

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ONKOLOJİ HASTALARININ TRAVMATİK
BİLİŞLERİ VE DÜNYAYA İLİŞKİN
VARSAYIMLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Özlem KILIÇ

Hemşirelik Anabilim Dalı

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğretim Üyesi Nevin GÜNAYDIN

ORDU-2019

ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Özlem KILIÇ tarafından hazırlanan ve Dr. Öğr. Üyesi Nevin GÜNAYDIN danışmanlığında yürütülen “Onkoloji Hastalarının Travmatik Bilişleri ve Dünyaya İlişkin Varsayımları” adlı bu tez, jürimiz tarafından 19/07/2019 tarihinde oybirliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Ortak Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Nevin GÜNAYDIN

Başkan : Prof. Dr. Nülüfer ERBİL
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza.....



Jüri Üyesi : Prof. Dr. Meral KELLEÇİ
Hemşirelik Anabilim Dalı
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi

İmza.....



Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Nevin GÜNAYDIN
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza.....



ONAY

05/09/2019 tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 13/09/2019 tarih ve 2019/121. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

13.09/2019



Enstitü Müdürü
Doç. Dr. Alparslan İNCE

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Özlem KILIÇ



TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında paylaştığı değerli bilgi ve birikimleriyle değerli hocam ve danışmanım Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Sayın Dr. Öğretim Üyesi Nevin GÜNAYDIN' a,

Lisans ve yüksek lisans hayatım boyunca beni her durumda destekleyen, takıldığım yerlerde elimden tutup bana destek olan, hayatım boyunca hep örnek alacağım, çok sevdiğim ve çok değerli hocam Aslıhan ÇATIKER'e,

Tez çalışmam boyunca benden ilgi ve bilgisini esirgemeyen canım arkadaşım Sultan ÖZKAN ŞAT' a,

Her zaman ve her koşulda yanımda olup bugünlere gelmemi sağlayan, beni ilgi ve anlayışlarıyla her daim kucaklayan annem Hatun KILIÇ ve babam Ali KILIÇ'a,

Tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Özlem KILIÇ

ÖZET

ONKOLOJİ HASTALARININ TRAVMATİK BİLİŞLERİ VE DÜNYAYA İLİŞKİN VARSAYIMLARI

Amaç: Bu çalışma, kanser hastalarının travmatik bilişleri ve dünyaya ilişkin varsayımlarını, aralarındaki ilişkiyi, bunları etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Mayıs 2016 - Ocak 2017 arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji-Hematoloji servislerinde tedaviye başvuran 249 kanser hastası üzerinde yapılmıştır. Veriler "Kişisel Bilgi Formu", "Travma Sonrası Bilişler Ölçeği" ve "Dünyaya İlişkin Varsayımlar Ölçeği" ile toplanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların, %34' ü 55-65 yaşında, %52' si erkek, %71' i evli, %33' ü lise mezunu, %33' ünün tanısı akut/kronik lösemidir. Katılımcıların tanıları ile travma sonrası bilişler ölçeğinin tüm alt boyutlarının puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Travma sonrası bilişler ölçeğinden tanı olarak en yüksek puanı 158.61 ± 36.65 ortalama ile meme-akciğer kanseri alırken, tanı yılı olarak 142.35 ± 38.24 ortalama ile 1-5 yıl arası almıştır. Dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeğinin kişisel talihe inanç, dünyanın iyiliğine inanç ve dünyanın adil olduğuna inanç ölçek puanları, hastalık tanıları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Evlenmemiş olanların dünyaya ilişkin varsayımı ölçeği puan ortalaması 81.33 ± 16.23 bulunmuştur ve evli olanlara göre daha olumsuzdur. Dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği ile travma sonrası bilişler ölçeği arasında negatif yönde orta şiddette anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=-0.565$).

Sonuç: Tanı ayırt etmeksizin kanser hastalarının travmatik bilişlerinin yüksek çıkması, kanser hastalığının travmatik bir hastalık olduğunu göstermektedir. En travmatik kanser türünün meme-akciğer kanseri olduğu, kanserin en travmatik algılandığı dönemin 1-5 yıl arası dönem olduğu, evlenmemiş olmanın dünyaya ilişkin varsayımları kötüleştirdiği saptanmıştır. Kişilerin dünyaya ilişkin olumlu varsayımlarının azaldıkça, travma sonrası olumsuz bilişlerinin arttığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Travma, Biliş, Kanser, Travma Sonrası Biliş, Dünyaya İlişkin Varsayımlar.

ABSTRACT

TRAUMATIC COGNITION AND WORLD ASSUMPTIONS OF ONCOLOGY PATIENTS

Aim: This study was undertaken to determine the traumatic cognition and world assumptions of cancer patients, the relationship between them and the factors affecting them.

Material and Method: The study was conducted out on 249 cancer patients applied to Oncology-Hematology Unit, Faculty of Medicine, Ankara University between May 2016 and January 2017. Data were collected using “Personal Information Form”, “Posttraumatic Cognitions Scale” and “World Assumptions Scale”.

Results: Of the participants, 34% were within the age range of 55-65 years old, 52% were male, 71% were married, 33% were high-school graduate, and 33% were diagnosed with acute/chronic leukemia. The difference between the mean scores of all the sub-dimensions of the participants' diagnosis and post-traumatic cognitions scale was statistically significant ($p < 0.05$). Breast-lung cancer had the highest score of post-traumatic cognitions scale, with an average of 158.61 ± 36.65 , while year of diagnosis was between 1 and 5 years, with an average of 142.35 ± 38.24 . Scale scores of the belief in personal fortune, belief in the good of the world and belief in a fair world were statistically significant in terms of disease diagnoses ($p < 0.05$). The mean score of the world assumption scale of the unmarried participants was 81.33 ± 16.23 , which was more negative than the married participants. There was a significant moderate negative correlation between world assumptions scale and posttraumatic cognitions scale ($r = -0.565$).

Conclusion: Cancer patients have a high score of traumatic cognition regardless of the diagnosis, which indicates that cancer is a traumatic disease. It has been found that the most traumatic type of cancer was breast-lung cancer, the period in which the cancer was perceived as the most traumatic was between 1-5 years, and being single worsened the world assumptions. As the positive world assumptions of the people decreased, their post-traumatic negative cognitions increased.

Key Words: Trauma, Cognition, Cancer, Posttraumatic Cognition, World Assumptions.

İÇİNDEKİLER

	SAYFA NO
İÇ KAPAK SAYFASI	
ONAY	
TEZ BİLDİRİMİ.....	I
TEŞEKKÜR.....	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
TABLolar DİZİNİ	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
1.GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3.Araştırmanın Soruları	4
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kanserin Tanımı	5
2.1.1 Kanserin Epidemiyolojisi.....	5
2.1.2. Kanserin Etiyolojisi.....	6
2.1.3. Kanser hastalarının psikolojik sorunları	6
2.2. Travma Kavramı.....	7
2.2.1. Kanser ve Travma İlişkisi	8
2.3. Travma Sonrası Bilişler	9
2.3.1 Bilişsel Model	9
2.4. Dünyaya İlişkin Varsayımlar.....	12
2.5. Kanser Hastalarına Psikososyal Hemşirelik Bakımı	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Tipi:	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme:	17

3.4. Veri Toplama Araçları.....	17
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	17
3.4.2. Travma Sonrası Bilişler Ölçeği.....	17
3.4.3. Dünyaya İlişkin Varsayımlar Ölçeği.....	19
3.5. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	19
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	20
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	20
3.8. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler.....	20
4. BULGULAR.....	21
5. TARTIŞMA	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
6.1. SONUÇLAR	43
6.2 ÖNERİLER	46
KAYNAKLAR	48
EKLER.....	59
EK-1 Etik Kurul Onay Formu	59
Ek-2 Kurum Onay Formu.....	60
Ek-3 Kişisel Bilgi Formu	61
Ek-4 TSBÖ	63
Ek-5 DİVÖ	65
Ek-6 Ölçek İzinleri	67
ÖZGEÇMİŞ	68

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 4.1 Tablo 4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	23
Tablo 4.2. Travma Sonrası Bilişler Ölçeği ve Dünyaya İlişkin Varsayımlar Ölçeği Puan Ortalamaları.....	25
Tablo 4.3. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	26
Tablo 4.4. Katılımcıların Hastalık Özelliklerinin Dağılımına Göre Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.5. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dünyaya İlişkin Varsayımlar Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.6. Katılımcıların Hastalık Özelliklerinin Dağılımına Göre Dünyaya İlişkin Varsayımlar Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.7. Travma Sonrası Bilişler Ölçeği, Dünyaya İlişkin Varsayımlar Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	38

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

APA	:	American Psychology Association
DİVÖ	:	Dünyaya İlişkin Varsayımlar Ölçeği
DNA	:	Deoksiribonükleik asit
DSM	:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GİS	:	Gastrointestinal Sistem
IARC	:	Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı
KLP	:	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
MM	:	Multipl Myelom
SSK	:	Sosyal Sigortalar Kurumu
TSBÖ	:	Travma Sonrası Bilişler Ölçeği
TSSB	:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
WHO	:	World Health Organization

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Tüm dünyada en önemli sağlık problemleri arasında yer alan kanser, tanı ve tedavi süreçlerinin uzaması ile ölümlerle sonuçlanabilen, insan yaşamının fiziksel, sosyal, ruhsal ve ekonomik boyutlarını önemli derecede etkileyen hastalık grubunun ortak adıdır (Kutlu ve ark., 2015).

Kanser tanısı almış olmak, hayatı tehdit ettiği için başlı başına bir ruhsal travma sebebidir. DSM-5 tanı kriterlerine göre travma, bireyin hayatının tehlikede olma durumu, cinsel saldırı, yaralanma gibi olaylarla doğrudan karşılaşması ya da bunların kıyasından dönmesi, bu tip olaylara şahitlik etmesi veya bir yakınının başına böyle bir olayın gelmesi şeklinde ifade edilmektedir. Travmatik bir olaya maruz kalan bireylerde; aşırı korku, çaresizlik ya da dehşet hissi gibi tepkiler görülebilmektedir. Yaşanan travmanın tekrar tekrar hatırlanması ya da rüyada görülmesi; travmatik olayları sanki yeniden yaşıyormuş gibi davranılmasına ya da öyle hissedilmesine sebep olmaktadır. Kişi, olayla ilgili herhangi bir durumu çağrıştıran bir uyarana maruz kaldığında, psikolojik olarak yoğun bir sıkıntı yaşayabilmekte ya da tepkilerini fizyolojik olarak gösterebilmektedir (DSM-5; Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013; Özkan, 2007).

Kanser tanısı almış bireyler hastalık süresince; uyum bozuklukları, depresif sendromlar, panik bozukluğu, fobiler, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi psikiyatrik tanılar alabilmekte; sosyal izolasyon, güvensizlik, empati eksikliği, yaklaşan ölüm düşüncesi, suçluluk düşüncesi, depresyona benzer disforik duygu durum, uyku etkinliğinin azalması gibi emosyonel sorunlar yaşayabilmektedirler (Ülger ve ark., 2014, Otto, 2001, Yüksel, 2014). Bir başka deyişle travma belirtileriyle kanserde yaşanan ruhsal sorunlar, benzerlik taşımaktadır. Bununla birlikte kanser hastalarının %60-70'ine kemoterapi, hormonal tedavi, hedefe yönelik tedaviler (adjuvant, neoadjuvant, palyatif tedaviler ve kök hücre nakli) gibi ağır fiziksel semptomlara yol açan tedaviler uygulanmaktadır (Demirer, 2014). Li ve arkadaşları (2014)' nın yaptığı çalışmaya göre, özellikle kemoterapi, aşırı uyarılmışlık ve yorgunluğa sebep olduğundan TSSB riskini artırmaktadır.

Biliş, duyuşal girdilerin anlamlandırılmasından, belleğe depolanması, eleştirel ve mantıksal yaklaşım sonucu yeniden değerlendirilmesini de içeren bir süreçtir (Smith ve Kosslyn 2017). Bilişsel şemalar ise, bireylerin ruhsal gereksinimlerine göre yapılandırdığı, kendisi ve diğerlerine dair bilinçli ya da bilindişı inanış ve beklentileridir (Pearlman ve Saakvitne, 1995). Bazı alışmalar, TSSB'nin meydana gelmesi ve kronikleşmesinde bilişlerin rolü olduğunu ortaya koymaktadır (Foa ve ark., 1999; Ehlers ve Clark, 2000). TSSB'de temel belirtilerin önemli bir bölümü, bilişsel süreçlerdeki bozukluklara işaret etmektedir. Özellikle de duyuşal girdi ve bellek süreçlerinde bozukluklar görülmektedir. TSSB'de bellek işlevi bozulmakta; bilişsel süreçte dikkat azaltmaktadır. Buna karşın travma ile ilgili uyaranlara tepkiler hızlanmaktadır (Yüksel, 2014).

TSSB'ye dair bilişlerin TSB (Travma Sonrası Bilişler leği) kullanılarak ölçüldüğü bir araştırmada mağdurların, TSSB'ye dair olumsuz bilişlerinin mağdur olmayanlara göre fazla olduğu ve bu bilişlerin ruhsal belirtilerle ilgili olduğu sonucuna varılmıştır (Elwood ve Williams, 2007). Travma ve kanser hastalığı sürecindeki bilişlerde benzer bilişler, yoğun korku, çaresizlik ve dehşet duygusu şeklinde sıralanmaktadır (Yüksel, 2014). Bu duygulara ek olarak kanserde umutsuzluk, belirsizlik duyguları, dayanılmaz ağrıları, terk edilme korkusu ve ölüm düşüncesi de sıkça yaşanmaktadır (Armay ve ark. 2007). Burada bilişsel ve duyuşal açıdan travmadaki ve kanserdeki süreçlerin benzerliği dikkat çekmektedir.

Travmatik yaşantının ortaya çıkması, kişideki en temel inançları, dünya, kendisi ve diğerleri ile ilgili temel varsayımları sarstığı için kişide, TSSB geliştiği ifade edilmektedir. Bireyin travma öncesinde sahip olduğu inançlarla, travma yaşantısına sağladığı uyum arasındaki bağlantının doğası karmaşıktır (Taylor, 2006; Yıldırım ve ark. 2012). Foa ve arkadaşlarına göre travmatik yaşantı, bireyin kendi yeterliliğine ve dünyanın güvenli bir yer olduğuna dair önceden var olan algılarını olumsuz şekilde etkilediğinde, TSSB gelişmektedir (Foa ve Cahil, 2001; Foa ve Rothbaum, 1998).

Travmatik yaşantı kötümser insanların, kişinin kendisini bütünüyle yetersiz hissetmesine dair var olan algısının güçlenmesine; iyimser insanlarda ise, dünyaya ilişkin olumlu bakış açılarının kesintiye uğramasına sebep olmaktadır. Bireyin

dünyaya olan bakış açısı ne kadar keskin ve değiştirilemezse, travmatik yaşantının bireyin dünyaya ve kendisine ait bakış açısında o kadar dramatik bir değişime sebep olduğu ifade edilmektedir. Bu durum bireyde, TSSB ortaya çıkma ihtimalini arttırmaktadır (Foa ve ark, 1999). Kanser hastalarının ruhsal sorunlarıyla ilgili olarak El-Jawahri ve ark. (2016)'nın kök hücre nakli olan kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada, ilk 6 ayda depresyon (%43.3) ve TSSB (%28.4) oranının arttığı bulunmuştur. Kuba ve ark. (2019)'nın uzun süre hayatta kalan kanser hastalarının depresyon ve anksiyete düzeylerini saptamak için yaptıkları çalışmada, 10-26 yıl geçtikten sonra bile depresyonun yüksek çıktığı, anksiyetenin daha kabul edilebilir düzeye düştüğü saptanmıştır. Mitchell ve ark. (2011)'nin kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada, minör depresyon oranı %16, majör depresyon oranı %22 çıkmıştır. Cardoso ve ark. (2016)'nin yaptığı çalışmada, kadın olanların, ileri yaşta olanların ve ileri evre kanser hastası olanların anksiyete ve depresyon oranı daha yüksek çıkmıştır. Mausbach ve Irwin' in (2017) çalışmasında, depresif olan kanser hastalarının depresif olmayan kanser hastalarına oranla hastanede yatış sürelerinin %30 daha fazla olduğu saptanmıştır. Zare ve ark. (2019)'nin kemoterapi alan kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada, ruh sağlığı, ruhsal iyilik ve yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Kutlu ve ark. (2011)'nin kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada, depresyon ve anksiyetedeeki artışın, yaşam kalitesini olumsuz etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Özet ve ark. (2012)'nin kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada, hastaların %8.1' inin ağır depresyon, %10.8'inin şiddetli anksiyete yaşadığı belirlenmiştir.

Kanserdeki bilişler ile travmadaki bilişler benzerlikler taşımakta; hastaların dünyaya, kendine ve olaylara verdiği anlamı da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu bilişler, travmatik düzeyde olursa ve müdahale edilmezse, ruhsal sorunlara yol açabilmekte ve kanserdeki tedavi sürecini de zorlaştırmaktadır.

Travmatik yaşantılarla kanser tanısı aldıktan sonraki bilişsel sürecin benzerlik göstermesi; travmanın gelişmesi, sürmesinde etkili olan bilişlerin değerlendirilmesi gereğini ortaya koymaktadır. Bunun yanında kanser hastasının travmatik bilişlerini değerlendirmek, klinik uygulamada kanser hastasının tedavisi süresince travmatik bilişlerdeki değişimlerini izlemek, travmatik değişimlerin değiştirdiği dünyaya ilişkin varsayımları belirlemek; tedaviye uyumun, hastalığa psikososyal uyumun

arttırılmasında, hastane yatışlarının azaltılmasında ve hastanın yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde büyük önem arz etmektedir.

Kanser hastalarının fiziksel problemleri dışında yaşadıkları en önemli sorunların ruhsal sorunlar olduğu bildirilmektedir (Bahar ve ark., 2019). Hemşire, bütüncül bakım çerçevesinde sadece fiziksel bakım gereksinimlerini değil, ruhsal bakım gereksinimlerini de ele alan bir yaklaşımı benimseyen en önemli sağlık profesyonellerinden biridir. Hem fiziksel semptomların yönetilmesini, hem de altta yatan nedenlerin belirlenmesi yaklaşımını benimseyen psikososyal bakım, konsültasyon-liyezon psikiyatrisi (KLP)'nin önemli yaklaşımlarından biridir. KLP hemşiresi, hem fiziksel semptomların yol açtığı ruhsal ve emosyonel sorunlarla, hem de bu sorunların ortaya çıkmasında etkili düşünsel ve algısal değerlendirmeleri ele alabilmeli ve yönetilmesinde aktif rol üstlenmelidir. Bu nedenle bu çalışma, kanserde ruhsal bozukluklara yol açabilecek travmatik biçimdeki bilişleri ve hastalık süreciyle değişebilen hastaların kendisine, olaylara ve dünyaya ilişkin varsayımlarını incelemeyi amaçlamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, kanser hastalarının travmatik bilişleri ve dünyaya ilişkin varsayımlarını belirlemek ve bunları etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

- Kanser hastalarının travmatik biliş durumu nedir?
- Kanser hastalarının dünyaya ilişkin varsayım durumu nedir?
- Kanser hastalarının travmatik bilişlerini ve dünyaya ilişkin varsayımlarını etkileyen faktörler nelerdir?
- Kanser hastalarının travma sonrası bilişleri ile dünyaya ilişkin varsayımları arasında bir ilişki var mıdır?

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Kanserin Tanımı

Günümüzde en önemli sağlık problemleri arasında yer alan kanser, tanı ve tedavi süreçlerinin uzaması ile ölümlerle sonuçlanabilen, insan yaşamının fiziksel, sosyal, ruhsal ve ekonomik boyutlarını önemli derecede etkileyen hastalık grubunun ortak adıdır (Kutlu ve ark., 2011).

Kanser, insan vücudundaki herhangi bir hücre yapısının değişerek kontrolsüz bir şekilde ve aşırı derecede çoğalması ile oluşan çok yönlü bir hastalıktır. Esas olarak Deoksiribonükleik asit (DNA)'nın doğru bir şekilde eşleşmemesi durumudur. DNA doğru eşleşmediği zaman mutasyona uğrayarak yeni bir yapı oluşur ve bu mutasyonların genellikle genetik, sistemsel ve çevresel etkenlerle geliştiği düşünülmektedir (Can, 2014; Dalay ve Buyru, 2015).

2.1.1 Kanserin Epidemiyolojisi

Dünya kanser istatistiklerine göre, yılda 9.6 milyon kanserden kaynaklı ölüm ve 18.1 milyon yeni vaka görülmektedir (Globocan, 2018). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC), dünya genelinde beşte bir erkeğin ve altı da bir kadının hayatları süresince kanser yaşayacağını ve on bir kişiden birinin kanser olacağını tahmin etmektedir (Globocan, 2018). Yeni vakaların yarıdan fazlası, düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)' nün raporuna göre, akciğer kanserinin her iki cinsiyette görüldüğü, özellikle meme kanserinin kadınlarda en sık görülen ve en çok mortaliteye sebep olan kanser türü olduğu bildirilmiştir (WHO, 2014). Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC), 2030 yılında kanser vakalarının 22 milyona yükseleceğini öngörmektedir. Kanserin tüm dünyada görülme sıklığının %20; Türkiye'de ise erkeklerde 100 binde 270, kadınlarda 100 binde 173, toplam nüfusta 100 binde 222 oranlarında olduğu bildirilmektedir (Demirer, 2014). Türkiye Bilimler Akademisi Ulusal Kanser Raporu'nun 2009 yılı verilerine göre, Türkiye'de her yıl 160.000-180.000 civarında yeni kanser tanısı konduğu ve bu değerlerin dünya ortalamasının üstünde olduğu ifade edilmektedir (Demirer, 2014).

2.1.2. Kanserin Etiyolojisi

Hücre çoğalmasını kontrol eden genlerde çevresel veya kişiye özgü (ailevi kanserler) nedenlerden ötürü oluşan mutasyonlar, çevresel etkenler (sigara ve alkol kullanımı, hareketsizlik, obezite, hava kirliliği, geç yaşta ya da az sayıda çocuk sahibi olmak, yeterince emzirmemek), bazı virüsler ve X ışınları kanserin nedenleri arasında karşımıza çıkmaktadır (WHO, 2014).

2.1.3. Kanser hastalarının psikolojik sorunları

Kanser, hastalar tarafından ölümcül, acı veren, ağrıyı çağrıştıran, ürkütücü, korkutucu bir hastalık olarak algılanmakta ve nedenle hastalarda çok sayıda ruhsal sorun ortaya çıkmaktadır (Şengün, İnan ve Üstün, 2014). Bunun yanında kanser tedavisinde hastalara kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi, hormon tedavisi, biyolojik tedavi yöntemleri ve hedefe yönelik tedaviler (adjuvant, neoadjuvant ve palyatif tedaviler ve kök hücre nakli) uygulanmaktadır (Gelin ve Ulus, 2015; Demirer, 2014). Bu tedaviler; ağrı, bulantı, kusma, mukozit, alopesi (saç dökülmesi), kemik iliği depresyonu gibi ağır fiziksel semptomlara yol açmaktadır (Ateş ve Olgun, 2014). Hem bu fiziksel problemlerin neden olduğu sorunlar, hem de kanserin doğrudan ölüme sebep olan bir hastalık olması, ruhsal sorunları da beraberinde getirebilmektedir (Aydoğan ve ark., 2012; Ülger ve ark., 2014). Ortaya çıkan ruhsal sorunlar sorunlar; depresif sendromlar, panik bozukluğu, fobiler, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi psikiyatrik tanılar olabileceği gibi; sosyal izolasyon, suçluluk düşüncesi, empati eksikliği, yaklaşan ölüm düşüncesi, güvensizlik, uyku etkinliğinin azalması, depresyona benzer disforik duygu durum gibi uyumu bozan ruhsal sorunlar şeklinde de olabilmektedir (Ülger ve ark., 2014; Otto, 2001; Yüksel, 2014). Kanserde aynı zamanda, yaşam tehdidi ve bedensel algısının bozulması, çoğu zaman kişileri en çok etkileyen durumlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun yanında acı, sekel kalması, sosyal ve mesleki rollerin kaybı, etkilenen bireylerin önemli bir azınlığındaki ezici duyguları tetikleyebilmektedir. Tanının aniden gelmesi ile algılanan kontrol ve bozulma eksikliği oluşmakta; yoğun korku, çaresizlik, endişe ve depresyon ortaya çıkmaktadır (Quattropani ve ark., 2018).

Psikolojik bozuklukların görülme sıklığı kanser hastalarında, %30 ile %60 arasında değişmektedir (Chahl ve ark., 2009; Arolt ve ark., 2003; Tada ve ark., 2012).

Psikolojik sorunları olan kanser hastalarının tespit edilememe nedenleri ve bu ruhsal sorunlara yönelik gerekli tedavilerinin yapılamamasıyla ilgili çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Ortaya çıkan görüşlerden ilki, hasta kaynaklı sorunları içermektedir. Hastaların çoğunluğu günlük onkolojik tedavileri sürerken, tedavi ekibiyle kurdukları ilişkilerin olumsuz etkilenmesinden korktukları için, psikolojik sorunlarını dile getirmekten kaçınmaktadırlar. Hastanın kendisini ifade etmesine, psikolojik sorunlarıyla ilgili konuşmasına engel olan diğer bir durum da hastanın ağır bir depresyon (anksiyete, içe dönüklük ve kendinden emin olamamanın eşlik ettiği tablolarda) içinde olmasıdır (Tünel ve ark.2012).

2.2. Travma Kavramı

Travma, ilk olarak Charcot (kadınların histerileri baz alınarak yaptığı çalışmalarda) tarafından incelenmiştir. Charcot'a göre histeriye sebep olan katlanılamaz psikolojik deneyimler; felç, his kaybı, amnezi gibi semptomlardır. Charcot' tan sonra onun öğrencilerinden olan Janet (1892-1977), Breurer ve Freud da (1893-1964) onun çalışmaları paralelinde çalışmalar yapmış ve histerinin çocuklukta yaşanan cinsel travmadan kaynaklandığını, dayanılması zor olan bu yaşantının bilinçte değişiklikler yarattığı savını ortaya atmışlardır (Herman, 2016).

Bayraktar “travma” kavramını; ölüm gibi bir gerçekle ya da ölüm tehdidi ile yüz yüze gelmeye sebep olan ağır yaralanma ya da hastalık durumlarında ortaya çıktığını bildirmektedir. Aynı zamanda kendisinin ya da bir yakınının fiziksel ya da yaşamsal bütünlüğüne yönelik bir tehdide maruz kaldığını öğrenen bireyin yaşadığı ön görülemeyen olaylar olarak tanımlamıştır (Bayraktar, 2012). Türksoy ise travmatik olayların beklenmedik,ön görülemez olayları içerdiğini; aynı zamanda bireyin yaşam olaylarına uyum sağlamasını sağlayan baş etme yollarının eksik kalmasının travmanın ortaya çıkmasına kaynaklık ettiğini belirtmektedir (Türksoy,2003).

Kanser hastalarında psikolojik belirtilerin ortaya çıkması, gün geçtikçe artış göstermektedir. Bunun yanında travmaya maruziyet, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir durum olmasının yanı sıra fiziksel, psikolojik ve sosyal sonuçları açısından kişilerin işlevselliğinin etkilendiği bir durum olarak değerlendirilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Travma sonucu gelişen stres,

kişilerin iyilik halini olumsuz etkilemenin yanında kişilerin çevresinde bulunan kişileri de olumsuz etkileyebilmektedir. Öztürk ve Uluşahin (2008), travmaya bağlı stresin belirtilerini aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

Ruhsal tepkiler: Olumsuz düşünceler, şok, karmaşıklık, konsantrasyon eksikliği, inkar, odaklanma güçlüğü, problem çözme ve karar vermede güçlükler.

Fiziksel tepkiler: Bitkinlik, yorgunluk, kaçınma, uzak durma, kalp çarpıntısı, aşırı uyarılmışlık, psikosomatizasyon, yeme bozuklukları ve uyku bozuklukları.

Duygusal ve Davranışsal tepkiler: İçer kaparıklık, huzursuzluk, kişilerarası ilişkilerde yaşanan problemler, agresyon, korku ve kaygılar, olayın tekrarlanma korkusu, anti-sosyal davranışlar, yaralanma, alkol ve madde kullanım bozukluğu, ölüm korkusu, panik, depresyon, yas ve çaresizlik.

Algısal çarpıtmalar: Travmatik deneyimi çarpıtma, görsel ve işitsel çarpıtmalar, zaman algısında değişiklik, rahatsız edici olduğu iddia edilen uyaranlar ve çağrışımlar, beden imgesinde bozukluklar, gerçek dışılık (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

2.2.1. Kanser ve Travma İlişkisi

Kişinin yaşam bütünlüğünü tehlikeye sokan olaylar, "travmatik olaylar" olarak tanımlanmaktadır. DSM-5 tanı kriterlerinde, hayatı tehdit eden hastalıklar da TSSB başlığı altında değerlendirilmektedir. Bu açıdan bakıldığında kanser, travmaya yol açabilme potansiyeli olan travmatik bir olay olarak tanımlanmaktadır (Martino ve ark., 2013, 2015; Villani ve ark., 2016; Cordova ve ark., 2017).

Amir ve Ramati (2002), kanseri kronik, bireyin kendisini korku içinde ve çaresiz hissettiği, hayatı tehdit eden bir durum olarak tanımlamışlardır. Bu çaresizlik durumunun travma kavramı içinde de yeri olduğunu, dolayısıyla kanserin travmatik bir olay olduğunu savunmuşlardır. Tokgöz ve arkadaşlarının kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada, TSSB oranı %19 olarak bulmuştur. Yine bu çalışmada kemoterapi alan hastaların, TSSB oranları almayanlara göre daha yüksek çıkmıştır (Tokgöz ve ark., 2008).

2.3. Travma Sonrası Bilişler

Biliş, duyuşal girdilerin anlamlandırılmasından, belleğe depolanması, eleştirel ve mantıksal yaklaşım sonucu yeniden değerlendirilmesini de içine alan sürece denir (Smith ve Kosslyn 2017). Bilişsel şemalar, bireyin kendisi ve diğer bireylerle ilgili bilinçli ya da bilinçdışı inanış ve beklentilerinin kendi psikolojik gereksinimlerine göre düzenlenmesidir (Pearlman ve Saakvitne, 1995). Literatür incelendiğinde, travmaya maruz kalan bireylerin bilişsel şemalarında kesinti olduğu ya da şemaların değiştii sonucuna varılmıştır. nkn travmatik olaylar, bireyin kendi davranışlarını, diğerlerine olan davranışlarını, dünyaya ilişkin duygu ve düşüncelerini etkilemektedir. Bilişsel şemaların değişmesi ise bireyin otomatik düşüncelerinin gelişmesine neden olmaktadır (Pearlman ve Saakvitne, 1995; Herman, 1992; Holman ve Silver, 1998; Koss ve ark, 2002).

Son yıllarda travma ile ilgili araştırmalarda, bilişlerin önemi daha çok vurgulanmaktadır. Yine yapılan alışmalar, TSSB'nin akut ve kronik safhalarında bilişlerin önemli bir yeri olduğunu göstermektedir (Ehlers ve Clark, 2000; Foa ve ark., 1999; Harned ve ark. 2014; Samuelson ve ark., 2017; Chung ve Reed, 2017; Holiday ve ark., 2018, Brown ve ark., 2019).

Amir, Kaplan ve Kotler (1996), travma sonrası süreçteki psikolojik uyum için ana belirleyici etkenin travmatik olayın bilişsel olarak değerlendirildiği süreç olduğunu bildirmektedir. Travmatik olaylar birçok insanın başına gelmesine rağmen, herkeste TSSB gelişmemektedir (Foa ve ark., 1999). TSSB gelişiminin bireylerin travmatik olayı algılama şekillerine göre değiştiiğini savunmuşlardır. TSSB gelişmesine neden olan iki biliş ne srmuşlerdir. Bunlar; “ben tamamen yetersizim” ve “dünya tamamen tehlikeli” dir. Mağdurların travmayı algılama şekilleriyle ilişkili bireysel farklılıklar, travmanın gelişimiyle ilgili çalışmalara konu olmaktadır (Foa ve ark., 1999).

2.3.1 Bilişsel Model

Bilişsel model, kişilerin kendileri ve yaşadıkları sosyal çevrelerine ilişkin yapılan ruhsal şemaları baz alarak, hayatta karşı karşıya kaldıkları zorluklarla baş etme becerilerini şekillendiren bir modeldir. Travmatik deneyimlerin kişilerin ruhsal temsillerine bağlı olarak kişileri etkilediiği temelinde yapılandırılmıştır. Bağlanma

kuramı çerçevesinde, anne-çocuk arasındaki bağın kurulmasından itibaren, kişilerin zorluklarla karşılaştıkları durumda yakınlık kurma ihtiyacının bağlanmadan ileri geldiği ve bağlanmanın erken dönemden itibaren şekillenen ve daha sonraki dönemlerde de kişilerin hayatını ve bilişsel şemalarını etkileyen bir süreç olduğu öne sürülmektedir (Bowlby, 1980).

Bilişsel model, kaygı ve stres bozukluklarında, bilişsel, davranışsal ve duygusal olmak üzere üç ana unsurdan oluşmaktadır. Kaygı bozukluğu olan birey kendisi, dünya ve geleceğe dair kaygılı bir algıya sahiptir. Kişi kaygısının artmasına neden olan ve tehdit unsuru olarak gördüğü durumlarda fiziksel tepkisini “kaç ya da savaş” tepkisi yoluyla vermektedir. Bu durumda taşikardi, kan basıncının yükselmesi, terlemede artış, yüksek oranda hassasiyet oluşmaktadır (Sadock, 2009).

Bilişsel modelde kaygı ve stres bozukluklarında, kişilerin inançları üzerinde algısal değişiklikler olduğu yönünde görüş belirtilmektedir. Kişilerin ilk etapta stresli durumlar ile etkin bir biçimde başa çıkamayacaklarını düşünmeleri, bu sebeple rahatsız olabilecekleri ve/veya strese girmelerine sebep olacak durumlardan kaçındıkları görülmektedir. Bunun yanında, kişilerin kafalarında oluşturdukları imgeler ve bilişsel süreçler dolayısı ile kaygılandıkları ve sonrasında fiziksel belirti gösterdikleri durumlar ortaya çıkmaktadır. Bu durumlar sonrasında kişiler tehdit altında oldukları düşüncesine kapılmaktadır. Kişilerde görülebilen aşırı uyarılmışlık halinin algılanan tehdit ve tehlike ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Gösterdikleri fiziksel ve psikolojik belirtiler; kişilerde tehdit ve tehlike algısının varlığını düşündürülen önemli unsurlar olarak görülmektedir (Sadock, 2009).

Bilişsel-davranışçı kuramın önde gelen isimlerinden olan Ellis (1973), kişilerin genel olarak düşünce kalıplarını, bilişsel şemaların arkasındaki inanç sistemlerinin oluşturduğu görüşüne sahiptir. Otomatik düşünceler, bu düşünce kalıplarının inançlar ile şekillenmesi ile birlikte ortaya çıkmaktadır. Ellis, otomatik düşüncelerin işlevsel olmayan, olumsuz duygu ve çarpıtmalara sebep olabileceğini; çarpıtılmış, olumsuz düşünce ve inanç sistemlerinin ise, davranışı yapılandırıldığını öne sürmektedir (Kararımak ve Siviş Çetinkaya, 2016).

Bilişsel modele göre, uyumsuz ve gerçekçi olmayan düşünme biçimleri anksiyete ve benzeri duygusal sorunların oluşmasına sebep olmaktadır. Önemli olan

durumlardan biri de, kişinin travmanın sebebine yaptığı gönderme ve travmatik olaya verdiği anlamdır. TSSB'nin gelişimi ve sürmesinde, tehdidin algılanış şekli, tahmin edilebilirliği ve kontrol edilebilirliği gibi bilişsel faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir. Kişilerde travmatik yaşantılar sonrası “ya hep ya hiç”, aşırı genelleme, olumsuz olayları abartıp olumlu olaylara odaklanamama, olaylar için kendini suçlama ve olayları kişiselleştirme, diğer insanlara karşı daha güçlü olduğunu göstermeye çalışma gibi düşünce ve tutumların ortaya çıktığı görülmektedir. Bu tür düşünce ve tutumların olması, kişinin psikopatolojisini olumsuz yönde etkilemektedir (Foa ve Rothbaum 1998; Scott ve Stradling, 2006). TSSB ile birlikte bu bilişlerdeki çarpıtmanın gelişme biçimi aktarılırken, travmatik olaydan önceki bilişsel durumdaki katılığın rolünün önemine değinilmektedir. Özellikle, olumlu veya olumsuz farkı gözetmeden, bireyin kendi ve dünyaya ilgili açıklamaları, TSSB gelişmesi bakımından bireyi daha savunmasız bir hale getirmektedir. Travmatik olayla birlikte aşırı olumsuz inançların şiddeti artarken, kendi ve dünyayla ilgili gerçek dışı olumlu inanışlar bir kenara itilebilmektedir. Foa ve Rothbaum (1998), TSSB tedavisinin başarılı sayılabilmesi için bireysel yetersizlik ve dünyanın tehlikeli olduğuna dair bu tür inançların düzeltilmesi gerektiğini bildirmişlerdir. Zalta ve arkadaşları (2014) ise, travma sonrası bilişlerdeki değişikliklere müdahalenin TSSB semptomlarını azaltacağını söylemişlerdir.

Ehlers ve Clark'ın (2000) tanımlamış olduğu TSSB'nin bilişsel modeline göre, kişilerin travmayı ciddi ve var olan tehdit algısına sebep olacak şekilde işlemesi, TSSB'nin dirençli olmasına sebebiyet vermektedir. Tehdit duygusunun meydana gelmesine sebep olan şeyler;

1) Travma ve ortaya çıkardığı hasarlara ilişkin aşırı olumsuz değerlendirmeler,

2) Travmanın istemsiz olarak yeniden hatırlanmasına sebep olan zayıf ayrıntı ve travmayla ilgili otobiyografik anıların sebep olduğu rahatsızlık, güçlü algısal hazırlık, güçlü çağrışımlı bellek.

Olumsuz değerlendirmelerdeki ve travmatik yaşantılardaki değişim, sorunlu bilişsel ve davranışsal stratejilerle engellenmektedir. Bu sebeple TSSB için yapılacak olan bilişsel teravinin, abartılı olan olumsuz değerlendirmelerin yerine otobiyografik

bellekteki bozukluğu düzeltmesi, sorunlu davranışsal ve bilişsel stratejileri ortadan kaldırması hedeflenmektedir (Ehlers ve ark, 2005). Başlangıçta bireyin bilişleri, olumsuz yönde etkilenmektedir. Travmaya maruz kalanlar, bütün insanlar üzerinde genellemeler yaparak onları olumsuz veya yetersiz olarak niteleyebilmektedirler. Travmatik yaşantılar (özellikle de tekrar eden travmatik yaşantılar), çoğu zaman yakın ilişkilerin bozulmasına yol açarak, travma mağdurunun kişilerarası olayları yanlış algılamasına ya da yakın ilişkilerinin olamayacağını düşünmesine sebebiyet vermektedir. Aynı zamanda çoğu bireyde kontrol kaybı yaşatmakta ve buna bağlı olarak bireyde kontrol algısı değişmektedir. Bu sebeple mağdurlarda kendi duygu, düşünce, davranışlarını ve diğerlerinin davranışlarını daha fazla kontrol altına alma ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Bu kontrolünü kaybetme duygusu; travmaya maruz kalan bireyin sonraki yaşamını da aynı oranda etkilemektedir (Pearlman ve Saakvitne, 1995).

2.4. Dünyaya İlişkin Varsayımlar

Dünyaya ilişkin varsayımların tanımı, kişiden kişiye farklılık göstermekle birlikte, kişinin güvenlik ve iyilik halinde olmasını içeren bir kavram olarak dikkat çekmektedir (Tansel ve ark., 2015). Dünyaya ilişkin varsayımların tanımlaması yapılırken, daha iyi bir ruhsal sağlığa sahip olma ile bağdaştırılan açıklamaların olduğu görülmektedir. Bundan dolayı olumlu varsayımlara sahip olmanın, ne kadar önemli olduğu üzerinde durulmaktadır. Bir kişinin dünyaya ilişkin varsayımları olumlu ise, iyilik ve adalet inancının da önde olduğu görülmektedir (Dinçer ve ark., 2015).

Janoff-Bulman'ın insanların dünyaya ilişkin inançları ve varsayımlarını baz alarak ortaya attığı model, "Temel Varsayımlar Modeli" dir. Bu model 3 ana başlık altında incelenmiştir. Bunlar; "Dünyanın iyiliği varsayımı": buna göre insanlar, yaptıkları davranışlara göre kötülükten daha çok, iyilik görme beklentisine girmektedirler. "İyilik varsayımı": genel olarak dünyaya "olumlu" bir bakışı ifade etmektedir. Sorgulamadan, kendiliğinden gelişen bir bakış açısıdır. "Dünyanın iyiliği varsayımı": buna göre hem dünyayı, hem de insanları, "yardımsever, kibar gibi" iyi sınıfına koyan iki alt kategoriye kapsamaktadır (Janoff-Bulman, 1989).

Travmaya maruz kalmış bireylerin “dünyanın iyiliği varsayımı” incelenecek olursa, “kişisel olmayan dünyanın iyiliği inancı”nın zarara uğraması sebebiyle, dünyanın olumsuz bir yer olduğuna dair eğilimlerin yoğunluğu dikkati çeker. Travmaya maruz kalmış bireyler, “eğer dünya iyi bir yer olsaydı, travma kadar zor bir deneyimi yaşamıyor olurum” şeklindeki düşünceleri, yoğun olarak yaşarlar. Bireylerdeki, “kişisel olmayan dünyanın iyiliği inancı”nın zedelenmesindeki temel sebepler, bu şekildeki düşünce yapılarının olmasıdır. Aynı şekilde travmaya maruz kalmış bireylerin, “insanların iyiliği”ne olan inanışları da zarara uğrar. Zarara uğramış olan bu inanış, bireyin çevresinde bulunan insanları iyi, nazik ve yardımsever olarak görmesine engel olur. Birey travmadan kaynaklı olumsuz etkilerle baş etmeye uğraşırken, etraftan gelebilecek olan desteği “iyilik” olarak algılayamadığı için, “herkesin kendisinin kötülüğünü gözettiği” şeklinde yanlış düşünceler içinde olurlar. Bu şekilde düşüncelere sahip olmak, bireyin yaşadığı travmanın, içinden çıkamayacağı bir durum haline gelmesine sebep olmaktadır (Janoff-Bulman, 1997).

“Dünyanın anlamlılığı varsayımı”, yapılan davranışlara göre kimin iyiyi, kimin kötüyü hak ettiğinin anlamlandırıldığı varsayımdır. İnsanların yaptıkları eylemlerle elde ettikleri sonuçlar üzerinde adalet, olayların kişiler tarafından kontrol edilebilirliğinin ve rastlantısallığının, ne düzeyde ve yönde etkili olduğuna ilişkin temel inanışlar bulunduğu ifade edilmesidir (Janoff-Bulman, 1989). Adalet varsayımına göre insanlar, hak ettiklerine göre değerlendirilirler. Başlarına gelen “iyi” ya da “kötü” şeyleri hak etmişlerdir. Dünya üzerindeki adalet, “dünya bana ne kadar adil” ve “dünya ne kadar adil” olmak üzere kişi tarafından iki farklı bakış açısıyla değerlendirilmektedir (Kılınç ve Torun, 2011). Sonuçların dağılımı ile ilgili bir diğer etmen, kontrol edebilirliktir. Sonuçların dağılımında, bireylerin kişiliğinden çok davranışlarının etkili olduğu düşünülmektedir. Bu yönden, uygun davranışlar, bireyin başına gelecekleri olumlu yönde etkileyecektir. Bu varsayım, bireyin dünyayı davranışıyla tayin edebileceği ve incinebilme olasılığını uygun davranışlarıyla minimal düzeye indirebileceğini ifade etmektedir. Kontrol ve adalet varsayımları ortak olarak düşünüldüğü zaman “anlamlılık duygusu” olarak tanımlanmış kavramı oluşturduğu görülmektedir.

Sonuçların dağılımı ile ilgili son etmen, rastlantısallıktır. Rastlantısallık varsayımına göre, bazı insanların bazı olayları yaşama nedenlerini bilmek mümkün değildir. Bu olaylar, yalnızca bir rastlantıyla meydana gelmektedir ve hiçbir anlam içermemektedir. Rastlantısallıkta, kontrol ya da adalet, belirleyici bir faktör olarak görülmez. Olumsuz olayların önüne geçebilmek için yapılabilecek bir şey olmadığı durumuna yoğun şekilde inanılır. Bunun yanında diğer iki etmen olan adalet ve kontrolün belirleyiciliğine inanılmaz, olumsuz olayları önlemek için yapılacak şeylerin anlamsız olduğunu düşünülür (Janoff-Bulman ve Berg, 1998).

Travmaya maruz kalmış bireylerde “dünyanın anlamlılığı varsayımı” na bakılacak olursa, travmaya maruz kalan bireylerin, geçirdikleri travmatik olayı “önceden kestiremedikleri veya bu olayı kontrol edip, engelleyemedikleri” düşüncesiyle birlikte, travmatik olayın sebep olabileceği kaygı, stres, depresyon gibi olumsuz durumları daha yoğun yaşadıkları görülmektedir (Janoff-Bulman, 1997). Korowitz (1986)’e göre, travmaya maruz kalan bireyler geçen zamanla birlikte, geliştirdikleri bu düşünceleri sebebiyle travmadan sonra meydana gelebilecek olumsuz sonuçlar üstünde olması gerekenden fazla durup, geçmişte yaşanan travmatik olayın, şimdiki zamanda da tekrardan yaşanıyor mu hissinde kapılırlar. Bu hisler, bireyin travmatik olayda takılı kalmasının nedenlerindedir. “Kendilik değeri varsayımına” göre, iyi şeyler yapan insanların kötülöklere rastlama ihtimalinin daha düşük olduğu ve dünyanın iyi olan insanlara adil davranarak, iyilik sunacağı savunulur (Janoff-Bulman, 1989). İnsanın uygun davranışlar gösterdiği sürece zarar görmeden yaşayacağı, çabalarının karşılığında güzel bir yaşama sahip olacağı ve yaşamında ön gördüğü hedeflerine hak ederek ulaşabileceği beklentileri, bu üç temel varsayımın ve onların kendi içindeki alt kategorilerinin uygun şekilde ortaya çıkmasına sebep olur. Bu varsayımına göre insanların başlarına kötü bir şey geliyorsa, bu uygun davranışı göstermedikleri için olmaktadır. Yaşanılan şeyler hak edilmiştir. Kişi, kendi üstüne düşen uygun davranışları yaptığı için ya da şanslı olduğunu düşündüğü için olumsuzluklarla hiç karşılaşmayacağı düşüncesi içindedir. Bu düşünceler sonucunda kişiler, huzur içinde, kendilerini güvende ve korunaklı hissederek yaşamlarına devam ederler (Janoff-Bulman, 1989).

Travmatik olayın sonrasında birey, kendisine dair travmadan önce geliştirdiği olumlu bakış açısını kaybetmeye başlar. Aynı zamanda birey, travmatik olayla

beraber edindiği olumsuz düşüncelerinden yola çıkarak, travmanın kendisinde oluşturduğu kaygı, stres ve depresyon gibi olumsuz yaşanan durumlarını kabullenemez. Kabullenilemeyen bu olumsuzluklar, bireyin “travma öncesi hayatında hiçbir olumsuzluğun bulunmadığı” hissine daha çok odaklanmasına sebep olur. Tüm bu bağlamda birey, yaşanan bu travmatik olayı hak etmediğini, bu şekilde bir olayın başına gelmesi için travmadan önceki yaşamında herhangi bir yanlış tutumunun bulunması gerektiğine inanır. Söz konusu olan birey, önceki yaşamında kendisi ya da çevresinde olanlarla ilgili herhangi bir yanlış tutum bulamaması durumunda, kendisi ile ilgili, öncesinde hissettiği değerlilik hissini tamamıyla kaybeder ve hem kendisine hem de çevresine olumsuz bir bakış açısıyla bakmaya başlar. Bu şekilde, travmaya maruz kalan bireylerin kendilerine duydukları değerlilik hissini, travma ve travma sonrasında gelişen düşünce yoğunluğu ve kaygı gibi kontrol edilmesi güç tepkilerle sinsi bir şekilde zarara uğraması söz konusudur. Bireyler “daha da kötü şeyler olacak” düşüncesiyle zarara uğramış, hatta tamamen bozguna uğramış olan dünya varsayımlarını baz alarak, travmanın üzerlerinde oluşturmuş olduğu olumsuz etmenlerle baş etmeye çalışırlar (Janoff-Bulman, 1997).

2.5. Kanser Hastalarına Psikososyal Hemşirelik Bakımı

Kanserden etkilenen bireyler, çoğunlukla yaşamlarını kontrol altında tutma yeteneklerinde azalma, başkalarına bağımlılıkta artış, aile, iş ve sosyal hayatta bozulan dengelerle yüzleşmek zorunda kalırlar. Bu durum, hastalarda emosyonel bozuklukların sık görülmesine sebep olmaktadır (Çayır ve Işık 2012). Ruhsal travma da, bu emosyonel bozukluklardan biridir. Hastalar travmayı saldırılardan ve doğal afetlerden kaynaklanan dış tehditlerin dışında bir "iç" tehdit olarak algırlar. (Gurevich ve ark., 2002; Kangas ve ark., 2002). Ayrıca kanserin gelecekte belirsizlik ve potansiyel ölüm korkusu içermesi ve kanserin nüks etme ya da metastaz yapma riskinden dolayı hastalar sürekli korku, endişe ve panik halindedirler ve bu ruhsal olarak kendini rahatsız hissetmenin sürekliliğine neden olmaktadır (Mehnert ve ark., 2007; Simard ve ark., 2013; Koch ve ark., 2013). 2018 verilerine göre dünyada 9.6 milyon kanserden kaynaklı ölüm ve 18.1 milyon yeni vaka ortaya çıkmaktadır (Globocan, 2018). Kanser tüm dünyada görülme

sıklığının %20; Türkiye’de ise erkeklerde 100 binde 270, kadınlarda 100 binde 173, toplam nüfusta 100 binde 222 oranlarında olduğu bildirilmektedir (Demirer, 2014). Kanser hastalığına yakalanan bireyler, hemşirelerin sıklıkla bakım sağladığı bir hasta grubudur ve hemşirelik bakımına fazla miktarda ihtiyaç duyan özel bir grup olarak tanımlanmaktadır. Kanser hastalarında biyopsikososyal sorunların ve karşılanmamış ihtiyaçların diğer hasta gruplarına göre daha yüksek düzeyde görülmesinin çalışmalarla ortaya konması, bu tanımlamada etkilidir. (Thorsen ve ark., 2017; Morasso ve ark., 1999).

Kanser hastalarının hemşirelik bakım gereksinimlerinin karşılanabilmesi için hemşirelerin bütüncül bir bakım vermesi, iletişim becerilerinin ve hümanistik niteliklerin güçlü olması gerekmektedir (Sapir ve ark., 2000). Radwin ve ark. (2005)’nin kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada hastalar, hemşirelik bakımını iyileşmede önemli ve değerli bir katkı olarak tanımlamışlardır. Hemşireyi de önemli, rahatlatıcı, esas, ilgili, hayati, destekleyici, anlayışlı, duyarlı, empatik ve yardımsever sağlık profesyoneli olarak belirtmişlerdir. Bakımı da; şefkat, ilgi ve nezaket olarak tanımlamışlardır. Bunun yanında hastalara ifade edilen özellikleri sağlayan bir hemşirelik hizmeti verildiğinde, bakım aldıklarını hissettiklerini, kendilerini güvende hissettiklerini, rahatladıklarını ve anksiyetelerinin azaldığını belirtmişlerdir.

Literatürde kanser travmasına sahip hastalara verilen hemşirelik bakımıyla ilgili çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Öte yandan El Jawhri ve ark. (2015) kanser tanısı alıp kök hücre nakli olan hastalarla yaptıkları çalışmada, hastalara hastanede yattıkları süre boyunca bilişsel davranışçı terapi yaklaşımları uygulamanın nakilden sonraki 6 ay içinde depresyonu ve TSSB semptomlarını azalttığını bulmuşlardır. Bilişsel davranışçı terapiye ek olarak masaj, terapötik dokunma, müzik terapi, aromaterapi, egzersiz ve gevşeme yöntemleri gibi uygulamalar da kanser hastalarına hemşirelik bakımı içerisinde verilmektedir. Hastalarla sürekli iletişim halinde olan hemşirelerin bakımda iyileştirmeye yönelik uygulamalar yapmaları ve sonuçları hastalarla paylaşmaları kanserli bireylerin bakım kalitelerini daha da arttırmaktadır (Bahar ve ark., 2019).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi:

Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu çalışma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Onkoloji - Hematoloji Servislerinde yatan hastalar üzerinde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme:

Araştırmanın evrenini Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Uygulama ve Araştırma Hastanesi Onkoloji ve Hematoloji servislerinde yatan bütün hastalar oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş, Mayıs 2016 - Ocak 2019 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Uygulama ve Araştırma Hastanesi Onkoloji ve Hematoloji servislerinde yatan ve 18-65 yaş arası, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Travma Sonrası Bilişler Ölçeği (TSBÖ) (Ek-4) ve Dünyaya İlişkin Varsayımlar Ölçeği (DİVÖ) (Ek-5) kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcılara ait kişisel bilgilerden oluşan bir formdur. Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum gibi sosyodemografik bilgilerinin yanında, daha önce ruhsal yardım alıp almadığı, hangi hastalık tanısı aldığı ve daha önce kök hücre ve organ nakli olup olmadığına dair soruları içeren, toplamda 10 soruluk bir formdur.

3.4.2. Travma Sonrası Bilişler Ölçeği

Travma Sonrası Stres Bozukluğunun ortaya çıkıp ve süre gelmesinde etkili olduğu düşünülen, travmayla ilgili bilişleri değerlendirebilmek amacıyla geliştirilmiş, 36 maddeden oluşan kendini değerlendirme şeklinde bir ölçektir. 7'li likert tipi bir

ölçektir. Katılımcılardan her bir maddeye ne derecede katıldığını bildirmesi istenilmektedir. Ölçekten en az 36, en fazla 252 puan alınabilir. Ölçekten alınan puanların yükselmesi travmatik yaşantıyla ilgili negatif bilişlerin arttığını göstermektedir. Ölçek, klinikte TSSB vakalarının ayırımında ve TSSB şiddetinin belirlenebilmesinde, buna ek olarak bilişsel-davranışçı terapide üzerinde çalışılması planlanan hatalı bilişlerin belirlenmesi için kullanılabilir (Foa ve ark, 1999). Ölçeğin, maddelerin 33 tanesinden oluşan 3 alt ölçeği vardır. Ölçek maddelerinden 3 tanesi, (13, 32, 34) faktör analizi sonuçları baz alınarak hiçbir alt ölçeğe dahil edilememiştir. Alt ölçekler ve onları oluşturan ölçek maddeleri şu şekildedir:

a) *Kişinin Kendisiyle İlgili Olumsuz Bilişler Alt Ölçeği*: Kendine ilişkin olumsuz izlenim, umutsuzluk, yabancılaşma, kalıcı değişim, kendine güven ve belirtilerin olumsuz yorumlanması ile ilgili maddeleri içermektedir. Bu ölçeğin 21 maddesi vardır. 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 14, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 33, 35, 36 numaralı maddeler bu alt ölçeğin kapsamında yer almaktadır.

b) *Dünyayla İlgili Olumsuz Bilişler Alt Ölçeği*: Dünyanın güvensizliği ve diğerlerine güvensizlik ile ilgili maddeleri içermektedir. 7 ölçek maddesi vardır. 7, 8, 10, 11, 18, 23, 27 36 numaralı maddeler bu alt ölçek kapsamında yer almaktadır.

c) *Kendini Suçlama Alt Ölçeği*: Kendini suçlama ile ilgili maddeler içermektedir. 5 ölçek maddesi vardır. 1, 15, 19, 22, 31 numaralı maddeler bu alt ölçek kapsamında yer almaktadır.

Travma Sonrası Bilişler Ölçeği'nin tüm ölçek için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı .95, "Kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri" alt ölçeği için .95, "Dünyayla ilgili olumsuz bilişler" alt ölçeği içinse .89 bulunmuştur. Madde toplam korelasyonlarına bakıldığında en düşük katsayıya sahip maddenin .34 ile "Kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri" alt ölçeğinde yer alan 1.madde (Bu olay benim davranışım yüzünden oldu) olduğu, diğer maddelerin madde toplam korelasyonlarının .37 ile .73 arasında olduğu görülmüştür. Bu çalışmada Travma Sonrası Bilişler Ölçeği'nin tüm ölçek için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı .96, "kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri" alt ölçeği için .95, "dünyayla ilgili olumsuz bilişler" alt ölçeği için .85 "kendini suçlama" alt ölçeği için de .82 bulunmuştur.

3.4.3. Dünyaya İlişkin Varsayımlar Ölçeği

Ölçek travmatik yaşam olayları deneyimi olan ve olmayan bireylerin dünyaya ilişkin temel varsayımlarını ölçmek amacıyla Janoff-Bulman (1989) tarafından 32 maddeli, 7 faktörlü bir yapıda geliştirilmiştir. Ölçeğin özgün formunun iç tutarlılık katsayıları alt-ölçekleri için .66 - .76 değerleri arasında değişmektedir (Janoff-Bulman, 1989).

Türkçeye uyarlama çalışması Yılmaz (2008) tarafından yapılan ölçeğin madde sayısı 25'e, faktör sayısı 6'ya düşürülmüştür. Yanıt skalası kesinlikle katılmıyorum (1 puan) ile tamamen katılıyorum (6 puan) aralığında değişen 6 noktalı Likert tipi bir ölçektir. Birinci faktör *kişisel talihe inanç* (4 madde [7, 11, 15 ve 25]); ikinci faktör *“dünyanın iyiliğine inanç”* (5 madde [2, 6, 19, 20 ve 23]); üçüncü faktör *“olayların önceden kontrol edilebileceğine inanç”* (5 madde [12, 14, 16, 17 ve 22]); dördüncü faktör *“yaşamın rastlantılara dayalı olduğuna inanç”* (4 madde [1, 3, 10 ve 18]); beşinci faktör *“olumlu benlik inancı”* (4 madde [5, 13, 21 ve 24]) ve altıncı faktör *“dünyanın adil olduğuna inanç”* (3 madde [4, 8 ve 9]) şeklindedir. Türkçe formda 5, 13 ve 24. maddeler ters kodlanmaktadır. Uyarlama çalışmasında yapılan analiz sonucuna göre Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için .81, alt-ölçekler için ise yukarıdaki sıralarına göre .85, .79, .75, .77, .63 ve .64 olarak hesaplanmıştır. Türkçe formun üç haftalık ara ile yapılan ölçümler sonucu test-tekrar test güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için .66 olarak bulunmuştur. (Yılmaz, 2008). Bu çalışmada Dünyaya İlişkin Varsayımlar Ölçeği' nin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı Dünyaya İlişkin Varsayımlar Ölçeği bütünü için .90, *“kişisel talihe inanç”* alt ölçeği için .85, *“dünyanın iyiliğine inanç”* alt ölçeği için .74, *“olayların önceden kontrol edilebileceğine inanç”* alt ölçeği için .74, *“yaşamın rastlantılara dayalı olduğuna inanç”* alt ölçeği için .69, *“olumlu benlik inancı”* alt ölçeği için .58 ve *“dünyanın adil olduğuna inanç”* alt ölçeği için .75 bulunmuştur.

3.5. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro wilk testi ile test edilmiş, normal dağılmayan özelliklerin 2 bağımsız grupta karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ve ikiden fazla bağımsız grupta karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi ve All pairwise çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Sayısal ölçekler

arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile test edilmiştir. Geçerlik ve güvenilirliğin test edilmesi amacı ile Cronbach alfa katsayıları hesaplanmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak sayısal ölçekler için ortalama±standart sapma, kategorik ölçekler için ise sayı ve % değerleri verilmiştir. İstatistiksel analizler için istatistik paket programı kullanılmış ve $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmada kullanılan ölçeklerin yazarlarından araştırmada kullanılmak üzere ölçek izinleri alınmıştır (Ek-6).AraştırmanınAnkara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Uygulama ve Araştırma Hastanesi Onkoloji ve Hematoloji servislerinde yapılabilmesi için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığından yazılı kurum izni alınmıştır (16.02.2016 tarihli, 93984376-044/E.7794 sayılı) (Ek-2). Araştırma için Ordu Üniversitesi etik kurulundan etik kurul izni alınmıştır (01.04.2016 tarihli, 2016/18 sayılı) (Ek-1).Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere araştırma ile ilgili açıklama yapılarak yazılı onamları alınmıştır (Ek-3). Bilgilendirilmiş onam formuna araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı, verilen bilgilerin gizli tutulacağı ve yalnızca bilimsel veri amaçlı kullanılacağı, istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları belirtilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sınırlılıkları 65 yaş üstü ve 18 yaş altı olan ve okur yazar olmayan hasta grubunun araştırmaya dahil edilmemesidir. Diğer bir sınırlılık da hastaların gönüllülük esasına dayalı olarak araştırmaya katılmalarıdır.

3.8. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

Araştırmanın kanser hastaları üzerinde yapılması sebebiyle tedaviye bağlı bazı semptomlar (ağrı, bulantı, kusma, yorgunluk vb.) olması durumunda kişilerin anket doldurma işlemine ya başlayamamış ya da yarım bırakmak zorunda kalmış olmaları araştırmada karşılaşılan güçlüklerdendir.

4. BULGULAR

En az okur-yazar eğitim düzeyinde olan, 18 yaşından büyük ve 65 yaşından küçük olan kanser hastalarının travmatik bilişleri ve dünyaya ilişkin varsayımlarını ve onu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıda yer almaktadır.

Katılımcılara ait tanımlayıcı özelliklerin dağılımı Tablo 4.1.'de sunulmuştur. Tablo 4.1.' de görüldüğü gibi katılımcıların, %34' ü 55-65 yaşında, %52' si erkek, %71' i evli, %33' ü lise mezunu, %49' unun sosyal güvencesi SSK'dır. Katılımcıların %52' si daha önce ruhsal sorunlarıyla ilgili herhangi bir yardım almamış, %33' ünün tanısı akut/kronik lösemi, %83'ü kök hücre nakli olmamış, %96 'sı organ nakli olmamıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 46,03±13,15 olup, 18-65 yaş arasında değişmektedir. Ortalama aylık gelirleri 2732,49±1759,03 olup, 300-15000 TL arasında değişmektedir. Tanı konulma yılı 2,63±3,42 yıl olup, 0-20 yıl arasında değişmektedir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

	n	Min.	Max.	\bar{x}	SS		
Yaş	249	18	65	46.03	13.15		
Tanı Yılı	249	.00	20	2732.49	1759.03		
Aylık Gelir	249	300	15.000	2.63	3.42		
					N	%	
Cinsiyet					Kadın	118	47.4
					Erkek	131	52.6
Medeni durum					Hiç Evlenmemiş	39	15.7
					Evli	179	71.9
					Boşanmış/Dul	31	12.4
Eğitim Durumu					Okuryazar/İlkokul	68	27.3
					Ortaokul	25	10.0
					Lise	84	33.7
					Lisans ve Üstü	72	28.9
Sosyal Güvence					Emekli Sandığı	68	27.3
					Bağkur	37	14.9
					SSK	122	49.0
					Genel Sağlık Sigortası	22	8.8
Yaş Grupları					18-24	15	6.0
					25-34	39	15.7
					35-44	48	19.3
					45-54	62	24.9
					55-65	85	34.1
Tanı					Lenfoma	37	14.9
					GİS Kanseri	44	17.7
					Meme+Akciger	41	16.5
					Diğer Kanseler	18	7.2
					Akut/Kronik Lösemi	84	33.7
					MM	25	10.0
Ruhsal Destek Alma Durumu					Evet	116	46.6
					Hayır	133	53.4
Kök Hücre Nakli Olma Durumu					Evet	40	16.1
					Hayır	209	83.9
Organ Nakli Olma Durumu					Evet	9	3.6
					Hayır	240	96.4

Tablo 4.2.' de travma sonrası bilişler ölçeği ve dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği toplam puan ortalamalarının verilmektedir. Buna göre katılımcılar, travma sonrası bilişler ölçeğinden toplam 134.53±38.36 puan, travma sonrası bilişler ölçeğinin alt boyutları olan "*kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri*" alt ölçeğinden 70.77±24.18, "*dünyaya ilişkin olumsuz bilişler*" alt ölçeğinden 37,51±9,63, "*kendini suçlama*" alt ölçeğinden 16.84±6.67 puan almışlardır. Dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeğinden toplam 87.95±16.84 puan, dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeğinin alt boyutları olan "*kişisel talihe inanç*" alt ölçeğinden 12.30±5.44, "*dünyanın iyiliğine*

inanç" alt ölçeğinden 16.14±6.29, "*olayların önceden kontrol edilebileceğine inanç*" alt ölçeğinden 20.20±4.34, "*yaşamın rastlantılara dayalı olduğuna inanç*" alt ölçeğinden 12.51±4.28, "*olumlu bellek inancı*" alt ölçeğinden 17.42±3.26 ve "*dünyanın adil olduğuna inanç*" alt ölçeğinden 9.36±3.62 puan almışlardır.

Tablo 4.2. Travma Sonrası Bilişler Ölçeği ve Dünyaya İlişkin Varsayımlar Ölçeği Puan Ortalamaları

Ölçekler ve Alt Ölçekleri	n	Min	Max	\bar{x}	SS
Travma Sonrası Bilişler Ölçeği ve Alt Ölçekleri					
Kişinin Kendisiyle İlgili Olumsuz Bilişleri	249	21	137	70.77	24.18
Dünyayla İlgili Olumsuz Bilişleri	249	8	56	37.51	9.63
Kendini Suçlama	249	5	35	16.84	6.67
Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Toplam	249	39	236	134.53	38.36
Dünyaya İlişkin Varsayımlar Ölçeği ve Alt Ölçekleri					
Kişisel Talihe İnanç	249	4.00	24.00	12.3092	5.44296
Dünyanın İyiliğine İnanç	249	5.00	28.00	16.1446	6.29862
Olayların Önceden Kontrol Edilebileceğine İnanç	249	5.00	30.00	20.2008	4.34220
Yaşamın Rastlantılara Dayalı Olduğuna İnanç	249	4.00	24.00	12.5100	4.28059
Olumlu Benlik İnancı	249	4.00	24.00	17.4297	3.26332
Dünyanın Adil Olduğuna İnanç	249	3.00	18.00	9.3614	3.62422
Dünyaya İlişkin Varsayımlar Ölçeği Toplam	249	39.00	126.00	87.9558	16.84781

Tablo 4.3.' te katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre travma sonrası bilişler ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre, travma sonrası bilişler ölçeği toplam puan ortalamasının, cinsiyet, medeni durum, sosyal güvence ve eğitim durumu puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Yaş grupları bakımından travma sonrası bilişler ölçeğinin, "*kendini suçlama*" alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Anlamlı

farklılığın 45-54 yaş aralığından kaynaklandığı görülmektedir. Diğer alt boyutların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).



Tablo 4.3. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:249)

	n	Kişinin Kendisiyle İlgili Olumsuz Bilişleri $\bar{x} \pm SS$	Dünyayla İlgili olumsuz Bilişler $\bar{x} \pm SS$	Kendini Suçlama $\bar{x} \pm SS$	TSBÖ Toplam Puan $\bar{x} \pm SS$
Cinsiyet					
Kadın	118	71.48±24.69	37,36±10.37	16.35±6.41	134,47±39.47
Erkek	131	70.13±23.79	37.66±8.95	17.29±6.88	134.58±37.48
		U: -0.117/ p: 0.656	U: -0.021/ p: 0.983	U: -1.032/ p: 0.302	U: -0,017/ p: 0.987
Medeni Durum					
Hiç Evlenmemiş	39	68.33±23.56	38.62±8.52	15.69±6.13	132.64±34.44
Evli	179	69.65±24.28	36.92±9.81	16.91±6.72	132.72±39.12
Boşanmış/Dul	31	80.32±22.88	39.58±9.75	17.94±6.97	147.35±37.22
		KW: 5.875/ p: 0.053	KW:2.416/ p: 0.299	KW:1.531/ p: 0,465	KW: 4.267/ p: 0.118
Yaş Grupları*					
18-24 ^a	15	58.6±26.15	35.93±8.65	13.93±6.75	118.73±36.41
25-34 ^b	39	68.23±22.93	38.08±9.87	15.23±5.9	130.62±36.92
35-44 ^c	48	70.06±2.12	36.94±10.22	15.65±6.16	132.46±35.82
45-54 ^d	62	75.84±25.67	39.13±9.57	18.85±6.99	143.08±40.35
55-65 ^e	85	70.79±23.95	36.68±9.43	17.31±6.67	134.05±38.7
		KW: 6.969/ p: 0.138	KW: 3.105/ p: 0.540	KW: 11.580/ p: 0.021*	KW: 6.939/ p: 0.139
Eğitim Durumu					
Okuryazar/İlkokul	68	70.35±23.83	36.62±8.73	17.06±6.34	133.44±36.2
Ortaokul	25	74.56±25.48	39.08±10.21	17.84±7.44	140.80±41.49
Lise	84	71.02±24.10	38.55±9.68	16.33±6.37	135.35±38.42
Lisans ve üstü	72	69.56±24.43	36.61±10.18	16.89±7.11	132.46±39.68
		KW: 0.465/ p: 0.926	KW: 3.505/ p: 0.320	KW: 1.241/ p: 0.743	KW: 0.803/ p: 0.849
Sosyal Güvence					
Emekli Sandığı	68	70.75±23.37	37.68±8.86	17.34±6.61	135.43±36.43
Bağkur	37	74.95±24.95	37.57±9.85	17.78±7.53	139.76±40.72
SSK	122	69.73±24.87	37.48±10.12	16.41±6.41	132.90±39.44
Genel Sağlık Sigortası	22	69.59±22.24	37.14±9.35	16.14±6.92	132±35.54
		KW: 1.331/ p: 0.772	KW: 0.138/ p: 0.987	KW: 1.258/ p: 0.739	KW: 0.891/ p: 0.828

*Anlamlı farklılık yaş gruplarında "a" ve "d", "b" ve "d", "c" ve "d" arasındadır.

Tablo 4.4. 'te katılımcıların hastalık özelliklerinin dağılımına göre travma sonrası bilişler ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre katılımcıların tanıları bakımından, hem travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanı hem de bütün alt boyutlarının puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Travma sonrası bilişler toplam puan ortalaması en yüksek olan hastalık grubunun meme-akciğer kanseri, en düşük olanının ise lenfoma olduğu belirlenmiştir.

Ruhsal sorunlar için yardım almaları bakımından, hem travma sonrası bilişler ölçeği toplam puan ortalaması hem de bütün alt boyutlarının puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Ruhsal sorunları için yardım alan hasta grubunun travma sonrası bilişler ölçeği toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Tanı alma yılları bakımından, travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanı ve alt boyutları olan “*kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri*” ve “*dünyaya ilişkin olumsuz bilişleri*” puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Sadece “*kendini suçlama*” puan ortalaması istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$). Anlamlı farklılık tanı yılı 1-5 arası olan gruptan kaynaklanmaktadır.

Kök hücre nakli olmaları bakımından, travma sonrası bilişler ölçeği toplam puan ortalaması ve alt boyutu olan “*dünyaya ilişkin olumsuz bilişler*” ölçek puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). “*Kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişler*” ve “*kendini suçlama*” ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$). Anlamlı farklılığın, kök hücre nakli olmayan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Organ nakli olmaları bakımından, travma sonrası bilişler ölçeği toplam puan ortalaması ve “*kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri*” ve “*dünyaya ilişkin olumsuz bilişleri*” ölçek puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Sadece “*kendini suçlama*” ölçek puan ortalaması istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$). Anlamlı farklılığın organ nakli olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcıların Hastalık Özelliklerinin Dağılımına Göre Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:249)

	n	Kişinin Kendisiyle İlgili Olumsuz Bilişleri $\bar{x} \pm SS$	Dünyayla İlgili olumsuz Bilişler $\bar{x} \pm SS$	Kendini Suçlama $\bar{x} \pm SS$	TSBÖ Toplam Puan $\bar{x} \pm SS$
Tanı*					
Lenfoma ^a	37	58.49±19.78	31.62±8.04	14.11±5.44	113.05±30.43
Gis Kanseri ^b	44	84.50±20.16	42.34±6.98	18.89±6.25	155.75±31.52
Meme+Akciger ^c	41	85.15±22.48	43.51±8.81	20.07±7.11	158.61±36.65
Diğer Kanseller ^d	18	74.72±18.16	41.67±6.8	19.06±4.19	145.28±26.44
Akut/Kronik Lösemi ^e	84	63.90±24.10	34.87±9.84	15.54±6.64	123.37±37.98
MM ^f	25	61.44±21.09	33.8±8.23	14.8±6.68	118.60±31.83
		KW: 46.362/ p: 0.001*	KW: 58.032/ p: 0.001*	KW: 25.713/ p: 0.001*	KW: 52.985/ p: 0.001*
Ruhsal Sorunlar İçin Yardım					
Evet	116	76.80±23.52	39.41±9.26	18.24±6.84	144.19±37.34
Hayır	133	65.51±23.60	35.86±9.68	15.62±6.28	126.11±37.36
		KW: -3.606/ p: 0.001*	KW: -2.830/ p: 0.005*	KW: -2.924/ p: 0.003*	KW: -3.604/ p: 0.001*
Tanı Yılı**					
1 Yıdan Az ^a	75	60.99±21.00	34.24±9.54	16.00±6.08	120.05±33.86
1-5 Yıl ^b	148	76.10±24.16	39.52±9.03	17.05±6.83	142.35±38.24
6 Yıl ve Üstü ^c	26	68.65±24.54	35.54±10.53	18.12±7.27	131.77±40.05
		KW: 18.405/ p: 0.001*	KW: 16.132/ p: 0.001*	KW: 1.637/ p: 0.441	KW: 14.869/ p: 0.001*
Kök Hücre Nakli Olma Durumu					
Evet	40	62.48±21.49	32.55±9.51	15.4±6.83	119.53±35.24
Hayır	209	72.36±24.39	38.49±9.38	17.12±6.62	137.40±38.34
		U: -2.436/ p: 0.15	U: -3.555/ p: 0.001*	KW: -1.362/ p: 0.173	KW: -2.732/ p: 0.006*
Organ Nakli Olma Durumu					
Evet	9	88.56±15.68	43.67±6.42	20.44±6.69	162.44±28.07
Hayır	240	70.10±24.21	37.28±9.66	16.71±6.64	133.48±38.34
		U: -2.322/ p: 0.020*	U: -1.965/ p: 0.049*	U: -1.305/ p: 0.192	U: -2.218/ p: 0.027*

*Anlamli farklılık TSBÖ' de tanı için "a" ve "d", "a" ve "b", "a" ve "c", "f" ve "d", "f" ve "b", "f" ve "c", "e" ve "d", "e" ve "b", "e" ve "c" arasındadır.

**Anlamli farklılık TSBÖ' de tanı yılı için "a" ve "b" arasındadır.

Tablo 4.5'te katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği toplam puanı ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmektedir. Buna göre katılımcıların cinsiyetine göre, “*olayların önceden kontrol edilebileceğine inanç*” ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların “*olayların önceden kontrol edilebileceğine olan inançları*” daha düşüktür. Katılımcıların medeni durumlarına göre, “*dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği*”, “*dünyanın iyiliğine inanç*” ve “*olayların önceden kontrol edilebileceğine inanç*” ölçek puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Diğer alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülememiştir ($p>0.05$). Hiç evlenmemiş bireylerin dünyaya ilişkin varsayım ölçeği toplam puan ortalamaları daha düşük çıkmıştır.

Katılımcıların yaş grupları bakımından dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği ölçek toplam puan ortalaması, “*dünyanın iyiliğine inanç*” ve “*dünyanın adil olduğuna inanç*” ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Diğer alt boyutların ölçek puan ortalaması, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

Katılımcıların sosyal güvencelerine göre dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeğinin sadece “*dünyanın adil olduğuna inanç*” ölçek toplam puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermiştir ($p<0.05$). Genel sağlık sigortası olanların, dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeğinin puan ortalaması en düşük çıkmıştır.

Tablo 4.5. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dünyaya İlişkin Varsayımlar Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:249)

	n	Kişisel Talihe İnanç $\bar{x} \pm SS$	Dünyanın İyiliğine İnanç $\bar{x} \pm SS$	Olayların Önceden Kontrol Edilebileceğine İnanç $\bar{x} \pm SS$	Yaşamın Rastlantılara Dayalı Olduğuna İnanç $\bar{x} \pm SS$	Olumlu Benlik İnanç $\bar{x} \pm SS$	Dünyanın Adil Olduğuna İnanç $\bar{x} \pm SS$	DİVÖ Toplam Puan $\bar{x} \pm SS$
Cinsiyet								
Kadın	118	11.82±5.54	15.97±6.49	19.58±4.35	12.95±4.25	17.36±2.94	8.96±3.46	86.63±16.9
Erkek	131	12.75±5.34	16.31±6.14	20.76±4.28	12.11±4.29	17.5±3.54	9.73±3.74	89.15±16.77
		U:-1.348 p: 0.178	U:-0.387 p: 0.699	U:-2.637 p: 0.008*	U: -1.746 p: 0.081	U: -1.101 p: 0.271	U: -1.644 p: 0.100	U: -1.402 p: 0.161
Medeni Durum*								
Hiç Evlenmemiş ^a	39	11.82±5.42	14.15±6.31	18.21±4.81	11.23±4.25	17.03±4.04	8.9±3.42	81.33±16.23
Evli ^b	179	12.61±5.53	16.78±6.25	20.36±4.23	12.70±4.27	17.45±3.15	9.63±3.62	89.53±17.03
Boşanmış/Dul ^c	31	11.19±4.92	15.00±6.07	21.77±3.52	13.03±4.19	17.81±2.83	8.42±3.8	87.23±14.86
		KW: 1.906 p:0.385	KW: 6.341 p: 0.042*	KW: 10.082 p: 0.006*	KW: 3.825 p: 0.148	KW: 0.573 p: 0.751	KW: 3.427 p: 0.180	KW: 8.350 p: 0.015*
Yaş Grupları								
18-24	15	12.20±5.06	16.6±5.41	17.67±4.81	11.67±4.17	17.87±5.26	9.00±3.48	85.00±16.38
25-34	39	13.21±5.81	15.26±7.00	19.59±4.77	12.41±4.67	17.08±3.37	9.21±3.52	86.74±19.33
35-44	48	11.88±5.68	16.27±6.83	20.40±4.49	13.08±4.66	17.44±3.38	9.88±3.56	88.94±15.38
45-54	62	11.97±5.54	15.94±6.06	21.13±3.72	12.65±4.24	16.95±2.90	8.85±3.55	87.48±16.34
55-65	85	12.41±5.19	16.55±6.06	20.14±4.27	12.28±3.96	17.86±2.96	9.58±3.81	88.82±17.16
		KW: 1.837 p: 0.795	KW: 1.313 p: 0.859	KW: 7.175 p: 0.127	KW: 0.987 p: 0.912	KW: 5.834 p: 0.212	KW: 2.220 p: 0.695	KW: 1.679 p: 0.795
Eğitim Durumu**								
Okuryazar/İlkokul ^a	68	12.84±5.9	18.24±5.9	20.65±4.73	13.26±3.99	17.68±2.73	10.82±3.58	93.49±16.46
Ortaokul ^b	25	11.2±5.22	15.56±7.41	19.28±3.74	11.64±4.54	17.44±3.71	9.4±3.95	84.52±18.42
Lise ^c	84	11.88±5.34	14.76±6.00	20.40±3.95	12.19±4.03	16.92±3.57	8.61±3.38	84.76±16.02
Lisans ve üstü ^d	72	12.69±5.37	15.99±6.21	19.86±4.6	12.47±4.71	17.79±3.18	8.85±3.49	87.65±16.60
		KW: 2.148 p: 0.542	KW: 11.897 p: 0.008*	KW: 3.897 p: 0.273	KW: 4.491 p: 0.213	KW: 2.580 p: 0.461	KW: 15.089 p: 0.002*	KW: 10.967 p: 0.012*
Sosyal Güvence***								
Emekli Sandığı ^a	68	12.32±5.22	15.1±5.77	20.4±4.15	12.87±4.97	17.31±3.23	8.76±3.47	86.76±15.95
Bağkur ^b	37	12.49±5.51	15.57±6.5	20.27±3.9	12.51±3.49	17.22±2.96	9.68±3.87	87.73±15.41

SSK ^c	122	12.35±5.48	17.02±6.49	20.22±4.48	12.67±4.05	17.47±3.39	9.93±3.54	89.66±17.83
Genel Sağlık Sigortası ^d	22	11.73±6.1	15.5±6.19	19.36±5.0	10.5±4.19	17.95±3.27	7.55±3.46	82.59±15.8
		KW:11.73	KW: 5.124	KW: 0.725	KW: 5.256	KW: 1.067	KW: 10.031	KW: 3.510
		p: 0.850	p: 0.163	p: 0.867	p: 0.154	p: 0.785	p: 0.018*	p: 0.319

*Anlamli farklılık DİVÖ medeni durum için "a" ve "b" arasındadır.

**Anlamli farklılık DİVÖ eğitim durumu için "b" ve "a", "c" ve "a" arasındadır.

***Anlamli farklılık Dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği için "d" ve "b", "d" ve "c" arasındadır.

Tablo 4.6' ya göre katılımcıların hastalık özelliklerinin dağılımına göre dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği toplam puan ortalaması ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre katılımcıların tanılarına göre dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği toplam puan ortalaması, “*kişisel talihe inanç*”, “*dünyanın iyiliğine inanç*” ve “*dünyanın adil olduğuna inanç*” ölçek puan ortalamaları, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Ölçek toplam puan ortalaması en düşük olan hastalık grubu, akciğer-meme kanseri iken en yüksek olan hastalık grubu MM (multipl myelom)' dir.

Katılımcıların tanı alma yılları bakımından dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği toplam puan ortalaması, “*kişisel talihe inanç*” ve “*dünyanın adil olduğuna inanç*” ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Anlamlı farklılığın tanı yılı 1-5 arası olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Katılımcıların ruhsal sorunları için yardım almaları bakımından, “*dünyanın iyiliğine inanç*”, “*olumlu benlik inancı*” ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Ruhsal sorunları için yardım alan hasta grubunun, dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği toplam puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur.

Katılımcıların kök hücre nakli olmaları bakımından dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği toplam puan ortalaması ve tüm alt boyutlarının ölçek puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

Katılımcıların organ nakli olmaları bakımından, “*olumlu benlik inancı*” ölçek puan ortalaması istatistiksel olarak, anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Organ nakli olanların ölçek puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur.

Tablo 4.6. Katılımcıların Hastalık Özelliklerinin Dağılımına Göre Dünyaya İlişkin Varsayımlar Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:249)

	n	Kişisel Talihe İnanç $\bar{x} \pm SS$	Dünyanın İyiliğine İnanç $\bar{x} \pm SS$	Olayların Önceden Kontrol Edilebileceğine İnanç $\bar{x} \pm SS$	Yaşamın Rastlantılara Dayalı Olduğuna İnanç $\bar{x} \pm SS$	Olumlu Benlik İnanıcı $\bar{x} \pm SS$	Dünyanın Adil Olduğuna İnanç $\bar{x} \pm SS$	DİVÖ Toplam Puan $\bar{x} \pm SS$
Tanı*								
Lenfoma ^a	37	13.32±5.99	17.59±6.05	19.38±4.66	12.43±3.94	17.7±3.89	10.08±3.58	90.51±17.81
Gis Kanserleri ^b	44	10.25±4.1	13.25±5.01	21.05±2.85	12.18±3.87	16.84±3.09	8.91±3.52	82.48±15.09
Meme+Akciger ^c	41	10.07±4.49	12.46±5.77	20.29±3.96	12.32±4.33	16.78±2.57	7.68±3.09	79.61±12.32
Diğer Kanserler ^d	18	10.83±4.78	13.89±4.71	21.61±3.52	13.11±4.98	16.33±3.31	8.61±3.01	84.39±11.01
Akut/Kronik Lösemi ^e	84	13.54±5.7	18.58±6.47	19.33±4.98	12.89±4.5	18.05±3.25	9.88±3.78	92.27±18.12
MM ^f	25	15.04±5.24	18.56±4.67	21.68±4.27	11.8±4.34	17.84±3.3	10.64±3.68	95.56±16
		KW: 25.365	KW: 43.580	KW: 8.432	KW: 1.769	KW: 10.676	KW: 16.860	KW: 28.666
		p: 0.001*	p:0.001*	p: 0.134	p: 0.880	p: 0.058	p: 0.005*	p: 0.001*
Ruhsal Sorunlar İçin Yardım								
Evet	116	11.86±5.64	15.04±6.32	20.16±4.28	12.84±4.69	16.88±3.5	9.00±3.7	85.78±16.54
Hayır	133	12.7±5.26	17.11±6.14	20.23±4.41	12.23±3.89	17.91±2.98	9.89±3.54	89.85±16.95
		U: -1.416	U: -2.559	U: -0.465	U: -0.826	U: -2.649	U: -1.460	U: -1.918
		p: 0.157	p: 0.010*	p: 0.642	p: 0.409	p: 0.008*	p: 0.144	p: 0.055
Tanı Yılı**								
1 Yılda Az ^a	75	14.43±5.72	18.75±5.83	20.87±4.27	12.57±4.73	18.01±2.98	10.24±3.61	94.87±16.93
1-5 Yıl ^b	148	11.19±5.01	14.74±5.99	20.15±4.14	12.24±4.07	17.03±3.27	9.00±3.65	84.61±15.43
6 Yıl ve Üstü ^c	26	12.58±5.37	16.65±7.07	18.58±5.3	13.88±3.98	16.46±3.78	8.88±3.2	87.04±18.89
		KW: 14.847	KW: 19.997	KW: 3.806	KW: 4.291	KW: 4.231	KW: 6.707	KW: 18.140
		p: 0.001*	p:0.000	p: 0.149	p: 0.117	p: 0.121	p: 0.035*	p: 0.001*
Kök Hücre Nakli Olma Durumu								
Evet	40	13.38±6.16	17.35±6.38	19.23±5.64	11.43±4.85	18.18±3.47	9.38±4.16	88.93±21.51
Hayır	209	12.11±5.29	15.91±6.27	20.39±4.04	12.72±4.14	17.29±3.21	9.36±3.52	87.77±15.89
		U: -1.276	U: -1291	U: -0.833	U: -1.346	U: -1.658	U: -0.111	U: -0.505
		p: 0.202	p: 0.197	p: 0.405	p: 0.178	p: 0.097	p: 0.912	p: 0.614
Organ Nakli Olma Durumu								
Evet	9	8.89±2.15	13.33±3.46	21.22±3.99	14.44±4.33	15.11±2.93	8.11±2.8	81.11±7.18
Hayır	240	12.44±5.49	16.25±6.36	20.16±4.36	12.44±4.27	17.52±3.25	9.41±3.65	88.21±17.06
		U: -1.736	U: -1.362	U: -0.364	U: -1.236	U: -2.126	U: -1.060	U: -1.228
		p: 0.083	p: 0.173	p: 0.716	p: 0.216	p: 0.033*	p: 0.289	p: 0.219

*Anlamlı farklılık DİVÖ tanı grupları için "c" ve "e", "c" ve "f", "b" ve "e", "b" ve "f" arasındadır.

**Anlamlı farklılık DİVÖ tanı yılı için "b" ve "a" arasındadır.

Tablo 4.7.'ye göre dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği toplam puanı ile travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanı, kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri ve dünyayla ilgili olumsuz bilişler alt boyutları arasında negatif yönde orta şiddette anlamlı, kendini suçlama alt boyutuyla negatif yönde zayıf bir korelasyon saptanmıştır ($p<0.05$). Kişisel talihe inanç alt boyutunun travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanı, kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri ve dünyayla ilgili olumsuz bilişler alt boyutları arasında negatif yönde orta şiddette anlamlı, kendini suçlama alt boyutuyla negatif yönde zayıf bir korelasyon saptanmıştır ($p<0.05$). Dünyanın iyiliğine inanç alt boyutunun travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanı, kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri ve dünyayla ilgili olumsuz bilişler alt boyutları arasında negatif yönde güçlü, kendini suçlama alt boyutuyla negatif yönde zayıf bir korelasyon saptanmıştır ($p<0.05$). Olumlu benlik inancı alt boyutunun travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanı ve kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri ile negatif yönde orta şiddette anlamlı, dünyayla ilgili olumsuz bilişler alt boyutu ve kendini suçlama alt boyutlarıyla negatif yönde zayıf bir korelasyon saptanmıştır ($p<0.05$). Dünyanın adil olduğuna inanç alt boyutuyla travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanı, kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri ve dünyayla ilgili olumsuz bilişler alt boyutları arasında negatif yönde zayıf ilişkili korelasyon saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.7. Travma Sonrası Bilişler Ölçeği, Dünyaya İlişkin Varsayımlar Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

		Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Toplam Puan	Kişinin Kendisiyle İlgili Olumsuz Bilişler Alt Ölçeği	Dünyayla İlgili Olumsuz Bilişler Alt Ölçeği	Kendini Suçlama Alt Ölçeği
Dünyaya İlişkin Varsayımlar Ölçeği Toplam Puan	r	-0.565**	-0.562**	-0.510**	-0.358**
	p	0.001	0.001	0.001	0.001
	n	249	249	249	249
Kişisel talihe inanç	r	-0.538**	-0.528**	-0.479**	-0.386**
	p	0,001	0,001	0,001	0,001
	n	249	249	249	249
Dünyanın iyiliğine inanç	r	-0.643**	-0.622**	-0.639**	-0.389**
	p	0.001	.000	0.001	0.001
	n	249	249	249	249
Olayların önceden kontrol edilebileceğine inanç	r	-0.067	-0.102	0.036	0.012
	p	0.293	0.109	0.572	0.851
	n	249	249	249	249
Yaşamın rastlantılara dayalı olduğuna inanç	r	0.039	0.044	0.054	-0.028
	p	0.538	0.493	0.395	0.665
	n	249	249	249	249
Olumlu benlik inancı	r	-0.485**	-0.499**	-0.382**	-0.329**
	p	0.001	0.001	0.001	0.001
	n	249	249	249	249
Dünyanın adil olduğuna inanç	r	-0.204**	-0.202**	-0.247**	-0.091
	p	0.001	0.001	0.001	0.151
	n	249	249	249	249

5. TARTIŞMA

Kanser, ölüme neden olan hastalıklar arasında kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer alan, sekeller bırakması, tedavi maliyetinin yüksek olması, iş gücünde ve ülke ekonomisinde ağır kayıplara da neden olması nedeniyle önemli bir hastalıktır (Sağlık Bakanlığı, 2017). Kişinin yaşam bütünlüğünü tehdit eden bir hastalık olan kanser, aynı zamanda “travmatik” bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Cordoba ve ark., 2017). Kanser hastalarında, ruhsal sorunlar sıkça görülmektedir ve sıklığı %30 ile %60 arasında değişmektedir (Chah ve ark.,2009; Arolt ve ark. 2003., Tada ve ark., 2012). Bireyin kansere verdiği anlam dünyaya, olaylara, kendi benliğine verdiği anlamla (dünyaya ilişkin varsayımları) ve olumsuz bilişler (travmatik olma durumu) ile etkileştiğinde bu ruhsal sorunlar daha da artmakta ve kronikleşebilmektedir.

Bu çalışmada travma sonrası bilişler ölçeğinin toplam puan ortalaması 125.12 ± 38.36 , "*kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri*" 3.37 ± 1.15 , "*dünyayla ilgili olumsuz bilişleri*" 5.35 ± 1.37 , "*kendini suçlama*" da 3.36 ± 1.13 bulunmuştur. Startup ve ark. (2006)'nın içinde kanser hastalarının da bulunduğu çeşitli travmatik yaşantıları olan bireylerle yapmış olduğu çalışmada, travma sonrası bilişler ölçeği için ölçek puan ortalamaları 121.05 ± 40.45 , "*kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri*" nin 3.51 ± 1.29 , "*dünyayla ilgili olumsuz bilişler*" ölçek puan ortalamasının 4.84 ± 1.26 , "*kendini suçlama*" ölçek puan ortalamasının 2.70 ± 1.90 olduğu görülmüştür. Foa ve ark. (1999)'nın içinde ölümcül bir hastalığa yakalananların da bulunduğu çeşitli travmatik yaşantıları olan bireylerle yapmış olduğu çalışmada ise, travma sonrası bilişler ölçeği için ölçek toplam puan ortalamaları 133 ± 44.17 , "*kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri*" nin 3.60 ± 1.48 , "*dünyayla ilgili olumsuz bilişleri*" nin 5.00 ± 1.25 , "*kendini suçlama*" nin 3.20 ± 1.74 olduğu görülmüştür. Bu iki çalışmanın ölçek ortalama puanlarıyla, yaptığımız çalışmanın ölçek ortalama puanları benzer bulunmuştur ve literatürle benzerlik taşımaktadır.

Bu çalışmada travma sonrası bilişler ölçeğinin toplam puan ortalaması 125.12 ± 38.36 , "*kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri*" 3.37 ± 1.15 , "*dünyayla ilgili olumsuz bilişleri*" 5.35 ± 1.37 , "*kendini suçlama*" da 3.36 ± 1.13 bulunmuştur. Blain ve ark. (2013)'nin klinikte tedavi gören cinsel travma mağdurlarına yapmış olduğu

çalışmada ölçek puan ortalamaları, "*kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri*" nin 4.03 ± 1.32 , "*dünyayla ilgili olumsuz bilişlerinin*" 5.62 ± 1.10 , "*kendini suçlama*" nin 3.56 ± 1.58 olduğu görülmüştür. Tran ve ark. (2019)' nın, eş şiddetine maruz kalan ve travmatik yaşantısı olan kadınlarla yaptığı çalışmanın "*kendini suçlama*" ölçek puan ortalaması 18.75 ± 7.75 , "*kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri*" ölçek puan ortalaması 72.66 ± 29.61 bulunmuştur. Sexton ve ark. (2018)' nın askeri travmaya maruz kalmış gazilerle yaptığı çalışmada, travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanı 129.2 ± 41.8 bulunmuştur. Literatürdeki bu araştırma sonuçlarının, yaptığımız çalışmayla benzerlik gösterdiği görülmektedir. Araştırmaların klinikte tedavi gören, ruhsal travma tanısı alan bireylerle ve fiziksel sekel bırakan savaş gazileriyle yapılmış olmasının, bu benzerliğin sebebi olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada travma sonrası bilişler ölçeğinin toplam puan ortalaması 125.12 ± 38.36 , "*kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri*" 3.37 ± 1.15 , "*dünyayla ilgili olumsuz bilişleri*" 5.35 ± 1.37 , "*kendini suçlama*" da 3.36 ± 1.13 bulunmuştur. Sheerin ve ark. (2018)' nın savaş travması mağdurlarıyla yaptığı çalışmada, "*kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri*" ölçek puan ortalaması 42.84 ± 19.74 , "*kendini suçlama*" ölçek puan ortalaması 9.4 ± 5 , "*kişinin dünyayla ilgili olumsuz bilişleri*" ölçek puan ortalaması 29.33 ± 9.17 bulunmuştur. Chung ve Reed' in (2017) ölü doğum yapan kadınlarla yapmış olduğu çalışmada; "*kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri*" ölçek puan ortalaması 64.12 ± 31.44 , "*kendini suçlama*" ölçek puan ortalaması 14.60 ± 7.33 , "*kişinin dünyayla ilgili olumsuz bilişleri*" ölçek puan ortalaması 22.74 ± 11.17 bulunmuştur. Her iki çalışmanın ölçek puan ortalamalarına bakıldığında, bizim çalışmamızdaki bireylerin olumsuz bilişlerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu farklılığın kanser deneyiminin tanı ve tedavi süreci boyunca birden fazla travma içerebileceği, bunlardan bazılarının karmaşık ve tekrarlayıcı olduğu ve kanserin, saldırılardan ve doğal afetlerden kaynaklanan dış tehditlerin dışında bir "iç" tehdit olarak algılanmasından dolayı olabileceği düşünülmektedir (Gurevich ve ark., 2002; Kangas ve ark., 2002). Ayrıca kanserin gelecekte belirsizlik, potansiyel ölüm korkusu içermesi ve kanserin nüks etme ya da metastaz yapma riskinden dolayı kanser tanısı alan birey, sürekli korku, endişe ve panik yaşayabilmektedir (Mehnert ve ark., 2007; Simard ve ark., 2013; Koch ve ark., 2013). Bu durum kanser travmasını, diğer travma türlerinden ayrı kılmaktadır ve bu

durumun kanser tanısı almış bireylerin daha olumsuz bilişlere sahip olmasının sebebi olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve yaş gruplarının travma sonrası bilişler ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).Yalnızca yaş gruplarında "*kendini suçlama*" ölçek puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) ve anlamlı farklılık 45-54 yaş grubundan kaynaklanmaktadır. Startup ve ark. (2006)' nın çalışmasında, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu ve yaş gruplarının travma sonrası bilişler ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Sexton ve ark. (2018)' nın askeri travmaya maruz kalmış gazilerle yaptığı çalışmada, cinsiyet parametresi istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p<0.05$). Kadınların olumsuz bilişleri erkeklere göre daha yüksek çıkmıştır. Bu çalışmada, cinsiyetin anlamlı çıkmamasının sebebinin hastalığın kadın ve erkek cinsiyeti arasında prognoz farkının olmamasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada tanı yılı, hem travma sonrası bilişler ölçeği ile hem de alt boyutları olan kişinin kendisiyle ilgili olan olumsuz bilişleri ve dünyaya ilişkin olumsuz bilişler ölçek puan ortalamaları ile farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Anlamlı farklılığın tanı yılı 1-5 yıl içinde olanlardan kaynaklandığı, olumsuz bilişlerin en yüksek bu yıllar arasında olduğu görülmektedir. Eskelinen ve ark. (2017)' nın akciğer kanseri hastalarıyla yaptığı çalışmada da 0-5 yıl arasında depresyon oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Startup ve ark. (2006)' nın çalışmasında ise travmatik yaşantıyla karşılaşma süresi, istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). 1-5 yıl içerisinde anlamlı farklılığın çıkmasının sebebinin, kanser tanısının ve hastalık sürecinin alışılmasının zor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların kök hücre nakli olmayanların hem travma sonrası bilişler ölçek toplam puanı, hem de dünyaya ilişkin olumsuz bilişleri puan ortalamaları, nakil olanlara göre daha yüksek çıkmıştır (Travma sonrası bilişler ölçeği toplam puan ortalaması: 137.40 ± 38.34 , Dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği toplam puan ortalaması: 87.77 ± 15.89). El Jawhri ve ark. (2015)' nın kök hücre

nakli olan hastalarla yaptığı çalışmada, ilk 6 ayda depresyon (%43.3) ve TSSB (%28.4) oranının artış gösterdiği bulunmuştur.

Bu çalışmada organ nakli olan katılımcıların travma sonrası bilişleri toplam puan ortalaması nakil olan hastalar için 162.44 ± 28.07 , olmayanlar için 133.48 ± 38.34 , "*kişinin kendisiyle ilgili olan olumsuz bilişleri*" olanlar için 88.56 ± 15.68 , olmayanlar için 70.10 ± 24.21 ve "*dünyaya ilişkin olumsuz bilişleri*" olanlar için 43.67 ± 6.42 , olmayanlar için 37.28 ± 9.66 çıkmıştır. Nakil olanların nakil olmayanlara göre daha yüksek çıktığı görülmüştür. Dew ve ark. (2015)' nin çalışmasında depresyonun organ nakli sonrası riski artırdığı görülmüştür. Bu çalışma ve diğer çalışma sonuçları, bu açıdan benzerlik taşımaktadır.

Bu çalışmada bütün tanılar için, katılımcıların travma sonrası bilişler ölçeği ölçek toplam puanı ve bütün alt boyutlarının puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p < 0.05$). Olumsuz bilişi en yüksek olan tanı grubu 158.61 ± 36.65 puanla akciğer-meme kanseri iken en düşük tanı grubunun 113.05 ± 30.43 ile lenfoma olduğu görülmüştür. El Jawahri ve ark. (2015)' nin kanser tanısı alıp kök hücre nakli olan hastalarla yaptıkları çalışmada, hastalara hastanede yattıkları süre boyunca bilişsel davranışçı terapi yaklaşımları uygulamanın nakilden sonraki 6 ay içinde depresyonu ve TSSB semptomlarını azaltabileceği ön görüşünü ileri sürmüşlerdir. Her iki çalışma birbirini yordar niteliktedir.

Bu çalışmada "*dünyanın iyiliğine inanç*" alt ölçeği 16.14 ± 6.29 "*dünyanın adil olduğuna inanç*" alt ölçeği 9 ± 3.62 , "*olayların önceden kontrol edilebileceğine inanç*" alt ölçeği $20,20 \pm 4,34$, "*kişisel talihe inanç*" alt ölçeği 12.30 ± 5.44 , "*yaşamın rastlantılara dayalı olduğuna inanç*" alt ölçeği $12,51 \pm 4.28$, "*olumlu benlik inancı*" 17.42 ± 3.26 puan olarak ölçülmüştür. Carboon ve ark. (2005)' nin, yine aynı popülasyonda yapılan çalışmasında ise, "*dünyanın iyiliğine inanç*" alt ölçeği 19.1 ± 4.1 , "*dünyanın adil olduğuna inanç*" alt ölçeği 11.2 ± 4.7 , "*olayların önceden kontrol edilebileceğine inanç*" alt ölçeği 12.9 ± 4.1 , "*kişisel talihe inanç*" alt ölçeği $18,0 \pm 4.7$, "*yaşamın rastlantılara dayalı olduğuna inanç*" alt ölçeği 15.1 ± 4.4 , "*olumlu benlik inancı*" 21.3 ± 3.8 puan olarak ölçülmüştür. Bunun sebebi her iki ülkenin sağlık politikalarının farklı olması ya da sosyokültürel farklılıklar olabilir. Yalnızca olayların önceden kontrol edilebileceğine olan inanç bu çalışmada diğer çalışmaya

göre daha yüksek çıkmıştır. Bunun da ülkemizde kader inancının hakim olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada "*dünyanın iyiliğine inanç*" alt ölçeği 16.14 ± 6.29 , "*dünyanın adil olduğuna inanç*" alt ölçeği 9 ± 3.62 , "*olayların önceden kontrol edilebileceğine inanç*" alt ölçeği $20,20 \pm 4,34$, "*kişisel talihe inanç*" alt ölçeği 12.30 ± 5.44 , "*yaşamın rastlantılara dayalı olduğuna inanç*" alt ölçeği $12,51 \pm 4.28$, "*olumlu benlik inancı*" 17.42 ± 3.26 puan olarak ölçülmüştür. Borderline kişilik bozukluğuna sahip bireylerle Giesen-Bloo ve ark. (2005) tarafından yapılan çalışmada "*dünyanın iyiliğine inanç*" 16.38 ± 4.80 , "*dünyanın adil olduğuna inanç*" 10.05 ± 3.65 , "*olayların önceden kontrol edilebileceğine inanç*" 11.86 ± 4.56 , "*kişisel talihe inanç*" 18.19 ± 4.50 , "*yaşamın rastlantılara dayalı olduğuna inanç*" 14.52 ± 3.99 , "*olumlu benlik inancı*" 21.19 ± 2.06 puan olarak ölçülmüştür. Yom Kippur savaş gazileriyle yapılmış olan Dekel ve ark. (2004)' nin yaptığı çalışmada *dünyanın iyiliğine inanç* 14.71 ± 3.81 , "*dünyanın adil olduğuna inanç*" 11.66 ± 3.47 , "*olayların önceden kontrol edilebileceğine inanç*" 15.97 ± 3.98 , "*kişisel talihe inanç*" 13.52 ± 3.70 , "*yaşamın rastlantılara dayalı olduğuna inanç*" 15.32 ± 3.64 , "*olumlu benlik inancı*" 17.44 ± 3.74 puan olarak ölçülmüştür. Lahav ve ark. (2016)' nin Yom Kippur savaş esirleriyle yaptığı çalışmada, katılımcıların dünyaya ilişkin varsayımlar ölçek toplam puanı 118.36 ± 17.03 çıkmıştır. Bronstein ve ark. (2015)' nin savaş mağdurlarıyla yapmış oldukları çalışmada, "*dünyanın iyiliğine inanç*" 24.12 ± 3.85 , "*dünyanın adil olduğuna inanç*" 23.6 ± 8.48 , "*olayların önceden kontrol edilebileceğine inanç*" 10.92 ± 3.15 , "*kişisel talihe inanç*" 16.28 ± 3.58 , "*yaşamın rastlantılara dayalı olduğuna inanç*" 22.62 ± 5.16 , "*olumlu benlik inancı*" 19.56 ± 3.4 puan olarak ölçülmüştür. Bu çalışmadaki bireylerin dünyaya ilişkin varsayımları daha olumsuzdur. Bunun kanserin doğası gereği, ölüm bilincini akla getiren, hayatı tehdit eden bir hastalık olmasıyla ve kanser deneyiminin aynı zamanda prognoz, en uygun tedavi, tedaviye cevap vermeme olasılığı ve gelecekteki muhtemel etkiler hakkındaki belirsizliğin var olması ve hastalığın ilerlemesi ve nüksetme korkusunun sürekli var olmasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir (Simard ve ark., 2013; Fardell ve ark., 2016).

Bu çalışmada "*dünyanın iyiliğine inanç*" alt ölçeği 16.14 ± 6.29 , "*dünyanın adil olduğuna inanç*" alt ölçeği 9 ± 3.62 , "*olayların önceden kontrol edilebileceğine inanç*" alt ölçeği $20,20 \pm 4,34$, "*kişisel talihe inanç*" alt ölçeği 12.30 ± 5.44 , "*yaşamın*

rastlantılara dayalı olduğuna inanç" alt ölçeği $12,51 \pm 4,28$, "*olumlu benlik inancı*" $17,42 \pm 3,26$ puan olarak ölçülmüştür. Travmaya maruz kalan kişilerle Elklit ve ark. (2007)'nin yapmış olduğu çalışmada, "*dünyanın iyiliğine inanç*" $18,49 \pm 3,87$, "*dünyanın adil olduğuna inanç*" $10,30 \pm 3,12$, "*olayların önceden kontrol edilebileceğine inanç*" $11,53 \pm 3,67$, "*kişisel talihe inanç*" $15,90 \pm 4,21$, "*yaşamın rastlantılara dayalı olduğuna inanç*" $16,05 \pm 4,18$, "*olumlu benlik inancı*" $15,84 \pm 4,73$ puan olarak ölçülmüştür. Bu çalışmadaki bireylerin dünyaya ilişkin varsayımları daha olumsuzdur. Bu farklılığın kanser deneyiminin tanı ve tedavi süreci boyunca birden fazla travma içerebileceği, bunlardan bazılarının karmaşık ve tekrarlayıcı olduğu ve kanserin, saldırılardan ve doğal afetlerden kaynaklanan dış tehditlerin dışında bir "iç" tehdit olarak algılanmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir (Gurevich ve ark., 2002; Kangas ve ark., 2002). Ayrıca tehditin geçtiğini düşündüren güvenlik sinyali olmadığından, oluşan her duruma uyum sağlamak için sürekli mücadele edilmesi gereken durumların varlığı ortaya çıkmaktadır ve bu sürekli olan bir iç huzursuzluğuna sebep olmaktadır (Leal ve ark., 2015).

Bu çalışmada yaş istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0,05$). Carboon ve ark. (2005)'nin çalışmasında ise, genç yaşta olanların dünyaya ilişkin varsayımları ileri yaştaakilere göre daha kötü bulunmuştur.

Bu çalışmada erkeklerin ($\bar{x} \pm SS: 20,76 \pm 4,28$) olayların önceden kontrol edilebileceğine inanç düzeyinin kadınlarınkinden ($\bar{x} \pm SS: 19,58 \pm 4,35$) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Erkmen (2017)'in travma mağdurlarıyla yapmış olduğu çalışmasında ise, erkeklerin "*dünyanın iyiliğine inanç*" düzeyinin ortalamasının, kadınların ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu; erkeklerin olayların kontrol edilebilirliğine ilişkin inancının, kadınlarınkinden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu; erkeklerin dünyanın adil olduğuna inanç düzeyi ortalamasının, kadınlarınkinden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tüfekçi (2011)'nin, trafik kazası geçiren kişilerin dünyaya ilişkin varsayımlarını incelediği çalışmasında, erkeklerin dünyanın iyiliğine inanç, dünyanın adil olduğuna inanç, kişisel talihe inanç ve kontrol inancı düzeylerinin kadınlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu çalışmada elde edilen dünyaya ilişkin varsayımlar ve cinsiyet arasında erkeklerin lehine yüksek çıkan ilişkinin benzer çalışmaların sonuçları ile tutarlı olduğu görülmektedir. Bu

değerlendirme aynı zamanda ruh sağlığında önemli bir yeri olduğu gözlemlenen dünyaya ilişkili varsayımların, toplumsal cinsiyet rollerindeki adaletsizliğe ve kadınların güçsüzlüğüne yol açan yapı ile ilişkisinin ayrıca ele alınması gereken bir konu olduğuna da dikkat çekmektedir.

Bu çalışmada tanı gruplarına göre dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği toplam puan ortalaması ve *kişisel talihe inanç*, *dünyanın iyiliğine inanç* ve *dünyanın adil olduğuna inanç* ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Dünyaya ilişkin varsayımları en olumsuz olan tanı grubu akciğer-meme kanseri iken, diğer tanımlar arasında dünyaya ilişkin varsayımları en olumlu olan tanı grubunun MM olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada tanı yılına göre dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği toplam puanı ve onun alt boyutları olan *"kişisel talihe inanç"* ve *"dünyanın adil olduğuna inanç"* ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Tanı yılı 1-5 yıl arasında olanların dünyaya ilişkin daha olumsuz bakış açısına sahip olduğu görülmüştür. Eskelinen ve ark. (2017)'nin akciğer kanseri hastalarıyla yaptığı çalışmada da 0-5 yıl arasında depresyon oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgu, bu çalışmanın bulgusuyla benzerlik taşımaktadır.

Bu çalışmada dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği ile travma sonrası bilişler ölçeği, *"kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri"* ve *"dünyayla ilgili olumsuz bilişler"* arasında negatif yönde orta şiddette anlamlı, *"kendini suçlama"* ile negatif yönde zayıf bir korelasyon saptanmıştır ($p<0.05$). *"Kişisel talihe inançla"*; travma sonrası bilişler ölçeği, *"kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri"* ve *"dünyayla ilgili olumsuz bilişleri"* arasında negatif yönde orta şiddette anlamlı, *"kendini suçlama"* ile negatif yönde zayıf bir korelasyon saptanmıştır ($p<0.05$). *"Dünyanın iyiliğine inançla"*; travma sonrası bilişler ölçeği, *"kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri"* ve *"dünyayla ilgili olumsuz bilişleri"* arasında negatif yönde güçlü, *"kendini suçlama"* ile negatif yönde zayıf bir korelasyon saptanmıştır. *"Olumlu benlik inancıyla"*; travma sonrası bilişler ölçeği ve *"kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri"* ile negatif yönde orta şiddette anlamlı, *"dünyayla ilgili olumsuz bilişler"* ve *"kendini suçlama"* ile de negatif yönde zayıf bir korelasyon saptanmıştır. *"Dünyanın adil olduğuna inançla"*; travma sonrası bilişler ölçeği, *"kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri"* ve

"dünyayla ilgili olumsuz bilişleri" arasında negatif yönde zayıf ilişkili korelasyon saptanmıştır. Foa ve ark. (1999)' nın travma sonrası bilişler ölçeğini ortaya çıkardığı, içinde kanser hastalarının da bulunduğu çeşitli travmalara maruz kalmış bireylerle yapılan çalışmada "dünyanın adil olduğuna inanç" ve "yaşamın rastlantılara dayalı olduğuna inançla", travma sonrası bilişler ölçeğinin hiçbir alt ölçeği ile arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. "Dünyanın adil olduğuna inançla"; travma sonrası bilişler ölçeği, "kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişler" ve "dünyayla ilgili olumsuz bilişleri" ile negatif yönde zayıf ilişki, "kendini suçlama" ile negatif yönde çok zayıf ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). "Olumlu benlik inancı" ile; "kendisiyle ilgili olumsuz bilişler" arasında negatif yönde güçlü bir ilişki, travma sonrası bilişler ölçeği ve "kendini suçlama" arasında negatif yönde orta şiddette, "dünyayla ilgili olumsuz bilişler" arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır. "Kişisel talihe inanç" ile; travma sonrası bilişler ölçeği, "kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri", "dünyayla ilgili olumsuz bilişleri" ve "kendini suçlama" arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır. "Olayların önceden kontrol edilebileceğine inanç" ile; "kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri" arasında negatif yönde çok zayıf ilişki, "dünyayla ilgili olumsuz bilişler" ve "kendini suçlama" ile de pozitif yönde çok zayıf bir ilişki saptanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Kanser hastalarının travmatik bilişleri ve dünyaya ilişkin varsayımlarını belirlemek ve bunları etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda ulaşılan sonuçlar aşağıda verilmiştir.

➤ Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 46.03, aylık gelir ortalaması 2732.49, tanı yılı ortalaması 2.63 olarak bulunmuştur.

➤ Katılımcıların %34' ünün 55-65 yaşında, %52' sinin erkek, %71' inin evli, %33' ünün lise mezunu, %49' unun sosyal güvencesinin SSK olduğu saptanmıştır.

➤ Katılımcıların %52' sinin daha önce ruhsal sorunlarıyla ilgili herhangi bir yardım almadığı, %33' ünün tanısının akut/kronik lösemi olduğu, %83' ünün kök hücre nakli olmadığı ve %96 'sının organ nakli olmadığı saptanmıştır.

➤ Travma sonrası bilişler ölçeği toplam puan ortalaması 134,53±38,36 olarak bulunmuştur. Yaş grupları bakımından travma sonrası bilişler ölçeğinin "*kendini suçlama*" alt boyut puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Travmatik bilişi en olumsuz olan yaş grubunun 45-54 yaş olduğu saptanmıştır.

➤ Katılımcıların tanıları bakımından hem travma sonrası bilişler ölçeği hem de bütün alt boyutlarının puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Travmatik bilişi en olumsuz olan hastalık grubunun meme-akciğer kanseri olduğu saptanmıştır.

➤ Katılımcıların ruhsal sorunları için yardım almaları bakımından hem travma sonrası bilişler ölçeği hem de bütün alt boyutlarının puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Ruhsal sorunları için yardım alan hasta grubunun travma sonrası biliş puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

➤ Katılımcıların tanı alma yılları bakımından travma sonrası bilişler ölçeği ve alt boyutları olan "*kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri*" ve "*dünyaya ilişkin olumsuz bilişleri*" puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Tanı yılı 1-5 yıl arasında olanların travmatik bilişlerinin daha olumsuz olduğu saptanmıştır.

➤ Katılımcıların kök hücre nakli olmaları bakımından travma sonrası bilişler ölçeği ve alt boyutu olan "*dünyaya ilişkin olumsuz bilişler*" ölçek puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Kök hücre nakli olmayanların travmatik bilişlerinin daha olumsuz olduğu saptanmıştır.

➤ Katılımcıların organ nakli olmaları bakımından travma sonrası bilişler ölçeği ve kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri ve dünyaya ilişkin olumsuz bilişleri ölçek puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Organ nakli olanların travmatik bilişlerinin daha olumsuz olduğu saptanmıştır.

➤ Dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği toplam puan ortalaması 87.95 olarak bulunmuştur. Katılımcıların cinsiyetine göre "*olayların önceden kontrol edilebileceğine inanç*" ölçek puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür($p<0.05$). Kadınların olayların önceden kontrol edilebileceğine olan inançlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

➤ Katılımcıların medeni durumlarına göre dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği, "*dünyanın iyiliğine inanç*" ve "*olayların önceden kontrol edilebileceğine inanç*" ölçek puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Hiç evlenmemiş bireylerin dünyaya ilişkin varsayımlarının daha olumsuz olduğu saptanmıştır.

➤ Katılımcıların eğitim durumlarına göre dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği, "*dünyanın iyiliğine inanç*" ve "*dünyanın adil olduğuna inanç*" ölçek puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

➤ Katılımcıların sosyal güvencelerine göre dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeğinin sadece "*dünyanın adil olduğuna inanç*" ölçek puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmüştür($p<0.05$). Genel sağlık sigortası olanların dünyaya ilişkin varsayımlarının daha olumsuz olduğu saptanmıştır.

➤ Katılımcıların tanılarına göre dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği, "*kişisel talihe inanç*," "*dünyanın iyiliğine inanç*" ve "*dünyanın adil olduğuna inanç*" ölçek puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır($p<0.05$). Dünyaya ilişkin varsayımları en olumsuz olan hastalık grubunun meme-akciğer kanseri olduğu saptanmıştır.

➤ Katılımcıların tanı alma yılları bakımından dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği, "*kişisel talihe inanç*" ve "*dünyanın adil olduğuna inanç*" ölçek puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır($p<0.05$). Tanı yılı 1-5 yıl arasında olanların dünyaya ilişkin varsayımlarının daha olumsuz olduğu saptanmıştır.

➤ Katılımcıların ruhsal sorunları için yardım almaları bakımından "*dünyanın iyiliğine inanç*", "*olumlu benlik inancı*" ölçek puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır($p<0.05$). Ruhsal sorunları için yardım alan hasta grubunun dünyaya ilişkin varsayımlarının daha olumsuz olduğu görülmüştür.

➤ Katılımcıların organ nakli olmaları bakımından olumlu benlik inancı ölçek puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır($p<0.05$). Organ nakli olanların olumlu benlik inancı daha düşük çıkmıştır.

➤ Dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği ile travma sonrası bilişler ölçeği arasında negatif yönde orta şiddette anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($p<0.05$), ($r=-0.565$).

6.2 ÖNERİLER

➤ Kanser tanısı almış bireylerin, travmatik bilişleri ve dünyaya ilişkin varsayımları, tanı aldıkları ilk andan itibaren olumsuz etkilenmektedir. Dolayısıyla kanserli bireyler, sürekli ruhsal desteğe gereksinim duyan bireylerdir. Bu sebeple kanser hastasına bakım veren merkezlerde ruhsal değerlendirme, danışmanlık ve destek, tanının söylendiği andan itibaren, erken dönemde başlatılması, KLP ile işbirliği içinde olarak hastalık ve tedavi süreci yürütülmesi, her bir kanser hastası KLP biriminin takibine alınmasını, Kanser tanısı alan 45-54 yaş grubundaki, tanı yılı 1-5 yıl olan ve meme-akciğer kanseri tanısına sahip olan bireylerin ruhsal destek durumunun daha dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerektiği ortaya çıkmıştır.

➤ Çalışmaya katılan bireylerin yarısından fazlasının (%52) yaşadıkları ruhsal sorunlarına yönelik yardım almamış olması, yardım alan bireylerin de hem travmatik bilişlerinin yüksek, hem de dünyaya ilişkin varsayımlarının olumsuz çıkması nedeniyle; kanser tanı grubuna uzun süreli, planlı, yapılandırılmış, travmatik bilişleri ve dünyaya ilişkin varsayımları da kapsayacak şekilde ruhsal destek verilmesini,

➤ Çalışmamızdaki her bir kanser tanısı için travmatik bilişler ve tüm alt boyutlarıyla anlamlılık çıkması, kanserin travmatik bir hastalık olduğunu ortaya koymaktadır Dünyaya ilişkin varsayımları en kötü, travmatik bilişi en yüksek olan kanser türünün meme-akciğer kanseri olduğunun belirlenmesi nedeniyle, bu kanser türünün öncelikli olarak ele alınmasını,

➤ Kanser tanısı alan 45-54 yaş grubundaki, tanı yılı 1-5 yıl olan gruptaki bireylerin, dünyaya ilişkin varsayımları en kötü, travmatik bilişi en yüksek çıkması nedeniyle, ruhsal destek gereksiniminin daha dikkatli bir şekilde değerlendirilmesini, Kanser hastalarının kendilerine ve dünyaya ilişkin olumsuz varsayımlarının iyileştirilmesinin travmatik bilişleri azaltacağı, bu nedenle kanser hastalarının kendileri, çevreyle ilgili olumlu algılamalarını arttıracak hemşirelik girişimleri ve düzenlemeler yapmanın önemli olduğu görülmektedir.

➤ Kanser hastalarına bakım veren hemşirelerin, travmatik bilişler yönünden eğitilmesini, hastanın dünyaya ilişkin olumsuz varsayımlarını değerlendirme becerisi kazanmalarını,

- Kanser tanısı almış bireylerin olumlu benlik inancının artırılmasını, hastanın kendini suçlamasını azaltacak hemşirelik girişimlerinin uygulanmasını,
- Kanser hastalarının tedavi süresince yaşamış oldukları bulantı, kusma, ağrı, halsizlik, iştahsızlık gibi olumsuz fiziksel semptomlarla ve bu olumsuz semptomların neden olabildiği ruhsal belirtilerle baş edebilmeleri için etkili bilişsel ve ruhsal baş etme yöntemlerinin bakım veren hemşirelerce kanserli bireylere öğretilmesini,
- Kanser hastalarının travmatik bilişleri ve dünyaya ilişkin varsayımlarına dair alanda çalışma sayısının kısıtlı olduğu görüldüğünden, çıkan sonuçlar doğrultusunda bu alandaki çalışmaların artırılmasını,
- Kanser hastalarına bakım veren hemşirelerin, hastaların tedaviye uyumunu, yaşam kalitesini arttıracak, travmatik bilişlerini azaltacak, dünyaya ilişkin olumlu varsayımlarını arttıracak psikososyal bakım ilkeleri uygulamalarını arttırmalarını önermekteyiz.

KAYNAKLAR

- Amir M, Kaplan Z, Kotler M. (1996). Travma tipi, travma sonrası stres bozukluğunun çekirdek semptomları ve eşlik eden özellikleri. *Genel Psikoloji Dergisi* , 123 (4), 341-351.
- Amir M, Ramati A. (2002). Meme kanserinde uzun süre hayatta kalanlarda travma sonrası semptomlar, duygusal sıkıntı ve yaşam kalitesi: bir ön araştırma. *Anksiyete Bozuklukları Dergisi*, 16 (2), 191-206.
- Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeği'nin kanser hastalarında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 10, 192-200.
- Arolt V, Rothermundt M. (2003). Depressive störungen bei körperlich kranken. *Der Nervenarzt*, 74(11), 1033-1054.
- Ateş S, Olgun N. (2014). Kemoterapiye bağlı alopesi ve yaşam kalitesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1), 67-80.
- Aydoğan Ü, Doğaner YÇ, Borazan E, Kömürcü Ş, Koçak N, Öztürk B ve ark. (2012). Kanser Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ve Hastalıkla Başa Çıkma Tutumlarının İlişkisi, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 16(2):55-60
- Bahar A, Ovayolu Ö, Ovayolu, N. (2019). Onkoloji Hastalarında Sık Karşılaşılan Semptomlar ve Hemşirelik Yönetimi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1), 42-58.
- Bayraktar S.(2012). Psikolojik Travma. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Blain LM, Galovski TE, Elwood LS, Meriac JP. (2013). How does the posttraumatic cognitions inventory fit in a four-factor posttraumatic stress disorder world? An initial analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 5(6), 513.
- Bowlby J. (1980). Loss: sandez and depresión. *Attachment and Loss*, 3(3).

- Bronstein I, Levin Y, Lahav Y, Solomon Z. (2016). World assumptions among wives of former prisoners of war. *Journal of Family Issues*, 37(12), 1746-1767.
- Brown LA, Belli GM, Asnaani A, Foa EB. (2019). A review of the role of negative cognitions about oneself, others, and the world in the treatment of PTSD. *Cognitive Therapy and Research*, 43(1), 143-173.
- Can G. (2014) Onkolojik Hastalıklar Ve Hemşirelik Bakımı. Enç N. (Ed.) İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul: 50. Yıl Yayınları
- Carboon I, Anderson VA, Pollard A, Szer J, Seymour JF. (2005). Posttraumatic growth following a cancer diagnosis: Do world assumptions contribute?. *Traumatology*, 11(4), 269-283.
- Cardoso G, Graca J, Klut C, Trancas B, Papoila A. (2016). Depression and anxiety symptoms following cancer diagnosis: a cross-sectional study. *Psychology, Health & Medicine*, 21(5), 562-570.
- Chahl P, Bond A. (2009). 'I'm sorry but you've got cancer': the role of psycho-oncology. *British Journal of Hospital Medicine*, 70(9), 514-517.
- Chung MC, Reed J. (2017). Posttraumatic stress disorder following stillbirth: Trauma characteristics, locus of control, posttraumatic cognitions. *Psychiatric Quarterly*, 88(2), 307-321.
- Cordova MJ, Riba MB, Spiegel D. (2017). Post-traumatic stress disorder and cancer. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 330-338.
- Çayır Y, Işık M. (2012). Terminal dönem kanser hastalarında evde sağlık hizmetleri. *Symra Tıp Dergisi*, 623-658
- Dalay N, Buyru, N. (2015). Kanser Biyolojisi. Can G. (Ed.) Onkoloji Hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Dekel R, Solomon Z, Elklit A, Ginzburg K. (2004). World assumptions and combat-related posttraumatic stress disorder. *The Journal of Social Psychology*, 144(4), 407-420.

Demirer T. (2014). TÜBA Ulusal Kanser Politikaları Çalıştay Raporu. Ankara Türkiye Bilimler Akademisi.

Dew MA, Rosenberger EM, Myaskovsky L, DiMartini AF, Dabbs AJD, Posluszny DM ve ark. (2015). Depression and anxiety as risk factors for morbidity and mortality after organ transplantation: a systematic review and meta-analysis. *Transplantation*, 100(5), 988.

Dinçer D, Ekşi H, Demirci İ, Kardeş S. (2015). Acının dönüştürücü gücü ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 39, 409-421.

Ehlers A, Clark DM. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345.

Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, McManus F, Fennell M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43(4), 413-431.

El- Jawahri AR, Traeger LN, Kuzmuk K, Eusebio JR, Vandusen HB, Shin JA ve ark. (2015). Quality of life and mood of patients and family caregivers during hospitalization for hematopoietic stem cell transplantation. *Cancer*, 121(6), 951-959.

El- Jawahri AR, Vandusen HB, Traeger LN, Fishbein JN, Keenan T, Gallagher ER ve ark. (2016). Quality of life and mood predict posttraumatic stress disorder after hematopoietic stem cell transplantation. *Cancer*, 122(5), 806-812.

Elklit A, Shevlin M, Solomon Z, Dekel R. (2007). Factor structure and concurrent validity of the world assumptions scale. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 20(3), 291-301.

Elwood LS, Williams NL. (2007). PTSD-Related cognitions and romantic attachment style as a moderators of psychological symptoms in victims of

interpersonal trauma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(10), 1189-1209.

Erkmen Y. (2017). Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğunun Olumlu ve Olumsuz Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkisinde Dünyaya İlişkin Varsayımların Aracılık Etkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Arel Üniversitesi, İstanbul.

Eskelinen M, Korhonen R, Selander T, Ollonen P. (2017). Beck depression inventory as a predictor of long-term outcome among patients admitted to the breast cancer diagnosis unit: a 25-year cohort study in Finland. *Anticancer Research*, 37(2), 819-824.

Fardell JE, Thewes B, Turner J, Gilchrist J, Sharpe L, Girgis A, Butow P. (2016). Fear of cancer recurrence: a theoretical review and novel cognitive processing formulation. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(4), 663-673.

Foa EB, Cahill SP. (2001). Psychological Therapies. Smelser NJ, Bates PB. (Ed.) Emotional Processing. International Encyclopedia of Social and Behavioral Sciences. Oxford: Elsevier.

Foa EB, Ehler A, Clark DM, Tolin DF, Orsillo SM.(1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303.

Foa EB, Rothbaum BO.(1998). Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD. New York: Guilford Pres.

Gelin D,Ulus B.(2015). Hastanede Kemoterapi Alan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörler, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1):31-35

Giesen-Bloo J, Arntz A. (2005). World assumptions and the role of trauma in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 197-208.

- Globocon (2018) . Bresat cancer. Erişim: 21 Aralık 2018. IARC ađ sitesi: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/20-Breast-facsheet.pdf>,2018.
- Gurevich M, Devins GM,Rodin GM.(2002). Stress response syndromes and cancer: conceptual and assessment issues. *Psychosomatics*, 43(4), 259-281
- Harned MS, Korslund KE, Linehan MM. (2014). A pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy with and without the dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behavior Research and Therapy*, 55, 7–17.
- Herman, JL. (1992). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.
- Herman, JL. (2016). *Travma ve İyileşme* (4. bs.). İstanbul: Literatür Yayınları.
- Holman EA, Silver RC. (1998). Getting" stuck" in the past: temporal orientation and coping with trauma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1146.
- Holliday R, Holder N, Surís A. (2018). Reductions in self-blame cognitions predict PTSD improvements with cognitive processing therapy for military sexual trauma-related PTSD. *Psychiatry Research*, 263, 181-184.
- Janoff-Bulman R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7(2), 113-136.
- Janoff-Bulman R, McPherson Frantz C. (1997). The impact of trauma on meaning: From meaningless world to meaningful life.*APA*,91-106
- Janoff-Bulman R, Berg M, Harvey JH. (1998). Disillusionment and the creation of value: From traumatic losses to existential gains. *Perspectives on Loss: A Sourcebook*, 35-47.
- Kangas M, HenryJL, Bryant RA. (2002). Kanser sonrası travma sonrası stres bozukluğu: Kavramsal ve ampirik bir derleme. *Klinik Psikoloji İncelemesi*, 22 (4), 499-524.

- Kararırmak Ö, Çetinkaya RS.(2016). Benlik saygısının ve denetim odağının psikolojik sağlık üzerine etkisi: Duyguların aracı rolü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(35).
- Kılınç S, Torun F. (2011). Adil Dünya İnancı. *Current Approaches in Psychiatry*, 3(1), 1-14.
- Koch L, Jansen L, Brenner H, Arndt V. (2013). Fear of recurrence and disease progression in long- term (≥ 5 years) cancer survivors—a systematic review of quantitative studies. *Psycho- Oncology*, 22(1), 1-11.
- Koss MP, Figueredo AJ,Prince RJ. (2002). Cognitive mediation of rape's mental, physical and social health impact: Tests of four models in cross-sectional data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 926.
- Köroğlu E. (2013). DSM-V-TR tanı ölçütleri başvuru el kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Kuba K, Esser P, Mehnert A, Hinz A, Johansen C, Lordick F ve ark. (2019). Risk for depression and anxiety in long-term survivors of hematologic cancer. *Health Psychology*, 38(3), 187.
- Kutlu R, Çivi S, Börüban MC, Demir A. (2011). Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 27(3), 149-153.
- Lahav Y, Bellin ES, Solomon Z. (2016). Posttraumatic growth and shattered world assumptions among ex-POWs: the role of dissociation. *Psychiatry*, 79(4), 418-432.
- Leal I, Engebretson J, Cohen L, Rodriguez A, Wangyal T, Lopez G ve ark. (2015). Experiences of paradox: a qualitative analysis of living with cancer using a framework approach. *Psycho- Oncology*, 24(2), 138-146.
- Li J, Yu L, Long Z, Li Y,Cao F. (2015). Perceived cognitive impairment in Chinese patients with breast cancer and its relationship with post- traumatic stress disorder symptoms and fatigue. *Psycho- Oncology*, 24(6), 676-682.

- Martino ML, Onorato R, D’Oriano V, Freda MF. (2013). Donne e tumore al seno: effetti del protocollo guidato di scrittura sui sintomi associati al disturbo post traumatico da stress [Women and breast cancer: effects of guided written disclosure protocol on post-traumatic stress]. *Psicol. Sal.*,1, 125–137.
- Martino ML, Onorato R, Freda ML. (2015). Linguistic markers of processing trauma experience in women’s written narratives during different breast cancer phases: implications for clinical interventions. *Eur. J. Psychol*, 11, 651–663.
- Mausbach BT, Irwin SA. (2017). Depression and healthcare service utilization in patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 26(8), 1133-1139.
- Mehnert A, Koch U. (2007). Primer kanser bakımı sırasındaki meme kanseri hastalarında akut ve travma sonrası stres bozukluğu ve eşlik eden zihinsel bozuklukların sıklığı: prospektif bir çalışma. *Psiko-Onkoloji: Kanserin Psikolojik, Sosyal ve Davranışsal Boyutları Dergisi*, 16 (3), 181-188.
- Morasso G, Capelli M, Viterbori P, Di Leo S, Alberisio A, Costantini M ve ark. (1999). Psychological and symptom distress in terminal cancer patients with met and unmet needs. *Journal of Pain and Symptom Management*, 17(6), 402-409.
- Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C ve ark. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160-174.
- Otto S. (2001). *Oncology Nursing*, China: Mosby (S: 951)
- Özet A, Öztürk B, Borazan E, SağlamK, Koçak N, Kömürcü Ş ve ark. (2012). Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 16(2), 55-60.
- Özkan S, Armay Z. (2007). *Kanser Hastasının Psikiyatrik ve Psikolojik Tedavisi*. Psiko-onkoloji.İstanbul: Form Reklam Hizmetleri, S: 153-157.

- Öztürk E, Uluşahin A. (2008). Örselenme ya da Zorlanma Etkisine Bağlı Bozukluklar. Öztürk MO, Uluşahin A. (Ed.). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Pearlman LA, Saakvitne KW. (1995). Trauma and The Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors. ABD:WW Norton & Co.
- Radwin LE, Farquhar SL, Knowles MN, Virchick BG. (2005). Cancer patients' descriptions of their nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2), 162-169.
- Quattropiani MC, La Foresta S, Russo M, Faraone C, Pistorino G, Lenzo V. (2018b). Emotional burden and coping strategies in amyotrophic lateral sclerosis caregivers: the role of metacognitions. *Min. Psichiatr.*, 59, 95–104.
- Sadock BJ. (2009). Klinik Psikiyatri El kitabı. (4. bs.). Ankara: Güneş Tıp Kitapevi.
- Sağlık Bakanlığı Kanser Taramaları. Erişim: 25.12.2018b, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>
- Samuelson KW, Bartel A, Valadez R, Jordan JT.(2017). PTSD symptoms and perception of cognitive problems: The roles of posttraumatic cognitions and trauma coping self-efficacy. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(5), 537.
- Sapir R, Catane R, Kaufman B, Isacson R, Segal A, Wein S ve ark. (2000). Cancer patient expectations of and communication with oncologists and oncology nurses: the experience of an integrated oncology and palliative care service. *Supportive Care in Cancer*, 8(6), 458-463.
- Scott MJ, Stradling SG.(2006). Counselling for Post-Traumatic Stress Disorder. Chennai: Sage.
- Sheerin CM, Chowdhury N, Lind MJ, Kurtz ED, Rappaport LM, Berenz EC ve ark. (2018). Relation between coping and posttrauma cognitions on PTSD in a combat-trauma population. *Military Psychology*, 30(2), 98-107.

- Simard S, Thewes B, Humphris G, Dixon M, Hayden C, Mireskandari S ve ark. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *Journal of Cancer Survivorship*, 7(3), 300-322.
- Sexton MB, Davis MT, Bennett DC, Morris DH, Rauch SA. (2018). A psychometric evaluation of the posttraumatic cognitions inventory with veterans seeking treatment following military trauma exposure. *Journal of Affective Disorders*, 226, 232-238.
- Smith EE, Kosslyn SM. (2017). Bilişsel Psikoloji. Şahin M. (Ed.). Zihin ve Beyin. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Startup M, Makgekenene L, Webster R. (2007). The role of self-blame for *trauma* as assessed by the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): A self-protective cognition?. *Behaviour Research and Therapy*, 45(2), 395-403.
- Şengün İnan F, Üstün B. (2014). Meme Kanseri ve Travma Sonrası Gelişim. *Journal of Breast Health*, 10, 75 – 78.
- Tada Y, Matsubara M, Kawada S, Ishida M, Wada M, Wada T ve ark. (2012). Psychiatric disorders in cancer patients at a university hospital in Japan: descriptive analysis of 765 psychiatric referrals. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 42(3), 183-188.
- Tansel B, Tunç A, Gündoğdu M. (2015). Çocuk şube müdürlüğünde çalışan polis memurlarının ikincil travmatik stres düzeylerinin incelenmesi. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8 (2), 675-688.
- Thorsen L, Gjerset GM, Loge JH, Kiserud CE, Skovlund E, Flotten T ve ark. (2011). Cancer patients' needs for rehabilitation services. *Acta Oncologica*, 50(2), 212-222.
- Tokgöz G, Yaluğ Ğ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. (2008). Kanseri Hastalarında Majör Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9: 59-66.

- Tran HN, Lipinski AJ, Peter SC, Dodson TS, Majeed R, Savage UC ve ark. (2019). The association between posttraumatic negative self-conscious cognitions and emotions and maladaptive behaviors: Does time since trauma exposure matter?. *Journal of Traumatic Stress*, 32(2), 249-259.
- Tünel M, Vural A, EvliceYE, Tamam L. (2012). Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(3), 189-219.
- Tüfekçi S. (2011), Trafik Kazası Geçirmiş Kişilerin Dünyaya İlişkin Varsayımları, Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Gelişim Düzeylerinin İncelenmesi.Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Türksoy N. (2003). Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları. Aker T, Önder ME. (Ed.). Psikolojik Travma ve Sonuçları. İstanbul: 5US Yayınları
- Ülger E, Alacacioğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO.(2014). Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2), 85-92.
- Villani D, Cognetta C, Toniolo D, Scanzi F, Riva G. (2016). Engaging elderly breast cancer patients: the potential of eHealth interventions. *Front. Psychol.*, 7: 1825.
- Yıldırım G, Tosun A. (2012). Cognitive processes in post-traumatic stress disorder. *International Journal of Human Sciences*, 13(03)-5134
- Yılmaz B. (2008). Dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması: Ön çalışma. *Türk Psikoloji Yazıları*, 11(21), 41-51.
- Yüksel N. (2014). Ruhsal Hastalıklar. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. S: 255-257.
- Zalta AK, Gillihan SJ, Fisher AJ, Mintz J, McLean CP, Yehuda R. (2014). Change in negative cognitions associated with PTSD predicts symptom reduction in prolonged exposure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 171–175.

Zare A, Namavar Jahromi Bahia FE, Adib N, Sedighe F. (2019). The relationship between spiritual well-being, mental health, and quality of life in cancer patients receiving chemotherapy. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(5), 1701.



EKLER

EK-1 Etik Kurul Onay Formu



T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
01/04/2016	4	2016 /18

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Doç. Dr. Canan EREN DAĞLI başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

Yrd. Doç. Dr. Nevin GÜNAYDIN'ın sorumluluğunda yürütülecek olan "Onkoloji Hastalarının Travmatik Bilimleri ve Dünyaya İlişkin Varsayımları" başlıklı proje Araştırma protokolüne uyulmak, Sağlık Bakanlığı'nın 13.04.2013 tarih 28617 sayılı Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmeliği ve yayımlanan kılavuzlarında belirtilen hususlar dikkate alınarak, sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere araştırmanın yapılmasında **etik sakınca olmadığına oy birliği** ile karar verildi.

Doç. Dr. Canan EREN DAĞLI
Başkan

Ek-2 Kurum Onay Formu



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 93984376-044/E.7794

16.02.2016

Konu : Hemşire Özlem KILIÇ'ın Tez Çalışması

Sayın Özlem KILIÇ
Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hematoloji Bilim Dalı

İlgi : Hematoloji Bilim Dalı Başkanlığı'na hitaben yazılan 12.01.2016 tarihli dilekçeniz.

"Onkoloji Hastalarının Travmatik Bilişleri ve Dünyaya İlişkin Varsayımları" konulu tez çalışmanızı Fakültemiz Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Onkoloji ve Hematoloji Kliniklerinde yapma isteğiniz uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygı ile rica ederim.

 e-imzalıdır

Prof.Dr. ŞEHSUVAR ERTÜRK
Dekan

Ek-3 Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu çalışma kanser hastalarının yaşamları boyunca maruz kalmış oldukları travmatik olayları ve bu olaylara ilişkin düşüncelerini araştırmak amacıyla yürütülmektedir.

Bu çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmadan elde edilen bilgiler toplu halde değerlendirilecek ve sadece bilimsel çalışmalarda kullanılacaktır. İsmınızı belirtmeniz kesinlikle istenmemektedir.

Anket sorularını cevaplarırken sorular karşısında herhangi bir rahatsızlık duyarsanız anketi yarıda bırakabilirsiniz. Rahatsızlığınızla ilgili görüşmek isterseniz aşağıdaki bilgilerden araştırmacıya veya konuyla ilgili bir sağlık kuruluşuna başvurabilirsiniz. Soruları eksiksiz biçimde ve içtenlikle doldurmanız sağlıklı veri toplanabilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorsanız lütfen aşağıdaki kutucuğa çarpı işareti koyunuz.

Araştırmaya sağlayacağınız katkıdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

Araştırmacı: Özlem KILIÇ

Adres: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Hematoloji B.D. 4. Kat, hemşire deski.

DEMOGRAFİK BİLGİLER

Doğum Tarihi: __/__/19__

Cinsiyetiniz () Kadın () Erkek

Medeni Durum () Hiç evlenmemiş () Evli () Boşanmış/Dul () Birlikte Yaşıyor

Eğitim Durumu: Okuryazar değil () İlkokul () Ortaokul () Lise ()

Üniversite () Y. Lisans ()

Sosyal güvence: Emekli Sandığı () Bağkur () SSK () Genel sağlık sigortası ()

Ailenize gelen ortalama aylık gelir miktarı:

Daha önce ruhsal sorunlarınız için yardım aldınız mı? () Evet () Hayır

Tanı:

Tanı konulma yılı:

Kök hücre / organ nakli oldunuz mu ? Evet Hayır



Ek-4 TSBÖ

TSBÖ

Yaşamış olduğunuz ve sizi ruhsal olarak çok etkileyen ve yaralayan bir olaydan (travmatik olay) sonra gelişen düşüncelerinizi öğrenmek istiyoruz. Aşağıda bu düşüncelerinize yakın veya uzak çeşitli örnekler göreceksiniz. Lütfen, her cümleyi dikkatlice okuyun ve her birine ne kadar katılıp katılmadığınızı belirtin. Travmatik olaylara karşı insanlar farklı tepkiler verecekleri için, aşağıda belirtilen cümlelerin doğrusu veya yanlışı yoktur.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Pek katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Bu olay benim davranışım yüzünden oldu.	1	2	3	4	5	6	7
2. Doğru şeyi yapacağım konusunda kendime güvenemiyorum.	1	2	3	4	5	6	7
3. Gücsüz biriyim.	1	2	3	4	5	6	7
4. Öfkemi kontrol edemeyip korkunç bir şey yapabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
5. En ufak bir hayal kırıklığıyla bile baş edemiyorum.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eskiden mutlu bir insandım şimdiyse hep mutsuzum.	1	2	3	4	5	6	7
7. İnsanlara güven olmaz.	1	2	3	4	5	6	7
8. Her zaman tetikte olmalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
9. İçimde bir şeylerin öldüğünü hissediyorum.	1	2	3	4	5	6	7
10. Kimden zarar geleceği hiçbir zaman bilinemez.	1	2	3	4	5	6	7
11. Çok dikkatli olmalıyım çünkü bundan sonra ne olacağı hiç belli olmaz.	1	2	3	4	5	6	7
12. Yetersiz bir insanım.	1	2	3	4	5	6	7
13. Duygularımı kontrol edemeyeceğim ve korkunç bir şey olacak.	1	2	3	4	5	6	7
14. Eğer olayı düşünürsem, bununla başa çıkamayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
15. Böyle bir insan olduğum için bu olay benim başıma geldi.	1	2	3	4	5	6	7
16. Bu olaydan beri verdiğim tepkiler, benim aklımı kaçırmakta olduğumu gösteriyor.	1	2	3	4	5	6	7

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Pek katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
17. Bir daha asla normal duygular hissedemeyeceğim.	1	2	3	4	5	6	7
18. Dünya tehlikeli bir yer.	1	2	3	4	5	6	7
19. Bir başkası olsa bu olayın olmasını engelleyebilirdi.	1	2	3	4	5	6	7
20. Kalıcı bir biçimde kötü yönde değiştim.	1	2	3	4	5	6	7
21. Kendimi insan değil, eşya gibi hissediyorum.	1	2	3	4	5	6	7
22. Benim yerimde başkası olsa bu duruma düşmezdi.	1	2	3	4	5	6	7
23. İnsanlara güvenemem.	1	2	3	4	5	6	7
24. Kendimi insanlardan kopmuş ve yalnız hissediyorum.	1	2	3	4	5	6	7
25. Bir geleceğim kalmadı.	1	2	3	4	5	6	7
26. Kötü şeylerin başıma gelmesini engelleyemem.	1	2	3	4	5	6	7
27. İnsanlar gördükleri gibi değil.	1	2	3	4	5	6	7
28. Yaşadığım olay hayatımı mahvetti.	1	2	3	4	5	6	7
29. Bende yanlış giden bir şeyler var.	1	2	3	4	5	6	7
30. Bu olaydan beri verdiğim tepkiler, benim olayla başa çıkmayı beceremediğimi gösteriyor.	1	2	3	4	5	6	7
31. Bu olayın gerçekleşmesine neden olan, benimle ilgili bir şeyler var.	1	2	3	4	5	6	7
32. Bu olayla ilgili düşüncelerime tahammül edemeyip dağılılabirim.	1	2	3	4	5	6	7
33. Artık kendimi tanıyamıyorum.	1	2	3	4	5	6	7
34. İnsanın başına ne zaman kötü bir şey geleceği asla bilinemez.	1	2	3	4	5	6	7
35. Kendime güvenmiyorum.	1	2	3	4	5	6	7
36. Bundan sonra başıma iyi bir şey gelemez.	1	2	3	4	5	6	7

Ek-5 DİVÖ

Lütfen, aşağıdaki ölçekte yer alan ifadelere ne kadar katıldığınızı ya da karşı olduğunuzu belirtiniz.

Her bir ifadeyi okuduktan sonra, o ifadeye ne kadar katıldığınızı ya da karşı olduğunuz yanında yer alan bölmedeki uygun rakamı seçerek işaretleyiniz (1=kesinlikle katılmıyorum 6=tamamen katılıyorum).

<i>Aşağıdaki ifadeye ne kadar katılıyorsunuz?</i>					
1.Kötü olaylar insanlara tesadüfi olarak denk gelir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.Bu dünyada kötü olaylardan çok daha fazla, iyi şeyler yaşanır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.Hayatımızın gidişatı büyük ölçüde tesadüflere bağlıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.İnsanlar genellikle yasadıklarını hak ederler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.Sık sık aslında iyi bir insan olmadığımı düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.Dünyada kötülükten çok iyilik vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7.Temelde şanslı biriyimdir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8.İnsanların kötü kaderleri yaptıkları hatalardan kaynaklanır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.İnsanlar, eğer kendileri de iyiye iyi bir talihe sahip olurlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10.Yaşam, tesadüflere bağlı belirsizliklerle doludur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.Çok şanslı bir insan olduğumu düşünürüm .	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

12.Hemen her zaman basıma kötü şeylerin gelmesini engellemek için çaba harcarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
13.Kendime ilişkin olumsuz düşüncelere sahibim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
14.Kendi davranışlarımızla, basımıza kötü şeylerin gelmesini engelleyebiliriz.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
15.Hayatıma baktığımda, sansın yüzüme güldüğünü fark ediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
16.Eğer insanlar tedbirli davranırlarsa, pek çok talihsizliğin önüne geçilebilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
17.Kendimi talihsizliklerden korumak için gerekli önlemleri alırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
18. Genel olarak yaşam bir kumardır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
19. Dünya iyi bir yerdir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
20. İnsanlar temelde nazik ve yardımseverdir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
21. Kendim olmaktan son derece memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
22. Kötü şeyler olduğunda, bunun nedeni, insanların kendilerini korumak için gerekenleri yapmamasıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
23. Eğer yeterince yakın- dan bakarsan, dünyanın iyiliklerle dolu olduğunu görürsün.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
24. Kişisel özelliklerimden utanmak için nedenim var.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
25. Pek çok insandan daha şanslıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

Ek-6 Ölçek İzinleri

Yan: ölçek



Didem Yagci <dyagci2002@yahoo.com>

20.03.2015 Cum 16:29

Siz

Merhaba Özlem Hanım,

Elbette kullanabilirsiniz, nezaketiniz için teşekkür ederim, çalışmalarınızda kolaylıklar...

Didem YAGCI YETKİNER
Uzman Psikolog

AİBÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri AD

AİBÜ Sağlık Arastırma ve Uygulama Hastanesi Gölköy
14030 BÖLÜ



Re: ölçek hakkında



İzleme bayrağı.



Banu.Yilmaz@ankara.edu.tr

8.06.2015 Pzt 12:45

Siz

Merhaba,

Ölçeği elbette kullanabilirsiniz. Ölçeğe ilişkin bilgi, ölçeğin makalesi ve sorular ekte.

İyi çalışmalar

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Özlem KILIÇ
Doğum Yeri : Yenimahalle
Doğum Tarihi : 21.12.1991
Yabancı Dili : İngilizce
E-posta : ozlemkilica@outlook.com
İletişim Bilgileri : 05432050467

Öğrenim Durumu :

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Ordu üniversitesi	2009-2013
Y. Lisans	Hemşirelik	Ordu üniversitesi	2014-2019

İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi	2013-

Yayımlar :

1.Evaluation of Elderly Patients with Hematological Malignancies By Two Different Geriatric Risk Scoring Systems: G8 and Flemish Version of the Triage Risk Screening Tool (fTRST)

2. Topcuoglu, P., Gultay, D., Ozturk, N., Kilic, O., Okay, M., Karadag, Y. E., ... & Toprak, S. K. (2015, March). Generic (Bioequivalent) Melphalan Has Similar Efficacy and Toxicity but Lower Cost in the Conditioning Regimen for Autologous Hematopoietic Stem Cell Transplantation. In *BONE MARROW TRANSPLANTATION* (Vol. 50, pp. S440-S440). MACMILLAN BUILDING, 4 CRINAN ST, LONDON N1 9XW, ENGLAND: NATURE PUBLISHING GROUP.

