

**T.C.  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**MEME KANSERİ HASTALARINDA KONTROL ODAĞI  
VE TRAVMA SONRASI GELİŞİM ARASINDAKİ  
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Düriye Hande OLGAR**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
KLİNİK PSİKOLOJİ (SAĞLIK ODAKLI)**

**DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr. İrem Erdem ATAK**

**İstanbul, 2012**

**T.C.**  
**OKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**MEME KANSERİ HASTALARINDA KONTROL ODAĞI  
VE TRAVMA SONRASI GELİŞİM ARASINDAKİ  
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Düriye Hande OLGAR**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ (SAĞLIK ODAKLI)**

**DANIŞMAN**  
**Yrd. Doç. Dr. İrem Erdem ATAK**

**İstanbul, 2012**

# ÖNSÖZ

Tez çalışmamda en büyük desteği veren danışmanım ve değerli hocam Yrd. Doç. Dr. İrem Erdem Atak'a,

Yüksek lisans eğitimime değerli katkıları olan diğer hocalarıma,

Sorularımı cevaplayarak yardımını esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Belma Bekçi'ye,

Süreç boyunca bana çeşitli aşamalarda yardımcı olan ve destek veren arkadaşlarım Umut Şah, Begüm Çağla Kal, Feriha Bilgekul, Sebahat Filiz, Alper Yahyagil ve Emrah Ergen'e,

Tüm bu süreçte her zaman yanımda olduklarını hissettirerek motivasyonumu arttıran sevgili ailem A. Uğur Olgar, Halide Olgar ve İnan Kenan Olgar'a

Ve çalışmaya katılan tüm gönüllülere içtenlikle teşekkür ederim.

Siz olmasaydınız, bu çalışmanın ortaya çıkması belki de mümkün olmayacaktı.

Ağustos, 2012

D. Hande OLGAR

# İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
ÖNSÖZ .....	III
İÇİNDEKİLER .....	IV
ÖZET .....	VII
ABSTRACT .....	IX
KISALTMALAR .....	XI
TABLO LİSTESİ .....	XII
BÖLÜM 1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
BÖLÜM 2. KANSERLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER .....	2
2.1. KANSER .....	2
2.1.1. Kanser Tedavileri .....	3
2.1.2. Kanserde Psikolojik/Psikiyatrik Belirtiler .....	4
2.1.2.1. Kanserle Birlikte En Sık Görülen Psikolojik Belirtiler .....	4
2.1.2.1.1. Kanser ve Depresyon .....	4
2.1.2.1.1.1. Kübler-Ross'un Beş Evresi .....	5
2.1.2.1.2. Kanser ve Kaygı (Anksiyete) .....	5
2.1.3. Kanser-Stres İlişkisi .....	6
2.1.4. Meme Kanseri .....	6
2.1.4.1. Tanı Sırasındaki Evre .....	7
2.1.4.2. Meme Kanserinin Etiyolojisi .....	9
2.1.4.3. Meme Kanserinin Tedavisi .....	9
2.1.4.3.1. Radyoterapi ve Kemoterapi .....	9
2.1.4.3.2. Cerrahi Tedavi .....	10
2.1.4.3.2.1. Mastektomi .....	11
2.1.4.3.2.2. Lenfödem .....	11
2.1.4.3.3. Hormon Tedavisi .....	12
2.1.4.4. Bir Meme Kanseri Türü Olarak İnflamatuar Meme Kanserleri .....	12
2.1.4.4.1. İnflamatuar Meme Kanserinin Tedavisi ..	12
2.1.4.5. Meme Kanserinde Sağkalım ve Mortalite .....	13
2.1.4.6. Meme Kanserinde Psikiyatrik ve Psikososyal	

Sorunlar .....	14
2.1.4.7. Meme Kanseri Hastalarında Aile/Eş ve Kişilerarası İlişkiler .....	16
2.1.4.8. Meme Kanseri ve Kadın .....	17
<b>2.2. KONTROL ODAĞI .....</b>	<b>18</b>
2.2.1. Rotter'ın Sosyal Öğrenme Kuramı .....	19
2.2.2. İç-Dış Kontrol Odağı .....	20
2.2.3. Kontrol Odağı ve Sosyal Destek Algısı .....	22
2.2.4. Kontrol Odağı ve Sağlık .....	23
2.2.5. Kanser ve Kontrol Odağı .....	24
<b>2.3. TRAVMA SONRASINI GELİŞİM .....</b>	<b>27</b>
2.3.1. Travma .....	27
2.3.2. Travma Sonrası Gelişim .....	28
2.3.2.1. Travma Sonrası Gelişimin Türleri .....	28
2.3.2.1.1. Kendilik Algısında Yaşanan Değişim... ..	28
2.3.2.1.2. Kişilerarası İlişkilerde Yaşanan Değişim... ..	29
2.3.2.1.3. Yaşam Felsefesinde Yaşanan Değişim... ..	29
2.3.2.2. Travma Sonrası Gelişim İle İlgili Modeller .....	30
2.3.2.2.1. Travma Sonrası Gelişimin Kapsamlı Modeli (İşlevsel-Betimsel Model) .....	30
2.3.2.2.2. Schaefer ve Moos'un Kavramsal Modeli... ..	32
2.3.2.2.3. Kuantum Değişimi (Quantum Change)... ..	32
2.3.2.2.4. Dönüşümsel Baş Etme (Transformational Coping)... ..	32
2.3.2.2.5. Esneklik ve Gelişim (Resilience and Thriving) .....	33
2.3.2.3. Travma Sonrası Gelişim İle İlgili Yapılan Çalışmalar.....	33
2.3.2.4. Kanser ve Travma Sonrası Gelişim.....	37
2.3.2.5. Kontrol Odağı ve Travma Sonrası Gelişim.....	40
<b>2.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....</b>	<b>41</b>
<b>BÖLÜM 3. YÖNTEM.....</b>	<b>42</b>
<b>3. 1. KATILIMCILAR .....</b>	<b>42</b>
<b>3. 2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI .....</b>	<b>42</b>
3. 2. 1. Demografik Bilgi Formu .....	42
3. 2. 2. Rotter'ın İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (Ridkoö).....	43
3. 2. 3. Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (Tsgö).....	43
<b>3. 3. İŞLEM .....</b>	<b>44</b>
<b>BÖLÜM 4. BULGULAR.....</b>	<b>45</b>
<b>4. 1. DEMOGRAFİK VERİ DAĞILIMLARI.....</b>	<b>45</b>
<b>4. 2. HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİLERİN DAĞILIMI.....</b>	<b>46</b>
<b>4.3. RIDKOÖ VE TSGÖ ÖLÇEKLERİNİN TANIMLAYICI İSTATİSTİKLERİ .....</b>	<b>47</b>

<b>4. 4. TSGÖ ALT ÖLÇEKLERİNİN TANIMLAYICI İSTATİSTİKLERİ.....</b>	<b>48</b>
<b>4.5. KONTROL ODAĞI VE TRAVMA SONRASI GELİŞİM ARASINDAKİ İLİŞKİ.....</b>	<b>49</b>
<b>4. 6. TRAVMA SONRASI GELİŞİM ÖLÇEĞİ TOPLAM PUANLARININ İÇ-DIŞ KONTROL ODAĞI AÇISINDAN İNCELENMESİ.....</b>	<b>49</b>
<b>4.7. KONTROL ODAĞI VE TRAVMA SONRASI GELİŞİM ÖLÇEKLERİNİN TOPLAM PUANLARININ DİĞER DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ.....</b>	<b>50</b>
<b>4. 8. KONTROL ODAĞI ÖLÇEĞİNDEN ALINAN TOPLAM PUANLAR İLE TRAVMA SONRASI GELİŞİM ÖLÇEĞİNİN ALT ÖLÇEK PUANLARI ARASINDA ELDE EDİLEN T-TEST SONUÇLARI.....</b>	<b>57</b>
<b>4. 9. TRAVMA SONRASI GELİŞİM ÖLÇEĞİNİN ALT ÖLÇEK PUANLARI İLE BAZI DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER ARASINDA YAPILAN ANALİZLER SONUCU ELDE EDİLEN T-TEST SONUÇLARI.....</b>	<b>58</b>
<b>BÖLÜM 5. TARTIŞMA VE SONUÇ .....</b>	<b>61</b>
<b>BÖLÜM 6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE ÖNERİLER.....</b>	<b>68</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>69</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>77</b>

# ÖZET

## **MEME KANSERİ HASTALARINDA KONTROL ODAĞI VE TRAVMA SONRASI GELİŞİM ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Kanser, yaşamı tehdit edici özellikte olan kronik hastalıklar içerisinde en sık görülenlerden biridir. Meme kanseri ise kadınlar arasında en çok rastlanan kanser türüdür. Kadınlar için meme kanseri yaşama bir tehdit olmanın ötesinde üretkenlik, cinsellik ve kadınlığa bir tehdit olarak algılandığı için birçok psikososyal sorunu da beraberinde getirmektedir. Bu bakımdan psikoloji alanında bir hastalık travması olarak ele alınan meme kanseri, literatürde daha çok travmanın yarattığı olumsuz etkiler açısından incelenmiştir.

Travma sonrası gelişim kavramı yaşanan travmaların olumsuz yönleri yerine, kişilerin hayatında meydana gelebilecek olumlu değişimlere işaret etmektedir. Son yıllarda kanser ve travma sonrası gelişim ile ilgili yapılan çalışmalarda artış görülmekte ve hastalık sürecinde kişilerde meydana gelen olumlu gelişimlere yönelik bulgular sunulmaktadır.

Kontrol odağı ise kişilerin yaşadıkları olayların içsel veya dışsal etkenlere yükleme eğilimiyle tanımlanan bir kişilik özelliğidir ve bir travma olarak kanser hastalığının kaynağının nasıl algılandığı üzerinde etkilidir. Dış-kontrol odağına sahip kişiler, hastalıklarının kaynağını daha çok kader, şans gibi dışsal faktörlere; iç-kontrol odağına sahip kişiler ise hastalıklarının kaynağını daha çok kendi sorumluluklarına yüklemektedirler.

Bu araştırmanın amacı, meme kanseri tanısı almış kadınlarda kontrol odağı ve travma sonrası gelişim arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırmanın amacı doğrultusunda, kontrol odağı ve travma sonrası gelişim arasında anlamlı bir ilişki

bulunacağı ve travma sonrası gelişim açısından iç ve dış kontrol odağına sahip hastalar arasında anlamlı bir fark bulunacağı beklenmiştir.

Araştırmanın örneklemini meme kanseri tanısı almış toplam 91 kadından oluşmaktadır. Katılımcıların yaşları 28–75 arasında değişmektedir ve yaş ortalaması 47,31'dir. Veri toplamak amacıyla görüşmeci tarafından hazırlanan *Demografik Bilgi Formu* ve hastalığa dair değişkenlerle ilgili soruları içeren görüşme formu, *Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RIDKOÖ)* ve *Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (TSGÖ)* kullanılmıştır. Elde edilen veriler, SPSS 11,5 programında *Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon*, *t-test* ve *Tek-Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)* teknikleri ile analiz edilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, kontrol odağı ve travma sonrası gelişim arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yüksek kontrol odağı puanı dış kontrol odağına işaret etmektedir ve kontrol odağı puanı arttıkça travma sonrası gelişim puanı düşmektedir.

Bununla birlikte iç ve dış kontrol odağına göre katılımcılar arasında travma sonrası gelişim açısından anlamlı fark bulunmamıştır. TSGÖ alt ölçeklerinden yaşam felsefesindeki değişimin düzeyleri arasında kontrol odağı açısından anlamlı bir fark bulunmuş; diğer kişilerle olan ilişkilerdeki ve kişinin kendisindeki değişim alt ölçeklerinin düzeyleri arasında ise kontrol odağı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Demografik değişkenlere bakıldığında, kontrol odağı açısından ailesinde başka kronik hastalık olması anlamlı bir değişken olarak bulunmuştur. Travma sonrası gelişim açısından ise tanı öncesi tetkiklerden ultrason değişkeni, tedavi yöntemlerinden radyoterapi ve ameliyat değişkenleri, ailede hastalık öyküsü ve kendi kendine meme kontrolü değişkenleri anlamlı etkiye sahip olarak bulunmuştur.

Çalışmanın sonuçları ilgili literatür çerçevesinde tartışılmış, sınırlılıklar ve öneriler belirtilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Meme Kanseri, Kontrol Odağı, İç-Dış Kontrol Odağı, Travma Sonrası Gelişim



## ABSTRACT

Cancer is one of the most commonly seen life-threatening chronic diseases. Breast cancer is the most common cancer type among women. Since breast cancer, besides being life-threatening, is also perceived as a threat to fertility, sexuality and femininity, it brings along many psychosocial problems. In this regard, covered in the field of psychology as a trauma of illness, breast cancer is more often studied in literature with respect to the negative effects trauma creates.

The term posttraumatic growth points to the positive changes that can happen in people's lives, rather than the negative effects of traumatic experiences. Recent years have seen an increase of studies about cancer and posttraumatic growth, and results regarding the positive changes during the disease process have been submitted.

Locus of control is a personality trait defined as the tendency to attribute one's own experiences to internal or external factors. People with external locus of control attribute the origin of their diseases more to external factors such as fate or luck; whereas people with internal locus of control attribute more to their own responsibilities.

The aim of this research is to study the relationship between locus of control and posttraumatic growth in women diagnosed with breast cancer. Considering this aim, it is expected to find a significant relationship between locus of control and posttraumatic growth, and a significant difference between patients with external and internal locus of control in terms of posttraumatic growth.

The sample of the study consists of 91 women diagnosed with breast cancer. Age of participants varies between 28-75, and the mean age is 47,31. In order to obtain data, *Demographic Information Form* and an interview form consisting of questions about the variables regarding the disease, designed by the interviewer, *Rotter's Internal and External Locus of Control Scale (RIELCS)*, and *Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)* were used. The data obtained were analyzed in SPSS 11,5 using the *Pearson's*

*Product-Moment Correlation, T-test, and One-Way Analysis of Variance (ANOVA)* techniques.

According to the results, a negative and significant relationship between locus of control and posttraumatic growth was found. The high locus of control score points to an external locus of control, and as the locus of control score increases, the posttraumatic growth score decreases.

Nevertheless, no difference was found between patients with external and internal locus of control in terms of posttraumatic growth. From the PTGI sub-scales, a significant difference was found between the levels of change in philosophy of life; no significant difference was found between the subscales levels relating to others and one's own change, in terms of locus of control. Looking at the demographic variables, having another chronic disease in the family is found to be a significant variable in terms of locus of control. In terms of posttraumatic growth, the ultrasound variable from pre-diagnostic examinations, radiotherapy and surgery variables from treatment techniques, account of disease in family and breast control by oneself variables were found to be significant factors.

Results were discussed with respect to literature, limitations and suggestions were stated.

**Keywords:** Breast Cancer, Locus Of Control, Internal And External Locus Of Control, Posttraumatic Growth

## **KISALTMALAR**

**RİDKOÖ:** Rotter'ın İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği

**İMK:** İnflamatuvar Meme Kanseri

**KKMK:** Kendi Kendine Meme Kontrolü

**KT:** Kemoterapi

**RT:** Radyoterapi

**TSGÖ:** Travma Sonrası Gelişim Ölçeği

**TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu

## TABLO LİSTESİ

	<u>SAYFA NO</u>
<b>Tablo 4.1</b> Demografik Değişkenler.....	45
<b>Tablo 4. 2</b> Hastalıkla İlgili Değişkenler.....	46
<b>Tablo 4.3</b> Kontrol odağı ile travma sonrası gelişim ölçeklerinden alınan toplam puanların tanımlayıcı istatistikleri.....	48
<b>Tablo 4.4</b> Travma sonrası gelişim ölçeğinin alt ölçeklerinden alınan puanların tanımlayıcı istatistikleri.....	48
<b>Tablo 4. 5</b> Kontrol odağı ile travma sonrası gelişim ölçekleri toplam puanları arasındaki korelasyon değerleri.....	49
<b>Tablo 4. 6</b> Travma sonrası gelişim toplam puanı ile iç-dış kontrol odağı puanlarına ilişkin t-testi sonuçları.....	50
<b>Tablo 4. 7. 1</b> Travma sonrası gelişim ve kontrol odağının yaş ve eğitim düzeyine ilişkin t-testi sonuçları.....	50
<b>Tablo 4. 7. 2</b> Kontrol odağı ve travma sonrası gelişimin medeni durum ve gelir düzeyine ilişkin ANOVA sonuçları.....	51
<b>Tablo 4. 7. 3</b> Travma Sonrası Gelişim ve Kontrol Odağının çocuk sahibi olma durumuna ilişkin t-test sonuçları.....	52
<b>Tablo 4. 7. 4</b> Travma Sonrası Gelişim ve Kontrol Odağının ailede başka herhangi bir hastalık olma durumuna ilişkin t-test sonuçları.....	52
<b>Tablo 4. 7. 5</b> Travma Sonrası Gelişim ve Kontrol Odağının başka hastalığa sahip olma durumuna ilişkin t-test sonuçları.....	53
<b>Tablo 4. 7. 6</b> Travma Sonrası Gelişim ve Kontrol Odağının ailede kanser hastalığı olma durumuna ilişkin t-test sonuçları.....	53
<b>Tablo 4. 7. 7</b> Travma Sonrası Gelişim ve Kontrol Odağının başka travma öyküsüne sahip olma durumuna ilişkin t-test sonuçları.....	54
<b>Tablo 4. 7. 8</b> Travma Sonrası Gelişim ve Kontrol Odağı ile tanı öncesi tetkiklere ilişkin t-test sonuçları.....	54
<b>Tablo 4. 7. 9</b> Travma Sonrası Gelişim ve Kontrol Odağının tanı sonrası tedavilere ilişkin t-test sonuçları.....	55

<b>Tablo 4. 8. 1</b> Kontrol odağı ölçeğinden alınan toplam puan ile travma sonrası gelişim ölçeğinin yaşam felsefesindeki değişim alt ölçeği puanları arasında yapılan t-test sonuçları.....	57
<b>Tablo 4. 8. 2.</b> Kontrol odağı ölçeğinden alınan toplam puan ile travma sonrası gelişim ölçeğinin diğer kişilerle olan ilişkilerde değişim alt ölçeği puanları arasında yapılan t-test sonuçları.....	57
<b>Tablo 4. 8. 3</b> Kontrol odağı ölçeğinden alınan toplam puan ile travma sonrası gelişim ölçeğinin kişinin kendisindeki değişim alt ölçeği puanları arasında yapılan t-test sonuçları.....	58
<b>Tablo 4.9.1</b> TSGÖ alt ölçekleri ile ailede kronik bir hastalık bulunma durumuna ilişkin t-test sonuçları.....	58
<b>Tablo 4.9.2</b> TSGÖ alt ölçekleri ile kişinin ameliyat olup olmama durumuna ilişkin t-test sonuçları.....	59
<b>Tablo 4.9.3</b> TSGÖ alt ölçekleri ile kişinin kendi kendine meme kontrolü (KKMK) yapmasına ilişkin t-test sonuçları.....	60

# BÖLÜM 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, son yıllarda oldukça sık rastlanan, kişilerin yaşamını ciddi yönde etkileyen ve bu sebeple literatürde fazlasıyla karşımıza çıkan bir hastalıktır. Özellikle psikoloji literatüründe bir hastalık travması olarak ele alınan kanser, hasta kişinin kendisinde ve yakınlarında yarattığı sosyal ve psikolojik etkileri açısından incelenmektedir.

Literatürde geçmiş yıllarda, kanser gibi ölümcül olabilen kronik hastalıklar veya başka travmalarla ilgili yapılan çalışmalarda, yaşanan travmaların daha çok olumsuz yönleri üzerinde durulmaktaydı. Çalışmalarda genellikle travma sonrası stres bozukluğu ve travmanın yarattığı olumsuz psikolojik durumlar incelenmekteydi. Ancak son yıllarda, travmanın ortaya çıkarabileceği olumlu yönler ele alınmaya başlanmış ve travma sonrası gelişim kavramı araştırmalarda önem kazanmıştır. Literatürde özellikle kanser hastalarında travmanın olumlu yönleri üzerinde duran çalışmaların sayısında artış görülmeye başlanmıştır.

Kontrol odağı, kişilerin bir travma olarak kanser hastalığının kaynağını nasıl algıladıkları üzerinde etkilidir. Dış-kontrol odağına sahip kişiler, hastalıklarının kaynağını daha çok kader, şans gibi dışsal faktörlere; iç-kontrol odağına sahip kişiler ise hastalıklarının kaynağını daha çok kendi sorumluluklarına yüklemektedirler.

Ulusal ve yabancı literatürde, kanser hastalarında kontrol odağı ve travma sonrası gelişimi birbirinden bağımsız olarak inceleyen çok fazla sayıda araştırma olmasına karşın, bu kavramları birlikte ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada, kanser hastalarında kontrol odağı ve travma sonrası gelişim arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Buna göre; çalışmanın hipotezleri doğrultusunda, kontrol odağı ve travma sonrası gelişim arasında, anlamlı bir ilişki bulunacağı ve travma sonrası gelişim açısından iç ve dış kontrol odağına sahip hastalar arasında, anlamlı bir fark bulunacağı beklenmektedir. Çalışma, bu iki kavramı birlikte ele alarak inceleyeceğinden dolayı, çalışmanın literatüre katkısı olacağı düşünülmektedir.

## **BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. KANSER**

Geçtiğimiz yüzyılın önde gelen sağlık sorunları bulaşıcı hastalıklar ve aşırı doğurganlığın yol açtığı problemler iken, sağlık hizmetlerinde ve teknolojideki gelişmeler sonucunda infeksiyon hastalıkları önemli şekilde kontrol altına alınmış, aşırı doğurganlıkta belirgin azalma sağlanmıştır. Buna paralel olarak insan ömrü uzamış, toplumlar yaşlanmaya başlamıştır. Yaşlıların sağlık ve sosyal sorunlarına bağlı olarak kronik hastalıklar artmaya başlamış ve hastalık ile ölümlerin birincil sebebi haline gelmiştir (Bilir, 2006).

Birçoğu yaşamı tehdit edici özellikte olan kronik hastalıkların tüm dünyada en sık görülenlerinden biri de kanserdir. Türkiye İstatistik Kurumundan (2009) alınan verilere göre; ülkemizde 2005 yılında görülen kanser vakası 60268 olmakla birlikte, bunun %58'i erkek, %42'si ise kadındır.

Kanser, kısaca hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalmaları demektir. Vücudu oluşturan hücreler bir araya gelerek dokuları, dokular bir araya gelerek organları oluşturmaktadır. Organ ve dokular oluşurken hücreler, belirli bir düzen içinde, belirli iş bölümleri yaparak bir araya gelirler. Hücreler, belirli bir hızda ve kontrol altında çoğalırlarken yaşanan hücrelerde belirli bir hızda yıkılmaktadırlar. Anormal şekilde çoğalmaya başlayan kanser hücreleri ise buldukları yerdeki doku ve organları, hatta daha uzaktaki organları işgal ederek, bu bölümlerin görevlerini engellemektedir. Hücre kontrolünün bozulup kanser hastalığı ortaya çıkıncaya kadar geçen süre, kanser cinslerine göre değişkenlik göstermekle birlikte, ortalama 15–20 yıldır. Kanserinin sebebi ve oluş mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Ancak bu konuda son yıllarda önemli ilerlemeler kaydedilmektedir. Kanserler, köken aldıkları doku ve organlara göre isimlendirilirler. Belirti, bulgu ve tedavileri de kanserin cinsine göre değişmektedir. En

sık görülen kanser türleri deri, akciğer, meme, sindirim ve üreme sistemlerinden kaynaklanan kanserlerdir (Kutluk ve Kars, 2001).

Kanser; hastayı ve ailesini fiziksel ve duygusal olarak etkileyebilecek zor bir dönemi de beraberinde getirmektedir. Hastanın ve ailesinin yaşadığı stres düzeyi ile başa çıkabilmesi; hastalığın türü, süresi, yeri, belirtileri, gidişatı gibi tıbbi faktörlere; hastanın daha önceki hastalıklara uyum sağlayabilme derecesine, hastanın fiziksel ve psikolojik rehabilitasyon kapasitesine, hastalıkla başa çıkabilme yöntemlerine, ego gücü ve kanserin anlamı gibi psikolojik faktörlere, kültürel ve dinsel tutumlara, sosyal/duygusal desteğin varlığı ve nasıl algılandığı gibi kişilerarası faktörlere bağlıdır (Lederberg, 2005 ve Zisook, 2005; akt., Güleç ve Büyükkınacı, 2011).

### **2.1.1. Kanser Tedavileri**

Kanser tedavileri, hastaların bireysel özellik ve hastalık durumuna göre tek başlarına ya da bir arada uygulanabilmektedir. Kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve immünoterapi başlıca tedavi yöntemleridir. Bunlara, amaçları kanseri tamamen iyileştirmek ya da yavaşlatmak olduğu için “aktif tedaviler” denmektedir. “Semptomatik tedaviler”de ise amaç, kanser tedavisine yönelik değil, ağrıyı azaltmak için verilen ilaçlar gibi hastanın kendisini iyi hissettirecek yöntemlerin uygulanmasıdır. Kanser tedavileri *iyileştirici*, *destekleyici* ve *geçici* tedaviler olmak üzere üçe ayrılmaktadır. İyileştirici (küratif) tedavi, kanseri tamamen ortadan kaldırmaya yönelik olup lösemi ve lenfomada olumlu sonuçlar alındığı görülmüştür. Destekleyici (adjuvan) tedaviler, genellikle cerrahi girişimde tümör alındıktan sonra etrafında kalmış olan kanserli hücreleri yok etmek için uygulanır. Bu gruba giren *kemoterapi*, ileride olabilecek diğer organlara yayılımları; *radyoterapi* ise belirli bölgede tekrar kanser oluşma riskini azaltmak için uygulanmaktadır. Geçici (palyatif) tedavinin amacı ise, gelecekte olabilecek belirtileri engellemek, yaşam kalitesini arttırmak, tedavide devamlılık sağlamak ve yaşam süresini uzatmaktır (Özkan, 2007).



## 2.1.2. Kanserde Psikolojik/Psikiyatrik Belirtiler

Kanser hastalarında psikiyatrik bozuklukların yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada hastaların %2-47'sinde bir psikiyatrik bozukluk olduğu bildirilmiştir (Mc Cartney ve ark., 1989; akt.; Şener ve ark., 1999). Yapılan çalışmalarda özellikle sosyoekonomik durum, sosyal destek, performans kapasitesi, son dönemde yaşanan kayıplar, kanser tanısı ile ilgili bilgi düzeyi gibi etmenlerin psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma olasılığına etki ettiği saptanmıştır (Maguire ve Harrison, 1994; Pettingale ve ark., 1990; Derogatis ve ark., 1983; akt.; Ateşçi ve ark., 2003).

Derogatis ve arkadaşlarının (1983) çalışmasında kanser hastalarında ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların başlıcaları; uyum bozukluğu, kaygı bozukluğu, depresif duygudurum, organik beyin sendromları (deliryum, demans ve diğer organik psikiyatrik sendromlar, kemoterapötik ajanların nöropsikiyatrik yan etkileri), kişilik bozukluğu, ağrılı sendromlara eşlik eden psikiyatrik bozukluklar, kemoterapiye bağlı iştahsızlık ve bulantı-kusma, psikiyatrik boyutu olan diğer sendromlar olarak bildirilmiştir. Bunlar arasında en sık görülen bozukluklar depresyon ve organik beyin sendromu olarak belirtilmiştir (Özkan, 2003; akt.; Avuçan, İmrek ve Karaboğa, 2006).

### 2.1.2.1. Kanserle Birlikte En Sık Görülen Psikolojik Belirtiler

#### 2.1.2.1.1. Kanser ve Depresyon

Kanser tanısı alan kişi; sağlığını yitirme durumuyla karşılaştığı için şaşırır, olanlarainanamaz, öfkeye kapılır, kederlenir. Karışık duyguların varlığıyla süren bu yas dönemi, bir kaç hafta sonra yerini uyum çabalarına, savaşıma isteğine ve umutlara bırakmaya başlar. Ancak bazen hastalık o kadar ağır seyreder ki, kişiye bir toparlanma şansı tanımaz. Ya da kişi kendine özgü duyarlılıkları nedeniyle bir türlü toparlanamaz; yas dönemi uzar, sıkıntı ve endişe klinik bir tabloya, “*depresyona*” dönüşür (Elbi, 2001). Bir çalışmada, kanser hastalarında depresyonun %58'e varan oranda görüldüğü bildirilmiştir. Kansere uyum güçlüğü, çaresizlik algısı, ölüm korkusu, yaşam ideallerinin tehdit altında olması, bireyin kontrolünü kaybedeceği ve çevreye bağımlı olacağına ilişkin düşünce ve kaygıları depresyon gelişiminde rol oynayan en önemli unsurlardır (Özkan ve Alçalar, 2009).

#### 2.1.2.1.1.1. Kübler-Ross'un Beş Evresi

Elisabeth Kübler-Ross, terminal dönemdeki hastalarda ortaya çıkan emosyonel, davranışsal tepkileri inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olmak üzere 5 aşamada tanımlamıştır. İlk aşamada verilen en yaygın tepki şok ve inkârdır. Bu dönemde kişinin, kanser tanısını inkâr etmesi sık görülen bir tepkidir. Tanının inkâr edilmesi, katlanılması güç olan gerçeğin yarattığı kaygı ve çaresizlik duygularına karşı bir savunmadır. Reddetme ve panik halinin zamanla geçmesiyle birlikte kişi, karşılaştığı durumu daha net algılamaya başlar ve öfke dönemi olarak tanımlanan “niye ben” duygusunun yaşandığı ikinci dönem gelir. Kişi, bu dönemde hastalığına nedenler bulmaya çalışır ve daha yapacak çok şeyi varken, ölmesini haksızlık olarak görür. Bu dönemde yaşanan öfke, başkalarına veya kişinin kendisine yönelebilir. Bu dönemi takiben hasta, pazarlık dönemine girer. Bu dönemde kişi, tanrı ve çevresindekilerle pazarlığa girer, ölmek için arayış içindedir. Kaybettiklerini geri getirebileceği ya da gerçeği değiştirebileceği duygusunu yaşayabilir fakat pazarlık aslında bir ertelemedir. Bunun ardından kişinin fiziksel durumu kötüye gittikçe anksiyete, depresyon, kızgınlık, uyku, iştah ve konsantrasyon bozukluğu, günlük aktiviteleri başaramama ve gelecek korkusu gelişebilir. Bu dönem anksiyete ve depresyonun giderek artmasıyla, haftalar hatta aylar boyunca sürebilir. Zamanla hastanın gerçeği kabul edip enerjisini ve ruhsal gücünü yeni yaşamına yöneltmesiyle uyum süreci başlar. Kişi, bu dönemde daha gerçekçi davranmaya, yarım kalan işlerini düzene sokmaya, yakınlarına ölümünden sonra yapacaklarını anlatmaya başlar (Babacan Gümüş, 2006; Bahar, 2007; Avuçan, İmrek ve Karaboğa, 2006).

#### 2.1.2.1.2. Kanser ve Kaygı (Anksiyete)

Budak (2003)'e göre, tehlike veya talihsizlik korkusunun ya da beklentisinin yarattığı bunaltı veya tedirginlik olarak tanımlanan kaygı (anksiyete), kronik bir hastalık olan kanserin tanı ve tedavilerine cevap olarak ortaya çıkan ve sıklıkla göz ardı edilip, tedavi edilmeyen bir belirtidir. Kanser hastalarındaki yaygınlığının son zamanlarda %50'nin üzerinde olduğu ve hastaların yaklaşık %30'unda kronik anksiyete bulunduğu ifade edilmiştir. Ayrıca, kanser tanısı ve tedavilerinin, hastanın anksiyete düzeyi ve psikolojik durumundan etkilenerek, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumunda bozulmalara yol

açabileceği bildirilmiştir (Alacacıoğlu ve ark., 2007).Kanser hastalarında en yüksek kaygı yaşanan dönemler; tanı aşaması, ameliyat öncesi dönem, yeni bir tedaviye başlarken, tahlil ve tetkik sonuçlarını beklerken ve nüks ihtimali olması beklenen dönem olarak bilinmektedir. Kaygısı olan hastaların zihinleri, hastalıkları hakkında zorlayıcı düşünceler ve imajlarla doludur. Bu düşünceler daha çok vücutlarına gelecek zarar ya da ölüme ilişkin korkularla ilişkilidir. Kaygılı hastalar genellikle felaketçi düşünme ve aşırı genelleme eğilimindedirler. Durumlarını kontrol edilemez, kendilerini de çaresiz hissederler (Özkan ve Alçalar, 2009).

### **2.1.3. Kanser-Stres İlişkisi**

Stres, birçok hastalığa temel hazırlayan önemli risk faktörlerinden birisidir. Stres, bedenin bağışıklık sistemini bozarak kanserojen hücrelerin yerleşmesine ve tüm bedene yayılmasına yol açabilmektedir. Sosyoekonomik sorunlar, şiddet gibi birçok yaşantısal sorunun stres düzeyini arttırdığı ve bu durumun da kanserin görülme sıklığı ile ilişkili olabileceği çeşitli araştırmalarda bildirilmiştir (Bilge ve Çam, 2008). Kanser hastalarında stres etmenlerinin incelendiği bir çalışmada (Ateşçi ve ark., 2003), hastaların tanımladığı stres etmenleri sırasıyla birincil destek grubu ile ilgili sorunlar, ekonomik sorunlar, mesleki sorunlar olarak ortaya çıkmaktadır. Birincil destek grubuyla ilgili sorun tanımlayan hastaların çoğunluğu, aile yakınlarının (eş ve çocuklar) kendilerine yeterince yardımcı olmadıklarını, anlamadıklarını ve yalnız bıraktıklarını ifade etmişlerdir. Psikiyatrik tanısı olan hastalarda stres faktörü, olmayanlara göre daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Ayrıca; cinsiyete göre bakıldığında ise, kadın hastaların erkek hastalara oranla daha fazla stres etmeni tanımladıkları görülmektedir.

### **2.1.4.Meme Kanseri**

Meme dokusundaki hücrelerden gelişen kanser türü olan meme kanseri; kadınlarda en sık rastlanan kanser türü olmakla birlikte, kanser sebebiyle ölümlerde ise akciğer kanserinden sonra gelmektedir. Sıklığı giderek artan meme kanseri, daha çok 40 yaşın üzerindeki kadınlarda görülmektedir. Türkiye İstatistik Kurumundan (2003) alınan verilere göre, ülkemizde meme kanseri %56,28 oranı ile kadınlarda en sık görülen

kanser türüdür (akt., Özbaş, 2008). Bir çalışmaya göre de ülkemizde, kadınlarda görülme sıklığı %24.1 olarak bildirilmiştir ve bu oran da diğer kanser türlerine kıyasla daha fazladır (Rızalar ve Altay, 2010).

Dünyadaki yaygınlığına bakılacak olursa; bir çalışmada (Bilge ve Çam, 2008) Batı Avustralya'da her 11 kadından birine meme kanseri tanısı konduğu, Amerika Birleşik Devletleri'nde ise, her yıl 185000 kadının meme kanseri olduğu bildirilmektedir. Ülkeler arasında meme kanseri ile ilgili en şanslı popülasyonun ise Japonlar olduğu bildirilmiştir.

Meme kanseri, erkeklerde de nadir olarak görülebilmektedir. Bir çalışmada, kliniklerde her 100–200 kadın meme kanserine karşılık, bir erkek meme kanseri ile karşılaştığı bildirilmiştir (Aydıntuğ, 2004).

Meme kanseri görülme riski yaş ile artmaktadır. Batı toplumlarında tüm meme kanserlerinin %5-7'si 40 yaş altında görülmekte iken, Türkiye'de bu oran %20 civarındadır. Çalışmalar, meme kanserinin genç hastalarda daha şiddetli seyrettiğini, daha yüksek mortalite ve nüks oranına sahip olduğunu göstermektedir (Bozdoğan ve ark., 2010).

#### 2.1.4.1. Tanı Sırasındaki Evre

Kadınların meme kanserinin farkında ve eğitilmiş olması, kendi kendine muayene, klinik muayene ve tarama mamografisi, meme kanserinin erken tanısı için gerekli olan etmenlerdir. Mortalite üzerinde bunlardan sadece birinin değil, hepsinin birlikte etkisi olduğu düşünülmektedir. Kendi kendine muayene ile erken tanı durumunda, mevcut bir tümörün büyümeden saptanması mümkün olabilmektedir. Meme kanserinin mortalitesini azaltan tarama yönteminin ise mamografi olduğu bildirilmiştir. Doğu Anadolu'da, tanı sırasındaki evrenin daha çok lokal ileri ve metastatik meme kanseri olduğu bildirilmektedir. Dicle Üniversitesinde yapılan bir çalışmada, evre I ve II meme kanseri oranı %21, evre III ve IV meme kanseri oranı ise %79 olarak saptanmıştır. İstanbul Tıp Fakültesi Meme Ünitesi'ndeki verilere göre ise evre I ve II meme kanseri oranı, batı ülkelerindekine benzer şekilde %83 olarak saptanmıştır. Antalya ve İzmir'de de erken evre meme kanseri oranının %50'den fazla olduğu bildirilmiştir. Bu bölgesel farklılıklar; eğitim olanaklarına, kültürel ve ekonomik nedenlere, muayene ve

mamografi olanaklarının batıda daha fazla olmasına ve halkın önceliklerine bağlanmaktadır (Özmen, 2006).

Meme kanserinin sıklığı giderek artmakla birlikte, bu kanser türü erken evrelerde çeşitli yöntemlerle tanınması olanaklı ve tedavi edilebilir durumdadır. Aydınтуğ'un (2004) çalışmasında belirttiğine göre; bir kadının soy geçmişinde meme kanseri ile ilgili hiçbir risk etmeni yoksa bile, yaşamı boyunca meme kanseri olma ihtimali %12'ye yakındır.

25 yaşın altında nadir olarak görülen meme kanseri, yaşla birlikte artış göstermektedir. 30–40 yaş arasında sıklığı yüz binde 25 iken, 45–49 yaş arasında 7–8 kat artış gösterir ve 70–74 yaş arasında da yüz binde 463'e ulaşır (Gültekin, 2009).

Somunoğlu (2009) meme kanserinde belirti bulgularının kitle, meme cildinde portakal kabuğu görüntüsü, meme başının içe çekilmesi, meme başı akıntısı, meme cildinde ülser, kızarıklık ve ödem, lenf bezlerinde şişlik, kolda şişlik şeklinde olduğunu bildirmiştir (Rızalar ve Altay, 2010).

Erken tanı ve tedavi, diğer hastalıklarda olduğu gibi meme kanserinde de ölümleri önlemede ve azaltmada hayati önem taşımaktadır. Tüm kadınların 40 yaşından sonra yılda bir kez mamografik kontrol ve meme muayenesinden geçmesi gerekmektedir. Kendi kendine meme kontrolünün erken tanıda etkili bir yöntem olduğunun bilimsel araştırmalarda kanıtlandığı bildirilmiştir (Rızalar ve Altay, 2010; Aydınтуğ, 2004).

Her kadının 20 yaşından sonra her ay kendi kendine meme muayenesi (KKMK), 40 yaşından sonra yıllık mamografi ve 20-30'lu yaşlarda 1-3 yılda bir; 40 yaşından sonra yılda bir klinik meme muayenesinden geçmesi erken tanı için önerilen başlıca yöntemlerdir (Karadeniz, 2008; Koçyiğit, 2007; akt., Rızalar ve Altay, 2010).

Meme kanseri hayat boyu nüks riski bulunan bir hastalıktır ve en sık ilk iki yılda nüks görülmektedir. Yapılan bir çalışmada nükslerin %81'inin ilk iki yılda olduğu, %40'ının lokal ve bölgesel, %5'inin diğer yumuşak doku, %36'sının kemik, %25'inin iç organlarda, %15'inin ise birden çok bölgede olduğu görülmüştür (Horton, 1984). İzmirli ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında ise; toplam 64 hastada (%32.5) nüks saptandığı ve bunların %57.7'sinin ilk iki yıl içinde ortaya çıktığı bildirilmiştir. Nükslerin %18.8'inin lokal ve bölgesel nüks, %59.4'ünün uzak metastaz şeklinde geliştiği ve %21.8'inde ise lokal bölgesel nüksün ve uzak metastazın birlikte görüldüğü bildirilmiştir.

#### 2.1.4.2. Meme Kanserinin Etiyolojisi

Meme kanserinin nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte kalıtsal, çevresel ve hormonal etkenlerin rolü üzerinde durulmaktadır. Kalıtsal etkenler açısından, ailesinde meme kanseri olan kadınlar (nadiren erkekler) risk grubu oluşturmaktadır. Birinci dereceden bir yakınında meme kanseri bulunma durumu, bu riski 1.7-2.5 kat, ikinci dereceden yakınında bulunma durumu 1.5 kat arttırmaktadır. Anne ve kız kardeşlerde iki taraflı meme kanseri varlığında risk 5–6 kat artmaktadır. Diğer etkenler ise, yaş, cinsiyet, çevresel etkenler, hormonal etkenler ve memede daha önceden iyi huylu tümör saptanması olarak bildirilmiştir (Kutluk ve Kars, 2001; Gültekin, 2009).

Kutluk ve Kars (2001) ayrıca; âdeti geç yaşlarda başlayan, düzene girmesi uzun süren, erken yaşta ve en az bir doğum yapan ve erken menopoza giren kadınlarda meme kanseri riskinin daha az olduğunu; yumurtalıkları alınmış kadınlara 10 yıldan uzun süre östrojen verilmesinin de meme kanseri riskini 2–3 kat arttırdığını ifade etmişlerdir. Doğum kontrol ilaçları, beslenme, genç yaşta radyasyona maruz kalma gibi faktörler de meme kanseri oluşma riskini etkilemektedir.

#### 2.1.4.3. Meme Kanserinin Tedavisi

##### 2.1.4.3.1. Radyoterapi ve Kemoterapi

Meme kanseri tedavisinde rol oynayan en önemli iki tedavi modeli radyoterapi (RT) ve kemoterapi (KT)'dir. Memekanserlerinin yaklaşık 1/3'ü sıklıkla ilk 5 yılda nüks (lokal ve uzak) etmektedir (Tokatlı, 2008).

Radyoterapi; kanser tedavisinde X-ışınları, gamma ışınları, elektronlar gibi iyonize ışınların kullanıldığı radyasyon tedavisidir. Bu ışınlar kanserli hücreyi tahrip ederek etki etmektedirler. Radyoterapi, radyasyondan etkilenen kanser çeşitleri ve cerrahi müdahale imkânı olmayan tümörler için kullanılmaktadır. Kemoterapi ise; kanserin ilaçla tedavisi demektir. Kanser kemoterapisi yerleşmiş ve sistemik bir tedavi yöntemidir. Sadece hastalığın başladığı yere değil, uzak bölgelere yayılmış olan, saptanmış veya saptanamayan tüm kanserli hücrelere etki eder. Bu amaçlarla kullanılan ilaçlar içinde çeşitli kimyasal maddeler, alkaloidler, antibiyotikler ve bazı hormonlar vardır. Kemoterapide kullanılan ilaçlar, kanser hücrelerinin çoğalmalarını durdurmakta ve yok

etmektedir. Ancak bu ilaçlar vücuttaki normal hücrelere de etki edebilir ve ciddi yan etkilere yol açabilirler. Bu etkilerin başlıcaları bulantı, kusma, saç dökülmesi, kemik iliğinin baskılanması ve akyuvar sayısında düşmeler olmasıdır (Özkan, 2007; Kutluk ve Kars, 2001).

Radyoterapi sırasında veya sonrasında tümörde ilerleme görülmesi, hücrelerin tedaviyedirenç kazandığının bir göstergesidir. Bu direnci azaltmak ya da yok etmek için RT’de alternatif tedavilerdenenmektedir. Bu tedavi yöntemlerinden biri de eşzamanlı kemoterapi uygulamasıdır. Meme kanseri hem lokal hem sistemik bir hastalık olduğu için RT ve KT kombine edilir. Birbirlerini etkilemeden farklı bölgelerdeki hastalığın tedavisi temel hedeftir. RT, lokal-bölgesel hastalığı kontrol ederken, KT sistemik hastalığı kontrol eder. Radyoterapiye dirençli olan hücreler, KT ile yok edilebilirken, aynı durum tersi için de söz konusudur (Kutluk ve Kars, 2001).

Günümüzde adjuvan tedavide standart yaklaşım cerrahi sonrası önce KT, ardından RT’dir. Cerrahi sonrası RT ve KT zamanlamasının nüks üzerine olan etkisini araştıran çalışmalarda önce RT’nin veya KT’nin verilmesinin anlamlı bir fark yaratmadığı rapor edilmiştir (Bellon ve ark., 2005; akt.; Tokatlı, 2008). Bu nedenle erken evre hastalıklarda, eşzamanlı kemoradyoterapi ilgi çekmektedir.

Meme kanserli hastalarda, en iyi tedaviyi uygulamak için hastalığın seyri ile ilgili ve önleyici faktörler araştırılmaktadır. Bunlar içinde hastalığın seyri ile ilgili olarak en önemli bilgiyi aksiller lenf nodu tutulumu ve tümörün çapı vermektedir (İzmirli ve ark., 2006).

#### 2.1.4.3.2. Cerrahi Tedavi

Meme kanseri teşhisi almış kadınlar için, eski zamanlardan beri en sık uygulanan tedavi yöntemlerinden biri cerrahi tedavidir. Kanserinin kesin tanısı için kanserli dokudan örnek alınan, kanserin cinsi ve yaygınlığına göre hastalığın bulunduğu bölgeden ya sadece biyopsi alınan ya da kanserli dokunun tümünün çıkartıldığı cerrahi yöntem *tanısal cerrahi*’dir. *Önleyici cerrahi*, kanser öncesi lezyonlar olarak bilinen ve kendisi kanser olmadığı halde mutlaka kansere dönüşeceği bilinen dokuların çıkarılmasıdır. *Küratif cerrahi* ise, kanserli dokunun ve yayılma olasılığının yüksek olduğu komşu bölgelerin çıkarılmasıdır. Ancak; sadece cerrahi yöntemin, birçok kanser

türünde yeterli olmadığı, diğer tedavilerin de eklenmesinin gerektiği bildirilmektedir (Kutluk ve Kars, 2001).

#### *2.1.4.3.2.1. Mastektomi*

Mastektomi, hastanın memesinin cerrahi yöntemle alınması demektir. Mastektomi sonrası hastaların psikolojik durumlarının incelendiği çok sayıda araştırma mevcuttur. Bu araştırmalarda mastektominin genellikle, meme kanseri hastalarının beden imgelerinin zedelenmesine ve bu zedelenme dolayısıyla depresyon, anksiyete, korku, öfke gibi duygular; yakın ilişki ve evlilikte bozulmalar ortaya çıkmasına sebep olduğu bildirilmiştir (Arıkan, 2000; Okanlı ve Ekinci, 2008). Mastektomi; cerrahi bir girişim olması dolayısıyla kişinin vücut bütünlüğünde bozulmaya yol açmakta, memenin kadınlık ve cinsellikle ilgili anlamıyla bağlantılı olarak narsisistik zedelenmeye ve depresyona sebep olmaktadır. Bu dönemde hastaların, cerrahi müdahale öncesi psikolojik yönden hazırlanması oldukça önemlidir. Ameliyat öncesinde hastanın hazırlanması ve psikolojik destek verilmesi, ameliyat sonrasında oluşabilecek tıbbi ve davranışsal sorunları azaltmakta ve hastanın psikososyal uyumunu kolaylaştırmaktadır (Özkan ve Alçalar, 2009).

#### *2.1.4.3.2.2. Lenfödem*

Meme kanserinin cerrahi tedavisinde uygulanan mastektominin en sık rastlanan komplikasyonlarından biri lenfödemdir ve % 6-30 arasında görüldüğü bildirilmektedir. Lenfödem lenfatik sistemdeki sıvının doku ve yapılar arasındaki boşlukta, özellikle deri altı yağ dokusunda birikimi olarak tanımlanmakta ve aksiller lenf bezleri ile lenf kanallarının çıkarılmasına bağlı olarak geliştiği bildirilmektedir. Lenfödem oluşmasıyla birlikte hastada kozmetik deformite, kolda fonksiyon kaybı, tekrarlayan selülit ve/veya lenfanjit atakları görülebilmekte, bu da hastanın günlük aktivitelerini etkileyerek ciddi fiziksel ve psikolojik rahatsızlık yaratabilmektedir (Türk ve Atalay, 2007). Bir çalışmada literatürde görülen lenfödem sıklığının %6 ile %43 arasında olduğu bildirilmekte ve ağrı, his kaybı ve omuz hareket kısıtlılığının da hastanın yaşam kalitesini lenfödem kadar etkilediği vurgulanmaktadır (Özçınar ve ark., 2010).



#### 2.1.4.3.3. Hormon Tedavisi

Hormona bağımlı olarak gelişen bazımeme tümörlerinde, özelbazı hormonlar, tedavi amacı ile kullanılmaktadır. Tümör hücrelerinin yüzeyinde hormonların bağlanarak hücreyi etkileyebileceği reseptör (algılayıcı) denilen maddeler bulunur. Bazı meme kanseri hücreleri, içerdikleri hormon reseptörleri aracılığı ile östrojene duyarlı olabilir. Yani, östrojen hormonu bu kanser hücrelerinin büyümelerine ve artmalarına neden olabilir. Hormon tedavisinde amaç, bu şekilde östrojen reseptörü içeren ve bu hormona duyarlı olan kanser tiplerinde, östrojen etkisinin ortadan kaldırılarak kanserin gelişmesinin önlenmesidir. Meme kanseri tedavisi sonrası hastalığın tekrarladığı veya başka organlara yayıldığı durumlarda da hormon tedavisi başlanır, genellikle kemoterapi, radyoterapi gibi tedavilerle birlikte verilir. Belirtileri kontrol altında tuttuğu sürece tedavi sürdürülür. Tümör hormona hassas değilse, hormon tedavisi uygulanmaz (Kutluk ve Kars, 2001; [www.memekanseri.biz](http://www.memekanseri.biz); [www.memekanseri.com.tr](http://www.memekanseri.com.tr)).

#### 2.1.4.4. Bir Meme Kanseri Türü Olarak İnflamatuvar Meme Kanserleri

Tüm meme kanserlerinin yaklaşık %1-6'sını oluşturan inflamatuvar meme kanserleri en sık rastlanılan türdür; çoğu zaman belirgin bir kitle olmadan memede hızla başlayan sıcaklık, kızarıklık, ciltte morarma, ağrı ve ödem ile kendisini gösterir ve kanserin kısa sürede meme dokusuna yayılması sonucu hastalık yaygın hale gelir ve meme, kısa sürede şişerek eski halinin 2-3 katına ulaşabilir (Ünalp ve Peşkersoy, 2007; Ustaalioglu Öven ve ark., 2009; Keskin ve Saip, 2011).

Sağlıklı bir memede hastalığın birden başlaması en temel özelliklerinden biri olan inflamatuvar meme kanserleri, tüm meme kanserleri içinde prognozu en kötü olan kanserdir. Diğer meme kanserlerine göre daha genç kadınlarda görüldüğü bildirilmiştir. Muayene ve incelemelerde belirgin bir tümör saptanamadığı için inflamatuvar meme kanserlerinin 2/3'ü ileri evrededir ve bu oran diğer meme kanserlerinde görülenden çok daha fazladır (Ünalp ve Peşkersoy, 2007).

##### 2.1.4.4.1. İnflamatuvar Meme Kanserinin Tedavisi

Tedavileri benzerlik gösterse de, biyolojik farklılıkları nedeniyle İMK'li olguları lokal ileri evre meme kanserli olgulardan ayırmak gerekir. Karşı meme de

değerlendirilmeye alınmalıdır. Bu hastalar için multidisipliner yaklaşım çok önemlidir. İMK'li olguların acil cerrahi tedavisi gerekmemektedir. Bu aşamada memedeki hastalığın yaygın olması çoğu zaman cerrahi tedavinin başarısını engelleyecek teknik zorluklara neden olur. Acil cerrahi uygulanan olgularda lokal nüksün ve uzak metastazların daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Bunun yerine günümüzde “Neoadjuvan Kemoterapi” standart uygulama haline gelmiştir. Neoadjuvan KT'nin amacı mikrometastazların tedavisini sağlamanın yanı sıra tümörü küçülterek hastanın cerrahi tedaviye hazır hale gelmesine de yardım etmektir. İMK'li hastalarda neoadjuvan tedavinin gerekliliği konusunda neredeyse tam bir fikir birliği oluşmuştur. Bununla birlikte “hormon tedavisi”nin de hastalığın lokal kontrolünün sağlanmasında ve hastaliksız yaşam süresinin daha da uzamasında etkisinin olduğu gösterilmiştir. Neoadjuvan Kemoterapi ile tümör kitlesinin küçülmesi sonucu, İMK'li hastalarda cerrahi yöntemlerin de uygulanmasını gündeme getirmiştir. Son olarak İMK'li hastalarda Radyoterapi uygulanmasının amacı ise uzun dönem lokal kontrolü sağlamaktır. Kemoterapi alamayacak ve cerrahi yöntem uygulanamayacak hastalar için ek bir tedavi seçeneğidir (Ünalp ve Peşkersoy, 2007). Yani inflamatuvar meme kanserli hastalarda kemoterapi, radyoterapi, hormon tedavisi ve cerrahi tedavinin birlikte uygulanmasının hastalar için avantajları olduğu bildirilmiştir. Aynı şekilde Güler ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında da, inflamatuvar meme kanseri tedavisinde cerrah, medikal onkolog ve radyasyon onkoloğunun işbirliğinin çok önemli olduğu vurgulanmış, tedaviye kemoterapi ile başlanıp, kombine tedavi şeklinde devam edilmesi gerektiği bildirilmiştir.

#### 2.1.4.5. Meme Kanserinde Sağkalım ve Mortalite

Meme kanseri hastalarında tüm evrelere göre beş yıllık sağkalım oranının, gelişmişülkelerde %80'nin üzerindeyken, gelişmekte olan ülkelerde %60 civarında olduğu bildirilmiştir (Bozdoğan ve ark., 2010). Aradaki bu önemli fark, gelişmiş olan ülkelerde tarama mamografisi sayesinde erken tanı konulmasına ve daha iyi tedavi olanakları bulunmasınabağlanabilir. Toplumun bilgilendirilmesi ve tarama programları; meme kanserinde erken dönemde tanı konulmasını, tümörlerin daha küçük olarak tespit edilmesini, meme koruyucu cerrahi oranının artmasını, hastaliksız sağkalım süresinin uzamasını ve böylece mortalitede azalma olmasını sağlamaktadır. Gelişmiş ülkelerde

yapılan mamografi ile tarama çalışmaları sonucunda 50 yaş üzeri kadınlarda meme kanseri mortalitesinde %35'e varan bir azalma olduğu bildirilmiştir (Bozdoğan ve ark., 2010).

#### 2.1.4.6. Meme Kanserinde Psikiyatrik ve Psikososyal Sorunlar

Hastalık hasta için biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal, psikoseksüel olmak üzere çok boyutlu bir olgu, bir yaşam, kimlik ve varoluş krizidir (Kocaman, 2008). Yaşamı tehdit eden tıbbi hastalıklarda; özellikle tanının yeni konduğu evrede, yan etki ve zorlukların beklendiği bir tedaviye başlandığında, tedavi planı değiştiğinde, durum iyi olsa bile bir tedavi sonlandırıldığında, hastalığın seyri değiştiğinde, temel cerrahi müdahale planlandığında, hastalık ilerlediğinde veya terminal safhaya ulaştığında kaygı, depresyon ve uyum bozuklukları daha sık ortaya çıkmaktadır (Özgüven ve Tuncer, 1997).

Meme kanseri tanısı alan kadınların yaşamları birçok yönden etkilenebilmektedir. Fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi boyutu olan bu etkilenme kişide bir kriz durumu yaratabilir. Bu kriz durumunda, kişinin yaşadığı sorunların bazıları evrenseldir. Bunlar; kanserin yayılma olasılığı, acı çekme, belirsizlik, ölüm gibi ilk tepkiler ve meme kaybından sonra yaşanan beden imajı, benlik saygısı ve cinsellikle bağlantılı sorunlar olarak iki gruba ayrılabilir. Meme kanseri tanısı alan kadınların yaşadığı psikososyal sorunların kaynağı olarak; fiziksel olarak meydana gelen kayıplar, duygusal sorunlar, aile, iş ve sosyal rollerde meydana gelen değişiklikler, uygulanan ağır ve uzun süreli tedaviler ve bu tedavilerin yan etkilerinin günlük yaşam fonksiyonlarını olumsuz etkilemesi gösterilebilir (Babacan Gümüş, 2006).

Hastalığa psikososyal uyumu, hastalık ve tedavi ile ilgili faktörlerin tümü etkilemektedir. Benzer şekilde hastalığa psikososyal uyum da, hastalığın seyrini olumlu veya olumsuz olarak etkilemektedir. Meme kanserli hastaların uyumunda ise benlik saygısı, sosyal stres, sosyal destek, psikolojik destek, kontrol duygusu, duygusal sorunlar, hastalığın evresi, ameliyat tipi, hastalık belirtileri, fiziksel yeterlilik durumu, hastalığa yönelik algılar, baş etme yöntemleri, sağlık profesyonelleriyle ilişkiler ve işbirliği gibi faktörlerin etkili olduğu bildirilmiştir (Çam, Saka ve Babacan Gümüş, 2009).

Meme kanseri tıbbi ve fiziksel bir hastalık olmasının yanı sıra ruhsal ve psikososyal sorunları da beraberinde getiren bir hastalıktır. Meme kanserinin cerrahi tedavisi sonrasında memelerinin bir kısmını ya da tamamını kaybetmiş olmak kadınlarda beden algısını etkileyerek, birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Bunların başında benlik saygısında düşüş ve cinsel sorunlar gelmektedir. Meme kanseri; kadınlarda yarattığı fiziksel ve ruhsal sorunların yanı sıra, aile ve iş yaşamı ile ilgili sorunlar, gelecek ile ilgili belirsizlikler, sosyal ve manevi sorunlar da ortaya çıkarmaktadır. Uygulanan tedaviler, hastaların yaşam süresini uzatmakla birlikte, ağır yan etkileri de beraberinde getirmektedir. Erken menopoza girme, hormonal bozulma ve cinsel fonksiyonlardaki sorunlar, kemoterapi ve hormon tedavisinin olası yan etkileridir. Bu yan etkiler, aynı zamanda doğurganlığı da etkilemekte ve özellikle çocuk sahibi olmak isteyen kadınlarda fiziksel ve psikososyal sorunlara neden olmaktadır. Ayrıca tedaviler enerji kaybı, yorgunluk, ağrı, bulantı ve kusma, hormonal değişimler, uyku problemleri gibi sorunlara da neden olabilmekte ve hastaların günlük yaşam fonksiyonlarını olumsuz olarak etkilemektedir (Babacan Gümüş, 2006).

Meme kanseri her kadında aynı sonuçlara yol açmamaktadır. Tanının konulmasından sonra kadınların %70-80'inin ilk krizi atlattığı hastalığa uyum sağladıkları bildirilmiştir. Buna karşın tanıdan sonraki bir yıl içinde hastaların %20-30'unun meme kanseri ile yaşamaya uyum sağlayamadığı, kadınların ortalama %30'unda kaygı ve depresyon görüldüğü, yaşam kalitelerinde ise ciddi bir azalma olduğu bildirilmiştir (Çam, Saka ve Babacan Gümüş, 2009). Soygür ve arkadaşları (2004) ise meme kanserli hastaların %72.9'unda uyum bozukluğu, %27.1'inde major depresyon olduğunu bildirmişlerdir.

Babacan Gümüş (2006) çalışmasında; literatürde psikososyal destek girişimlerinin, kanserli hastalarda stresi azaltma, yaşam kalitesini artırma ve yaşam süresini uzatmada etkili olduğunu bildiren araştırmalardan söz etmiştir. Bu doğrultuda hastalar için uygulanabilecek destekleyici girişimlerin psikososyal sorunları azaltmada etkili olabileceğini vurgulamıştır.

Mastektomi denilen memenin cerrahi yöntemle alınması şeklindeki tedavi sonucu oluşan meme kaybı; kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğin ve cinselliğin kaybı olarak algılanmaktadır. Kadınların beden imgesiyle ilgili bu algıları sonucunda çeşitli psikososyal sorunlar meydana gelmektedir. Meme ile ilgili algı bir yandan toplum

tarafından da şekillendirilmekte ve meme estetik görünümün, kadınlığın, cinselliğin simgesi olarak görülmektedir. Beden algısında yaşın önemli olduğu ve genç yaşta mastektomi olmuş kadınların beden imajı ve benlik saygısı ile ilgili daha fazla sorun yaşadıkları da bildirilmiştir (Uçar ve Uzun, 2008). Bir çok araştırmada mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisi olduğu bildirilmektedir (Önen Sertöz ve ark., 2004; Uçar ve Uzun, 2008). Ancak literatürde bu bulguyu desteklemeyen çalışmalar da bulunmaktadır. Ganz ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan bir çalışmada, farklı ameliyat tipleri karşılaştırılmış ve mastektominin beden algısı ve eş uyumu üzerine etkisi olmadığı bildirilmiştir.

Meme kanseri teşhisi almış kadınların tedavi sürecinde yaşadıkları beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu ile ilgili sorunlar, beraberinde cinsel sorunları da getirmektedir. Özellikle meme kanserli genç kadınların, cinsellik hakkında daha fazla kaygı duydukları bildirilmektedir (Uçar ve Uzun, 2008). 190 meme kanserli kadının örneklemini oluşturduğu bir başka çalışmada ise meme kanserli kadınlarda; ileri yaşın, düşük eğitim düzeyinin, çalışma durumunun, kırsal kesimde yaşamanın ve menopozda olma durumunun kadında cinsel işlev bozukluğu görülme oranını arttırdığı bildirilmiştir. Kadınların yarısından fazlasının meme kanseri öncesi cinsel sorunu olduğu, tedavilerden sonra cinsel sorununun başladığını ifade edenlerin de yaklaşık yarısının kemoterapinin olumsuz etkilerini ifade ettikleri belirtilmiştir (Aygın ve Aslan, 2008).

Meme kanseri tanısı almadan önce psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan kadınlarda ise sıkıntı ve uyum güçlüğü yaşama riski daha yüksektir. Yetersiz uyumun önceki memnuniyetsiz veya olumsuz cinsel deneyimlerle, memelere yapılan yoğun duygusal yatırımla, beden imajı problemleriyle ve kişisel olarak problemleri tartışmada güçlük yaşanmasıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Schain, 1985; akt.; Özkan, 2007).

#### 2.1.4.7. Meme Kanseri Hastalarında Aile/Eş ve Kişilerarası İlişkiler

Hastalık sürecinde bazı hastalar, aile üyeleri ve diğer bireylerle daha yakın ilişkiler geliştirirken bazı hastalar ise kişilerarası ilişkilerden kaçınabilmektedirler. Meme kanserli kadınların yakınları sıklıkla kaygı, belirsizlik, çaresizlik gibi psikolojik sorunlar yaşamaktadır. Bu süreçte eşlerin yaşadığı sorunların nedeni, genellikle evle ilgili rol ve sorumluluklarındaki değişimi, hasta eşin duygusal sorunları karşısında hissedilen

yetersizlik ve çaresizlik duyguları ve hastalığın neden olduğu ekonomik sıkıntılardır (Babacan Gümüş, 2006).

Güner (2008) çalışmasında; hastanın eşinin, kanserle ilgili güç kararları paylaşmada istekli oluşunun ve tedavi süresince hastanın yanında yer alarak hastalığın tüm aileyi etkileyen bir durum olduğunun farkında olmasının hasta kişi açısından önemli bir destek gücü olduğunu vurgulamıştır. Eşlerin ruhsal sıkıntıları paylaşımlarının, tedavi ve bakımla ilgili alınacak kararlarda katılımlarının, cinselliğin ve kadınlığın simgesi sayılan memenin kaybını hastanın hayatına kıyasla daha önemsiz bulmalarının, hastalığın akut döneminden sonra da destekleyici tutumlarını devam ettirmelerinin, hastaların değişen yaşam biçimlerine uyum sağlayabilmeleri açısından çok önemli faktörler olduğunu bildirmişlerdir.

Meme kanserinin eş ilişkileri ve uyumu üzerinde de önemli etkileri vardır. Hocaoğlu, Kandemir ve Civil'in (2007) çalışmasında; hastaların yaşadıkları psikolojik süreçlerin birçok çalışmada ele alındığı fakat hastaların yakınlarının, örneğin meme kanserli hastaların eşlerinin, hastalık sonrası yaşadıklarının tam olarak bilinmediği ve yeterince araştırılmamış olduğu vurgulanmıştır. Meme kanseri olan genç yaştaki hastaların kadınlığın sembolü olan meme kaybı ile birlikte, kadınlığı algılamaları değişmekte, kilo kaybı/kilo alma ve saç kaybı da oluşunca kendilerini çekici hissetmemekte ve bu da cinsel sorunlara sebep olabilmektedir. Çalışmada ayrıca tüm bu süreçlerin; meme kanseri veya diğer jinekolojik kanser türlerinin, hastanın eşleri tarafından travmatik bir olay olarak algılanmasına ve cinsel sorunlara sebep olarak evlilik içi ilişkileri olumsuz yönde etkilemesine sebep olduğu bildirilmiştir.

#### 2.1.4.8. Meme Kanseri ve Kadın

Meme kanseri; benlik saygısı, cinsellik ve kadınlıkla ilişkili organı tehdit eden bir hastalık olarak algılandığı için, bu konuda yapılan araştırmaların meme kaybının beden imgesine, öz-saygıya, aile ve eş ile ilişkilere, cinsel tutuma etkisi üzerine odaklandığı bildirilmiştir (Özkan, 2007).

Kadınlık organları ile ilgili kanserler, yaşama bir tehdit olmanın ötesinde üretkenlik, cinsellik ve kadınlığa bir tehdit olarak algılanmaktadır. Cerrahi girişimler (rahmin, yumurtalıkların ya da memenin alınması), kadınlık kaybına ilişkin algılara yol açmaktadır. Görünümdeki değişiklikler; kişide benlik algısı, kadınlık algısı, cinsellik ve

özgüveni olumsuz olarak etkilemektedir. Bu noktada eşin, kadını algılaması ve ilişki tarzı, kadının kendini algılaması üzerinde önemli bir rol oynamaktadır. Birçok toplumda kadın memesi estetik görünümün, cinselliğin, anneliğin ve bebeğin beslenmesinin simgesi olarak görülmektedir. Tedavide uygulanan mastektomi yöntemi, kadınların dış görünüşünde değişikliğe neden olmakta ve yaşanan meme kaybı; kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğin ve cinselliğin kaybı olarak algılanmaktadır. Meme kanserinin ortaya çıktığı yaşam dönemi, kadının aksayan sosyal görevleriyle ve hastalığa yüklenen anlamla bağlantılıdır. Kadının yaşına ve içinde bulunduğu yaşam durumuna bağlı olarak kesintiye uğrayan sosyal görevler değişmektedir. Kadınlık algısına tehdit tüm kadınlarda görülse de, özellikle tek ve eşsiz olan genç kadınlar için bu tehdit daha ciddi boyutlarda olabilmektedir. İleri yaştaki bir kadın için ise yaşam riski daha ön planda olabilmektedir (Özkan, 2007; Babacan Gümüş, 2006).

Kanser hastalığı gibi yaşamı tehdit eden kronik bir hastalığa sahip kişiler hastalıklarının kaynağını; şans, kader, vb. gibi dışsal faktörlere veya kendi sorumluluklarını kapsayan içsel faktörlere bağlamaktadırlar. Kontrol odağı denilen bu içsellik ve dışsallık boyutu, özellikle sağlık psikolojisi alanında yapılan birçok çalışmada araştırma konusu olmuştur.

## 2.2. KONTROL ODAĞI

Kontrol odağı (Locus of control), Rotter tarafından ortaya atılan ve önemli bir kişilik boyutunu oluşturduğu düşünülen bir kavramdır. Rotter'e göre "*kontrol odağı*", kişinin belli bir davranışını belli bir pekiştiricinin izleyeceğine dair ortaya çıkmış bir beklentinin kuvvetlenmesi sonucunda oluşmaktadır. Birey, kendi yaptığı bir davranışın olumlu ya da olumsuz pekiştirici ile sonuçlandığını algıladığında, o pekiştiricinin bu davranışı gelecekte de izleyeceğine ilişkin bir beklenti oluşturacaktır. Birey, pekiştiricilerin ya kendi ya da kendi dışındaki güçlerin veya şans ya da kaderin kontrolünde olduğuna dair genel bir beklentiye (inancı) benimseyebilmektedir. Birinci durumda bireyin 'iç' kontrol odağına, ikinci durumda ise 'dış' kontrol odağına inandığı kavramsallaştırılmıştır. Bazı bireyler, iç-dış kontrol odağı inancı boyutunun uç noktalarında, bazıları da ortalarında yer alabilmektedirler (Rotter, 1966; Rotter, 1990).

Kontrol odağı araştırmaları; Julian Rotter'ın “genellenmiş beklentiler” kavramından geliştirilmiştir. Yeni bir durumla karşılaşıldığında, başımıza gelecekler hakkında beklenti sahibi olabileceğimiz herhangi bir bilgimiz yoktur. Rotter'a göre bu gibi durumlarda olayları etkileme yeteneğimize dönük inançlarımıza başvururuz. Genellenmiş beklentimiz insanların başlarına gelen Şeyleri etkileyebildikleri, iyi ve kötü deneyimlerin kendi davranışları sonucunda olduğu Őeklindeyse “içsel” bir kontrol odağımız; bizim ve başkalarının başına gelen Őeylerin kontrolümüzün dışında olduğuna inanıyorsak “dışsal” bir kontrol odağımız vardır. Rotter'a göre belli bir davranışı gösterme olasılığımız, bu davranışın bir etkisi olup olmadığına dönük algımıza bağlıdır. Bu nedenle, çoğu durumu kontrol edebileceğini düşünen insanlar, kontrol edemeyeceğini düşünen insanlardan farklı davranır ve bu bireysel farklılıkların davranışı etkilemesi aynı zamanda iyilik hali ve fiziksel sağlık üzerinde de etkili olmaktadır (Burger, 2006).

zet olarak, Rotter'ın davranış kontrolünde sorumluluğun merkezi için kullandığı bir terim olan kontrol odağı; kişinin yaşadığı olayların sorumluluğunu kendi içindeki (rneğin çabaya, iradeye, vb.) veya dışındaki (rneğin Őanssızlıėa, ortama, başkalarına, vb.) etkenlere yükleme eğilimiyle tanımlanan ve yüklemenin biçimine bağlı olarak adlandırılan bir kişilik eğilimidir (Budak, 2003).

### **2.2.1. Rotter'ın Sosyal ğrenme Kuramı**

Sosyal ğrenme kuramcıları davranış-evre-davranış etkileşimini ortaya koymuşlar ve vrenin davranışlarımızı etkilediğini, davranışlarımızın da içinde bulunduğumuz vrenin türünü belirlediğini ve bunun da yine davranışlarımızı etkilediğini belirtmişlerdir. Ayrıca klasik davranışçılardan farklı olarak; inançlar, kendilik algıları gibi içsel kavramları koşullanma ve kişilik tanımlarına ekleyerek bunların gözlemlenebilir davranışlar gibi geliştirilip değiştirilebileceğini vurgulamışlardır (Burger, 2006). Kısaca, sosyal öğrenme kuramı, davranışsal yaklaşıma bilişsel değişkenleri eklemiştir.

Rotter ise; insan kişiliğini anlayabilmek için algılar, beklentiler, değerler gibi değişkenleri göz önünde bulundurmak gerektiğini öne sürmüştür ve bu doğrultuda “*davranış potansiyeli*”, “*beklenti*” ve “*pekiştirme değeri*” gibi kavramları kullanmıştır.



Davranış potansiyeli; belirli bir ortamda belirli bir davranışın ortaya çıkma olasılığıdır. Davranış potansiyelinin gücünü beklenti ve pekiştirme değeri belirlemektedir. Belirli bir eyleme girmeden önce bu eylemin belirli bir pekiştirmeyle sonuçlanma olasılığını ve pekiştirmenin bizim için taşıdığı değeri hesaplarız. Eylemin pekiştirilme olasılığı veya bizim için bu pekiştirmenin değeri düşükse, davranış potansiyeli de zayıftır.

Rotter (1966) yeni durumlarda ise “*genellenmiş beklentiler*”e başvurduğumuzu belirtmiştir. Genellenmiş beklentiler, eylemlerimizin genel olarak ne sıklıkta pekiştirmeye ve cezalandırmaya yol açacağına dair inançlarımızdır. Buradan hareketle; insanların “kontrol odağı” denilen bir süreklilik içinde belirli noktalara düştükleri ortaya konulmuştur. Bu boyutun bir ucunu oluşturan aşırı derecede “*içsel*” yönlendirme yaşayan insanlar, başlarına gelen her şeyin kendi eylemlerinin ve kişilik özelliklerinin bir sonucu olduğuna inanmaktadırlar. Diğer ucu oluşturan aşırı derecede “*dışsal*” yönlendirme yaşayan insanlar ise, başlarına gelen her şeyin şans, kader ya da başka insanlar gibi kendi kontrolleri dışındaki güçlerin bir sonucu olduğuna inanmaktadırlar. Birçok insanın inancı, bu iki uç arasında bir noktada yer almaktadır.

### **2.2.2. İç-Dış Kontrol Odağı**

Kişi yaşadığı olayları, başına gelen şeyleri veya davranışlarının sonuçlarını kendi eylemlerine, çabalarına veya kişilik özelliklerine yüklüyorsa “*içsel*” kontrol odağına; şans, kader, diğer insanlar gibi kendi kontrolleri dışındaki faktörlere yüklüyorsa “*dışsal*” kontrol odağına sahiptir. Ancak genellikle belirgin bir kutuplaşma yoktur ve birçok insan kontrol odağı boyutunun ortalarında yer almaktadır (Rotter, 1966).

Araştırmalar, bebeklikten yaşlılığa tüm yaşam dönemleri boyunca denetim algılarının, fiziksel ve ruhsal sağlık, başarı, kendilik değeri, kişisel uyum, başa çıkma becerileri gibi pek çok değişkenle ilgili olduğunu ve bunlar üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir (Tabak ve Akköse, 2006).

Budak (2003); içsel kontrol odağını, kişinin kendi davranışları ve sonuçları üzerinde kontrol sahibi olduğuna inandığı bir kişilik yönelimi olarak tanımlarken dışsal kontrol odağını ise, kişinin kendi davranışları ve sonuçları üzerinde kontrol sahibi olmadığı, hayatının ve yaşadığı olayların şanssızlık, başkaları, kader, vb. gibi kendi dışındaki etkenlere bağlı olduğuna inandığı bir kişilik yönelimi olarak tanımlamaktadır. Dışsal

kontrol odağının ruh sağlığının korunmasında önemli bir savunma işlevi görmesine karşılık; alkolizm, depresyon gibi rahatsızlıklarda kişinin yaşadığı çaresizlik duygularını önemli ölçüde ağırlaştırdığını gösterir bulgular olduğunu vurgulamıştır.

Kontrol odağı boyutunda zıt uçlarda yer alan kişilerin başa çıkma tepkileri arasındafarklar bulunmaktadır. İç kontrol odaklı bireylerin problem çözmeye yönelik başa çıkma stratejilerini seçtikleri; oysa dış kontrol odağı olanların duyguya odaklanan ve yatıştırıcı türden başa çıkma stratejilerini benimsedikleri bildirilmektedir (Dağ, 1999; Açıkmeşe, 2007 ). Ayrıca Dağ (1999) Rotter'ın (1982) da iç kontrol odağı inancının uyumlu başa çıkma tepkileriyle bağlantılı olduğunu, yazdığını vurgulamıştır.

İçkontrol odağına sahip bireyler, yaşamlarında mutsuz oldukları durumlarda, bunu kendi çabalarıyla değiştirebileceklerine inanırken dış kontrol odağına sahip bireyler, yaşamlarını yönlendirme konusunda çaresizlik yaşama eğilimindedirler ve yaşamlarındaki bazı ödüllerin kendi çabalarından kaynaklanmadığına, yalnızca doğru zamanda doğru yerde olmanın getirdiği bir rastlantı sonucu olduğuna inanırlar (Solmuş, 2004).

Yalom (1999) da iç kontrol odağına sahip olan bireylerin, dış kontrol odağına sahip olanlardan pek çok açıdan farklılaştıklarını söylemiştir. İç odaklı olanların daha bağımsız, daha başarılı, politik açıdan daha aktif ve daha fazla kişisel güce sahip olma eğiliminde olduklarını ve daha fazla güç arayışı içinde, çabalarını çevreleri üzerinde egemenlik kurmaya yönlendiren bireyler olduklarını vurgulamıştır. Ayrıca iç kontrol odağı olan bireyler, kendi dünyalarını kontrol etmek için daha fazla bilgi elde etmekte ve bu bilgileri saklama ve kullanmada daha başarılı olmaktadır. Önerilere daha kapalı, daha bağımsız ve kendi hükümlerine daha fazla güvenen bireylerdir. Dış odaklıların tersine bir bilgiyi, bilgi kaynağının saygınlığı ve deneyiminden çok, bilginin niteliğine göre değerlendirmektedirler. İç odaklıların daha başarılı olmaları ve ileri bir tarihte daha büyük bir ödül elde etmek için hazzı geciktirmeleri daha olasıdır. Dış odaklılar ise çok daha kolay etki altında kalmakta, çok daha fazla sigara içme eğiliminde olmakta veya kumarda büyük riskler almakta, daha düşük başarı, egemenlik ve dayanıklılık göstermekte, başkalarından daha fazla yardım almakta ve kendilerini daha fazla küçümsemektedirler.

Ayrıca, dış kontrol odağına sahip bireylerin psikopatoloji sergileme olasılığının, iç kontrol odaklı bireylere göre daha yüksek olduğunu vurgulanmıştır. Dış kontrol

odaklıların daha fazla yetersizlik hissettikleri, daha fazla kaygılı, düşmanca tavırlı, yorgun, kafası karışık ve depresif oldukları, daha az güç ve esneklik gösterdikleri bildirilmiştir. Ciddi psikiyatrik hastalığı olanların, şizofreniklerin dış odaklı olmaları daha olasıdır ve ayrıca birçok araştırma sonucuna göre dış kontrol odağı ile depresyon arasında da güçlü bir ilişki bulunmaktadır (Yalom, 1999).

### **2.2.3. Kontrol Odağı ve Sosyal Destek Algısı**

Kontrol odağı, sosyal destek ve depresyon arasındaki ilişkide önemli role sahip bir kişilik değişkenidir. Hemodiyaliz hastalarıyla yapılan bir çalışmada, sosyal desteğin etkisi hastaların iç-dış kontrol odaklı oluşlarıyla karşılaştırılmış ve iç kontrol odaklı hastalarda algılanan sosyal destek eksikliği depresyonla ilişkili bulunmuştur. Dış kontrol odaklı hastalarda ise, kabul edilen sosyal destekteki doyumu azlığı depresyonla ilişkili bulunmuştur. Bu sonuçlardan önceki bazı çalışmalarda ise; dış kontrol odaklı ve sosyal desteği düşük bireylerde depresyon daha yüksek bulunmuştur (Gençöz ve Astan, 2006; akt.; Erol, 2008). VanderZee, Buunk ve Sanderma'nın (1997) bulduğu sonuçlara göre; iç kontrol odaklı bireyler, dış kontrol odaklı bireylere göre daha fazla sosyal destek deneyimlemektedir. Ancak dış kontrol odaklılar, iç kontrol odaklılara göre sosyal destekten daha fazla yarar sağlamaktadır. En yüksek depresyon puanı, dış kontrol odaklılar düşük sosyal desteğe sahip olduklarında ortaya çıkmaktadır. İç kontrol odaklılar ise, kendi davranışlarında pozitif sonuçlar elde etmektedir ve sosyal desteğe daha az ihtiyaç duymaktadırlar. En düşük depresyon puanı, iç kontrol odaklı ve yüksek sosyal desteğe sahip bireylerde bulunmamıştır. Sosyal destek yüksek olduğunda ise iç ve dış kontrol odaklı bireyler arasında farklılık bulunmamaktadır. Bu bulguların temelinde, davranışlarına bağlı pozitif ve negatif sonuçlara inanan bireylerin daha fazla sosyal destek algılamakta olduğu ortaya çıkmaktadır. Sandler ve Lakey'e göre (1982) dışsalların daha büyük sosyal destek almalarına rağmen, içsellar daha çok stresten koruyucu etki deneyimlerler. Buradan hareketle, sosyal desteğin miktarının daha iyi bir desteğin işareti olmadığı sonucu çıkarılabilir. Bir başka önemli nokta da içselların desteği dışsallara göre daha etkili şekilde kullanma yeteneğine sahip olmasıdır (Erol, 2008).

## 2.2.4. Kontrol Odağı ve Sağlık

Son zamanlarda yapılan araştırmalar neticesinde, denetim odağının hastalanma ve hastalığa bağlı ölümler ile belirgin bir ilişki içinde olduğu artık kanıtlanmış ve kişinin kontrole yönelik inançları gittikçe artan bir biçimde, psikolojik ve fiziksel sağlık üzerinde rol oynayan, önemli değişkenlerden biri olarak kabul edilmeye başlanmıştır (Tabak ve Akköse, 2006).

Kanser teşhisi almış hastaların depresyon düzeylerinin ölçüldüğu bir araştırmadan (Marks, Richardson, Graham ve Levine, 1986) elde edilen bulgulara göre; dışsal kontrol odağına sahip hastaların depresyon düzeyleri, kendilerine konan teşhisin ciddiyetiyle birlikte artış göstermektedir. Ancak, hastalığın ciddiyetinin içsel kontrol odağına sahip hastaların yaşadığı depresyon düzeyinde bir etkisi olmamıştır. Bu hastalar hâlâ, hastalığın gidişatını kontrol edebildiklerine inanmakta ve bu inançları onların durumlarına teslim olmalarını, depresyonlarının artmasını engellemektedir (Burger, 2006).

Dışsal ve içsel odaklı insanların fiziksel sağlığa yaklaşımlarına bakıldığında, dışsalların fiziksel durumlarını iyileştirmek ve hastalıktan kaçınmak için yapabilecekleri çok az şey olduğunu düşündükleri ortaya çıkmaktadır. Hastalanmaları kendi kontrolleri dışında gelişen bir şeydir, bu yüzden hastalandıklarında sağlık uzmanlarının kendilerini iyileştirmesini beklerler. İçsel odaklı insanlar ise, sağlıklarını korumada temel sorumluluğun kendilerine ait olduğunu düşünmektedirler ve bu sebeple sağlıklı beslenme, spor programlarına katılma, sağlığa zarar veren davranışlardan kaçınma gibi davranışlara dışsallara göre daha çok özen gösterirler (Burger, 2006).

Ancak içsel ve dışsal odağa sahip kişiler arasında, fiziksel sağlığa yaklaşımları açısından bir fark bulamayan araştırmalar (Norman ve Bennett, 1996; Wallston ve Smith, 1994) da mevcuttur. Rotter'ın davranışın hem beklenti hem de pekiştirme değerinin bir işlevi olduğundan söz etmesi üzerine, araştırmacılar Rotter'ın modelini sağlık davranışına uygulamışlardır. Buna göre; eylemlerimizin sağlığımızı etkileyeceğini bilmek yeterli olmamakta, aynı zamanda sağlığımıza önem vermemiz de gerekmektedir. Burada "sağlık değer" kavramı öne çıkmaktadır. Lau, Hartman ve Ware (1986) çalışmalarında, kendi göğsünü kontrol etme alışkanlığını incelemiş ve sağlığa verilen değerin sonuçlar üzerinde etkili olduğunu bulmuştur (Burger, 2006).

Ciddi kronik hastalığı olan bireylerin dışsal kontrollü olmaları, hastalık ve birey üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Sağlıklarının şans ya da kader tarafından kontrol edildiğine inanmak, kişinin geleceği hakkında daha yüksek düzeyde kaygı ve belirsizlik duymasına neden olmakla birlikte, bu kişilerde hastalığın şiddeti ve depresyon arasında kuvvetli bir ilişki olduğu görülmüştür (Kartoğlu, 1995).

Erol, Toprak, Yazıcı ve Erol (2000), yeme bozukluklarında kontrol odağı rolünü araştırdığı çalışmalarda bildirilen sonuçların çelişkili olduğunu vurgulamışlardır. Williams ve arkadaşlarının çalışmasında (1990) anorektik ve bulimik kadın hastalar, diyet uygulayan ve uygulamayan kadınlarla karşılaştırılmış ve yeme bozukluğu olan grubun diyet uygulayan ve uygulamayan kontrol grubundaki kadınlardan daha fazla dış kontrol odağı inancında oldukları, düşmanca duyguları kendilerine yönelttikleri ve girişimciliklerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Erol ve arkadaşları (2000) kendi çalışmalarında ise, kontrol odağı ile yeme bozuklukları arasında anlamlı ilişki bulamamışlar ve bu sonuçlarda kullanılan ölçeğin homojen olmamasının etkili olabileceğini bildirmişlerdir.

### **2.2.5. Kanser ve Kontrol Odağı**

Kontrol odağı kavramının sağlık ve hastalıkla ilişkili olmasından dolayı, son yıllarda araştırmalar daha çok yaşamı tehdit eden kronik bir hastalık olan kanser ve kontrol odağı arasındaki ilişkiye odaklanmıştır.

Chen, Deng ve Chang (2001) sağlık kontrol odağı ve algılanan sosyal desteğin, kronik hastalığa sahip bireylerde hastalığın gidişatında, önemli kişisel değişkenler olduğunu vurgulamışlardır. Kanser ve AIDS gibi kronik bir hastalığa sahip bireylerin yaşamlarındaki kontrol kaybı ve algıladıkları sosyal destekteki azalmanın, hastalıklarına bağlı olarak etiketlenmeleri ile ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir. Kanser ve AIDS'in kontrol odağı açısından karşılaştırmasını yaptıklarında, iki hastalığın kronik hastalıklar olarak birbirine benzer yönlerinin olmasının yanı sıra, bir takım farklılıklarına da dikkat çekmişlerdir. Öncelikle AIDS önlenilebilir bir hastalık iken, kanser tamamıyla önlenilebilir değildir; çünkü kanserojenler ortadan kaldırılamaz. İkinci olarak, özellikle meme kanserine sahip kadınlarda etiketlenmenin daha az olduğunu ve algılanan duygusal desteğin derecesinin daha fazla olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışmalarında hipotez

olarak AIDS hastalarının, kanser hastalarına oranla daha fazla içsel kontrol odağına sahip olduklarını, daha az sosyal destek aldıklarını ve ayrıca sağlık kontrol odağı kavramının sosyal destekle ilişkili olduğunu öne sürmüşlerdir. Tayvan’da 219 kanser ve 122 AIDS hastası ile yaptıkları görüşmeler sonucunda, kanser hastalarında dışsal kontrol odağı ve algılanan sosyal destek puanları daha yüksek bulunurken AIDS hastalarında içsel kontrol odağı puanları daha yüksek çıkmıştır. Ayrıca, iki hasta grubunda da iç kontrol odağı, sosyal destek ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

Derks, de Leeuw, Hordijk ve Winnubst (2005) yaptıkları çalışmada genç ve yaşlı beyin ve boyun kanserli hastaların başa çıkma şekilleri ve kontrol odakları arasındaki farkı incelemiştir. Tedaviden önce ve altı-on iki ay arasında, genç hastaların daha yaşlı hastalara kıyasla hastalıklarının sebebi konusunda daha iç kontrol odaklı olduğunu, yaşlı hastaların ise hastalıklarının sebebi konusunda daha dini odaklı olduklarını belirtmişlerdir. Hastalıklarının seyri boyunca ise iç-kontrol ve dış-kontrol açısından yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Rowe, Montgomery, Duberstein ve Bovbjerg’in (2005) çalışmasında ise sağlıklı kadınlarda meme kanseri için algılanan risk ve sağlık kontrol odakları incelenmiştir. Katılımcılar, birinci dereceden akrabalarında meme kanseri öyküsü olanlar ve olmayanlar olarak ayrılmışlardır. Ailede kanser öyküsü olan kadınların kanser olma açısından algıladıkları risk düzeyi, ailede kanser öyküsü olmayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Hipotezleri doğrultusunda ise, iç kontrol odağı puanları ile meme kanseri olma açısından algılanan risk düzeyi, ailesinde kanser öyküsü olmayan kadınlarda anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur. Ailede kanser öyküsü olan kadınlarda ise risk düzeyi ve iç-kontrol odağı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Bettencourt ve arkadaşları (2008) ise kırsal ve kentsel kesimde yaşayan meme kanserli hastalarda sağlık kontrol odağı ve psikolojik uyumu incelemiştir. Çalışmaya katılan 224 kişinin %36’sı bir yıl içerisinde yakın bir arkadaş veya eşini ölüm sonucu kaybetmiştir. Araştırma sonucunda; kırsal kesimdeki hastaların sağlık kontrol odağı inançları ile yaşamdan aldıkları doyum arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Kentsel kesimdeki hastalarda ise bu ilişki negatif yöndedir. Aynı zamanda, kentsel kesimdeki hastalarda dış-kontrol odağı puanları arttıkça depresyon düzeyinin de arttığı bulunmuştur. İç-kontrol odağı puanlarına bakıldığında ise kırsal kesimdeki hastalarda, iç-kontrol odağı yükseldikçe depresyon düzeyinin düştüğü belirtilmiştir.

Türkiye’de kanser ve kontrol odağının ilişkisini inceleyen araştırmalar kısıtlıdır. Literatüre bakıldığında, bu konuda rastlanan bir araştırmada, 30 kanser hastası, 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 kişide iç-dış kontrol odağının depresyon üzerine etkisi incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre, kontrol odağı ve depresyon arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Depresyon puanları arttıkça, kontrol odağı ölçeğinden alınan puan da artmaktadır. Depresyon düzeyleri açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur. Yani, kanser hastası olmanın depresyon düzeyini etkilediği görülmektedir. İç-dış kontrol odağının depresyon düzeyine etkisine bakıldığında ise her iki grupta da dış kontrol odaklıların, iç kontrol odaklılara göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Açıkmeşe, 2007).

Bir başka çalışmada ise; akut ve kronik hastalığa sahip çocuklar, denetim odağı açısından karşılaştırılmışlardır ve içinde kanser hastalığı da bulunan kronik hastalığa sahip çocukların, akut hastalığa sahip çocuklara göre dışsal denetim odağı puanları daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuçlarda çocuğun yaşının, anne babanın eğitim seviyesinin, hastalığın tanısının, hastanede yatma süresinin ve çocuğun hastalığı hakkındaki bilgi düzeyinin etkili olabileceği vurgulanmıştır (Gültekin ve Baran, 2005).

Kontrol odağı kavramı; kişilerin sağlık ve hastalıklarının kendi sorumluluklarıyla ilgili olduğu veya bunların kendileriyle ilgili olmayıp, tamamen dışsal sebeplerden kaynaklandığı yönündeki inançlarını oluşturduğu için sağlık ve psikoloji literatüründe sıkça karşımıza çıkmaktadır. Ancak özellikle kanser gibi ölümcül ve yaşamı birçok yönden olumsuz etkileyen hastalıklar kişilerde sıklıkla bir travma olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırmaların daha çok kanserin travmatik boyutunu ele almasına karşın, son yıllarda kanser hastalarının hastalıkları sonrasında bazı alanlarda olumlu gelişim gösterebileceği üzerinde durulmaktadır. Buna istinaden, kontrol odağı kavramının da bir travma olarak karşımıza çıkan kanser hastalarında travma sonrası gelişimi etkileyebileceği düşünülmüştür.

## 2.3. TRAVMA SONRASI GELİŞİM

### 2.3.1. Travma

Dışarıdan bir etkenin yol açtığı travmanın fiziksel ve ruhsal olmak üzere iki türü bulunmaktadır. Budak'a (2003) göre; ruhsal travma, bireyin kişiliği ve ruhsal yapısı üzerinde şu veya bu ölçüde kalıcı bir etki bırakan olağandışı, felaket niteliğinde bir yaşantının anılarından kaynaklanan bir rahatsızlık ve bunaltı durumu olarak tanımlanmaktadır. Deprem, sel, yangın vb. afetler; savaş, ırk veya din ayrımcılığı, boşanma, reddedilme, çocuk istismarı, tecavüz, işkence, kaza, yaşamı tehdit eden bir hastalık, ölüm, vb. yaşantılar ruhsal travmalar olarak sayılmaktadır. Budak (2003) ayrıca ruhsal travmaların, yaşanan olayın ağırlığına olduğu kadar, kişinin duyarlılığına ve dayanıklılığına da bağlı olduğunu; birisi için travmatik olan bir yaşantının, bir başkası için travmatik olmayabileceğini ifade etmiştir. Travmatik olaylar, kişinin kendisinin veya yakınlarının yaşamını, fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü tehdit eden ya da böyle algılanan olaylardır.

DSM-IV'te (2000) ise travmatik olaydan bahsedebilmek için kişinin, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fiziksel bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiş olması ve aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme gibi tepkilerinin olması gerekmektedir.

Travma ile ilgili literatüre bakıldığında psikolojik travma ile ilgili iki görüşün ortaya çıktığı bildirilmiştir. İlkine göre, travmanın psikolojik etkileri şiddetli değildir ve geçicidir. Travmaya maruz kalan kişilerin büyük çoğunluğunda psikolojik belirtiler görülmekle birlikte, bu belirtilerin yaklaşık 12-16 ay sonra kişiler, yardım almadığı halde ortadan kalktığı görülmüştür. İkinci görüş ise travmanın kalıcı ve şiddetli psikolojik rahatsızlıklara yol açtığıdır. Bu görüşü destekleyen çalışmalarda, travma sonrası belirtiler tekrarlı ve uzun zaman aralıklarıyla incelendiğinde kişilerin TSSB ve major depresyon düzeylerinin 6 ile 30 ay sonra alınan ölçümlerde görece değişmediği görülmektedir. Bu sonuçlara bakıldığında, kişilerin travma sonrası tepkilerindeğişkenlik gösterdiği söylenebilir. Travmaya maruz kalan kişilerde, kaçınılmaz olarak psikolojik stres ortaya çıkabilmekte ancak aynı travmaya maruz kalan



bireylerden bazıları için psikolojik belirtiler zamanla kendiliğinden hafifleyebilirken kimileri için ise şiddeti giderek artmakta ve psikolojik bozukluğa yol açabilmektedir (Powell ve Penick, 1983; Steinglass ve Gerrity, 1990; Norris, Perilla, Riad, Kaniasty ve Lavizzo, 1999; akt. Güneş, 2009).

## **2.3.2. Travma Sonrası Gelişim**

Literatürde travma ile ilgili çalışmalar; daha çok travmatik olayların bireylerde oluşturduğu travma sonrası stres, kaygı, depresyon gibi olumsuz etkiler üzerinde durmaktadır. Ancak son yıllarda travmatik olaylar ile başa çıkma süreci sonucunda ortaya çıkabilecek olumlu etkiler de önem kazanmıştır. Bu olumlu etkilere odaklanan kavrama “travma sonrası gelişim/büyüme” denmektedir (Karancı, Işıklı ve Aker, 2009).

Tedeschi, Park ve Calhoun (1998) çalışmalarında travma sonrası gelişim kavramını, kişinin hayatının bilişsel ve duygusal yönlerden olumlu olarak değişime uğraması ve bu durumun da kişinin davranışlarını olumlu yönde etkilemesi olarak tanımlamışlardır. Travma sonrasında insanların uyum düzeyi, psikolojik işlevsellik ya da yaşantı farkındalığı açılarından travma öncesine göre olumlu yönde değiştiğini/geliştiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca travma sonrası gelişim kavramını “kişinin kendi benliğini algılayışı, kişilerarası ilişkiler ve kişinin yaşam felsefesinin değişimi” olmak üzere üç boyutta incelemişler ve bir bireyin, bir alanda olumlu değişim ifade ederken diğer alanlarda bu değişimi ifade etmeyebileceğini vurgulamışlardır.

### **2.3.2.1. Travma Sonrası Gelişimin Türleri**

#### **2.3.2.1.1. Kendilik Algısında Yaşanan Değişim**

İlk boyut olan kişinin kendilik algısında yaşanan değişim de kendi içinde üç unsura ayrılmaktadır. Bunlardan ilki, bireyin kendisini “kurban” ya da “mağdur” sıfatından çıkartıp travmadan sonra “hayatta kalan”, “sağ kalan” olarak görmesidir. Bu yeni etiket, kişinin kendisini özel bir konumda ve güçlü algılamasına sebep olmaktadır.

İkinci unsur olan “kendine güvenmek” unsurunda yaşanan değişim ise bireyin travmadan sonra “Eğer bu kadar zor bir durumun üstesinden gelebilirdiysem hayattaki her şeyin de üstesinden gelebilirim.” gibi bir düşünceyle güçlü olduğuna ve başka

zorluklarda hangi baş etme yöntemlerini kullanacağına dair hislerinin geliştiğine odaklanmaktadır.

Üçüncü unsur ise travmadan sonra bazı bireylerin incinebilirliklerine, ölümlülüklerine dair artmış farkındalık kazanmaları ve yaşamın değerli, kırılgan ve hassas olduğunu anlamalarıdır. Kazanılmış olan bu duygu, kişinin hayatındaki önceliklerinin yeniden düzenlenmesi, hayatın değerini anlama, anı yaşama ve kişilerarası ilişkilerinde olumlu değişikliklere yol açmaktadır (Bayraktar, 2008; Güven, 2010).

#### 2.3.2.1.2. Kişilerarası İlişkilerde Yaşanan Değişim

Kişilerarası ilişkilerde yaşanan değişimle ilgili olan bu ikinci boyuta göre; travmatik bir yaşantıya maruz kalmış olan kişi, zaman ilerledikçe geçirmiş olduğu travmaya bağlı olarak duygularını açığa vurabilmeyi, kendini ve hissettiklerini açık bir şekilde karşıdakine daha rahat aktarmayı öğrenir. Ayrıca “hayatın kırılganlığı” hissi, travmatik olay geçirmiş olan kişilerin, zor durumda olan kişilere yardım etme ve diğer kişilere karşı şefkat, fedakârlık gösterme, empati kurabilme yeteneğini de arttırabilmektedir. Bireylerde; kendi durumlarındaki diğer bireylerle kendi deneyimlerini, bilgilerini paylaşma motivasyonu gelişir ve zor durumda olan diğer bireylere yardım etmek daha fazla iyileşmeye izin veren bir durumdur (Bayraktar, 2008; Tüfekçi, 2011).

#### 2.3.2.1.3. Yaşam Felsefesinde Yaşanan Değişim

Travma sonrası gelişimin son boyutu ise dört unsur üzerinde odaklanmaktadır. Bunlardan ilki kişinin yaşamının değeri ve hayatındaki önceliklerin değişimi ile ilgilidir. Travmatik bir yaşantı sonucunda ölümü atlatan bir birey, bağışlandığını ve kendisine ikinci bir şans verildiğini düşünerek bu şansı değerlendirebilmek ister ve hayatının amacını gözden geçirerek, yaşamındaki önceliklerde değişiklikler yapabilir. Yapılan çalışmalarda bireyler, her günün değerini bildiklerini ve küçük şeylerden daha çok zevk aldıklarını, yaşamı daha basit ele aldıklarını belirtmektedirler.

İkinci unsur var oluşla ilgili tema ve anlam arayışı ile ilgilidir. Travmatik olaylar yaşamla ilgili temel değerlere işaret etmektedir. Bu değerler, travmatik olay yaşanmadan önce kişilerin genellikle yüzeysel olarak üstünde durdukları değerlerdir.

Özellikle terminal bir hastalığı olan bireyler, var oluşsal konularla daha çok ilgilenmektedir.

Üçüncü unsur ise ruhsal/manevi gelişime odaklanmaktadır. Bu unsura göre, travmatik bir olayla mücadele etmek zorunda kalmış bireyler, dinî bir değişim içine girmekte ve bu dinî değişime açıklığın da travmaya bağlı gelişimle ilişkili görüldüğüne vurgu yapmaktadır. Bireylerde tanrının varlığına ilişkin artmış his/inanç, cennete gitmek üzere gerekli olduğu düşünülen dinî geleneklere artmış bağlılık ya da birinin dinî inançlarını daha iyi anlama gibi birtakım değişikliklerin gerçekleştiği ifade edilmektedir.

Bu boyutun son unsuru olan “bilgelik” ile psikolojik travmaya olumlu yönde uyum sonucunda bireylerde belirsizliği tanıma ve yönetme, duygu ile bilişi birleştirme ve de birey olarak sınırlarını tanıyıp kabul etme gibi değişikliklerin olabileceği ifade edilmektedir. Yaşamın değerini ve yaşamda önemli olan öncelikleri anlama, nasıl başarılı ilişki kurulacağını ve zorluklarla nasıl baş edileceğini bilme gibi niteliklerin de bilgelikle ilişkili olduğu düşünülmektedir (Bayraktar, 2008; Tüfekçi, 2011).

### 2.3.2.2. Travma Sonrası Gelişim İle İlgili Modeller

Travma sonrası gelişim kavramına ilişkin modeller planlı değişimleri ve plansız değişimleri tanımlayan modeller olarak iki başlık altında toplanmaktadır. Planlı değişimleri tanımlamaya yönelik modeller, daha çok psikoterapi aracılığıyla yaşanan değişimi anlatırlar. Plansız değişimleri tanımlayan modeller ise kontrol edilemeyen dışsal olaylarla mücadeleye kalkışma sonucu olan değişimi anlatmayı amaçlamaktadır (O learly ve ark., 1998). Bu modeller Kuantum Değişimi, Dönüşümsel Baş Etme, Esneklik ve Gelişim, Yaşam Krizleri ve Kişisel Gelişim ve İşlevsel-Betimsel Model olmak üzere beş tanedir.

#### 2.3.2.2.1. Travma Sonrası Gelişimin Kapsamlı Modeli (İşlevsel-Betimsel Model)

Tedeschi ve Calhoun'un (1996) geliştirdiği daha kapsamlı bir modelde ise travma sonrası gelişimin nasıl ortaya çıktığı pek çok değişkenle açıklanmaya çalışılmıştır. Olayın ve kişinin özellikleri, kişinin stres yönetimi tarzı, tekrarlayıcı düşünceler, yaşadıklarını ifade edebilme, kişinin yaşam öyküsü, bilgelik ve uzak ve yakın sosyo-kültürel etmenler bu değişkenlerden bazılarıdır.

Tedeschi ve Calhoun'a (1996) göre kişilerin iyimserlik ve dışadönüklük gibi travmatik olaydan önceki özellikleri, travma yaşantısından sonra da olumlu duygulara yönelik farkındalığa sahip olmaları üzerinde etkili olarak travma sonrası gelişimin yaşanmasını kolaylaştırmaktadır.

Travma sonrası gelişimin, olanlara anlam verme çabasıyla, pek çok farklı içerikte düşünceler yaşandığında olası olduğunu vurgulayan Tedeschi ve Calhoun (2004), "tekrarlı düşünceler" olarak ifade ettikleri bu durumu, travma yaşantısıyla ilgili olan şeylere zihinde sık sık dönerek istemli bir şekilde anlaşılabilirlik sağlamak, travmatik olayın kişinin hayatında neleri değiştirdiğini ve önemini kavramak olarak ifade etmişlerdir. Travma sonrası gelişimin en önemli değişkenlerinden biri olan "anlamlılık" ortaya çıktığında, travmatik yaşantıdan sonra, önceki temel varsayımlara dönüşten daha farklı, travmatik yaşantıyla bütünleştirilmiş yeni bir varsayımsal dünyanın temelleri atılmış demektir.

Modelde uzak ve yakın olarak ikiye ayrılan sosyo-kültürel etmenlerden uzak olanı, toplumlarda ya da ülkeler gibi geniş coğrafi bölgelerde hüküm süren kültürel temaları temsil etmektedir. Belli olaylara doğrudan maruz kalanların kendilerini görece geniş bir grubun parçası olarak tanımlama eğiliminde oldukları söylenebilir. Özellikle geniş kitleleri etkileyen afetler, savaşlar, terör saldırıları bu olaylara örnek olarak verilebilir. Yakın kültürel etmenler ise kişilerin görece düzenli olarak etkileşim içinde olduğu aile, yakın arkadaşlar, komşular, ortak ilgi alanından ötürü bir araya gelmiş topluluklar, iş arkadaşları gibi birincil referans gruplarını temsil etmektedir. Kişi kendini açma davranışı gösterdiğinde, travmatik öyküsü, yakın kültürün öykülerinde halihazırda yer alıyorsa, destek ve kabulle karşılanırsa, travma sonrası gelişim daha olası hale gelmektedir. Ayrıca kişinin tekrarlayıcı düşüncelerinin, diğer kişilerin travmayla ilgili düşünceleriyle uyumlu olması (birlikte kurgulama/tekrarlama) ve gelişim için model kişilerin varlığı da bu süreçte önemlidir (Tedeschi ve Calhoun, 2004).

Travmayla ilişkili yaşanan değişikliklerin, kimi zaman kayıpların, eskisinden farklı olan amaçların, hedeflerin ve varsayımların yeniden gözden geçirilmesinde kişilerin yaşam öyküleri çok önemli bir etmendir. Kısaca travma sonrası gelişimin kapsamlı modeli; kişinin travmanın yol açtıklarıyla bilişsel olarak nasıl ve ne şekilde meşgul olduğu, kişiyi çevreleyen uzak ve yakın sosyal sistem, bireysel öykünün yeniden kurgulanması ve şema değişimi, hayata ilişkin genel bir bilgeliğin gelişimi ve yeni bir

yaşam öyküsünün oluşumu ile yakından ilgilidir. Modelde ilk olarak travma sonrası gelişim ihtimalini arttıran bazı bireysel özellikler (bireyin şemaları, bilişsel stilleri) ve stres yönetim tarzları, sonra da bireyin travmaya dair görüşü, duygularını ifade edişi ve diğer bireylerin buna verdiği yanıtların gelişim üstündeki rolü ele alınmaktadır. Daha sonra travmatik olayın bilişsel olarak işlenişi, son aşamada ise travma sonrası gelişimin bilgelik ve bireyin yaşam hikayesi ile ilişkilendirilebileceği ifade edilmektedir. Ayrıca modele göre birey, yeni koşullara uyum sağlama açısından, eski şemalarının yerine yenilerini koyabilmesi için stres yönetimini de bilmelidir (Güneş, 2009).

#### 2.3.2.2.2. Schaefer ve Moos'un Kavramsal Modeli

Bu modele göre travmatik yaşantı sonrası kişinin, bilişsel ve çevresel sistemi etkileşim halindedir ve bilişsel değerlendirme ile baş etme tepkilerini şekillendirir. Bu süreçte bilişsel ve çevresel sistemin, olumlu gelişime yol açabilecek bir uyum içerisinde olması gerekmektedir. Bireysel bileşenler, kısaca kişinin öz-yeterlik düzeyi, sağlamlık, önceki kriz durumu gibi betimleyici özellikler; çevresel sistemin bileşenleri ise algılanan sosyal destek, ekonomik ve toplumsal koşullar, olaya ilişkin özellikler, krizin şiddeti, süresi, üzerinden geçen zaman gibi özelliklerdir (Şakiroğlu, 2011).

#### 2.3.2.2.3. Kuantum Değişimi (Quantum Change)

Miller ve C'deBaca (1994) tarafından önerilen bu modelde, kişilerin yaşamındaki ani ve beklenmedik sapmaların kişilerin üstünde sürekli ve her alanda etkiye sahip olduğu öne sürülmektedir. Modelde sürece ve değişimin sonuçlarına daha fazla odaklanılmakla birlikte, bireyin işlevselliğini sürdürürken beklenen bir olay ya da beklenmeyen bir travma sonucunda ani bir değişim sürecine girdiği ifade edilmektedir. Bu değişim ise ya bireyin işlevselliğini arttırmakta ve gelişimini sağlamakta ya da eskisine göre daha düşük düzeyde işlevsellik göstermesi ile sonuçlanmaktadır (Bayraktar, 2008).

#### 2.3.2.2.4. Dönüşümsel Baş Etme (Transformational Coping)

Aldwin'in (1994) ortaya koyduğu bu modelde, stres yaratan bir olayla mücadele ederken sağlanan yararlar üzerinde durulmaktadır. Bu modele göre; baş etme ve mücadele, dönüşümsel bir işlev göstererek değişimle sonuçlanabilir ve bu değişim de olumlu ya da olumsuz olabilir (Bayraktar, 2008).

#### 2.3.2.2.5. Esneklik ve Gelişim (Resilience and Thriving)

O'leary ve Ickovicks (1995) tarafından ortaya konulan bu modelde ise yaşanan zorluklar veya olumsuz durumlar sonucu üç farklı sonuç meydana gelme olasılığı olduğundan söz edilmiştir. Bunlar; hayatta kalma (survival), iyileşme/düzelme (recovery) ve gelişimdir (thriving). Kişinin eski işlevselliğine dönebilmesi için sadece hayatta kalmak yetmemektedir. İyileşme/düzelme gösterenler, eski işlevselliklerine dönebilmektedir. Gelişenler ise var olan psikososyal işlevsellik düzeylerinin daha da ötesine geçerek, duygusal, bilişsel ve davranışsal açıdan da ilerleme kaydedebilirler (Bayraktar, 2008).

#### 2.3.2.3. Travma Sonrası Gelişim İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Literatürde travma sonrası gelişim kavramı ile ilgili yapılan çalışma sayısı, giderek artış göstermektedir. Bu konuda hem yurt dışında hem de ülkemizde çeşitli araştırmalar mevcuttur.

Hagenaars ve Minnen (2010) yaptıkları çalışmada travma sonrası gelişim ile travma sonrası stres bozukluğu arasındaki ilişkiyi ve travma sonrası gelişimin “maruz bırakma tedavisi” üzerindeki etkisini incelemiştir. 80 travma sonrası stres bozukluğu gösteren kişide, travma sonrası gelişim ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur. 65 kişi ise uzun süreli maruz kalma terapisini tamamlamış ve tedavi öncesi ve sonrası ölçümleri alınmıştır. Bu süreçte travma sonrası gelişim puanlarının tedavi sırasında yükseldiği ve bu yükselmenin travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin düşmesiyle ilişkili olduğu bulunmuştur.

Devine ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ciddi bir çocukluk hastalığı deneyimleyen genç yetişkinlerde travma sonrası gelişim incelenmiştir. Çalışmaya katılan 60 kişiden alınan nicel ve nitel ölçümlerin sonuçlarına göre, hastalığı tamamen atlattığı bireylerde, hâlâ hastalığa dair sonuçlar deneyimleyen bireylere göre travma sonrası gelişim daha yüksek bulunmuştur. Hastalığın türü, algılanan ciddiyet düzeyi ve travma sonrası stres belirtileri de sonuçlar üzerinde anlamlı olan etkenlerdir. Nitel analiz sonuçlarına bakıldığında ise çocukluğunda hastalığa sahip olmanın pozitif bakış açısına yönelme ve tıbbî gereklilikleri daha sık yerine getirme ile ilişkili olduğu, hastalık

yönetimindeki günlük gerekliliklerin ortadan kalkmış olmasının travma sonrası gelişimde artışa neden olduğu bildirilmiştir.

Silva, Ownsworth, Shields ve Fleming (2011) yaptıkları çalışmada, beyin hasarı yaşayan 60 kişide hastaneden taburcu edildikten sonraki altı ay içerisinde travma sonrası gelişimi incelemişlerdir. Elde edilen sonuçlara göre, travma sonrası gelişimin daha küçük derecedeki maneviyat ile ilgili değişimden, yaşamın büyük ölçüde kabulündeki değişime kadar farklı seviyelerde yaşandığını göstermiştir. Sonuçlara göre, beyin hasarlarının büyük işlevsel sonuçlarını algılayan bireylerin, travma sonrası gelişim göstermeye daha eğilimli oldukları ortaya konulmuştur.

Kunst (2010) tarafından yapılan bir çalışmada; şiddet mağdurlarında travma öncesi sıkıntı, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ve travma sonrası gelişim incelenmiştir. Çalışmaya katılan şiddet mağdurlarının 678'inin mağduriyetlerinin üzerinden birkaç yıl geçmiş, 205'inin ise mağduriyetlerinin üzerinden 6 ay geçmiştir. Sonuçlara bakıldığında, mağduriyetlerinin üzerinden birkaç yıl geçmiş olan kişilerde travma öncesi sıkıntılar ve travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin, travma sonrası gelişim puanları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Diğer gruba bakıldığında ise travma öncesi sıkıntı düzeyi ile travma sonrası gelişim puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, travma öncesi yaşanan sıkıntı düzeyinin, mağduriyetin üzerinden geçen önemli ölçüde zamandan sonra travma sonrası gelişime imkan verdiğini göstermektedir.

Chopko (2010) tarafından polis memurları üzerinde yapılan bir çalışmada; travma sonrasındaki stres belirtileri ile travma sonrası gelişim incelenmiştir. Araştırmaya katılan 183 polis memurunun ölçeklerden aldıkları puanlara göre, travma sonrasına yaşadıkları stres belirtileri ile travma sonrası gelişim arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

Güven (2010) yaptığı çalışmada, Marmara depremini yaşayan yetişkinlerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile travma sonrası gelişim ve depresyon arasındaki ilişkinin bazı değişkenlere göre farklılaşp farklılaşmadığını incelemiştir. Araştırmaya Yalova bölgesinde ikamet eden, 1999 Marmara depreminde buldukları binanın çökmesi, enkaz altında kalma, yakın kaybı yaşama, mal kaybı yaşama gibi travmatik süreçlerden birini ya da birkaçını yaşamış olan 190depremzede katılmıştır. Katılımcılara Depremzede Kişisel Bilgi Formu, Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (TSGÖ), Beck

Depresyon Ölçeği (BECK) ve Sosyal Destek Formu uygulanmıştır. Araştırma sonuçlarına bakıldığında, kadınların travma sonrası olumlu gelişim düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Binada çökme durumu ve enkaz altında kalma durumu ile travma sonrası gelişim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Binada çökme yaşamış ve enkaz altında kalmış depremzedelerin travma sonrası olumlu gelişim düzeyleri, bu durumları yaşamamış kişilere göre daha düşüktür. Eğitim durumu ve medeni durum ile travma sonrası gelişim düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Deprem sırasında bulunulan yerle travma sonrası gelişim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Sosyal destek düzeyi azaldıkça travma sonrası gelişim puanının azaldığı ve depresyon düzeyinin arttığı bulunmuştur.

Şakiroğlu (2011) tarafından yapılan çalışmada, 1999 Düzce depremini yaşayanlarda travma sonrası gelişim ve depreme önlem alma davranışı incelenmiştir. Araştırmaya Kaynaşlı'da yaşayan, yaşları 18–73 arasında değişen, 105'i kadın ve 94'ü erkek olmak üzere toplam 199 yetişkin katılmıştır. Araştırmada, Psikolojik İyi Olma Ölçeği ile katılımcıların algıladıkları iyilik halleri ve Yaşam Kalitesi Ölçeği ile yaşam kalitelerini nasıl değerlendirdikleri ölçülmüştür. Araştırmada ayrıca geçmiş deprem yaşantısı ve depreme ilgili sıkıntılarını, önlem alma sorumluluğu algısını ve önlem alma veya almama nedenlerini ölçen maddelerden oluşan bir ankete yer verilmiştir. Geliştirilmiş Mulilis-Lippa Depreme Hazırlık Ölçeği (Revised and Translated Mulilis-Lippa Earthquake Preparedness Scale, MLEPS) ile de katılımcıların depreme hazırlık seviyeleri, hazırlanmanın zorluğu ve yararlılığı ile ilgili algıları ölçülmüştür. Başa Çıkma Yolları Ölçeği ile katılımcıların kullandıkları başa çıkma stratejileri, Dindarlık Ölçeği ile dinî inanç düzeyleri, Sosyal Destek Ölçeği ile sosyal destek miktarları ölçülmüştür. Araştırma sonuçlarına göre; evli olmanın, problem odaklı baş etmenin, iyi olma hâlinin, sosyal destek arama ve sosyal desteğin travma sonrası gelişim miktarı ile anlamlı olarak ilişkili olduğu ortaya konulmuştur. Ayrıca, genel problem odaklı baş etme becerilerinin, depreme özel aktif baş etme davranışlarına göre travma sonrası gelişimi daha etkili yordadığı bulunmuştur.

Bir başka çalışmada (Arıkan, 2007) üniversite öğrencilerinde travmatik olayların rastlanma sıklığı ve travma sonrası gelişimin belirleyicileri incelenmiştir. Buna göre; sosyo-demografik değişkenlerin, travma özelliklerinin, bağlanma stillerinin ve baş etme stillerinin travma sonrası gelişim üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Çalışmaya 321



üniversite öğrencisi katılmıştır. Katılımcılara travmatik yaşam olayları listesi, Travma Sonrası Gelişim Ölçeği, İlişki Ölçekleri Anketi, Bağlanma Stili Ölçeği ve Baş Etme Yolları Ölçeği uygulanmıştır. Araştırma sonucuna göre; cinsiyet, duyulan dehşet ve çaresizlik, iyimser baş etme stili ve kaderci baş etme stilinin travma sonrası gelişimi belirgin şekilde yordadığı görülmüştür.

Güneş'in (2009) travma sonrası değişim olgusunu, açık kalp ameliyatı geçiren koroner kalp hastaları üzerinde niceliksel ve niteliksel yöntemlerle incelediği çalışmasına, kalp ve damar cerrahi kliniklerine kontrol için başvuran, açık kalp ameliyatı üzerinden en az 1 yıl, en çok 3 yıl geçmiş, koroner hastalık dışında, yaşamı tehdit eden başka bir kronik hastalık tanısı olmayan 110 kişi katılmıştır. Katılımcılara demografik bilgi formu, hastalığa ilişkin bilgi formu, önceki travma yaşantıları listesi, araştırmacı tarafından geliştirilen Travma Sonrası Değişim Değerlendirme Formu ve Travma Sonrası Gelişim Ölçeği uygulanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre travma sonrası gelişim kavramı incelendiğinde; travma sonrası gelişim ölçeğinden alınan toplam puan üzerinde cinsiyete göre anlamlı fark olduğu görülmüştür. Kadınların travma sonrası büyüme ortalaması, erkeklerin ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Araştırmanın diğer sonuçlarına göre; açık kalp ameliyatı geçirmiş yetişkinlerin öykülerinde travma yaşantısı olanlar ve olmayanların, travmayla mücadeleye dair önceki deneyimlerinden dolayı, olumlu değişim açısından farklılık gösterecekleri düşünülmüştür. Ancak analiz sonuçlarına göre, değişkenlerden hiçbirinin travma sonrası değişim üzerinde temel ya da ortak etkisi olmadığı bulunmuştur.

Bir başka çalışmada (Tüfekçi, 2011) ise trafik kazası geçirmiş kişilerin travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası gelişim düzeyleri, sosyo-demografik değişkenler, diğer travmatik yaşantılar, trafik kazasına maruz kalma düzeyi açısından incelenmiştir. Araştırmaya 16–70 yaş aralığındaki 206 trafik kazası geçirmiş ve 230 trafik kazası geçirmemiş toplam 436 kişi katılmıştır. Katılımcılara Sosyo-demografik Bilgi Formu, Travmatik Yaşantı Soru Listesi, Travma Sonrası Stres Belirtileri Ölçeği, Travma Sonrası Gelişim Ölçeği ve Dünyaya İlişkin Varsayımlar Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; trafik kazası geçiren kişilerde, travma sonrası stres belirtileri ile ilişkili değişkenler, yaş, gelir düzeyi, trafik kazasına maruz kalma düzeyi, şans, kendilik değeri, ilişki ve kendini anlama olarak bulunmuştur. Trafik kazası geçiren kişilerde travma sonrası gelişim düzeyleri ile ilişkili değişkenler ise trafik

kazasına maruz kalma düzeyi, rastlantı, kontrol ve travma sonrası stres belirtileri olarak bulunmuştur. Yaş ve gelir düzeyi ile dünyaya ilişkin varsayımlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki, travma sonrası stres belirtileri arasında ise negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Travma sonrası gelişim ile hiçbir sosyo-demografik değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Özlu, Yıldız ve Aker (2010) şizofreni hastalarına bakım verenlerde travma sonrası gelişim ve ilişkili etkenleri inceledikleri çalışmalarında, 71 erkek ve 29 kadın olmak üzere toplam 100 kişiden oluşan katılımcılara Travma Sonrası Gelişim Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Baş Etme Yolları Ölçeği uygulamışlardır. Çalışma sonucunda; travma sonrası gelişimi yüksek olan bakım verenlerle, düşük olan bakım verenlerin yaşları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Buna göre, genç bakım verenlerde, yaşlı bakım verenlere göre gelişim daha yüksektir. Ayrıca; travma sonrası gelişim ile baş etme yolları toplam puanı, problem odaklı baş etme yolları ve sosyal destek toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Dirik ve Karancı (2008) çalışmalarında; 117 Türk romatoid artrit hastasında travma sonrası gelişim ile ilgisi olabilecek değişkenleri incelemeyi amaçlamışlardır. Travma sonrası gelişimin kişilerarası ilişkiler, yaşam felsefesi ve kendilik algısı ile ilgili olmak üzere üç alanı olduğunu vurgulamışlardır. Çalışma sonucuna göre; problem odaklı başa çıkma şeklinin, travma sonrası gelişim seviyesiyle ve kişilerarası ilişkiler ile kendilik algısı boyutlarıyla anlamlı ilişkisi olduğu görülmüştür. Algılanan sosyal desteğin de üç boyut ile anlamlı ilişkisi olduğunu bulmuşlardır.

#### 2.3.2.4. Kanser ve Travma Sonrası Gelişim

Literatüre bakıldığında kanser ve travma sonrası gelişim hakkında özellikle yabancı literatürde birçok çalışma olduğu görülmektedir. Travma sonrası gelişimin ve kanser arasındaki ilişkinin çeşitli değişkenler açısından incelendiği araştırmaların bazıları şunlardır:

Manne ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında meme kanseri hastalarında travma sonrası gelişim kavramı hastanın kendisi, partneri ve çift olma açısından incelenmiştir. Bu bağlamda çalışmaya kısa süre önce ameliyat geçirmiş, evli veya birlikteliği olan 162 kadın meme kanseri hastası katılmıştır. Çalışma bulgularına bakıldığında, meme kanserli kadınların tanıdan hemen sonra hayatlarında olumlu değişiklikler olduğunu

bildirdikleri görülmektedir. Fakat travmatik büyümenin boyutu, uzun dönem meme kanseri hastalarıyla yapılan çalışmalarda kadar yüksek değildir. Aynı şekilde kadınların partnerlerinin de eşlerinin hastalığı sonrasında hayatlarında olumlu değişiklikler yaşadıklarını bildirmelerine karşın, travma sonrası gelişim puanları diğer çalışmalarda uzun dönem kanser hastalarının eşlerindeki kadar yüksek değildir. Çalışmanın bulguları, travma sonrası gelişimin yalnızca olaydan direkt olarak etkilenen kişi ile sınırlı olmadığını, yaşanan olumlu psikolojik değişkenlerin ailenin diğer üyeleri ya da yakın ilişkideki kişiyi de etkilediğini göstermektedir.

Ho, Chan, Yau ve Yeung (2011) yaptıkları çalışmada, Çinli meme kanseri hastalarında açıklama stilleri (hastaların iyi ve kötü olayları neden deneyimlediklerini açıklamaları), travma sonrası stres bozukluğu semptomları ve travma sonrası gelişim arasındaki ilişkileri incelemişlerdir. Çalışmaya 90 meme kanseri hastası katılmıştır. Çalışma sonucunda; hastaların pozitif olayları açıklama stillerinin, travma sonrası gelişim ile anlamlı ilişkisi olduğu bulunmuştur. Pozitif olayların sebebini içsel olarak atfeden hastaların daha fazla travma sonrası gelişim gösterme eğilimde olduğu; negatif olayları açıklama şeklinin ise travma sonrası stres bozukluğu semptomları ile anlamlı ilişki içinde olduğu bulunmuştur.

Moore ve ark. (2011) 202 hepatobiliyer kanser hastası ve hastalara bakım veren kişide travma sonrası gelişimi tanımlamış, bu iki grup arasındaki travma sonrası gelişim ölçümlerini karşılaştırmış ve travma sonrası gelişim ile diğer psikolojik faktörler arasındaki ilişkileri incelemişlerdir. Araştırmaya katılan hastalara Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (TSGÖ), depresif semptomlar, iyimserlik, duygu ifadesi ve yaşam kalitesini ölçen anketler uygulanmıştır. Hastalara bakım veren kişiler ise kendi travma sonrası gelişim ölçeklerinin yanı sıra hastaların doldurduğu travma sonrası gelişim ölçeklerini de değerlendirmişlerdir. Araştırma sonucunda, hastaların travma sonrası gelişiminde, hastalık teşhisini takip eden altı aylık süreçte kayda değer bir artış olmadığı ortaya çıkmıştır. Travma sonrası gelişimin yaşam kalitesi ve depresyon belirtileriyle anlamlı ilişkisi bulunmamıştır. Teşhiste, hastaların travma sonrası gelişim puanları ile bakım veren kişilerin travma sonrası gelişim puanları arasındaki ilişki yüksek bulunmuştur. Ayrıca, travma sonrası gelişim son üç senede raporlanan iyimser pozitif ruh hali ve son yıllardaki kayıplar, fiziksel hasar ve yaralanmaları da içeren travmatik

hayat olayları ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Hastalara bakım verenler travma sonrası gelişimi, sevdikleri birinin kanser teşhisinin bir sonucu olarak rapor etmişlerdir.

Schroevens ve Teo (2008) yaptıkları çalışmada Malezya'da yaşayan kanser hastalarında travma sonrası gelişim, psikolojik sıkıntı ve başa çıkma stratejileri bağlamında incelenmiştir. Çalışmaya 113 kanser hastası katılmıştır. Katılımcılara Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (TSGÖ), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) ve Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) uygulanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre, birçok hastanın özellikle yaşamları hakkındaki değerlendirmeleri açısından, travma sonrası gelişim gösterdiği görülmüştür. Psikolojik sıkıntının düzeyi ile travma sonrası gelişim arasında araştırma hipotezine uygun olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Başa çıkma stratejilerinden destek alma, yeniden olumlu çerçeveleme ve mizah, travma sonrası gelişimle ilişkili bulunmuştur.

Denney, Aten ve Leavell (2011) kanser hastalarında travma sonrası gelişimi ele aldıkları araştırma makalelerinde; özellikle kanser hastalarında ve geçmişte kanser tedavisi görmüş kişilerde travma yaşantısından sonra ruhsal büyümenin olduğunu vurgulamışlar ve kanser hastalığına sahip olmanın ruhsal büyüme üzerindeki etkisini maneviyatın çok boyutlu kavramsallaştırılması bağlamında incelemişlerdir. Çalışmaya daha önceden kanser tedavisi görmüş 13 kişi katılmıştır. Araştırma sonucuna göre katılımcılar, travma sonrası ruhsal büyümeyi; genel ruhsallık, ruhsal gelişim, ruhsal sosyal katılım, özel ruhsal uygulama, ruhsal destek, ruhsal başa çıkma, ruhsal güçlülük, ruhsal deneyimler ve ruhsal bağlılık boyutları bağlamında deneyimlediklerini bildirmişlerdir. Katılımcılarda ruhsal tarihçe, ruhsal inanç ve değerler, ilişkileri düzenlemek için kullanılan ruhsal teknikler açısından travma sonrası ruhsal gelişim görülmemiştir.

Cordova ve arkadaşları (2001), meme kanseri hastalarının arkadaşları ve aileleri ile yaptıkları çalışmada, hastalığını paylaşan kişilerde travma sonrası gelişimi daha yüksek bulmuştur. Kanser hastası olma sebebiyle algılanan tehdit ve travma sonrası gelişim arasında da anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Hastaların ölümlü olmayla yüz yüze gelişlerinin, yaşamları ile ilgili yeniden düşünmelerine ve önceliklerini değiştirmelerine sebep olduğunu ve gelişimi kolaylaştırdığını vurgulamışlardır.

Tokgöz ve arkadaşlarının (2008) toplam 100 hasta ile yürüttükleri, kanser hastalarında travma sonrası stres bozukluğu yaygınlığı ve ruhsal gelişimi inceledikleri

çalışmasında, hastaların cinsiyetleri ve yaşları ile ruhsal gelişme puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ise cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, sosyal destek, yaşanan yer ve çocuk sahibi olma gibi değişkenler ile ve aynı zamanda kemoterapi tedavisi ile anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur.

Bayraktar'ın (2008) kanser hastası 78 kişi ile yürüttüğü çalışmasında travma sonrası gelişim ile hastaların sahip olduğu bazı demografik özellikler, baş etme yöntemleri ve hastalık algısı arasındaki ilişki incelenmiştir. Travma sonrası gelişim puanları ile hastalık ve tedavi durumuna ilişkin bilgi sahibi olma düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bilgi düzeyleri sorulduğunda “yetersiz” cevabını verenlerin, “hiç yok” cevabını verenlere göre travma sonrası gelişim ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Ayrıca, travma sonrası gelişim ölçeği puanları ile baş etme ölçeğinden alınan puanlar arasında da anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

Kesimci'nin (2003) çalışmasında ise 91 Türk meme kanseri hastasındaki depresyon ve umutsuzluğun yordayıcıları çeşitli değişkenler açısından incelenmiş ve gelir düzeyi, algılanan sosyal destek, iyimser baş etme yöntemi, çaresiz baş etme yöntemi ve strese bağlı değişkenler depresyon ile ilişkili bulunurken; medeni durum, algılanan sosyal destek, iyimser baş etme yöntemi ve çaresiz baş etme yöntemi ise umutsuzluk ile ilişkili bulunmuştur.

### 2.3.2.5. Kontrol Odağı ve Travma Sonrası Gelişim

Kontrol odağı ve travma sonrası gelişim kavramlarının karşılaştırılması ile ilgili yapılan literatür taraması sonucuna göre, bu konuda yeterli sayıda araştırmaya rastlanmamıştır. Cummings ve Swickert (2010) yaptıkları çalışmada literatürde iki değişken arasındaki ilişki hakkında çok az bilgi bulunduğunu belirtmişlerdir. Çalışmadaki 221 katılımcıdan bir travma vakasını kaydetmeleri ve bu vakayla ilgili soruları yanıtlamaları istenmiştir ve katılımcılara Rotter'ın İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RIDKOÖ) ile travma sonrası gelişimi ölçeği için Algılanan Yarar Ölçeği (PBS) uygulanmıştır. Araştırmanın beklentisi iç kontrol odağına sahip kişilerin, dış kontrol odağına sahip kişilerden daha yüksek seviyede gelişim kaydedeceği yönündedir. Sonuçlar genel gelişim ile kontrol odağı arasında herhangi bir korelasyonel ilişki

bulunmadığını göstermiştir. Ancak travma sonrası gelişimin geliştirilmiş öz-yeterlilik formu kontrol odağı ölçeği ile önemli miktarda korelasyon olduğunu ortaya koymuştur.

## **2.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ**

- Meme kanseri hastalarında kontrol odağı ve travma sonrası gelişim arasında anlamlı bir ilişki bulunması,
- İç kontrol odağına sahip hastaların, dış kontrol odağına sahip hastalara göre daha fazla travma sonrası gelişim yaşamaması ve buna göre; hastalarda iç kontrol odağı puanı arttıkça travma sonrası gelişim puanının da artması, dış kontrol odağı puanı attıkça travma sonrası gelişim puanının düşmesi,
- Kontrol odağı açısından bakıldığında katılımcıların yaşam felsefesindeki, diğer kişilerle olan ilişkilerindeki ve kendisindeki değişimlere göre gruplararası anlamlı fark bulunması beklenmektedir.

## **BÖLÜM 3. YÖNTEM**

### **3. 1. KATILIMCILAR**

Araştırmaya, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesinde ayaktan ve yatılı tedavi gören toplam 100 kadın meme kanseri hastası katılmıştır. Ancak kullanılan ölçeklerin ve verilerin yarım kalmasından dolayı 9 kişi analizlere dâhil edilmemiştir. Bu sebeple araştırmaya toplamda 91 kişi dâhil edilmiştir. Katılımcıların yaşları 28-75 arasında değişmektedir ve yaş ortalaması 47,31; standart sapması ise 11,189 olarak hesaplanmıştır.

### **3. 2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırmada veri toplama amacıyla görüşmeci tarafından hazırlanan *Demografik Bilgi Formu* ve hastalığa dair değişkenlerle ilgili soruları içeren görüşme formu, *Rotter'ın İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ)* ve *Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (TSGÖ)* kullanılmıştır.

#### **3. 2. 1. Demografik Bilgi Formu**

Katılımcılara ilişkin bilgilerin elde edilmesinde araştırmacı tarafından geliştirilen demografik bilgi formu kullanılmıştır. Buna göre bilgi formunda, araştırmaya katılan bireylere; yaşları, eğitim durumları, medeni durumları, çocuğu olup olmadığı, kiminle beraber yaşadığı, hangi şehirde oturduğu, aylık gelir düzeyi sorulmuştur. Hastalığa dair soruları içeren diğer formda ise; hastaneye hangi belirtilerle başvurulduğu, hastalığın tanısının ne zaman konulduğu, tanı konulmadan önce hangi muayene yöntemlerinden

(kendi kendine meme kontrolü, doktor muayenesi, mamografi, ultrason, biyopsi) geçildiği, tanı konulduktan sonra hangi tedavi yöntemlerinden (kemoterapi, radyoterapi, ameliyat, hormon tedavisi) geçildiği, ailede başka kanser tanısı alan olup olmadığı, hastanın kanser dışında başka kronik hastalığının olup olmadığı, ailede başka kronik hastalığa sahip kişiler olup olmadığı, kanser hastalığı dışında travmatik bir olay yaşayıp yaşamadığı ve yaşadığıysa zamanı sorulmuştur.

### **3. 2. 2. Rotter’ın İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RIDKOÖ)**

Rotter’ın İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (Rotter’s Internal-External Locus of Control Scale) Rotter (1966) tarafından geliştirilen, 29 maddeden oluşan ve bireylerin genellenmiş kontrol beklentilerinin, içsellik-dışsallık boyutu üzerindeki konumunu saptamayı amaçlayan bir ölçektir. Her madde seçime-zorunlu cevaplama türünde ikişer seçeneği kapsamaktadır. Altı madde ölçeğin amacını gizlemek için dolgu olarak yerleştirilmiştir ve diğer 23 maddenin dışsallık yönündeki seçenekleri 1’er puanla değerlendirilmektedir. Ölçek puanı 0–23 arasında değişmekte ve yüksek puan dış kontrol odağı inancının artmasına işaret etmektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması, Dağ (1991) tarafından, biri 99 diğeri 532 denekten oluşan iki ayrı grup halinde üniversite öğrencilerine uygulanan çalışma ile yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik katsayısı  $r=.83$ , esas araştırma örnekleme verileri üzerinden iç tutarlık katsayısı .71 olarak bulunmuştur (Açıkmeşe, 2007).

### **3. 2. 3. Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (TSGÖ)**

Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (Posttraumatic Growth-PTGI), Tedeschi ve Calhoun (1996) tarafından, travmatik olaya bağlı gelişen olumlu değişimi ölçmek amacıyla geliştirilen, altılı Likert tipi (0=bu değişikliği yaşamadım; 5=bu değişikliği çok fazla yaşadım) 21 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin puan aralığı 0-105’tir. Alınan yüksek puan, kişinin travmatik yaşantı sonrasında yüksek düzeyde bir gelişme yaşadığını göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlığı 0.90 düzeyinde, test-tekrar test güvenirliği için yapılan çalışmada, korelasyon katsayısı 0.71 olarak bildirilmektedir. Dirik (2006) tarafından yapılan faktör analizinde, 3 alt boyut saptamıştır: Kişilerarası ilişkilerde



yaşanan değişim (16, 15, 21, 6, 20, 9, 8), yaşam felsefesindeki değişim (3, 7, 11, 14, 17) ve kişinin kendisindeki değişim (1, 2, 4, 5, 10, 12, 13, 18, 19). Ölçeğin güvenirlik katsayısı .94 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Kılıç (2005) tarafından yapılmıştır (Özlu, Yıldız ve Aker, 2010).

### 3. 3. İŞLEM

Veri toplama aşaması 2011 yılında Temmuz-Eylül ayları arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılım tamamıyla gönüllülük temelinde gerçekleşmiştir. Hastalara bu sebeple çalışmayla ilgili gerekli bilgiler ve Gönüllü Katılım Formu verilmiştir. Kemoterapi tedavisi sırasında hastaların ellerini kullanamamasından dolayı uygulamanın büyük çoğunluğu, görüşmeci tarafından gerçekleştirilmiştir. Elde edilen veriler, SPSS 11,5 programında, anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  alınarak değerlendirilmiştir. Veri analizi için *Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon*, *t-test* ve *Tek-Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)* teknikleri kullanılmıştır.

## BÖLÜM 4. BULGULAR

Araştırmanın amacı doğrultusunda ölçeklerden elde edilen veriler, *Pearson Momentler çarpımı korelasyon, t-testve Tek-Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)* teknikleri kullanılarak analiz edilmiştir.

### 4. 1. DEMOGRAFİK VERİ DAĞILIMLARI

Tablo 4.1. Demografik Değişkenler

		N	%
Yaş	28-45	43	47,8
	46-75	47	52,2
Eğitim Düzeyi	Düşük	42	46,2
	Yüksek	49	53,8
Medeni Durum	Evli	71	78,0
	Bekar	6	6,6
	Dul	7	7,7
	Boşanmış	7	7,7
Çocuk	Var	78	85,7
	Yok	13	14,3
Gelir Düzeyi	0-499	13	14,3
	500-999	26	28,6
	1000-1499	22	24,2
	1500-2499	25	27,5
	2500-3999	5	5,5

*Tablo 4. 1.*'de görüldüğü gibi araştırmaya toplam 91 kanser hastası katılmıştır. Ancak katılımcılardan 1 kişi, yaşını belirtmediği için yaşla ilgili tanımlayıcı istatistik ve analizlere katılmamıştır. Katılımcılar 28-75 yaş aralığında yer almaktadır. 28-45 yaş aralığında 43 hasta (%47,8), 46-75 yaş aralığında 47 hasta (%52,2) vardır. Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında; düşük eğitim düzeyine sahip 42 hasta (%46,2), yüksek eğitim düzeyine sahip 49 hasta (%53,8) bulunmaktadır. Medeni duruma bakıldığında evli 71 hasta (%78,0), bekâr 6 hasta (%6,6), dul 7 hasta (%7,7), boşanmış 7 hasta (%7,7) olduğu görülmektedir. Katılımcılardan 78'i (%85,7) çocuk sahibi iken, 13'ü (%14,3) çocuk sahibi değildir. Gelir düzeylerine bakıldığında ise, 0-499 arasında olanlar 13 (%14,3), 500-999 arasında olanlar 26 (%28,6), 1000-1499 arasında olanlar 22 (%24,2), 1500-2499 arasında olanlar 25 (%27,5), 2500-3999 arasında olanlar 5 (%5,5) kişidir.

## 4. 2. HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİLERİN DAĞILIMI

**Tablo 4. 2 Hastalıkla İlgili Değişkenler**

		N	%
<b>Ailede Kanser Öyküsü</b>	Var	41	45,1
	Yok	48	52,7
<b>Başka Hastalık Öyküsü</b>	Var	43	47,3
	Yok	46	50,5
<b>Ailede Başka Hast. Öyküsü</b>	Var	54	59,3
	Yok	35	38,5
<b>Başka Travma Öyküsü</b>	Var	34	37,4
	Yok	55	60,4
<b>Tanı Öncesi Tetkikler</b>			
<b>KKMK</b>	Evet	50	54,9
	Hayır	39	42,9
<b>Doktor Muayenesi</b>	Evet	56	61,5
	Hayır	33	36,3
<b>Mamografi</b>	Evet	73	80,2
	Hayır	16	17,6

<b>Ultrason</b>	Evet	70	76,9
	Hayır	19	20,9
<b>Tanı Sonrası Tedaviler</b>			
<b>Kemoterapi</b>	Evet	76	83,5
	Hayır	13	14,3
<b>Radyoterapi</b>	Evet	58	63,7
	Hayır	31	34,1
<b>Ameliyat</b>	Evet	74	81,3
	Hayır	15	16,5
<b>Biyopsi</b>	Evet	23	25,3
	Hayır	66	72,5

*Tablo 4. 2'ye baktığımızda; 2 katılımcının, hastalıkla ilgili sorulara cevap vermemesi sebebiyle 89 katılımcı arasında; ailesinde kanser öyküsü olan 41 (%45,1), herhangi başka bir hastalık öyküsü olan 43 (%47,3), ailesinde herhangi başka bir hastalık öyküsü olan 54 (%59,3), başka travma öyküsü olan ise 34 (%37,4) hasta bulunduğu görülmektedir. Tanı öncesi yapılan tetkiklere baktığımızda; KKMK yapan 50 hasta (%54,9), doktor muayenesi yaptıran 56 hasta (%61,5), mamografi yaptıran 73 hasta (%80,2), ultrason yaptıran 70 hasta (%76,9) vardır. Tanı sonrası yapılan tedavilere bakıldığında ise 89 hastadan 76'sı (%83,5) kemoterapi, 58'i (%63,7) radyoterapi, 74'ü (%81,3) ameliyat, 23'ü (%25,3) ise biyopsi uygulandığını belirtmiştir.*

### **4. 3. RİDKOÖ VE TSGÖ ÖLÇEKLERİNİN TANIMLAYICI İSTATİSTİKLERİ**

Katılımcıların ölçek puanlarına ait ortalama ( $\bar{X}$ ) ve standart sapma (S) değerleri *Tablo 4.3'*de verilmiştir.

**Tablo 4.3.** Kontrol odağı ile travma sonrası gelişim ölçeklerinden alınan toplam puanların tanımlayıcı istatistikleri

	N	$\bar{X}$	S	Min.	Max.
<b>RİDKOÖ</b>	91	11,24	3,410	3	19
<b>TSGÖ</b>	91	66,91	21,321	19	105

*Tablo 4.3*'te görüldüğü gibi, katılımcıların RİDKOÖ ortalaması 11,24, standart sapması 3,410, alınan minimum puan 3, maximum puan ise 9'dur. Katılımcıların TSGÖ ortalaması 66,91, standart sapması 21,321, alınan minimum puan 19 ve maximum puan ise 105'tir.

#### 4. 4. TSGÖ ALT ÖLÇEKLERİNİN TANIMLAYICI İSTATİSTİKLERİ

Katılımcıların TSGÖ alt ölçek puanlarına ait ortalama ( $\bar{X}$ ) ve standart sapma (S) değerleri *Tablo 4.4*'de verilmiştir.

**Tablo 4.4.** Travma sonrası gelişim ölçeğinin alt ölçeklerinden alınan puanların tanımlayıcı istatistikleri

	N	$\bar{X}$	S	Min.	Max.
<b>Yaşam Felsefesinde Değişim Alt Ölçeği</b>	91	14,12	6,521	0	25
<b>Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim Alt Ölçeği</b>	91	20,02	9,108	0	35
<b>Kişinin Kendisindeki Değişim Alt Ölçeği</b>	91	32,82	8,889	5	45

## 4. 5. KONTROL ODAĞI VE TRAVMA SONRASI GELİŞİM ARASINDAKİ İLİŞKİ

**Tablo 4. 5.** Kontrol odağı ile travma sonrası gelişim ölçekleri toplam puanları arasındaki korelasyon değerleri

	RİDKOÖ	TSGÖ
RİDKOÖ	1	-,180*
TSGÖ		1

\*  $p < .05$

*Tablo 4. 5'te* görüldüğü gibi, katılımcıların RİDKOÖ'den aldıkları puanlar ile TSGÖ'den aldıkları puanlar arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r = -,180$ ;  $p < .05$ ). Yüksek kontrol odağı puanı dış kontrol odağına işaret etmektedir ve kontrol odağı puanı arttıkça travma sonrası gelişim puanı düşmektedir.

## 4. 6. TRAVMA SONRASI GELİŞİM ÖLÇEĞİ TOPLAM PUANLARININ İÇ-DIŞ KONTROL ODAĞI AÇISINDAN İNCELENMESİ

Veriler analiz edilmeden önce, katılımcıların RİDKOÖ puanları düşük ve yüksek olarak iki gruba ayrılmıştır. RİDKOÖ puanları, standart puana göre 30 ile 70 yüzdellik değerlerde sınıflandırıldığında, elde edilen ilgili puanlar 9 ve 13 olarak bulunmuştur. Buna göre, 9 ve altında puan alan katılımcılar ( $n=28$ ) iç kontrol odağı, 13 ve üzeri puan alan katılımcılar ( $n=32$ ) ise dış kontrol odağı grubunu oluşturmuştur. İki puan arasında kalan 31 kişi ise analizlere dâhil edilmemiştir.

**Tablo 4. 6. Travma sonrası gelişim toplam puanı ile iç-dış kontrol odağı puanlarına ilişkin t-testi sonuçları**

	<b>KONTROL ODAĞI BOYUTU</b>	N	$\bar{X}$	S	t	P
TSGÖ	İÇ KONTROL	28	69,86	21,081	0,893	.1875
	DIŞ KONTROL	32	64,91	21,713		

Tablo 4. 6.' da görüldüğü gibi; travma sonrası gelişim ölçeğinden alınan toplam puanlar ile iç-dış kontrol odağı puanlarına ait t-testi sonuçlarına göre, iki grup arasında travma sonrası gelişim açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

#### **4. 7. KONTROL ODAĞI VE TRAVMA SONRASI GELİŞİM ÖLÇEKLERİNİN TOPLAM PUANLARININ DİĞER DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ**

**Tablo 4. 7. 1. Travma sonrası gelişim ve kontrol odağının yaş ve eğitim düzeyine ilişkin t-testi sonuçları**

	<b>YAŞ</b>	N	$\bar{X}$	S	t	P
<b>RIDKOÖ</b>	28-45	43	10,98	3,067	- 0,799	.21
	46-75	47	11,55	3,711		
<b>TSGÖ</b>	28-45	43	67,16	22,702	0,210	.42
	46-75	47	66,21	20,190		
	<b>EĞİTİM DÜZEYİ</b>	N	$\bar{X}$	S	t	P
<b>RIDKOÖ</b>	Düşük	42	10,69	3,056	-1,436	0,08
	Yüksek	49	11,71	3,651		
<b>TSGÖ</b>	Düşük	42	69,71	19,896	1,163	0,12
	Yüksek	49	64,51	22,392		

Tablo 4.7.1’de görüldüğü gibi, katılımcıların RIDKOÖ’den ve TSGÖ’den aldıkları toplam puanlar ile yaş değişkeni arasında yapılan t-test sonucuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. Eğitim açısından ise katılımcıların TSGÖ’den aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. RIDKOÖ’den aldıkları puanlar ile eğitim düzeyi arasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 4. 7. 2. Kontrol odağı ve travma sonrası gelişimin medeni durum ve gelir düzeyine ilişkin ANOVA sonuçları**

	MEDENİ DURUM	N	$\bar{X}$	S	F	P
RIDKOÖ	Evli	71	11,34	3,303	1,547	.21
	Bekar	6	8,50	3,987		
	Dul	7	11,71	2,812		
	Boşanmış	7	12,14	4,140		
TSGÖ	Evli	71	66,79	22,666	0,467	.71
	Bekar	6	64,33	21,602		
	Dul	7	75,00	10,847		
	Boşanmış	7	62,29	14,488		
	GELİR DÜZEYİ	N	$\bar{X}$	S	F	P
RIDKOÖ	0-499	13	9,85	3,132	1,435	.23
	500-999	26	11,50	3,076		
	1000-1499	22	11,27	3,535		
	1500-2499	25	11,12	3,358		
	2500-3999	5	14,00	4,848		
TSGÖ	0-499	13	60,31	25,937	1,033	.39
	500-999	26	71,85	16,284		
	1000-1499	22	63,36	23,910		
	1500-2499	25	69,64	21,366		
	2500-3999	5	60,40	18,528		

Tablo 4.7.2’de sunulan ANOVA sonuçlarına göre katılımcıların medeni durumları arasında RIDKOÖ’den aldıkları toplam puanlar açısından anlamlı fark bulunmamıştır. TSGÖ’den alınan toplam puan açısından ise yine anlamlı fark bulunmamıştır.



Katılımcıların gelir düzeyleri arasında kontrol odağı ve travma sonrası gelişim puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 4. 7. 3. Travma Sonrası Gelişim ve Kontrol Odağının çocuk sahibi olma durumuna ilişkin t-test sonuçları**

	ÇOCUK SAHİBİ OLMA	N	$\bar{X}$	S	t	P
RIDKOÖ	Evet	78	11,59	3,293	2,450	.08
	Hayır	13	9,15	3,484		
TSGÖ	Evet	78	66,36	21,437	-0,604	.27
	Hayır	13	70,23	21,131		

*Tablo 4.7.3*'te görüldüğü gibi, katılımcıların RIDKOÖ'den ve TSGÖ'den aldıkları toplam puanlar ile çocuk sahibi olma durumu arasında yapılan t-test sonucuna göre travma sonrası gelişim ve kontrol odağı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 4. 7. 4. Travma Sonrası Gelişim ve Kontrol Odağının ailede başka herhangi bir hastalık olma durumuna ilişkin t-test sonuçları**

	AİLEDE BAŞKA HASTALIK ÖYKÜSÜ	N	$\bar{X}$	S	t	P
RIDKOÖ	Evet	54	12,00	2,907	2,277	.013*
	Hayır	35	10,26	3,876		
TSGÖ	Evet	54	63,63	21,388	-1,645	.052
	Hayır	35	71,20	20,928		

\* $p < .05$

*Tablo 4.7.4*'te, katılımcıların RIDKOÖ'den ve TSGÖ'den aldıkları toplam puanlar ile ailede başka kronik hastalığa sahip birey bulunma durumu arasında yapılan t-test sonuçları görülmektedir. Buna göre, ailesinde başka kronik hastalığı olan ve olmayan katılımcılar arasında kontrol odağı puanları açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır (t

= 2,277;  $p < .05$ ). Ailesinde kronik hastalık olanlar ( $\bar{X} = 12,00$ ), olmayanlara göre ( $\bar{X} = 10,26$ ) kontrol odağı ölçeğinden daha yüksek puan almışlardır.

Diğer yandan ailesinde başka kronik hastalığı olan ve olmayan katılımcılar arasında travma sonrası gelişim puanları açısından anlamlı bir fark olma eğilimi bulunmaktadır. Ailesinde kronik hastalık olmayanların ( $\bar{X} = 71,20$ ), olanlara göre ( $\bar{X} = 63,63$ ) travma sonrası gelişim puanları daha yüksektir.

**Tablo 4. 7. 5. Travma Sonrası Gelişim ve Kontrol Odağının başka hastalığa sahip olma durumuna ilişkin t-test sonuçları**

	KİŞİDE BAŞKA HASTALIK ÖYKÜSÜ	N	$\bar{X}$	S	t	P
RIDKOÖ	Evet	43	10,79	3,248	-1,409	.08
	Hayır	46	11,80	3,519		
TSGÖ	Evet	43	67,72	21,930	0,472	.32
	Hayır	46	65,57	21,109		

\* $p < .05$

Tablo 4.7.5'te görüldüğü gibi, katılımcıların RIDKOÖ'den ve TSGÖ'den aldıkları toplam puanlar ile kanser dışında başka kronik bir hastalığa sahip olma durumu arasında yapılan t-test sonucuna göre, başka bir hastalık öyküsü olan katılımcılar ile olmayanlar arasında travma sonrası gelişim ve kontrol odağı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 4. 7. 6. Travma Sonrası Gelişim ve Kontrol Odağının ailede kanser hastalığı olma durumuna ilişkin t-test sonuçları**

	AİLEDE KANSER HASTALIĞI	N	$\bar{X}$	S	t	P
RIDKOÖ	Evet	41	11,29	3,777	-0,055	.48
	Hayır	48	11,33	3,103		
TSGÖ	Evet	41	67,34	21,662	0,298	.38
	Hayır	48	65,98	21,409		

\* $p < .05$

*Tablo 4.7.6*'da görüldüğü gibi, katılımcıların RIDKOÖ'den ve TSGÖ'den aldıkları toplam puanlar ile ailede kanser hastalığına sahip başka birinin olma durumu arasında yapılan t-test sonucuna göre, ailesinde kanser hastalığı olan ve olmayan katılımcılar arasında travma sonrası gelişim ve kontrol odağı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 4. 7. 7. Travma Sonrası Gelişim ve Kontrol Odağının başka travma öyküsüne sahip olma durumuna ilişkin t-test sonuçları**

	BAŞKA TRAVMA ÖYKÜSÜ	N	$\bar{X}$	S	t	P
RIDKOÖ	Evet	34	10,97	4,275	-0,677	.251
	Hayır	55	11,53	2,768		
TSGÖ	Evet	34	63,59	21,153	-1,046	.149
	Hayır	55	68,47	21,553		

\* $p < .05$

*Tablo 4.7.7*'de görüldüğü gibi, katılımcıların RIDKOÖ'den ve TSGÖ'den aldıkları toplam puanlar ile kanser hastalığı dışında başka bir travma öyküsü bulunma durumu arasında yapılan t-test sonucuna göre, travma sonrası gelişim ve kontrol odağı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 4. 7. 8. Travma Sonrası Gelişim ve Kontrol Odağı ile tanı öncesi tetkiklere ilişkin t-test sonuçları**

	KKMK	N	$\bar{X}$	S	t	P
RIDKOÖ	Evet	50	11,42	3,447	0,328	.37
	Hayır	39	11,18	3,402		
TSGÖ	Evet	50	69,78	21,311	1,597	.057
	Hayır	39	62,54	21,120		
	DOKTOR MUAYENESİ	N	$\bar{X}$	S	t	P
RIDKOÖ	Evet	56	11,41	3,827	0,380	.35
	Hayır	33	11,15	2,600		
TSGÖ	Evet	56	68,55	19,709	1,119	.13

	Hayır	33	63,30	23,990		
	<b>MAMOGRAFİ</b>	N	$\bar{X}$	S	t	P
<b>RIDKOÖ</b>	Evet	73	11,23	3,490	-0,481	.32
	Hayır	16	11,69	3,092		
<b>TSGÖ</b>	Evet	73	67,45	20,065	0,654	.26
	Hayır	16	62,75	27,175		
	<b>ULTRASON</b>	N	$\bar{X}$	S	t	P
<b>RIDKOÖ</b>	Evet	70	11,29	3,350	-0,153	.44
	Hayır	19	11,42	3,717		
<b>TSGÖ</b>	Evet	70	63,83	21,907	-2,413	.009**
	Hayır	19	76,84	16,174		

\*\* $p < .01$

Tablo 4. 7. 8'de katılımcıların RIDKOÖ'den ve TSGÖ'den aldıkları toplam puanlar ile tanı öncesi yapılan tetkiklere ilişkin t-test sonuçları görülmektedir. Buna göre, KKMK ve kontrol odağından alınan puanlar arasında anlamlı bir fark bulunamazken; KKMK ve travma sonrası gelişim puanları arasında bulunan fark anlamlı olma eğilimi göstermektedir.

Doktor muayenesi ile kontrol odağı puanları ve travma sonrası gelişim puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Mamografi ile kontrol odağı puanları ve travma sonrası gelişim puanları arasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ultrason ile kontrol odağı arasında anlamlı fark bulunmazken travma sonrası gelişim arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $t = -2,413$ ;  $p < .01$ ). Ultrasona girmeyen katılımcılar ( $\bar{X} = 76,84$ ), girenlere göre ( $\bar{X} = 63,83$ ) travma sonrası gelişim ölçeğinden daha yüksek puan almışlardır.

**Tablo 4. 7. 9. Travma Sonrası Gelişim ve Kontrol Odağının tanı sonrası tedavilere ilişkin t-test sonuçları**

	<b>KEMOTERAPİ</b>	N	$\bar{X}$	S	t	P
<b>RIDKOÖ</b>	Evet	76	11,18	3,451	-0,871	.19
	Hayır	13	12,08	3,174		
<b>TSGÖ</b>	Evet	76	67,18	21,331	0,613	.27

	Hayır	13	63,23	22,458		
	<b>RADYOTERAPİ</b>	N	$\bar{X}$	S	t	P
<b>RIDKOÖ</b>	Evet	58	11,45	3,628	0,504	.31
	Hayır	31	11,06	2,999		
<b>TSGÖ</b>	Evet	58	63,72	22,569	-1,758	.04*
	Hayır	31	72,00	18,199		
	<b>AMELİYAT</b>	N	$\bar{X}$	S	t	P
<b>RIDKOÖ</b>	Evet	74	11,41	3,561	0,556	.29
	Hayır	15	10,87	2,588		
<b>TSGÖ</b>	Evet	74	64,84	21,022	-1,751	.04*
	Hayır	15	75,33	21,908		
	<b>BİYOPSİ</b>	N	$\bar{X}$	S	t	P
<b>RIDKOÖ</b>	Evet	23	11,30	3,586	-0,017	.49
	Hayır	66	11,32	3,375		
<b>TSGÖ</b>	Evet	23	63,04	21,308	-0,926	.18
	Hayır	66	67,85	21,473		

Tablo 4.7.9’da katılımcıların RIDKOÖ’den ve TSGÖ’den aldıkları toplam puanlar ile tanı sonrası tedavilere ilişkin t-test sonuçları görülmektedir. Buna göre kemoterapi görenler ve görmeyenler arasında kontrol odağı ve travma sonrası gelişim puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Radyoterapi alan ve almayan katılımcılar arasında kontrol odağı puanları açısından anlamlı bir fark bulunmazken, iki grup arasında travma sonrası gelişim puanları açısından anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ( $t = -1,758$ ;  $p < .05$ ). Radyoterapi almayan katılımcılar ( $\bar{X} = 72,00$ ), alanlara ( $\bar{X} = 63,72$ ) göre travma sonrası gelişim ölçeğinden daha yüksek puan almışlardır. Aynı şekilde ameliyat olan katılımcılar ile olmayanlar arasında kontrol odağı puanları açısından anlamlı bir fark bulunmazken, travma sonrası gelişim açısından anlamlı bir fark bulunmuştur ( $t = -1,751$ ;  $p < .05$ ). Ameliyat olmayan katılımcılar ( $\bar{X} = 75,33$ ), olanlara ( $\bar{X} = 64,84$ ) göre travma sonrası gelişim ölçeğinden daha yüksek puan almışlardır.

Biyopsi ile de kontrol odağı ve travma sonrası gelişim arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

## 4. 8. KONTROL ODAĞI ÖLÇEĞİNDEN ALINAN TOPLAM PUANLAR İLE TRAVMA SONRASI GELİŞİM ÖLÇEĞİNİN ALT ÖLÇEK PUANLARI ARASINDA ELDE EDİLEN T-TEST SONUÇLARI

**Tablo 4. 8. 1. Kontrol odağı ölçeğinden alınan toplam puan ile travma sonrası gelişim ölçeğinin yaşam felsefesindeki değişim alt ölçeği puanları arasında yapılan t-test sonuçları**

	Yaşam Felsefesindeki Değişim Alt Ölçeği	N	$\bar{X}$	S	t	p
RIDKOÖ	Düşük	27	12,04	2,579	2,288	.013*
	Yüksek	32	10,28	3,205		

\* $p < .05$

Tablo 4.8.1’de görüldüğü gibi, katılımcıların RIDKOÖ’den aldıkları toplam puanlar ile TSGÖ alt ölçeklerinden yaşam felsefesindeki değişim alt ölçeğinden alınan puanlar arasında yapılan t-test sonuçlarına göre; kontrol odağı ile yaşam felsefesindeki değişim alt ölçeğinin düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $t = 2,288$ ;  $p < .05$ ). Yaşam felsefesindeki değişim puanı düşük olan katılımcılar ( $\bar{X} = 12,04$ ) yüksek olanlara göre ( $\bar{X} = 10,28$ ) kontrol odağı ölçeğinden daha yüksek puan almışlardır.

**Tablo 4. 8. 2. Kontrol odağı ölçeğinden alınan toplam puan ile travma sonrası gelişim ölçeğinin diğer kişilerle olan ilişkilerde değişim alt ölçeği puanları arasında yapılan t-test sonuçları**

	Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim Alt Ölçeği	N	$\bar{X}$	S	t	p
RIDKOÖ	Düşük	27	12,11	3,745	1,473	.07
	Yüksek	28	10,75	3,087		

\* $p < .05$

Tablo 4.8.2’de görüldüğü gibi, katılımcıların RIDKOÖ’den aldıkları toplam puanlar ile TSGÖ alt ölçeklerinden diğer kişilerle olan ilişkilerde değişim alt ölçeğinden alınan puanlar arasında yapılan t-test sonuçlarına göre; kontrol odağı ile diğer kişilerle olan

ilişkilerdeki değişim alt ölçeğinin düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak bulunan fark anlamlı olma eğilimi göstermektedir.

**Tablo 4. 8. 3. Kontrol odağı ölçeğinden alınan toplam puan ile travma sonrası gelişim ölçeğinin kişinin kendisindeki değişim alt ölçeği puanları arasında yapılan t-test sonuçları**

	Kişinin Kendisindeki Değişim Alt Ölçeği	N	$\bar{X}$	S	t	p
RIDKOÖ	Düşük	29	11,86	2,985	1,161	.12
	Yüksek	28	10,82	3,752		

\* $p < .05$

Tablo 4.8.2’de görüldüğü gibi, katılımcıların RIDKOÖ’den aldıkları toplam puanlar ile TSGÖ alt ölçeklerinden kişinin kendisindeki değişim alt ölçeğinden alınan puanlar arasında yapılan t-test sonuçlarına göre; kontrol odağı ile kişinin kendisindeki değişim alt ölçeğinin düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

#### 4. 9. TRAVMA SONRASI GELİŞİM ÖLÇEĞİNİN ALT ÖLÇEK PUANLARI İLE BAZI DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER ARASINDA YAPILAN ANALİZLER SONUCU ELDE EDİLEN T-TEST SONUÇLARI

**Tablo 4.9.1. TSGÖ alt ölçekleri ile ailede kronik bir hastalık bulunma durumuna ilişkin t-test sonuçları**

	Ailede Hastalık Öyküsü	N	$\bar{X}$	S	t	p
Yaşam Felsefesindeki Değişim Alt Ölçeği	Var	54	12,85	6,81	-2,214	.014*
	Yok	35	15,94	5,80		
Diğer Kişilerle İlişkiler Alt	Var	54	19,33	9,43	-,753	.227
	Yok	35	20,83	8,71		

Ölçeği						
Kişinin Kendisindeki Değişim Alt Ölçeği	Var	54	31,43	8,86	-1,654	.051
	Yok	35	34,60	8,83		

\* $p < .05$

Tablo 4.9.1'de katılımcıların ailede hastalık öyküsü bulunma durumu ile TSGÖ alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında yapılan t-test sonuçları görülmektedir. Buna göre, ailede hastalık öyküsü olanlar ve olmayanlar arasında yaşam felsefesindeki değişim alt ölçeği puanları açısından anlamlı bir fark bulunmuştur ( $t = -2,214$ ;  $p < .05$ ). Ailede hastalık öyküsü bulunmayan katılımcılar ( $\bar{X} = 15,94$ ), bulunanlara göre ( $\bar{X} = 12,85$ ) yaşam felsefesindeki değişim alt ölçeğinden daha yüksek puan almışlardır. Ailede hastalık öyküsü olanlar ve olmayanlar arasında kendiyile ilgili değişim alt ölçeği puanları açısından anlamlı bir fark olma eğilimi gözlenmiştir.

Diğer yandan, Ailede hastalık öyküsü olanlar ve olmayanlar arasında diğer kişilerle olan ilişkilerdeki değişim alt ölçeği puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 4.9.2. TSGÖ alt ölçekleri ile kişinin ameliyat olup olmama durumuna ilişkin t-test sonuçları**

	Ameliyat	N	$\bar{X}$	S	t	p
Yaşam Felsefesindeki Değişim Alt Ölçeği	Evet	74	13,66	6,55	-1,297	.09
	Hayır	15	16,07	6,54		
Diğer Kişilerle İlişkiler Alt Ölçeği	Evet	74	19,26	9,17	-1,536	.06
	Hayır	15	23,20	8,50		
Kişinin Kendisindeki Değişim Alt Ölçeği	Evet	74	31,88	8,74	-1,894	.03*
	Hayır	15	36,60	9,13		

\* $p < .05$



*Tablo 4.9.2*'de katılımcıların ameliyat olma durumu ile TSGÖ alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında yapılan t-test sonuçları görülmektedir. Buna göre, ameliyat olanlar ve olmayanlar arasında kendiyle ilgili değişim alt ölçeği puanları açısından anlamlı bir fark bulunmuştur ( $t = -1,894$ ;  $p < .05$ ). Ameliyat olmayan katılımcılar ( $\bar{X} = 36,60$ ), olanlara göre ( $\bar{X} = 31,88$ ) kendiyle ilgili değişim alt ölçeğinden daha yüksek puan almışlardır. Ayrıca, ameliyat olanlar ve olmayanlar arasında diğer kişilerle ilişkilerdeki değişim alt ölçeği puanları açısından anlamlı bir fark olma eğilimi gözlenmiştir. Diğer yandan, ameliyat olanlar ve olmayanlar arasında yaşam felsefesindeki değişim alt ölçeği puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 4.9.3. TSGÖ alt ölçekleri ile kişinin kendi kendine meme kontrolü (KKMK) yapmasına ilişkin t-test sonuçları**

	KKMK	N	$\bar{X}$	S	t	p
Yaşam Felsefesindeki Değişim Alt Ölçeği	Evet	50	14,66	6,55	,962	.17
	Hayır	39	13,31	6,61		
Diğer Kişilerle İlişkiler Alt Ölçeği	Evet	50	20,98	9,72	1,242	.11
	Hayır	39	18,56	8,25		
Kişinin Kendisindeki Değişim Alt Ölçeği	Evet	50	34,20	8,47	1,850	.03*
	Hayır	39	30,72	9,23		

\* $p < .05$

*Tablo 4.9.3*'te katılımcıların kendi kendine meme kontrolü yapması ile TSGÖ alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında yapılan t-test sonuçları görülmektedir. Buna göre, KKMK yapanlar ve yapmayanlar arasında kendiyle ilgili değişim alt ölçeği puanları açısından anlamlı bir fark bulunmuştur ( $t = 1,850$ ;  $p < .05$ ). KKMK yapan katılımcılar ( $\bar{X} = 34,20$ ), yapmayanlara göre ( $\bar{X} = 30,72$ ) kendiyle ilgili değişim alt ölçeğinden daha yüksek puan almışlardır. Diğer kişilerle ilişkilerdeki değişim ve yaşam felsefesindeki değişim alt ölçeklerinden alınan puanlar açısından ise anlamlı bir fark bulunmamıştır.

## BÖLÜM 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

İnsanlar yaşadıkları olayları veya davranışlarının sonuçlarını, kendi eylemleri ve kişilik özellikleri gibi içsel faktörlere veya şans, kader, diğer insanlar gibi dışsal faktörlere yükleme eğilimindedirler. Kontrol odağı denilen bu kişilik özelliğine göre; birçok insanın içsel ve dışsal kontrol odağı boyutlarının ortalarında yer almasına rağmen, bu iki durum arasındaki farkların yarattığı sonuçlar araştırmacılar için önemli bir inceleme konusudur.

Araştırmalardan elde edilen sonuçlara göre kontrol odağının; fiziksel ve ruhsal sağlık, başarı, kendilik değeri, kişisel uyum, başa çıkma becerileri gibi pek çok değişkenle olan ilişkisi ve kişilerin kontrole yönelik inançlarının hastalanma ve hastalığa bağlı ölümler üzerinde rol oynayan önemli değişkenlerden biri olduğu ortaya konulmuştur (Tabak ve Akköse, 2006).

Kanser hastalarında yapılan çalışmalardan elde edilen bulgulara göre de kişilerin kontrol odağı inancının hastalığa bağlı değişkenler üzerinde etkili olduğu gözlenmiştir (Chen, Deng ve Chang, 2001; Bettencourt ve ark., 2008; Gültekin ve Baran, 2005). Kanser hastalığının araştırmalarda daha çok bir travma olarak ele alınıp kişilerin hayatlarındaki olumsuz etkileri ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri açısından incelendiği görülmektedir. Ancak, son yıllarda hastalık gibi travmaların kişilerin hayatlarındaki olumlu etkileri üzerinde de durulmuş ve travma sonrası gelişim kavramı araştırmalarda yer bulmaya başlamıştır. Bu araştırmada ise meme kanseri hastalarının kontrol odağı inancı ile hastalık sonucu yaşanan travma sonrası gelişim arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre; kontrol odağı puanlarının artmasıyla birlikte, travma sonrası gelişim puanlarının düştüğü görülmüştür. Kontrol odağı puanının artması, dış kontrol odaklı olmaya işaret etmektedir. Dış kontrol odağı inancı yüksek olan meme kanseri hastalarında, travma sonrası gelişimin daha az yaşanması; kişilerin hastalıklarının kaynağı ile ilgili algılarının dışsal faktörlere bağlı olması, bu durumda kendilerini çaresiz, hastalığı ise kontrol edilemez bulmaları ve olumlu gelişim yaşayabilmek için gerekli olan içsel motivasyon ve güce sahip olmamaları şeklinde yorumlanabilir. İç

kontrol odağına sahip bireyler kendilerini başlarına gelen olayların içinde gördükleri ve travmayla aktif bir şekilde mücadele ettikleri için, daha çok travma sonrası gelişim yaşayacakları düşünülmektedir. Dış kontrol odağına sahip bireyler ise, olayların kendileri dışında farklı bir güç tarafından yönetildiği inancına sahip oldukları için yaşadıkları tüm kötü durumları şansızlıklarına bağlamakta ve travmadan sonra bir gelişim sağlayabilecekleri üzerinde durmamaktadırlar.

Elde edilen bu bulgu beklenen yöndedir fakat literatürde bu iki değişkenin ilişkisi incelendiğinde rastlanan mevcut tek araştırmayla tutarlı değildir. Literatürde doğrudan bu iki değişkenin ilişkisini inceleyen tek bir araştırma bulunabilmiştir. Söz konusu araştırmada, kontrol odağı ile travma sonrası gelişim toplam puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Cummings ve Swickert, 2010). Yurt içi literatürde ise bu değişkenlerin ilişkisini konu edinen herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Bununla birlikte, katılımcılar kontrol odağı değişkeni açısından iç kontrol ve dış kontrol odağı olmak üzere iki gruba ayrılmış ve bu iki grup travma sonrası gelişim açısından karşılaştırılmıştır. Sonuçlar gruplar arasında travma sonrası gelişim açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığını göstermektedir. Beklenenin aksine çıkan bu sonuç, literatürle tutarsızdır. Cummings ve Swickert'ın (2010) araştırmasına bakıldığında, iç kontrol odağı daha yüksek olan bireylerin, dış kontrol odağına sahip olanlara göre yaşadıkları travmatik olaydan daha fazla yarar algıladıkları görülmüştür. İç kontrol odağına sahip bir birey, dış kontrol odağı fazla olan birine göre travmatik bir vakaya cevap verirken kendisinin farkında olması, daha yüksek olmaktadır. Böylece iç kontrole sahip kişiler, stresli bir olayı tecrübe ederek gelişmeyi algılamakta, bu da yeterlilik hissini artmasına sebep olmaktadır. Ortaya çıkan sonucun bu çalışmayla tutarsız olması, katılımcıların çoğunun (41 kişi) son bir yıl içerisinde kanser tanısı almış olmasından kaynaklanıyor olabilir. Travma sonrası gelişimin sağlanabilmesi için, hastalık deneyimi ve algıların olumlu yönde değişmesi, kişinin yaşadığı şoku atlatarak yapabilecekleri üzerinde düşünebilmesi ve hayatının geri kalanını planlayabilmesi açısından tanının üzerinden daha uzun bir süre geçmesi gerektiği düşünülebilir.

Travma sonrası gelişim kavramının türleri olarak incelenen ve ölçeğin alt boyutlarını oluşturan kişinin yaşam felsefesindeki, diğer kişilerle olan ilişkilerindeki ve kendilik algısındaki değişimler çeşitli araştırmalarda incelenmiştir (Bayraktar, 2008; Tüfekçi, 2011). Bu çalışmada da kontrol odağı puanları, travma sonrası gelişim ölçeğinin alt

boyutları açısından değerlendirilmiştir. Katılımcıların, kontrol odağı puanları arttıkça “yaşam felsefesindeki değişim” alt ölçeği puanları düşmektedir. Kontrol odağından alınan yüksek puanın dış kontrol odağı inancına işaret ettiği düşünüldüğünde, ortaya çıkan bu sonuç beklenen yöndedir. Bu bulgu, kişilerin başlarına gelen olayları kontrol edemeyeceklerine inanmalarının, yaşamlarına yeni bir yön verme ve fırsatları daha iyi değerlendirme yönünde adım atmamalarına ve yaşam felsefelerinde değişim sağlanamamasına yol açtığı şeklinde yorumlanabilir. Bayraktar’ın (2008) çalışmasında ise; yaşam felsefesindeki değişim alt ölçeğinden yüksek puan alanların, düşük puan alanlara göre hastalıklarının nedenlerine ilişkin dışsal atıfta bulunma puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Katılımcıların kontrol odağı puanları açısından diğer kişilerle ilişkilerindeki değişim puanları arasında ve kendileriyle ilgili algılarındaki değişim puanları arasında da anlamlı fark bulunacağı düşünülmüş, ancak böyle bir bulgu ortaya çıkmamıştır. Bu durum literatürde rastlanan bulguyla tutarsızdır. Bayraktar’ın (2008) çalışmasında; diğer kişilerle olan ilişkilerde değişim alt ölçeğinden yüksek puan alanlar, düşük puan alanlara göre hastalıklarının nedenini şans faktörüne bağlama açısından daha yüksek puan almışlardır. Kişinin kendisindeki değişim alt ölçeğinden yüksek puan alanlar ise, düşük puan alanlara göre hastalıklarının nedeni olarak kontrol edilemeyen bedensel faktörlere atıfta bulunma puanları açısından daha yüksek puan almışlardır. Bu çalışmada ortaya çıkan sonuçların sebebi daha önce de denildiği gibi, hastaların tanı konulma zamanları dikkate alındığında, bu sürenin travma sonrası gelişim göstermeleri açısından yeterli bir süre olmayabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Kanser hastalığına sahip birinin ailesinde de kronik bir hastalık öyküsü olma durumuna ilişkin bulgulara bakıldığında, kontrol odağı açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Ailede kronik hastalığa sahip birinin varlığı, kişinin hastalıkla ilgili algısını etkilemekte ve kontrol odağı puanını arttırmaktadır. Dış kontrol odaklı kişiler hastalıklarının kaynaklarını daha çok şans, kader gibi dışsal faktörlere bağlamaktadırlar. Kontrol odağı puanının artması dış-kontrol odağına işaret etmektedir ve hem kendisinde hem ailesinde kronik hastalık bulunma durumu kişinin kontrol odağının dış-odaklı ucuna doğru kaymasına sebep olmuş olabilir.

Ailede kronik bir hastalık olması durumunda, kişinin hastalıkla ilgili süreçleri önceden bildiği, başa çıkma konusunda diğer aile bireylerini gözlemlediği ve deneyim

kazandığı düşünülebilir. Ancak, tam tersi şekilde ailesinde kronik bir hastalık bulunma durumu kişilerin hastalıkla ilgili olumsuz süreçleri de yakından gözlemlemesine imkân vermektedir. Diğer bireylerin yaşamında meydana gelen olumsuzluklar ve gerilemeler, kişilerin kendi hastalıklarıyla ilgili algılarında umutsuzluğa düşmelerine sebep olabilir. Böyle düşünüldüğünde; katılımcıların ailesinde kronik hastalık olmaması durumunda, yaşam felsefesinden aldıkları puanlarda ortaya çıkan artışın anlamlı olduğu görülmektedir. Aynı şekilde; ailesinde kronik bir hastalık olmayan kişinin kendi ile ilgili değişim puanının yüksek olması da bu bağlamda düşünülebilir. Ailedeki hasta bireyde meydana gelen olumsuz değişimler hastalığın gidişatı veya hastanın yaşam kalitesi üzerinde etkili olduysa, bunu gözlemleyen diğer hasta birey de olumsuz şekilde etkilenecek, değişim için yeterli çabayı göstermeyebilir veya hastalıkla yaşama konusunda kendisine yeni bir yön çizmeyebilir.

Travma sonrası gelişim üzerinde etkili olabileceği düşünülen bir diğer değişken ise katılımcıların kanser hastalığı dışında yaşadıkları diğer travmalardır. Ancak; kişilerin travma sonrası gelişim puanları, başka bir travma öyküsünün varlığı açısından incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Elde edilen bu bulgu, trafik kazası yaşayanlarla yapılan bir çalışmadan (Tüfekçi, 2011) elde edilen sonuçla tutarlı yöndedir. Sözü edilen çalışma sonucunda, trafik kazası geçiren kişilerde diğer travma öyküsü olup olmamasının, travma sonrası gelişimle ilişkisi olmadığı bildirilmiştir. Bu çalışmada; travma sonrası gelişimin, kanser sonrası deneyimlenen olaylara mı bağlı olduğu yoksa daha önceki travmatik olaylardan mı kaynaklandığı tam olarak bilinmemektedir. Bu belirsizliğin, travma sonrası gelişim açısından bakıldığında, başka travma öyküsü bulunan ve bulunmayan hastalar arasında anlamlı farka ulaşılamamasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Meme kanseri için uygulanan tedavi yöntemlerinden biri olan ameliyat sonucu memenin bir kısmını ya da tamamını kaybetmiş olmak, kadınlarda beden imgesi, öz-saygı, aile ve eş ile ilişkiler, cinsel tutum gibi birçok konu üzerinde etkili olmaktadır (Özkan, 2007). Bedendeki değişiklik sonucu kadınların kendileriyle ilgili algılarında bozulmalar meydana gelebilmektedir ve bu da bazı psikolojik sorunları beraberinde getirmektedir. Tanı sonrasında ameliyat olan kadınların “kendisiyle ilgili değişimler” alt ölçeğinden aldıkları puanlara bakıldığında, ameliyat olmanın bu değişimleri olumsuz etkilediği görülmektedir. Ameliyat olmak, kendi ile ilgili değişim alt ölçeğinden alınan

puanı düşürmektedir. “Diğer kişilerle olan ilişkilerdeki değişimler” alt ölçeği ile ameliyat olma durumu arasında çıkan sonuç da anlamlı olma eğilimi göstermektedir. Ameliyat olmak, bu alt ölçekten alınan puanların düşmesine sebep olmaktadır. Aynı zamanda, travma sonrası gelişim ölçeğinden alınan toplam puanlar açısından ameliyat olan ve olmayan katılımcılar arasında da fark olduğu görülmektedir. Ameliyat olmayan katılımcıların travma sonrası gelişim puanları artmaktadır. Bu sonuçlar; toplum ve kadınlar için kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğin ve cinselliğin simgesi olarak algılanan memenin kaybının, hastalarda büyük bir travmaya sebep olduğu ve travma sonrası stres belirtilerinin ortaya çıkmasının, travma sonrası gelişime kıyasla daha muhtemel gözüktüğü şeklinde yorumlanabilir. Ancak sonuçların bu yönde çıkmasında, katılımcıların büyük çoğunluğunun (75 kişi) ameliyat geçirmiş olmasının da etkili olabileceği düşünülebilir.

Kanser tedavilerinden radyoterapi alanlar ile almayanlar arasında travma sonrası gelişim açısından bulunan anlamlı fark da aynı şekilde düşünülebilir. Radyoterapi tedavisi almak, travma sonrası gelişim puanlarını düşürmektedir. Hastalığın tedavilerinin zor ve ağır geçmesi kişilerde olumlu gelişim yaşanmasını engelliyor olabilir. Kemoterapi de ağır ve kişinin yaşamını olumsuz etkileyebilecek bir tedavi şekli olmasına rağmen, sonuçlara bakıldığında kemoterapi görenler ve görmeyenler arasında travma sonrası gelişim açısından anlamlı fark bulunmaması, katılımcıların çok büyük bir kısmının (76 kişi) kemoterapi görenlerden oluşması ve diğer grubun sayısının çok düşük olmasına (13 kişi) bağlanabilir.

Tanı öncesi tetkiklere ilişkin bulgulara bakıldığında, ultrasona giren ve girmeyen katılımcılar arasında travma sonrası gelişim açısından bulunan yüksek düzeyde anlamlı fark, girmeyenlerin daha yüksek puan aldığını göstermektedir. Ayrıca, kendi kendine meme kontrolü yapan katılımcıların daha yüksek travma sonrası gelişim gösterme eğiliminde olduğu görülmektedir. Kendi kendine meme kontrolü, kişinin bedenini kontrol etme ve hastalığı önceden önleme isteği ile yapılmaktadır, bu da yaşamlarını ve hastalıklarını kontrol edebileceğine inanan içsel kontrol odağı inancına sahip katılımcılarda olması beklenen bir davranıştır. Bu durum, katılımcılarda kontrol odağı puanları düştükçe, travma sonrası gelişim puanlarının artması ile ilişkilendirilebilir. Kendi kendine meme kontrolü yapan ve yapmayan katılımcılar arasında travma sonrası gelişim ölçeğinin “kişinin kendisiyle ilgili değişimler” alt ölçeğinden aldıkları puanlar

açısından da anlamlı fark olması, yine bu bağlamda düşünülebilir. Kendi kendine meme kontrolü yapan katılımcıların, içsel sorumluluk olarak bedenleri ile ilgili durumları kontrol edebileceklerine inandıkları ve bu sebeple hastalık tanısından sonra da kendiyile ilgili değişimler yaşadıkları düşünülebilir.

Araştırmada incelenen demografik değişkenlerin çoğunda, kontrol odağı ve travma sonrası gelişim açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır.

Yaş değişkeni öncelikle iki gruba indirgenmiş ve bu iki grup kontrol odağı açısından karşılaştırılmıştır. Bulgulara bakıldığında, kontrol odağı puanları açısından yaş grupları arasında anlamlı fark olmadığı görülmektedir. Katılımcıların yaş dağılımlarına bakıldığında, çoğunluğun 40–50 yaş arasında olması sonuçların bu yönde çıkmış olmasında etkili olmuş olabilir. Literatürdeki bazı çalışmalarda da kanser hastalarında kontrol odağı ve yaş değişkeni arasında anlamlı fark bulunmadığı görülmüştür (Pinquart, Fröhlich ve Silbereisen, 2007; Stiegelis ve ark., 2003; Vinokur, Theratt, Caplan ve Zimmerman, 1989). Literatürdeki bir çalışmada (Hickson, Housley ve Boyle, 1988) ise; yaşlı insanlarda yaşam doyumu ve ölüm kaygısı açısından kontrol odağı, yaş ve cinsiyet arasındaki ilişki incelenmiştir. Ölüm kaygısı açısından kontrol odağı ve yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgu klinik ortamdan elde edilmediği için, kanser hastaları üzerinde yapılan bu çalışma sonuçlarıyla tutarsız olması beklenen yönde olabilir.

Travma sonrası gelişim puanları açısından da yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Literatüre bakıldığında; Morris ve Shakespeare-Finch'in (2011) çalışmasında kanser hastalarında travma sonrası gelişim ve yaş değişkeni arasında düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bellizzi'nin (2004) kanser hastalarında travma sonrası gelişimi incelediği çalışmasında katılımcılar yaşları açısından üç gruba ayrılmışlardır (26–41, 42–54, 55 ve üstü). Çalışma sonucunda en yaşlı grubun travma sonrası gelişim düzeyi diğer iki yaş grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Şizofreni hastalarına bakım verenlerden travma sonrası gelişimi inceleyen Özlü, Yıldız ve Aker'in (2010) çalışmasında ise, travma sonrası gelişim puanı yüksek olan bakım verenlerle, düşük olan bakım verenlerin yaşları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Genç bakım verenlerde, yaşlı bakım verenlere göre gelişim daha yüksektir. Tüfekçi'nin (2011) trafik kazası geçiren kişilerle yaptığı çalışmasında, yaş arttıkça dünyaya ilişkin varsayımlarla ilgili ölçek puanının da arttığı görülmektedir.

Yaşla beraber artan kabullenmişliklerin bunda payı olduğu vurgulanmıştır. Ancak; trafik kazası geçiren kişilerde, kanser hastalarının yaşadığı hastalığın ilerleme göstermesi, vücudu yavaş yavaş yok etmesi ve kişiyi ölüme götürmesi gibi düşünceler olmadığından bulguların birbirinden farklı çıktığı düşünülebilir.

Medeni duruma ilişkin bulgulara bakıldığında, kontrol odağı açısından gruplar arasında anlamlı fark görülmemiştir. Bu bulgu literatürdeki Declerck, Brabander, Boone ve Gerits'in (2002) 49 meme kanseri hastasıyla yaptıkları çalışmayla tutarlılık göstermektedir. Kontrol odağı değişkenini iç-dış ve orta olarak üç gruba ayırdıkları çalışmada, medeni durum açısından evli olmanın sadece orta kontrol odağı grubundaki hastalarla ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Evli olmayan orta kontrol odağı grubundaki hastaların, evli olanlara göre hastalık tanısı aldıktan sonra daha çok kontrol kaybına uğradıklarını ifade etmişlerdir. Travma sonrası gelişim açısından medeni duruma ilişkin bulgulara bakıldığında yine anlamlı fark görülmemiştir. Benzer şekilde, Güven'in (2010) depremzedelerle yaptığı çalışmasında da, travma sonrası gelişim açısından medeni duruma göre anlamlı fark görülmemiştir. Bir başka çalışma olan Özlü, Yıldız ve Aker'in (2010) çalışmasında da aynı sonuca ulaşılmıştır.



## BÖLÜM 6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE ÖNERİLER

Araştırmanın sadece meme kanseri hastaları ile yapılmış olmasının ve katılımcıların büyük çoğunluğunun ölçekleri kemoterapi ünitesinde, tedavi sırasında doldurmuş olmalarının sonuçları etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Veri toplama işlemlerinin çoğunluğu, hastaların kemoterapi sebebiyle ellerini kullanamamasından dolayı sorular okunarak yapılmıştır. Bunun, cevaplar üzerinde etkili olması muhtemeldir.

Katılımcılarının çoğunun meme kanseri tanısını son 1 yıl içerisinde almış olmalarının ölçeklerden alınan puanları etkileyebileceği ve farklı tanı süreleri karşılaştırılarak yapılan araştırmaların daha anlamlı sonuçlar verebileceği düşünülmektedir. Uzun zamandır hastalığa sahip olma, hastalıkla ilgili algıların değişmesine ve bu da travma sonrası gelişim ve kontrol odağı puanlarının farklılaşmasına sebep olabilir.

Kişilerin yaşadıkları travmalarla ilgili, özellikle de tedavi sırasında zor bir süreç yaşarken bilgi vermektan kaçınmaları, araştırmanın sonuçlarını etkilemiş olabilir.

Meme kanseri kadınlık algısının değişmesine yol açan bir hastalık olduğu için, sonuçlar buna bağlı olarak ortaya çıkmıştır. İleride yapılacak çalışmalara diğer kanser türlerinin de dâhil edilmesi, ameliyat gibi kadınlığın kaybına yol açtığı şekilde algı yaratan tedavi yöntemlerinin diğer hastalık gruplarında sonuçlara nasıl etki edeceğinin daha iyi gözlenmesini sağlayacaktır.

Türkiye’de bu konuda hiçbir çalışmanın olmadığı göz önüne alınacak olursa bu çalışmanın, meme kanseri hastalarında kontrol odağı ve travma sonrası gelişim arasındaki ilişki ile ilgili ileride yapılacak çalışmalara faydalı olabileceği ve bir kapı aralayabileceği düşünülmektedir. Travmanın sadece olumsuz sonuçlarına değil de travma sonrasında yaşanabilecek olumlu gelişmelere de odaklanmak, hastalarla klinik ortamda çalışanlara yardımcı olabilir.

## KAYNAKLAR

- Açıkmeşe, N. İ. (2007). *Kanser hastalarında iç-dış kontrol odağının depresyon üzerine etkisinin araştırılması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Alacacıoğlu, A., Yavuzşen, T., Diriöz, M., Yeşil, L., Bayrı, D. ve Yılmaz, U. (2007). Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 17 (2), 87-93.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000). *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı (DSM- IV- TR)*. (3. Baskı). (E. Köroğlu Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Arıkan, G. (2007). *Prevalence of traumatic events and determinants of posttraumatic growth in university students*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ortadoğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi.
- Arıkan, R. N. (2000). Travmatik bir yaşantı: Meme kanseri ve mastektomi. *Kriz Dergisi*, 9 (1), 39-46.
- Arraras, J. I., Wright, S. J., Jusue, G., Tejedor, M. ve Calvo J. I. (2002). Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviours in cancer and other diseases. *Psychology, Health&Medicine*, 7 (2), 181-187.
- Ateşçi, F. Ç., Oğuzhanoglu, N. K., Baltalarlı, B., Karadağ, F., Özdel, O. ve Karagöz, N. (2003). Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14 (2), 145-152.
- Avuçan, E.E., İmrek, M. ve Karaboğa, I. (2006). Kanser psikososyal yönleri. *Türk Psikoloji Bülteni*, 12(38), 81-91.
- Aydıntuğ, S. (2004). Meme kanserinde erken tanı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13(6), 226-228.
- Aygın, D. ve Eti Aslan, F. (2008). Meme kanserli kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4 (2), 105-114.
- Babacan Gümüş, A. (2006). Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2 (3), 108-114.
- Bahar, A. (2007). Ölüm sürecinde olan hasta: Terminal bakım ve hospis. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6), 147-158.

- Bayraktar, S. (2008). *Kanser hastalarında travma sonrası gelişim olgusunun ve etkileyen faktörlerin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Bellizzi, K. M. (2004). Expressions of generativity and posttraumatic growth in adult cancer survivors. *International Journal of Aging & Human Development*, 58 (4), 267-287.
- Bettencourt, B. A., Talley, A. E., Molix, L., Schlegel, R. ve Westgate, S. J. (2008). Rural and urban breast cancer patients: Health locus of control and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*, 17, 932-939.
- Bilge, A. ve Çam, O. (2008). Kanserli önlemede önemli bir faktör olarak kadınların stres ile başa çıkma tarzları ve sağlık inanışlarının incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 16-21.
- Bilir, N. (2006). Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3), 1-6.
- Bozdoğan, A., Özçınar, B., Özkan- Gürdal, S., Müslümanoğlu, M., Iğci, A., Keçer, M. ve diğer. (2010). Evre 1 meme kanserli hastalarda mortaliteyi etkileyen faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 6 (3), 107-112.
- Budak, S. (2003). *Psikoloji Sözlüğü*. (2. Baskı). Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Burger, J. M. (2006). *Kişilik*. (İ. D. Erguvan- Sarıoğlu. Çev.). İstanbul: Kaknüs Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 2004).
- Chen, M. L., Deng, S. L. ve Chang, H. K. (2001). A comparison of the health locus of control and perceived social support between cancer and AIDS patients. *Scand J Caring Sci*, 15, 92-98.
- Chopko, B.A. (2010). Posttraumatic distress and growth: An empirical study of police officers. *American Journal Of Psychotherapy*, 64 (1), 55-72.
- Cordova M., Cunnigham L., Carlson C. ve Andry- Kowski M. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *H Psychol*, 20, 176-185.
- Cummings, J. ve Swickert, R. (2010). Relationship between locus of control and posttraumatic growth. *Individual Differences Research*, 8 (3), 198-204.
- Çam, O., Saka, Ş. ve Babacan- Gümüş, A. (2009). Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5 (2), 73-81.
- Dağ, İ. (1991). Rotter'ın İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Psikoloji Dergisi*, 7 (26), 10-16.
- Dağ, İ. (1992). Kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük ve psikopatoloji ilişkileri. *Psikoloji Dergisi*, 7 (27), 1-9.

- Dağ, İ. (1999). The relationships among paranormal beliefs, locus of control and psychopathology in a Turkish college sample. *Personality and Individual Differences*, 26 (4), 723-737.
- Dağ, İ. (2002). Kontrol Odağı Ölçeği (KOÖ): Ölçek geliştirme, güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 17 (49), 77-90.
- Declerck, C. H., de Brabander, B., Boone, C. ve Gerits, P. (2002). Locus of control, marital status and predictors of early relapse in primary breast cancer patients. *Psychology and Health*, 17 (1), 63-76.
- Denney, R.M., Aten, J.D. ve Leavell, K. (2011). Posttraumatic spiritual growth: a phenomenological study of cancer survivors. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(4), 371-391.
- Derks, W., de Leeuw, J.R.J., Hordijk, G.J. ve Winnubst, J.A.M. (2005). Differences in coping style and locus of control between older and younger patients with head and neck cancer. *Clinical Otolaryngology*, 30, 186-192.
- Devine, K., Reed-Knight, B., Loiselle, K., Fenton, N. ve Blount, R.L. (2010). Posttraumatic growth in young adults who experienced serious childhood illness: a mixed-methods approach. *J Clin Psychol Med Settings*, 17, 340-348.
- Dirik, G. ve Karancı, A.N. (2008). Variables related to posttraumatic growth in Turkish rheumatoid arthritis patients. *Journal Of Clinical Psychology In Medical Settings*, 15 (3), 193-203.
- Elbi, H. (2001). Kanser ve depresyon. *Psikiyatri Dünyası*, 5, 5-10.
- Erol, A., Toprak, G., Yazıcı, F. ve Erol, S. (2000). Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı olarak kontrol odağı ve benlik saygısının karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 3, 147-152.
- Erol, R. Y. (2008). *Social support (perceived vs. received) as the moderator between the relationship of stress and health outcomes: Importance of locus of control*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ortadoğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ganz, P.A., Rowland, J.H., Desmond, K., Meyerowitz, B.E. ve Wyatt, G.E. (1998). Life after breast cancer: Understanding women's health related quality of life and sexual functioning. *Journal Of Clinical Oncology*, 16(2), 501-514.
- Güleç, G. ve Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3 (2), 343-367.
- Güler, N., Karabulut, B., Koçdor, M. A., Kaya, H., Esen, G., Özaslan, C. ve diğer. (2011). Lokal ileri meme kanseri 2010 İstanbul meme kanseri konsensus toplantısı. *Meme Sağlığı Dergisi*, 7 (2). 68-89.
- Gültekin, G. Ve Baran, G. (2005). 9-14 yaş grubu akut ve kronik hastalığı olan çocukların denetim odağı düzeylerinin incelenmesi. *Türk Pediatri Arşivi*, 40, 211-220.

- Güner, İ. C. (2008). Meme kanseri ve eşlerin desteği. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 46-49.
- Güneş, H. (2009). *Travma sonrası değişim olgusunun niceliksel ve niteliksel yöntemlerle açık kalp ameliyatı geçiren koroner kalp hastalarında incelenmesi*. Yayınlanmamış doktora tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Güven, K. (2010). *Marmara depremini yaşayan yetişkinlerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile travma sonrası gelişim ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Hagenaars, M. A. ve Minnen, A.V. (2010). Posttraumatic growth in exposure therapy for PTSD. *Journal Of Traumatic Stress*, 23 (4), 504-508.
- Hickson, J., Housley, W. F. ve Boyle C. (1988). The relationship of locus of control, age and sex to life satisfaction and death anxiety in older persons. *Int J Aging Hum Dev*, 26 (3), 191-199.
- Ho, S. M. Y., Chan, M. W. Y. Yau, T. K. ve Yeung, R. M. W. (2011). Relationships between explanatory style, posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptoms among Chinese breast cancer patients. *Psychology and Health*, 26 (3), 269-285.
- Hocaoğlu, Ç., Kandemir, G. ve Civil, F. (2007). Meme kanserinin aile ilişkilerine etkileri. *Meme Sağlığı Dergisi*, 3 (3), 163-165.
- İzmirli, M., Dönmez- Yılmaz, B., Alan, Ö., Yalçın, M., Berberoğlu, E. ve Ünsal, M. (2006). Evre I- III meme kanserli hastalarda adjuvan tedavi sonuçları ve prognostik faktörler. *Türk Onkoloji Dergisi*, 21 (2), 72-80.
- Karadeniz, G. (2008). *İç hastalıkları hemşireliğinde teoriden uygulamaya temel yaklaşımlar*. Ankara: Göktuğ Yayıncılık.
- Karancı, N., Işıklı, S. ve Aker, A. T. (2009). Yetişkinlerde travmatik olay yaşama yaygınlığı, travma sonrası stres bozukluğu ve travma sonrası gelişimin değerlendirilmesi. *TÜBİTAK Raporu (107K323)*.
- Kartoğlu, E. M. (1995). *Tedaviye erken ve geç başlayan meme kanserli hastaların denetim odağı ve bazı demografik değişkenler bakımından karşılaştırılması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kesimci, A. (2003). *Perceived Social Support, Coping Strategies and Stres-Related Growth as Predictors of Depression and Hopelessness in Breast Cancer Patients*. Middle East Technical University, Master Thesis, Ankara.
- Keskin, S. ve Saip, P. (2011). İnflamatuvar meme kanseri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 26(2), 94-99.

- Kocaman, N. (2008). Tıbbi hastalığa psikososyal tepkiler. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 71(2), 52-58.
- Koçyiğit, O. (2007). *Polikliniğe başvuran kadınların meme muayenesi, mamografi ve meme kanseri hakkında bilgileri*. Aile hekimliği uzmanlık tezi, Ankara.
- Kunst, M.J.J. (2010). Peritraumatic distress, posttraumatic stress disorder symptoms, and posttraumatic growth in victims of violence. *Journal Of Traumatic Stress*, 23 (4), 514-518.
- Kutluk, T. ve Kars, A. (2001). *Kanser Konusunda Genel Bilgiler*. Mart 4, 2012 tarihinde [http://www.ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/kanser\\_konusunda\\_genel\\_bilgiler.pdf](http://www.ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/kanser_konusunda_genel_bilgiler.pdf) adresinden alınmıştır.
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K. ve Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 66, 442-454.
- Moore, A.M., Gamblin, T.C., Geller, D.A., Youssef, M.N., Hoffman, K.E., Gemmell, L., Likumahuwa, S.M., Dana, H., Marsland, A. ve Steel, J.L. (2011). A prospective study of posttraumatic growth as assessed by self-report and family caregiver in the context of advanced cancer. *Psycho-oncology*, 20, 479-487.
- Morris, B.A. ve Shakespeare-Finch, J. (2011). Rumination, post-traumatic growth, and distress: Structural equation modelling with cancer survivors. *Psycho-oncology*, 20(11), 1176-1183.
- Okanlı, A. ve Ekinci, M. (2008). Meme kanserli hasta ve eşlerinin yaşam doyumları duygu kontrol düzeyleri ve evlilik uyumlarının mastektomi öncesi ve sonrası karşılaştırılması. *New/Yeni Symposium Journal*, 46 (1), 9-14.
- Okyayuz, Ü. H. (1999). *Sağlık psikolojisi*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Önen Sertöz, Ö., Elbi Mete, H., Noyan, A. ve Alper, M. (2004). Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4), 264-275.
- Özbaş, A. (2006). Meme kanserli ailelerde sorunlar ve çözümler. *Meme sağlığı dergisi*, 2(3), 115-117.
- Özçınar, B., Güler, S.A., Özmen, V., Güllüoğlu, B.M., Kocaman, N., Özkan, M., Sarıçam, G., Müslümanoğlu, M.E., İğci, A. ve Keçer, M. (2010). Meme kanserinde lokal/bölgesel tedavi sonrası görülen komplikasyonlar ve bunların hasta yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Meme Sağlığı Dergisi*, 6(1), 9-16.
- Özgüven, H.D. ve Tuncer, H.T. (1997). Uyum bozukluğu. *Kriz Dergisi*, 5(2), 87-94.
- Özışık, Y. (2002) Erken evre meme kanseri adjuvan tedavisinde gelişmeler. *4. Ulusal İç Hastalıklar Kongresi*.
- Özkan, S. (2007). *Psiko-onkoloji*. İstanbul: Form Reklam Hizmetleri.

- Özkan, S. ve Alçalar, N. (2009). Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(2), 60-64.
- Özlü, A. Yıldız M. ve Aker, T. (2010). Şizofreni hastalarına bakım verenlerde travma sonrası gelişim ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11, 89-94.
- Özmen, V. (2006). Dünyada ve Türkiye’ de meme kanseri. *Meme Sağlığı Dergisi*.
- Pinquart, M., Fröhlich, C.ve Silbereisen, R.K. (2007). Change in psychological resources of younger and older cancer patients during chemotherapy. *Psycho-oncology*, 16(7), 626-633.
- Rızalar, S. ve Altay, B. (2010). Meme kanseri olan kadınların erken tanı uygulamaları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(14), 73-87.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal vs. external control of reinforcement. *Psychological Monographs* 80, 1-28.
- Rotter, J. B. (1982). *The development and applications of social learning theory: Selected papers*. New York, N.Y.: Praeger
- Rotter, J. B. (1990). Internal versus external control of reinforcement. *American Psychologist*, 45 (4), 489-493.
- Rowe, J. L., Montgomery, H. G., Duberstein, P. R. ve Bovbjerg, D. H. (2005). Health locus of control and perceived risk for breast cancer in health women. *Behavioral Medicine*, 31, 33-40.
- Sandler, J.N. ve Lakey, B. (1982). Locus of control as a stress moderator: The role of control perceptions and social support. *American Journal Of Community Psychology*, 10(1), 65-80.
- Schroevers, M.J. ve Teo, I. (2008). The report of posttraumatic growth in Malaysian cancer patients: relationships with psychological distress and coping strategies. *Psycho-oncology*, 17(12), 1239-1246.
- Silva, J., Ownsworth, T., Shields, C. ve Fleming, J. (2011). Enhanced appreciation of life following acquired brain injury: Posttraumatic growth at 6 months postdischarge. *Brain Impairment*, 12 (2), 93-104.
- Solmuş, T. (2004). İş yaşamı, denetim odağı ve beş faktörlük kişilik modeli. *Türk Psikoloji Bülteni*, 10, 196-205.
- Somunoğlu, S. (2009). Meme kanseri: Belirtileri ve erken tanıda kullanılan tarama yöntemleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(10), 104-122.
- Soygür, H., Özalp, E., Cankurtaran, E., Işık, U., Turhan, L., Alagöl, H., ve Altınok, M. (2004). Meme kanseri hastalarında uygulanan tedavinin türü psikiyatrik tanı dağılımını etkiliyor mu? 40. *Ulusal Psikiyatri Kongresi, Program ve Özet Bildirileri Kitabı*, 28 Eylül-3 Ekim, İzmir.

- Stiegelis, H.E., Hagedoorn, M., Sanderman, R., VanderZee, K.I., Buunk, B.P., ve VandenBergh, A.C.M. (2003). Cognitive adaptation: A comparison of cancer patients and healthy references. *British Journal Of Health Psychology*, 8(3), 303-318.
- Şakiroğlu, M. (2011). *Positive outcomes among the 1999 Düzce earthquake survivors: Earthquake preparedness behavior and posttraumatic growth*. Yayınlanmamış doktora tezi, Ortadoğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Şener, Ş., Günel, N., Akçalı, Z., Şenol, S. ve İlden- Koçkar, A. (1999). Meme kanserinin ruhsal ve sosyal etkileri üzerine bir çalışma. *Klinik Psikiyatri*, 2, 254-260.
- Tabak, R. S. ve Akköse, K. (2006). Ergenlerin sağlık denetim odağı algılama düzeyleri ve sağlık davranışlarına etkileri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5 (2), 118-130.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L. ve Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal Of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L. ve Calhoun, L. G. (1998). Posttraumatic growth: Conceptual issues. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (1-23). London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L. ve Calhoun, L. G. (1998). Models of life change and posttraumatic growth. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. (127-151). London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Tedeschi, R.G. ve Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Tokatlı, F. (2008). Meme kanseri tedavisinde radyoterapi kemoterapi etkileşimi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4 (2), 70-76.
- Tokgöz, G., Yaluğ, İ., Özdemir, S., Yazıcı, A., Uygun, K. ve Aker, T. (2008). Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 59-66.
- Tüfekçi, S. (2011). *Trafik kazası geçirmiş kişilerin dünyaya ilişkin varsayımları, travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası gelişim düzeylerinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Türk, G. ve Atalay, M. (2007). Mastektomi sonrası yaptırılan egzersizlerin kol ödemi önlemeye etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 3 (3), 143-149.
- Uçar, T. ve Uzun, Ö. (2008). Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisinin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4 (3), 162-168.



Ustaalioğlu Öven, B.B., Bilici, A., Seker, M., Salepci, T., Yıldırım, E., Kefeli, U., Kement, M. ve Gümüş, M. (2009). İnflamatuvar meme kanseri serimiz: Tek merkez deneyimi. *Acta Oncologica Turcica*, 42, 1-8.

Ünalp, H. R. ve Peşkersoy, M. (2007). İnflamatuvar meme kanserleri: Hastalığın lokal kontrolünde cerrahi tedavinin yeri. *Meme Sağlığı Dergisi*, 3 (3), 113-119.

VanderZee, K.I., Buunk, B.P. ve Sanderman, R. (1997). Social support, locus of control and psychological well-being. *Journal Of Applied Psychology*, 27(20), 1842-1859.

Vinokur, A., Threatt, B., Caplan, R.D. ve Zimmerman, B.L. (1989). Physical and psychosocial functioning and adjustment to breast cancer. *Cancer*, 63, 394-405.

[www.memekanseri.biz/hormonoterapi.htm](http://www.memekanseri.biz/hormonoterapi.htm) (18.05.2012 tarihinde alınmıştır).

[www.memekanseri.com.tr/kansertedavisi/hormonoterapi.html](http://www.memekanseri.com.tr/kansertedavisi/hormonoterapi.html) (18.05.2012 tarihinde alınmıştır).

Yalom, I. (2001). *Varoluşçu psikoterapi*. (3. Baskı). (Z. İyidoğan- Babayiğit, Çev.). İstanbul: Kabalcı Yayınevi. (Orijinal çalışma basım tarihi 1980).

# ÖZGEÇMİŞ

## Kişisel Bilgiler

- Ad-Soyad: Düriye Hande Olgar
- Doğum Tarihi: 01.08.1985
- Doğum Yeri : İstanbul
- Medeni Hali : Bekar

## Eğitim Durumu

- Yüksek Lisans: 2009-2012 Okan Üniversitesi Klinik Psikoloji (Sağlık Odaklı) Yüksek Lisans Programı (İstanbul)
- Lisans: 2003-2008 Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü (Ankara)
- Lise: 1996-2003 Silifke Anadolu Lisesi (Silifke, Mersin)

## İş Deneyimi

- Bakırköy Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Eğitim Merkezi (2009)
- Kadıköy Belediyesi Engelli Danışma ve Dayanışma Merkezi (Ocak 2012 – Devam ediyor)
- “Kanser hastaları psikososyal destek grubu”nda gönüllü psikolog. (Mart 2011 – Devam ediyor)

## Katılan Projeler

- Kulaktan Kulağa Madde Bağımlılığını Önleme Programı (Kasım 2008 – Şubat 2009, Yeniden Sağlık ve Eğitim Derneği)
- Bakırköy Gönüllü Değişim Projesi: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde yaşamakta olan kronik ruh sağlığı hastalarını gönüllü ziyaret etme projesi (Ekim 2008 – Haziran 2009, Psikoatölye Grubu)

## Yabancı Dil

- İngilizce: İyi derecede

## Bilgisayar Bilgisi

- Microsoft Office Programları (Word, Excel, Powerpoint), SPSS.

## Hobiler, İlgi Alanları

- Psikoloji, Klinik Sağlık Psikolojisi, Psiko-onkoloji, Varoluşçu Psikoterapi, edebiyat, sinema, müzik.

