To cite this article: Kanat Biçer B, Yılmaz Özpolat AG. Kanser hastalarında travma sonrası büyüme kavramı. Turk J Clin Lab 2016; 7(4):106-110

Derleme

Kanser hastalarında travma sonrası büyüme kavramı

Posttraumatic growth concept in cancer patients

Bilgen BİÇER KANAT[1], Ayşe Gül YILMAZ ÖZPOLAT[2a]

[1]Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Bursa,
[2] Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Kırıkkale, TÜRKİYE

ÖZ

Psikolojik travma bireyin savaş, tecavüz, doğal afet, ani gelişen hastalık gibi olaylar ya da durumlarla yüz yüze geldiğinde verdiği duygusal (emosyonel) ve bilişsel (kognitif) tepkilerin bütünü olarak tanımlanmaktadır. Travma sonrası büyüme (TSB) ise, travmaya ya da ağır bir hayat krizine bağlı, bireyin kendine bakışında, kişiler arasında ilişkilerinde, hayat felsefesinde olumlu yönde değişiklik olmasıdır. Hasta için yaşadığı süreçleri anlamaya yönelik olması ve TSB'yi etkileyebilecek bilişsel, dinamik, varoluşsal etmenleri inceleyen niteliksel araştırma yöntemlerinin kullanılması faydalı olacaktır.

Anahtar kelimeler: Kanser, travma, travma sonrası büyüme

ABSTRACT

Psychological trauma is described as forening of cognitive and emotional response which is reacted when a person confronts with events that occurs suddenly such as war, rape, natural disaster, acute disease. Posttraumatic growth (PTG) refers to positive psychological change in his or her view of his or her self-concept and perception of life experienced as a result of the struggle with highly challenging life circumstances. While using qualitative research methods evaluating cognitive, dynamic, ontological factors that influence PTG, future studies that will be achieved to understand every each patients' experiences and PTG will be beneficial.

Keywords: Cancer, trauma, posttraumatic growth

Corresponding Author [a]: Dr. Ayşe Gül YILMAZ ÖZPOLAT. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Yenişehir Mahallesi, Yahşihan Kırıkkale, TURKEY
Phone: +904444071
e-mail: aysgulyilmaz@yahoo.co.uk
Received 09.02.2016 , accepted 10.03.2016

Volume 7 Number 4 p: 106-110

Giriş

Kanser, ölümü ve yaşam üzerindeki kontrolün sınırlılığını sembolize eden kronik bir hastalıktır.

Gyllensköld "doğrudan doğruya ölümle ilişkili olduğu, sinsice hareket ettiği, nedenleri pek açıklanamadığı, zamanla kontrolü güçleştiği, büyük ızdıraplara neden olduğu, bireyi sosyal yönden damgaladığı ve izole ettiği için diğer kronik hastalıklardan daha tehdit edici" bir hastalık olarak tanımlamıştır kanseri [1].

Kanser hastalarında izlenen korkular "6D belirtisi" olarak tanımlanmaktadır [2].

Ölüm ("death")

Aileye, eşe, doktora bağımlı kalma ("dependency")

Şekil bozukluğu, kendilik imajı ve görüntüde bozulma ("disfigurement")

İş, okul ve boş zamanlara yönelik aktivitelerde başarısızlık ya da yetenek kaybı ("disability")

Kişilerarası ilişkilerde bozulma ("disruption")

Hastalığın ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkabilen rahatsızlık ya da ağrı ("discomfort")

Kanser hastalığına karşı yaşanan tepkiler ve psikososyal zorlanma açısından Elizabeth Kübler Ross'un çalışmaları önemli bilgiler sunmaktadır. Kanser tanısını takiben yaşanan tepkileri Kübler Ross şu şekilde evrelendirmektedir: İnkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme [3]. Bu evrelere bakıldığında;

a) İnkar: Kanser tanısına bireyin en sık yanıtı "Hayır, ben değil, doğru olamaz" şeklinde olmaktadır. İnkar, en azından kısmen inkar, hasta tarafından sadece hastalığın ilk evrelerinde değil, sonrasında da zaman zaman kullanılmaktadır. İnkar, beklenmeyen şok edici habere karşı tampon görevi görmekte, bireyin kendini toplaması ve zamanla daha az radikal savunma mekanizmalarını harekete geçirmesi için bireye zaman tanımaktadır. İnkar, sıklıkla geçici bir savunmadır ve yerini kısmi kabullenmeye bırakır.

b) Öfke: İnkar daha fazla sürdürülemediğinde yerini öfke, hırs, kıskançlık ve küskünlüğe bırakır. Bu evrede birey "Neden ben?" sorusunu sormaktadır. Bu evre ile baş etmek hem tedavi ekibi hem hasta yakınları için güçtür, çünkü öfke sıklıkla rastgele olarak her yere yönlendirilebilmektedir. Hasta unutulmadığından emin olmak için taleplerde bulunacak, şikayet edecek, kendine dikkat edilmesini isteyecek ve belki bağırarak ağlayacaktır. Bu dönemde sorun, hastanın öfkesinin kişisel algılanması ve buna tepki verilmesidir. Bu yanıt ise hastanın düşmancıl davranışını beslemekten başka bir işe yaramayacaktır. Bireye, kendisine saygı duyulduğunun ve anlaşıldığının hissettirilmesi, ilgi gösterilip biraz zaman ayrılması öfkeli taleplerini azaltacaktır.

c) Pazarlık: Pazarlık evresi fazla bilinmemekle birlikte aslında kısa süreler için hastaya diğer evreler kadar yardımcı olmaktadır. Birinci evrede üzücü gerçeklerle yüzleşemeyen ve ikinci evrede diğer insanlara ve Tanrı'ya karşı öfkeli olan birey, kaçınılmaz olanı ertelemek için bir uzlaşma yapabileceğini düşündüğü pazarlık evresini yaşayabilir. "Eğer Tanrı onu yeryüzünden alma kararı verdiyse ve öfkeli taleplerini kabul etmiyorsa belki nazikçe isterse daha olumlu yanıt verebilir" şeklinde düşünen birey, geçmiş tecrübelerinden de hareketle iyi davranışları için ödüllendirilebileceği ve özel isteklerinin bağışlanabileceği gibi küçük bir şansı olduğuna inanabilir. Bu istek sıklıkla yaşamın uzamasıdır; bu isteği ağrısız ve rahat birkaç gün isteği takip eder. Pazarlık gerçekten bir erteleme çabasıdır, iyi davranışlar için bir ödül talebi içerdiği gibi aslında birey tarafından belirlenen bir "son" tarihi (deadline) de içerir (son bir performans, oğlunun düğünü vb.) ve içinde eğer erteleme olursa başka bir istekte bulunulmayacağına dair üstü kapalı bir söz barındırır. Ama hiçbir hasta bu konuda sözünü tutmaz.

d) Depresyon: Hasta durumunu daha fazla inkâr edemediğinde ve daha fazla belirti yaşayıp güçsüzleştikçe hissizliği, öfkesi büyük bir kayıp hissi ile yer değiştirir. Bu kayıp birçok boyut içerir: Beden imajı, kadınlık-erkeklik hissi, ekonomik kayıplar, iş vb. Hastalarla ilgilenenler tarafından iyi bilinen bu reaktif depresyon nedenlerinin yanında, bireyin kendisini son vedaya hazırlaması için katlanmak zorunda olduğu hazırlayıcı yas/depresyon unutulmaktadır. Reaktif ve hazırlayıcı depresyon birbirinden farklı yaklaşım gerektirir. Klinisyen, ilkinde eşlik edebilecek gerçekçi olmayan suçluluk ve utanç duygularını ele almalıdır. İkincide ise geçmişteki bir kayıp değil sürmekte olan bir kayıp hali söz konusudur. Hazırlayıcı depresyon, tüm sevilen nesnelerin yakın kaybına hazırlayan bir dönemdir. Kanser hastası bu dönemde, yakın zamanda kaybedecekleri için kendi yasını tutar. Kabullenmeyi kolaylaştıran bir araç olduğundan, bireyin bu dönemi olağan biçimde yaşamasına ve hüznünü dışa vurmasına izin verilmesi, üzgün olmamasının söylenmesinden daha faydalı olacaktır. Bu durumda kelimelere daha az ihtiyaç duyulur, bu daha çok sessizce paylaşılan bir duygudur.

e) Kabullenme: Eğer bir hastanın yeterince zamanı olduysa ve önceki evreleri atlatmakta yardım görebildiyse, kaderi hakkında kendisini depresif ve öfkeli hissetmediği bir evreye girecek, kaybedeceklerinin yasını tutmuş olacaktır. Hastalar genellikle bu evrede yorgun ve zayıf olmaktadırlar. Bu evrede vazgeçmekten çok artık daha fazla savaşamayacakları duygusu hakimdir. Hasta savaşmayı bırakana kadar savaş bitmeyecektir. Bu durumda da hiçbir zaman kabullenme evresine ulaşamayacaktır. Bununla birlikte kabullenme, mutlu bir evre gibi yanlış değerlendirilmemelidir. Kişi duygudan yoksunmuş gibi yaşar. Bu evre hastadan çok ailesinin desteğe ve anlaşılmaya ihtiyaç duyduğu bir evre olarak ele alınmaktadır. Ölmekte olan hasta kabullenme evresine girdiğinde ilgileri daralır. Yalnız bırakılmayı tercih eder. Ziyaretçiler genellikle istenmez ve gelirlerse de hasta çok konuşkan değildir. Sıklıkla iletişim sözel olandan sözel olmayana doğru değişir.

Kübler Ross, bu evrelerin birbirini takip etmek ya da tamamlanmak zorunda olmadığını, bir arada iç içe yaşanabileceğini ya da herhangi bir evrede bireyin takılıp kalabileceğini, zaman zaman daha önce geçmiş olduğu evreye dönebileceğini belirtmiştir [3].

Bir Travma Olarak Kanser

Batı kültürlerindeki temel inanışlar, kendiliğin temel olarak iyi olduğu, kontrol gücünün olduğu, ölüme ve hastalıklara karşı dayanıklı olduğu, dünyanın koruyucu, adil, anlamlı bir yer olduğu ve olaylardan mantıklı sonuçların çıkarılabileceği yönündedir. İyi insanların yeterli önlemi aldıklarında travmatik hayat olaylarından korunabileceği varsayılır [4]. Ancak kanser tanısı tüm bu inanışları keskin bir şekilde yıkar. Hayata dair dikkatli ve iyi olduklarını düşünenler, yaşadıkları olayın başlarına neden geldiğini anlamakta güçlük çekerler [5].

Travmatik bir olayın ardından yeni bilgilerin yüklenmesiyle beyin, travmatik olaya dair düşünceleri, görüntüleri, anıları temel inanışlarla uzlaştırmaya çalışırken zorlanır. Travmatik stres belirtileri, aslında travma ilişkili yeni bilginin, temel inanışları içeren eski bilgiyle bütünleştirilmesine çalışılırken yaşanan mücadeleyi temsil eder. Girici (intruzif) anılar, gece kâbusları, yeniden yaşantılama gibi belirtilerin, bilişsel işleme ve bütünleşmeyi sürdürmeye yardımcı olduğu öne sürülmüştür. Kaçınma ve duyarsızlığın, anıları bilinçten uzaklaştırma ve duygusal stresi düzenlemek için bir fren sistemi gibi çalıştığı varsayılmaktadır. Girici düşünceler ve kaçınma arasındaki salınım, travmatik bilgiyi temel inanışlarla bütünleştirmeye çalışırken uyuma yardımcı olur. Travma ile ilişkili bilgi başarılı bir şekilde bütünleştirildiğinde, travmatik stres belirtileri artık gerekli değildir ve zamanla çözüleceği öne sürülür. Travma sonrası stres bozukluğu, bu bütünleşme gerçekleşmediğinde ortaya çıkar, girici düşünceler ve kaçınma arasında ki salınım kronikleşir [5].

Travma sonrası büyüme kavramı, bilişsel ve duygusal yaşamda davranışsal sonuçları da olan, bireye fayda sağlayan değişimleri tanımlamak için kullanılmıştır [6].

Travma sonrası büyüme, travmaya ya da major bir hayat krizine bağlı, bireyin kendine bakışında, kişiler arasında ilişkilerinde, hayat felsefesinde değişiklik anlamına gelir [6,7]. Olaydan veya yaşantıdan önceki duruma dönmeyi değil, revizyon, gelişme, travma sonrası duruma göre uyumla ilgili bir harekettir [8, 9].

Travma Sonrası Büyüme, travmatik olay sonrasında, kişinin yaşamın belirli alanlarında daha iyi işlevsellik göstermesi ve kişinin kendini gerçekleştirmesine doğru adımlar atması şeklinde açıklanmaktadır [6].

Bireylerin maruz kaldıkları travmatik olaylar sonucu yaşadıkları bu olumlu değişimi anlatmak için "yorumlanan kazanç", "stres ilişkili büyüme", "gelişmek", "olumlu psikolojik değişiklikler", "ters büyüme" (advers büyüme-adversial growth) [10] gibi farklı terimler kullanılmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda "travma sonrası büyüme, travma sonrası gelişim, strese bağlı gelişim, ruhsal gelişim" gibi ifadelerin ön plana çıktığı görülmektedir [11].

Son dönemlerde, "travma sonrası büyüme" tanımının travmatik yaşantılardan sonra ortaya çıkan olumlu değişimleri kavramsallaştırmada daha sıklıkla kullanıldığı görülmektedir. Bu çalışmada da bu tanımlama kullanılmıştır.

Travmatik olayın yaşanmasından sonra gelişen, "travma sonrası stres" terimi sadece minör bir stresin ya da doğal gelişimsel sürecin bir sonucu olarak yaşanmaz. Tedeschi ve Calhoun tarafından yazılan yazılarda, travma ya da travmatik olay terimlerinin kullanımı, DSM-IV'ün kısıtlayıcı kriterlerinden daha geniş ve kapsamlıdır [6]. Örneğin travma sonrası büyüme, sıklıkla kanser ya da AIDS gibi terminal hastalık yaşayan bireylerde araştırılmış olup; büyüme terimi, kişinin önceki uyum seviyesinin ya da psikolojik işlevselliğinin ya da hayata dair farkındalığının gelişmesine vurgu yapar. İnsanların hayatında, kriz öncesi durumla karşılaştırıldığında, yeni ek kazanımlara işaret eden olumlu bir şeyleri ifade eder [12].

Tanı konulmasından, sağlıklı kendiliğin kaybına, farklı zorlu tedavi çeşitlerine ve tedavi sürecinden sonra bazı hastalar için tekrarlama riski nedeniyle, kanser tek bir travma değil, pek çok travmayı da içeren zorlu bir süreçtir. Travmatik olayların olumsuz sonuçları yanında olumlu sonuçlarına da dikkati çeken, travma sonrası büyümenin araştırıldığı çalışmalarda, kanser hastaları sıklıkla çalışılan bir gruptur.

Kanser hastalarında travma sonrası büyüme ölçeğini ilk kez kullanan grup Cordova, Cunningham, Carlson ve Andrykowski'den oluşmaktadır [13]. Ameliyat sonrası, kemoterapi, radyoterapi tedavisi almış, metastatik olmayan meme kanseri kadınlarında, travma sonrası büyümenin özelliklerini ve bağlantılı olduğu durumları incelemişlerdir. Bu araştırma örnekleminde meme kanseri hastaları kişiler arası ilişkilerde, hayata bakış ve maneviyat alt ölçeklerinde kontrol grubuna göre yüksek oranda travma sonrası büyüme göstermişlerdir.

Araştırma sonuçları, kanser hastalarının travma sonrası büyüme yaşadıklarını göstermektedir. Meme kanseri hastalarının %60-90'ı, testis kanseri hastalarının % 76'sı daha fazla hayat memnuniyeti ve anlamı gibi olumlu değişiklikler bildirmişlerdir. Kemik iliği transplantı yapılan hastalar, sağlıklarının yeterince iyi olmamasına karşın hayatlarında olumlu değişiklik olduğunu söylemişlerdir. Meme kanseri hastaları, benign meme hastalığı olan ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldıklarında, benzer seviyede stres ve düşük işlevselliğe rağmen, olumlu varoluşsal ve kişilerarası değişiklik bildirmişlerdir [14].

Cordova ve ark., meme kanserini atlatan 70 kadın hastayı, yaş ve eğitimin eşitlendiği 70 sağlıklı kadınla depresyon, iyilik hali ve travma sonrası büyüme açısından karşılaştırmışlardır. Grupların depresyon ve iyilik hali konusunda farklılık göstermediklerini, ancak meme kanseri grubunun daha yüksek düzeyde travma sonrası büyüme gösterdiğini; bu büyümenin yaşamın anlamı, ruhsal-manevi değişim ve kişilerarası ilişkiler alt ölçeklerinde olduğunu belirlemişlerdir [13].

Parry ve Chesler de niteliksel olarak kanserin gelişmeyi de içeren olumlu psikososyal sonuçlara sebep olabildiğini söylemişlerdir. Bu çalışmaya göre baş etme süreci, anlam oluşturma ve ruhsal-manevi gelişim uzun süreli psikososyal iyilik hali ile ilişkilidir. Çocukluk çağı kanserinde de travmanın kötü sonucuna karşın gelişimin olağan olduğu vurgulanmıştır [15].

Bazı araştırmacılar, kanser deneyiminin, kanser hastalarının eşleri ve çocuklarında da kişisel gelişimi başlatabileceğini gözlemişlerdir [16]; ancak bu konuda literatür oldukça kısıtlıdır. Dolaylı travmatik bir olaya maruz kalan bireylerin tepkileri, travmaya doğrudan uğrayanların gösterdiği tepkilerle

uyumludur. Çalışmalarında kanser hastalarının kız çocukları arasında %93 oranında, kanser deneyiminin hayatlarında en az bir olumlu değişikliğe neden olduğu bildirilmiştir [16]. Aynı şekilde, meme kanserli hastaların eşlerinin teşhisten sonra istatistiksel olarak anlamlı büyüme gösterdikleri belirtilmiştir [17]. Meme kanseri tanısı konulduktan yaklaşık bir buçuk yıl sonra hem hastalarda hem de eşlerinde travma sonrası büyüme izlenmiştir [18]. Hem hastalarda hem de akrabalarda gelişen bilişsel ve duygusal süreçlerin büyümeyle anlamlı ilişkili olduğu bildirilmiştir. Duygusal işleme bağlamında emosyonel dışavurum, duyguları ifade edebilme büyümeyi öngörebilirken, duygusal işleme örneğin; duyguların anlamını araştırmak, büyümeyi öngörmemiştir.

Başka bir çalışmada prostat kanseri tedavisi gören erkekler ve eşleriyle çalışılmış; ameliyattan bir yıl sonra hastalarda ve eşlerinde travma sonrası büyüme düzeyinin benzer olduğu gösterilmiştir [19]. Ameliyat öncesinde olumsuz duygudurumu daha yüksek olan bireylerin, baş etme yöntemi olarak "olumlu yaklaşım" ve "duygusal desteği" kullanmaları halinde, ameliyatlarından bir yıl sonra travma sonrası büyümelerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir. Travma sonrası büyümenin olumlu yaklaşım baş etme yöntemini kullanan, ameliyat öncesi kaçınma semptomlarını destekleyen, onay veren, eğitim düzeyi daha düşük eşlerde bir yıl sonunda daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir.

Travma Sonrası Büyümeyi Etkileyen Değişkenler

Belizzi ve Blank, çalışmalarında genç kadınların daha fazla büyüme gösterdiklerini ortaya koymuştur [8]. Siyah kadınların beyaz kadınlara, azınlık üyelerin beyaz ırka kıyasla daha fazla büyüme gösterdiği ileri sürülmüştür [20]. Belizzi ve Blank, evli olmanın kadınların travma sonrası büyüme algısında önemli bir değişken olduğunu ve partneri olan hastalarda travma sonrası büyüme düzeyinin daha yüksek görüldüğünü belirtmişlerdir [8]. Belizzi ve Blank, eğitim düzeyi düşük meme kanserli kadınların daha fazla travma sonrası büyüme gösterdiklerini bildirmişlerdir. Öte yandan kolej mezunu kadınların diğerleriyle ilişkiler alt ölçeğinde daha fazla travma sonrası büyüme göstermelerine karşın hayatın anlamı ile ilgili alt ölçeklerde daha az büyüme gösterdikleri ortaya konmuştur [8]. Hegelson ve ark travma sonrası büyüme ile hastalığın şiddeti arasında anlamlı düzeyde ilişki saptamışlardır [21]. Bölgesel veya yaygın (invazif) kanseri olan hastalar, kişiler arası ilişkiler ve yaşamın anlamı açısından karşılaştırılmış, bölgesel kanseri olan hastalarda travma sonrası büyüme düzeyi daha yüksek bulunmuştur [14,22]. Bu durum, bölgesel kanseri olanlarda 5 yıllık sağkalım oranının %96 olması nedeniyle, bölgesel kanserde hastalığın yeterince tehdit edici algılanmamış olmasına bağlanmıştır. Literatür incelendiğinde, tanı konulmasından sonra geçen zaman ile büyüme arasındaki ilişki hakkında çelişkili sonuçlar olduğu görülmektedir. Meme kanseri hastalarıyla yapılan kesitsel bir çalışmada, büyümenin kanser tanısından sonra zaman geçtikçe arttığı gösterilmiştir [13,18,23].

Bower JE, kanser hastalarının, cerrahiden 4-8 hafta sonra travma sonrası büyüme bildirmeye başladığını, kanserle ilişkili çalışmalarda, kanserle ilişkili büyümenin tanıdan sonraki ilk 18 hafta içinde arttığını ileri sürmüştür [20].

Travmanın bilişsel, duygusal, sosyal işleme süreçlerine göre; stres tek başına olumlu değişikliğe yol açmaz; kişinin, temel inançlarını ve baş etme becerilerini yeterli derecede tehdit edici algılıyor olması gerekir. Travmatik deneyimle en iyi baş eden bireyler, deneyimleri üzerinde kafa yoran, bilişsel, duygusal ve kişilerarası işleme süreçlerini kullanan bireylerdir [7]). İşleme süreçlerinin erken başlaması sonuçları belirleyici olabilir. Bir deneyimin başında girici (intruzif) düşüncelerin gelişmesi ve aktif olarak işlenmesi, direnç gösterilmesi ya da bastırılmasından daha olumlu psikolojik neticelerle sonlanmaktadır. Çok sayıda araştırmada, sosyal destek travma sonrası büyümeyle ilişkili bulunmuştur [6,10,11,24]. Algılanan sosyal destek, travma sonrası büyüme için önemli bir öngörücü iken; sosyal baskı ve sosyal aktivitelerin azalması, büyüme puanının düşük olması ile ilişkilidir [19,25]. Hastanın hastalığını öğrenme şekli, hastalığıyla ilgili bilgi düzeyi, hastalığı nasıl algıladığı travma sonrası büyümeyi etkileyebilmektedir. Yakın çalışmalar, klinisyenlerin hastalardan önce ailelerini bilgilendirdiğini ortaya koymaktadır. Bir çalışma hastaların sadece %37'sinin teşhisi doğrudan öğrendiğini göstermektedir, ancak bu bilgilendirme eksikliğinin büyümeyi nasıl etkilediği bilinmemektedir [5]. Travma sonrası büyüme, bireyin kendi ve dünya ile ilgili travmatik olayı özümsemesine yardımcı olsa da aynı zamanda gelişmiş beden sağlığı ve iyi olmayla da ilişkili olduğu düşünülmektedir [5]. Minör fiziksel belirtilerin varlığı kanser deneyimine dair hafızayı canlı tutabilir. Böylelikle hastalığın olası tekrarlama korkularını arttırabilir, aynı zamanda bakış açısındaki değişimleri güçlendirebilir. Kaybın herhangi bir zamanda gerçekleşebileceğinin anlaşılması, yaşamın devam etmesini motive etmektedir [5]. Duyguların dışavurumunun krizden sonra uyumu ve büyümeyi arttırdığı ileri sürülmektedir [26]. Olumsuz duyguların ifade edildikçe, kişinin bu duygulara karşı hassasiyeti azalabilmektedir. Olumsuz duyguların azalması, olumlu duygular ve kazanımlara daha fazla odaklanılmasını sağlayabilmektedir. Duyguların ifade edilmesi, kanserin kişinin yaşantısında meydana getirdiği değişiklikleri daha fazla anlamasını sağlayabilir. Psikolojik faktörler göz önünde bulundurulduğunda, daha fazla duygusal ya da bilişsel aşama yaşadığını belirten kanserden kurtulmuş kişilerin, daha fazla büyüme gösterdikleri bildirilmiştir [21].

Erken evre meme kanseri hastaları arasında aktif baş etme kullananlar, olumlu yeniden değerlendirme ve anlamlandırma yapabilen ve arkadaşlarını duygularını ifade edebilmek için kullanabilen kadınlar, bu baş etme yöntemini kullanmayanlara göre daha fazla büyüme göstermişlerdir [27]. Büyük beşli özelliklerden, dışadönüklük, deneyimlere açık olma, uyumluluk ve vicdan sahibi olmanın/dürüstlüğün büyümeyle olumlu yönde ilişkili olduğu ileri sürülmüştür. Linley ve Joseph, nörotisizmin büyümenin ortaya çıkmasını engellediğini belirtmektedir [10]. Kanserin tipi, evresi, tedavi şekli, tedavinin zorluğu, fiziksel etkilerin tamamı hastaların bu deneyimi nasıl yaşadıklarını, stres seviyelerini, kişisel büyümelerini ve yaşam kalitelerini etkileyebilir [28].

Ciddi bir toplum sağlığı sorunu olan ve giderek daha sık görülmekte olan kanserin birey üzerindeki psikososyal sonuçlarının anlaşılması ve gerekli müdahalenin yapılması çok önemlidir. Kanser, hastanın fiziksel ve psikososyal işlevselliğini, dolayısıyla da genel yaşam kalitesini büyük ölçüde etkileyen, sonuç olarak ağır ruhsal-toplumsal sorunların yaşanmasına neden olan bir olgudur [29].

Çıkar çatışması ve finansman beyanı

Bu çalışmada çıkar çatışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Gyllensköld K. On having breast cancer--psychologic reactions at discovery and information about the diagnosis. Lakartidningen 1974; 71: 2471-4.
2. Hoorens I, Vossaert K, Pil L, et al. Total-Body Examination vs Lesion-Directed Skin Cancer Screening. JAMA Dermatol 2016; 152: 27-34.
3. Smaldone MC, Uzzo RG. The Kubler-Ross model, physician distress, and performance reporting. Nat Rev Urol 2013; 107: 425-8.
4. Bulman AS, Heyderman E. Calcitonin not a cellular tumour marker in breast cancer. Lancet. 1983; 12; 351.
5. Jim HS, Jacobsen PB. Posttraumatic stress and posttraumatic growth in cancer survivorship: a review. Cancer J 2008; 14: 414-9.
6. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. J Trauma Stress 1998; 9: 455-71.
7. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. Psychological Inquiry 2004; 15: 1-18.
8. Bellizzi KM, Blank TO. Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. Health Psycholgy 2006; 25: 47-56.
9. Sheikh AL. Posttraumatic Growth in the Context of Heart Disease. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings 2004; 11: 265-73.
10. Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: a review. J Trauma Stress 2004; 17: 11-21.
11. Kalaycı S. Kansere Gülümsemek. 1. Baskı, Bilge Karınca Yayınları, İstanbul, 2004; 18-97.
12. Zoellner T, Maercker A. Posttraumatic growth in clinical psychology - a critical review and introduction of a two component model. Clin Psychol Rev 2006; 265: 626-53.
13. Cordova, MJ, Cunningham, LLC, Carlson CR et al. Posttraumatic Growth Following Breast Cancer: A Controlled Comprasion Study. Health Psychology 2001; 20: 176-185.
14. Andrykowski MA, Cordova MJ, McGrath PC et al. Stability and Change in Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Following Breast Cancer Treatment: A 1-Year Follow-Up. Psycho-Oncology 2000;9: 69-78.
15. Parry C, Chesler MA. Thematic evidence of psychosocial thriving in childhood cancer survivors.. Qual Health Res 2005;15: 1055-73.
16. Meyerowitz BE. Psychosocial correlates of breast cancer and its treatments. Psychol Bull 1980; 87: 108-31.
17. Weiss E, Vorwerk H, Keall PJ, et al. Letter to the editor concerning Senan et al., Radiother Oncol 2004;71:139-146.
18. Manne S, Ostroff J, Wınkel G et al. Posttraumatic Growth After Breast Cancer: Patient, Partner, and Couple Perspectives. Psychosomatic Medicine 2004; 66: 442-54.
19. Thornton AA ve Perez MA. Posttraumatic Growth in Prostate Cancer Survivors and Their Partners. Psycho-Oncology 2006; 15: 285-96.
20. Bower JE, Meyerowitz BE, Desmond KA et al. Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. Ann Behav Med 2005; 29: 236-45.
21. Hegelson VS, Reynolds KA, Tomich PL. A meta-analytic review of benefit finding and growth. J Consult Clin Psychol 2006; 74: 797-816.
22. Tomich PL, Helgeson VS. Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. Health Psychol 2004; 23: 16-23.
23. Sears SR, Stanton AL, Danoff-Burg S. The Yellow Brick Road and the Emerald City: Benefit Finding, Positive Reappraisal Coping, and Posttraumatic Growth in Women with Early-Stage Breast Cancer. Health Psychology 2003; 225: 487-97.
24. Linley PA, Joseph S. Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review. J Trauma Stress 2011; 24: 85-92.
25. Schulz U, Mohamed NE. Turning the tide: benefit finding after cancer surgery. Soc Sci Med 2004; 59: 653-62.
26. Stanton AL, Danoff-Burg S, Huggins ME. The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. Psychooncology 2002; 11: 93-102.
27. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E et al. Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer. Breast 2008; 17: 382-6.
28. Zebrack B, Walsh K, Burg MA, Maramaldi P, Lim JW. Oncology social worker competencies and implications for education and training. Soc Work Health Care. 2008; 47: 355-75.
29. Soygür H, Özalp E, Başterzi AD. http:// www.psikiyatri.org.tr/presses.aspxpress = 277&type = 23, 2010.