omuzlarımın genişliği					
Kollarım					
Göğüslerim					
Gözlerimin şekli					
Sindirim sistemim					
Kalçalarım					
Bacaklarım					
Dişlerimin şekli					
Cinsel gücüm					
Ayaklarım					
Uyku düzenim					
Sesim					
Sağlığım					
Cinsel faaliyetlerim					
Dizlerim					
Vücudumun duruş şekli					
Yüzümün şekli					
Kilom					
Cinsel organlarım					
Hastalığa direncim					

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda kendinizle ilgili bazı ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatli bir şekilde okuyunuz. Aşağıda belirtilen seçeneklerden size en uygun olan ifadenin bulunduğu kutucuğa "X" işareti koyunuz.

		Tamamen Uygun	Uygun	Uygun Değil	Hiç Uygun Değil
1	Genel olarak kendimden memnunum.				
2	Bazen hiç yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.				
3	Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.				
4	Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar iyi bir şeyler yapabilirim.				
5	Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.				
6	Bazen kesinlikle bir işe yaramadığımı düşünüyorum.				
7	Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.				
8	Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.				
9	Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.				
10	Kendime karşı olumlu bir tutum(tavır) içindeyim.				