T.C.

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

KANSER HASTALARINDA TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİ, TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE KENDİNİ AÇMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ZEHRA SERPER YILDIZ

121106113

Danışman Öğretim Üyesi

Dr. Hatice Güneş

İstanbul, Şubat 2016

T.C.

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

KANSER HASTALARINDA TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİ, TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE KENDİNİ AÇMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ZEHRA SERPER YILDIZ

121106113

Danışman Öğretim Üyesi

Dr. Hatice Güneş

İstanbul, Şubat 2016

T.C. Maltepe Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

15.02.2016 tarihinde tezinin savunmasını yapan 12 11 06 113 numaralı Zehra SERPER'e ait "Kanser Hastalarında Travma Sonrası Stres Belirtileri, Travma Sonrası Gelişim ve Kendini Açma" başlıklı çalışma, Jürimiz Tarafından Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Psikoloji (Klinik Psikoloji) Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi Olarak **Oy Birliği/Oy Çokluğuyla** Kabul Edilmiştir.

.....

Dr. Hatice GÜNEŞ
(Danışman)

.....

Yrd.Doç. Dr. İpek PUR

.....

Yrd.Doç.Dr. Başak BAHTİYAR
(Üye)

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın ortaya çıkma sürecinde yol gösteren ve her aşamasında destek olan Dr.Hatice Güneş'e bana öğrettikleri ve emeği için teşekkürlerimi sunarım. Yüksek lisans eğitimim süresince öğrencisi olduğum Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji bölümünde öğrendiklerim ve katkılarından dolayı çok sevgili hocalarıma, lisans eğitimim süresince yüksek lisans yapmam için destekleyen Doç. Dr Metehan Irak ve eşi Doruk Uysal Irak'a, mesleki anlamda çok şey öğrendiğim ve bu yolda desteğini hep hissettiğim sevgili hocam Esin Uzun Oğuz'a, veri toplama sürecimle çok yakından ilgilenen ve yol göstermeye çalışan Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi iç hastalıkları ve onkoloji anabilim dalı başkanı Özlem Ata'ya, bu süreçte manevi desteğini esirgemeyen Prof.Dr.Nilsen Okudan'a, desteğini hep hissettiğim Prof.Dr.Mehmet Erkan Üstün'e ve Mehmet Filiz'e,tez aşamasında yardımını esirgemeyen Op.Dr.Atilla Orhan'a ve çalışmakta olduğum Özel Konya Farabi Hastanesi yönetimine ve bu süreçte manevi olarak hep destek gördüğüm çalışma arkadaşlarıma yardımlarından dolayı teşekkür ederim.

Son olarak bu süreçte en büyük manevi desteğim, koşulsuz sevgilerini ve desteklerini her zaman hissettiğim her daim güç kaynağım eşim Ercan Yağmur Yıldız'a, annem Afet Serper'e, babam Alparslan Serper, kardeşlerim Osman Serper ve Hakkı Serper'e teşekkür ediyor ve bu tezi sizlere ithaf ediyorum.

ÖZET

Çalışmada, kanser hastalarında travma sonrası gelişim ve kendini açma (self-disclosure) arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Kanser olgusu, bireyleri psikolojik, sosyolojik ve fizyolojik işlevselliği etkileyebilen önemli bir rahatsızlıktır. Bu araştırma çerçevesinde kanser tanısı almış 100 katılımcının travma sonrası stres belirtileri değerlendirilip, travma sonrası gelişim ve kişinin rahatsızlığına ilişkin kendini açma isteği ve kendini açma durumu istatistiksel veriler doğrultusunda incelenmiştir. Araştırma için Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji bölümünde, uygun örneklem yoluyla belirlenen 100 kanser hastasına uygulanmıştır Araştırmada veri toplama amacıyla kullanılan ölçekler, Travma Stres Belirtileri Ölçeği, Travma Sonrası Gelişme Ölçeği, Hastane Depresyon ve Anksiyete Ölçeği ve kişisel bilgi formu kullanılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre, kanser hastalarında travma sonrası stres, travma sonrası gelişme ile kendini açma (self-disclosure) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler: *Kanser, travma sonrası gelişme, kendini açma*

ABSTRACT

For the study, the examination of relationship between self-disclosure and posttraumatic growth among individuals diagnosed as cancer. In general, cancer is a well-known and widespread phenomenon influencing individuals' social, physical, and psychological functions. Based on the importance and prevalence of the disease, the main objective is to provide information regarding self-disclosure after the traumatic experinces and its association with posttraumatic growth.For data collection, cancer patients in oncology clinic of the faculty of medicine located in Selcuk University, Konya. 100 patients were recruited and applied convenience sampling. The measurement instruments were used for examining traumatic stress symptoms, posttraumatic growth, hospital anxiety and depression, and general information. Posttraumatic Stress Diagnostic Scale, Posttraumatic Growth Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, and General Information form including questions about the disease and sociodemographic variables. Based on the results, the relationship between self-disclosure and posttraumatic stress and posttraumatic growth among cancer patients were found as statistically significant.

Key words: *Cancer, Posttraumatic Stress Disorder, Posttraumatic Growth, Self-disclosure*

İÇİNDEKİLER

ÖZET ii

ABSTRACT iii

TABLOLAR LİSTESİ vii

BÖLÜM 1 1

GİRİŞ 1

1.1. Kanser 4

1.1.1. Epidemiyoloji 4

1.1.2. Psikolojik ve Sosyolojik Yönden Kanser Olgusu 7

1.1.3. Hastalık Travması Olarak Kanser 9

1.1.3.1. Travma Kavramı 9

1.1.3.2. Travma Türleri 9

1.1.3.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu 10

1.1.3.4. Travma Sonrası Gelişim (Posttraumatic Growth – PTG) 12

1.1.3.4.1. Travma Sonrası Gelişim Modelleri 13

1.1.3.4.2. Travma Sonrası Gelişimin Boyutları 16

1.2. Kendini Açma (Self – Disclosure) 18

1.3. Araştırmanın Amacı 19

1.4. Araştırmanın Önemi 21

1.5. Araştırmanın Hipotezi 23

1.6. Araştırma Soruları 23

BÖLÜM 2 24

YÖNTEM 24

2.1 Örneklem 24

2.2.Veri Toplama Araçları 29

2.2.2.Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale) 31
2.2.3 Travma Sonrası Gelişim Envanteri 33
2.3.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği 34
2.4 İşlem 35
BÖLÜM 3 36
BULGULAR 36
3.1. Katılımcıların Travma Sonrası Stres Belirtileri, Psikolojik Belirtiler ve Travma Sonrası Gelişim Düzeyleri ve Alt Boyutlarına İlişkin Betimsel Veriler 37
3.2. Katılımcıların Travma Sonrası Stres Belirtileri, Psikolojik Belirtiler, Travma Sonrası Gelişim Olgusu ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler 38
BÖLÜM 4 44
TARTIŞMA 44
4.1. Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Kendini Açma Değişkenine İlişkin Bulguların Tartışılması 44
4.2. Travma Sonrası Büyüme ve Kendini Açma Arasındaki Değişkenlerine İlişkin Bulguların Tartışılması 48
4.3. Psikolojik Belirtiler, Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyüme Değişkenlerine İlişkin Bulguların Tartışılması 49
4.4. Araştırmanın Sınırlılıkları 50
4.5. Yeni Çalışmalar İçin Öneriler 52
KAYNAKLAR 54
EKLER 64
A. GÖNÜLLÜ KATILIM (BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM) FORMU 64
B.DEMOGRAFİK VE HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİ FORMU 65
C. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ 70

D.KANSER HASTALARINDA TRAVMA SONRASI (OLUMLU) GELİŞİM İLE KENDİNİ AÇMA (SELF – DISCLOSURE) –TRAVMA SONRASI GELİŞİM ÖLÇEĞİ 73

E. TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİ ÖLÇEĞİ 74

ÖZGEÇMİŞ 76

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Örneklem Grubuna Ait Sosyo-Demografik Veriler 25

Tablo 2.2.Örneklemin Hastalık ile ilgili Bilgileri 26

Tablo 3.1. Bağımlı Değişkenler ve Alt Boyutlarına İlişkin Betimsel Değerler 37

Tablo 3.2. Bağımlı Değişkenler ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler 40

Tablo 3.3. Kendini Açma İsteği ve Bağımlı Değişkenler için Karşılaştırmalar..... 41

Tablo 3.4. Kendini Açma Davranışı ve Bağımlı Değişkenler için Karşılaştırmalar . 42

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Hem ülkemiz bağlamında hem de dünya genelinde değerlendirildiğinde, kansere bağlı ölümlerin ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir. Bu doğrultuda kanserin hem ani ve beklenmedik olması hem de bireyin güvenliğini ve iyilik halini tehdit edici bir unsur olarak görülmektedir. Ayrıca, kanser, kişilerin kendisini ortaya koyması ve acı vermesi nedeniyle yıkıcı bir deneyim olarak tanımlanmakta ve ciddi bir hastalıkla karşı karşıya kalmış olan kanser hastalarının psikolojik ve sosyal anlamda travma yaşamalarına neden olmaktadır (Sarısoy, 2012).

Bununla birlikte bireyin kansere maruz kalması ile birlikte deneyimlemeye başladığı ve fazlasıyla zorlayıcı olan yaşam koşulları ile baş etmek durumunda kalması, "Travma Sonrası Gelişim" olarak değerlendirilen pozitif psikolojik değişimleri de beraberinde getirebilmektedir. Bu süreçte kanser hastasının "kendini açma (self – disclosure)" anlamında, başkalarının onu daha iyi anlayabilmesine ve içerisinde bulunduğu durumu daha iyi algılayabilmesine yönelik kendisini ve/veya iç dünyasını açıkça ortaya koyması, travma sonrası gelişim sürecini destekleyen bir unsur olarak görülmektedir (Taku, Cann, Calhoun, Tedeschi,2009).

Kanser, tanı, tedavi ve tedavi sonrası dönem anlamında bireyin yoğun stres yaşamasına neden olan, hem fiziksel hem de psikolojik yaşam bütünlüğünü tehdit eden yaşamsal bir kriz olması sebebiyle, yaşamı tüm yönleri ile etkilemekte ve sosyal yaşama uyuma doğrudan tesir eden bir yaşantı olarak tanımlanmaktadır (Hallaç ve Öz, 2011). Bu doğrultuda da kanser hastalar tarafından ölümcül, acı veren, ağrıyı çağrıştıran, ürkütücü ve korkutucu bir hastalık olarak algılanmakta ve yorumlanmakta, aynı zamanda da hastaların

hem ölümün hem de kendi ölümlerinin farkına varmalarına neden olmaktadır (Şengün – İnan ve Üstün, 2014).

Ölüm gerçeği ile yüzleşmek ise; bireyin yaşamını sorgulamasına ve rutinlerinin, alışkanlıklarının ve değerlerinin artık önemini yitirdiğini düşünmesine neden olmaktadır. Bu nedenle de kanser hastası, öncelikli olarak kendisine yeni anlamlar bulma içerisine girmiş olmakta ve yaşamı için değerli olarak nitelendirebileceği yeni değerlere sahip olması gerektiğini düşünmeye başlamaktadır (Hallaç ve Öz, 2011).

Bu bağlamda nasıl ki yaşam içerisinde ortaya çıkan travmalar ve krizler bireylerin yaşamlarında dönüm noktası olma özelliğine sahiptir; kanser de hastalar için bir dönüm noktası olabilmekte ve bireyler, daha anlamlı bir yaşam sürdürebilmek için hastalıkları sayesinde değişim yaşayabilmekte ve yaşamı yeni baştan deneyimleyebilmektedirler (Karancı ve Erkam, 2007).

Kanser de travmatik bir yaşam olayı olması bakımından, diğer travmatik yaşam olayları gibi bireylerin bedensel ve ruhsal iyi oluş durumlarını tehdit etmekte ve stres verici yaşantılar içermesi adına bireyin işlevselliğini ve uyumunu güçleştirmektedir. Bu doğrultuda kanser hastasının yaşamına, artık daha fazla çaresizlik, güçsüzlük, öfke, anksiyete ve korku duygusu eşlik etmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004).

Ancak kanser hastalarının maruz kaldıkları travma, her zaman için belirtildiği şekilde olumsuz psikolojik yaşantılar olarak kendisini ortaya koymayabilmektedir. Bu çerçevede "Travma Sonrası Gelişim (TSG)" anlamında, kanser hastasının kendilik algısında, kişilerarası ilişkilerinde ve yaşam felsefesinde olumlu değişimler de ortaya çıkabilmektedir.

Tezin ana konusu; kanser hastalarının, ağır ve kritik bir süreci içeren kanserle baş etmeye yönelik olarak deneyimledikleri ve pozitif psikolojik değişimler anlamında değerlendirilen travma sonrası gelişimleri ile "kendini açma (self – disclosure)" davranışı arasındaki ilişkinin ortaya konulması olarak belirlemiştir. Ayrıca, kanser tanısı almış yetişkinlerin travma sonrası stres

belirtileri ile yine kendini açma davranışının ilişkisini incelemek de tezin konuları içerisindedir. Tezin araştırma konusu olarak ele alınan kavram ve değişkenler ise, kanser, travma sonrası stres, travma sonrası gelişim ve kendini açma (self-disclosure) olarak belirlenmiştir. Bu kavramları ele aldığımızda, Kanser olgusu, hem hastaları hem de hasta yakınlarını fiziksel ve duygusal açıdan etkileyen ve baş etme sürecinin her iki taraf için zorlayıcı olan bir hastalık olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda da kanser, konu ile ilgili biyomedikal gelişmelere karşın halen ölüm, ağrı ve acı çekme ile eşanlamlı düşünülmektedir (Tavoli, Mohagheghi, Moztazeri, Roshan, Omidvari, 2007). Bununla birlikte kişilerin travmaya maruz kalması ise ölüm gibi bir gerçekle ya da ölüm tehdidi ile karşı karşıya kalınmasına neden olan ağır yaralanma ya da hastalık durumlarında, kendisinin veya bir yakınının fiziksel ya da yaşamsal bütünlüğüne yönelik bir tehdide maruz kaldığını öğrenen bireyin yaşadığı olağandışı olaylar olarak tanımlanabilmektedir (Bayraktar, 2012). Ayrıca, travmatik bir olayla mücadele etme sürecinin neticesinde ortaya çıkan travma sonrası gelişme ise, kişilerde görülen bilişsel, duygusal ve davranışsal anlamda olumlu dönüşümler olarak tanımlanabilmektedir (Joseph, 2009). Travmatik deneyimler ve travma sonrası stres belirtileri ile ilişkilendirilebilen bir değişken olduğu ön görülen kendini açma ise, başkalarının onu algılayabilmesi için kişinin kendisini açıkça göstermesi olarak tanımlanmaktadır (Jourard, 1971; Akt. Chen, 2014).

Çalışmanın da bu kapsamda ana sorunsalı; kanser hastalarının, kanser hastalığına maruz kalmaları ile birlikte benliklerini ya da iç dünyalarını dışa vurmaları anlamında kendilerini açmalarının, travma sonrası stres belirtileri ile travma sonrası gelişim sürecine yönelik etkilerinin ortaya konulması olarak belirlenmiştir. Bu çalışmayı destekleyici olarak elde edilen bulgulara ek olarak, daha önce bu alanda yapılan çalışmaların bulgularının karşılaştırılması ve değişkenlere yönelik ilgili alınyazını aşağıda yer almaktadır.

1.1. Kanser

Kanser, tanısının konulması ile birlikte kanser hastalarının ve hasta yakınlarının yaşamında köklü değişimler meydana getiren ve bireylerin yaşamında bir kriz ortamının doğmasına neden olan bir olgudur. Zira bu süreçte, hem kanserin tedavisine yönelik sürdürülmesi gereken süreci kapsayan ciddi kararların alınması gerekmektedir. Ayrıca, sürecin beraberinde getirdiği duygusal çöküntüler ve artan stres düzeyi ile baş edilmesi adına hareket edilmelidir ki, bu durum kaçınılmaz olarak kanser hastalarının travmaya maruz kalmalarına neden olmaktadır (Tacon, 2011).

Kanser hastalarının hastalıkla baş etme sürecinde travma sonrası gelişim göstermeleri; hastalığın türüne, süresine, bulunduğu bölgeye, belirtilerine, hastanın uyum sağlayabilme derecesine, hastanın fiziksel ve psikolojik rehabilitasyon kapasitesine, iç dünyasında yaşadığı sorunlarla baş edebilme potansiyeline, egosunun ne denli güçlü olduğuna, içerisinde bulunulan yaşam dönemine ve kansere maruz kalınan o dönemde yaşama yönelik ne tür aksaklıklarla karşı karşıya kalındığına, kültürel ve dinsel tutumlara, hastaya duygusal destek veren kişilerin olup olmadığına ya da hastanın bu kişiler tarafından ne denli desteklendiğine ve tedavi sürecinde yer alan sağlık ekibinin başarına bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir (Kadan – Lottick, Vanderwarker, Bkock, Zhang, Prigerson, 2005).

1.1.1. Epidemiyoloji

Tıbbi bağlamda kanser olgusu, 19. yüzyılla birlikte kanser oluşumunda önemli bilgiler ortaya konulmasını sağlayan araştırmalar kapsamında ve kanser tanı ve tedavisinde büyük adımlar atılması temelinde değerlendirilmeye başlanmıştır. Bu çerçevede 1802 yılı itibariyle İngiltere'de, "Kanserin Doğası ve Tedavisini Araştırma Derneği (Society for Investigating the Nature and Cure of Cancer)" tarafından kanserin tanısal bulguları, nedenleri, diğer hastalıklardan etkilenme derecesi vb. ile ilgili çalışmalar başlatılmıştır (Atıcı, 2007).

Kanserin tanımlanmasına yönelik yüzyıllar boyunca sürdürülen morfolojik ve histolojik araştırmaların ardından, hastalığın etiyolojisine ilişkin tartışmalar gündeme gelmeye başlamıştır. Bu tartışmalar bağlamındaki belirlemeler aşağıda verildiği şekilde özetlenebilmektedir (Yener, 1973; İyriboz, 1973; Şehsuvaroğlu, 1985; Hart, 2001);

1. İlk olarak 1771 yılında Percival Pott tarafından, Londralı ocak süpürücülerinde yüksek oranda skrotum ve deri kanseri görülmesinin nedeninin kuruma bağlanması söz konusu olmuş ve kanserojen maddelerin hastalığa yol açtığı düşüncesi üzerinde durulmaya başlanmıştır.

2. Conheim tarafından 1875 yılında kanser etiyolojisi "Embriyoner Teori" kapsamında açıklanmaya başlanmıştır. Embriyoner Teorisi'ne göre; embriyonda bazı hücre grupları normal gelişimlerini tamamlayarak tohum halinde kalmakta ve bunlar iç ve dış uyaranların etkisi ile diferansiye olmadan hızla çoğalarak kanser hücresini oluşturmaktadırlar.

3. Aynı dönem itibariyle Robert tarafından; malign tümörlerin, doğuştan ya da sonradan rejenerasyon sonucunda bir grup hücrenin prolifere olması ile oluştuğu belirlenmiştir.

4. Aynı dönem itibariyle Virchow tarafından "Selüler İritasyon Teorisi" ortaya konulmuş ve Teori kapsamında; kanserin, primer bir hastalık olmadığı ve kronik iritasyonları izleyen dejeneratif ve rejeneratij değişikliklerden sonra hayatta kalabilen bazı hücrelerin kendi başlarına ayrı hücre grupları oluşturması ile ortaya çıktığı belirlenmiştir.

5. 1903 yılı itibariyle Borrel; bakteriyoloji alanındaki gelişmelerin bir sonucu olarak, kanseri enfeksiyöz hastalıklar grubu içerisinde değerlendirmeye başlamış ve kanserin viral kökenli olabileceği fikrini ortaya atmıştır.

6. 1909 yılında Ellerman ve Bank, löseminin tavuklar arasında bulaşıcı olduğunu ortaya koymuşlardır.

7. 1950 yılında Warburg tarafından geliştirilen "Biyoşimik Teorisi"ne göre kanserin nedeninin hücre değişmesi ya da dış ajan olmadığı ve kanserin metabolik bir bozukluk olduğu savunulmuştur

8. 1950 yılında tütün dumanında kansorejen bir madde olan hidrokarbürün izole edilmiş, betel (karabiber ağacı) çiğneyen Hindistanlı erkeklerde ağız ve yemek borusu kanserinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde Japonya'da tütsülenmiş balık yenilmesi ile mide kanseri arasında ilişki olduğu belirlenmiş ve bu doğrultuda bireylerin yaşam alışkanlıklarının kanser oluşumundaki etkisi gösterilmiştir.

9. 1952 yılında Dr. Klara Fonti, kanser etkeninin virüs olduğu düşüncesinden yola çıkarak, meme kanseri olan bir hastanın kanserli memesinin üzerinden aldığı salgıyı kendi memesine sürerek kendi memesinde kanser oluşturmuştur.

10. 1956 yılında Dr. Stanley, her insanda kanser virüsü bulunduğunu, ancak kanser oluşumu için virüsün hormonlarda meydana gelen değişiklik, kimyevi maddeler, radyasyon, yanlış beslenme gibi nedenlerle aktif hale geçtiğini belirtmiştir.

11. Aynı dönem itibariyle çeşitli bilim kuruluşları, hücrelere yerleşerek fırsat kollayan kanser hücrelerinin nasıl yeniden harekete geçmeye başladıklarını deneylerle ortaya koymuşlardır. Amerikan Kanser Araştırma Enstitüsü'nde görev yapan Dr. Wallace Rowe, lösemiye karşı çok hassas bir fare cinsine kansere neden olan brom de exyuridin enjekte etmiş ve hücrelerin değişikliğe uğrayarak lösemiye neden olan virüsleri üretmeye başladığını belirlemiştir.

12. Anderson Hastanesi Tümör Enstitüsü'nde görev yapan Dr. Priori ve Dr. Dmochowski, kanser türlerin neden olduğuna inandıkları virüsü ilk kez deney tüpünde ayrıştırmışlardır.

13. Kanada'da Ontario Kanser Enstitüsü'nde görev yapan Dr. Mak ve Dr. Hawatson, 1974 yılı itibariyle insanda lösemi etkeni olan bir virüs belirlemişlerdir.

14. Aynı dönem itibariyle Maude Slye, kanserli fareleri kendi aralarında birleştirerek kanserli yavrular elde etmiş ve kanser oluşumunda genetik faktör düşüncesini ortaya çıkarmıştır.

15. Aynı dönem itibariyle farklı ırk ve toplumlar arasında kanser görülme sıklığının değiştiği belirlenmiş ve kanser oluşumunda çevre faktörünün etkili olduğu düşüncesi ortaya konulmuştur. Örneğin; karaciğer kanserinin Güney Afrika ve Hindistan'da, kalın bağırsak kanserinin Avrupa ve Kuzey Amerika'da daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Yirmi dört ülkeyi kapsayan araştırmalar kapsamında da, meme kanserinin İngiltere ve Danimarka'da daha fazla, Şili ve Japonya'da ise daha az görüldüğü görülmüştür.

1.1.2. Psikolojik ve Sosyolojik Yönden Kanser Olgusu

Kanser olgusu, hastaların ve hasta yakınlarının hem psikolojik hem de sosyolojik anlamda birçok sorunla karşı karşıya kalmalarına neden olabilmektedir. Bu bağlamda kanser dolayısıyla yaşanan sıkıntılar ve stres, hastalarda farklı psikolojik sorunları beraberinde getirebilmektedir. Bu psikolojik problemler arasında; kaygılı, gergin, sinirli olma (anksiyete), üzüntülü olma hali (depresyon) ve zihin bulanıklığı (deliryum / konfüzyon) yer alabilmektedir.

Hastalık sürecinde anksiyete, kanser hastalarının en sık yaşadıkları durum olarak bulgulamıştır ve genel olarak da hastalar, hastalıklarının gidişatı ile ilgili kaygılar taşımaktadırlar. Bu bağlamda kanser hastalarının anksiyete yaşamalarının nedenleri arasında; gelecek korkusu, yetersizlik, kontrol edilemeyen ağrı, geçmiş hakkında duyulan kaygılar, hastanede yatıyor olmak, izolasyon / ayırma duygusu, yalnızlık duygusu, işe yaramama duygusu, hastalık süreci ile ilgili bilgi eksikliği, ilaçlar (kortikosteroidler,

metoklopramid, opioid nörütoksitesi, benzodiazepinler), nefes darlığı, metabolik anormallikler (damar için enfeksiyonlar, şeker düşüklüğü), uykusuzluk, önceden var olan psikiyatrik hastalıklar, kontrol edilemeyen üzüntü, kötü haber alma olasılığı, kas gerginliği, rahatsızlık, fazla hareketlilik, bulantı / kusma, ağızda hassasiyet, konsantrasyon güçlüğü gibi belirtiler yer alabilmektedir (Aydoğan, Doğaner, Borazan, 2012).

Bununla birlikte kanser hastalarının kendilerini çaresiz ve kontrolsüz hissetmeleri, halüsinasyonlar (sanrılar), ciddi ajitasyon (kışkırtma), yer ve zaman algısının farklılaşmaya başlaması, sürekli şüphe duyan bir hal içerisinde bulunulmaya başlanması gibi nedenler ile birlikte deliryumu (hezeyan) akla getirmektedir (Lepore ve Coyne, 2006).

Depresyon da, kanser hastalarını etkileyen önemli bir psikolojik durum olarak değerlendirilmektedir. Depresyona neden olabilen durumlar arasında da; kontrol edilemeyen ağrı, ilaçlar (kortikosteroidler, opioidler), merkezi sinir sistemi tümörleri, metabolik anormallikler (kalsiyum fazlalığı ve sodyum düşüklüğü), vitamin eksiklikleri, kansızlık, daha önce depresyon öyküsü bulunması olarak sayılabilmektedir (Sertöz ve Mete, 2004).

Kanser hastalarının ve hasta yakınlarının sıklıkla yaşadıkları sıkıntılar arasında sosyal problemler de önemli bir yer tutmaktadır. Bu bağlamda, söz konusu olan nedenler arasında:

- Ekonomik sorunlar (tedavinin ve bakımın getirdiği ekonomik yükler, hastalığa bağlı sahip olunan işin bırakılması ya da kaybı gibi),
- Hastalıkla birlikte sosyal rollerin değişmeye başlaması,
- Yakınlarla ya da iş arkadaşları gibi sosyal yaşamda önemli addedilen bireylerle olan ilişkilerin sınırlanması ve azalması yer almaktadır (Kutlu,R.,Çivi,S.,Börühan,M.C.,Demir,A.,2011).

1.1.3. Hastalık Travması Olarak Kanser

1.1.3.1. Travma Kavramı

"Travma" kavramı; ölüm gibi bir gerçekle ya da ölüm tehdidi ile karşı karşıya kalınmasına neden olan ağır yaralanma ya da hastalık durumlarında, kendisinin veya bir yakınının fiziksel ya da yaşamsal bütünlüğe yönelik bir tehdide maruz kaldığını öğrenen bireyin yaşadığı olağandışı olaylar olarak tanımlanabilmektedir (Bayraktar, 2012). Bu bağlamda Türksoy'a (2003) göre travmatik olayları olağandışı kılan, sadece beklenmedik olayları içermesi değil, aynı zamanda bireyin yaşam olaylarına uyum sağlamasına kaynaklık eden baş etme yollarının da artık yetersiz kalmaya başlamasıdır.

Travmatik olaylar; anksiyete yaşanması, depresyon belirtilerinin ortaya çıkması, alkol ve madde bağımlılığın görülmesi ya da kötüye kullanılması, intihar ve travma sonrası stres bozukluğu gibi çeşitli olumsuz psikolojik sonuçların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Kılıç, 2003). Bununla birlikte bireyler, travma sonrası gelişim anlamında maruz kaldıkları travma sonrasında pozitif anlamda psikolojik değişim yaşayabilmekte ve travmatik durumlarla baş etmeye yönelik stratejiler geliştirebilmektedirler.

1.1.3.2. Travma Türleri

Travmalar; sosyal, psikolojik ve doğal nedenlerden kaynaklanabilmektedir. Bu bağlamda travma; bireysel ya da toplumsal olarak yaşanabildiği gibi, belirli bir olaydan kaynaklanabilmekte ya da süreğen olarak varlığını devam ettirebilmektedir (Oflaz, Özcan, Taştan, Çicek, Aslan, Vural, 2010).

Aile içi ya da dışı şiddet / istismar, tecavüz / cinsel istismar, işkence, tutsaklık, yangın, patlama vb. gibi olaylar, ev ve trafik kazaları, ani hastalıklar ve ameliyatlar, plansız gebelik / düşük/ kürtaj, gasp / soyulma, yaralanma, sakat kalma, ani ölümler, ayrılık ve boşanmalar, iş kaybı ya da uzun süren işsizlik, mal kaybı, başarısızlık, kıyaslanma, dışlanma, ihmal, terk, aşağılanma vb. gibi durumlara maruz kalan kişileri etkileyen olaylar "kişisel

travmalar" kapsamında değerlendirilmektedir (Aker, 2000). Terör, doğal afetler, bulaşıcı hastalıklar, ekonomik krizler, soykırım, zorunlu göç vb. gibi nedenler ise "toplumsal travmalar" bağlamında ele alınmaktadır (Oflaz, Hatipoğlu ve Aydin, 2008).

Yaşanan bir olayın "psikolojik travma" kapsamında değerlendirilebilmesi için de; kişinin ani ve beklenmedik bir şekilde gelişen, kendisinin ya da başkasının yaşamsal bütünlüğüne karşı tehdit oluşturan bir olaya maruz kalması ya da tanık olması, bu olay karşısında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme tepkileri vermiş olması gerekmektedir (Gates ve Gillespie, 2008).

Travmayı olağandışı kılan en önemli özellik ise, kişinin gündelik yaşamını devam ettiren işlevlerini ve uyumunu ciddi anlamda hasara uğratmış olmasıdır. Bu bağlamda psikolojik travma, olayı yaşayan kişinin algısı ve değerlendirmesi doğrultusunda tanımlanmaktadır. Bununla birlikte her travmatik olay, tüm bireylerde aynı etkilere ve tepkilere neden olmamaktadır. Zira travmayla karşılaşan bireyin bu duruma nasıl tepkiler vereceğini; travmanın etkilerinin ileride ruhsal bir bozukluğa dönüşüp dönüşmeyeceği, travmanın şiddetinin yanı sıra kişinin genetik yatkınlığı ve aile öyküsü, stresle başa çıkma yöntemleri, sosyal destek kaynakları, geçmiş travma ve stres yaşantıları vb. gibi faktörler etkileyebilmektedir (Chan, Medicine, Air, Mc Flarne, 2003).

1.1.3.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Akut stres bozukluğu 30 günden uzun sürmeye başladığında, tanı "Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)" olarak değişmektedir. Bu bağlamda TSSB; akut (3 aydan kısa süren), kronik (3 aydan uzun süren), gecikmiş (olaydan 6 ay sonra başlayan) ve tekrarlayıcı (ilk olay kadar şiddetli olmasa da ilk olayı hatırlatan durumlarda belirtilen alevlenmesi şeklinde görülebilmektedir. (Aker, Özeren, Başoğlu, Kaptanoğlı, Erol, Buran, 1999).

Travmatik olaylar, kişinin yaşam bütünlüğünü tehdit eden olaylar olmak bakımından, bu tür olayların doğrudan yaşanması kadar, başkasının başına gelmesine tanık olunması da travmatize edici olabilmektedir. Bu nedenle psikolojik travma değerlendirmesi, yaşamı tehdit eden hastalıkları da kapsayacak şekilde genişletilmiş ve kanser tanısı almak, TSSB'ye yol açabilme potansiyeli taşıyan bir travmatik olay olarak tanımlanmıştır (Tokgöz, Yaluğ, Özdemir, Yazıcı, Uygun, Aker, 2008).

Konu ile ilgili olarak Tokgöz ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan araştırmalar kapsamında, kanser hastalarında TSSB % 6 ile % 19, eşik altı TSSB ise % 5 ile % 13 oranlarında belirlenmiştir. Tokgöz ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan araştırmalarda; araştırmaya katılan hasta grubunda TSSB görülme sıklığı ile yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, sosyal destek, yerleşim yeri, çocuk sahibi olma gibi değişkenler açısından anlamlı bir farklılık bulgulamamıştır. Bununla birlikte Tokgöz ve arkadaşları (2008), kemoterapi alan hastaların TSSB oranının almayan hastaların TSSB oranına göre çok daha yüksek düzeyde bulguladığını belirtmişlerdir.

Yine Tokgöz ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan araştırmalar kapsamında; yeniden yaşama belirtilerinden tanının ilk konulduğu anı yeniden yaşıyormuş gibi hissetme, kaçınma ve küntleşme belirtilerinden tanı ve hemen sonrasındaki dönemin önemli bir bölümünü hatırlayamama, uyarılmışlık belirtilerinden uyku bozuklukları, kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek düzeyde belirlenmiştir. Bu temelde Tokgöz ve arkadaşları (2008); kemoterapinin yaşanılan travmayı tekrar hatırlatıcı bir durum olduğunu belirtmekte ve bunun da travmatik strese ilişkin sorunların sürmesini sağlayabildiğini, bu nedenle kemoterapi gören hastalara daha yoğun ve etkili psikolojik yaklaşımların gerekli olduğunu ileri sürmektedirler.

Kanser hastalarına yönelik yarı yapılandırılmış görüşme formları ile gerçekleştirdikleri görüşmeler sonrasında da Hamann, Somers, Smith, Inslicth, Baum (2005), mevcut TSSB oranlarını % 1,9 ile % 50 arasında ve yaşam boyu TSSB oranlarını ise % 3 ile % 35 oranları arasında belirlemişlerdir.

Kansere bağlı TSSB tedavisinde; seçici serotonin gerialım inhibitörleri (SSRI) kullanılabilmekte ve özellikle de tekrarlayan düşünce, yaşantı ve aşırı uyarılmışlık durumlarında sedatif özellikli antidepresan ilaçlar ve anksiyolitikler kullanılabilmektedir. Ciddi aşırı uyarılmış belirtilerinin varlığında ise, beta blokerlerden yararlanabilmekle birlikte, TSSB tedavisinde psikoterapi de önemli bir yer tutmaktadır (Güleç ve Büyükkınacı, 2011).

1.1.3.4. Travma Sonrası Gelişim (Posttraumatic Growth – PTG)

"Travma Sonrası Gelişim (TSG)" kavramı; travmatik bir olayla mücadele etme sürecinin neticesinde ortaya çıkan ve bilişsel, duygusal ve davranışsal anlamda olumlu dönüşümler olarak tanımlanabilmektedir (Joseph, 2009). Bu bağlamda TSG; ruhsal değişim ve güçlenme, yeni olasılıkların ve olanakların değerlendirilmesi, kişilerarası ilişkilerin düzenlenmesi, yaşamın kıymetinin daha iyi anlaşılması ve kişisel olarak bireyin kendisini daha güçlü hissetmeye başlaması anlamında temel beş hususta kendisini ortaya koymaktadır (Ramos ve Leal, 2013).

TSG; kanser gibi yüksek düzeyde stres içeren yaşam krizleri karşısında bireyin bu durumla başa çıkabilmesine yönelik çaba sarf etmesini ve bu çaba doğrultusunda da olumlu psikolojik değişimler yaşamaya başlamasını ifade etmektedir. Bu temelde TSG süreci, bireyin travma ile karşılaşmasını izleyen haftalar, aylar hatta yıllar içerisinde şekillenmekte ve bireyin, travma ile mücadele etme kapasitesine odaklı olarak devam ettirilen bir yeniden yapılanma süreci olarak ifade edilmektedir (Şengün – İnan ve Üstün, 2014).
TSG; hem bir süreç hem de bir sonuç olarak değerlendirilmektedir ve bireylerin travmatik bir olay sonrasında yaşadıkları bir deneyim olmak bakımından, günlük yaşam içerisinde ortaya çıkan stres yaratan durumlar için söz konusu edilememektedir (Joseph ve Butler, 2010).

1.1.3.4.1. Travma Sonrası Gelişim Modelleri

Travmatik yaşam olaylarının olumsuz sonuçlarını ele alan çalışmalarda, TSG, stresle ilgili gelişim ya da fayda bulma olarak tanımlanan ve travmatik olaylar sonrası ortaya çıkan, olumlu değişimler bağlamında göreli olarak yeni incelenmeye başlanan bir konu olarak değerlendirilmektedir (Helgeson, Reynolds ve Tomich, 2006; Larner ve Blow, 2011; Park ve Helgeson, 2006). Konu kapsamında gerçekleştirilen araştırmalar doğrultusunda TSG'nin; doğal afetler (Cieslak ve ark., 2009; Karancı ve Acarturk, 2005), kazalar (Nishi, Matsuoka ve Kim, 2010; Shakespeare – Finch ve Armstrong, 2010) ve sevilen ya da yakın birisinin ölümü (Davis, Michael ve Vernberg, 2007; Taku, Cann, Calhoun ve Tedeschi, 2008) gibi çeşitli travmatik yaşam olaylarının ardından bildirilmektedir.

Tedeschi ve Calhoun (2004) TSG bağlamında geliştirdikleri "İşlevsel Betimleyici Model" kapsamında; TSG'nin bireyin temel şema, inanç ve amaçlarını sarsan metaforik olarak sismik olayların bir neticesi olarak ortaya çıktığını belirlenmişlerdir. Bu bağlamda Tedeschi ve Calhoun'a (2004) göre; travmatik olayların ardından ilk olarak olayın otomatik olarak işlemlenmesi süreci ortaya çıkmakta ve bunu şema değişimine ve TSG'ye neden olan daha ayrıntılı bilişsel işlemle süreci takip etmektedir.

TSG ile ilgili ölçüm yapılmasına olanak sağlaması bakımından "Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (PTGI)", en sık kullanılan ölçeklerden biri olarak değerlendirilmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 1996). PTGI; yeni olanakların algılanması, kişilerarası ilişkiler, bireysel güçlülük, manevi değişim ve yaşamın kıymetini anlama olmak üzere toplam beş TSG alanının değerlendirilmesine yönelik olarak geliştirilmiştir (Tedeschi ve Calhoun, 2004; Taku, Cann, Calhoun ve Tedeschi, 2008).

Schaefer ve Moos (1992) tarafından geliştirilmiş olan ve travmatik yaşam olayları sonrası ortaya çıkan olumlu değişikliklerin öncüllerini ele aldıkları kapsamlı model doğrultusunda da; travma öncesi stres kaynakları (örneğin, bireysel ve çevresel stres kaynakları), travma karakteristikleri (örneğin, maruz

kalma ve etki yaygınlığı) ve travma sonrası faktörler (örneğin, başa çıkma ve değerlendirme) kapsayan farklı faktör kümelerine yönelik olumlu değişimlerin açıklanması amaçlanmıştır.

Schaefer ve Moos (1992) modeli kapsamında; travmanın bireyi nasıl etkileyeceğini belirleyen kişilik özellikleri gibi, travma öncesi karakteristikleri ele almakta ve bu temelde bir travma öncesi değişken olan kişilik özelliklerinin rolü ve travma sonrası stres belirtilerinde ortaya çıkan travmanın etkisi ile TSG ve gelişim alanlarının yordanmasında bunların etkileri incelenmiştir.
Travma öncesi değişken olarak kişilik özelliklerini ele alan çalışmalarda; *gelişime açıklık* (Tedeschi ve Calhoun, 1996; Linley ve Joseph, 2004; Zoellner ve ark, 2008), *geçimlilik ve sorumluluk* (Linley ve Joseph, 2004; Garnefski ve ark, 2008), *dışadönüklülük* (Tedeschi ve Calhoun, 1996; Sheikh, 2004; Val ve Linley, 2006; Garnefski ve ark, 2008) ve *duygusal tutarsızlık* (Evers ve ark, 2001; Garnefski ve ark, 2008) etmenlerinin TSG ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Tedeschi ve Calhoun (1996)'da araştırmaları doğrultusunda; dışadönüklük, gelişime açıklık ve iyimserlik özelliklerinin TSG'nin özellikle yeni olanakların algılanması ve kişisel güçlülük alanları ile pozitif yönde ilişkili olduğunu bulgulamışlardır. Bununla birlikte Bostock, Sheikh ve Barton (2009) tarafından gerçekleştirilen araştırma kapsamında, TSG ile kişilik özellikleri arasında bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir.

Helgeson, Reynolds ve Tomich (2006) tarafından fayda bulma değişkeni üzerinde yürütülen meta – analiz kapsamında da, duygusal tutarsızlık ile TSG arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bununla birlikte Evers ve arkadaşları (2001) ile Garnefski ve arkadaşları (2008) tarafından gerçekleştirilen araştırmalar doğrultusunda, duygusal tutarsızlık ile TSG arasında negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Zoellner, Rabe, Karl, Maercker (2008) ise; motorlu araç kazalarının ardından yüksek TSG belirlenen kazazedelerde, yüksek iyimserlik ve düşük gelişime

açıklık puanlarının, yüksek düzeyde TSG ile ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. Bununla birlikte Zoellner ve arkadaşları (2008) çalışmalarında; düşük düzeyde TSSB tespit edilen kazazedelerde, düşük düzeyde iyimserlik ve yüksek düzeyde yeniliğe açıklığın TSG ile ilişkili olduğunu bulgulamışlardır.

Travma Sonrası Gelişim Modeli'nde Tedeschi ve Calhoun (2004), yaşam olayının sismik özelliğinin artmasının olumlu sonuçların deneyimlenmesi ihtimalinin artmasına yol açtığını belirtmektedirler. Bu durum, Tedeschi ve Calhoun (2004) tarafından yaşam olayının işlemlenmesi ve bu olaya anlam aranması gerekliliği ile ilişkili olarak açıklanmıştır. TSG Modeli kapsamında gerçekleştirilen bazı araştırmalar doğrultusunda da, bireylerin hem travma sonrası stresi hem de TSG'yi aynı anda deneyimleyebildikleri belirlenmiştir (Tedeschi ve Calhoun, 1996; Levine ve ark, 2008; Morrill ve ark, 2008; Loiselle ve ark, 2011).

Morris, Shakespeare – Finch, Rieck, Newbery (2005) tarafından gerçekleştirilen araştırma kapsamında, TSSB semptomları ile TSG alanlarının her biri arasında güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Gelişim alanlarının birçoğunda gelişim ile travma sonrası stres belirtileri arasındaki ilişkinin pozitif yönde olduğu belirlenmiş, sadece yaşamın kıymetini anlama alanında bu ilişkinin negatif yönde olduğu bulgulamıştır.

Motorlu araç kazalarından kurtulanlarla yürütülen araştırmaları kapsamında da Nishi, Matsuoka ve Kim (2010); TSSB geliştirmemiş olan kazazedelerin bireysel güçlük algılarında daha fazla gelişme gözlemlemişler, TSSB tespit edilen kazazedelerin ise manevi değişim ve yaşamın kıymetini anlama alanlarına ilişkin algılarında daha fazla gelişme bildirdiklerini bulgulamışlardır.

Zoellner, Rabe, Karl, Maercker (2008) ise araştırmaları doğrultusunda, farklı stres düzeyleri bildiren katılımcılar arasında TSG toplam puanları açısından anlamlı farklılaşma olmadığını bulgulamışlardır. Ancak Zoellner ve arkadaşları (2008) tarafından gerçekleştirilen araştırmada; TSG'nin alt

alanları için TSSB'nin olmadığı grupta, bireysel güçlülük algısı puanlarının TSSB grubuna oranla daha yüksek olduğu, bununla birlikte TSSB grubunda yaşamın kıymetini anlama ve manevi değişim algı puanlarının TSSB'nin olmadığı gruba oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak görülmektedir ki, travma sonrası stres düzeyinin hangi alanda gelişim yaşanacağının belirlenmesinde bir rolü olması söz konusu olabilmektedir. Bu bağlamda da, düşük düzeyde travma sonrası stresin bireysel güçlülük alanında daha fazla gelişme ile ve yüksek düzeyde stresin yaşamın kıymetini anlama ve manevi değişim alanlarında daha fazla gelişme ile ilişkili olduğu görülmektedir (Zoellner ve ark, 2008; Nishi, Matsuoka ve Kim, 2010).

1.1.3.4.2. Travma Sonrası Gelişimin Boyutları

TSG sürecinde bireyin kendilik algısında, kişilerarası ilişkilerinde ve yaşam felsefesinde ortaya çıkan olumlu değişimler aşağıda verildiği gibi özetlenebilmektedir.

TSG süreci, bireyin kendilik algısında değişim anlamında; bireyde kişisel güçlenme duygusunun artmasına, otonomi ve özgüven gelişimine, esnek hareket etme kabiliyetine, fırsatları görebilme potansiyeline ve yeni fırsatlar yaratabilme gücüne erişebilmesine neden olabilmektedir (Taku ve ark, 2008). Fallah , Keshmir, Kashani, Azargashb ve Akbari (2012) tarafından kanser hastaları örnekleminde yapılan araştırma doğrultusunda da TSG sürecinde kendilik algısında değişim yaşanması, örneklem grupta yer alan kanser hastaları tarafından ikinci sırada yaşanan kişisel gelişim olarak değerlendirilmiştir. Bu bağlamda Fallah ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan araştırmada, sağ kalan kanser hastalarında, TSG sürecinin etkileri genel olarak; kendini ifade etme yeteneğinin gelişmesi, kendini geliştirme duygusuna sahip olunması, olumlu kişilik özelliklerinin ve kişisel potansiyellerin farkına varılması, özgüven duygusunda gelişim görülmesi, esnek bir bakış açısı ile hareket edilebilmesi, kendi bedenine güven

duyulmaya başlanması, problem çözme ve pozitif düşünme becerileri alanlarında olduğu saptanmıştır.

TSG süreci, kişilerarası ilişkilerde değişim yaşanması anlamında; bireyde şefkat duygusunun artmasına, empati kurma yeteneğinin gelişmesine, benzer deneyimlere sahip olan bireylere yardımcı olma isteği duyulmasına ve genel olarak da tüm ilişkilerde yakınlık duygusunun ön plana çıkmasına neden olabilmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004).

Mols, Vingerhoets, Coebergh ve Poll-Fanse, (2009) tarafından meme kanseri hastalar örnekleminde yapılan araştırma kapsamında TSG sürecinde kişilerarası ilişkilerde gelişim yaşanması, ilk sırada yaşanan gelişim alanı olarak saptanmıştır.

TSG süreci, yaşam felsefesinde değişim yaşanması anlamında; bireyin yaşadıklarına şükretmeye başlaması temelinde, spritüal ve varoluşsal gelişimini içermektedir (Taku ve ark, 2008).

Zwahlen, Hagenbuch, Carley, Jenewein, Buch, (2009) tarafından sağ kalan kanser hastaları örnekleminde yapılan araştırma doğrultusunda, kanserin hastaların yaşam felsefelerinde ve yaşamı manevi açıdan algılamalarında gelişim yaşamalarına neden olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda Zwahlen ve arkadaşları (2009), kanser hastaları ile yapmış oldukları araştırmada, deney grubunda yer alan kanser hastalarının yaşam felsefelerindeki değişimlerin, yaşama bakış açılarında değişim, yaşamın daha değerli bir süreç olarak değerlendirilmesi, manevi anlamda bireylerin kendilerini Tanrı'ya daha yakınlaşmış ve daha fazla güven duyuyor olarak hissetmeleri, affetme, şükretme, sabretme ve fedakârlık gibi kişilik özelliklerinin daha fazla önem kazanması, yaşamın insana verilen bir ödül olarak görülmesi ve yaşam tarzının değiştirilmesi alanlarında olduğunu öne sürmektedir.

1.2. Kendini Açma (Self – Disclosure)

"Kendini açma (self – disclosure)" kavramı; ilk olarak Sydney M. Jourard (1971) tarafından ortaya atılmış bir kavramdır ve bireylerin birbirlerine karşı açık olmaları, açılmaları ve/veya kendilerini açmaları olarak değerlendirilen kavram, Jourard (1971) tarafından aşağıda verildiği şekilde tanımlanmaktadır (Aktaran: Chen, 2014);

"Kendini açma (self – disclosure); başkalarının onu algılayabilmesi için kişinin kendisini açıkça göstermesidir".

Bu temelde kendini açma; hem bireyin kendini gerçekleştirebilmesini hem diğer bireylerle daha sağlıklı bir iletişim süreci içerisinde olabilmesini hem de kendisini ortama ya da duruma göre ayarlayabilmesini sağlamaktadır (Erdost, 2004). Antaki, Barnes ve Leudar'a (2005) göre de kendini açma; bireylerin kişisel durumlarına, mizaçlarına, geçmiş deneyimlerine ve geleceğe yönelik planlarına göre şekillenmekte ve bireyler bu kapsamdaki özellikleri doğrultusunda kendileri ile ilgili bilgileri diğerleriyle paylaşmaktadırlar.

Bireyin kendini açma süreci, kendisi ile kurduğu iletişiminin farklı formlarından biri olarak ortaya çıkmakta ve kişilerarası yakın ilişkiler geliştirilebilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda bireylerin kendilerini açma düzeyleri; aileleriyle, arkadaşlarıyla, iş ortamındaki bireylerle ya da çevrelerinde yer alan diğer kişilerle iletişimlerinin temel belirleyicisi olabilmekte ve tarafların birbirlerine yaklaşımlarına göre şekillenebilmektedir (Wang, 2004).

Kendini açma davranışı, bireyler tarafından özel bir konuya yönelik söz konusu edildiğinde tarafları birbirine daha fazla yakınlaştırmakta ve bireyler arasında samimiyet duygusunun artmasına neden olabilmektedir. Zira bireyin özel olarak addettiği bir durumu karşısındaki ile paylaşması ona güven duyduğunun bir ifadesi olarak değerlendirilmekte ve alıcının tepkisine değer verdiğini gösteren bir durum olarak görülmektedir (Bak, Lin ve Oh, 2014).

Bazarova ve Choi'ye (2014) göre de; özel ve samimi konularda kendilerini açan bireyler, kendilerini açtıkları bireyler tarafından arkadaşça ve dostça algılanabilmekte ve kendilerini karşısındakilere açmayan bireylere oranla çevreleri üzerinde daha olumlu ve güvenilir izler bırakabilmektedirler. Bu doğrultuda Bazarova ve Choi (2014), kendisini karşısındakine açan bireylerin, diğer bireylerin de kendilerini açma davranışı sergilemelerine zemin hazırladıklarını ifade etmektedirler.

1.3. Araştırmanın Amacı

Kanser tanısı konulması, hastalarda travmaya neden olan bir durumdur. Bu süreçte hastalar tarafından yaygın olarak verilen tepkiler, öncelikli olarak şok yaşamak ve durumun gerçek olduğuna inanmamak şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bu doğrultuda kanser hastaları tanıyı yadsımak adına hareket ederek, kabul edilmesi zor olan bu gerçeğin yarattığı travmadan uzaklaşabilmek ve ortaya çıkan kaygı ve çaresizlik duygusunu bertaraf edebilmek için bir uğraş içerisine girmektedirler (Ateşçi, Oğuzhanoğlu, Baltalarlı, Karadağ, Özdel, Karagöz, 2003).

Bununla birlikte kanser hastalarının zaman içerisinde "Travma Sonrası Gelişim (TSG)" anlamında gerçeği kabul etmeye başlayıp enerjisini ve ruhsal gücünü yeni yaşamına uyarlamaya başlaması söz konusu olabilmekte ve bu doğrultuda da hastanın yeni yaşamına uyum süreci başlamaktadır. Kanser tanısının konulmasının ardından tedavi seçeneklerinin belirlenmesi ve tedavi programının hasta ile paylaşılması da, TSG sürecini kolaylaştıran etmenler arasında değerlendirilmektedir (Trauma Information Guide, 2013).

Hastaların kansere yükledikleri anlamlar ve hastalıklarını algılayış biçimleri, TSG sürecini etkilemektedir. Aynı şekilde hastaya sağlanan tıbbi, psikolojik ve sosyal desteğin kapsamı ve niteliği de TSG sürecini etkilemekte ve hastanın kanser tedavisine vereceği yanıt üzerinde de belirleyici olabilmektedir. Tüm bunların yanında kanserin hangi evrede tanılandığı,

tedavinin yan etkilerinin hastayı ne derece etkilediği, hastanın psikolojik olgunluk düzeyi, aile ve arkadaşları tarafından ne düzeyde desteklendiği, hastanın ekonomik yaşam standardı gibi etmenler de TSG sürecini etkileyebilmektedir (Shim, Cappella ve Han, 2011).

Kanser hastalarında tedavi sonrası dönemde bakım etkinliklerinin düzenlenmesi, TSG ile ilgili faktörlerin düzenlenmesi açısından da önem arz etmektedir. Sumalla, Ochoa ve Blanco (2009) tarafından kanser sağ kalanlarında TSG sürecinin incelenmesine yönelik gerçekleştirilen araştırma kapsamında da; örneklem grupta yer alan kanser hastalarının TSG sürecine yönelik olarak, olayın klinik özellikleri anlamında, olayla ilişkili faktörlerinin, hastaya sosyal destek sağlanması anlamında çevresel faktörlerin, kaçınma anlamında kanser ile bireyin dünyaya bakışı arasındaki uyumsuzlukların giderilmesi açısından duygu ve düşüncelerinin, bilişsel ve duygusal süreçler ile pozitif yeniden yorumlama anlamında baş etme faktörlerinin düzenlenmesi durumunda daha olumlu bir gelişim sürecinin içerisinde yer alabildikleri tespit edilmiştir.

Kendini başkalarına tanıtabilmek ve daha doğru anlatabilmek amacıyla duygu ve düşüncelerin bir başkası ile paylaşılması ve bireyin kendisini ifade etme süreci olarak tanımlanabilen "kendini açma (self – disclosure)" kavramı da, TSG sürecini destekleyen etmenler arasında yer almaktadır (Öksüz, 2012). Kendini açma davranışının kanser hastaların TSG sürecini nasıl etkilediğini belirlemeye yönelik araştırmaları doğrultusunda Slatcher ve Pennebaker (2004) da, TSG sürecinin yaşam kalitesinin ruh sağlığı ve mutluluk boyutunun kendini açma davranışı ile şekillendirilebildiğini belirlemişlerdir.

Çalışmada da bu kapsamda, kanser hastalarında TSG süreci ile kendini açma davranışları arasındaki ilişkinin belirli boyutları ile ortaya konulması ve örneklem grup aracılığı ile bu ilişkinin derecesine yönelik bulgulara erişilmesi amaçlanmaktadır.

1.4. Araştırmanın Önemi

Günümüzde modern tıbbın ve insanların en önemli sorunlarından olan kanser; korku, umutsuzluk, çaresizlik, fiziksel ağrılar, yalnızlık hissi ve ölüm gibi duyguları çağrıştırmaktadır. İleri aşamalar kaydedilmesine karşın kanser olgusu, fiziksel olduğu kadar psikolojik ve sosyal bileşenlerin yoğun olduğu ciddi bir sorun olarak insan varlığına ve varoluşuna yönelik çeşitli sorunları da gündeme getirmektedir (Sabuncuoğlu ve Özgüneş, 2011).

Bu yönüyle kanser, hastalar tarafından bir yıkım olarak algılanmaktadır ve bireyin travma yaşamasına neden olmaktadır. Bu doğrultuda da birey, hastalığın getirdiği bu travmatik süreçte gerçeği kabullenip başarılı baş etme yöntemleri geliştirmede zorluk çektiği bir dönem yaşamaya başlamaktadır. Hastalığın üstesinden gelme, gerçeğin kabulü ve mümkün olduğu kadar az acı ile yaşamını en iyi şekilde sürdürebilmeye yönelik psikolojik ve davranışsal çabalar, bu dönemde kanser hastaları tarafından ortaya konulan davranış örneklerini ifade etmektedir (Özkan, 2010).

İnsan yaşamının hangi döneminde olursa olsun, kanserin tedavisi sürecinde oluşan çeşitli sorunlarla baş edebilmek ve yaşanan hastalık deneyimini olumlu değişimlerle geride bırakmak kişinin örtük güçlerini harekete geçirmesini de gerektirmektedir. Bu noktada da bireyin gerek bireysel ve gerekse de kişilerarası ve çevresel alanından beslenen güçlenme süreci içerisinde yer almaya başlaması, kanserle mücadelede yaşamsal önem taşımaktadır. Bireysel alan, bireyin hastalık sürecine ilişkin hastalık algısını, deneyimini ve değerleri içermekteyken; kişilerarası ve çevresel alan da aile, yakınlar, akran grupları ve sağlık uzmanlarından oluşan toplumsal ve kültürel yapıyı ifade etmektedir.

Birey ve onu etkileyen bu sosyal güçler arasında hastalık sürecinde değişik etkileşimler yaşanmaktadır. Buna göre; hem bireyin psikolojik alanında hastalığını kurma ve anlamlandırma yolunu hem de bu yolu biçimlendiren anlatılar hastanın güçlenip olumlu bir bakış açısına sahip olmasında önemli

etmenler arasında değerlendirilmektedir (Tuncay, 2009). Bireyler arasında gerçekleşen bir iletişimde bireylerin birbirlerine kendilerini açıp açmamaları da, onların yakın kişiler arası ilişki geliştirip geliştiremeyeceğini etkileyebilmekte ve sosyal ve kültürel etmenler de bireyin kendini açma özelliklerinin belirlenmesinde etkili olabilmektedir.

Psikolojik uyum ve kişilerarası ilişkiler alanında yapılan çalışmalarda, samimi bir şekilde kendini açmanın değeri de vurgulanmaktadır. Zira bir insan herhangi bir sorununu ifade etmediği takdirde sorunun çözümüne ilişkin bir şey yapmak olası olamamaktadır. Kendini açma davranışı psikolojik danışma ve psikoterapide de oldukça önemlidir. Genel olarak sorun yaşayan bireyin kendini açmasının psikoterapide kolaylaştırıcı bir etken olduğu ifade edilmektedir (Izgar ve Arslan, 2000). Bu doğrultuda da kendisi hakkında özel bilgileri diğerleriyle paylaşan kişiler, kendilerini karşısındakilere açmayanlara oranla çevreleri üzerinde daha olumlu ve güvenilir izlenim yaratmakta aynı zamanda bireyin kendini yalnız hissetmemesi ve içgörü kazanmasına yardımcı olmaktadır (Gündoğdu, 2010).

Duyguları ifade etmenin iyi oluş ve sağlıkla ilişkisinin incelenmesine yönelik olarak Pennebaker, Kiecolt – Glaser ve Glaser (1988) tarafından gerçekleştirilen araştırma kapsamında da; duygusal iletişime ilişkin bilimsel bir bakış açısına sahip olma temelinde duyguları açmanın, fiziksel ve psikolojik sağlık durumuna katkı sağladığı bulgulamıştır. Bu temelde Pennebaker, Kiecolt – Glaser ve Glaser (1988); duygusal ifadelerin akıl ve beden sağlığının önemli bir yönü olarak değerlendirildiğini, duyguları anlama ve ifade etme güçlük yaşanmasının da çoğu kez psikopatoloji ile ilişki olarak ele alındığını ifade etmişlerdir.

Kanser hastalarında söz konusu olan TSG sürecinde karşılıklı iletişim kurmanın ve kendini açma davranışına yer vermenin öneminin ortaya konulmasının amaçlandığı bu araştırmadan elde edilecek olan bulguların da bu kapsamda, konu ile ilgili yapılacak diğer araştırmalara katkı sağlaması bakımından önemli olacağı düşünülmektedir.

1.5. Araştırmanın Hipotezi

"Kanserli hastaların yaşadığı travma sonrası stres belirtileri ve olumlu gelişim, kendini açma olgusu arasındaki ilişkiyi ortaya koyarak kendini açmak istemek ve travma sonrası gelişim arasındaki ilişkiyi ortaya koyarak kendini açmanın önemini belirtmek.''

1.6. Araştırma Soruları

Araştırmanın amacına ve hipotezine uygun olarak incelenecek olan araştırma soruları da aşağıda verildiği gibi belirlenmiştir;

1. Kanser tanısı almış yetişkinlerin travma sonrası stres belirti düzeyleri ve travma sonrası gelişim düzeyleri kanserle ilgili yaşadıklarını konuşma isteğine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılıkla ilişkilendirilebilir mi?
2. Kanser tanısı almış yetişkinlerin travma sonrası stres belirti düzeyleri ve travma sonrası gelişim düzeyleri kanserle ilgili yaşadıklarını gerçekten konuşmalarına göre incelendiğinde anlamlı bir farklılıkla ilişkilendirilebilir mi?

BÖLÜM 2
YÖNTEM

2.1 Örneklem

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji bölümünde, uygun (convenience) örneklem yoluyla belirlenen 100 kanser hastasına uygulanmıştır. Katılımcıların demografik bilgilerine Tablo 2.1'de,hastalık ile ilgili bilgilerine Tablo 2.2' de yer verilmiştir. Tablo 2.1'de görüldüğü gibi, katılımcıların yaş ortalaması 45,48'dir. Katılımcıların 21'i okur-yazar,14'ü ilkokul, 14'ü ortaokul, 34'ü lise ve 17'si üniversite ve üniversite üstü eğitim düzeyi ifade etmişlerdir. Katılımcıların 62'si evli, 18'i bekar,16'sı boşanmış ve 4'ü ise eşini kaybettiğini belirtmiştir. Gelir düzeyi orta olan hastalar örneklemde 51 kişiyken, yüksek gelirli 18 kişi ve düşük gelirli 31 kişi olarak belirlenmiştir.

Sarısoy (2012), meme kanseri tanısı almış hasta ve hasta yakınları ile yaptığı çalışma belirtilen sosyo demografik ve kişisel bilgilerin bulunduğu tablo esas alınarak bu çalışmadaki katılımcıların sosyo demografik ve hastalıkla ilgili verileri Tablo 2.1 ve Tablo 2.2'de belirtilmiştir:

Tablo 2.1. Örneklem Grubuna Ait Sosyo-Demografik Veriler

Değişkenler		**N**	**%**
Cinsiyet			
Kadın		55	55
Erkek		45	45
Eğitim Durumu			
Okur-yazar		21	21
İlkokul		14	14
Ortaokul		14	14
Lise		34	34
Lise üstü		17	17
Medeni Durum			
Bekar		18	18
Evli		62	62
Boşanmış		16	16
Dul		4	4
Gelir düzeyi			
Düşük		31	31
Orta		51	51
Yüksek		18	18
Çocuk	Var	75	75
	Yok	25	25
Yaşadığı yer	İl	64	64
	İlçe	36	36
Yaş		Ort. = 45,48	SS =14,9
Yaş Grubu			
19-29 yas arası		22	22
30-40 yas arası		15	15
41-51 yas arası		26	26
52-62 yas arası		26	26
63-78 yas arası		11	11

Tablo 2.2.Örneklemin Hastalık ile ilgili Bilgileri

Değişkenler	**N**	**%**
Kanserin Evresi		
Evre1	30	30
Evre2	35	35
Evre3	27	27
Evre 4	8	8
Tedavi		
Radyasyon	10	10
Kemoterapi	37	37
Radyasyon ve Kemoterapi	11	11
Hormon	12	12
Tedavi görmüyor	30	30
Ameliyat geçmişi		
Hayır	68	68
Evet	32	32
Başka Hastalık		
Var	17	17
	(% 8 Şeker, %9 Tansiyon)	
Yok	83	83
Yakınlarında Kanser		
Yok	65	65
Var	35	35
	(%22 birinci derece, %9 ikinci derece)	
Yakını Hayatını Kaybetti mi?		
Yakınında Kanser Yok	65	65
Evet	17	17
Hayır	18	18
Yakını Düzeldi mi?		
Yakınında Kanser Yok	65	65

Tablo 2.2 (Devamı)

Hayır	6	6
Öldü	17	17
Düzeldi	12	12
Yakınında Olumlu değişiklik var mı?		
Yakınında Kanser Yok	65	65
Evet	10	10
Hayır	25	25
Psikiyatrik geçmiş		
Yok	83	83
Var	17	17
Kanser ile İlgili Yaşadıklarını Konuşmak İstedi mi?		
Evet	62	62
Hayır	38	38
Kanser ile İlgili Yaşadıklarını Gerçekten Konuştu mu?		
Evet	49	49
Hayır	51	51
Çocuklarında veya Yakınlarında Kanser Çıkma İhtimali Ne Kadar Korkutuyor?		
Hiç	1	1
Biraz	4	4
Oldukça	52	52
Çok	43	43
Hastalığın Tekrarlaması Ne Kadar Korkutuyor?		
Hiç	2	2
Biraz	10	10
Oldukça	45	45
Çok	43	43
Hastalığın İlerlemesi Ne Kadar Korkutuyor?		
Hiç	0	0
Biraz	9	9
Oldukça	47	47
Çok	44	44

Hastalığın Tedaviye Cevap Vermemesi Ne Kadar Korkutuyor?

Tablo 2.2 (Devamı)

Hiç	1	1
Biraz	4	4
Oldukça	48	48
Çok	47	48
Geçirilen Ameliyat Türü		
Meme	7	7
Mide	7	7
Rahim	5	5
Tiroit	5	5
Bağırsak	3	3
Akciğer	2	2
Beyin	1	1
Ameliyat yok	70	70
Kanser Tanısı Üzerinden Geçen Süre (Ay)		
1-10 ay	35	35
11-20 ay	30	30
21-30 ay	11	11
31-40 ay	4	4
41-50 ay	5	5
51-60 ay	1	1
61-70 ay	7	7
71-80 ay	1	1
81-90 ay	1	1
91-120 ay	5	5

Tablo 2.2'de görüldüğü gibi hastaların 30'u kanseri ilk öğrendiğinde 1.evresinde, 35'i 2. evresinde, 27'si 3.evresinde ve 8'ide 4. evresindeyken tanı konulmuştur. Hastaların 10' u şu an radyasyon tedavisi, 37'si kemoterapi tedavisi, 11'i ise hem radyasyon tedavisi hem de kemoterapi tedavisi görmektedir.12 kişi ise halen hormon tedavisi görmekte iken 30' u ise şuan bir tedavi görmemektedir. Hastaların neredeyse tamamına yakın bir kısmına daha önce kanser tanısı konulmamıştır. Kanserden başka bir hastalığı

olmayanlar örneklemin %83'ünü oluştururken, %17'sinin ise kanserden başka da hastalıkları vardır. Hastaların %34'ünün yakınlarında kanser tanısı almış biri vardır. Bu kişilerin %17'si hayatını kaybetmiştir,%12' si tamamen düzelmiştir.%10' unda da kanserden sonra olumlu değişiklik olduğu bildirilmiştir. Hastaların %17'sinde psikiyatrik öykü vardır. Hastaların %62'si kanser ile ilgili yaşadıklarını konuşmak isterken sadece %49'u gerçek anlamda kanser ile ilgili konuştuğunu ifade etmiştir.

Katılımcıların çocuklarında ya da yakınlarında kanser çıkma ihtimaline karşı çok korkmalarının %43, oldukça korkmalarının %52, biraz korkmalarının %4, hiç korkmamalarının %1 oranında olduğu gözlemlenmiştir. Hastaların %43'ü hastalığın tekrarlamasından çok korkarken,%45'i oldukça korkmakta, %10'u biraz korkmakta %2'si ise hiç korkmamaktadır. Katılımcıların %47'si hastalığın ilerlemesinden oldukça korkarken,%44'ü çok korkmakta,%9'u ise biraz korkmaktadır, hastalığın ilerlemesinden korkmayan yoktur. Hastaların %47'si hastalığın tedaviye cevap vermemesinden çok korkarken,%48'i oldukça korkmakta,%4'ü biraz korkmakta %1 ise hiç korkmamakta olduğunu aktarmıştır. Hastaların kanser tanısı aldıklarından bu yana geçen sürenin dağılımını incelediğimizde, 1-10 ay arasında % 35, 11-20 ay arasında %30, 21-30 ay %11, 31-40 ay arasında %4, 41-50 ay %5, %51-60 ay % 1, 61-70 ay arasında %7, 71-80 ay arasında %1, 81-90 arasında %1, ve 91-120 ay arasında ise % 5 olduğu görülmektedir. Hastaların tedavi sürecinde geçirdikleri ameliyat türlerine ilişkin dağılım incelendiğinde, herhangi bir ameliyat geçirmeyen katılımcıların oranı %70 olarak saptanmıştır. Bununla birlikte, meme ameliyatı geçirenler %7, mide %7, rahim %5, tiroit %5, bağırsak %3, akciğer %2 ve beyin %1 oranında olduğu tespit edilmiştir.

2.2.Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama araçları olarak hastalara Demografik ve Hastalıkla İlgili Bilgi Formu dışında, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Travmatik Stres Belirtileri Ölçeği ve Travma Sonrası Gelişim Ölçeği kullanılmıştır. Uygulanan veri toplama araçları ekler bölümünde sunulmuştur.

2.2.1.Demografik ve Hastalıkla İlgili Bilgi Formu

Hastaların demografik bilgilerini elde etmek amacıyla yaş, eğitim, gelir durumu gibi alanlarda içeren oluşturulmuştur. Bu formla katılımcıların yaşadığı kişiler, sağlık güvenceleri hakkında da bilgi alabilmek hedeflenmiştir. Form iki kısımdan oluşmaktadır. Hastalık ile ilgili bilgilerin sorulduğu ikinci kısımda, kanserin evresi, tanı alınan yaş, tedavi türü, geçirilen ameliyat ile ilgilide bilgi alınmıştır. Yakınlarda kanser öyküsü, hastanın psikiyatrik öyküsü, kansere ilişkin korkular ile ilgili sorularda formda yer almıştır. Hastalıkla ilgili kendini açma boyutunu değerlendirmek için iki soru sorulmuştur. Hastanın kanser ile ilgili yaşadıklarını konuşmak isteyip, istememesi ve gerçekten konuşup konuşmadığıdır. Formun en son kısmında ise kanser ile ilgili olarak hastaların korkularını tespit etmek amacıyla sorular sorulmuştur. Bu tabloda hastanın çocuklarında ya da yakında hastalığın çıkma ihtimali, hastalığın tekrarlaması, hastalığın ilerlemesi ve hastalığın tedaviye cevap vermemesi korkuları üzerine de bilgi toplanmıştır. Kişisel ve hastalıkla ile ilgili bilgi formunun bir örneği Ek1 de yer almaktadır.

Kişisel Bilgi Formunda yer alan maddeler arasında, katılımcıların kendini açma ve kansere ilişkin korkularını tespit edebilmek amacıyla literatürde yer alan çalışmalardaki uygulamalar dâhil edilmiştir. Taku ve arkadaşları (2009), kişilerin stresli durumlar karşısında kendini açmanın etkisi ve travma sonrası gelişmeye yönelik kendini açma unsurunun algılanan sosyal tepkilerini ölçtüğü çalışmasında, katılımcıların kendini açma olgusuna ilişkin gerçekte olan kendini açma ve kendini açma konusundaki isteklilik ölçülmüştür. Kendini açma değişkenini ölçme amacıyla katılımcılara iki soru yöneltilmiştir: “Sana ne olduğu hakkında konuşmak ister miydin?” ve “Ne olduğu hakkında hiç konuştun mu?” Kapalı uçlu olan iki soruda “evet” cevabı 1 puan ve “hayır” cevabı 0 puan olarak hesaplanmıştır (Taku ve ark, 2009).

.

2.2.2.Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale)

Hastalara travmatik olarak yaşadığını düşündüğümüz hastalıkla ilgili yaşadıklarından kaynaklanan stres düzeylerini ve travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini tespit etmek amacıyla (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale) Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği uygulanmıştır (Foa, Cashman, Jaycox ve Perry, 1997).Foa ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen ve travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini tespit edebilmek amacıyla yapılandırılmış bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin maddeleri, travma sonrası stres bozukluğu DSM-IV tanı kriterleri doğrultusunda oluşturulmuştur. Ölçek, tanı kriterleri çerçevesinde, travmatik deneyimlerin türleri, travmatik olayların şiddeti ve rahatsız edici boyutu hakkında bilgi verebilecek maddeleri kapsamaktadır. Ayrıca, 18-65 yaş grubuna uygulanabilen ölçek, dört bölümden oluşmaktadır.

Elli maddelik ölçeğin ilk bölümü travmatik olayların türünü ölçmeyi hedeflemektedir. İlk bölümde kişinin yaşamış olduğu birden fazla travmatik olay söz konusu ise ikinci bölüm travmatik olaylar içerisinde en rahatsız eden travmatik deneyimi ve travmatik deneyimin şiddetini ölçmeyi amaçlar. Ölçeğin bu çalışmada kullanılan üçüncü bölümü 17 maddeden oluşmaktadır. Üçüncü bölüm, kişilerin travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini ölçen maddeleri kapsamaktadır. Bu bölüm, TSSB belirtilerinin kişiler arasındaki şiddetini ölçmektedir. Ölçekteki maddeler 0-3 arası puanlandırılmaktadır. Bu bölümün maddeleri DSM-IV'deki TSSB tanı kriterleri temel alınarak oluşturulmuştur. Üçüncü bölümde kişilerin alabileceği puanlar 0-51 arasında değişmektedir. Travma sonrası stres belirtileri 10 puan ve altında ise hafif düzeyde, 11-20 puan arasında ise orta düzeyde, 21-35 puan arasında ise orta-ciddi düzeyde ve 35 puan ve üzerinde ise ciddi düzeyde travma sonrası stres bozukluğu belirtileri olarak sınıflandırılır. Üçüncü bölümde, kişilerin travma sonrası stres belirtilerinin ne düzeyde olduğu ve ne zamandan beri sürdüğünü ölçmek amacıyla iki madde yer almaktadır. Kişilerin kendilerini değerlendirdikleri travma sonrası stres belirtilerini 1 aydan daha fazla süredir yaşıyorsa travma sonrası stres bozukluğu tanı kriterlerini karşılamaktadır.

Akut travmatik stres belirtileri ise 3 aydan daha kısa süredir belirtileri yaşıyorsa söz konusu olmakla birlikte 3 aydan daha fazla görülen belirtiler kronik travma sonrası stres bozukluğu tanısını karşılar kriterlerin olduğunu göstermektedir (Foa ve ark, 1997).

Araştırmada kullanılan 17 maddelik üçüncü bölümün geçerlik ve güvenirlik çalışmasının özgün formunun iç tutarlığının yüksek olduğu saptanmıştır (Cronbach alfa = .92). 17 maddelik bölümdeki maddelerin test-tekrar test güvenirliğinin ise yüksek olduğu tespit edilmiştir (Cronbach alfa = .83) (Foa ve ark, 1997). Ölçeğin ayırt ediciliğini ölçmek amacıyla yapılan çalışmada ise öncesinde Yapılandırılmış Klinik ve Tanı Görüşmesi verileri doğrultusunda TSSB tanısı almış kişilerin bu ölçek ile %82 oranında ayırt edilebildiği tespit edilmiş, tanıya ilişkin görüşmede TSSB tanısı almamış kişilerin aynı şekilde bu ölçekle % 76 oranında ayırt edilebilir olduğu saptanmıştır. Veriler doğrultusunda ölçekteki 17 maddelik üçüncü bölümün orijinal formunun geçerlik, güvenirlik, duyarlılık ve özgüllük açısından anlamlı sonuçlar elde edilmiştir (Foa ve ark, 1997).

Ölçeğin 17 maddelik bölümünün Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirlik çalışması Işıklı tarafından 2006 yılında yapılmıştır. Maddelerin iç tutarlığı Cronbach alfa katsayısı .93 olarak bulunmuş, madde-toplam test korelasyon kat sayıları ise .39 ile .82 arasında değişmektedir. Bununla birlikte, ölçeğin geçerliğini saptamak amacıyla diğer ölçeklerin dahil edilmesi ile karşılaştırılan çalışmada, Travma Sonrası Stres Belirtileri Ölçeğinin Beck Depresyon Ölçeği ile .60, Beck Anksiyete Ölçeği ile .63 ve Kısa Semptom Envanteri ile .70 oranında korelasyonu olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada hastane anksiyete ve depresyon ölçeği kullanıldığı için sadece TSSB' yi ölçen ilk kısım kullanılmıştır.

Karancı, Aker ve Işıklı (2009), TÜBİTAK projesi kapsamında, yetişkinlerde travmatik olay yaşama yaygınlığı, travma sonrası stres bozukluğu ve travma sonrası gelişimi değerlendirdiği çalışmada, Travma Sonrası Stres Belirtileri Ölçeğinin güvenirliğini ölçmek için 1253 kişi ile uyguladıkları faktör analizi sonuçları doğrultusunda, maddeler arasındaki iç tutarlılık katsayısının .93

olduğu tespit edilmiştir. Maddeler arasındaki tutarlılığın, ölçeğin 15 maddesini oluşturan 3 alt boyutta (yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı irkilme olmak üzere) söz konusu olduğu tespit edilmiştir. alt boyutlar arasındaki iç tutarlılık kat sayıları ise, yeniden yaşama (.82), kaçınma (.77) ve aşırı irkilme (.78) olarak tespit edilmiştir. Ölçek, travma sonrası stres belirtilerini ölçmek amacıyla katılımcıların yaşadıkları travmatik deneyimin türü, travmatik olaya bağlı psikolojik problemler ve TSSB tanı kriterlerini karşılayıp karşılamadığını ölçmek amacıyla kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçektir ve bu çalışmada kanser hastalarının travmatik stres belirtilerini ölçmek amacıyla kullanılmıştır. Ölçeğin örneği Ek2'de yer almaktadır.

2.2.3 Travma Sonrası Gelişim Envanteri

Travma sonrası büyüme (gelişme) envanteri (Post Traumatic Growth Inventory) Tedeshi ve Colhoun tarafından kişilerin yaşadıkları travmatik yaşantılardan sonra travma sonrası gelişim yaşayıp yaşamadıklarını incelemek amacıyla 1996 yılında oluşturulmuştur.

Ölçek 0-5 arasındaki puanlama değerine göre puanlanmaktadır. Puanlama sistemi (0), bu değişikliği yaşamadım, (5) ise bu değişikliği çok büyük oranda yaşadım arasında oluşmaktadır. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır ve ölçekten alınabilecek puan 0-105 olarak belirtilmiştir. Ölçekten alınan sonuca göre kişinin travma sonrası büyüme gösterip, göstermediği hakkında bilgi verir.

Ölçeğin farklı Türkçe formları bulunmaktadır. Kılıç (2005) tarafından Türkçeye çevrilen ilk ölçekte orijinali altılı değerlendirme yerine beşli kullanılmış ve seçenekler orijinalinden farklı değerlendirilmiştir. Karancı, Aker ve Işıklı (2009) tarafından hazırlanan TÜBİTAK projesi kapsamında uygulanan 1253 katılımcı üzerinde yapılan faktör analizi sonuçları doğrultusunda, yirmi bir madde ile yine Türkçe uyarlamasında olduğu gibi 5 alt boyut bulunmuştur. Alt boyutlar arasındaki iç tutarlılık katsayılarını incelediğimizde, alt boyutların sırası ile, yeni olanakların algılanması, manevi değişim, kişiler arası ilişkiler, bireysel güçlülük ve yaşamın kıymetini anlama

Cronbach değerleri, .81, .76, .79, .79, ve .83 olarak saptanmıştır. Tüm maddelerin tutarlılık kat sayısı ise .93 olarak bulunmuştur.

Likert tipli ölçeğin faktörleri, yeni fırsatlar (2. 6. 10. 13. 16), kişisel güçlülük (3. 9. 11. 18), manevi değişim (4. 17.), takdir etme (1. 12.), başkaları ile ilişkiler (5. 7. 8. 14. 15. 19. 20) inci maddelerdir. Ölçeğin puanlandırılması ise 0 - yaşamadım, 1 - çok az derecede yaşadım, 2 – az derecede yaşadım, 3 – orta derecede yaşadım, 4 – oldukça fazla derecede yaşadım, 5 – aşırı derecede yaşadım şeklindedir.

Bu çalışmada, Karancı, Aker ve Işıklı (2009) tarafından hazırlanan TÜBİTAK projesi esas alınarak, ölçeğin 5 alt boyutu olan, kişiler arası ilişkiler, yeni olanakların algılanması, bireysel güçlülük, manevi değişim ve yaşamın kıymetini anlamak incelenerek bulgular saptanmıştır. Ölçeğin örneği Ek 4'de verilmiştir.

2.3.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Ölçek Zigmond ve Snaith tarafından 1983'de ruhsal rahatsızlığı olmayan hastalar üzerinde kaygıyı ve depresyon ölçmek için geliştirilmiştir. 4'lü likert tipi derecelendirme kullanılmıştır, ölçek on dört maddeden oluşmaktadır bu on dört maddeden yedisi kaygıyı yedisi ise depresyonu ölçmektedir.1, 3, 5, 7, 9, 11 ve 13.. maddeler kaygıyı, 2, 4, 6, 8, 10, 12 ve 14 numaralı maddeler depresyonu ölçmektedir.1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 ve 13 numaralı maddeler ters maddeler, 2, 4, 7, 9, 12 ve 14 numaralı maddeler ise düz maddelerdir. Hastaların anksiyete ve depresyon seviyesinin ölçülmesi amacıyla çalışmada Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği kullanılmıştır.

Zigmon ve Snait (1983) tarafından fiziksel rahatsızlığı olan kişilere uygulanarak geçerli ve güvenilir olduğu kabul görmüştür. Depresyon ve kaygı için 8 puan ve yukarısı, tanı için gereken alt ölçek puanda 10 ve üzeridir. Ölçekten alınan yüksek puan kaygı ve depresyonunda yüksek olduğunu gösterir. Farklı fiziksel hastalıklarda, depresyonun kaygı maddeleri

ile olan korelasyonun .30 ile .60 arasında olduğu ve kaygıyı ölçen maddelerin ise iç tutarlığının .41 ve. 76 arasında değişmekte olduğu gözlemlenmiştir.

Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması 213 üniversite öğrencisinin ve 136 hastanın katılımı ile Aydemir, Güvenir, Küey ve Kültür (1997) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmasında anksiyete alt boyutunun Cronbach alfa değeri .85 ve depresyon alt boyutu için .77 olarak bulunmuştur. Ölçeğin madde-toplam korelasyonu anksiyete alt boyutu için .81 - .85 ve depresyon alt boyutu için .73 - .77 aralığındadır. Anksiyete alt boyutunun Sürekli kaygı Ölçeği ile yapılan birlikte geçerlik çalışması ise korelasyon .85 olarak bulunmuştur. Depresyon alt boyutu için Beck Depresyon Envanteri ile yapılan birlikte geçerlik çalışması ise .80 korelasyon olarak bulunmuştur. Ölçeğin iki faktörden oluştuğu saptanan çalışmada kesme puanları depresyon için 7 ve anksiyete için 10 olarak bulunmuştur. Ölçekte tek sayılı maddeler anksiyete alt boyutunun, çift sayıdaki maddeler ise depresyon alt boyutunun maddeleridir. Yapılan Çalışma sonucunda Hastane Depresyon Anksiyete Ölçeği Türkçe uyarlamasının geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır. Ölçeğin örneği Ek5'te verilmiştir.

2.4 İşlem

Araştırma için toplanan veriler Eylül 2014-Aralık 2015 tarihleri içerisinde Selçuk Tıp Fakültesi Onkoloji Bölümü'nde yataklı servisinde tedavi gören ve polikliniğe gelen hastalardan toplanmıştır. Maltepe Üniversitesinden etik kurul onayı alındıktan sonra Selçuk Üniversitesi Onkoloji hastanesi başhekimliğinden araştırma izin belgesi alınmıştır.

Hastaneye gidilen günlerde hastaların bilgileri alınarak hastalar ziyaret edilmiş, çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve onam formu açıklanmıştır. Anket uygulamasına onay veren hastalara anketler çoğunlukla araştırmacının kendisi tarafından uygulanmış, kendisi cevaplayan hastalarda ise yanlarında bulunur sürekli olarak yardım isteyip, istemedikleri sorgulanmıştır. Anketlerin cevaplanma süresi yaklaşık olarak yarım saati bulmuştur.

BÖLÜM 3

BULGULAR

Bu bölümde araştırma sorularının test edildiği istatistiksel analiz sonuçları sunulmaktadır. Kanser tanısı almış katılımcılardan elde edilen veriler SPSS programı kullanılarak kodlanmıştır. Analizlerden önce veri girişini kontrol etmek amacıyla tüm değişkenlerde kayıp değerler ve uç değerler incelenmiş, kayıp değer ve uç değer saptanmamıştır. Daha sonra tüm bağımlı değişkenlerin normallik sayıltısını karşılayıp karşılamadığı incelenmiş ve tümünün normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Mevcut araştırmada kanser tanısı almış yetişkinlerin travma sonrası stres belirtilerini incelemek amacıyla Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ), psikolojik belirtileri araştırma amacıyla Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) ve son olarak da travma sonrası gelişim olgusunu değerlendirme amacıyla Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (TSGÖ) kullanılmıştır.

Araştırmanın analiz sonuçlarını içeren bu bölüm, 3 ana başlık altında toplanmıştır. Öncelikle, araştırmada yer alan bağımlı değişkenler (travma sonrası stres belirtileri, psikolojik belirtiler ve travma sonrası gelişim) ve alt boyutlarının betimleyici özellikleri ortalama, standart sapma ve ranj değerleri hesaplanarak sunulmuştur. Daha sonra, araştırmadaki bağımlı değişkenlerin ilişkilerini saptama amacıyla Pearson korelasyon katsayıları incelenmiştir. Son olarak, kendini açma isteğinin ve gerçekten kendi açma davranışının sözü edilen bağımlı değişkenler ve alt boyutları için anlamlı bir farklılıkla ilişki olup olmadığını inceleme amacıyla, bağımsız t-testi analizleri yapılmış ve sonuçlar aktarılmıştır.

3.1. Katılımcıların Travma Sonrası Stres Belirtileri, Psikolojik Belirtiler ve Travma Sonrası Gelişim Düzeyleri ve Alt Boyutlarına İlişkin Betimsel Veriler

Tablo 3.1.Bağımlı Değişkenler ve Alt Boyutlarına İlişkin Betimsel Değerler

Değişken	Ortalama	Standart Sapma	Ranj
TSSTÖ-Toplam	26.8	11.1	0-51
TSSTÖ-Yeniden Yaşantılama	8.63	3.62	0-15
TSSTÖ-Kaçınma	11.2	4.69	0-21
TSSTÖ-Aşırı İrkilme	7.03	3.77	0-15
HADÖ-Toplam	21.1	6.20	0-42
HADÖ-Depresyon	10.6	3.39	0-21
HADÖ-Anksiyete	10.5	3.28	0-21
TSGÖ-Toplam	63.6	9.70	0-105
TSGÖ-Yeni Olanakların Algılanması	14.7	2.96	0-25
TSGÖ-Manevi Değişim	12.1	2.31	0-20
TSGÖ-Kişilerarası İlişkiler	15.6	2.78	0-25
TSGÖ-Bireysel Güçlülük	12.2	2.26	0-20
TSGÖ-Yaşamın Kıymetini Anlama	8.98	2.95	0-15

Bu araştırmanın amaçları arasında katılımcıların yaşadığı travma sonrası stres belirtileri, psikolojik belirtiler ve travma sonrası gelişim olgusu düzeyleri üzerinden herhangi bir tanı belirleme ve/veya kategorik bir tanımlama yapma yer almamaktadır. Bununla birlikte, travma sonrası stres belirtilerini inceleyen ölçekten alınan puanlara göre, travma sonrası stres belirti puanı 10 ve altında ise hafif; 11-20 arasında orta, 21-35 arasında orta-ciddi ve 35 üzerinde ise ciddi olarak tanımlandığı bilinmektedir (Karancı, Aker ve Işıklı, 2009). Mevcut araştırmada ortalamalara bakıldığında kanser tanısı almış yetişkinlerin travma sonrası stres belirtileri ortalamasının X = 26.8 (SS = 11.1) olduğu saptanmıştır. Buradan yola çıkarak, katılımcıların orta-ciddi

düzeyde travma sonrası stres belirtileri yaşadıkları söylenebilir. HADÖ ile incelenen depresyon ve anksiyete belirtileri toplam puanların için sırasıyla ortalamaların X = 10.6 (SS = 3.39) ve X = 10.5 (SS = 3.28) olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında alt boyutların tanı için yaklaşık puanın 10 olduğu belirtilmiştir (akt. Sarısoy, 2012). Bu bilgiye bakılarak, bu araştırmanın katılımcılarının tanıyı göz önünde bulundurabilecek düzeyde depresyon ve anksiyete belirtileri yaşadıkları söylenebilir. Son olarak kanser tanısı almış yetişkinlerin travma sonrası gelişim düzeyi ortalamasının X = 63.6 (SS = 9.7) olduğu saptandığından katılımcıların orta düzeyde gelişim rapor ettikleri söylenebilir.

3.2. Katılımcıların Travma Sonrası Stres Belirtileri, Psikolojik Belirtiler, Travma Sonrası Gelişim Olgusu ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler

Kanser tanısı almış yetişkinlerin travma sonrası stres belirtileri, psikolojik belirtileri ve travma sonrası gelişim olgusu ve alt boyutları arasındaki ilişkiler, Pearson korelasyon katsayıları hesaplanarak belirlenmiş, sonuçlar Tablo 3.2'de sunulmuştur. Tablodan görüleceği gibi bağımlı değişkenler ve alt boyutları arasında yüksek düzeyde korelasyon saptanmıştır. TSSTÖ'nün alt boyutları yeniden yaşantılama, kaçınma ve aşırı irkilme ile korelasyonları sırasıyla (.90, .92, .91 $p<.01$); HADÖ'nün alt boyutları depresyon ve anksiyete ile (.93, .92; $p<.01$) olarak bulunmuştur. TSGÖ'nün alt boyutları yeni olanakları algılama, manevi değişim, kişilerarası ilişkiler, bireysel güçlülük ve yaşamın kıymetini anlama ile ilişkileri de yüksek düzeyde ve anlamlıdır (sırasıyla, .68, .70, .73, .77, .77; $p<.01$).

Travma sonrası stres belirtileri toplam puanı, yeniden yaşantılama, kaçınma ile aşırı irkilme alt boyutları ve travma sonrası gelişimin alt boyutlarından yaşamın kıymetini anlama arasında negatif ve anlamlı yönde ilişkiler bulunmuştur (sırasıyla, $r = -.34$, $p<.01$; $r = -.43$, $p<.01$; $r = -.24$, $p<.05$; $r = -.28$, $p<.01$). HADÖ toplam puanı, depresyon ve anksiyete alt boyutları ile TSGÖ toplam puanı arasında da anlamlı ve negatif yönlü ilişkiler saptanmıştır (sırasıyla, $r = -.27$; $r = -.23$, $p<.05$; $r = -.27$, $p<.01$). Depresyon ve anksiyete alt boyutları ile travma sonrası gelişim olgusunun alt boyutları

olan bireysel güçlülük ve yaşamın kıymetini anlama alt boyutları arasında da yine negatif yönlü anlamlı ilişkiler gözlemlenmiştir (sırasıyla, , r = -.37, p<.01; r = -.41, p<.01; r = -.23, p<.05; r = -.34, p<.01). Bu bulgulardan yola çıkılarak, travmaya özgü stres belirtileri, depresyon ve anksiyete belirtileri ile travma sonrası gelişim olgusu ve alt boyutlarından bireysel güçlülük ve yaşamın kıymetini anlama alt boyutları arasında anlamlı ve negatif yönde ilişkiler olduğu söylenebilir.

Tablo 3.2. Bağımlı Değişkenler ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler

Değişkenler	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. TSSTÖ-Toplam	.90**	.92**	.91**	.07	.06	.07	-.16	.00	-.11	-.15	-.16	-.34**
2. TSSTÖ-Yeniden Yaşantılama		.75**	.77**	.24*	.20*	.25*	-.20*	-.04	-.02	.01	-.26**	-.43**
3. TSSTÖ-Kaçınma			.75**	-.03	-.00	-.05	-.12	.05	-.17	.00	-.10	-.24*
4. TSSTÖ-Aşırı İrkilme				.01	.00	.03	-.12	-.05	-.09	.03	-.09	-.28**
5. HADÖ-Toplam					.93**	.92**	-.27**	-.22*	.08	-.09	-.42**	-.30**
6. HADÖ-Depresyon						.73**	-.23*	-.18	.07	-.10	-.37**	-.23*
7. HADÖ-Anksiyete							-.27**	-.23*	.07	-.06	-.41**	-.34**
8.TSGÖ-Toplam								.68**	.70**	.73**	.77**	.77**
9.TSGÖ-Yeni Olanakları Algılama									.22*	.23*	.43**	.51**
10.TSGÖ-Manevi Değişim										.63**	.38**	.43**
11.TSGÖ-Kişilerarası İlişkiler											.55**	.33**
12.TSGÖ-Bireysel Güçlülük												.52**
13.TSGÖ-Yaşamın Kıymeti Anlam												

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

3.3. Bağımlı Değişkenlerin Kendini Açma İsteği ve Kendini Açma Davranışına Göre Değerlendirilmesi

Çalışmanın ana hipotezi olan kendini açma isteği ve davranışının travma sonrası stres belirtileri, psikolojik belirtiler, travma sonrası gelişim olgusu düzeylerinde anlamlı bir farklılıkla ilişkili olup olmadığıdır. Farklılığı saptamak amacıyla bağımsız t-testi tüm bağımlı değişkenler ve alt boyutları için uygulanmıştır. Sonuçlar Tablo 3.3 ve 3.4'te sunulmaktadır.

Tablo 3.3. Kendini Açma İsteği ve Bağımlı Değişkenler için Karşılaştırmalar

Kendini Açma İsteği	**Evet (n = 49) Ort. (SS)**	**Hayır (n = 51) Ort. (SS)**	**T**
TSSTÖ-Toplam	24.3 (11.0)	29.1 (10.0)	-2.22*
TSSTÖ-Yeniden Yaşantılama	8.04 (3.84)	9.19 (3.35)	-1.60
TSSTÖ-Kaçınma	9.91 (4.61)	12.3 (4.49)	-2.65**
TSSTÖ-Aşırı İrkilme	6.38 (3.75)	7.64 (3.72)	-1.68
HADÖ-Toplam	21.8 (6.23)	20.3 (6.13)	1.23
HADÖ-Depresyon	10.9 (3.38)	10.1 (3.39)	1.09
HADÖ-Anksiyete	10.8 (3.38)	10.1 (3.16)	1.19
TSGÖ-Toplam	65.6 (8.97)	61.6 (10.0)	2.24*
TSGÖ-Yeni Olanakların Algılanması	15.2 (2.37)	14.1 (3.41)	1.92
TSGÖ-Manevi Değişim	12.3 (2.27)	11.7 (2.35)	1.20
TSGÖ-Kişilerarası İlişkiler	16.0 (2.42)	15.1 (3.07)	1.62
TSGÖ-Bireysel Güçlülük	12.6 (2.02)	11.5 (2.47)	2.04*
TSGÖ-Yaşamın Kıymetini Anlama	9.23 (3.05)	8.71 (2.85)	.881

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

Tablo 3.3. incelendiğinde, kanserle ilişkili yaşadıklarınızı konuşmak istediniz mi sorusunu "evet" olarak yanıtlayan katılımcıların travma sonrası stres belirtileri toplam puanının ($\bar{x}$ = -24.3, SS = 11.0), bu soruyu "hayır" olarak cevaplayan katılımcıların ortalamasından ($\bar{x}$ = -29.1, SS = 10.0) anlamlı

olarak daha düşük olduğu bulunmuştur ($t_{(1,98)} = -2.22$, $p < .05$). Benzer sonuç, kaçınma belirtileri için de elde edilmiştir (bkz. Tablo 3.3). Yine aynı soruyu "evet" olarak yanıtlayan katılımcıların travma sonrası gelişim olgusu düzeylerinin ($\bar{x}$ = 65.6, SS = 8.97), "hayır" olarak yanıtlayanların ortalamalarından ($\bar{x}$ = 61.6, SS = 10.0) anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($t_{(1,98)} = 2.24$, $p < .05$). Benzer sonuç, travma sonrası gelişim olgusunun bireysel güçlülük alt boyutu için de tespit edilmiştir.

Tablo 3.4. Kendini Açma Davranışı ve Bağımlı Değişkenler için Karşılaştırmalar

Kendini Açma Davranışı	**Evet (n = 62) Ort. (SS)**	**Hayır (n = 38) Ort. (SS)**	**T**
TSSTÖ-Toplam	23.9 (11.8)	31.5 (7.73)	-3.54**
TSSTÖ-Yeniden Yaşantılama	7.79 (4.03)	10.0 (2.30)	-3.08**
TSSTÖ-Kaçınma	9.85 (4.90)	13.2 (3.44)	-3.75***
TSSTÖ-Aşırı İrkilme	6.25 (3.83)	8.28 (3.34)	-2.69**
HADÖ-Toplam	21.7 (5.90)	19.0 (6.56)	1.51
HADÖ-Depresyon	10.8 (3.21)	10.0 (3.53)	1.11
HADÖ-Anksiyete	10.9 (3.16)	9.78 (3.39)	1.71
TSGÖ-Toplam	66.5 (9.46)	61.9 (9.51)	2.34*
TSGÖ-Yeni Olanakların Algılanması	15.3 (3.34)	14.3 (3.25)	1.67
TSGÖ-Manevi Değişim	12.6 (2.44)	11.7 (2.19)	1.79
TSGÖ-Kişilerarası İlişkiler	16.1 (2.61)	15.3 (3.84)	1.54
TSGÖ-Bireysel Güçlülük	13.0 (1.89)	11.7 (2.34)	2.90**
TSGÖ-Yaşamın Kıymetini Anlama	9.31 (3.11)	8.77 (2.85)	.889

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tablo 3.4., kanserle ilgili yaşadıklarınızı gerçekten konuştunuz mu sorusuna verilen yanıtın, bağımlı değişkenlerden alınan puan ortalamalarında anlamlı bir farkla ilişki olup olmadığına dair sonuçları içermektedir. Bu soruyu "evet" olarak yanıtlayan kanser tanısı almış yetişkinlerin travma sonrası stres belirtileri ortalamasının ($\bar{x}$ = -23.9, SS = 11.8), "hayır" olarak yanıtlayanların

ortalamasından ($\bar{x}$ = -31.5, SS = 7.75) anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur ($t_{(1,98)} = -3.54$, $p < .01$). Ek olarak, kanserle ilgili yaşadıklarını gerçekten konuşan katılımcıların, bu soruyu hayır olarak yanıtlayanların yeniden yaşantılama, kaçınma ve aşırı irkilme alt boyutları ortalamaları da anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (bkz. Tablo 3.4). Yine aynı soruyu "evet" olarak yanıtlayanların, bir başka değişle kanserle ilgili yaşadıklarını gerçekten konuşanların travma sonrası gelişim olgusu toplam puan ortalamalarının ($\bar{x}$ = 66.5, SS = 9.46), "hayır" olarak yanıtlayanların ortalamalarından ($\bar{x}$ = 61.9, SS = 9.51) anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($t_{(1,98)} = 2.34$, $p < .05$). Benzer bulgu, alt boyutlarından bireysel güçlülük için de elde edilmiş, kanserle ilgili yaşadıklarını konuşan katılımcıların bireysel güçlülük alt boyutundan aldıkları ortalamanın ($\bar{x}$ = 13.0, SS = 1.89) konuşmayanların ortalamasından ($\bar{x}$ = 11.7, SS = 2.34) anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($t_{(1,98)} = 2.90$, $p < .01$).

Son olarak, anlamlılık düzeylerine bakıldığında, kanserle ilgili yaşadıklarını konuşmak isteyen ve istemeyen katılımcıların bağımlı değişkenlerden aldıkları puanların gerçekten konuşan ve konuşmayan katılımcıların aldıkları puanlardan anlamlılık düzeyi olarak daha düşük olduğu görülmektedir (bkz. Tablo 3.3 ve Tablo 3.4). Buradan yola çıkarak, gerçekten konuşmanın, konuşma isteği ile karşılaştırıldığında, daha düşük travma sonrası stres belirtileri düzeyi ve daha yüksek travma sonrası gelişim olgusu düzeyi ile anlamlı bir farklılık ortaya koyduğu söylenebilir.

BÖLÜM 4
TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde bulgular çerçevesinde ele alınan travmatik stres belirtileri, travma sonrası gelişme ve kendini açma değişkenlerine ilişkin sonuçların, daha önce bu alanda yapılan çalışmaların ışığında ele alınması, araştırmanın sınırlılıkları, araştırmanın ilerleyen dönemlerde yapılacak diğer çalışmalara yönelik önerileri ve genel değerlendirme yer almaktadır.

4.1. Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Kendini Açma Değişkenine İlişkin Bulguların Tartışılması

Kanser, bireylerin yaşamı içerisindeki en travmatik deneyimlerden bir tanesi olarak kabul edilir. Bununla birlikte, kişilerin tanı konulma süresi itibari ile sürece ve hastalığa ilişkin gösterdiği tepkiler çeşitlilik göstermektedir. Kanser rahatsızlığının genel anlamda bireylerde olumsuz psikolojik tepkilere yol açtığı düşünülse de, rahatsızlığın neticesinde yaşanan travma veya hayati kriz, kişilerin hayatlarında daha sonra pozitif psikolojik değişimlerin görülmesi ile ilişkilendirilmektedir. Kişilerin travmatik deneyim neticesinde birtakım pozitif psikolojik ve duygusal tepkiler vermesi durumu ise "Travmatik Gelişme (Büyüme)" olarak tanımlanmaktadır (Tedeschi ve Calhoun, 1995). Bu değişimler, kişilerde bilişsel, psikolojik, duygusal ve davranışsal olarak kendisini göstermektedir. Özellikle kanser hastalarında travma sonrası gelişmenin oldukça yaygın olduğu tespit edilmiştir. Travma sonrası gelişmenin kanser hastalarındaki yaygınlığı bu araştırmanın bulguları ile desteklenmiş, aynı zamanda kişilerin travmatik deneyime ilişkin kendini açma isteği ve kendini açma (self-disclosure) ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır. Kendini açma isteği ve gerçekten kendini açma durumu söz konusu olan kanser hastalarının düşük düzeyde travma sonrası stres belirtileri olduğu tespit edilmiştir.

Birçok kanser tanısı almış birey, tanı konulmasından itibaren deneyimledikleri neticesinde psikolojik açıdan olumsuz etkilenirler. Çoğu kanser vakasında ise kişinin psikolojik durumu destek gerektirecek ölçüde olabilmektedir. Kanser tanısı almış bireylerin, sürecin fizyolojik, psikolojik, bilişsel ve duygusal anlamda yıkıcı etkisi, bireylerin travma sonrası stres bozukluğu tanısını karşılayacak belirtiler göstermesine yol açabilmektedir.

Travma sonrası stres bozukluğu, DSM tanı kriterleri çerçevesinde 4 semptom demetinden oluşan belirtilerin görüldüğü psikiyatrik bir rahatsızlıktır. Davetsiz gelen, kaçınma, aşırı uyarılma/reaktivite ve en son eklenen duygu durum ve bilişte olumsuz değişimler olmak üzere DSM 5 TSSB'yi anksiyete bozukluklarından ayrı olarak travmatik deneyime veya stresörlere bağlı bir bozukluk olarak sınıflandırmıştır (DSM 5, 2013). Bununla birlikle DSM 5 kapsamında TSSB'e yeni belirtiler eklenmiştir:

- Travma ile ilgili kişinin kendini veya başkasını hatalı bir biçimde suçlaması,
- Olumsuz duygu durumlar
- Pervasız ve uyumsuz davranışlar

Şeklindedir.

Shand ve arkadaşları (2014), Avustralya'da yumurtalık kanseri tanısı konmuş kadınlar ile yapmış olduğu çalışmada kanser hastalarının travma sonrası stres bozukluğu belirtileri gösterme yaygınlığının %0 ve %32 arasında değiştiğini belirtmiştir. Oranın farklılık göstermesinin sebebi ise ölçümlerdeki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte kanser hastalarında TSSB tanısı koymanın ve travmanın kaynağını tespit edebilmenin karmaşık bir süreç olduğu, kişilerin akut travma deneyimine ek olarak kanser tedavisinin yan etkisi olarak birtakım belirtiler gösterdiği düşünülmektedir. Kanser türüne ve tedavi çeşidine göre hastaların farklı şikâyetlerinin olabileceği ve akut travmatik deneyimlerin meydana getirebileceği TSSB'den farklı olabileceği savunulmuştur. Shand ve arkadaşları (2014) bu bağlamda yapmış olduğu çalışmada, yumurtalık kanseri tanısı konulmuş 108 kadının demografik, tıbbi ve psikososyal değişkenlerini ve bu değişkenlerin TSSB belirtileri ile olan ilişkisini incelemiştir. TSSB için

ölçülen değişkenler ise, yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete, travma sonrası gelişme, başa çıkma becerileri ve sosyal destek olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %9,2'lik oranının TSSB tanı kriterlerini destekleyen belirtiler gösterdiği tespit edilmiştir. Bununla birlikte katılımcıların %5,6'sı depresyon, %13,9'luk oranı ise anksiyete belirtileri olduğu saptanmıştır. Yaşam kalitesinin TSSB belirtilerinden kaçınma ve saldırganlık belirtileri ile ilişkili olduğu görülmüştür. Aynı şekilde depresyon belirtilerinin de kaçınma ve saldırganlık özellikleri ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların anksiyete düzeyi ile aşırı yüklenme, kaçınma ve saldırganlık ile ilişkili bulunmuştur. Madde kullanımı ve kendini suçlayıcı tutum olarak belirtilen başa çıkma becerilerinin TSSB belirtileri ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Araştırmanın sonucu doğrultusunda düşük yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve sağlıksız başa çıkma yöntemleri TSSB belirtilerinin görülme sıklığını arttıran değişkenler olarak bulunmuştur.

Rustad ve arkadaşları (2011), kanser hastalarının TSSB tanı ve tedavi yöntemlerine yönelik değerlendirme çalışmasında, özellikle kanser tanısı almış ve sonrasında TSSB psikopatolojisini yordayan değişkenlerin erişkinlik dönemi, kanser tanısı öncesindeki psikolojik problemler, tanı konulduktan sonra görülen psikolojik rahatsızlıklar ve artan stres düzeyi, düşük sosyoekonomik statü, tepkisellik, eğitim düzeyi, genç yaşta olma, yetersiz düzeyde sosyal destek, kaçıngan başa çıkma stilleri ve düşüşe geçen fiziksel işlevsellik olarak belirtmiştir. Bununla birlikte, kanser hastalarının tanı sürecinde hissettikleri korkunun kontrol kaybına ve yıkıma yol açabileceğini öne sürmektedir. Değerlendirmede yer alan başka bir görüş ise kanser türleri ve tedavi yöntemlerinin kişilerde farklı stres faktörlerine maruz kalmalarına yol açmaları sebebiyle tanı ve tedavi sürecinin karmaşık olabileceği ifade edilmiştir. Örneğin kemik iliği nakli, kanser hastaları için fiziksel açıdan yıkıma ve bedensel hasarlara yol açabilecek bir tedavi yöntemi olması sebebiyle kişilerde yorgunluk, beden imajına yönelik endişeler (saç dökülmesi ve cilt rengindeki değişimler dolayısıyla), cinsel işlev bozuklukları, kısırlık, anksiyete ve depresyon, kontrol kaybı ve gelecek endişesi görülebilmektedir.

Posttravmatik stres belirtilerinin yordayıcı değişkenleri arasında, bu çalışmada ele alınan kişilerin kendini açması ve kendini açma isteği değişkeni araştırılmıştır. Kanser tanısı almış bireylerdeki stres belirtileri ve kendini açmanın istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Kendini açma, kişilerin travma sonrası stres belirtilerinin şiddetini ve devamlılığını belirleyen duygusal ve bireysel bir değişken olduğu görülmektedir. Purves ve Erwin (2010), duygusal kendini açma ve travma sonrası stres arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmasında, kadınların erkeklere göre daha fazla kendini açma belirtileri gösterdiği ve araştırmada kullanılan travma ölçeği puanı yüksek olan erkeklerin kendini açma konusundaki isteğinin daha az olduğu tespit edilmiştir. Kadınlarda ise, travma ölçeği puanı yüksek olanların anksiyete düzeylerine ilişkin kendini açmanın daha fazla olduğu ve korkuları ile ilgili kendini açmanın daha az olduğu görülmüştür.

Travmatik deneyimlerin kişilerde oluşabilecek travmatik stres belirtilerini azaltması ve olumlu gelişim sağlanması bakımından sağaltıcı teoriler kapsamında ele alınan duygusal ve zihinsel dönüşümün yardımcısı olabilecek becerinin kendini açma becerisi olduğu savunulmaktadır. Purves ve Erwin (2010), travmatik deneyimleri olan kişilerin %85'inin bu deneyimi başka insanlara anlatma isteği olduğunu belirtmiştir. Özellikle psikolojik müdahale yöntemleri bakımından önem arz eden kendini açma becerisinin travma sonrası stres belirtilerinin negatif deneyimle ilgili daha az paylaşan kişilerde görülme sıklığının daha fazla olduğu belirtilmiştir.

Kendini açma becerisinin kanser hastalarında travma sonrası stres belirtileri ile ilişkisini ele aldığımız çalışmada iki değişken arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunması, kanser hastalarının travmatik deneyimlerini paylaşma isteği ve paylaşması söz konusu olması ile travma sonrası stres bozukluğu tanı kriterlerini karşılayacak ölçek puanı ile arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda, kendini açma görülen kanser hastalarının travma sonrası stres belirtilerinin kendini açma ve kendini açma isteği olmayan kanser hastalarına göre daha az olduğu görülmektedir.

4.2. Travma Sonrası Büyüme ve Kendini Açma Arasındaki Değişkenlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Travma sonrası gelişimin kanser hastaları arasında yaygın olan bir süreç olduğu yapılan çalışmalarla desteklenmiştir. Kanser hastalarının %60-90 oranında travma sonrası gelişim belirttikleri görülmüştür (akt. Büyükaşık-Çolak, Aktürk, Bozo, 2012).

Kişilerin travmatik deneyimleri sonrasında travma sonrası gelişim gösterdiğine ilişkin birtakım faktörler olduğu öne sürülmektedir. Büyükaşık-Çolak ve arkadaşları (2012), Türkiye'deki meme kanseri vakalarındaki travma sonrası gelişim, başa çıkma ve iyimserlik değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada, travma sonrası gelişimin kişilerin problem odaklı başa çıkma becerileri ve karakteristik özellik olarak iyimserlik ile ilişkisi olduğunu tespit etmiştir. Travma sonrası gelişim ile ilişkiyi inceleyen diğer çalışmalarda kişinin hedefe yönelik başa çıkma yöntemleri, bilişsel süreçleri, karakteristik özellikleri, özellikle ciddi ve kronik rahatsızlıkların oluşturduğu travmatik deneyimin sonrasında travma sonrası gelişimi etkileyen faktörler olduğu öne sürülmüştür. Bu değişkenlere ek olarak, kişisel farklılıklar (cinsiyet, mizaç özellikleri), çevresel koşullar (sosyal destek, yaşam koşulları) ve olumsuz deneyimin özellikleri (süresi, kontrol edilebilirliği), travma sonrası gelişimi ile ilişkilendirilebilen değişkenler olduğu belirtilmiştir.

Bu çalışmada, kanser hastalarının travma sonrası gelişimi ve kendini açma becerisi arasındaki ilişkinin boyutları incelenmiştir. Araştırmanın sonuçları doğrultusunda ise kendini açma ve travma sonrası gelişim arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda, kanser hastalarının başa çıkma yöntemi olarak, maruz kaldıkları travmatik olayı paylaşmasının travma sonrası gelişmeyi tetikleyici bir unsur olarak değerlendirilebilir. Kendini açma durumu ve kendini açma isteğinin, kendini açma olmayan ve gerçekten istemeyen katılımcılara göre travma sonrası gelişimi ile ilişkisinin olduğu tespit edilen bu çalışma, alanda yapılan diğer çalışmaları destekleyici sonuçlar getirmiştir.

Bu alanda yapılan çalışmalar doğrultusunda, kanser hastalarının özellikle tedavi sonrasında hayatlarında yeni bir evreye geçiş ve dönüşüm, bilgelik, kişisel gelişim söz konusu olduğu görülmektedir. Kişilerin travmatik deneyimler ve zorluklar sonrasında daha üretken ve anlamlı bir yaşam sürme arzusu içerisinde oldukları ve bu durumun travma sonrası gelişimi destekleyen unsurlar olduğu savunulmaktadır (Bozo ve ark, 2009). Travma sonrası gelişimi konusunda kişilerin yaşadıkları olumsuzluklardan sonra bir yapılandırma sürecine girmesi ve sarsıntıyı bertaraf etmeleri söz konusu olmaktadır. Bu süreci kolaylaştırıcı olarak Bozo ve arkadaşları (2009), operasyon geçirmiş meme kanseri hastaları ile yapmış oldukları çalışmada, travma sonrası gelişimin sosyal destek kaynakları ve iyimserlik ile olan ilişkisini incelemiştir. Meme kanseri atlatmış hastaların sosyal destek algısı ve iyimserlik düzeylerinin travma sonrası gelişimi yordayıcı değişkenler olduğu bulgular ile desteklenmiştir.

Bu çalışmadaki değişkenleri incelediğimizde ise, ele alınan kendini açma, kişilerin negatif deneyimlerini anlatma isteği ve durumunu incelemesi anlamında sosyal desteğin önemine dolaylı yoldan vurgu yapmaktadır. Kişilerin sosyal destek algısı neticesinde kendini açma isteği ve durumunun oluşabileceği düşünülmektedir.

4.3. Psikolojik Belirtiler, Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyüme Değişkenlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada ele alınan değişkenleri olan, kanser hastalarında travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası gelişme olarak incelenmiş ve yapılan istatistiksel analiz sonucunda travma sonrası stres belirtileri ile travma sonrası büyüme arasında negatif ve anlamlı düzeyde ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada, kanser hastalarının psikolojik belirtilerini ölçmek amacıyla Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği kullanılmış, travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyüme değişkenleri ile karşılaştırmak amacıyla katılımcıların puanları korelasyonu incelenmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkiyi incelediğimizde, kanser hastalarının depresyon ve anksiyete tanısı

alabilecek düzeyde puan ortalamasına sahip oldukları tespit edilmiştir. Bununla birlikte, korelasyon çalışması, depresyon alt boyutu ile travma sonrası gelişimin bireysel güçlülük ve yaşamın kıymetini anlama alt boyutları ile negatif ve anlamlı ilişkisi olduğu, anksiyete ve travma sonrası gelişme alt boyutu ile negatif ve anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır.

Kanser hastalarının tanı ve tedavi sürecinde deneyimledikleri travmanın travma sonrası stres bozukluğunun tetikleyicisi olabilecek düzeydedir. Bununla birlikte, kişilerin içinde bulundukları durum neticesinde, tedavi sonrasında hayatını yeniden yapılandırma mücadelesi içerisinde olabilmekte veya travma sonrası gelişim gösterebilmektedirler. Koutrouli ve arkadaşları (2012), meme kanseri vakaları ile yapmış olduğu çalışmada meme kanseri vakalarını seçme sebebi olarak, bu vakalarda kişilerin birden fazla stres faktörüne maruz kaldığı ve kronik bir rahatsızlık olması sebep gösterilmiştir. Özellikle operasyon geçirdikten sonra beden algısındaki değişimleri, gelecek kaygısı, kanserin tekrarlanması korkusu travma sonrası stres belirtileri olarak tanımlanabilecek psikolojik ve duygusal süreçleri kapsamaktadır. Tüm kanser türleri için, kişinin içinde bulunduğu koşullar ya yıkıcı ya da dönüştürücü etki sağlayabilmektedir. Bununla birlikte travma sonrası stres belirtileri ile travma sonrası gelişme arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilen çalışmada, meme kanseri vakalarının travma sonrası stres bozukluğundan daha çok, travma sonrası gelişmeye ilişkin veriler sağlamışlardır.

Bu çalışmada, farklı kanser türlerinde tanı almış hastaların travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası gelişimi incelenmiştir. Bu alanda yapılan çalışmalarda sosyal desteğin travma sonrası stres bozukluğu ve travma sonrası gelişme ile ilişkili olduğu, sağlıksız düzeyde seyreden sosyal etkileşim ve desteğin travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin devamlılığını arttıran bir unsur olduğu belirtilmiştir (Koutrouli ve ark, 2012).

4.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın ele aldığı değişkenler, araştırma yöntemleri, ölçüm araçları ve analiz edilen değişkenler dışında sınırlılıkları bulunmaktadır. Araştırmanın

birinci sınırlılığı, örneklem sayısının az olması ve incelenen değişkenlerin fazla olmasıdır. Araştırmadaki değişkenlerin fazla olması detaylı bir incelemenin gerektirmektedir.

Araştırmaya ilişkin bir diğer sınırlılık ise örneklemin yalnızca bir hastanede tedavi gören kanser hastalarından oluşmasıdır. Araştırmanın örneklemini oluşturan katılımcılar Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Servisi'nde tedavi gören 100 hastadan oluşmaktadır. Sonuçların genellenebilirliği bakımından örneklemin tek bir merkezde oluşturulması kısıtlılık olarak düşünülmektedir.

Araştırmanın sonuçlarına yönelik bir diğer kısıtlılık ise hastaların ölçek puanlarının doğruluğunu tespit edebilmek adına travma sonrası stres belirtilerinin hasta açısından ve hasta yakınları açısından ölçülmesi yerine yalnızca hastalara uygulanmasıdır. Hastaların sosyal ve psikolojik işlevselliğini günlük hayata yansıtma biçimi hasta yakınlarının kanser hastası olan bireyi değerlendirmesi ile karşılaştırmalı bir veri sunabileceği düşünülmektedir.

Araştırma yöntemlerine ilişkin bir diğer sınırlılık ise, veri toplama amacıyla kullanılan ölçüm araçlarının alanda yapılan diğer çalışmalarda kullanılan ve kültürden bağımsız ölçeklerdir. Kültürel farklılıkların bulguların açıklanmasında önemli bir unsur olabileceği düşünüldüğünden ölçeklerin bu anlamda bir veri sağlamaması sınırlılık olarak düşünülmektedir.

Son olarak araştırmanın örneklemini oluşturan kanser hastası bireylerinde kanser türündeki ve tedavi türündeki farklılıklar araştırma için ölçülen değişkenlerin anlamlılık düzeyini etkilemiş olmasa da, farklı düzeyde travma sonrası stres belirtileri, travma sonrası gelişim ve kendini açma becerileri olması bakımından daha ayrıntılı bir inceleme gerektirmektedir.

4.5. Yeni Çalışmalar İçin Öneriler

Araştırmanın bulguları, bu alanda yapılan çalışmalara benzer sonuçlara ulaşmış, travma sonrası stres belirtileri, travma sonrası gelişim ve kendini açma arasındaki ilişkinin anlamlı düzeyde olduğunu destekleyen bulgulara ulaşılmıştır. Bu alanda yapılacak diğer çalışmalar için ise destekleyici olabilecek farklı değişkenlerin ve süreçlerin eklenmesi bu alanda yapılacak koruyucu ve önleyici çalışmalara katkı sağlayacaktır.

İlk olarak, kanser hastalarında travma sonrası stres belirtileri, travma sonrası gelişim ve kendini açma becerileri değişkenlerine ek olarak kanser hastalarının sosyal destek algılarının ölçülmesi ve sosyal desteğin yalnızca aile desteğini kapsayan boyutta olmaması, bu araştırmada ölçülen değişkenler için destekleyici olabilecek düzeydedir. Sosyal destek algısı ve hasta yakınlarının kişinin uyum sağlama becerileri ve stres tepkisine ilişkin görüşleri araştırmalara eklenebilecek önemli değişkenler olarak düşünülmektedir.

Kanser hastalığının travma sonrası stres belirtileri, travma sonrası gelişim ve kendini açma becerilerini ölçmek amacıyla, kanser dışında farklı bir travmatik deneyim ile karşılaştırarak kanser hastalığının travma sonrası stres belirtileri ile ne boyutta ilişkili olduğunu ve hangi TSSB belirtilerini yordadığını farklı bir travmatik ve yıkıcı deneyim ile karşılaştırılıp anlamlılık düzeyi incelenebilir. Travmatik deneyim olarak kanserin hayat boyu sürebilecek, kendini tekrarlayabilecek, hayatı tehdit edebilecek ve gelecek endişesini arttırabilecek olması ile farklı bir travmatik deneyimin boyutları değişkenlik gösterebilmektedir. Kanser hastalığının kişilerdeki duygusal tepkimesinin süreç içerisinde TSSB tanısını veya travma sonrası stres belirtilerini incelemek bakımından karmaşık olmasının sebebi kanser hastalığının tanı ve tedavi sürecindeki farklılıklar, bireysel değişkenler ve travmatik olayın şiddeti ve doğası olarak kabul edilmektedir. Bu yüzden, kanser hastalığının kişilerin işlevselliğini etkileme bakımından diğer olumsuz ve yıkıcı deneyimler ile farklılıkları incelenebilir ve bu inceleme sonucundaki

veriler daha sonraki süreçte müdahale amaçlı yapılabilecek çalışmalara katkı sağlayabilir.

4.6.Sonuç

Araştırmada, kanser hastalarının kendini açma, travma sonrası stres belirtilerini ve travma sonrası gelişimi ölçmek amacıyla alanda yapılan çalışmalardan yola çıkarak kullanılan ölçekler değerlendirilmiş ve uygun olan Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği, Travma Sonrası Büyüme Ölçeği kullanılmıştır. Hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerini incelemek amacıyla ise Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Kullanılmıştır. Kendini açma değişkenini ölçmek amacıyla, katılımcılara verilen Kişisel Bilgi Formu içerisinde yer alan ve ilgili alanda yapılan bir çalışmada katılımcılara yöneltilen kendini açma soruları yöneltilmiştir. Taku ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan çalışmada kişilerin travmatik olaya yönelik kendini açma isteği ve kendini açma durumu ölçülmüştür. Katılımcılar hakkında detaylı bilgi almayı hedefleyen ve farklı birçok değişkeni kapsayan kişisel bilgi formunda, kanser hastalarının, kanser hastalığına ilişkin korkularını ölçen sorular da yer almaktadır. Sarısoy (2012), meme kanseri hastalarında travmatik stres belirtileri ve travma sonrası gelişim değişkenlerini incelediği tezinde kullanmış olduğu ve kişisel bilgi formunda yer alan sorular bu çalışmada da katılımcılara yöneltilmiştir.

Hastaların depresyon ve anksiyete belirtilerinin ölçülmesi ile birlikte travma sonrası stres belirtileri, travma sonrası gelişim ve kendini açma becerileri incelenmiş ve değişkenler arasındaki ilişki ve yordayıcı değişkenler incelenmiştir. Araştırmanın bulguları, araştırmadaki sınırlılıklara rağmen, bu alanda yapılan diğer çalışmalarla benzer sonuçlar vermiştir.

KAYNAKLAR

Aker, A. T., Özeren, M., Başoğlu, M., Kaptanoğlu, C., Erol, A.& Buran, B. (1999). Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi. 10*, 286 – 293.

Aker, A. T. (2000). Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Bilişsel ve Davranışçı Tedavileri. *3P Dergisi, 8*, 38 – 46.

Aksoy, G. (1990). Ostomili Hastanın Eğitimi. *Hemşirelik Bülteni.* (4), 37 – 45.

Antaki, C., Barnes, R. ve Leudar, I. (2005). Self – Disclosure as a Situated Interactional Practice. *British Journal of Social Psychology.* 44, 181 – 199.

Anuk, D. (1998). Kanser, Kanserli Hasta, Hasta Ailesi ve Tedavi Ekibi Etkileşimi. *V. Ulusal Konsültasyon – Liyezon Psikiyatrisi Kongresi.* 166 – 172.

Ateşçi, F. Ç., Oğuzhanoğlu, N. K., Baltalarlı, B., Karadağ, F., Özdel, O. ve Karagöz, N. (2003). Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi, 14* (2), 145 – 152.

Atıcı, E., (2007). Tıp Tarihinde Kanser ve Lösemi. *Türk Onkoloji Dergisi. 22* (4), 197 – 204.

Aydemir, Ö., Güvenir, T., Küey, L,, & Kültür, S. (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8, 280-287.

Aydoğan, Ü., Doğaner, Y. Ç. & Borazan, E., Kömürcü, Ş., Koçak, N., Öztürk, B., Özet, A. &

Sağlam, K. (2012). Kanser Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ve Hastalıkla Başa Çıkma Tutumlarının İlişkisi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi. 16* (2), 55 – 60.

Bağ, B. (2013). Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psiko – Sosyal Sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 5* (1), 109 – 126.

Bak, J. Y., Lin, C. Y. & Oh, A. (2014). Self – Disclosure Topic Model for Classifying and Analyzing Twitter Conversations. *Qatar: Proceedings of the 2014 Conference on Empirical Methods in Natural Language Processing (EMNLP): October 25 – 29.* 1986 – 1996.

Barakat, L. P., Alderfer, M. A. & Kazak, A. E. (2006). Posttraumatic Growth in Adolescent Survivors of Cancer and Their Mothers and Fathers, *Journal of Pediatric Psychology, 31* (4), 413 – 419.

Bayraktar, S. (2012). *Psikolojik Travma*. Ankara: Nobel Yayınevi.

Bazarova, N. N. & Choi, Y. H. (2014). Self – Disclosure in Social Media: Extending the Functional Approach to Disclosure Motivations and Characteristics on Social Network Sites. *Journal of Communication*. 12, 1 – 23.

Bostock, L., Sheikh, A. I. & Barton, S. (2009). Posttraumatic Growth and Optimism in Health – Related Trauma: A Systematic Review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 16* (4), 281 – 296.

Bozo, O., Gündoğdu, E., & Büyükaşık-Çolak, C. (2009). The moderating role of different sources of perceived social support on the dispositional optimism–posttraumatic growth relationship in postoperative breast cancer patients. *Journal of Health Psychology*, *14*, 1008-1020. doi: 10.1177/1359105309342295

Briere, J.,& Runtz, M. (1989). The Trauma Symptom Checklist (TSC-33): Early data on a new scale. *Journal of Interpersonal Violence*, *4*(2), 151–163

Budak, S. (2003). *Psikoloji Sözlüğü.* Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.

Büyükaşık-Çolak, C., Gündoğdu-Aktürk, E., & Bozo, Ö. (2012). The Mediating Role of Coping in the Dispositional Optimism—Posttraumatic Growth Relation in Breast Cancer Patients. *The Journal of Psychology*, *146*, 471-483

Casciato, D.A. (2004). *Klinik Onkoloji El Kitabı,* Çeviren: Manavoğlu, O., Ankara: Palme Yayıncılık.

Chan, A. O., Medicine, M., Air, T. M. & McFarlane, A. C. (2003). Posttraumatic Stress Disorder and its Impact on the Economic and Health Costs of Motor Vehicle Accidents in South Australia. *Journal of Clinic. Psychiatry. 64*, 175 – 181.

Chen, B. (2014). Review on the Self – Disclosure of Visitors. *Journal of Educational and Developmental Psychology. 4* (2), 94 – 101.

Cieslak, R., Benight, B., Schmidt, N., Luszcynska, A., Curtin, E., Clark, A. R. & Kissinger, P. (2009). Predicting Posttraumatic Growth Among Hurricane Katrina Survivors Living with HIV: The Role of Self – Efficacy, Social Support, and TSSD Symptoms. *Anxiety, Stress, and Coping. 22* (4), 449 – 463.

Çetinkaya, B. ve Akbaba, S. (2011). Üniversite Öğrencilerinin Kendini Açma Davranışları İle Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişki. *Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi.* (4), 1 – 18.

Çolakoğlu, T. (2013). *Kalp Krizi Geçirmiş Bireylerde Travma Sonrası Gelişim ile Öz Duyarlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.* İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı Psikoloji Yüksek Lisans Programı.

Davis, C. G. W., Michael, J. A. & Vernberg, N. (2007). Profiles of Posttraumatic Growth Following an Unjust Loss. *Death Studies. 31,* 693 – 712.

Elbi, H. ve Önen, Ö. (2001). Kanserli Hastalarda Depresyon. *Duygudurum Dizisi.* (4), 184 –187.

Erdost, T. (2004). *Trust and Self – Disclosure in the Context of Computer Mediated Communication.* Ankara: A Thesis Submitted to The Graduate School of Social Sciences of Middle East Technical University.

Evers, A. W. M., Kraaimaat, F. W., Van Lankveld, W., Jongen, P. J. H., Jacobs, J. W. G. & Bijlsma, J. W. J. (2001). Beyond Unfavorable Thinking: The Illness Cognition Questionnaire for Chronic Diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. 69,* 1026 – 1036.

Fallah, R., Keshmir, F., Kashani, F. L., Azargashb, E. & Akbari, M. E. (2012). Posttraumatic Growth in Breast Cancer Patients: A Qualitative Phenomenological Study. *Middle East Journal of Cancer, 3* (2 & 3), 35 – 44.

Foa EB,Cashman L,Jaycox L,Perry K.The validation of a self-report measure of posttraumatic stres disorder:The Posttraumatic Diagnostic Scale.Psychological

Foubert, J. D. & Sholley, B. S. (1996). Effect of Gender, Gender Role, and Individualized Trust on Self – Disclosure. *Journal of Social Behavior & Personality. 11* (5), 277 – 288.

Garnefski, N., Kraaij, V., Schroevers, M. J. & Somsen, G. A. (2008). Posttraumatic Growth After a Myocardial İnfarction: A Matter of Personality. Psychological Health, or Cognitive Coping?. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 15,* 270 – 277.

Gates, D. M. & Gillespie, G. L. (2008). Secondary Traumatic Stress in Nurses Who Care for Traumatized Women. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing. 37,* 243 – 249.

Güleç, G. ve Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 3* (2), 343 – 367.

Gündoğdu, R. (2010). Farklı Puan Türüne Göre Eğitim Fakültesine Gelen Öğrencilerin Kendini Açma Davranışlarının İncelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 7* (2), 748 – 777.

Hagger, B. F. (2011). *An Exploration of Self – Disclosure after Traumatic Brain Injury*. Birmingham: A Thesis Submitted to the University of Birmingham for the Degree of Doctor of Philosophy.

Hamann, H. A., Somers, T. J., Smith, A. W., Inslicht, S. S. & Baum, A. (2005). Posttraumatic Stres Associated with Cancer History and BRCA1/2 Genetic Testing. *Psychosomatic Medical. 67,* 766 – 772.

Hallaç, S. & Öz, F. (2011). Genital Kanser Tanı Sürecinde Varoluşsal Kaygı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3* (4), 595 – 610.

Hart, G. D. (2001). Descriptions of Blood and Blood Disorders before the Advent of Laboratory Studies. *Brazilin Journal of Haematol. 115* (4), 719 – 728.

Helgeson, V. S., Reynolds, K. A. & Tomich, P. L. (2006). A Meta – Analytic Review of Benefit Finding and Growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. 74* (5), 797 – 816.

Izgar, H. ve Arslan, C. (2000). Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bölümü Öğrencilerinin Kendini Açma Davranışlarının Gelişiminin İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 18,* 307 – 327.

İliçin, G., Biberoğlu, K., Süleymanlar, G. & Ünal, G. (1999). *Temel İç Hastalıkları.* Ankara: Güneş Kitabevi.

İyriboz, Y. (1973). Kanser: Gerçekler, Umutlar. Devir Dergisi. 30, 16.

Jarden, A. (2009). Posttraumatic Growth: An Introduction and Review, *Journal NZCCP*, Autumn 5 Ağustos 2013'te http://www.aaronjarden.com/uploads/3/8/0/4/3804146/2009_-_posttraumatic_growth_-_an_introduction_and_review.pdf adresinden indirildi.

Joseph, S. (2009). Growth Following Adversity: Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress, *Psychological Topics, 18* (2), 335 – 344.

Joseph, S. & Butler, L. D. (2010). Positive Changes Following Adversity. *PTSD Research Quarterly. 21* (3), 1 – 8.

Kadan – Lottick, N. S., Vanderwerker, L. C., Bkock, S. D., Zhang, B. & Prigerson, H. G. (2005). Psychiatric Disorders and Mental Health Service Use in Patients with Advanced Cancer. *Cancer, 104*, 2872 – 2881.

Karabulut, B. & Uslu, R. (2006). *Kanser Epidemiyolojisi. Kanser ve Palyatif Bakım.* Editörler: Uyar, M., Uslu, R. & Yıldırım, Y. K., İzmir: Meta Basım Matbaacılık.

Karakuş, A. (2006). *Çoklu Travmalı Olgularda Kalp Etkilenmesinde Etkili Faktörler ve Travma Şiddeti İle İlişkisi.* Uzmanlık Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı.

Karancı, A. N. & Acarturk, C. (2005). Post – Traumatic Growth Among Marmara Earthquake Survivors Involved in Disaster Preparedness as Volunteers. *Traumatology. 11* (4),307 – 323.

Karancı, N. Aker, T. & Işıklı, S.(2009). *Yetişkinlerde Travmatik Olay Yaşama Yaygınlığı, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Gelişim'in Değerlendirilmesi.* TÜBİTAK SOBAG Projesi

Karancı, A. N. ve Erkam, A. (2007). Variables Related to Stress Related Growth Among Turkish Breast Cancer Patients. *Stress Health. 23*, 315 – 322.

Kelleci, M. (2005). Kanser Hastalarının Umudunun Geliştirilmesine Yönelik Hemşirelik Girişimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* (6), 41 – 47.

Kılıç, C. (2003). *Ruhsal travma sonrası stres bozukluğu gelişiminin belirleyicileri. Psikolojik Travma ve Sonuçları*, Editörler: Aker, T. ve Önder, M.E., İstanbul: 5US Yayınevi.

Kılıç, C.(2005) Depremzedelerde travma sonrası büyümenin yordayıcıları *Uluslar arası Travma Toplantıları IV, Özel Kitabı.*

Korkmaz, M. & Yangöz, Ş. T. (2013). Hastanın Kanser Tanısına Uyumunun Sağlanmasında Hemşirenin Rolü. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi. 3* (8), 77 – 86.

Koutrouli, N., Anagnostopoulos, F., & Potamianos, G. (2012). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in breast cancer patients: A systematic review. *Women Health, 52*, 503-516. doi: 10.1080/03630242.2012.679337

Krog T, Duel M. (2003). Traume Symptom Checkliste (TSC): en validering og revidering. *Psykologisk Studieskriftserie, 6,* 1–147.

Kutlu, R., Çivi, S., Börüban, M. C. ve Demir, A. (2011). Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi. 27* (3), 149 – 153.

Kutluk, T. & Kars, A. (1996). *Kanser Konusunda Genel Bilgiler.* Ankara: Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları.

Larner, B. & Blow, A. (2011). A Model of Meaning – Making Coping and Growth in Combat Veterans. *Review of General Psychology. 15* (3),187 – 197.

Lepore, S.J. & Greenberg, M.A. (2002). Mending Broken Hearts: Effects of Expressive Writing on Mood, Cognitive Processing, Social Adjustment and Health Following a Relationship Breakup. *Psychology and Health. 17* (5), 547 – 560.

Lepore, S. J. & Coyne, J. C. (2006). Psychological Interventions for Distress in Cancer Patients: A Review of Reviews. *Annual Behavior Medecal, 32,* 85 – 92.

Levine, S. Z., Laufer, A., Hamama – Raz, Y., Stein, E. & Solomon, S. (2008). Posttraumatic Growth in Adolescence: Examining its Components and Relationships with TSSD. *Journal of Traumatic Stress. 21*, 492 – 496.

Linley, P. A. & Joseph, S. (2004). Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review. *Journal of Traumatic Stress. 17* (1), 11 – 21.

Loiselle, K. A., Devine, K. A., Reed – Knight, B. & Blount, R. L. (2011). Posttraumatic Growth Associated with a Relative's Serious Illness. *Families, Systems, & Health. 29* (1), 64 – 72.

Mols, F., Vingerhoets. A. J., Coebergh, J. W. W. & van de Poll – Fanse, L. V. (2009). Well –Being, Posttraumatic Growth and Benefit Finding in Long – Term Breast Cancer Survivors. *Psychol Health. 24*, 583 – 595.

Morrill, E. F., Brewer, N. T., O'Neill, S. C., Lillie, S. E., Dees, C., Carey, L. & Rimer, B. K. (2008). The Interaciton of Posttraumatic Growth and Posttraumatic Stress Symptoms in Predicting Depressive Symptoms and Quality of Life. *Psycho – Oncology. 17,* 948 – 953.

Morris, B. A., Shakespeare – Finch, J., Rieck, M. & Newbery, J. (2005). Multidimensional Nature of Posttraumatic Growth in an Australian Population. *Journal of Traumatic Stress. 18*, 575 – 585.

Nishi, D., Matsuoka, Y. & Kim, Y. (2010). Posttraumatic Growth, Posttraumatic Stress Disorder and Resilience of Motor Vehicle Accident Survivors. *BioPsychoSocial Medicine, 4* (7), 1 – 10.

Oflaz, F., Hatipoğlu, S. ve Aydin, H. (2008). Effectiveness of Psychoeducation Intervention on Posttraumatic Stress Disorder and Coping Styles of Earthquake Survivors. *Journal of Clinic Nurses. 17*, 677 – 687.

Oflaz, F., Özcan, C. T., Taştan, S., Çiçek, H., Aslan, Ö. ve Vural, H. (2010). Hemşirelerin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerini Tanıma Durumları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 1* (1), 1 – 6.

Okçin, F. (2007). Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği: Geçerlik ve Güvenlik Çalışması. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Öksüz, Y. (2012). Duyguların Açılması Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinin DuygularınıİfadeEdebilmeleri Üzerindeki Etkileri. *JASSS (The Journal of Academic Social Science Studies). 5* (2), 421 – 438.

Özkan, S. (2010). *Kolorektal Kanserli Hastaya Psikiyatrik ve Psiko – Sosyal Destek.* İstanbul: Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği.

Park, C. L. & Helgeson, V. S. (2006). Introduction to the Special Section: Growth Following Highly Stressful Life Events – Current Status and future Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. 74* (5), 791 – 796.

Pathak, S. (2012). Parental Monitoring and Self – Disclosure of Adolescents. *Journal of Humanities and Social Science (JHSS). 5* (2), 1 – 5.

Pennbaker, J. W. & Chung, C. K. (2007). *Expressive Writing: Connections to Physical and Mental Health.Oxford Handbook of Health Psychology.* New York: Oxford University Press.

Pennebaker, J. W., Kiecolt – Glaser, J. K. & Glaser, R. (1988). Disclosure of Traumas and Immune Function: Health Implications for Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. 56* (2), 239 – 245.

Peterson, C., Park, N., Pole, N., D'Andrea & Seligman, M. E. P. (2008). Strengths of Character and Posttraumatic Growth. *Journal of Traumatic Stress. 21* (2), 214 – 217.

Purves, D. G., & Erwin, P. G. (2004). Post-Traumatic Stress and Self-Disclosure. *Journal Of Psychology*, *138*(1), 23-33.

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

Rustad, J. K., David, D., & Currier, M. B. (2012). Cancer and post-traumatic stress disorder: diagnosis, pathogenesis and treatment considerations. *Palliative & Supportive Care, 10*(3), 213-223. doi:10.1017/S1478951511000897

Sabuncuoğlu, S. ve Özgüneş, H. (2011). Kemoterapi, Serbest Radikaller ve Oksidatif Stres. *Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi, 31* (2), Temmuz Dönemi, 137 – 150.

Sarısoy, G. (2012). *Travma Sonrası Büyümenin Derecesinin ve Travma Sonrası Büyümeyi Yordayan Etkenlerin Meme Kanseri Hastalarında İncelenmesi.* Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı.

Sayıl, I. (2004). *Bireyden Topluma Ruh Sağlığı.* İstanbul: Erler Matbaacılık.

Sayın, Y. & Kanan, N. (2004). Kanserde Psiko – Sosyal Yaklaşım. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 13*(53), 127 – 136.

Schaefer, J. & Moos, R. (1992). Life Crises and Personal Growth. Personal Coping: Theory, *Research, and Application.* 149 – 170.

Shand L, Ricciardelli L, Brooker J, Burney S., &Fletcher J. (2015). Symptoms ofposttraumatic stress in Australian women with ovarian cancer. *Psycho-Oncology* [serial online]., *24*(2):190-196.

Sertöz, Ö. Ö. ve Mete, H. E. (2004). Bedensel Hastalıklarda Depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi. 2*, 63 – 69.

Shakespeare – Finch, J. & Armstrong, D. (2010). Trauma Type and Posttrauma Outcomes: Differences between Survivors of motor Vehicle Accidents, Sexual Assault, and Bereavement. *Journal of Loss and Trauma. 15*, 69 – 82.

Sheikh, A. I. (2004). Posttraumatic Growth in the Context of Heart Disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 11*(4), 265 – 340.

Shim, M., Cappella, J. N. & Han, J. Y. (2011). How Does Insightful and EmotionalDisclosure Bring Potential Health Benefits? Study Based on Online Support Groups for Women With Breast Cancer. *Journal of Communication, 61*, 432 – 454.

Slatcher, R. B. & Pennebaker, J. W. (2004). *Emotional Processing of Traumatic Events. Handbook of Stress Medicine and Health.* Editor: Cooper, C., London: CRC Press.

Spera, S., Buhrfeind, E. D. & Pennebaker, J. W. (1994). Expressive Writing and Coping with Job Loss. *Academy of Management Journal. 37* (3), 722 – 733.

Sumalla, E. C., Ochoa, C. & Blanco, I. (2009). Posttraumatic Growth in Cancer: Reality or Illusion?. *Clinical Psychology Review, 29*, 24 – 33.

Sungur, M. Z. (1999). İkincil Travma ve Sosyal Destek. *Klinik Psikiyatri Dergisi. 2*(2), 105 –108.

Şehsuvaroğlu, B. N. (1985). *Kanser Dosyası (1950 – 1975).* İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deonoloji Anabilim Dalı Yayınları.

Şengün – İnan, F. ve Üstün, B. (2014). Meme Kanseri ve Travma Sonrası Gelişim. *Journal of Breast Health. 10*, 75 – 78.

Tacón, A.M. (2011). PTSD in the context of malignant disease. In E. Ovuga (Ed.), *Post Traumatic Stress Disorders in a Global Context.* Gulu University, Uganda: InTech Publishing

Taku, K., Cann, A., Calhoun. L.G. & Tedeschi, R. G. (2008). The Factor Structure of the Posttraumatic Growth İnventory: A Comparison of Five Models Using Confirmatory Factor Analysis. *Journal of Trauma Stress, 21*, 158 – 164.

Tavoli, A., Mohagheghi, M.A., Moztazeri, A., Roshan, R., Tavoli, Z. & Omidvari, S. (2007). Anxiety and Depression in Patients with Gastrointestinal Cancer: Does Knowledge of Cancer Diagnosis Matter?. *BMC Gastroenterology. 7*, 27 – 29.

Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic Growth: A New Perspective on Psychotraumatology. *Psychological Inquiry. 15*(1), 1 – 18.

Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring The Positive Legacy of Trauma, *Journal of Traumatic Stress. 9*(3), 455 – 471.

"The Emotional Self – Disclosure Scale (ESDS)". (2014). *Measurement Instrument Database for the Social Sciences (MIDSS).* http://www.midss.org/content/emotional-self-disclosure-scale-esds, Erişim: 20.110.2014.

Tokgöz, G., Yaluğ, İ., Özdemir, S., Yazıcı, A., Uygun, K. ve Aker, T. (2008). Kanserli Hastalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ruhsal Gelişim. *Yeni Symposium. 46,* 51 – 61.

Trauma Information Guide. (2013). *Australia: The Cancer Council of Australia.*

Tuncay, T. (2009). Genç Kanser Hastalarının Hastalık Anlatılarının Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi. *Toplum ve Sosyal Hizmet. 20*(2), 69 – 87.

Türksoy, N. (2003). *Psikolojik travma ve tanım sorunları. Psikolojik Travma ve Sonuçları.* Editörler: Aker, T. ve Önder, M.E., İstanbul: 5US Yayınevi.

Val, E. B. & Linley, P. A. (2006). Posttraumatic Growth, Positive Changes, and Negative Changes in Madrid Residents Following the March 11, 2004, Madrid Train Bombings. *Journal of Loss and Trauma. 11*(5), 409 – 424.

Wang, H. (2004). *Self – Disclosure in Long – Distance Friendships: A Comparison between Face – to – Face and Computer – Mediated Communication.* San Diego: A Thesis Presented to the Faculty of San Diego State University.

Yener, N. (1973). *Meme Kanseri.* Ankara Hastanesi Dergisi. 8 (1), 5 – 13.

Zigmond,A.S ve Snait, R.P.(1983).Hospital Anxiety and Depression Scale.*Acta Psychiatrica Scandinavica*,67 ,361-370

Zoellner, T., Rabe, S., Karl, A. & Maercker, A. (2008). Posttraumatic Growth in Accident Survivors: Openness and Optimism as Predictors of its Constructive or Illusionary Sides. *Journal of Clinical Psychology. 64*(3), 245 – 263.

Zwahlen, D., Hagenbuch, N., Carley, M. I., Jenewein, J. & Buch, S. (2009). Posttraumatic Growth in Cancer Patients and Partners – Effects of Role, Gender and the Dyad on Couples' Posttraumatic Growth Experience. *Psycho – Oncology.* September, 1 – 9.

EKLER

KANSER HASTALARINDA TRAVMA SONRASI (OLUMLU) GELİŞİM İLE KENDİNİ AÇMA (SELF – DISCLOSURE)

A. GÖNÜLLÜ KATILIM (BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM) FORMU

Bu çalışmayı yapmaktaki temel amacımız, kanser gibi zorlayıcı bir yaşam olayı ile karşılaşmış kişilerin sıkıntılarını anlamaktır. Ayrıca bu yaşantının kişinin hayatında neleri değiştirdiğini ortaya çıkartıp, bu bilgileri ileride sıkıntıların azaltılması yönünde kullanmaktadır.

Soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Sorulara samimi yanıtlar vermeniz çalışma için son derece önemlidir. Vereceğiniz bilgilerin tümü saklı tutulacaktır. Sonuçlar değerlendirilirken grup halinde değerlendirilecek, bireysel değerlendirme yapılmayacaktır. Araştırmaya katılma ya da katılmama kararı gönüllülük esasına dayanmaktadır. Herhangi bir nedenle ya da neden belirtmeksizin araştırmadan çekilme hakkınız vardır. Araştırmaya katılmadığınız takdirde hiçbir yaptırım ya da sorunla karşılaşmayacaksınız. Çalışmaya katılıp katılmamanız tedavinizde herhangi bir değişikliğe yol açmayacaktır. Bu çalışmaya katıldığınız takdirde sizden ücret talep edilmeyecek ya da size bir ödeme yapılmayacaktır.
Yardımlarınız için şimdiden çok teşekkür ederiz.

Danışman: Unvan Ad Soyad
Psk. Zehra Serper
Maltepe Üniversitesi / Psikoloji Bölümü

Katılımcı Beyanı:

Yukarıda yazılanları okudum ve bana sözlü olarak anlatıldı. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

İmza:

B.DEMOGRAFİK VE HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİ FORMU

1)Cinsiyetiniz: Kadın ( ) Erkek ( )

2) Yaşınız: ……

3) Eğitiminiz (Son bitirdiğiniz okul):

( ) Okur – Yazar Değil ( ) Lise

( ) Okur – Yazar ( ) Yüksekokul

( ) İlkokul ( ) Üniversite

( ) Ortaokul ( ) Lisans üstü

4) Medeni durumunuz:

( ) Bekâr ( ) Evli

( ) Birlikte Yaşıyor ( ) Boşanmış

( ) Nişanlı / Sözlü ( ) Eşi Vefat Etmiş

5) Çocuğunuz var mı?

( ) Hayır

( ) Evet ise sayısı ve yaşları: ……

6) Evde kimlerle yaşıyorsunuz? …….

7) Gelir getiren bir işte çalıştınız mı?

( ) Hayır

( ) Evet ise;

Halen çalışıyor musunuz?

( ) Hayır. Ne zamandır çalışmıyorsunuz? …….....

(Ay Olarak Belirtiniz)

( ) Evet. Ne iş yapıyorsunuz? ……..

8) Ailenizin gelirinin/maddi olanaklarının ne düzeyde olduğunu düşünüyorsunuz?

Çok düşük ( ) Düşük ( ) Orta ( ) Ortanın üstü ( ) Yüksek ( )

9) En uzun süre yaşadığınız yerleşim birimi neresidir? ……

10) Şu an nerede yaşıyorsunuz? …….

11) Herhangi bir sağlık güvenceniz var mı?

( ) Hayır

( ) Evet ise nedir? …….

HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİLER

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

2) Hastalığınızı ilk öğrendiğinizde kaçıncı evresindeydiniz? ……

3) Şu an hangi ilaç tedavilerini görüyorsunuz?

( ) .....……

( )……

( ) ……

4) Ameliyat geçirdiniz mi?

( ) Hayır……

( ) Evet ise ne zaman?.....

( ) Ameliyatın türü ne idi ?.....

4) Daha önceden kanser tanısı konulmuş muydu?

( ) Hayır

( ) Evet ise ne zamandı? ……..

( ) Türü ne idi? …….

5) Kanserden başka bir hastalığınız var mı?

( ) Hayır

( ) Evet ise nedir ?

6) Yakın çevrenizde kanser olan ve sizin hastalık sürecine tanık olduğunuz biri var mı?

( ) Hayır

( ) Evet ise kimler: ……..

a) Bu nedenle hayatını kaybetti mi?

( ) Evet ( )Hayır

b) Tamamen düzeldi mi?

( ) Evet ( ) Hayır

c.1) Kişilik açısından ya da ruhsal açıdan kanser tanısı almadan önceki haline göre olumlu yönde değiştiği noktalar oldu mu?

( ) Evet ( ) Hayır

c.2) Evet ise olumlu yönde değiştiğini düşündüğünüz noktalar neler?

……
…..

7) Bugüne kadar hiç psikiyatrik bir hastalık geçirdiniz mi?

( ) Hayır

( ) Evet ise belirtiniz: ……

8) Daha önce hiç psikologa ya da psikiyatra gittiniz mi?

( ) Hayır

( ) Evet

9) Ailenizden biri hiç psikiyatrik bir rahatsızlık geçirdi mi?

( ) Hayır

( ) Evet ise kim ve hastalık nedir?

10) Kanserle ilgili yaşadıklarınızı konuşmak istediniz mi?

( ) Evet ( ) Hayır

11) Kanserle ilgili yaşadıklarınızı gerçekten konuştunuz mu ?

( ) Evet ( ) Hayır

12) Lütfen kanserle ilgili konuştuğunuz insanların tepkilerini, ne söylediklerini ve yaptıklarını da anlatarak, belirtiniz.

……

……

……

……

……

……

…….

13) Kanser ile ilgili olarak aşağıdakiler sizi ne derece korkutuyor?

("Hiç", "Biraz", "Oldukça" ya da "Çok" seçeneklerinden uygun ifadeyi yuvarlak içine alınız)

Çocuklarımda ya da yakınlarımda aynı hastalığın çıkma ihtimali	**Hiç**	**Biraz**	**Oldukça**	**Çok**
Hastalığın tekrarlaması				
Hastalığımın ilerlemesi				
Hastalığımın tedaviye cevap vermemesi				

C. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır. Her maddeyi okuyunuz ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyiniz. Yanıtınız için çok düşünmeyiniz, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin ve patlayacak gibi hissediyorum.
a) Her zaman
b) Çoğu zaman
c) Zaman zaman – bazen
d) Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.
a) Aynı eskisi kadar
b) Pek eskisi kadar değil
c) Yalnızca biraz eskisi kadar
d) Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.
a) Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
b) Evet, ama çok da şiddetli değil
c) Biraz, ama beni endişelendirmiyor
d) Hayır, hiç de öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.
a) Her zaman olduğu kadar
b) Şimdi pek o kadar değil
c) Şimdi kesinlikle o kadar değil
d) Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

a) Her zaman

b) Çoğu zaman

c) Zaman zaman, ama çok sık değil

d) Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

a) Hiçbir zaman

b) Sık değil

c) Bazen

d) Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

a) Kesinlikle

b) Genellikle

c) Sık değil

d) Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

a) Hemen hemen her zaman

b) Çok sık

c) Bazen

d) Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır atıyormuş gibi tedirginliğe kapılıyorum.

a) Hiçbir zaman

b) Bazen

c) Oldukça sık

d) Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

a) Kesinlikle
b) Gerektiği kadar özen göstermiyorum.
c) Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum.
d) Her zamanki kadar özen gösteriyorum.

11) Kendimi sanki hep bir şeyler yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

a) Gerçekten çok fazla
b) Oldukça fazla
c) Çok fazla değil
d) Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

a) Her zaman olduğu kadar
b) Her zamankinden biraz daha az
c) Her zamankinden kesinlikle daha az
d) Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

a) Gerçekten de çok sık
b) Oldukça sık
c) Çok sık değil
d) Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

a) Sıklıkla
b) Bazen
c) Pek sık değil
d) Çok seyrek

D.KANSER HASTALARINDA TRAVMA SONRASI (OLUMLU) GELİŞİM İLE KENDİNİ AÇMA (SELF – DISCLOSURE) –TRAVMA SONRASI GELİŞİM ÖLÇEĞİ

Aşağıda hastalığınızdan dolayı yaşamınızda olabilecek bazı değişiklikler verilmektedir. Her cümleyi dikkatle okuyunuz ve belirtilen değişikliğin sizin için ne derecede gerçekleştiğini aşağıdaki ölçeği kullanarak belirtiniz.
0 = Hastalığımdan dolayı böyle bir değişiklik yaşamadım. **1 = Hastalığımdan dolayı bu değişikliği çok az derecede yaşadım.** **2 = Hastalığımdan dolayı bu değişikliği az derecede yaşadım.** **3 = Hastalığımdan dolayı bu değişikliği orta derecede yaşadım.** **4 = Hastalığımdan dolayı bu değişikliği oldukça fazla derecede yaşadım.** **5 = Hastalığımdan dolayı bu değişikliği aşırı derecede yaşadım.**

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

E. TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda kanser gibi travmatik bir olayın ardından insanların yaşayabileceği bazı sorunlar belirtilmiştir. Her maddeyi dikkatlice okuyunuz ve "GEÇTİĞİMİZ AY İÇERİSİNDE" bu sorunun sizi ne sıklıkta rahatsız ettiğini en iyi gösteren sayıyı (0, 1, 2 ya da 3) daire içine alınız.
Örneğin; söz ettiğiniz olay geçtiğimiz ay içinde aşağıda verilen sıkıntılar açısından sizi yalnızca bir kez rahatsız ettiyse 0'ı; haftada bir kez rahatsız ettiyse 1'i işaretleyiniz. 0 Hiç ya da Yalnızca Bir Kez 1 Haftada 1 ya da Daha Az/Kısa Bir Süre 2 Haftada 2 – 4 Kez / Yarım Gün 3 Haftada 5 ya da Daha Fazla / Neredeyse Bütün Gün

1) Kanser hakkında, istemediğiniz halde aklınıza rahatsız edici düşünceler ya da hayallerin gelmesi	0	1	2	3
2) Kanserle ilgili kötü rüyalar ya da kâbuslar görme	0	1	2	3
3) Kanserle ilgili olanları yeniden yaşama, sanki tekrar oluyormuş gibi hissetme ya da öyle davranma	0	1	2	3
4) Kanseri hatırladığınızda duygusal olarak altüst olduğunuzu hissetme (örneğin, korku, öfke, üzüntü, suçluluk vb. gibi duygular yaşama)	0	1	2	3
5) Kanseri hatırladığınızda vücudunuzda fiziksel tepkiler meydana gelmesi (örneğin; ter boşalması, kalbin hızlı çarpması vb.)	0	1	2	3
6) Kanseri düşünmemeye, olay hakkında konuşmamaya ya da olayın yarattığı duyguları hissetmemeye çalışma	0	1	2	3
7) Kanseri hatırlatan etkinliklerden, kişilerden ya da yerlerden kaçınmaya çalışma	0	1	2	3
8) Kanserle ilgili olanların önem taşıyan bir bölümünü hatırlayamama	0	1	2	3
9) Önemli etkinliklere çok daha az sıklıkta katılma ya da bu etkinliklere çok daha az ilgi duyma	0	1	2	3

10) Çevrenizdeki insanlarla aranızda bir mesafe hissetme ya da onlardan koptuğunuz duygusuna kapılma	0	1	2	3
11) Duygusal açıdan kendinizi donuk, uyuşuk, taşlaşmış gibi hissetme (örneğin; ağlayamama ya da sevecen duygular yaşayamama vb.)	0	1	2	3
12) Gelecekle ilgili planlarınızın ya da umutlarınızın gerçekleşmeyeceği duygusuna kapılma (örneğin; bir meslek hayatınızın olmayacağı, evlenmeyeceğiniz, çocuğunuzun olmayacağı ya da ömrünüzün uzun olmayacağı duygusu vb.)	0	1	2	3
13) Uykuya dalma ya da uyumada zorluklar yaşama	0	1	2	3
14) Çabuk sinirlenme ya da öfke nöbetleri geçirme	0	1	2	3
15) Düşüncenizi ya da dikkatinizi belli bir noktada toplamada sıkıntı (örneğin; bir konuşma sırasında konuyu kaçırma, televizyondaki bir öyküyü takip edememe, okuduğunuz şeyi unutma vb.)	0	1	2	3
16) Aşırı derecede tetikte olma (örneğin; çevrenizde kimin olduğunu kontrol etme, sırtınız bir kapıya dönük olduğunda rahatsız olma vb.)	0	1	2	3
17) Diken üstünde olma ya da kolayca irkilme (örneğin; birisi peşinizden yürüdüğünde, ani ve yüksek sesler duyduğunuzda vb.)	0	1	2	3

ÖZGEÇMİŞ

Zehra Serper Yıldız, 17.04.1988 tarihinde Konya'da doğmuştur. Lisans eğitimini Bahçeşehir Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nde 2011 yılında tamamlamıştır. Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Programı'nda yüksek lisans yapmaktadır.

2011 yılında Surp Pirgiç Ermeni Hastanesi'nde ve 2012 yılında Davranış Bilimleri Enstitüsü'nde stajyer psikolog olarak görev almıştır. 2012 Güz ve Bahar Dönemi'nde Maltepe Üniversitesi Sokakta Yaşayan ve Çalışan Çocuklar Merkezi'nde stajını tamamlamıştır. 2013 Güz Dönemi'nde İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi psikiyatri yataklı servis ve poliklinikte resmi stajını tamamlamıştır. 2014 yılından itibaren Özel Konya Farabi Hastanesi'nde görev yapmaktadır.