TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

KRONİK HASTALIKLARDA PSİKOLOJİK BÜYÜME VE UZAMIŞ YAS İÇİN BİR YOL HARİTASI: BİLİŞSEL, DUYGUSAL VE VAROLUŞSAL FAKTÖRLER

Doktora Tezi

Merve CESUR ATİNTAŞ

Ankara, 2022

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

KRONİK HASTALIKLARDA PSİKOLOJİK BÜYÜME VE UZAMIŞ YAS İÇİN BİR YOL HARİTASI: BİLİŞSEL, DUYGUSAL VE VAROLUŞSAL FAKTÖRLER

Doktora Tezi

Merve CESUR ATİNTAŞ

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Ayşegül DURAK BATIGÜN

Ankara, 2022

TÜRKİYE CUMHURİYETİ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

KRONİK HASTALIKLARDA PSİKOLOJİK BÜYÜME VE UZAMIŞ YAS İÇİN BİR YOL HARİTASI: BİLİŞSEL, DUYGUSAL VE VAROLUŞSAL FAKTÖRLER

DOKTORA TEZİ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ayşegül DURAK BATIGÜN

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Adı ve Soyadı	**İmzası**
1- Prof. Dr. Ayşegül DURAK BATIGÜN	.....
2- Prof. Dr. Gülsen ERDEN	.....
3- Prof. Dr. Nilhan SEZGİN	.....
4- Doç. Dr. Ilgın GÖKLER DANIŞMAN	.....
5- Doç. Dr. Dilek SARITAŞ ATALAR	.....

Tez Savunması Tarihi: 23.06.2022

TÜRKİYE CUMHURİYETİ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Prof. Dr. Ayşegül DURAK BATIGÜN danışmanlığında hazırladığım "Kronik Hastalıklarda Psikolojik Büyüme ve Uzamış Yas İçin Bir Yol Haritası: Bilişsel, Duygusal ve Varoluşsal Faktörler (Ankara 2022)" adlı doktora tezimdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallarına uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul edeceğimi beyan ederim.

Tarih:18/07/2022

Merve CESUR ATİNTAŞ

İmza: …….

TEŞEKKÜR

Tezimi yazmaktan savunmaya kadar geçen yolculuğumda son ana kadarki desteği, yol göstericiliği, güven veren titizliği ve sağladığı motivasyon için sevgili hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün'e teşekkür ederim. Başlangıçta ilk danışmanım olup tezimin temelini atmamda önemli katkıları olan Prof. Dr. Nilhan Sezgin'e keyif aldığım dersleri, şefkatli ve cesaretlendirici desteği için teşekkür ederim. Tez komitemde yer alarak tezimin şekillenmesine büyük katkıları olan Doç. Dr. Ilgın Gökler Danışman'a; tezime ve doktora eğitimime değerli katkıları için Prof. Dr. Gülsen Erden'e teşekkür ederim. Jürimde yer alan Doç. Dr. Dilek Sarıtaş Atalar'a kıymetli katkıları için teşekkür ederim. Doktora eğitimimiz sürerken bir anda kıymetli hocalığından mahrum bırakıldığımız Doç. Dr. Banu Yılmaz'a lisansüstü eğitimimdeki değerli emekleri ve destekleri için teşekkür ederim.

Veri toplama sürecimde yardımlarını esirgemeyen arkadaşlarım ve yakınlarıma, kronik hastalık deneyimlerini paylaşan tüm katılımcılara sonsuz teşekkürler. Bir telefon uzağımda olup her ihtiyaç duyduğumda beni anlayışla yönlendiren Soyal Bilimler Enstitüsü'nden kıymetli Mustafa Yönden ve Tacettin Çelik'e gönülden teşekkür ederim.

Her yönden besleyen arkadaşlığı ile hep yanımda olan can dostum Özge Ünal'a, hayatımın en yoğun dönemindeki huzur veren dostluğu için İrem Akıncı'ya, Ankara'yı güzelleştiren candan dostlukları için Saadet Büyük Güler'e ve ailesine, doktoranın en güzel kazanımlarından biri olan her alanda yüreklendirici ve destekleyici arkadaşlığı için Burcu Altın'a, lisansüstü eğitimimizde zorlukları beraber aştığımız Esra Angın'a, ihtiyacım olduğunda akademik ve duygusal destekleriyle yanımda olan Cansu Alsancak Akbulut'a ve Meryem Kaynak Malatyalı'ya, destekleyici ve sevgi dolu arkadaşlığı için Serel Akdur Çiçek'e içtenlikle teşekkür ederim. Asistan olarak çalıştığım son 8 senede arkadaşlıkları ve ortabahçe sohbetleriyle DTCF'yi güzelleştiren Fatma, Ebru, Gülru, Burcu, Melike, İpek, Gülşen, Turan, Bağdat, Ayşenur ve isimlerini sayamadığım yolu

DTCF'den geçen tüm çalışma arkadaşlarıma kalpten teşekkürlerimle. Lisanstan bu yana köklenmeye devam eden ve koşulsuz sevgi, kabul, şefkat ve her daim destekle yeşeren dostluk ağı için sevgili "akademik cavcavlar": Hilal Kaya, Elvan Kiremitçi Canıöz, Yağmur Yağmurcu'ya sonsuz teşekkür ederim. Ruhsal anlamda geliştiren, derinleştiren ve bana spontanlık gibi ömürlük bir hediye veren Psikodrama'ya, Psikodrama grubum Sukulentler'e, bana güvenen ve beni destekleyen hocam Bircan Kırlangıç Şimşek'e teşekkür ederim.

Sevgili annem, babam, canım kardeşim Ceren ve sevgili eşi Bilal ne olursa olsun yanımda olduğunuzu ve olacağınızı bilmek o kadar kıymetli ki. Emekleriniz ve desteğiniz için çok teşekkür ederim. En zor zamanımızda sevgi, şefkat ve sabır dolu desteği ile tezimi tamamlamamda büyük emeği olan kayınvalidem Cevriye Atintaş'a minnettarım.

Biricik eşim Cihan, tüm lisansüstü sürecimde, özellikle aile olmamızla eş zamanlı doktora sürecimdeki emeğin o kadar büyük ki. Hem eş hem baba rolünü deneyimlediğin ve benim tezime odaklandığım stres yüklü zamanlar senin sayende kolaylaştı ve güzelleşti, hayat arkadaşım olduğun için çok şanslıyım. Sana olan minnettarlığımı hiçbir sözcük yeteri kadar anlatamaz.

Ve büyük bir teşekkürü hak eden canım kızım Ladin. Hem pandemi hem tez yazma sürecim gibi zorlu koşullarda hayatımıza neşe, mutluluk, huzur getirdin. Sayende bu zorlu süreç o kadar keyifli ve güzel anılarla doldu ki...Sana senden ayrı kaldığımda önemli bir işimi bitirmek için çabaladığımı söylediğimde "anne sen ders çalışıyorsun mu?" diyerek beni anlamaya çalıştığın, hızla uyum sağladığın, bazen seni ihmal ettiğimi fark etmediğimde ihtiyacına sahip çıkıp bana hatırlattığın, beni çok güldürüp çok hayran bıraktığın, sevimliliklerinle enerjimi yükselttiğin ve daha bir dolu şey için teşekkür ederim. Günlük çalışmamı bitirip seninle olabilmek, bu yolculukta en büyük motivasyon kaynağımdı.

Bu süreçte anne, eş, öğrenci, akademisyen, psikolog, arkadaş ve başka rolleri dengelemeye çalışırken kendiliğini kaybetmemeye çalışan, kimi zaman başaran kimi zaman başaramayıp düşen, en çok da sarmalandığı sosyal destek ve yıllardır süren içsel çalışmanın ürünleri öz sevgi, anlayış ve kabulle tekrar ayağa kalkan, bir dolu zorlukla yüzleşirken en çok hayal etmenin, emek vermenin ve planlı olmanın önemini anlayan, umut etmekten ve hayal kurmaktan hiç vazgeçmeyen kendime teşekkür ederim.

Yaşamımın anlamını daha derinden düşündüren ve beni "büyüten"
kronik hastalık deneyimime

ve

Sevgili kızım Ladin'e

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ..... **ix**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **xiii**

ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **xiv**

I.BÖLÜM **1**

GİRİŞ **1**

1.1. KRONİK FİZİKSEL HASTALIKLAR **4**

1.2. KRONİK FİZİKSEL HASTALIKLAR VE PSİKOLOJİK BÜYÜME **9**

1.2.1. Travma Sonrası Büyüme Modeli 9

1.2.2. Kronik Hastalarda Psikolojik Büyüme 15

1.2.2.1. Hastalığa İlişkin Öznel Değerlendirmeler ile Psikolojik Büyüme 18

1.2.2.2. Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Değişkenler ile Psikolojik Büyüme 20

1.3. KRONİK HASTALIKLAR VE HASTALIĞA İLİŞKİN UZAMIŞ YAS **22**

1.3.1. Uzamış Yas Bozukluğu 22

1.3.2. Kronik Hastalıklarda Hastalığa İlişkin Uzamış Yas 24

1.4. RUMİNASYONLAR **28**

1.4.1. Ruminasyonlar ve Psikolojik Büyüme 29

1.4.2. Ruminasyonlar ve Uzamış Yas 32

1.5. KRONİK HASTALIKLARDA OLAYIN (HASTALIĞIN) MERKEZİYETİ **34**

1.5.1. Olayın Merkeziliği 34

1.5.2. Olayın Merkeziyeti ve Psikolojik Büyüme 36

1.5.3. Psikolojik Büyümede Olayın Merkeziyeti ve Ruminasyonlar 37

1.5.4. Olayın Merkeziyeti ve Uzamış Yas 39

1.6. KRONİK HASTALIKLARDA YAŞAMIN ANLAMI **40**

1.6.1. Kronik Hastalarda Anlam ve Travma Sonrası Büyüme 44

1.6.2. Kronik Hastalarda Anlam ve Hastalığa İlişkin Uzamış Yas 46

1.7. KRONİK HASTALIKLARDA DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ **49**

1.7.1. Duygu Düzenleme ve Travma Sonrası Büyüme 51

1.7.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Uzamış Yas 52

1.7.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Ruminasyon 54

1.8. ARAŞTIRMANIN AMACI 55

1.8. ARAŞTIRMA SORULARI VE HİPOTEZLER 57

1.9. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ 60

II. BÖLÜM 62

YÖNTEM 62

2.1. ÖRNEKLEM 62

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 65

2.2.1. Aydınlatılmış Onam Formu 65
2.2.2. Demografik ve Hastalığa İlişkin Bilgi Formu 65
2.2.3. Tanıya İlişkin Stres ve Korku Ölçeği 65
2.2.4. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (TSBÖ) 66
2.2.5. Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri (OİRE) 67
2.2.6. Olayların Merkeziliği Ölçeği (OMÖ) 68
2.2.7. Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu (UYB-H) 69
2.2.8. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği- Kısa Form (DDGÖ-16) 70
2.2.9. Yaşamın Anlamı Anketi (YAA) 71

2.3. İŞLEM 72

2.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ 74

III. BÖLÜM 75

BULGULAR 75

3.1. ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİNE İLİŞKİN BETİMSEL İSTATİSTİKLER 75

3.2. PSİKOLOJİK BÜYÜME VE UZAMIŞ YASIN DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN FARKLILAŞMASI 76

3.3. PSİKOLOJİK BÜYÜME VE UZAMIŞ YASIN HASTALIĞA İLİŞKİN DEĞİŞKENLER AÇISINDAN FARKLILAŞMASI 79

3.4. KORELASYON ANALİZİ BULGULARI 82

3.5. MODEL TESTLERİNE İLİŞKİN BULGULAR 84

3.5.1. Kronik Hastalarda Psikolojik Büyüme için Yol Analizi Modeli 87
3.5.1.1. Kronik Hastalarda Psikolojik Büyüme Modelindeki Doğrudan ve Dolaylı Etkilere İlişkin Bulgular 90

3.5.1.2. Kronik Hastalarda Psikolojik Büyüme Modelindeki Belirli Dolaylı Etkilere İlişkin Bulgular 92
3.5.1.3. Doğrudan Yolların Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları 94
3.5.2. Kronik Hastalarda Uzamış Yas için Yol Analizi Modeli 95
3.5.2.1. Kronik Hastalarda Uzamış Yas Bozukluğu Modelindeki Doğrudan ve Dolaylı Etkilere İlişkin Bulgular 95
3.5.2.2. Belirli Dolaylı Etkilere İlişkin Bulgular 99
3.5.2.3. Doğrudan Yolların Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları 101
BÖLÜM IV 102
TARTIŞMA 102
4.1. ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİNE İLİŞKİN BETİMSEL İSTATİSTİKLERİN TARTIŞILMASI 102
4.2. BAĞIMLI DEĞİŞKENLERİN DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN FARKLILAŞMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI 103
4.2.1. Psikolojik Büyümenin Demografik Değişkenler Açısından Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 103
4.2.2. Hastalığa Bağlı Uzamış Yasın Demografik Değişkenler Açısından Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 105
4.3. BAĞIMLI DEĞİŞKENLERİN HASTALIĞA İLİŞKİN DEĞİŞKENLER AÇISINDAN FARKLILAŞMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI 107
4.3.1. Psikolojik Büyümenin Hastalığa İlişkin Değişkenler Açısından Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 107
4.3.2. Hastalığa İlişkin Uzamış Yasın Hastalığa İlişkin Değişkenler Açısından Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 109
4.4. KORELASYON ANALİZİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI 111
4.5. MODEL TESTLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI 114
4.5.1. Psikolojik Büyüme için Yol Analizi Modelinin Tartışılması 114
4.5.1.1. Psikolojik Büyüme Modelindeki Doğrudan Yollara İlişkin Bulguların Tartışılması 114
4.5.1.2. Psikolojik Büyüme Modelindeki Dolaylı Yollara İlişkin Bulguların Tartışılması ... 119
4.5.2. Hastalığa İlişkin Uzamış Yas için Yol Analizi Modelinin Tartışılması 121

4.5.2.1. Hastalığa İlişkin Uzamış Yas Modelindeki Doğrudan Yollara İlişkin Bulguların Tartışılması 121

4.5.2.2. Hastalığa İlişkin Uzamış Yas Modelindeki Dolaylı Yollara İlişkin Bulguların Tartışılması 126

4.6. SONUÇ 131

4.7. ÇALIŞMANIN KLİNİK DOĞURGULARI 133

4.8. SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER 137

ÖZET 141

ABSTRACT 143

KAYNAKÇA 145

EKLER 177

EK 1. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU 177

EK 2. DEMOGRAFİK VE HASTALIĞA İLİŞKİN BİLGİ FORMU 179

EK 3. TRAVMA SONRASI BÜYÜME ÖLÇEĞİ (TSBÖ) 183

EK 4. OLAY İLİŞKİLİ RUMİNASYON ENVANTERİ (OIRE)……...184

EK 5. OLAYLARIN MERKEZİLİĞİ ÖLÇEĞİ (OMÖ) 186

EK 6. UZAMIŞ YAS BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ-HASTA FORMU (UYB-H) 187

EK 7. DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ ÖLÇEĞİ-KISA FORM (DDGÖ-16) 188

EK 8. YAŞAMIN ANLAMI ANKETİ (YAA) 189

EK 9. KATILIMCILARIN KRONİK HASTALIK TANILARINA İLİŞKİN AÇIKLAMALAR 190

EK 10. ETİK KURUL İZNİ…….…..... 197

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Demografik Değişkenlere İlişkin İstatistikler 63

Tablo 2. Süreğen Fiziksel Hastalıkla İlişkili Değişkenler 64

Tablo 3. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Betimsel İstatistikler 76

Tablo 4. Psikolojik Büyüme ve Uzamış Yas Puanlarının Cinsiyet, Medeni Durum ve Eğitim Düzeyi Açısından Karşılaştırılması 77

Tablo 5. Psikolojik Büyüme ve Uzamış Yas Puanlarının Tanı Üzerinden Geçen Zaman ve İlaç Kullanımı Açısından Karşılaştırılması 80

Tablo 6. Bağımsız Değişkenler ile Psikolojik Büyüme ve Uzamış Yas Arasındaki Korelasyonlar 86

Tablo 7. Doğrudan ve Dolaylı Etkiler 91

Tablo 8. Belirli Yollar Üzerindeki Dolaylı Etkiler 93

Tablo 9. Sonuç Modeli için Regresyon Denklemleri ve Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları 94

Tablo 10. Doğrudan ve Dolaylı Etkiler 98

Tablo 11. Belirli Yollar Üzerindeki Dolaylı Etkiler 99

Tablo 12. Uzamış Yas için Önerilen Modele ait Regresyon Denklemleri ve Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları 101

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Güncellenen Travma Sonrası Büyüme Modeli 14

Şekil 2. Kronik Hastalarda Psikolojik Büyümeyi Açıklayan Model Önerisi 56

Şekil 3. Kronik Hastalarda Uzamış Yası Açıklayan bir Model Önerisi 57

Şekil 4. Psikolojik Büyüme için Önerilen Yol Modeli 88

Şekil 5. Psikolojik Büyüme için Anlamsız Yolların Çıkarıldığı Son Yol Modeli 89

Şekil 6. Uzamış Yas için Önerilen Yol Modeli 97

I.BÖLÜM

GİRİŞ

Kronik hastalıklar, diğer yaşamsal stresörlerden, kişilerin yaşama bakış açısını ve baş etme biçimini etkileyen detaylarla ayrılmaktadır (Leventhal ve ark., 2008). Kronik (süreğen) fiziksel hastalık tanısı almak, tedavi sürecini başlatmak ve bu hastalıkla yaşamak, sürekliliği olan stres verici bir yaşantı olarak tanımlanmaktadır (Golub, Gamarel ve Rendina, 2014). Hatta kimileri için bu süreç travmatik olabilmektedir (Barskova ve Oestterreich, 2009). Bu bireylerde hastalık tanısı alma süreci stres verici olmasının yanı sıra karmaşık duygularla, tekrarlı düşüncelerle ve yas yaşantılarının kaynağı olabilen pek çok muğlak kayıpla (örn. işlev, bağımsızlık, rol, ilişkiler) baş etmeye çalışılan bir süreç olarak görülmektedir (Fennell, 2003; Jacobsen ve ark.,2010). Yakınlarını kaybeden bireylerin yaşadığı yas belirtilerinden farklı olarak, bir hastalığa sahip birey için yas, bir yandan yeni yaşam biçimine ve başkaları ile ilişkilerine uyum sağlamaya çalışırken diğer yandan sağlık durumuna, yaşamdaki rolüne ilişkin kafa karışıklığını, sosyal işlevsellik kaybını, konsantrasyon güçlüğünü ve çevreden uzaklaşma gibi "normal kabul edilen" belirtileri içerir (Fennell, 2003). Ayrıca hastalığın ve uyum sürecinin uzun soluklu olması, bireyi varoluşsal meseleler ile ilgili düşünmeye sevk ederek bireyin anlam dünyasında da bazı değişiklikler ortaya çıkarabilmektedir.

Tedeschi, Calhoun ve Cann (2007) "büyümenin, her kötü ya da travmatik deneyimden sonra değil; çekirdek inançları sarsan ve bir meydan okumaya yol açan deneyimlerin ardından geldiğini" vurgulamaktadır. Travma sonrası büyüme bağlamındaki pek çok çalışma, DSM'deki travma ölçütlerine bağlı kalarak "yaşamı tehdit eden" olaylara odaklanıp, birey için oldukça stres verici olabilen diğer zorlayıcı yaşantıları göz ardı etmeleri nedeniyle eleştirilmektedir (Boals, Steward ve Schuettler,

2010). Mevcut alanyazın, kronik hastalıkla yaşayan bireylerin bu stres verici yaşantı sürecinde psikolojik olarak olumlu yönde bir değişim geçirebildiklerini, diğer bir deyişle travma sonrası büyüme yaşantısını deneyimleyebildiklerini göstermektedir. Kronik hastalığı olan birçok kişi, bu deneyimden kaynaklanan büyüme yaşadığını bildirse de, bu durum bazıları için geçerli olmaz (Golub, Gamarel ve Rendina, 2014). Kronik hastalık tanısı alan bireylerin bir kısmı hastalıklarını yaşamlarına değer katan bir "hediye" olarak gördüklerini bildirirlerken, diğerleri bu durumun getirdiği birçok kayba kronikleşen (uzamış) bir yas tepkisi verebilirler (Ahlström, 2007; Schwartzberg, 1993; 1994).

Kronik hastalıklarla ilgili geniş bir derleme çalışması, hastalığa ilişkin belirtilerin şiddetinin azalmasında büyümenin kilit bir rolü olduğuna işaret etmektedir (Barskova ve Oesterreich, 2009). Bununla birlikte, alanyazında travma sonrası büyüme ve hastalık eksenindeki çalışmaların genellikle homojen örneklemlerle, özellikle de kanser hastaları ile yapıldığı görülmektedir (Connerty ve Knott, 2013; Dirik ve Karancı, 2008; McDonough, Sabiston ve Wrosch, 2014; Park, Chmielewski ve Blank, 2010). Bu çerçevede, alanyazında kronik hastalıkları özgül (homojen) olarak değil, geniş bir kapsamda ele alarak büyüme ile ilişkisini inceleyen iki çalışmaya rastlanmıştır (Devine ve ark., 2010; Zeligman ve ark., 2018). Öte yandan uzamış yas durumu da pek çok fiziksel ve psikolojik sorunla ilişkili görünmektedir (Holland ve ark., 2016; Prigerson ve ark., 2021). Alanyazına uzamış yas açısından bakıldığında, oldukça sınırlı sayıda çalışma içinden kanser dışındaki hastalık örnekleminde yapılan yalnızca tek bir çalışmaya rastlanmıştır. Dolayısıyla geniş bir bağlamda kronik hastalık tanısı alan bireylerin deneyimlerini anlamada büyümenin olduğu kadar kayba ilişkin duygu ve yaşantıların da ele alınmasına yönelik bir gereksinim olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle yaşam öyküsünü değiştiren süreğen bir olgu olarak kronik hastalık tanısı almanın, büyüme ve uzamış yas ile ilişkisini tanımlamak ve açıklamak, bu alandaki

yazın ve uygulamalara katkı sağlayabilecek olması açısından önemli görünmektedir. Bu çerçevede kronik hastalık tanısı alan bireylerin hastalığa uyumlanırken süreçlerini destekleyici, koruyucu ya da bozucu unsurların neler olduğu ve bunların psikolojik büyümeyi ve uzamış yası belirlemede nasıl bir rolleri olduğu konusu önem kazanmaktadır.

En temelde travma sonrası büyüme kuramı ile hastalıklara bağlı kronik yas ve uzamış yasa ilişkin güncel alanyazın doğrultusunda, kronik hastalığa uyum sürecinde tekrarlayıcı bilişsel (ruminasyonlar, olayın merkeziyeti), duygusal (duygu düzenleme güçlüğü, tanıya ilişkin korku ve stres) ve varoluşsal (anlam) faktörlerin psikolojik büyüme yaşantısı ve sözü edilen kronik yas belirtileri üzerinde rolü olduğu düşünülmektedir. Bu çalışma ile kronik hastalıkla yaşayan bireyler için sözü geçen yapının büyüme ve uzamış yasta nasıl rolleri olduğu ve nasıl bir yol izlediği sorularına yanıt bulmak istenmiştir. Örneğin, son yıllarda yapılan çalışmalar bir olayın, kişinin kimliği ya da yaşam öyküsü için merkezi hale gelmesinin (olayın merkeziyeti) travma sonrası büyüme yaşantısını olumlu yönde etkilediğini öne sürmektedir (Allbaugh, Wright ve Folger, 2016; Groleau ve ark., 2013; Roland ve ark., 2014). Buna karşın stres verici olayların kişi tarafından merkezi algılanmasının, psikolojik sorunların ortaya çıkışını kolaylaştırdığı da bilinmektedir (Blix, Solberg ve Heir, 2014; Boals ve Schuettler, 2011; Boelen, 2012). Dolayısıyla kronik hastalıklarda olası iki sonucu farklılaştıranın ne ya da neler olduğu merak konusudur.

Mevcut tez çalışmasında, kronik hastalık tanısı almanın ardından potansiyel olarak gelişebilecek psikolojik büyüme ve hastalığa bağlı gelişen uzamış yasa giden yolda sözü edilen duygusal, bilişsel ve varoluşsal değişkenlerin aracı rollerini ve söz konusu değişkenlerin kendi aralarındaki ilişkileri değerlendirmek amacıyla oluşturulan yol modelleri sınanmıştır. Alanyazında sözü edilen psikolojik süreçleri bir arada inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla bu çalışmanın hem kronik hastaların

deneyimlerine ilişkin alanyazındaki boşluğu doldurma noktasında hem de uygulamaya dönük katkıları olacağı düşünülmektedir. Çalışmanın örneklemini geniş bir ranjda (kanser ve HIV dışındaki) kronik hastalığa sahip yetişkin bireyler oluşturmaktadır. Kanser ve HIV hastalarının bu çalışma örnekleminden dışlanmasının bir nedeni, alanyazında hastalık bağlamındaki çalışmaların büyük çoğunluğunun kanser ve HIV örneklemlerinde yapılmış olmasıdır. Buna ek olarak, kanser ve HIV kaynaklı hastalıkların yaşamı tehdit eden bir çağrışıma sahip olduğu ve psikolojik süreçler bakımından diğer kronik hastalıklardan farklılaştığı düşünülmektedir. Dolayısıyla mevcut çalışmanın bulguları için karıştırıcı olabileceği düşüncesi ve mevcut çalışmanın özgün bir çalışma olması amacıyla söz konusu hastalıklar çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Aktarılanlardan hareketle, ilerleyen bölümlerde öncelikle kronik hastalıklara ilişkin genel düzeyde bilgi ve alanyazın bulgusu verilecektir. İkinci olarak ana ve bağımlı değişkenler olan psikolojik büyüme ve uzamış yas kapsamlı olarak ele alınacaktır. Ardından kronik hastalıkla yaşamada olası iki sonuç (büyüme ve yas) üzerinde rolü olduğu düşünülen ruminasyonlar, hastalığın merkeziyeti, yaşamın anlamı, duygu düzenleme güçlüğü gibi değişkenlere yer verilerek her birinin büyüme ve yasla olan ilişkisi araştırma bulguları ile ortaya konulacaktır.

1.1. KRONİK FİZİKSEL HASTALIKLAR

Kronik hastalık, farklı çevreler (akademik, tıp, politika) tarafından terminolojik açıdan büyük farklılıklar içeren tanımlamaları sebebiyle akademik alanyazında ve yasal bağlamda tartışmalı bir çatı terim olarak görülmektedir (Bernell ve Howard, 2016). Kurumların ya da araştırmacıların bu çatı terimin tanımlanmasında izledikleri farklı yollar nedeniyle bazı hastalıklar bu çatı terime dahil edilmekte ya da edilmemektedir. Örneğin, Dünya Sağlık Örgütü (WHO), kronik hastalığı bulaşıcı olmayan, genellikle

yavaş ilerleyen uzun süreli hastalıklar olarak tanımlayarak HIV taşıyan hastaları kronik hastalık bağlamı dışında bırakmaktadır (WHO, 2016).

Akademik yönden kronik hastalığın nasıl tanımlandığına ilişkin farklılıkların, büyük ölçüde araştırmanın amacına ve araştırmacıların disiplin dallarına bağlı olduğu söylenmektedir (Bernell ve Howard, 2016). Bu nedenle kronik hastalık konusunda bir bakış açısı belirlemek mevcut çalışmanın kapsamı adına da önemli görünmektedir. Bu çalışmada kronik hastalık "Birçok nedene (genetik, fizyolojik, çevresel ve davranışsal) bağlı olarak gelişebilen, birden fazla vücut sistemini etkileyebilme potansiyeli olan, kontrol edilebilen fakat kesin olarak tedavi edilemeyen, ilerleyici, hastalığa dair belirti ve bulguların ortaya çıkmasının zaman aldığı, değişken seyirli (bazı dönemlerde alevlenebilirken genellikle sessiz, şiddeti az), fiziksel ve sosyal işlevselliği etkileyen, uzun süreli" hastalıklar olarak ele alınmaktadır (Leventhal ve ark., 2008). Bu tanıma, kardiyovasküler hastalıklar, kronik solunum yolu hastalıkları, bazı kanser türleri, endokrin hastalıkları (Örn, Tip 1 diyabet), fibromiyalji de dahil olmak üzere romatizmal hastalıklar, böbrek hastalıkları, nörolojik hastalıklar (Örn., Migren, Epilepsi, MS) ve bazı gastrointestinal hastalıkların dahil edildiği görülmektedir (Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezleri [CDCP], 2022).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO, 2021) göre en yaygın kronik hastalıklar; kalp-damar hastalıkları, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabettir. Epidemiyolojik araştırmalar, kronik fiziksel hastalıkların hem gelişmekte olan ülkelerde hem de gelişmiş ülkelerde sürekli olarak arttığını göstermektedir (Conversano, 2019; Vos ve ark., 2016). Kronik hastalıklara bağlı ölümler, önlenebilir olduğu için "erken ölüm" olarak nitelendirilmekte ve bu "erken ölümler" dünyada gerçekleşen ölümlerin büyük bir kısmından sorumlu tutulmaktadır (WHO, 2021). Türkiye'de de dolaşım sistemi, solunum sistemi ve endokrin hastalık gruplarının başlıca ölüm nedenlerinden olduğu ve bunların 2019 yılındaki toplam ölümlerin yaklaşık %37'sini oluşturduğu

görülmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2020). Bununla birlikte pek çok kronik hastalık ani ölümle sonuçlanmaz. Aksine, kronik hastalıklar ilerleyici bir özelliğe sahiptirler ve iyi yönetilmediklerinde, hasta bireyleri giderek güçten düşürüp onların daha uzun ve daha sağlıklı bir yaşam sürmelerine engel olurlar (CDCP, 2022). Ayrıca fiziksel sağlık, zihinsel sağlıkla yakından ilişkilidir (Felton ve Revenson, 1984). Öyle ki kronik hastalıkların, hastalığa bağlı ölümlerin yanı sıra, yaşam kalitesi ve öznel iyi oluş üzerinde de yaşam boyu kalıcı etkileri bulunmaktadır (Conversano, 2019).

Kronik hastalık tanısı alan bireylerin hastalığa uyumları, akut hastalıklardan farklı şekilde işlemektedir (Felton ve Revenson, 1984); çünkü kronik fiziksel hastalıklar bir dizi heterojen durumu kapsamakta (Conversano, 2019), dolayısıyla kronik hastalık tanısı alan bireylerin uyumlarını etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bunlar arasında hastalıkla ilişkili psikososyal stres, uzun süreli ve karmaşık tedavi süreci, hastalığa dolayısıyla geleceğe dair belirsizlik, işlevselliğin kısıtlanması, günlük aktiviteleri ve yaşam rollerini yerine getirmede engellenme, beden imgesi, kimliğin ve rollerin değişimi, sosyal çevre üzerindeki etkiler ve mali kayıplar sayılabilir (Livneh ve Antonak, 2005; Wierenga, Lehto ve Given, 2017). Kronik hastalığı olan bireyler için beslenmedeki değişiklikler, ilaç kullanımı ve takibi, egzersiz, tetikleyicilerden (tütün, alkol vb.) kaçınmak gibi sağlık davranışları hem tedavilerinin hem yaşamlarının önemli bir parçası haline gelmektedir (Wierenga, Lehto ve Given, 2017). Bu sağlık davranışlarının düzenlenmesi, her ne kadar kendileri için olumlu sonuçlar doğuracak olsa da, yaşamsal alışkanlıklarının değişmesi anlamına gelmekte ve bunlar da hastanın stresini beslemektedir (Leventhal ve ark., 2008). Kronik fiziksel hastalıkların, psikiyatrik belirtiler ve psikolojik sıkıntılar ile eş zamanlı (komorbid) görülme olasılığı yüksektir ve bu durumu daha karmaşık hale getirir (Conversano, 2019).

Kronik hastalıklar; pek çok hasta için tanılanma süreci, belirtilerin şiddeti, hastaneye yatışlar, karmaşık tedavi süreçleri (tekrarlanan ya da sık değiştirilen tedaviler

veya prosedürler), uzuv, işlev ve rol kayıpları gibi faktörler açısından çoklu fiziksel, duygusal ve psikolojik stres kaynağıdırlar (Leventhal ve ark., 2008) ve tüm bunlar hasta bireylerin bir kısmı tarafından travmatik bir yaşantı olarak deneyimlenebilir (Barskova ve Oesterreich, 2009; Devine ve ark., 2010). İçinde bulundukları stresli yaşantılar, negatif deneyimler ve yoğun duygularla baş etmek kimileri için kalıcı belirtiler (örn. travma sonrası stres) ve işlevselliğin bozulması gibi olumsuz sonuçlara yol açarken, kimileri içinse dönüştürücü olur ve olumlu etkileri görülür (Devine ve ark., 2010; Hefferon, Grealy ve Mutrie, 2009). Öte taraftan bu ayrım, bu derece basit gerçekleşmiyor görünmektedir. Örneğin HIV hastalarıyla yapılan bir çalışma büyümenin kaybın iyi oluş üzerindeki olumsuz etkilerini yumuşattığını ortaya koymakta ve aslında kayıp yaşantısı ile büyümenin bir spektrumun iki ayrı ucunda olmadığını, birbirinden bağımsız olarak gelişebileceğini ve etkileşim içinde işlediğini göstermektedir (Golub, Gamarel ve Rendina, 2014). Diğer bir deyişle, kronik hastalar için hastalık deneyimi, sonrası ya da süresince, muğlak kayıplara ilişkin yas tutma gibi olumsuz sonuçlara paralel olarak bu deneyimden yararlanma, psikolojik yönden büyüme gibi bazı olumlu sonuçlar da ortaya çıkarabilmektedir (Golub, Gamarel ve Rendina, 2014). Buna karşın alanyazında bu konuyla ilgili tutarsız görüşler vardır. Nitekim bireylerin kronik hastalıkla yaşama sürecini fiziksel-davranışsal, psikolojik ve sosyal yönleriyle açıklayan Fennell'in Dört Aşamalı Modeli'nde de kronik hasta bireyin bir aşamada ya manevi yönden gelişmeye, büyümeye ya da yas tepkisine yöneliyor olmasına işaret edilmektedir (Fennell, 2003; Fennell, Dorr ve George, 2021). Bu noktada söz konusu modelden kısaca bahsetmek yararlı olacaktır.

Hasta, hastanın yakınları ve klinisyenlerin hastalığı ve hastanın deneyimlerini anlamasına ve bunlara yanıt vermesine yardımcı olmak için geliştirilen Dört Aşamalı Modelde (Fennell, 2003) ilk aşama, hastaların tıbbi yardım aradıkları, hastalığın başlangıcında ve acil durumlarda kendini gösteren kaos ve kriz halidir. Bu aşamada

hasta bireyler travmatik deneyimler yaşayabilir; şok, utanç, çaresizlik, korku, kırılganlık gibi yıkıcı duygularla birlikte düşük öz saygı, dengesizlik, disosiye olmayı deneyimleyebilirler (Fennell, 2003; Fennell, Dorr ve George, 2021). Bu aşama hastalığa tanı konulana ya da semptomlar durağan hale gelene dek sürer. Ardından ikinci aşama olan durağanlıkta (stabilization), hastalık belirtileri hastalar için tanıdık hale gelmiştir; belirtilerle başa çıkmaya başlayanlar hastalıklarını bir miktar kontrol altında hissederler (Fennell, 2003; Fennell, Dorr ve George, 2021). Bununla birlikte hastalar sınır ve rol karmaşaları yaşayabilir, sosyal geri çekilme tepkisi verebilirler. Bu noktada, hastalıkları nedeniyle ortaya çıkan kayıpların (işlevsellik, sosyal destek, sosyal roller, maddi vb.) farkına varıp yas yaşayabilirler. Bu kayıplara ilişkin bakış açılarına ve uyum sağlama durumlarına bağlı olarak yas uzayabilir. Yas sürecine giren hastalar için bir sonraki aşamaya geçmek zor olur, çünkü buradaki kayıp tekrar tekrar deneyimlenmekte bu nedenle yas tepkileri de kronikleşerek patolojik hale gelebilmektedir (Fennell, Dorr ve George, 2021). Çözülme olarak tanımlanan üçüncü aşamada ise bireyler, hastalıklarını ve buna bağlı olarak hayatlarının artık eskisi gibi olmayacağını kabul etmeye başlarlar. Hastalıklarının kronik doğasını kabul etmek ikinci bir kriz veya hastalıktan önceki benliklerine ilişkin bir yas tepkisi doğurabilir. Kim olduklarına ve yaşamlarına ilişkin varoluşsal sorgulamalar hasta bireylerde bir kırılma yaratabilir. Bu noktada tüm bunları anlamlandırma girişimleri başlar (Fennell, Dorr ve George, 2021). Eğer anlamı yeniden inşa edebilirlerse özgün ve hastalıktan ibaret olmayan yeni bir benlik geliştirebilirler (Arroll ve Howard, 2013; Fennell, Dorr ve George, 2021). Hastalıkla beraber artan içgörü ve tüm bu yeni kimliklenme de hâlihazırda psikolojik büyümeye işaret eder. Bundan farklı olarak birey yeni bir anlamlandırma geliştiremezse, hastalığa ilişkin olumsuz bir kimlik oluşur ve bu da kayıplarına ilişkin yası uzatır (Fennell, Dorr ve George, 2021). Yas uzadıkça umutsuzluk artar ve intihar düşünceleri oluşabilir (Fennell, Dorr ve George, 2021). Dördüncü ve son aşama olan bütünleşmede (entegrasyon) ise

hasta bireyler deneyimlediklerini yaşam öykülerine entegre ederek yeni benliklerini benimserler, buna paralel olarak duygusal ve manevi gelişimleri devam eder (Fennell, Dorr ve George, 2021). Görüldüğü gibi bu model, kronik hastalıklarda yasın kayıplara yönelik normal bir tepki olduğunu, fakat yasın uzaması koşulunda bunun büyüme önünde bir engel oluşturduğunu öne sürerek aslında uzamış yasa dikkat çekmektedir.

Kronik hastalıklara ilişkin aktarılan tüm bu bilgiler bireyin en başta fiziksel ve zihinsel sağlığı için kronik hastalıkların anlamlandırılması, baş edilmesi, yönetilmesinin önemine işaret etmektedir. Bunlar için ise kronik hastalıklarda gelişen psikolojik süreçlerin iyi analiz edilmesinin ve incelenmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir. Kronik hastalıklar söz konusu olunca tek bir tanı içerisinde bile bireyden bireye değişkenlik gösterebilen unsurların (psikolojik, fizyolojik, uyuma yönelik) tanı kategorileri arasında farklılıklarının olmaması düşünülemez (Devine ve ark., 2010, Zeligman ve ark, 2018). Bu nedenle, özgül bir tanı üzerinden gitmek yerine tanılar üstü bir bakış açısıyla çeşitli kronik hastalıklarda hem psikolojik büyüme hem de hastalığa bağlı uzamış yasa giden yolda hangi unsurların nasıl bir yol izlediğinin araştırılması önemli görünmektedir.

1.2. KRONİK FİZİKSEL HASTALIKLAR VE PSİKOLOJİK BÜYÜME

"Beni öldürmeyen şey, beni daha da güçlü kılar."

Nietzsche

1.2.1. Travma Sonrası Büyüme Modeli

Travma sonrası büyüme, bireyin zorlu bir yaşam olayı ile mücadelesinden kaynaklanan olumlu psikolojik değişimi ifade etmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Zorlu yaşam olayı ile ifade edilmek istenen günlük stresli yaşantılardan farklı olarak travmatik yaşantılar, yaşamsal bir kriz ya da yüksek düzeyde stresli bir yaşantıdır. Bu gibi zorlu yaşam olayları bireylerde kaçınılmaz şekilde oldukça rahatsız edici etkiler

yaratabilmekte, psikolojik sorunlara neden olabilmektedir. Buna karşın bu olaylar sonrasında, bazı bireylerin uyum kaynaklarında ve dünyayı anlayış biçiminde, önceki işlevsellik, farkındalık ve uyum düzeylerinin ötesinde olumlu gelişim ve kişisel bir dönüşüm göstermeleri "travma sonrası büyüme" kavramını ortaya çıkarmıştır (Tedeschi, Park ve Calhoun, 1998; Tedeschi ve Calhoun, 2004).

Yaşamsal krizlerle mücadelenin kişilere olumlu değişim için bir olanak sunduğu ve dönüştürücü bir güce sahip olduğu fenomeni aslında yüzyıllardır bilinmektedir (Tedeschi, Calhoun ve Cann, 2007). Bununla birlikte bu görüş psikoloji alanındaki öncü isimler tarafından (örneğin Frankl, 1963; Yalom, 1980) yirminci yüzyıldan itibaren öne sürülmeye başlanmış fakat ampirik araştırmaların odağı olması özellikle pozitif psikoloji yaklaşımının ortaya çıkışıyla son 30 yılda olmuştur (Tedeschi ve Calhoun, 1995). Bu süreçte büyüme olgusu, "strese bağlı büyüme", "karşıt büyüme", "fayda bulma" gibi farklı isimler ve modellerle açıklansa da (Linley ve Joseph, 2004; Tomich ve Helgeson, 2004) alanyazında en çok ilgi ve kabul gören model çok boyutlu bir yapı olarak kavramsallaştırılan ve ilgili ölçek çalışmaları ile sistematik olarak incelenen Travma Sonrası Büyüme modeli olmuştur (Tedeschi ve Calhoun, 1996; Tedeschi, Calhoun ve Cann, 2007).

Tedeschi ve Calhoun (2004) travma sonrası büyümeyi açıklarken travmayı klasik travma tanımından hareketle değil, bireyin şemalarını ve dünyaya ilişkin varsayımlarını sarsan hatta yıkan, beklenmedik ve kişinin hazırlıksız yakalandığı her türlü "yaşam değiştiren" olay olarak tanımlarlar. Bu gibi olaylar kişinin kendisine, diğerlerine ve dünyaya ilişkin varsayımlarına meydan okur ve bireyin temel inançlarında/şemalarında bir deprem etkisi yaratabilir. Bu durum, travma sonrası büyüme modelinde sismik etki olarak adlandırılmaktadır (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Bu etkiyi yaratan yaşantılar, varsayılanları deneyimlenenler ile uyumlu hale getirmek için şemaların gözden geçirilmesini ve hatta yeniden formüle edilmesini gerekli kılar

(Janoff-Bulman, 1992; Tedeschi, Calhoun ve Cann, 2007). Dolayısıyla büyüme de travmanın doğal ve kendiliğinden bir sonucu olarak değil, temel inançları/dünyaya ilişkin varsayımları sarsan, yaşam değiştiren olay ile birlikte bireyin bilinçli bir anlama ve anlamlandırma çabasına dayanan psikolojik mücadelesinin sonucu olarak ortaya çıkar (Matsui ve Taku, 2016; Tedeschi ve Calhoun, 2004). Bu da psikolojik sıkıntıya yol açan travmatik bir yaşantıyı deneyimleyen her bireyde büyümenin gelişmeyebileceği anlamına gelmektedir. Bu noktada büyüme sürecini başlatan şey travmatik yaşantının türünden bağımsız olarak temelde bireyin inançlarını ne kadar sarstığı ve bireyin duygusal stres derecesidir (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Benzer şekilde büyüme sürecinde önemli olan da yine yaşantının sismik etkisi ve bireyin bilişsel ve duygusal işlemleme becerisidir (Park, Aldwin, Fenster ve Snyder, 2008; Tedeschi ve Calhoun, 1995; Triplett ve ark., 2012).

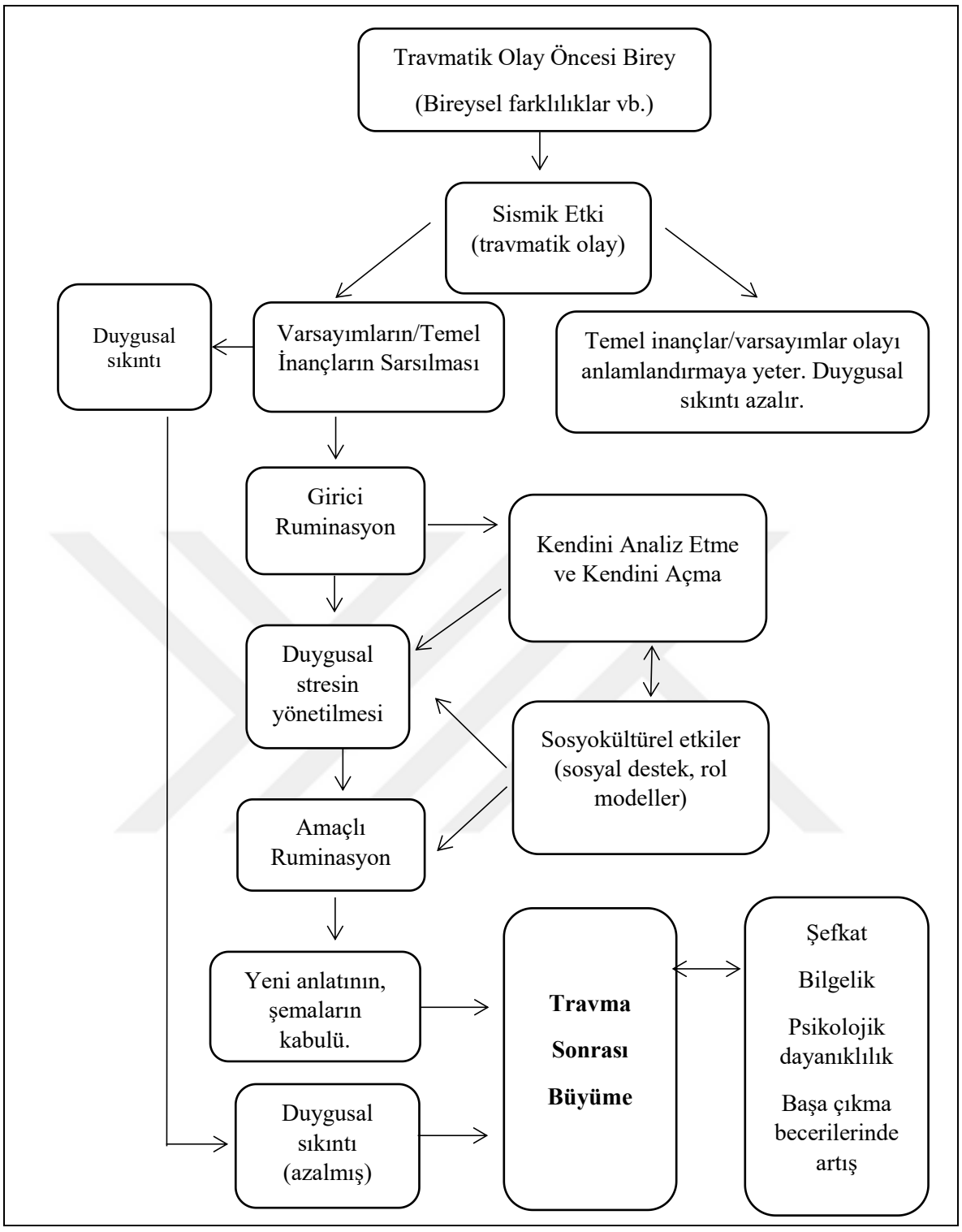
Travma sonrası büyüme beş boyutta değerlendirilmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004): Yaşamı takdir etme (hayatın değerini anlama, yaşam felsefesi ile ilgili konulara kafa yorma), Kişilerarası ilişkiler (başkalarıyla ilişki-dostluk kurma, insanlara yakınlaşma), Manevi değişim (spiritüel değişimler, inanç sisteminde değişim, inançta artma), Yeni fırsatlar (yaşamdaki yeni olasılıkları keşfetme, öğrenmeye devam etme) ve Kişisel güçlenme (kişinin kendi gücünün farkına varması, daha canlı hissetme). Değişim tüm boyutlarda da olabilir, yalnızca belli boyutlarda da yaşanabilir (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Bu tez çalışması kapsamında travma sonrası büyüme tüm boyutlarıyla birlikte ele alınacağı için spesifik boyutlar detaylandırılmayacaktır.

Travma sonrası büyüme modeli ilk olarak Tedeschi ve Calhoun tarafından 1995'te önerilmiş ve pek çok araştırmaya konu olarak ampirik bulgularla geçerliği kanıtlanmıştır. Tedeschi ve arkadaşları (2018) araştırma bulguları ve alanyazının işaret ettiği yönleriyle modelin kapsamını genişleterek güncellemişlerdir.

Güncellenen kuramsal model şematik olarak Şekil 1'de paylaşılmıştır. Travma sonrası büyüme süreci, öncelikle kriz ya da travma öncesi koşulları (bireysel ve kültürel farklılıklar, örneğin psikolojik sağlamlık) içerir. Sismik olay olarak tanımlanan yaşamsal kriz ya da travmatik olay her bireyde aynı sarsıcı etkiyi yaratmaz. Bireyin var olan şemaları deneyimlediklerini açıklamaya ve anlamlandırmaya yetebilir. Bu durumda birey büyüme sürecine girmez. Eğer olay sonucunda bireyin dünyaya ilişkin varsayımları, şemaları sarsıldıysa ve olayın yarattığı stres çok fazlaysa bilişsel işleme süreci girici ruminasyon ile başlar. Girici ruminasyon, yani yaşanan olaya ilişkin unsurların tekrar tekrar akla gelmesi bireyi varsayımlarını gözden geçirmeye iter. Bu süreçte yaşanılan duygusal stres devam eder. Duygusal stres süreçte hep var olsa da her aşamadaki rolü farklıdır. Girici ruminasyonu amaçlı ruminasyona dönüştüren de duygusal strestir. Amaçlı ruminasyondan önceki ara basamakta duygusal stresin yönetilmesini, diğer deyişle zorlu duyguların düzenlenmesini görürüz. Model bu haliyle bilişsel işleme kadar duyguların işlenmesine de vurgu yapmaktadır. Duyguların düzenlenmesine katkı sunan faktörler olarak kendini analiz etme ve kendini açma diğer bir deyişle dışavurumcu ifadeler (yazma, konuşma gibi) dikkat çekmektedir. Sonraki basamakta yine süregelen duygusal stres ile birlikte bireyin de çabasıyla otomatik (girici) ruminasyon amaçlı ruminasyona dönüşmektedir. Bu kez birey yaşananları bilinçli bir çaba ile tekrarlayıcı şekilde düşünür, sorgular, anlamlandırmaya çalışır ve yeni şemalar üretir. Bu noktada bireyin yaşam öyküsünü yeniden kurgulaması, yeni bir anlatı yaratması mümkündür. Buna katkı sunan faktörler olarak da sosyal desteğin de içinde yer aldığı sosyokültürel etkiler gösterilmektedir. Duygusal stres yol boyu her aşamaya eşlik etse ve dönüşüme katkı sağlasa da aslında kendisi de dönüşmektedir. Son haliyle duygusal stres yok olmaz fakat yoğunluğu azalmıştır. Tüm basamakların senteziyle birey yaşam öyküsündeki yeni anlatıyı benimser, bir kabul sergiler (Tedeschi ve ark., 2018). Bu modelde bireyin büyümesi, olgunlaşması nihayetinde bir yaşam doyumu

sağlanabilir fakat asıl hedeflenen bu değildir (Dursun ve Söylemez, 2020). Bu modelde asıl hedef, büyümenin bir bilgelik, psikolojik dayanıklılık getirmesi ve yeni yaşam krizlerinde bireyin şemalarının sarsılmaması, dünyaya ilişkin şemalarının bu durumu anlamlandıracak ve açıklayacak esnekliği kazanmasıdır (Dursun ve Söylemez, 2020). Buradan da anlaşılacağı gibi büyüme iyileşme, dayanıklılık ve uyum gibi kavramları kapsar fakat onların ötesinde bir anlamı içerir. Şemada aktarılan süreç aşamalardan oluştuğu için doğrusal bir yön izliyor gibi görünse de döngüsel ve etkileşimseldir (Tedeschi ve ark., 2018).

Travmatik yaşantının getirdiği sıkıntılar ile büyüme deneyimi sıklıkla bir arada görülmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Bununla birlikte travma sonrası büyümenin varlığı bireylerin sıkıntılarının son bulduğuna ya da yaşanan acının, krizin, kaybın "istenir, hoşa giden bir hale geldiğine" işaret etmez (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Görüldüğü gibi travma sonrası büyümenin kendisi paradoksal bir durumdur ve pek çok paradoksal değişimi de içermektedir. Bunlar, büyümenin her boyutunda bireyin öznel durumunu temsil eder şekilde gözlenebilmektedir. Örneğin kişisel güçlenme boyutundaki bir değişimde, bireyler hem daha güçlü hem de daha kırılgan hissedebilir. Kırılganlığının farkında oluşu bireyi güçlü kılmaktadır. Bir kaza sonucu felç kalan birey yaşamındaki seçeneklerin sınırlı olduğu bir konumda yeni deneyimler yaşamak, daha önce hiç düşünmediği fırsatları keşfetmek ister, bu da yeni fırsatlar boyutundaki bir değişimde açıklanabilir (Dursun ve Söylemez, 2020; Tedeschi ve Calhoun, 2004). Dolayısıyla büyüme deneyimi diyalektik bir anlamı da içerir ve bu paradoksal durum bireyi kuramda da gösterildiği üzere bilgeliğe ve kimliğin bütünlüğüne sevk eder.



Şekil 1. Güncellenen Travma Sonrası Büyüme Modeli (Tedeschi ve ark., 2018, s.44)

Büyüme yaşantısı hem bir süreç hem de bir sonuçtur; bu nedenle bir yolculuk olarak tasvir edilmektedir (Dursun ve Söylemez, 2020). Varılacak bir yer olmakla birlikte yolculuğun kendisi öğretici ve dönüştürücüdür, bu nedenle değerlidir. Bu yolculuk boyunca kişi duygusal, bilişsel, davranışsal değişimler yaşar (Tedeschi ve ark.,

2018). Bireyin başa çıkma süreci ve yeni şemaların oluşması kısa bir periyotta gerçekleşemeyeceğinden büyüme yolculuğu uzun bir zamana yayılır ve aslında her bireyin öznel yaşantısı ile bütünleşir (Tedeschi ve ark., 2018). Bireyin, yaşamını değiştiren olayı kendi yaşam öyküsüne ve kimliğine dahil ederek onunla bütünleşmiş algılaması, yaşanan durumdan kendisini kurban olarak değil, hayatta kalan (survivor) olarak görmesinde önemli bir basamaktır (Calhoun, Cann ve Tedeschi, 2010).

Yukarıda aktarıldığı gibi travma sonrası büyüme modeli bilişler, kişilik özellikleri, sosyal destek gibi pek çok ayrı noktayı içermektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004; Tedeschi ve ark., 2018). Bununla birlikte modelde vurgulananlardan bu tez çalışması bağlamında daha yakından incelenmek istenen unsurlar, olay sonrasındaki bilişsel işleme, bilişsel aktivasyonu harekete geçirmede duygusal stres ve sıkıntının varlığı, büyüme sürecini başlatan olayın (hastalığın) birey için merkeziyeti, kazanılan anlamın varlığı ve süreçte zorlu duyguların yönetilmesini kapsamaktadır. Bu değişkenlerin büyüme ile ilişkilerine ilgili bölümlerde daha detaylı olarak değinilecektir.

Bu tez çalışmasında Tedeschi ve Calhoun'un (2004) "yaşam değiştiren" olay olarak tanımladığı sarsıcı yaşantı olarak "bireyin kronik hastalık tanısı alması" ele alınacaktır. Bununla birlikte kronik hastalık tanısı almak, geçmişte kalan bir yaşantı değil, süreğen bir durum olduğu için bu bağlamda kullanılan "travma sonrası büyüme" ifadesini geçersiz kılmakta ve yeniden bir kavramsallaştırma ihtiyacı doğmaktadır. Bu nedenle bu çalışmada "psikolojik büyüme" kavramının kullanılmasının daha uygun olacağı düşünülmüştür. Bir sonraki bölümde kronik hastalık ve psikolojik büyüme eksenindeki alanyazına yer verilecektir.

1.2.2. Kronik Hastalarda Psikolojik Büyüme

Travma sonrası büyüme, ortaya çıkışından bu yana doğal afet (García ve ark., 2015), savaştan sağ kalanlar (Kılıç, Magruder, Koryürek, 2016), cinsel saldırı ve istismar

(Frazier, Conlon ve Glaser, 2001; Shakespeare-Finch ve Armstrong, 2010) gibi pek çok farklı örneklem ve olguda incelenerek gözlemlenmiş fakat bireyin fiziksel sağlığına ilişkin travmatik yaşantılar ihmal edilmiştir (Hefferon ve ark., 2009). Daha sonraları ise kanser hastaları ile çalışılmaya başlanmış ve yaygın olarak da bu grubun büyüme deneyimleri incelenmiştir (Barskova ve Oesterreich, 2009). Yaşamı yüksek derecede tehdit eden hastalıkların yanı sıra kronik hastalıklarla yapılan çalışmalar ise görece çok daha sınırlıdır. Kronik hastalık tanısı almak, kimileri için fiziksel ve psikolojik olarak yoğun bir stres yaratır ve kişinin kendisi ve dünyaya ilişkin varsayımlarını sarsarak travmatik bir deneyim oluşturabilir (Barskova ve Oesterreich, 2009; Dirik ve Karancı, 2008). Bu yönüyle aslında kronik hastalık tanısı almak, kişinin yaşamını, kendisini, geleceğini tehdit eder (Skaggs ve Baron, 2006). Kanser gibi yaşamı oldukça tehdit eden ve tedaviyle atlatılmaya çalışılan ya da atlatılmış olan hastalıklardan farklı olarak süreğen hastalıklar (ongoing illness) için isminden anlaşılacağı gibi tanının getirdiği kriz, yoğun stres ya da travma geçmişte kalmamış, hala devam etmektedir. Dolayısıyla bu da kronik hastalıklarda psikolojik büyüme sürecinin diğer olgulara göre daha farklı olabileceğini düşündürmektedir. Şöyle ki, doğal bir felaketin ya da kanser gibi yaşamı oldukça tehdit eden bir hastalığın travmasından kaynaklanan büyüme süreci, süreğen hastalıkla ilgili travmanın bedensel doğası ve bedenle yeniden bağlantı sürecinin varlığı nedeniyle aynı yolu izlemeyebilir (Hefferon ve ark., 2009).

Kronik hastalık tanısı alan bireylerin hastalıklarıyla ve hastalıklarının getirdiği yüklerle yaşam boyu yüzleşmeleri gerekir. Bireyler şu anda hastalık veya gerekli tedaviler nedeniyle tekrarlayan ya da devam eden travma yaşıyor olabilirler (Barskova ve Oesterreich, 2009; Devine ve ark., 2010). Yalnızca ilaç kullanmak bile günlük rutinde kişinin tam anlamıyla sağlıklı olmadığına yönelik bir hatırlatıcı olabilir. Devine ve arkadaşlarının (2010) çocuklukta ciddi hastalık tanısı alan genç yetişkinlerle yürüttükleri çalışmalarının önemli bir bulgusu, hastalık semptomları devam eden

bireylerin travma sonrası büyüme puanlarının hastalığı atlatan bireylere göre daha düşük olmasıdır. Diğer bir deyişle, tanı almalarının üzerinden oldukça zaman geçse de her iki örneklemde de büyüme saptanmış, yalnızca hastalığı atlatanlarda büyüme puanı yüksek bulunmuştur. Hastalığın kişinin sağlığına yönelik tehdidi devam ederken bireyler büyüme deneyimi için gerekli olan bilişsel, duygusal işlemleme ve anlam bulmaya daha az yatkın olabilir. Bir bakıma, bu bireyler sağlık durumlarını yönetmek için gereken dikkat ve uyanıklığa çok daha fazla ihtiyaç duymaktadırlar (Devine ve ark., 2010) ve tam da bu süreçte büyüme deneyiminin nasıl gerçekleştiği, süreğen bir hastalıkla mücadele ederken de travmanın geçmişte kaldığındaki gibi bir yol izleyip izlemediği merak konusudur. Alanyazın incelendiğinde, hastalık ve büyüme eksenindeki çalışmaların genelde özgül hasta popülasyonlarında (Örn; romatoid artirit: Dirik ve Karancı, 2008, MS: Pakenham, 2005, kalp hastalığı: Sheikh, 2004) en sık da kanser (Cordova, Cunningham, Carlson ve Andrykowski, 2001; Karancı ve Erkam, 2007; Sim, Lee, Kim ve Kim, 2015) ve HIV/AIDS (Milam, 2004; Sherr ve ark., 2011) örneklemleri üzerinde yapıldığı görülmektedir. Çeşitli kronik hastalıkların bir arada ele alındığı travma sonrası büyümeyi inceleyen çalışmalar ise daha sınırlıdır (Devine ve ark., 2010; Zeligman ve ark., 2018). Bu gibi çalışmalar tanı kategorisinden bağımsız olarak kronik hastalık tanısından sonraki süreçte büyüme deneyimini etkileyen faktörleri işaret etmesi nedeniyle önemlidir.

Kanser ve HIV harici örneklemde kronik hastalarda büyümeyi araştıran çalışmalar, travma sonrası büyüme ile sosyal destek (Dirik ve Karancı, 2008), yaşamın anlamı (Zeligman ve ark., 2018), problem odaklı baş etme (Evers ve ark., 2001; Sheikh, 2004) arasında anlamlı ilişkilere dair tutarlı bulgular ortaya koymaktadır. Bunların yanı sıra kronik hasta örnekleminde hastalığa ilişkin değişkenler de büyüme üzerinde bir rol oynuyor görünmektedir. Pek çok çalışmanın işaret ettiği ortak nokta, hastaneye yatış sayısı, tedavi süresi gibi hastalığın nesnel şiddetini gösteren unsurlardan çok öznel

şiddetinin, diğer bir deyişle bireyin hastalığına ilişkin öznel değerlendirmesinin büyüme deneyiminde önemli olduğudur (Barakat, Alderfer ve Kazak, 2006; Barskova ve Oesterreich, 2009; Devine ve ark., 2010; Dirik ve Karancı, 2008). Bu nedenle bireylerin hastalıklarına ilişkin öznel algılarına ulaşmak önemli görünmektedir.

1.2.2.1. Hastalığa İlişkin Öznel Değerlendirmeler ile Psikolojik Büyüme

Bir önceki bölümde aktarılan büyüme modelinden hatırlanacağı gibi psikolojik sıkıntı ve stres büyüme sürecini başlatan ve sürdüren bir role sahiptir (Tedeschi ve ark., 2018). Dolayısıyla büyümenin ortaya çıkması için belli bir derecede sıkıntı ve stres yaşanmasına ihtiyaç vardır (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Bunun düzeyi her bireyde farklılaşabilse de optimum stres seviyesinin büyümeyi yordadığına işaret etmektedir (Kesimci, Göral ve Gençöz, 2005; Shakespeare-Finch ve Lurie-Beck, 2014; Tsai, ve ark., 2017). Alanyazındaki çalışmalarda katılımcıların hastalıklarına ilişkin sıkıntı ve stres düzeylerini ölçmek için sıklıkla travma sonrası stres belirtilerini ölçüt aldıkları görülmektedir (Barakat ve ark., 2006; Harms ve Talbot, 2007; Thornton ve Perez, 2006). Fakat bu ölçüm, travmaya ilişkin öznel değil nesnel bir değerlendirme olmaktadır; çünkü katılımcıyı belli ölçütler (Örn., DSM) dahilinde değerlendirmektedir. Travma sonrası stres belirtilerinin büyüme ile ilişkisine dair bulguların tutarsız olmasına ek olarak büyüme için bir "başlatıcı" olması da teorik olarak mantığa aykırı görünmektedir. Nitekim araştırmalar travma sonrası stres belirtilerinin, travma sonrası büyüme gibi ruminasyonların yol açtığı bir "sonuç" olduğunu; büyümeyi yordayanın travma sonrası stres belirtileri olmadığını ortaya koymaktadır (Shakespeare-Finch ve Lurie-Beck, 2014; Taku ve ark., 2008). Dolayısıyla büyüme sürecini diğer bir deyişle bilişsel işlemeyi harekete geçiren sıkıntı ve stresin söz konusu örneklemde farklı şekilde ele alınması gerekmektedir.

Bu doğrultuda kronik hastalığın doğası sebebiyle (stres faktörü geçmişte kalmadığı, devam ettiği için), "*tanı sonrasında yaşanan stres ve korku*"nun psikolojik

sıkıntı ve stresin ve yaşam değiştiren durumun işaretçileri olarak ele alınabileceği düşünülmüştür. Böyle bir kavramsallaştırma, alanyazındaki bazı çalışmalara (Örn. Dirik ve Karancı, 2008) da dayanarak kronik hasta örnekleminde hem işlevsel hem de öznel bir değerlendirme fırsatı verebilir. Arıkan ve Karancı (2012) farklı travmatik deneyimleri tek bir potada inceledikleri çalışmalarında, yaşanan sıkıntı ve strese ilişkin değerlendirmeyi travmatik olayla ilgili korku ve çaresizlik duygularını retrospektif (geriye dönük) sorgulayarak elde etmişler ve büyümeyi yordadığını bulgulamışlardır. Ayrıca Barskova ve Oesterreich (2009) de hastalığa ilişkin korku gibi duyguların işlenmesinin büyümeyi deneyimlemek için kişiyi özgür kılacağını ifade etmektedir. Dolayısıyla tanı sonrası stres ve korkunun kronik hastalarda büyüme sürecini tetikleyen sismik etkiyi oluşturabileceği düşünülmüştür.

Kronik hastalarda tanı sonrası stres ve korkunun yanı sıra tanıya ilişkin "devam eden" bir stresin olup olmadığı da önemli görünmektedir. Bu çalışmada bunu "*tanıya ilişkin şu anki stres ve korku*" olarak kavramsallaştırdık. Barskova ve Oesterreich (2009) de kronik hastalarda psikolojik büyümenin, azalan stres seviyesi ile ilişkili olduğuna işaret ederek stres faktörünün kronik hastalarda ayrıştırılması gerektiğini vurgularlar. Benzer şekilde büyüme modeli ve alanyazın bize sıkıntı ve stresin büyüme ile aynı anda var olabileceğini, bunların iki ayrı kutupta olmadığını söylese de (Tedeschi ve ark., 2018; Taku ve ark., 2008), sürecin başındaki stres ile devam eden stresin yoğunlukları ve büyüme sürecindeki işlevleri farklıdır. Büyüme modelinden yola çıkarak söylenebilir ki stresin hala yoğun bir şekilde devam etmesi, kişinin işlemleme sürecinin sürdüğüne işaret etmektedir (Tedeschi ve ark., 2018). Sheikh'e (2004) göre tanıya ilişkin devam eden korku ve stresin varlığı, bireyin hastalığı tehdit olarak görmeye devam ettiği, hastalığa ilişkin kontrolünün düşük olduğu anlamına gelmektedir. Tanıya ilişkin devam eden yani hâlihazırda var olan stres seviyesi büyüme ile ilişkili değildir (Dirik ve

Karancı, 2008; Pakenham, 2005) ya da negatif yönde ilişkilidir (Danoff-Burg ve Revenson, 2005; Katz ve ark., 2001).

1.2.2.2. Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Değişkenler ile Psikolojik Büyüme

Hastalığa ilişkin değişkenlerden biri, tanının üzerinden geçen süredir. Bazı çalışmalar tanının üzerinden geçen zamanın büyüme ile ilişkili olduğunu saptasa da (Evers ve ark., 2001; Pakenham, 2005; McGrath ve Linley, 2006) daha fazla sayıdaki çalışma bu bulguyu desteklemeyerek tanı üzerinden geçen süre fark etmeksizin büyüme bildirmektedir (Danoff-Burg ve Revenson, 2005; Devine ve ark., 2010; Sheikh, 2004; Katz ve ark., 2001; Mohr ve ark., 1999, Zeligman ve ark., 2018). Dolayısıyla bu eksendeki bulguların tutarlı olmadığı söylenebilir. Travma sonrası büyüme alanyazınında pek çok çalışmanın travmatik olaydan sonraki 5 yılı büyümenin gelişmesinde kritik buldukları için sınırladıkları görülmektedir (Hirooka ve ark., 2017a; Taku ve ark., 2007). Fakat bu durum yine travmanın yaşamı zamansal olarak böldüğü olgularda yapılan çalışmalardır. Tedeschi ve Calhoun'a (2004) göre işlemlemek ve büyümeyi deneyimlemek zaman alır. Bu nedenle bu çalışmada tanı üzerinden geçen zamanın büyüme ile ilişkisi incelenmek istenmiş ve bu değişken için üst bir sınır konulmamıştır.

Geniş yaş aralığında yapılan bir çalışmada, halihazırda bir hayat tecrübesine sahip yaşça büyük bireylere kıyasla, öğrenmeye ve değişime daha açık olmaları nedeniyle genç bireylerde daha fazla büyüme rapor edilmiştir (Powell ve ark., 2003). Bununla birlikte kronik hasta örnekleminde yapılan çalışmalarda hem hastanın şu anki yaşı hem de hastalık tanısının alındığı yaş ile psikolojik büyüme arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (Danoff-Burg ve Revenson, 2005; Devine ve ark., 2010; Dirik ve Karancı, 2008; Evers ve ark., 2001; Pakenham, 2005). Diğer sosyodemografik değişkenler açısından değerlendirildiğinde ise kadınların ve eğitim ve gelir düzeyi

yüksek olan bireylerin daha fazla büyüme gösterdiği aktarılmaktadır (Linley ve Joseph, 2004). Bununla birlikte kronik hastalık ve büyüme ekseninde yürütülen derleme çalışmalar, büyümenin ne cinsiyet ne eğitim düzeyi ile ilişkisi için net bir sonuç ortaya koymadığını vurgulamaktadır (Barskova ve Oesterreich, 2009; Jim ve Jacobsen, 2008).

Psikolojik büyümeye geri dönecek olursak, büyüme deneyiminin bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığına potansiyel olumlu yansımaları birden çok çalışmada gösterilmiştir (Cann ve ark., 2010; Joseph ve Linley, 2006; Helgeson, Reynolds ve Tomich, 2006). Yaşamlarını değiştiren hastalık tanısı alan bireylerde de deneyimlenen büyümenin, olumlu sağlık davranışları (diyet, egzersiz vb.), rutin sağlık kontrollerine özen gösterme, hastaneye yatışta ve riskli davranışlarda (sigara, alkol kullanımı, korunmasız cinsel ilişki) azalma, sağlığa ilişkin artan sorumluluk ile ilişkisi bilinmektedir (Barskova ve Oesterreich, 2009; Evers ve ark., 2001; Hefferon ve ark., 2009; Pakenham, 2007). Kronik hastalıklarda büyüme sürecinin araştırılması, alanyazındaki boşluğu doldurmasının yanında olası olumlu sağlık çıktıları nedeniyle de önemli görünmektedir. Kronik hasta örnekleminde bu derece fiziksel ve psikolojik gelişimlere işaret eden büyüme deneyimini kolaylaştırmak için kronik hastalık tanısı sonrasında büyümenin nasıl ortaya çıktığını daha iyi anlamaya ihtiyaç vardır. Ayrıca güncellenen travma sonrası büyüme modelinin (Tedeschi ve ark., 2018) kronik hasta örnekleminde ne derece geçerli olduğu da test edilmelidir.

Özetle bu çalışmada ilgilenilen belirli faktörler, Tedeschi ve arkadaşlarının (2018) büyüme modeline ve kronik hastalıklarla ilgili ampirik alanyazına dayalı olarak seçilmiştir. Bu model kronik hasta örneklemine uyarlandığında, hastalık tanısı sonrasında yaşanan stres ve korku düzeyinin, modelde psikolojik sıkıntının yaptığı gibi, bilişsel işlemlemeyi harekete geçireceği; yani girici ve amaçlı ruminasyonlarla ilişkili olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle hem tanı sonrasında yaşanılan stres ve korku düzeyleri geriye dönük olarak, hem de tanıya ilişkin şu anki stres ve korku düzeylerine

ilişkin değerlendirmeler alınmalıdır. Büyümede rol oynayan genel hastalık özelliklerini (tanı sonrası stres ve korku, şu anki stres ve korku, tanı alınan yaş, tanı üzerine geçen süre) incelemeyi amaçlayan çalışma, bu yönüyle hastalıkların, tanı kategorisinden bağımsız olarak, birey için anlamını ele almak ve bu yönde bir destek sağlamak açısından önemli olacaktır.

1.3. KRONİK HASTALIKLAR VE HASTALIĞA İLİŞKİN UZAMIŞ YAS

"*Varlığımız büyüyeceğimiz, olgunlaşacağımız ve kaçınılmaz olarak küçülüp öleceğimiz bilgisiyle sonsuza dek gölgelenmiştir.*"

(Yalom, 2008, s. 1).

1.3.1. Uzamış Yas Bozukluğu

Sevilen birinin kaybının ardından tutulan yas, yaşamın kaçınılmaz ve evrensel bir parçasıdır (Prigerson ve ark., 2021). Pek çok insan için yas, kaybın hemen ardından en yoğun derecede yaşanırken zamanla kişide herhangi bir sıkıntıya yol açmadan azalır (Prigerson ve ark., 2009). Bununla birlikte, bir kayıp yaşayan bireylerin bir kısmı için bu durum uzun yıllar boyunca şiddetini korur, bireyde psikolojik sıkıntılara ve işlevselliğin bozulmasına neden olur (Prigerson ve ark., 2009). Bu durum, geçmişte komplike (karmaşık) yas (Shear ve ark., 2011) olarak da adlandırılan Uzamış Yas Bozukluğu (Prigerson ve ark., 2009) olarak tanımlanmaktadır.

Uzamış yas bozukluğu, kayıptan sonra bir yılı aşkın süre devam eden sıkıntı verici özlem duygusu ve bir dizi bilişsel, davranışsal ve duygusal yas belirtileri (örneğin, ilişkilerden çekilme, kaybı kabul etmeme, anlamsızlık hissi) ve günlük işlevsellikte bozulmalar ile karakterizedir (Prigerson ve ark., 2021). Dolayısıyla uzamış yas, normal yastan semptomların şiddeti ve süresinin yanı sıra işlevsellikte azalma ile de ayırt edilmektedir (Prigerson ve ark., 2009). Uzamış yasın depresyon ve anksiyeteden

ayrıştığı da önceki çalışmalarda gösterilmiştir (Boelen ve van den Bout, 2005; Jacobsen ve ark., 2010; Maciejewski ve ark., 2016).

İlk kez 2008 yılında ölüme bağlı kayıp yaşantısı olan bireyler için bir tanı kategorisi olarak önerilen uzamış yas bozukluğu (Prigerson, Vanderwerker ve Maciejewski, 2008), önce Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması 11. Revizyonuna (ICD-11; Dünya Sağlık Örgütü, 2019) ardından yakın zamanda Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5. baskısının revizyonuna (DSM-5 TR; APB, 2020) tanı kategorisi olarak dahil edilmiştir (Prigerson ve ark., 2021). Oldukça yeni bir çalışma uzamış yasın yaygınlığının genel örneklemde %1-2 arasında, klinik örneklemde ise %3-4 arasında değiştiğini göstermektedir (Rosner ve ark., 2021). Dolayısıyla uzamış yasın belirtilerinin dikkate değer olduğu kanıtlanmıştır.

Farklı bağlamlarda yürütülen oldukça yakın tarihli çalışmalar uzamış yasın bağlanma (Captari, Riggs ve Stephen, 2021; Gegieckaite ve Kazlauskas 2020), ruminasyon (Eisma ve ark., 2015a, 2015b; Milman ve ark., 2019), anlam bulma (Breen, ve ark., 2018; Milman ve ark., 2018), hastalık kimliği (Gökler-Danışman, Yalçınay-İnan ve Yiğit, 2017), olayın merkeziyeti (Bellet, Neimeyer ve Berman, 2018), psikolojik stres (Hasson-Ohayon ve ark., 2017) ve duygu düzenleme güçlükleri (Eisma ve Stroebe, 2021; Gegieckaite ve Kazlauskas, 2020) ile ilişkilerine değinmektedir. Bunlardan en dikkat çekenler etkisiz duygu düzenleme, girici ruminasyon ve anlam duygusudur çünkü bunlara uzamış yas için tartışılan tanı kriterleri arasında da vurgu yapılmaktadır (Prigerson ve ark., 2021). Duygu düzenleme güçlüklerinin uzamış yas için önemli bir mekanizma olabileceği öne sürülmektedir (Gupta ve Bonanno, 2011; Eisma ve Stroebe, 2021; Shear, 2012). Başka bir çalışma da duygu düzenleme becerisindeki eksikliklerin daha yüksek şiddette uzamış yasla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Gegieckaite ve Kazlauskas, 2020). Milman ve arkadaşları (2019) ise uzamış yas belirtileri gösteren bireylerde ruminasyon ve anlam ilişkisine dikkat çekerek, risk altındaki kişilere

müdahalede ruminasyonu azaltıp kayıp sonrası anlamın yeniden inşasına izin verecek yaklaşımlar önermektedir. Burada sözü geçen değişkenler mevcut çalışmanın kapsamında yer aldığı için bu değişkenlerin uzamış yasla ilişkilerine ilgili bölümlerde daha detaylı olarak değinilecektir.

Kronik bir yas durumunda sıkışıp kalmak, bireyler için tehlike oluşturur çünkü kendine zarar verme riski başta olmak üzere pek çok olumsuz sonuçla ilişkilidir. Herhangi bir tedavi sağlanmadığında, uzamış yasın olumsuz sağlık davranışları (Örn. madde kötüye kullanımı; Prigerson ve ark., 2009), intihar düşünceleri (Latham ve Prigerson, 2004; Maciejewski ve ark., 2016), ciddi sağlık sorunları (Örn. kardiyovasküler hastalık; Prigerson, Vanderwerker ve Maciejewski, 2008) ve düşük yaşam kalitesi (Boelen ve Prigerson, 2007; Shear ve ark., 2011) ile pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmektedir.

Uzamış yasın doğurguları olumsuz bir tablo çizse de buna ilişkin belirtilerin erken fark edilmesi, yasın ilk evrelerinde müdahalede bulunma olasılığını artıracağı ve semptomların kronikleşmesini önleyeceği için önemli görünmektedir (Milman ve ark., 2018). Risk altındaki bireylerin yanı sıra hâlihazırda karmaşık yas yaşayan bireylere yönelik müdahaleler de etkilidir (Wittouck ve ark., 2011). Bu bulgular göz önüne alındığında uzamış yasın geliştiği durumları belirlemek, bu belirtileri gösteren ya da risk altındaki bireylere yönelik etkili müdahaleler için kritik görünmektedir. Uzamış yasın geliştiği durumları belirlemek, ölüm dışında yas tepkisinin geliştiği başka olguları incelemeyi gerektirmektedir. Bu çalışmada da kronik hastalarda hastalığa ilişkin uzamış yasın varlığı ve süreçte rol oynayan faktörler incelenmek istenmektedir.

1.3.2. Kronik Hastalıklarda Hastalığa İlişkin Uzamış Yas

Yas tepkileri, yalnızca ölüme bağlı kayıplardan sonra ortaya çıkmaz. Kişinin kayıp duygusunu yaşadığı pek çok yaşantı, kişide yas tutma davranışına yol açabilir (Papa,

Lancaster ve Kahler, 2014). Yas ve uzamış yas tepkileri, alanyazında yaygın olarak sevilen birinin kaybının ardından incelense de iş kaybı (Papa ve Maitoza, 2013) evcil hayvan kaybı (Field ve ark., 2009), kadınlarda mastektomi sonrası (Gershfeld-Litvin, 2021) ve boşanma (Papa, Lancaster ve Kahler, 2014) gibi kaybın farklı türlerine odaklanan yas çalışmaları dikkat çekmektedir. Jacobsen ve arkadaşları (2010) ise kanser hastalarında uzamış yası inceleyerek, uzamış yasın kapsamını fiziksel hastalıkla bağlantılı kayıpları da ele alacak şekilde genişletmişlerdir. Böylece "hastalığa ilişkin uzamış yas" kavramı ortaya çıkmıştır. Hastalığa ilişkin yas tepkileri sağlıklı olunan günlere özlem duymak, hastalığı hatırlatan şeylerden kaçınmak, hastalığı kabul etme konusunda zorlanmak, sosyal çevreden uzaklaşmak gibi durumları kapsamaktadır (Jacobsen ve ark., 2010). Yakın zamanlı bir çalışmada ise uzamış yas, kronik hastalıklarla ilişkili kayıplarla da ilişkilendirilmiş ve kronik hastalıkları olan yaşlı bireylerde şiddetli uzamış yas belirtileri artan sağlık sorunları ile bağlantılı bulunmuştur (Holland ve ark., 2016).

Aslında kronik fiziksel hastalıklarda muğlak kayıpların ve yas yaşantılarının varlığı geçmişten bu yana bilinmektedir (Charmaz, 1983). Bu yöndeki olguların incelenmesi de yeni değildir; fakat bu alandaki pek çok çalışmanın kalıcı, yaygın üzüntü ya da kayıpla ilişkili kederli duyguların periyodik olarak tekrarlanması olarak tanımlanan "kronik yas" (chronic sorrow) bağlamında ve nitel yöntemlerle yapıldığı görülmüştür (Ahlström, 2007; Eakes, Burke ve Hainsworth, 1998; Isaksson, Gunnarsson ve Ahlström, 2007).

Kronik (süreğen) hastalığa sahip bireyler süreç içerisinde hastalıklarının getirdiği yüklerin artması, belirtilerin çoğalmasıyla sağlıklı bir kimlik, sosyal ilişkiler, özgürlük, umut, beden üzerinde kontrol sahibi olmak gibi konularda "muğlak kayıplar" da yaşarlar (Isaksson, Gunnarsson ve Ahlström, 2007). Örneğin nitel bir çalışmada, hastalığın neden olduğu kayıplar ve duygusal stres ile etkili biçimde baş edilmesinin

yaşamı takdir etme ve kişisel gelişimle, tersinin ise rahatsızlık ve kronik yas ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Isaksson ve Ahlström, 2008). Bununla birlikte işlev kaybı yaşayan kronik hastaların yaşam alanları bozulma riski altındadır (Palomino ve ark., 2007). Dolayısıyla hastalık yaşantısı devam eden bireyler bu stres verici kronik yaşantıya uyum yaparken sözü edilen muğlak kayıplara ilişkin yas tepkileri de gösterebilmektedir (Ahlström, 2007). Bir kaybın ardından anlam bulma ya da anlamı yeniden inşa etme ise yasın şiddetini azaltıyor görünmektedir (Milman ve ark., 2018; Schwartzberg ve Janoff-Bulman, 1991). Kronik hastalıklarda da sağlıklı bir kimliğin, işlevselliğin, planlanmış bir geleceğin kaybını yaşayan bireyler, anlamı yeniden inşa edemezlerse bu muğlak kayıplara verdikleri yas tepkileri de kronik hale gelebilir.

Alanyazın incelendiğinde çoğunlukla nitel yöntemle yürütülen çalışmalar, KOAH hastalarında (Robinson ve ark., 2018), kistik fibrozis hastalarında (Schmid-Mohler ve ark., 2019), diyabet hastalarında (Marchini ve ark., 2018), MS hastalarında (Isaksson ve Ahlström, 2008) ve fibromiyalji hastalarında (Palomino ve ark., 2007) kayıp ve kronik yas yaşantılarına işaret etmektedir. Ayrıca bu çalışmaların bulguları, hastalık ile ilgili kontrol ve kayıp algılanmasında bireylerin hastalığa ilişkin korku duygusuna dikkat çekmektedir (Ahlström, 2007; Schmid-Mohler ve ark., 2019).

Kronik fiziksel hastalıklarda kronik yas bağlamında yapılan söz konusu çalışmaların daha çok nitel yöntemle yürütülmüş olması ve nicel bir ölçüm aracı bulunmaması nedeniyle, bu çalışmada kronik hastaların yaşadığı yas belirtilerinin uzamış yas odağında değerlendirilmesinin uygun olacağı düşünülmüştür. Kronik hastalıklarda uzamış yasa ilişkin çalışmalar oldukça sınırlı sayıdadır. Bunun bir nedeni uzamış yasın görece yeni bir kavram olması (Prigerson ve ark., 2009) ve kuşkusuz çok yeni bir tanı kategorisi olması (Prigerson ve ark., 2021) olabileceği gibi bu eksendeki çalışmaların özellikle sevilen birinin ölümünün ardından tutulan yas bağlamında yapılması da olabilir. Alanyazında özellikle kanser hastaları ile uzamış yasa ya da

“hazırlayıcı yas”a ilişkin yapılmış çalışmalar dikkat çekmektedir. Jacobsen ve arkadaşlarının (2010) terminal dönemdeki kanser hastaları ile yürüttükleri çalışma, bu hastaların sağlık, bağımsızlık, işlev, rol ve planlanmış bir geleceğin kaybı gibi çoklu kayıplarla baş ettiklerini ve bu kayıplara ilişkin uzamış yas belirtileri gösterdiklerini ortaya koymuştur. Ülkemizde bu alandaki bir çalışmanın yine kanser hastası bireyler örnekleminde yapıldığı görülmüştür (Gökler-Danışman, Yalçınay-İnan ve Yiğit, 2017). Holland ve arkadaşlarının (2016) çalışma bulguları ise kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde uzamış yas belirtilerinin taranmasının önemini vurgulamaktadır. Ülkemiz alanyazınında kronik hastalıklar bağlamında (kanser haricinde) uzamış yasa ilişkin bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Uzamış yas bozukluğunda, yas tepkilerinin 1 yıldan uzun sürmesi, şiddeti ve kişinin işlevsellik düzeyine etkisi göz önünde bulundurularak normal yas ile patolojik (uzamış) yas arasında bir ayrım yapılmaktadır (Prigerson ve ark., 2021). Fakat hasta örnekleminde “kayıp duygusunu başlatan olay”, ölüme bağlı kayıplarda yaşanan yas sürecinde olduğu gibi net olmadığı için normal yas süreci ile patolojik yas süreci arasındaki ayrımı sağlıklı bir şekilde yapabilmek güçtür. Dolayısıyla bu bağlamda geliştirilen ölçeğin de (Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu) normal yas ile patolojik yası ayırt etmeyi değil, yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireylerde yas sürecinin işleyişine ışık tutmayı amaçladığı vurgulanmaktadır (Gökler-Danışman, Yalçınay ve Yıldız, 2017). Nitekim aynı çalışma, tanının üzerinden geçen zaman açısından kanser hastalarının uzamış yas belirtilerinde anlamlı bir fark bulmamıştır (Gökler-Danışman, Yalçınay ve Yıldız, 2017). Bu bulgu, tanı kriteri olan 1 senenin halen tartışılıyor olmasını (Prigerson ve ark., 2021) açıklar ve destekler niteliktedir. Boylamsal bir çalışmanın sonuçları da kayıptan sonraki bir yıldan daha öncesinde uzamış yas belirtileri göstermenin ve düşük eğitim düzeyinin uzamış yas bozukluğu için risk faktörü olduğunu ortaya koymaktadır (Boelen ve Lenferink, 2021).

Hastalıkla ilişkili yası ele alan nicel çalışmalar oldukça kısıtlı olduğu için bu örneklemde uzamış yasla ilişkili faktörler de oldukça belirsizdir. Bir önceki başlık altında paylaşılan, alanyazının uzamış yas ile ilişkili bulduğu değişkenlerin kronik hasta örnekleminde de önemli olacağı varsayılmaktadır. Nitekim Niemeier ve arkadaşları (2004) fiziksel hastalığı veya engeli olan bireylerde kayıp ve yas deneyimlerini inceledikleri çalışmalarında, hastalıklarına bağlı kayıp yaşayanların yas belirtilerinin, sevdiklerinin ölümünün ardından yas tutan bireylerinki ile benzer olduğunu bulmuşlardır. Bu nedenle yalnızca kanser hastalarında değil kronik hastalığı olan bireylerde de uzamış yas sürecinin işleyişi incelenmesi gereken bir alan olarak görülerek bu çalışmada kronik hastalığı olan bireylerde yas sürecine götüren faktörleri belirlemek amaçlanmıştır. Bu yönüyle bu çalışma keşifsel bir özelliğe sahiptir.

1.4. RUMİNASYONLAR

"Zihin iki ucu keskin bir kılıçtır. Muazzam bir güce sahiptir ve hem yararlı hem de yıkıcı başarılara imza atabilir."

Atharha Veda, Hindu Metni

Mevcut alanyazında, "ruminasyon" ifadesinin kullanımında tutarsızlıklar olduğu dikkat çekmektedir. Ruminasyon, geçmişte pek çok araştırmacı tarafından olumsuz duygular ve depresyonla ilişki gösteren negatif, girici, ısrarcı, uyum bozucu düşüncelere odaklanma ve kişinin travma ile işlevsel olmayan şekilde bilişsel başa çıkma stratejisi olarak tanımlanmaktaydı (Lyubomirsky ve ark., 1998; Nolen-Hoaksema ve Morrow, 1991). Bu görüşlerden farklı olarak Martin ve Tesser (1996) ruminasyonu, "bir olay üzerinde odaklanarak onu anımsamayı, anlamlandırmayı, tahminde bulunmayı ve problem çözmeyi içeren önemli hedeflerle, tekrarlı düşüncelere yol açan bir bilişsel işlemleme biçimi" olarak tanımlamıştır. Tedeschi ve Calhoun (2004) da Martin ve Tesser'in (1996) ruminasyonla ilgili kavramsallaştırmasına bağlı kalmış ve travma

sonrası büyüme modellerinde kullandıkları bilişsel işlemleme sürecinde, ruminasyona, negatif, cezalandırıcı bir anlam içeren depresif ruminasyondan farklı olarak, travma sağ kalanını büyümeye yönlendiren "bilişsel geviş getirme" anlamıyla yer vermişlerdir (Cann ve ark., 2011).

Ruminasyon, olay ya da deneyim hakkında tekrarlayıcı şekilde düşünmeyi içeren bilişsel işlemlemeyi ifade eder (Calhoun ve ark., 2000). İki tür ruminasyon tanımlanmıştır: girici ruminasyon ve amaçlı ruminasyon (Cann ve ark., 2011). Girici ruminasyon, kişinin olaya ilişkin düşünce ve görüntüleri otomatik olarak tekrar tekrar deneyimlediği, olayın nedenine ya da sonucuna pasif bir şekilde odaklandığı ve Türkçe tabirle "kara kara düşündüğü", kişi tarafından arzu edilmeden otomatik olarak gerçekleşen, bu nedenle müdahaleci bir özelliği de olan bir bilişsel işlemlemedir. Amaçlı ruminasyon ise kişinin kendi isteğiyle ve gönüllülükle olayı ya da deneyimini düşündüğü, daha olumlu ve deneyimi yansıtıcı özellikte, kişinin daha aktif yer aldığı bir bilişsel işlemleme biçimidir (Cann ve ark., 2011).

1.4.1. Ruminasyonlar ve Psikolojik Büyüme

Calhoun ve Tedeschi (2012) travmayı ve travma sonrası büyüme sürecini açıklamak için deprem metaforunu kullanmışlardır. Buna göre travmatik yaşantılar, depremler gibi sismik bir etki yaratarak bireyin dünyayı anlaması, karar alması ve anlamlandırmasında rehber olan şemalarını sarsar. Bu sismik etki bireyin anlam dünyasını, yaşam anlayışını ve amacını geçersiz kılar ve birey için önemli düzeyde psikolojik sıkıntı oluşturur. Depremlerden sonra ortaya çıkan fiziksel yeniden yapılandırmaya benzer şekilde, yaşam değiştiren olaylardan sonra da bireylerde bilişsel yeniden yapılandırma gerçekleşebilmekte, söz konusu yaşantı inkâr edilmeden, onun gerçekliğinde şemaların değiştirilerek gelecekteki olası zor koşullara karşı daha sağlam şemalar oluşturulabilmektedir (Tedeschi ve ark., 2018). Dolayısıyla görüldüğü gibi büyüme,

travmatik olayın doğrudan bir sonucu olarak ortaya çıkmaz (Tedeschi ve Calhoun, 2004); ruminasyonlar bu süreçte aktif rol oynamaktadır.

Travma sonrası büyümenin kuramsal modeline göre (Tedeschi ve Calhoun, 2004; Tedeschi ve ark., 2018) kişinin yaşam öyküsünü değiştirecek nitelikte "deprem etkisi yaratan" önemli yaşantılar, bireyi tekrarlayıcı biçimde düşünmeye sevk etmektedir. Genellikle bu önemli yaşantıdan sonraki ilk günlerde bireyin zihni daha çok otomatik düzeyde girici düşünceler tarafından meşgul edilirken; aradan bir süre geçtikten sonra tekrarlayıcı düşünceler kişinin kontrolünde, daha bilinçli, amaca yönelik ve yansıtıcı bir hal almaktadır (Calhoun ve Tedeschi, 2012). Girici düşüncelerin ısrarı halinde psikolojik stresin oluşması veya sürmesi söz konusuyken, *girici ruminasyon* evrilmeye başladığında ise yerini dünyaya ve yaşama ilişkin sarsılan temel varsayımların yeniden inşasına yardım eden daha kasıtlı ve bilinçli bir çabayı içeren *amaçlı ruminasyon* alır.

Olaya ilişkin ruminasyonlar sürerken duygusal sıkıntıyı yönetip duyguyu düzenleyebilmek, yapıcı olmayan tekrarlı düşüncenin yerini daha bilinçli bir çabaya bırakması açısından önemli görünmektedir. Bu sıkıntıları yaşamak ve bir taraftan da tekrarlayıcı şekilde düşünmek kişiyi bilinçli ve amaçlı olarak bu deneyimi sorgulama, anlam arama, ders çıkarma gibi bir bilişsel sürece yönlendirebilir. Bu açıdan girici ruminasyon, kişiyi yaşadığı deneyime sürekli bir dikkat göstermesi açısından itici bir güç olur (Triplett ve ark., 2012). Olaya ya da deneyime ilişkin duygularını düzenleyebilen ve girici düşünceler yardımıyla olayın gerçekliği ile yüzleşip temel düzeyde bilişsel işlemeye başlayan kişiler artık, otomatik ve girici ruminasyon yerine olayla baş etmelerine yardımcı olan amaçlı ruminasyonla bilgiyi aktif olarak işlemeye başlarlar (Calhoun ve ark., 2010). Böylelikle birey, amaçlı ruminasyon ile deneyimi anlamaya, anlam bulmaya ve nihayetinde gözden geçirilmiş bir yaşam öyküsü, kişisel bir anlatı üretmeye odaklanır (Tedeschi ve ark., 2018). Bu aynı zamanda yeni şemaların üretilmesi anlamına da gelmektedir ve böylece büyümeye daha elverişli hale gelebilir

(Tedeschi ve ark., 2018). Janoff-Bulman (2006) da travmatik olay tarafından sarsılan şemaların, amaçlı ruminasyona benzer bir bilişsel işlemleme aracılığıyla yeniden yapılandırılabileceği ve değişebileceğini öne sürmektedir.

Cann ve arkadaşları (2011) büyüme sürecinde ortaya çıkan ruminasyonu zamansal olarak ikiye ayırmaktadırlar: olaydan hemen sonraki ruminasyonlar ve yakın zamandaki ruminasyonlar. Her ikisinde de girici ve amaçlı ruminasyonun varlığı ile toplamda dört farklı ruminasyon türü tanımlanmaktadır. Travmanın bilişsel işlemleme modeline göre, travmatik bir olaydan hemen sonra ortaya çıkan, yaşantıya ilişkin tekrarlayıcı düşünce ve imgeler doğal ve yaygın tepkilerdir (Taku ve ark., 2009). Dolayısıyla olayın hemen ardından oluşan girici ruminasyon aslında olaya ya da deneyime verilen olağan bir tepki olarak değerlendirilmektedir (Cann ve ark., 2011). Bununla birlikte girici düşüncelerin ısrarı, yoğunluğu ve kişi için bir obsesyona dönüşmesi halinde kişinin halihazırda yaşadığı psikolojik stresin devamına (Cann ve ark., 2010; Morris ve Shakespeare-Finch, 2011; Taku ve ark., 2009) ve hatta travma sonrası stres belirtilerinin ortaya çıkmasına katkıda bulunduğu öne sürülmektedir (Kashdan, Young ve McKnight, 2012; Nolen-Hoeksema ve Morrow, 1991; Taku ve ark., 2008). Öte taraftan olayın hemen ardından yaşanan girici ruminasyonun, psikolojik strese yol açtığı gibi amaçlı ruminasyonun ortaya çıkmasında da rolü olduğu vurgulanmaktadır (Cann ve ark., 2011; Taku ve ark., 2008). Tedeschi ve Calhoun (2004) amaçlı ruminasyonun zamansal olarak, olay sonrasındaki otomatik özellikteki girici ruminasyon ile büyüme arasında gerçekleştiğini öne sürmektedir. Triplett ve arkadaşları (2012) da travma sonrası büyümenin, psikolojik sıkıntı eşliğinde dahi, yalnızca girici ruminasyonun amaçlı ruminasyona dönüşmesi durumunda ortaya çıktığını bulgulamışlardır. Dolayısıyla büyümeye giden yolda hem girici ruminasyonun hem de amaçlı ruminasyonun bir arada bulunması gerektiği düşünülebilir.

Kuramın önerdiği model ve bu çerçevedeki görgül çalışmalar bu iki ruminasyon türünün (girici ve amaçlı) travma sonrası büyümedeki kilit rolünü ortaya koymaktadır (Calhoun ve ark., 2000; Cann ve ark., 2011; Tedeschi, Calhoun ve Cooper, 2000). İlgili çalışmalarda girici ruminasyon büyüme ile genellikle düşük düzeyde ilişkiliyken, amaçlı ruminasyon büyüme ile pozitif yönde ve güçlü bir biçimde ilişkili bulunmaktadır (Cann ve ark., 2010; Li ve ark., 2018). Yakınlarını kaybeden bakımverenler (Hirooka ve ark., 2017a), deprem ve tsunami mağdurları (García ve ark., 2015), ilişki şiddetine maruz kalmış genç yetişkinler (Allbaugh ve ark., 2016), romantik ilişki kaybı yaşamış (Haselden, 2014) ya da yüksek düzeyde stresli yaşam olayına maruz kalmış üniversite öğrencileri (Cann ve ark., 2011) gibi pek çok farklı örneklem ve bağlamdan elde edilen alanyazın bulguları, yalnızca amaçlı ruminasyonun büyüme üzerindeki yordayıcı etkisini göstermektedir. Ayrıca çalışmalar, girici ruminasyon ve büyüme arasındaki ilişkide amaçlı ruminasyonun aracılık ettiğini ortaya koymaktadır (García ve ark., 2015; 2016; Triplett ve ark., 2012).

Kronik fiziksel hastalıklarda ruminasyonu ele alan çalışmalar sınırlı olsa da MS hastaları (Nobakht ve Nikmanesh, 2019), diyaliz hastaları (Li ve ark., 2018), ağırlıklı olarak ise meme kanseri (Ho ve ark., 2011; Soo ve Sherman, 2015) ve yumurtalık kanseri kadın hastalar (Hill ve Watkins, 2017) örneklemlerinde ruminasyonların varlığı ortaya konularak büyüme ile ilişkisine dikkat çekilmiştir.

1.4.2. Ruminasyonlar ve Uzamış Yas

Yasla ilgili alanyazında yasa ilişkin ruminasyonun genel olarak; tekrarlı, negatif içerikli, anlam oluşturmada pasif ve uyumsuz olarak kavramsallaştırıldığı görülmektedir (Michael ve Snyder, 2005; Eisma ve ark., 2015a). Nitekim benzer perspektifteki başka çalışmalar da ruminasyonu depresyon ve uzamış yas gibi kötü yas sonuçlarıyla bağlantılandırmaktadır (Eisma ve ark., 2015b; Milman ve ark., 2019). Uzamış yasa

ilişkin önceki bölümlerde de aktarıldığı gibi kaybın ardından otomatik olarak ortaya çıkan kayba ilişkin negatif yüklü tekrarlı düşünceler, uzamış yas için önemli bir gösterge ya da risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Prigerson ve ark., 2021). Yakın tarihli sistematik bir inceleme de ruminasyonun, uzamış yasın devam etmesinde kritik bir rolü olduğunu göstermiştir (Eisma ve Stroebe, 2021).

Milman ve arkadaşları (2019) yakın zamanda sevdiklerini kaybeden bireylerle yaptıkları çalışmalarında ruminasyonun anlam oluşturma ve uzamış yas arasındaki ilişkide düzenleyici rolü olduğunu ortaya koymuşlardır. Şöyle ki daha yoğun ruminasyonları olan bireylerden kayıplarını düşük düzeyde anlamlandıranların uzamış yas geliştirmeleri daha olası bulunmuştur. Söz konusu çalışma, ruminasyonu yukarıda söz edildiği şekliyle (negatif yüklü, pasif) tanımlarken, anlam oluşturmayı (meaning making) ise kaybın ardından amaçlı, yansıtıcı şekilde düşünmek ve anlamlandırmak olarak tanımlamaktadır. Dolayısıyla sözü edilen çalışmalarda ruminasyon ile ifade edilenin mevcut tez çalışmasında kavramsallaştırılan haliyle girici ruminasyon olabileceği, anlam oluşturmanın ise amaçlı ruminasyona benzer bir işlevi olduğu düşünülmektedir. Görüldüğü gibi alanyazındaki uzamış yasa ilişkin çalışmalar genellikle, ruminasyonun mevcut tez çalışmasındakinden farklı kavramsallaştırmalarını kullanmaktadırlar.

Ayrıca ruminasyon ile uzamış yas bağlamındaki çalışmalara bakıldığında, bunların sevilen birinin kaybının ardından yas tepkileri gösteren örneklemleri ele aldığı görülmektedir. Buna karşın alanyazında ruminasyonları hastalığa ilişkin uzamış yas bağlamında inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır.

Özetle ruminasyonun yaşam değiştiren olay hakkında yeniden bilişsel bir değerlendirme imkanı sunması nedeniyle büyüme üzerinde kritik ve işlevsel bir rolü olduğu vurgulanmaktadır (Calhoun ve ark., 2010). Bu nedenle ruminasyon ve psikolojik büyüme arasındaki ilişkinin, olayın süreğenliği nedeniyle de “yaşam öyküsünde önemli

yer tutan" kronik hastalık tanısı alma ve hastalıkla yaşamayı ele alan bu çalışmada önemli bir inceleme alanı olduğu düşünülmektedir. Ek olarak farklı şekilde kavramsallaştırılmış da olsa ruminasyonların uzamış yasın gelişimi ve sürmesinde önemli etkileri olduğu bilgisinden hareketle, kronik hastalığı olan bireylerde ruminasyonlar ve hastalığa ilişkin uzamış yas ilişkisinin incelenmesinin alanyazın açısından eksikliği dolduracağı düşünülmektedir. Ayrıca kronik hastalık tanılı örneklemde ruminasyonların büyümeye ve hastalığa ilişkin uzamış yasa giden süreçte izleyecekleri yolun ve hangi değişkenlerle etkileşim içerisinde olduklarının ortaya konulması hem alanyazın hem de uygulama alanları için kayda değer faydalar sağlayabilecektir.

1.5. KRONİK HASTALIKLARDA OLAYIN (HASTALIĞIN) MERKEZİYETİ

Büyümeye yol açan travmatik olayın temelinde kişi için dünyaya, yaşama ilişkin varsayımlarının, ya da şemalarının sarsılması; diğer bir deyişle kişinin olaya ilişkin öznel algısının önemli olduğu çeşitli travma çalışmacıları tarafından dile getirilmiştir (Janoff-Bulman, 2006; Staub ve Vollhardt, 2008). Aynı travmatik yaşantıdan geçen bireylerin kimisi bu olayı aşırı stres verici algılar ve yoğun psikolojik sıkıntılar yaşarken, kimisi bu yaşantıdan daha az etkilenmekte ve bu durum yaşamlarındaki işlev gösterdiği alanlara daha az yansımaktadır. Bu durum, kişilerin aynı olaya farklı atıflar yüklemeleri ile, diğer bir deyişle travmatik yaşantıyı merkezi görme düzeylerindeki farklılıklarla açıklanmaktadır (Berntsen ve Rubin, 2007).

1.5.1. Olayın Merkeziliği

Berntsen ve Rubin (2006), otobiyografik anılarla ilgili çalışmalarında kişinin yaşamının merkezinde algıladığı olumsuz içerikli, beklenmedik olayların bellek süreçlerinde avantajlı bir konum elde ederek kişinin biliş, duygu ve davranışlarına yön verdiğini

savunmuşlardır. Bu noktadan hareketle ortaya çıkan "olayın merkeziliği" (event centrality) kavramı, bireyin travmatik bir deneyimi kimliğinin merkezi bir parçası olarak yorumlama derecesini ifade etmektedir (Berntsen ve Rubin, 2006; 2007). Travmatik anıların; "kişinin diğer yaşantıları için bir referans noktası olması", "yaşam öyküsünü şekillendirmesi" ve "kişiliğini tanımlaması" şeklinde üç temel işlevi tanımlanmıştır. Olayın merkeziyeti de travmatik yaşantılara ilişkin bu işlevler bağlamında ele alınarak kavramsallaştırılmıştır. Pillemer'e göre (1998) kişilerin hayata bakış açılarını örneklendiren, anlatan ve açıklayan olaylar olarak tanımladığı "referans olaylar" kişinin başka yaşantılarını anlamlandırmada, kişinin davranış ve tutumlarına yön vermede önemli bir rol oynamaktadır. Diğer bir deyişle bu referans olaylar, kişinin diğer yaşantılarına kılavuzluk ederler. Referans olaylar birey için daha kolay ve daha sık hatırlanabilir bir konumdadır, böylece bireyin davranışları ve beklentileri bundan etkilenebilir, kişi kendisi için referans noktasına dönüşen bu durum sebebiyle geleceğe ya da yeni yaşantılarına yönelik korku, kaygı duyabilir. İkinci olarak travmatik yaşantı kişinin bakış açısında derin değişimler yaratarak zihninde uzun bir süre boyunca erişilebilir haldedir ve pek çok yaşam olayında etmen olarak algılanır (Janoff-Bulman, 1988). Bu nedenle yaşam öyküsünü şekillendirebilme işlevi, kişinin bu referans olayı yaşamında oldukça belirgin bir dönüm noktası olarak algılanması ile açıklanmaktadır (Berntsen ve Rubin, 2006). Bir dönüm noktası olarak da kişinin geleceğe yönelik amaçlarını şekillendirerek hayat akışına yön verebilirler (Sutherland ve Bryant, 2005). Travmatik yaşantıların üçüncü işlevi olarak, kişiliğin tanımlanmasında önemli bir rol oynaması gösterilmektedir (Berntsen ve Rubin, 2006). Buna göre, birey söz konusu yaşantıyı hayatının dönüm noktası olarak değerlendirdiğinde bu durumun kişiliğine yansıması da kaçınılmaz olur. Aşırı stres verici bir yaşantı kişinin yaşam öyküsünde bir konum kazandığında zamanla benliğin bir ögesi, kimliğinin bir parçası haline de gelebilir (Berntsen ve Rubin, 2006; Boals, 2010). Olayın merkeziyeti kavramının

yukarıda aktarılan bu işlevleri çerçevesinde Olayın Merkeziyeti Ölçeği geliştirilmiştir (Berntsen ve Rubin, 2006).

1.5.2. Olayın Merkeziyeti ve Psikolojik Büyüme

Stres verici olumsuz yaşantıların merkezi düzeyde algılanmasının, depresyon, kaygı (Berntsen ve Rubin, 2006), travma sonrası stres (Blix, Solberg ve Heir, 2014; Boals ve Ruggero, 2016; Boals ve Schuettler, 2011; Boyacıoğlu ve Aktaş, 2018) ve travma sonrası değer kaybı (Groleau ve ark., 2013) gibi olumsuz çıktılarla pozitif yönde ilişkisini gösteren çok sayıda araştırma vardır. Stresli olaylar sonrasındaki olumsuz çıktılar için bir "risk faktörü" olarak gösterilen olayın merkeziyetinin, travma sonrası büyüme ile de pozitif yönde bağlantıları bulunmuştur (Allbaugh, Wright ve Folger, 2016; Boals ve Schuettler, 2011; Groleau ve ark., 2013; Roland ve ark., 2014). Kişinin kimliği için merkezi kabul edilen olaylar, olayın "travmatik" olarak nitelendirilip nitelendirilmediğine bakılmaksızın daha fazla büyümeye yol açmaktadır, başka bir deyişle, bir kişi bir olayı veya deneyimi kendi kimliğinin merkezi olarak tanımladığında, daha yüksek düzeyde büyüme bildirmektedir (Boals ve ark., 2010; Lancaster ve ark., 2013).

Olayın merkeziyetinin hem travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) hem de travma sonrası büyüme ile pozitif yönde ilişkili olması, hatta olayın merkeziyetinin travma sonrası stres belirtileri kontrol edildikten sonra bile büyümeyi yorduyor olması (Boals ve Schuettler, 2011) travma sonrası stres ve büyümenin ayrı ancak ilişkili boyutları temsil ettiği savını desteklemektedir (Gehrt ve ark., 2018). Bununla birlikte olayın merkeziyetinin büyüme ile travma sonrası stresten daha güçlü bir ilişki sunmasının nedeni olarak kişinin stres verici olayı yaşam öyküsünün merkezinde konumlandırmasının travma sonrası büyümede yer alan süreçlerle ilişkilendirilmesi ve otobiyografik bellek ile büyümenin özellikle yakın bir ilişkiyi yansıtabileceği

gösterilmektedir (Gehrt ve ark., 2018; Groleau ve ark., 2013; Roland ve ark., 2014). Nitekim travma sonrası büyüme modelinde de (Tedeschi ve Calhoun, 2004; Tedeschi ve ark., 2018) yaşam olayını kendi kimliğine dâhil etmek, büyüme sürecinde önemli bir basamak olan "kişinin yaratılan yeni anlatıyı benimsemesi, yaşam öyküsü ile bütünleştirmesi" sürecinin temel bir bileşeni olarak görülmektedir.

1.5.3. Psikolojik Büyümede Olayın Merkeziyeti ve Ruminasyonlar

Olayın merkeziyeti, stresli bir olay ya da deneyim sonrası ortaya çıkan bilişler ve hatta spesifik olarak bilişsel işlemlemeye katkı sunan ruminasyon ile de ilişkili görünmektedir (Boals ve ark., 2010). Travma sonrası bilişler ve olayın merkeziyeti ilişkisi için kritik bir bulguya göre, bu iki değişken arasında döngüsel bir ilişki vardır. Buna göre stres verici bir deneyimin yaşam öyküsünde merkezi olarak yorumlanması, daha fazla bilişle sonuçlanabilir. Daha fazla bilişsel işlemleme de bireyin olayı daha merkezi algılamasına yol açabilir (Barton, Boals ve Knowles, 2013). Buna ek olarak bir kişi stres verici bir deneyimi ne ölçüde merkezileştirir veya kişisel olarak ilgili ve anlamlı kabul ederse, bu durum o deneyime ilişkin bilişlerini, bu deneyimle başa çıkmak veya eyleme geçmek için dönüştürmesine yol açarak büyüme olasılığını arttırabilir (Hobfoll ve ark., 2007; Lancaster ve ark., 2013; Tedeschi ve ark., 2007). Lancaster ve arkadaşları (2013) olayın kişinin benliği ile "bütünleşmesinin" veya en azından olayın bir şekilde bilişsel düzeyde işlenmesinin büyüme için gerekli olduğunu söylerken, Barton ve ark. (2013) ise olayın merkeziyetinin yalnızca travma sonrası bilişler ile birlikte bulunduğunda travma sonrası büyümeyi yordadığını öne sürmektedirler.

Gehrt ve arkadaşları (2018), olayın merkeziyetinin, bilişler ya da bilişsel işlemlemelerden öte daha özgül olarak ruminasyonlar ile ilişkisini incelemenin stres verici bir olayı izleyen farklı süreçlerin açıklanmasına faydalı olacağını öne sürmektedirler. Bu yöndeki çalışmalar ise sınırlı sayıdadır. Yine de bunlar olayın

merkeziyeti ile ruminasyon arasında pozitif korelasyonlara işaret etmekte ve büyümede her iki değişkenin rolünün önemine değinmektedir (Allbaugh ve ark., 2016; Brooks ve ark., 2017). Allbaugh ve arkadaşları (2016) geçmişinde şiddete maruz kalmış bireylerle yaptıkları çalışmalarında olayın kişi için merkeziliğinin, bu olaya verdiği bilişsel tepkileri de belirleyebileceğini öne sürerek olayın merkeziyeti ile ruminasyonlar arasındaki ilişkinin önemine işaret etmektedirler. Buna göre şiddet deneyimlerinin kişinin kimliği için merkezi nitelik taşıması, ruminasyon stratejileri ile etkileşim halindedir; diğer bir deyişle ruminasyon süreçlerinin sürmesi ya da daha uyumlu bir hale gelmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Öte yandan yukarıda söz edildiği gibi döngüsel bir ilişkiyi düşündürecek biçimde, ruminasyonların olay sonrasında olay merkeziyetinin gelişimine ve sürdürülmesine katkı sağlaması da muhtemel görünmektedir (Gehrt ve ark., 2018). Bu bağlamda pek çok araştırmanın uzlaştığı nokta, ruminasyonlar ve olayın merkeziyeti arasındaki etkileşimden söz edebilmek için daha büyük örneklem ve farklı travma türleri ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğudur.

Blix, Solberg ve Heir (2014) farklı travma deneyimlerinin olay merkeziyeti üzerinde farklı etkilerinin olabileceğini göstermiştir. Farklı travmatik olayları deneyimleyen örneklemleri içeren pek çok çalışmada olayın merkeziyeti, travma sonrası büyümenin pozitif yordayıcısı olarak bulunmuştur (Allbaugh ve ark., 2016; Barton ve ark., 2013; Boals ve Schuettler, 2011; Wolfe ve Ray, 2015). Bununla birlikte olayın merkeziyeti görece yeni bir kavram olduğu için kronik sağlık sorunu yaşayan örneklemlerle yapılan ve olayın merkeziyeti ile büyümeyi ele alan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Kuenemund ve arkadaşları (2016) beyin felci geçiren bireylerle yaptıkları karma desenli çalışmalarında bu grubun, kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde olay merkeziyeti ve travma sonrası büyümenin yanı sıra daha yüksek düzeyde depresyon da gösterdiğini bulmuştur. Felç geçiren ve bedensel işlev kayıpları olan bu bireylerin olay sonrasında kendiliklerini yeniden tanımladıklarına dikkat çekilmiştir.

Buna göre bu bireyler için travmatik beyin hasarı, yaşam anlatılarında bir dönüm noktası olmuştur. Bu çalışmanın sonuçları, mevcut çalışma örneklemine benzerlik gösteren bir örneklemle büyüme üzerinde olayın merkeziyetinin rolünü göstermesi açısından önemlidir.

Özetlenecek olursa Tedeschi ve Calhoun'un (2004) travma sonrası büyümeye ilişkin kuramsal çerçevesinden bakıldığında, olayın merkeziyeti ve ruminasyonlar kişisel anlatının (öykünün) parçalarındandır, bu nedenle büyümede rol oynayacakları öngörülmektedir. Bununla birlikte olayın merkeziyetinin "iki yüzü" olduğu (Roland ve ark., 2014), büyümede önemli bir rolü olduğu gibi olumsuz psikolojik sonuçlar üzerinde de etkisi olduğu aktarılmıştır. Araştırmacılar son zamanlarda olayın merkeziyetinin kayıp sonrası uzamış yas ile ilişkisini de incelemeye başlamışlardır. Bir sonraki bölümde buna ilişkin bulgulara değinilecektir.

1.5.4. Olayın Merkeziyeti ve Uzamış Yas

Sistematik bir gözden geçirme çalışmasında (Gehrt ve ark, 2018) olayın merkeziyetinin çeşitli duygulanım bozuklukları ve karmaşık yas ile de ilişkili olduğu gösterilmiştir. Alanyazında olayın merkeziyeti ile uzamış yas ilişkisini gösteren çalışmalar, genellikle sevilen birinin ölümünün ardından kaybın merkeziyeti odağında yapılmış ve yas ile olayın merkeziyeti arasında yüksek korelasyon bulunmuştur (Bellet, Neimeyer ve Berman, 2018; Boelen, 2012; Eckholdt, Watson ve O'Connor, 2018; Harris, Brookman ve O'Connor, 2021). Bu bulgu, kaybın anısının ve benlik için algılanan merkeziliğinin, uzamış yas tepkilerinin gelişiminde ve sürdürülmesinde önemli bir rol oynadığı şeklinde yorumlanmıştır.

Bunlara ek olarak alanyazında hayatta kalan merkeziliği ya da kanser merkeziliği olarak da adlandırılan hastalık kimliğinin (illness identity), olayın merkeziyeti ile bir yönüyle (kişiliği tanımlama işlevi) benzerlik taşıdığı düşünüldüğü

için özellikle kanser hastası örneklemlerde çalışılan bu değişkene ilişkin bulgulara da kısaca yer verilmek istenmektedir. Alanyazın incelendiğinde hastalık kimliğinin (Helgeson, 2011; Helgeson ve Novak, 2007) olumsuz psikolojik sonuçlarla ilişkilendirildiği görülmektedir. Hastalık kimliği ile direkt olarak uzamış yas arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıdaki çalışma ise (Gökler-Danışman ve ark., 2017) hastalık kimliğinin kanser hastası örneklemde hastalık algısı ile uzamış yas arasındaki ilişkide aracılık rolünü ortaya koymaktadır. Hastalık kimliğini yasla ya da olumsuz psikolojik sonuçlarla ilişkilendiren çalışmalar, bireyin hastalığı nedeniyle kendini bir "kurban" olarak tanımlayarak bu kimlikle bütünleşmesinin, kendisini damgalamasına ve yaşamını başka bir alandan, yönden mahrum bırakarak işlevselliğinin azalmasına neden olabileceği şeklinde yorumlamaktadır (Bellizzi ve Blank, 2007; Gökler-Danışman ve ark., 2017; Helgeson, 2011; Park, Bharadwaj ve Blank, 2011). Mevcut çalışma ile direkt ilişkili olmasa da aktarılan tüm bulgulardan dolaylı bir çıkarım yapılarak olayın merkeziyetinin uzamış yas ile ilişkili olabileceği öngörülmektedir.

Bu tez çalışması kapsamında, katılımcılara uygulanan ilgili ölçek maddelerinde "olay" ifadesi "hastalık" ifadesi ile değiştirildiği için olayın merkeziyeti ifadesi de *hastalığın merkeziyeti* olarak kavramsallaştırılmış ve o şekilde kullanılmıştır. Aktarılanlardan hareketle, hastalık merkeziyetinin ruminasyonlar ile ilişkisi ve psikolojik büyüme ve uzamış yasa giden yoldaki rolünün kronik hastalık gibi süreğen bir stres yaşantısı çerçevesinde incelenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

1.6. KRONİK HASTALIKLARDA YAŞAMIN ANLAMI

> "*Her kim yaşıyorsa, umut etmek için bir nedeni vardır" (Frankl, 1985, s.83)*
>
> "*Yaşamak için nedeni olan bir kişi, neredeyse tüm nasıllara dayanabilir." (Nietzsche)*

Yaşamın anlamı, bireyin benliği, dünyası ve dünyayla ilişkisi hakkında tutarlı bir anlayışla hayatını kavraması ve yaşamak için bir amaca, misyona sahip olması şeklinde tanımlanmaktadır (Steger ve ark., 2006). Özellikle varoluşçu psikoloji kuramcılarının anlama ilişkin farklı kavramsallaştırmaları bulunmakla birlikte, yaşamda anlam bu çalışmada kullanılan ölçek bağlamında, Frankl'ın bakış açısı temelinde ele alınmıştır. İnsanın yaşamda anlam arayışından söz eden Frankl (1985) kişinin yaşamda bir anlam bulması, misyonu olmasının yaşama ilişkin motivasyonunu, acıya toleransını artırdığını ve kişinin yaşamda çeşitli engellenmeler ve zorluklarla ancak yaşama bir anlam atfettiğinde başa çıkabileceğini öne sürmektedir. Logoterapi yaklaşımının kurucusu olan Frankl'ın hem kişisel olarak deneyimlediği hem de kitabına aktardığı gibi kişi yaşamına bir anlam atfettiğinde ölümcül şartlarda dahi olsa yaşamak için bir güç kaynağı bulur. Frankl (1985) anlamın illa soyut düşünülmemesi gerektiğini, kişinin bir meslek, bir misyon veya somut bir görevde de anlam bulabileceğini, bunların yaşam amacını temsil edebileceğini vurgulamıştır.

Yaşamın anlamı, genel bir anlamdan çok yaşamın kişi için ifade ettiği özel bir anlamı içermektedir. Başka bir deyişle, yaşamın anlamı her birey için değişir, fenomenolojiktir. Yaşamda anlamı keşfetmek sürekli bir keşif yolculuğudur. Frankl'a göre bireyin yaşamı süresince yaşama atfettiği anlam hem içerik hem de derece bakımından sabit kalmaz, sürekli değişir; fakat anlam istemi, yani yaşadıklarında anlam bulma isteği hiçbir zaman yok olmaz (Dursun ve Alyağut, 2020). Bu alandaki bulgular insanların yaşamlarında hem anlam arama hem de anlam bulma motivasyonunun yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Park ve ark., 2010b; Steger, 2012). Logoterapiye göre insan anlama üç farklı yoldan ulaşır: İlki bir eser yaratarak ya da bir iş yaparak, ikincisi bir başkasıyla etkileşim kurarak yani sevgi yoluyla. Üçüncüsü ise yalnızca değiştirilemez ve kaçınılamaz bir acıya karşı bir tutum geliştirerek, acıda anlam bularak. Başka bir deyişle kişi acısıyla onur duyup, bu acının kendisini değiştirmesine ve

yüceltmesine izin vererek kendisi için bir trajediyi zafere dönüştürebilir (Frankl, 1985). Frankl üçüncünün daha büyük bir öneme sahip olduğunu ifade etmektedir. Ona göre acı, anlamla buluştuğu anda ya da anlamın bir parçası olduğu anda acı olmaktan çıkar ve birey kişisel bir dönüşüm geçirir (Frankl, 1985). Mevcut çalışma, kişinin kronik hastalık tanısı alması gibi sağlığına ilişkin zorlu bir sürecin içine girmesi ve bununla yüzleşmesinde anlamın rolüne odaklandığı için yaşamda anlam Frankl'ın bu üçüncü tanımı çerçevesinde ele alınmıştır.

Frankl öne sürdüğü logoterapi yaklaşımında, insanı anlam bulma çabasından oluşan bir varlık olarak görür. Bu yaklaşıma göre kişi, ne kadar trajik ya da zorlu olursa olsun, tüm yaşadıklarına karşın her koşulda anlama ulaşmanın bir yolunu bulmalı, bunu keşfetmeye çalışmalıdır. Birey yaşamında önemli bir güçlük yaşadığında yaşamı korkutucu ve belirsiz algılamaya, yaşamındaki anlamı sorgulamaya başlar ve bir anlam arayışına girer. Yaşamındaki anlamı keşfe çıkmak ve bir anlama tutunmak ise bireyin zorluklarla başa çıkmasına yardımcı olur (Frankl, 1985; Skaggs ve Barron, 2006). Yaşamda anlam, özellikle ölümcül hastalığa sahip bireylerde en ciddi şekilde etkilenen psikolojik alanlardan biridir (O'Connor, Wicker ve Germino, 1990; Wilson ve ark., 2007). Bu hastalarda yaşamda anlamın varlığı, psikolojik iyi oluşla ilişkilendirilmektedir (Brandstätter ve ark., 2012; Lin ve Bauer-Wu, 2003, Zika ve Chambarlian, 1992). Ayrıca bu alandaki başka çalışmalar, karşılaştıkları zorluklara anlam atfeden ve zorlu deneyimlerine kendilerini geliştiren yönü nedeniyle değer veren bireylerin daha az psikolojik belirti gösterdiğine, psikolojik uyum ve dayanıklılıklarının arttığına işaret etmektedir (Bonanno, 2005; Park ve ark., 2008c; Steger ve ark., 2009). Bu bulgulardan yola çıkarak kişinin yaşamının bir noktasında aldığı kronik hastalık tanısının da bu anlam yolculuğuna çıkmasında bir tetikleyici olabileceği düşünülmektedir.

Steger ve arkadaşları (2006) yaşamdaki anlam deneyimini, “anlamın varlığı” ve “anlam arayışı” şeklinde ayrıştırarak kavramsallaştırmıştır. Anlamın varlığı, kişinin yaşamına atfettiği ve ona ilişkin algıladığı anlamı tanımlarken, anlam arayışı kişinin anlam bulmaya yönelik motivasyonu olarak tanımlanabilir (Schulenberg, Strack ve Buchanan, 2011). Alanyazın incelendiğinde bazı çalışmaların anlamın varlığını işlevsel, uyuma yönelik görüp daha pozitif çıktılarla (iyi oluş, yaşam doyumu, benlik saygısı) ilişkilendirirken, anlam arayışını ise daha negatif çıktılarla (depresyon, kaygı, stres semptomları gibi) ilişkilendirdiği görülmektedir (Linley ve Joseph, 2011; Park ve ark., 2008b; Schulenberg ve ark., 2011; Steger ve ark., 2008). Anlamın bu iki boyutu birbiriyle negatif yönde ilişkilidir (Steger ve ark., 2006). Bu negatif korelasyon, algılanan anlamın, daha az düzeyde anlam arayışı ihtiyacı anlamına gelebileceği ya da anlam arayışının daha az düzeyde algılanan anlamı içerdiği ile açıklanmaktadır (Steger ve Kashdan, 2007). Yani bir kişinin yaşama atfettiği bir anlam mevcutsa, ek anlam keşfetme ihtiyacının daha az olması beklenen bir durumdur. Öte yandan anlamın varlığı ile anlam arayışı arasındaki ilişki sanıldığından daha karmaşık görünmektedir çünkü yaşamda anlam duygusunu taşıyan kimileri yeni anlamlar keşfetmeye ya da anlam sistemlerini genişletmeye açıktırlar (Steger ve Kashdan, 2007). Steger ve arkadaşları (2009), bir grup hastada yaşamdaki anlama ilişkin yürüttükleri çalışmada anlam arayışı puanları yüksek olan kişilerin daha yüksek düzeyde kaygı ve daha düşük düzeyde psikolojik sağlık gösterdiklerini; ancak hem anlam arayışı hem de anlamın varlığı puanları yüksek olan kişilerde bu bağlantının kurulmadığını rapor etmişlerdir. Başka bir çalışmada da yaşamlarına anlam yükleyenlerde anlam arayışı iyi oluşla pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (Park ve ark., 2010b). Birden çok çalışma, anlam arayışı ve anlamın varlığı arasındaki etkileşim etkisine dikkat çekerek bu durumun ileriki çalışmalarda göz önünde bulundurulmasını önermişlerdir (Park ve ark., 2010a; Schulenberg ve ark., 2011; Steger ve ark., 2008).

1.6.1. Kronik Hastalarda Anlam ve Travma Sonrası Büyüme

Zorlu ya da travmatik yaşam olayları, bireyleri yaşamlarının anlamlarını sorgulamaya iter. Bu yaşandığında bireyler temel inançlarını, varoluşlarını ve yaşamın anlamını tekrardan değerlendirmeye başlarlar. Eğer kendilerini strese sokan bu yeni yaşantıyı eski inanç sistemleri ile bağdaştıramazlarsa daha farklı, daha derin bir anlam arayışı başlar. (Steger ve Frazier, 2005). Bu sürecin sonunda yaşadıklarını açıklayabilecek derin bir anlam keşfettiklerinde inanç sistemlerini yeniden inşa etmeye ya da anlam sistemlerini genişletmeye başlarlar. Anlamı yeniden araştırmayı, keşfetmeyi ve yeniden yapılandırmayı içeren anlam oluşturma süreci, bireylere yaşam öykülerinde yeni bir anlatı yaratmayı da içeren bir büyüme duygusu kazandırır (King ve Hicks, 2009; Tedeschi ve Calhoun, 2004). Dolayısıyla travmaya bağlı büyümede anlam duygusunun önemi büyüktür.

Anlam ve büyümeyi birlikte ele alan ve yaygın olarak kanser hastaları örnekleminde yapılan çalışmalar, kanser atlatmış bireylerin uyum sürecinde anlam oluşturmanın rolüne dikkat çekmektedir (Park ve ark., 2008b). Benzer şekilde kronik hastalığı olan bireylerle yapılan bir çalışmada sosyal destek ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide "anlamın varlığı"nın düzenleyici bir rolü olduğu bulunmuştur (Zeligman ve ark., 2018). Toplumu etkileyen travmatik olaylardan sonra da bireylerin yaşamlarında bir anlam, amaç taşımalarının travma sonrası büyümeyi pozitif yönde yordadığı belirtilmektedir (Boullion ve ark., 2020; Lowe, Manove ve Rhodes, 2013; Steger, Frazier ve Zacchanini, 2008). Görüldüğü gibi alanyazın bulguları, büyüme ile yalnızca anlamın varlığı ilişkisine dair pozitif korelasyonlar rapor etmektedir (Cann ve ark., 2010; Weber ve ark., 2020). Kuramsal olarak anlam arayışı, varsayımların, şemaların ve anlam sisteminin yeniden bir değerlendirmesini ve inşasını ifade eder. Bu nedenle anlam arayışı ile travma sonrası büyüme arasında pozitif bir korelasyon beklense de alanyazın bulguları bunun tersi olarak anlam arayışı boyutunun yas ve ölüm

gibi olumsuz yaşam değişiklerinin göstergesi olduğuna işaret etmektedir (Linley ve Joseph, 2011). Örneğin kanser hastalarında anlam arayışı işlevsellikte bozulma ile ilişkilendirilmektedir (Roberts ve ark., 2006). Bu durum aslında bu bireylerin deneyimlerine henüz anlam atfetmemiş olmaları ile ilgilidir. Yani anlam arayışı, pozitif bir anlamı çağrıştırsa da aslında bireyin deneyimledikleri sonrasında yaşananları anlamlandırma süreçlerinin devam ettiğine işaret eder. Kuramsal bakış açısıyla paralel fakat alanyazın ile ters yöndeki birkaç bulgu doğal afet mağdurlarında anlamın varlığı ile birlikte anlam arayışının da büyümeyi yordadığını bildirerek büyümenin anlam arayışını içerdiği hipotezini desteklemektedir (Boullion ve ark., 2020; Dursun ve ark., 2016). Tutarlı olmayan bu bulgularda farklı travma türlerinin ve travmatik yaşantının üzerinden geçen zamanın da önemli bir rolü olduğu belirtilmektedir (Dursun ve ark., 2016).

Anlamlı yaşam, bir büyüme ve gelişme kaynağı olarak görülmektedir (Dursun ve Alyağut, 2020). Nitekim bazı çalışmalar anlamın yeniden inşasının büyümenin bir öncülü olduğunu gösterirken (Boullion ve ark., 2020; Weber ve ark., 2020), başkaları büyümenin kişinin yaşamın anlamlı olduğuna yönelik duygusunun yeniden kazanmasına yardımcı olduğu, diğer bir deyişle büyümenin anlam duygusunun bir göstergesi olduğunu öne sürmektedirler (Cann ve ark., 2010; Triplett ve ark., 2012). Anlam duygusu olarak büyümenin de sayılabileceğini savunan çalışmalar da vardır. Yani derinleşmiş bir anlam algısı ve travma sonrası büyüme, anlam arayışının bir ürünü olarak görülmektedir (Dursun ve ark., 2016; Park ve ark., 2008b). Dursun ve arkadaşları (2016) anlamın hem bir neden (yordayıcı) hem de bir sonuç olabileceğini savunmaktadırlar. Mevcut çalışmada anlamın her iki boyutunun hem psikolojik büyüme hem de uzamış yasla ilişkisi incelenmek istenmiştir.

1.6.2. Kronik Hastalarda Anlam ve Hastalığa İlişkin Uzamış Yas

Frankl, anlam duygusu gibi anlamsızlık duygusunun da patolojik bir şeyin belirtisi ya da sonucu değil insan olmanın doğası olduğunu söyler fakat anlamsızlık duygusunun potansiyel olarak patojenik (hastalık yapıcı) olduğunu da ekler. Güçlü bir anlam yönelimi, yani uğruna yaşamaya değecek bir amaç ve anlamın varlığı ve farkındalığının bireyin yaşamına son verme düşüncelerini bile yok edebileceğini öne sürmektedir (Frankl, 1985). Güçlü bir anlam yönelimi yaşamaya karşı bir güdü oluşturabileceği, hastalık tanısı ile sarsılan şemaların yeniden yapılandırılıp yaşamı yeni bir perspektiften görmeyi sağlayacağı gibi tam tersi, yani güçlü bir anlamsızlık duygusu da bir kayıp ve bu kayba verilen yas tepkisini doğurabilir. Bu bağlamdaki çalışmalar yasla başa çıkmada anlam yaratma ve anlamın varlığının önemini ortaya koymaktadır (Davis, Nolen-Hoeksema ve Larson, 1998). Bir kayba verilen yas tepkisi olarak doğan fakat kişinin yaşamdaki işlevselliğini bozucu hale gelen uzamış yas belirtileri gösteren bireylerin güçlü bir anlamsızlık duygusu taşıdıklarına ilişkin bulgular (Breen ve ark., 2018, Milman ve ark., 2018) anlam ve uzamış yas arasındaki bağlantıya dikkat çekmektedir.

Anlam istemi, kişinin yaşamda anlamı arama ve keşfetme isteğini ifade eder ve Frankl bu anlam isteminin insanda var olan temel bir güdü olduğunu öne sürer. Ona göre insanın değerleri uğruna yaşamayı ve hatta ölmeyi göze alabilmesi, anlam isteminin ne derece önemli bir yapıtaşı olduğunu göstermektedir (Frankl, 1985). Bununla birlikte yaşamdaki anlam arayışı, bilişsel, duygusal ve motivasyonel çaba gerektirir (Dursun ve Alyağut, 2020). Bu nedenle de zorlayıcı olabilir, fakat doğal ve kişisel gelişim için gerekli bir süreçtir (Frankl, 1985). Frankl'a göre insanın anlam istemi uyku durumundadır. Yaşamında karşılaştığı zorluklar, bir travma ya da bir acı, bu anlam istemini uykudan uyandırabilir. Diğer bir deyişle kişinin yaşadığı bu acıyla, varsayımlarının, inançları ve yaşama atfettiği anlamın sarsılmasının ardından kişi

anlamı tekrar inşa etmeye çalışır. Frankl (1983) insanın anlam arayışının içsel bir gerilim yaratabileceğini fakat psikolojik sağlığın ön koşulunun tam da bu gerilim olduğunu öne sürmektedir. Diğer bir ifadeyle kişinin, bu gerginliği yönetebilmesi ya da yönetememesi kişinin yaşamındaki anlam ve amaç varlığıyla oldukça ilgili görünmektedir. Frankl (1983) kişinin yaşadığı acının bir anlamı olduğunu ve hatta bu acının kişinin anlam yaratmasına katkı sağladığını savunmuş, bu nedenle acı veren duygulardan kaçmamak, bastırmamak, bunları anlamın bir parçası olarak görmenin büyümeye giden bir yolculuk için gerekliliğini vurgulamıştır. Kronik hastalık tanısı alan birey de sağlığına ve geleceğine ilişkin korku, kaygı gibi pek çok duygu taşır. Birey bu zorlayıcı duygularla baş edemediği, kendisini sakinleştiremediği diğer bir deyişle duygularını düzenleyemediğinde yaşamın anlamını yaratma konusunda motive olamayacaktır. Çünkü odağı daha temel bir noktada, yönetemediği, dalgalanan duygularında olacaktır. Bu duygularını yönetebildiğinde ise yaşama atfettiği anlamı tekrardan inşa etmeye dair daha yapıcı hareket edebilecektir (Deniz ve ark., 2017). Diğer bir deyişle yaşamda anlam bulması, zorlayıcı duygularını düzenleyebilmesi, kendisini ve yaşadığı acıyı kabul edebilmesi ve bu süreçlerle başa çıkabilmesiyle mümkün görünmektedir.

Anlam duygusu, insanların benliğine ve içinde yaşadığı dünyaya ilişkin varsayımlarını sarsan zorlu yaşantılara dayandırılmaktadır. Bu zorlayıcı yaşantı tarafından tetiklenen bireylerde yaşamın anlamsız olduğuna yönelik korku ortaya çıkar ve bu korku bireyleri yaşamlarında anlam arayışına götürür (Triplett ve ark., 2012). Hayatta kalanlar önce yaşantıları ile ilgili ruminatif biçimde sorgulamalar yapar ve deneyimlerini sarsılan anlam sistemlerinde bağdaştırmaya çalışırlarken (anlam arayışı), daha sonra yaşamlarının anlamına dair cevaplar bulmaya başlayabilirler (Janoff-Bulman, 2006). Bu noktadan bakıldığında stresli bir yaşantıyı ve bilişsel süreçleri takip eden anlam arayışının uyuma yönelik olduğu düşünülse de bununla ilgili çalışmaların

sonuçları tutarlılık göstermemektedir (Steger ve ark., 2008). Önceki bölümde kapsamlı olarak anlatıldığı gibi mevcut çalışmada ruminasyonlar girici ve amaçlı ruminasyon kavramsallaştırmasıyla sağlıklı bir bilişsel işleme süreci olarak ele alınmıştır. Ruminasyonların sorunların anlaşılması ve çözümünde uyuma yönelik bir rolü olduğu kabul edilse de anlamın varlığı ile ilişkisi anlamlı bulunmamıştır (Triplett ve ark., 2012). Bununla birlikte alanyazında ruminasyonu depresif bir geviş getirme gibi olumsuz tonlu bir baş etme stili olarak ele alan çalışmalarda ruminasyon ve anlam arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır (Deniz ve ark., 2017; Milman ve ark., 2019). Kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada da ruminasyon, kişinin hastalık yaşantısı hakkında tekrarlayıcı düşünme sıklığı olarak ele alınmış ve anlamla ilişkili bulunmamıştır (Park ve ark., 2008b). Ruminasyon ve anlama ilişkin yetersiz bulgulardan yola çıkarak mevcut çalışmada kronik hastalarda psikolojik büyüme ve uzamış yasa giden süreçte ruminasyonların anlam arayışı ve anlamın varlığı ile ilişkileri test edilmek istenmektedir.

Yukarıda özetlenen bulgular anlamın kronik hastalıklarda psikolojik büyüme ve yas üzerindeki rolüne dikkat çekmektedir. Tüm bu aktarılanlar temelinde, travmatik olay tarafından değiştirilen ya da tetiklenen yaşamdaki anlam algısı, bu stresli olayı anlamlandırma girişimleri neticesinde kişiye bir dereceye kadar baş etme gücü veriyor ve büyümesine rehberlik ediyor gibi görünmektedir. Bu nedenle bu çalışmada da kronik hastalığı olan bireylerde, hastalık yaşantılarının yaşamdaki anlam deneyimlerini nasıl etkilediği ve bunun da hem büyüme hem de uzamış yas üzerindeki yansımalarının nasıl olacağı soruları önem kazanmaktadır.

Travmatik belleğin hem bilişsel hem duygusal olarak işlenmesinin ve travmatik olayın kişi için anlamının incelenmesinin, travmatik olay sonrasındaki deneyimlerin değişmesinde anahtar bir rolü olabileceğine işaret edilmektedir (Allbaugh ve ark., 2016). Ayrıca aynı araştırmacılar, olayın merkeziyeti ile travmatik olayın hem olumlu hem olumsuz sonuçları arasında güçlü bir ilişkinin varlığını raporladıkları çalışmalarında, bu

ilişkide ruminasyonlar ile etkileşime girebilecek olası bir mekanizmanın incelenmesi gerektiğini vurgularlar. Dolayısıyla bu mekanizmalar, duygu düzenleme becerileri ve bireyin anlam sistemi olabilir. Bir sonraki bölümde duygu düzenleme becerilerine ve güçlüklerine ilişkin alanyazın aktarılacaktır.

1.7. KRONİK HASTALIKLARDA DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ

Stres verici yaşantılardan sonra, bu yaşantılara ilişkin istemsiz düşüncelere, anılara maruz kalan bireyler bu nedenle karmaşık hale gelen duygularını anlamlandırmaya, düzenlemeye yönelirler. Kronik bir hastalık tanısı almanın bireyler için süreğen bir stres kaynağı olduğu düşünüldüğünde, duyguların sağlıklı şekilde düzenlenmesi ya da düzenlenememesi hastaların tedaviye uyumundan sağlıklarına ilişkin davranışlarına kadar pek çok durumu etkilemekte, hastalığın prognozunu belirleyebilmektedir (Wierenga, Lehto ve Given, 2017).

Duygu düzenleme, duyguların oluşumunun, yoğunluğunun, zamanlamasının, nasıl deneyimlenip ne şekilde ifade edileceğinin belirlendiği otomatik veya bilinçli süreçleri ifade etmektedir (Gross, 1998). Daha açık bir ifadeyle, duygu düzenleme bir bireyin duyguları üzerindeki süreçleri (büyüklüğü, süresi, dengesi gibi) çeşitli stratejilerle kontrol edebilmesini, bu süreçlerde değişiklikler yapabilmesini içerir ve duygusal tepkileri işlevsel biçimde kullanabilme becerisi olarak düşünülebilir (Tiwari, 2015). Gratz ve Roemer (2004), daha geniş bir kavramsallaştırma ile duygu düzenlemeyi, özellikle hedefe yönelik davranış bağlamında, bireyin kendi duygusal tepkilerinin farkında olma, izleme, değerlendirme ve ayarlama becerisi olarak tanımlamıştır. Duygu düzenlemedeki uyumsuzluklar ise, duyguları deneyimleme ve ifade etme de dahil olmak üzere tüm duygusal işlemlemeyi etkileyebilen kalıcı bir eksiklik örüntüsü anlamına gelir (Kökönyei ve ark., 2014). Gratz ve Roemer (2004) duygu düzenlemedeki güçlükler ya da uyumsuzlukları altı boyutta ele almaktadır:

Duyguların kabulündeki güçlükler (Kabul etmeme), stres verici durumlarda hedefe yönelik davranışlarda bulunma güçlüğü (Amaçlar), dürtüleri kontrol etme ile ilgili güçlükler (Dürtü), duyguları anlama ve anlamlandırma ile ilgili farkındalıktaki güçlükler (Farkındalık), duruma uygun duygu düzenleme stratejilerini esnek kullanmadaki zorluklar (Stratejiler) ve duygusal netlik eksikliği (Açıklık).

Duygular sağlıklı şekilde düzenlendiğinde fiziksel ve psikolojik iyilik halinin arttığı, tersi durumda yani sağlıklı şekilde düzenlenmediğinde ise bireyin işlevselliğini bozucu etkileri olduğu ve fiziksel ve psikolojik sağlık üzerinde olumsuz etkiler oluşturabildiği pek çok çalışma ile kanıtlanmıştır (Ellis ve ark., 2019; Sears ve ark., 2003; Tamagawa ve ark., 2013).

Duygu düzenleme süreci kronik hastalıklara uyum sağlanmasında da önemli bir role sahip görünmektedir (Keefe, Porter ve Labban, 2006). Kronik hastalık tanısı almak bazı bireyler için travmatik olabilir. Bu bireylerin tanıya ilişkin öfke, çaresizlik, korku, üzüntü gibi zorlayıcı duygular yaşaması ve de travmaya karşı inkâr, geri çekilme, panik gibi çeşitli tepkiler vermesi doğaldır. Kronik hastalık tanısı alan bireyler bu bunaltıcı hisler ile birlikte bu hislere neden olacak deneyimlerden kaçınmayı içeren bir takım duygu düzenleme sorunları yaşarlar (Wild ve Paivio, 2004; Tiwari, 2015). Bunlar, olumsuz duyguların işlenmesi, duyguların uygun şekilde ifade edilmesi gibi becerileri azaltarak psikolojik sıkıntıya neden olur ve iyileşmeyi engeller (Creamer, Burgess ve Pattison, 1992). Bununla birlikte kaçınma davranışlarını içeren bu duygu düzenleme sorunları bireyin yaşamdaki işlevselliğine de zarar verebilir, çünkü birey kaçındıkça bazı yaşam alanlarında ve sosyal bağlarında kayıplar yaşar (Tiwari, 2015). Fiziksel ve/veya sosyal işlevsellikte yaşanan kayıplar da yine öfke, çaresizlik, umutsuzluk, hayal kırıklığı, depresiflik gibi baş etmesi zor duyguları baskın hale getirebilir ve böylece mevcut durumu sürdüren ve pekiştiren bir duygusal düzensizlik süreci baş gösterebilir (Gatchel, 2004). Kronik hastalarda özellikle duyguların bastırılmasının hastalıkla ilişkili

belirtilerini artırdığı ve baş etme becerilerini kullanmayı da zorlaştırdığı, dolayısıyla işlevselliklerinin azalmasına yol açtığı gösterilmiştir (Ciuluvica, Fulcheri ve Amerio, 2019; Schlatter ve Cameron, 2010; Tamagawa ve ark., 2013). Duygu düzenleme ile ilgili güçlük yaşanması sosyal destek sistemlerine erişimi ve bunlardan faydalanma olasılığını da azaltarak işlevsellikte azalmaya katkıda bulunmaktadır (Paivio ve Laurent, 2001; van Middendorp ve ark., 2008).

Kronik ağrı hastalarında (Keefe ve ark., 2006; Kökönyei ve ark., 2014), sedef hastalarında (Ciuluvica, Fulcheri ve Amerio, 2019; Innamorati ve ark.; 2016), fibromiyalji hastalarında (Sayar, Güleç ve Topbaş, 2004; van Middendorp ve ark., 2008), MS hastalarında (Phillips ve ark., 2014), kalp damar hastalarında (Denollet ve ark., 2010) ve HIV tanısı almış hastalarda (Tiwari, 2015) duygu düzenleme güçlüğünün varlığı vurgulanmaktadır. Kronik hastalıklarda duygu düzenleme sorunlarına ilişkin baskın alanyazın bulgularından da yola çıkarak duygu düzenleme süreci, hastaların deneyimledikleri travma ya da yoğun stresi nasıl çözümlediklerine ışık tutuyor görünmektedir.

1.7.1. Duygu Düzenleme ve Travma Sonrası Büyüme

Travma sonrası büyüme kuramına göre, stresli ya da travmatik yaşantıların ardından psikolojik anlamda büyümenin ortaya çıkabilmesi için bireyin şemalarını yeniden yapılandırması gibi bilişsel bir sürece ek olarak stres verici olaya ilişkin yoğun duygularını da yönetmesi gerekir. (Tedeschi ve Calhoun, 1996; 2004). Dolayısıyla uyumlu duygu düzenleme becerisi ve bilişsel başa çıkma stratejileri kuramsal olarak travma sonrası büyüme ile ilişkilendirilirken (Tedeschi ve Calhoun, 2004; Calhoun ve Tedeschi, 2012); stresli ve travmatik olaylardan sonra bu olaya verilen stres tepkilerinin sürmesinden, diğer bir deyişle kişi için bir büyüme deneyimi oluşturmamasından uyumsuz duygu ve bilişsel düzenleme stratejilerinin sorumlu olabileceği öne

sürülmektedir (Allbaugh, Wright ve Folger, 2016). Tedeschi'ye göre (2012) travmatik olay sonrası etkili duygu düzenleme ve bilişsel düzenlemenin (amaçlı ruminasyon) iş birliği büyümeye giden yolu işaret etmektedir. Bu gibi yaşantılardan sonra bir bireyin büyüme göstermesi için gerekli olan amaçlı ruminasyona devam etmektir, amaçlı ruminasyon için ise bireyler bir miktar iyileşme yaşamalıdırlar (Calhoun ve Tedeschi, 1998). İyileşme ile ilişkili faktörlerden biri de etkili bir duygu düzenlemedir (Calhoun ve Tedeschi, 2012; Tedeschi ve Calhoun, 1996; Wild ve Paivio, 2004). Diğer bir deyişle etkili duygu düzenleme becerisinin tekrar kazanımı, travmanın iyileşmesinde önemli bir adım olarak görülmektedir (Tsai ve ark., 2017). Çünkü işlevsel bir duygu düzenleme, bireylerin duygularını uygun şekilde ifade etmelerini sağlayarak destek almalarını kolaylaştırır (Paivio ve Laurent, 2001).

Düşünce ve duygularına karşı daha hoşgörülü ve daha esnek olabilen bireylerin katı veya sabit baş etme stilleri yerine farklı baş etme stratejilerini deneyerek yeni bakış açıları kazandıkları ve stres veren deneyimleri ile daha iyi başa çıkarak psikolojik bir dönüşüm geçirmelerinin daha olası olduğu varsayılmaktadır (Calhoun ve Tedeschi, 1998). Bu görüşü destekler şekilde etkili bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin etkili kullanılmasının, kronik hastalarda travmaya bağlı büyüme ile ilişkili olduğu ya da uzun vadede travmaya bağlı büyümeyi yordadığı bulunmuştur (Aflakseir ve Manafi, 2018; Sears ve ark., 2003). Bununla birlikte alanyazında duygu düzenleme güçlüğünün travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalara rastlanmamıştır.

1.7.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Uzamış Yas

Duygu düzenleme sürecinin farklı psikolojik belirtiler ve çeşitli psikopatolojilerle ilişkili ortak bir mekanizma olduğuna ve hatta bu bozuklukların gelişimine ve sürdürülmesine önemli ölçüde katkıları olduğuna dair güçlü ampirik kanıtlar vardır (Aldao, Nolen-Hoeksema ve Schweizer, 2010; Berking ve Wupperman, 2012). Uzamış

yas, bu bozukluklardan biridir (Lacour ve ark., 2020). Uzamış yas bölümünde açıklandığı gibi bu bozukluğu açıklayan modelleri öne süren çalışmalar duygu düzenlemeyi önemli bir yere koymaktadırlar.

Yas, genellikle güçlü ve çeşitli olumsuz duygular içerir. Bu nedenle yasla ilgili duygulardan aktif olarak kaçınmanın uyumsuz yas tepkilerine yol açabileceği belirtilmektedir (Shear ve ark., 2011; Simon, 2013). Uzamış yas, doğası gereği, duygusal acı (üzüntü, suçluluk, öfke, inkâr gibi) içermektedir. Bu nedenle duygu düzenleme becerisinin uzamış yas ile ilişkili olması şaşırtıcı değildir (Lacour ve ark., 2020). Çünkü bu çeşitlilikteki zor duyguların bir araya gelmesi ile yönetilmesinde zorluklar hissedilebilir. Bir çalışmada duygu düzenlemedeki zorluklar yüksek şiddette uzamış yasın yordayıcısı olarak bulunmuştur (Lacour ve ark., 2020).

Duygu düzenlemenin yas süreci için önemli bir faktör olduğu ve sağlıklı ve uyumlu bir duygu düzenlemenin yası atlatmada kilit bir rol oynadığı düşünülmektedir (Shear ve ark., 2011). Bu bölümün başında da aktarıldığı gibi kronik hastalıklarda da birey sağlığı ile ilgili kayıp algılayabilir ve işlevselliklerinde azalma ile bir yas sürecine girebilir. Kronik ve/veya yaşamı tehdit eden hastalık gibi beklenmedik ve olumsuz olarak algılanan durumlar yaşam planlarını bozması nedeniyle de duygusal sıkıntıya yol açabilir (Skaggs ve Baron, 2006). Bu durumu yaşamlarının akışına dahil edemeyenlerin duygusal sıkıntı yaşamaları ve uyum sağlamada zorluk yaşamaları olasıdır. Güncel bulgular duygu düzenlemede yaşanan güçlüklerin uzamış yas ile doğrudan veya dolaylı ilişkisini ortaya koysa da (Cesur-Soysal ve Durak-Batıgün, 2020; Gegieckaite ve Kazlauskas, 2020; Lacour ve ark., 2020) özgül olarak kronik hastalıklarda duygu düzenlemede yaşanan zorluklar ile hastalığa ilişkin uzamış yas süreci arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma bulunamamıştır. Bununla birlikte uzamış yasa ilişkin kuramsal ardalan ve kronik hastalık tanısı almanın yukarıda sözü edildiği gibi sevilen birinin kaybı sonrasında yaşanan benzer duygu ve deneyimleri beraberinde getirebileceği

düşünüldüğünde duygu düzenleme güçlüğü ve hastalığa ilişkin uzamış yas arasında pozitif yönde bir ilişki beklenmektedir.

1.7.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Ruminasyon

Duygu düzenleme güçlükleri bilişsel stratejilerle de ilişkili bulunmuştur (Cesur-Soysal ve Durak-Batıgün, 2020). Hatta aynı çalışma bireyin bilişleriyle duygu düzenleme güçlükleri arasındaki ilişkinin uzamış yas belirtilerinin bir yordayıcısı olduğuna işaret etmektedir. Kronik hastalıklarda duygu düzenlemeye ilişkin alan yazında ruminasyonun "girici ruminasyona" benzer şekilde olumsuz ve müdahaleci bir anlamla duygu düzenleme stratejilerinden biri gibi ele alındığı çalışmalara sıkça rastlanmaktadır. Bu çalışmalar, ruminasyon gibi stratejilerin duyguların etkili biçimde düzenlenmesine engel olduğuna ve algılanan stresi süreğen hale getirdiği için bedeni stres karşısında fizyolojik olarak zararlı etkilere maruz bıraktığına, fizyolojik sistemin normale dönüşünü engellediğine ve bunların da işlev kayıplarına yol açtığına işaret etmektedir (Brosschot ve Thayer, 2004; Haratian ve ark., 2020). Güncel çalışmalar hem kronik migren ve baş ağrısı hastalarında (Haratian ve ark., 2020) hem de kardiyovasküler rahatsızlıkları olan hastalarda (Trick ve ark., 2019) girici ruminasyon ve duyguların bastırılması gibi işlevsel olmayan stratejilerin daha sık, duyguların kabulü ya da bilişsel yeniden yapılandırma gibi işlevsel duygu düzenleme stratejilerinin ise daha az kullanılmasının psikolojik iyi oluşlarını olumsuz düzeyde etkilediğini göstermekte ve de psikopatoloji riskini artırdığı düşünülmektedir. Dolayısıyla hem bilişsel hem de duygusal işlemedeki güçlüklerin hastaların hastalıkla ilgili algıları, hastalığa bağlı işlev kayıplarına verdikleri tepkiler ile ilişkili olduğu ve psikolojik sağlıklarına olumsuz yönde direkt ya da dolaylı etkileri olduğu düşünülmektedir (Wierenga, Lehto ve Given, 2017).

Özetlenecek olursa, kronik hastalıklarda duygu düzenleme konusunu ele alan çalışmalar genel olarak bu örneklemde işlevsel kabul edilmeyen stratejilerin daha

yaygın, etkili duygu düzenleme stratejilerinin ise daha seyrek kullanıldığını ve duygu düzenleme süreçlerinde güçlükler yaşandığını ortaya koymaktadır. Duygu düzenlemede yaşanan bu sorunlar ise psikopatolojik ve fizyolojik (hastalığa ilişkin) belirtilerin artışı gibi olumsuzluklarla ilişkilendirilmektedir. Tüm bu aktarılanlardan yola çıkarak kronik hastalıklarda duygu düzenleme sürecinin sonuca giden yolda ayırt edici olabileceğini söylemek yanlış olmayacaktır. Diğer bir deyişle sağlıklı bir duygu düzenlemenin, bilişsel stratejilerle iş birliği halinde bireyi psikolojik büyümeye ulaştırırken, duygu düzenlemede yaşanan güçlüklerin bireyin büyüme deneyimini engelleyebileceği düşünülmektedir. Buradan hareketle kronik hasta örnekleminde ruminasyon stratejileri ile birlikte duygu düzenleme güçlüğünün uzamış yası yordamadaki rolü incelenmek istenmiştir.

1.8. ARAŞTIRMANIN AMACI

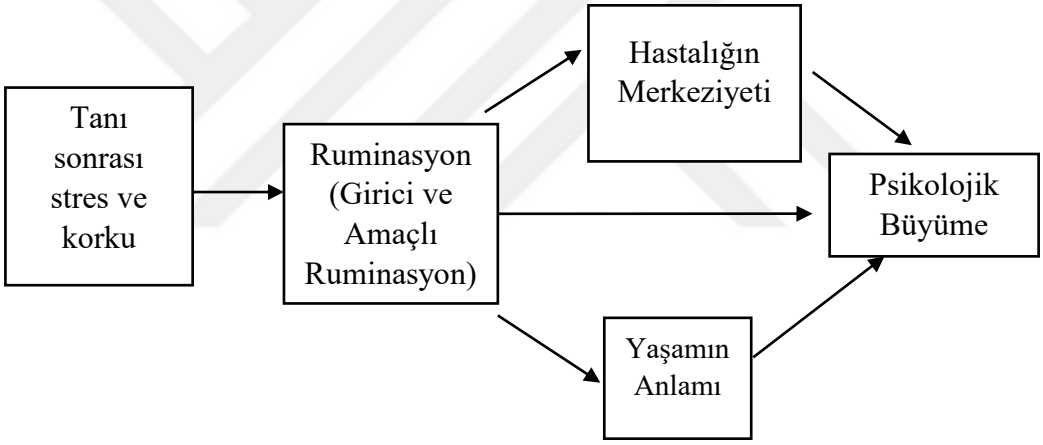
Yukarıda aktarılan alanyazının ışığında, kronik hastalıklarda bireylerin mücadelelerinin bir sonucu olarak olumlu bir dönüşüm deneyimleyebildikleri gibi sağlıklarına ilişkin muğlak kayıplarına yönelik uzamış yas tepkisi de geliştirebilecekleri söylenebilir. Yine alanyazın doğrultusunda kronik hastalıklarda bilişsel faaliyetler (ruminasyonlar, hastalığın merkeziyeti), duygusal (duygu düzenleme güçlüğü, tanıya ilişkin stres ve korku) ve varoluşsal (yaşamda anlam) faktörlerin ilişkili olduğu ve bunların hem psikolojik büyümenin hem de uzamış yasın gelişiminde rolü olduğu düşünülmektedir. Bu iki ayrı psikolojik sonucun nasıl bir yol izlediği, sürecin ne gibi benzerlikleri ve farklılıkları içerdiği merak konusudur. Buradan hareketle mevcut çalışmada dört amaç belirlenmiştir:

1. Kronik fiziksel hastalığı olan yetişkin bireylerin tanıya ilişkin stres ve korku düzeyleri, ruminasyon biçimleri, hastalığa ilişkin değerlendirmeleri (hastalığın

merkeziyeti), duygu düzenleme güçlükleri, yaşama yükledikleri anlam ile uzamış yas tepkileri ve psikolojik büyüme arasındaki ilişkileri incelemek.

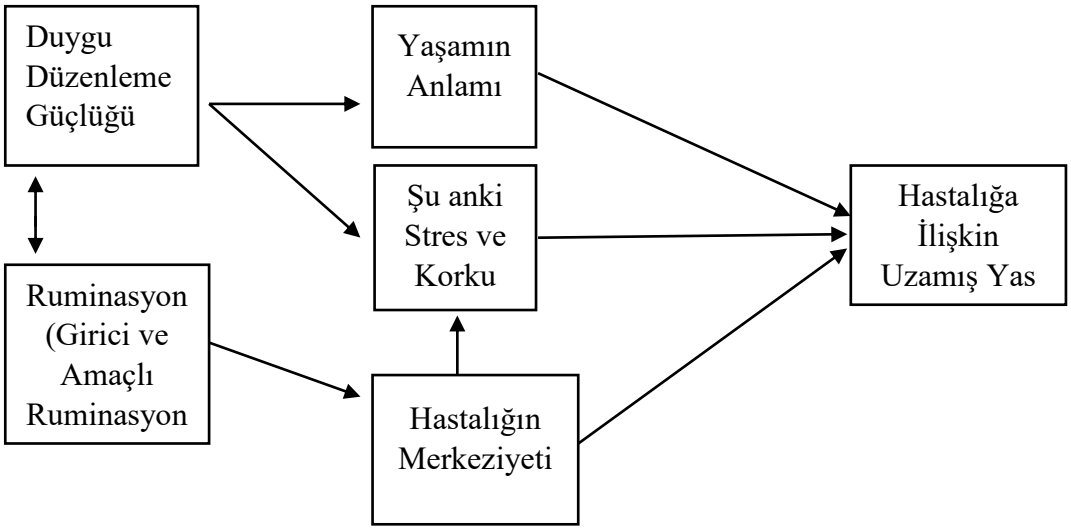
2. Söz konusu bağımlı (psikolojik büyüme ve uzamış yas) değişkenlerin, demografik (cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum) ve hastalığa ilişkin değişkenler (ilaç kullanımı ve tanı üzerinden geçen süre) açısından bir farklılaşma gösterip göstermediğini incelemek.

3. Tedeschi ve arkadaşlarının (2004; 2018) travma sonrası büyüme kuramı ve modeli çerçevesinde, kronik hastalarda psikolojik büyümeye giden yolda tanı sonrasında yaşanan stres ve korku, girici ve amaçlı ruminasyon, hastalığın merkeziyeti, yaşamın anlamı gibi psikolojik değişkenlerle kurulan bir yol modelini test etmek (Şekil-2.)



Şekil 2. Kronik Hastalarda Psikolojik Büyümeyi Açıklayan Model Önerisi

4. Kronik hastalık tanısı almanın hemen sonrasında ortaya çıkan ruminasyonların ve duygu düzenleme güçlüğünün, yaşamın anlamı, hastalığın merkeziyeti ve tanıya ilişkin şu anki stres ve korku iş birliğiyle hastalığa ilişkin uzamış yas üzerindeki etkilerini ortaya koyan bir yol modeli değerlendirmek (Şekil 3.)



Şekil 3. Kronik Hastalarda Uzamış Yası Açıklayan bir Model Önerisi

1.8. ARAŞTIRMA SORULARI VE HİPOTEZLER

1. Demografik değişkenlerin psikolojik büyüme ve hastalığa ilişkin uzamış yas puanları üzerinde rolü var mıdır?

2. Hastalığa ilişkin değişkenler (tanının üzerinden geçen süre ve ilaç kullanımı) ile psikolojik büyüme ve hastalığa ilişkin uzamış yas puanları arasında ilişki mevcut mudur?

3. Kronik hastalarda psikolojik büyümeyi açıklamak için önerilen araştırma modeli (Şekil 2.) istatistiksel açıdan anlamlı mıdır?

4. Kronik hastalarda hastalığa ilişkin uzamış yası açıklamak için önerilen araştırma modeli (Şekil 3) istatistiksel açıdan anlamlı mıdır?

Psikolojik Büyüme Modeli için Hipotezler

i. Tanı sonrası stres ve korku ile girici ve amaçlı ruminasyonlar arasında doğrudan ve pozitif ilişki bulunmaktadır.

ii. Girici ruminasyon ile amaçlı ruminasyon arasında doğrudan ve anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunmaktadır.

iii. Amaçlı ruminasyon ile anlamın varlığı arasında doğrudan ve anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunmaktadır.

iv. Amaçlı ruminasyon ile hastalığın merkeziyeti arasında doğrudan ve anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunmaktadır.

v. Amaçlı ruminasyon, hastalığın merkeziyeti ve anlamın varlığı ile psikolojik büyüme arasında doğrudan ve anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunmaktadır.

vi. Tanı sonrası stres ve korku, girici ve amaçlı ruminasyon aracılığıyla psikolojik büyüme ile anlamlı düzeyde ve dolaylı olarak ilişkilidir.

vii. Girici ruminasyon, amaçlı ruminasyon aracılığıyla psikolojik büyüme ile anlamlı düzeyde ve dolaylı olarak ilişkilidir.

viii. Amaçlı ruminasyon, anlamın varlığı aracılığıyla psikolojik büyüme ile anlamlı düzeyde ve dolaylı olarak ilişkilidir.

ix. Amaçlı ruminasyon, hastalığın merkeziyeti aracılığıyla psikolojik büyüme ile anlamlı düzeyde ve dolaylı olarak ilişkilidir.

Hastalığa Bağlı Yas Modeli için Hipotezler

x. Girici ruminasyon ve amaçlı ruminasyon arasında doğrudan ve anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunmaktadır.

xi. Duygu düzenleme güçlüğü ile tanıya bağlı şu anki stres ve korku arasında doğrudan ve anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunmaktadır.

xii. Duygu düzenleme güçlüğü ile anlamın varlığı arasında doğrudan ve anlamlı düzeyde negatif ilişki bulunmaktadır.

xiii. Amaçlı ruminasyon ile hastalığın merkeziyeti arasında doğrudan ve anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunmaktadır.

xiv. Hastalığın merkeziyeti ile tanıya bağlı şu anki stres ve korku arasında doğrudan ve anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunmaktadır.

xv. Duygu düzenleme güçlüğü, amaçlı ruminasyon, anlamın varlığı, hastalığın merkeziyeti, tanıya bağlı şu anki stres ve korku ile hastalığa bağlı yas arasında doğrudan ve anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunmaktadır.

xvi. Girici ruminasyon, amaçlı ruminasyon aracılığıyla hastalığa bağlı yas ile anlamlı düzeyde ve dolaylı olarak ilişkilidir.

xvii. Duygu düzenleme güçlüğü, anlamın varlığı ve tanıya bağlı şu anki stres ve korku aracılığıyla hastalığa bağlı yas ile anlamlı düzeyde ve dolaylı olarak ilişkilidir.

xviii. Amaçlı ruminasyon, hastalığın merkeziyeti aracılığıyla hastalığa bağlı yas ile anlamlı düzeyde ve dolaylı olarak ilişkilidir.

xix. Hastalığın merkeziyeti tanıya bağlı şu anki stres ve korku aracılığıyla hastalığa bağlı yas ile anlamlı düzeyde ve dolaylı olarak ilişkilidir.

1.9. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Aktarılan kapsamlı alanyazın bulgularından anlaşılacağı gibi, kronik fiziksel hastalık tanısı almak pek çok birey için süreğen bir stres kaynağıdır ve bireylerin yaşamları üzerinde fizyolojik ve psikolojik etkileri mevcuttur. Bir dizi kronik hastalıkta da, pek çok travmatik yaşantıya benzer şekilde, büyüme rapor edilmektedir; fakat kronik hastalıklarda büyümenin ortaya çıkması için nasıl bir yol izlediği konusu alanyazında yeterince açıklanamamıştır. Travma sonrası büyümenin kuramsal (Tedeschi ve Calhoun, 2004) bakış açısı temelinde, kronik fiziksel hastalıklara sahip bireylerin bilişsel, duygusal ve varoluşsal deneyimleri yoluyla büyüme yaşantılarını kapsamlı bir şekilde araştıran ilk çalışma olması bu araştırmanın önemini arttırmaktadır. Bununla birlikte tek başına büyümeye odaklanmak, kronik hastalıklarda işleyen psikolojik süreci anlamak için yeterli olmayacağı gibi objektif de olmayacaktır. Bu nedenle mevcut çalışmada, kronik hasta örnekleminde oldukça sınırlı çalışılmış olan uzamış yas tepkilerinin kronik hasta örnekleminde değerlendirilmiş olmasının da alanyazına önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Başka bir ifadeyle, mevcut çalışma kapsamında kronik hastalıklarda psikolojik büyümeye ve uzamış yasa giden yolda bilişsel, duygusal, varoluşsal ve hastalığa ilişkin değişkenlerin bütüncül bir araştırma modeli ile incelenecek olması bu çalışmanın en önemli yönüdür. Böylece kronik hastalığa sahip bireylerde psikolojik büyüme ya da uzamış yasın gelişmesinde hangi unsurların ne gibi rolleri olduğu ve bunların nasıl bir yol izlediğine dikkat çekilerek, uygulama alanında ilgili müdahalelerin geliştirilmesine ışık tutulabilir.

Alanyazında kronik hastalığı olan bireylerle yapılan çalışmaların travma sonrası büyüme bağlamında genellikle tek bir hastalık odaklı örneklemlerle, uzamış yas bağlamındakilerin ise yalnızca kanser hastalarıyla yürütülmüş olması kısıtlılık olarak değerlendirilmektedir. Mevcut tez çalışmasında ise kronik hastalıklar açısından kategorik ve homojen bir yaklaşım yerine, hastalığın öznel olarak nasıl

deneyimlendiğini ve stres verici yaşantılar sonrasında ortaya çıkan genel faktörleri (travma sonrası büyüme modeli) odak alan tanılar üstü bir bakış açısı benimsenerek, geniş bir yelpazedeki kronik hastalıkların dahil edildiği klinik bir örneklem üzerinde psikolojik büyüme ve uzamış yas incelenecektir. Ülkemizde söz konusu nitelikte bir örneklemin hem uzamış yas hem de büyüme modelinin senteziyle incelendiği bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Tüm bunlar göz önüne alındığında kronik hastalıklarda psikolojik büyümenin ve uzamış yasın gelişimine yönelik bütüncül bir yaklaşım sunması planlanan bu tez çalışmasının hem alanyazına hem de uygulama alanına önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

II. BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde mevcut çalışmanın örneklemine ve veri toplama araçlarına ilişkin bilgiler ve işlem süreci aktarılmıştır.

2.1. ÖRNEKLEM

Araştırmanın evreni Türkiye'de yaşayan, 18-65 yaş arasında olup kronik fiziksel hastalık tanısı bulunan ve tanıyı en az 6 ay önce almış olan yetişkin bireylerden oluşmaktadır. Tanının üzerinden 6 ay geçmesine ilişkin kriter; hem çalışmanın bağımlı değişkenlerinden uzamış yasa ilişkin ölçütü karşılamak hem de tanı sonrasındaki süreçte bireyin yoğun bir stres yaşantısı ile baş etmesi sürecinin "psikolojik büyüme" ile karışmasını önlemek amacıyla seçilmiştir. Bu çalışma için 514 katılımcıdan veri toplanmıştır. Bununla birlikte dışlama ölçütleri nedeniyle (65 yaşından büyük olma, kronik hastalığın adının yazılmamış olması, hastalık tanısı üzerinden 6 ay geçmemesi, ölçeklerde fazla miktarda kayıp verilerin olması, kronik hastalığın psikiyatrik olması) 89 katılımcının verisi veri setinden çıkarılmıştır. Böylece tüm analizler 18-65 (*Ort.* = 37.72, *SS* = 12.79) yaş aralığında bulunan 425 katılımcı üzerinden yürütülmüştür. Örneklemin 316'sı (%74.4) kadın, 108'i (%25.4) erkektir ve %56.5'i medeni durumunu evli, %36.7'si bekar olarak tanımlamıştır. Bu çalışma için Türkiye'nin farklı şehirlerinden katılımcılara ulaşılmış olsa da katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%58.8) metropolde yaşadığını bildirmektedir. Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin betimleyici istatistiklere Tablo 1'de ayrıntılı olarak yer verilmiştir.

Katılımcıların kronik hastalıkları ile ilgili bilgiler Tablo 2'de paylaşılmıştır. Katılımcıların tanı aldıkları yaş ortalaması 28.18 (SS= 13.19), tanılarının üzerinden geçen süre ortalaması ise 9.39 yıldır (SS= 8.42). Süreğen hastalıkları sebebiyle ilaç kullananların oranı %82.4 iken %17.6'sı ilaç kullanmadıklarını ifade etmektedir.

Tablo 1. Demografik Değişkenlere İlişkin İstatistikler

	N	**%**
Cinsiyet		
Kadın	316	74.4
Erkek	108	25.4
Eğitim düzeyi		
İlkokul	28	6.6
Ortaokul	13	3.1
Lise	94	22.1
Yüksekokul	37	8.7
Lisans	135	31.8
Lisansüstü	118	27.8
Medeni durum		
Bekar	156	36.7
Evli	240	56.5
Eşi vefat etmiş	2	0.5
Boşanmış	18	4.2
Diğer	9	2.1
Çalışma durumu		
Çalışıyor	205	48.2
Yarı zamanlı	29	6.8
Çalışmıyor	191	44.9
Çocuk sahibi		
Çocuğu olan	232	54.6
Çocuğu olmayan	193	45.4

Bu konudaki araştırmalar referans alınarak (Førland ve ark., 2018; Zeligman ve ark., 2018) nörolojik hastalıklar, immünolojik (bağışıklık sistemi) hastalıklar, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, romatolojik hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, solunum yolu hastalıkları, gastroenterolojik hastalıklar, dermatolojik ve alerjik hastalıklar çalışma örneklemine dahil edilebilecek hastalıklar olarak düşünülmüştür. Kanser ve AIDS gibi hastalıkların, alanyazın ışığında kronik fiziksel hastalık tanısı alan yetişkin örneklemine dahil edilmemesine karar verilmiştir. Katılımcıların süreğen fiziksel hastalıkları çeşitlilik göstermektedir: Ailevi Akdeniz ateşi (8), alerjik astım (10), astım (28), ankilozan spondilit (13), behçet (2), böbrek hastalıkları (3), crohn (2), çölyak (4), kronik farenjit (5), tip 1 diyabet (19), tip 2 diyabet (47), epilepsi (22), fibromiyalji (11), göz hastalığı (7), haşimato tiroidi (10), hipertansiyon (54), hipertiroid (2), hipotiroid (24), kalp hastalıkları (22), koah (4), lupus (4), migren (43), MS (29), romatoid artirit (4), romatizma (21), talasemi majör (2), ülseratif kolit (2), vertigo (5), diğer (sedef, mesane ekstrofisi, huzursuz bağırsak sendromu, myastenia gravis, hipoglisemi; 8). Katılımcıların kronik hastalık tanılarına ilişkin detaylı açıklamalara ekte yer verilmiştir (Ek 9.)

Tablo 2. Süreğen Fiziksel Hastalıkla İlişkili Değişkenler

Değişkenler	**N (%)**	**Ort.**	**SS**
Tanı aldığı yaş		28.17	13.19
Tanının üzerinden geçen süre		9.39	8.42
6 ay – 3 yıl	119 (28)		
4- 9 yıl	152 (35.8)		
10 yıl ve üzeri	154 (36.2)		
Birden çok hastalığı olan	63 (14.8)		
Ailesinde benzer hastalık öyküsü			
Bulunan	225 (52.9)		
Bulunmayan	200 (47.1)		
Hastalığı nedeniyle			
Düzenli ilaç kullanan	350 (82.4)		
İlaç kullanmayan	75 (17.6)		
Hastane yatışı	76 (17.9)		
Operasyon	54 (12.7)		
Düzenli kontrol	236 (55.5)		

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri, her bir kronik fiziksel hastalığı olan yetişkin bireye uygulanan ölçek bataryasından elde edilmiştir. Ölçek bataryasında Demografik Bilgi formu, Travma Sonrası Büyüme Ölçeği, Olayların Merkeziliği Ölçeği, Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği, Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ve Yaşamın Anlamı Anketi yer almaktadır. Kronik hastalığı olan bir örneklemde çalışıldığı için ölçek maddelerindeki sözcükler, önceki bazı çalışmalarda yapıldığı gibi (Örn. Dirik ve Karancı, 2008) hastalığı işaret edecek şekilde değiştirilmiştir.

2.2.1. Aydınlatılmış Onam Formu

Ölçek bataryasının ilk sayfasında katılımcıların araştırma amacına ilişkin bilgilendirilmesi ve çalışmaya katılımları için onaylarının alınması amacıyla oluşturulmuş aydınlatılmış onam formu yer almaktadır (Ek 1).

2.2.2. Demografik ve Hastalığa İlişkin Bilgi Formu

Katılımcıların, cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi, yaşadıkları şehir gibi sosyodemografik özelliklerine ulaşmak amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulan bir formdur (Ek 2). Bu formda ayrıca katılımcıların kronik fiziksel hastalıklarına dair detaylı bilgi almayı amaçlayan sorular (kronik hastalık tanısının ne olduğu, tanıyı ne zaman aldığı, hastalığın mevcut durumu, tedavi görüp görmediği, hastalığın şiddeti, işlevsellik düzeyleri, hastalıkları ile bağlantılandırdıkları kayıplarının olup olmadığı) da yer almaktadır.

2.2.3. Tanıya İlişkin Stres ve Korku Ölçeği

Katılımcıların “kronik hastalık tanısına ilişkin korku ve stres düzeyleri”, tanının hemen sonrasında ve şu an olmak üzere iki farklı zaman dilimi için (“Hastalık tanısı

konduğunda bu durum hemen ardından/şu an sizin için ne kadar stres verici?" ve "Hastalık tanısı konduğunda bu durum hemen ardından/şu an sizin için ne kadar korkutucu?") oluşturulan toplam dört soru ile ölçülmüştür. Değerlendirme için 5'li Likert tipi bir puanlama (1=Hiç değil-5=Çok stres verici/korkutucu) kullanılmıştır. Ölçülen bu değişkenlerin Cronbach alfa katsayısı, tanının hemen ardından yaşanan stres ve korku düzeyi için .86, tanıya ilişkin şu an yaşanan stres ve korku düzeyi için ise .87 olarak bulunmuştur. Söz konusu ölçek Demografik ve Hastalığa İlişkin Bilgi Formu'nda 7-10. Sorularda yer almaktadır (Ek 2).

2.2.4. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (TSBÖ)

Çalışmamızda psikolojik büyümeyi değerlendirmek için Travma Sonrası Büyüme Ölçeği kullanılmıştır. Tedeschi ve Calhoun (1996) tarafından geliştirilmiş, 21 maddelik, altılı Likert tipi (0= Hiç yaşamadım- 5= Çok fazla yaşadım) puanlanan bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 0-105'tir. Ölçekten alınan toplam puanın artması, kişinin travmatik yaşantı sonrasında yüksek düzeyde bir büyüme, gelişme yaşadığına işaret etmektedir. Ölçeğin, başkalarıyla ilişkiler (6, 8, 9, 15, 16, 20, 21. maddeler) , yeni fırsatlar (3, 7, 11, 14, 17. maddeler), kişisel güçlülük (4, 10, 12, 19. maddeler), manevi değişim (5, 18. maddeler) ve yaşamı takdir etme (1, 2, 13. maddeler) olmak üzere beş alt boyutu vardır. Ölçekte ters kodlanan madde yoktur. Orijinal çalışmada ölçeğin tamamı için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .90 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları ise .67 ile .85 arasında değişmektedir. Test-tekrar test güvenirliği .71 olarak bulunmuştur. Özgün çalışmada ölçek, dışadönüklük, uyumluluk ve deneyime açıklık ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

TSBÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Dürü (2006) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .93

olarak bulunmuştur. Ölçeğin yapı geçerliğine bakıldığında, orijinaline benzer şekilde beş faktörlü çözümün varyansın %67.84'ünü açıkladığı bildirilmiştir.

Mevcut çalışmada ise ölçeğin toplam puan üzerinden hesaplanan Cronbach alfa katsayısı .94'dür. Alt boyutlar açısından bakıldığında ise bu değerler başkalarıyla ilişkiler için .86; yeni fırsatlar için .81; kişisel güçlülük için .80; manevi değişim için .79 ve yaşamı takdir etme için .81 olarak bulunmuştur (Ek 3). (Bknz. Tablo 3).

2.2.5. Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri (OİRE)

Stresli ya da uyum bozucu bir olaya ilişkin tekrarlı düşünmeyi değerlendirmek amacıyla Cann ve arkadaşları (2011) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin "girici ruminasyon" ve "amaçlı ruminasyon" olmak üzere iki boyutu ve her boyutunda 10 madde olmak üzere toplam 20 maddesi bulunmaktadır. Girici ruminasyona ait maddeler olaydan hemen sonra bireyin olay hakkında istemsizce (Örn., "Olaya ait düşünceler, anılar ya da görüntüler istemesem de aklıma geldi."); amaçlı ruminasyona ait maddeler ise bireyin olaydan hemen sonraki süreçte olay üzerine isteyerek (Örn. "Olayın beni nasıl etkilemiş olduğu hakkında özellikle düşündüm.") düşünüp düşünmediğini ölçmektedir. Ölçeğin alt boyutlarından alınan yüksek puanlar, o boyuta yönelik tekrarlayıcı (ruminatif) düşüncenin varlığına işaret etmektedir. Ölçek 4'lü Likert tipinde (0= Hiç, 3= Sıklıkla) puanlanmaktadır. Açımlayıcı faktör analizi sonucuna göre iki faktörlü çözüm varyansın %57'sini açıklamakta ve doğrulayıcı faktör analizi bulguları da bu iki faktörlü çözümün daha iyi uyum gösterdiğini doğrulamaktadır. Ölçek, iç tutarlılık katsayıları açısından yüksek değerlere (girici ruminasyon α = .94, amaçlı ruminasyon α = .88) sahiptir.

Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Haselden (2014) tarafından son 5 sene içerisinde önemli düzeyde stresli yaşam olayı deneyimleyen üniversite öğrencileri örnekleminde yapılmıştır. Özgün çalışma ile tutarlı olarak ölçeğin Türkçe formu için

yapılan açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri de iki faktörlü bir çözümün daha iyi uyum gösterdiği bulgusuna ulaşmıştır. Türkçe form için ulaşılan iki faktörlü çözüm varyansın %58'ini açıklamaktadır. Ölçeğin özgün formuna benzer şekilde girici ruminasyon ilk 10 maddeyi, amaçlı ruminasyon alt boyutu ise son 10 maddeyi kapsamaktadır. Ölçeğin Türkçe formu için hesaplanan iç tutarlılık katsayıları (Cronbach alfa) girici ruminasyon için .96, amaçlı ruminasyon için .91 ve tüm ölçek için .96 olarak bulunmuştur. Geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Türkçe formun travma sonrası büyüme, başa çıkma tarzları ve ruminatif tepkiler ile pozitif yönde korelasyon gösterdiği bulunmuştur.

Mevcut çalışmada iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) girici ruminasyon için .96 , amaçlı ruminasyon için .91 olarak bulunmuştur (Ek 4) (Bknz. Tablo 3)

2.2.6. Olayların Merkeziliği Ölçeği (OMÖ)

Berntsen ve Rubin (2006) tarafından, deneyimlenen olumlu veya olumsuz belirli bir yaşantının bireyin kimliği ve yaşam öyküsü açısından ne derece önemli ya da merkezi olduğunu belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 7 maddeden oluşan kısa ve 20 maddeden oluşan uzun olmak üzere iki forma sahiptir ve 5'li Likert tipinde puanlanmaktadır (1= Kesinlikle katılmıyorum ve 5= Kesinlikle katılıyorum). Ölçek üç ayrı kavram çerçevesinde geliştirilmiştir: (1) Bir olayın kişiliğin merkezinde algılanması, (2) olayın kişinin yaşam öyküsünde bir dönüm noktası olarak değerlendirilmesi ve (3) olayın başka yaşantıları anlamlandırmada bir referans noktası olarak düşünülmesi. Bununla birlikte ölçeği geliştirenler ölçeğin tek boyuttan oluştuğunu bildirmektedirler (Berntsen ve Rubin, 2006). Ölçeğin iç tutarlık katsayıları uzun versiyon için .94; kısa versiyon için .88 olarak hesaplanmıştır. Özgün çalışmada ölçek, depresyon ve travma sonrası stres belirtileri ile ilişkili bulunmuştur.

Ölçeğin Boyacıoğlu ve Aktaş (2018) tarafından yapılan Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında psikometrik özellikleri, olumlu ve olumsuz içeriğe sahip otobiyografik anılar kapsamında değerlendirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmasında da orijinaline benzer şekilde tek faktörden oluştuğu bulgusuna ulaşılmıştır. Tek faktörlü yapı için açıklanan toplam varyans olumlu anılarda %51.01, olumsuz anılarda %36,81 olarak elde edilmiştir. OMÖ kısa versiyonunun açıkladığı toplam varyans ise olumlu anılarda %60,32, olumsuz anılarda %47,84 olarak elde edilmiştir. Ölçeğin toplam puan üzerinden hesaplanan iç tutarlılık katsayısı olumsuz otobiyografik anılar için .91, olumlu otobiyografik anılar için .95 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe kısa versiyonunun da yüksek iç tutarlılığa sahip olduğu görülmüştür (Cronbach alfa: .89-.82). OMÖ ile travma sonrası stres belirtileri arasındaki korelasyon .36 (p <.001) olarak bulunmuştur.

Mevcut çalışmada ölçeğin 7 maddelik kısa versiyonu kullanılmış ve "olay"a ilişkin ifadeler "hastalık" ifadesiyle değiştirilmiştir. (Ek 5). Mevcut çalışma için ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .88 olarak hesaplanmıştır. (Bknz. Tablo 3)

2.2.7. Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu (UYB-H)

Prigerson ve arkadaşları (2009) tarafından, Uzamış Yas Bozukluğu tanısının ICD-11 için önerilmesiyle yas belirtilerini ölçmeyi amaçlayan Karmaşık Yas Envanteri'nin uzamış yas bozukluğu ile ilgili tanı ölçütleri temelinde tekrar gözden geçirilmesiyle oluşturulmuştur. UYB, kanser hastalarının, hastalığın yol açtığı kayıplara (sağlıklarının ve/veya işlevselliklerinin kaybı) ilişkin yas tepkilerini ölçmek amacıyla uyarlanarak, ölçeğin Hasta Formu (UYB-H; Jacobsen ve ark. 2010) geliştirilmiştir. UYB-H, 12 maddeden oluşmakta ve 5'li Likert tipinde (İlk 4 madde için 1=Hiç- 5= Günde birçok kere; 5-12 maddeler için ise 1=Hiç- 5= Oldukça Çok) derecelendirilmektedir. Ölçekten alınan puanların artması, yas belirtilerindeki artışa

işaret etmektedir. Ölçek tek bir faktörden oluşmaktadır ve tüm ölçek için hesaplanan iç tutarlılık katsayısı .86'dır (Jacobsen ve ark. 2010).

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Gökler-Danışman, Yalçınay ve Yıldız (2017) tarafından kanser hastalarının yer aldığı bir örneklem üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada toplam varyansın %46'sını açıklayan tek faktörlü bir çözüme ulaşılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .88, iki yarım güvenirlik katsayıları .83 ve .90 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin ölçüt geçerliğini belirlemek amacıyla ölçekten elde edilen puanlarla Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Hastalığa Yönelik Öznel Algılar Ölçeği puanları arasındaki ilişkilere bakılmış ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. UYB-H ölçek çalışması kanser hastaları örnekleminde yapılmış olsa da ölçeğin diğer hasta popülasyonlarında da kullanılabilecek özellikte olduğu bildirilmektedir (Gökler-Danışman, Yalçınay ve Yıldız, 2017).

Mevcut çalışmada ise UYB-H, kronik fiziksel hastalığı olan bireylerin hastalıklarına ilişkin yas tepkilerini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Mevcut çalışma için ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .92 olarak hesaplanmıştır (Ek 6) (Bknz. Tablo 3).

2.2.8. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği- Kısa Form (DDGÖ-16)

Gratz ve Roemer (2004) tarafından duygu düzenlemede yaşanan güçlükleri değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçek, Bjureberg ve arkadaşları (2016) tarafından 16 maddelik kısa forma dönüştürülmüştür. DDGÖ-16, beş faktörden oluşmaktadır: Açıklık (1 ve 2. maddeler), Amaçlar (3, 7 ve 15. maddeler), Dürtü (4, 8 ve 11. maddeler), Stratejiler (5, 6, 12, 14 ve 16. maddeler) ve Kabul etmeme (9, 10 ve 13. maddeler). DDGÖ-16, 5'li likert tipinde (1= Hemen hemen hiç- 5=Hemen hemen her zaman) derecelendirilmektedir. Ölçek hem alt faktör puanları hem de toplam puan

üzerinden değerlendirilebilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, bireyin daha yüksek düzeyde duygu düzenleme güçlüğü yaşadığına işaret etmektedir. Ölçeğin toplam puan üzerinden hesaplanan Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .92, test-tekrar test güvenirliği .85 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin kısa formunun Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Yiğit ve Guzey Yiğit (2017) tarafından gerçekleştirilmiştir. Özgün çalışmaya benzer şekilde beş faktörlü bir yapıya ulaşılmıştır. Türkçe form için hesaplanan Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı tüm ölçek için .92, alt boyutları için ise .78 ile .87 aralığında; Guttman iki yarım güvenirlik katsayısı ise .88 olarak bulunmuştur. Ölçüt geçerliğinde DDGÖ-16'dan alınan yüksek puanlar, depresyon, anksiyete gibi çeşitli psikolojik belirtiler ve duygusal kaçınma ile ilişkili bulunmuştur.

Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı tüm ölçek için .94, alt boyutlar için .86 (açıklık), .87 (amaçlar), .90 (dürtü), .88 (stratejiler), .82 (kabul) olarak hesaplanmıştır. (Ek 7) (Bknz. Tablo 3)

2.2.9. Yaşamın Anlamı Anketi (YAA)

Bireyin yaşama atfettiği anlam düzeyi ve anlam arayışı sürecini ölçmeyi amaçlayan ölçek, Steger ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilmiştir. Özbildirime dayalı ölçek, toplam 10 maddeden ve iki boyuttan oluşmaktadır: Anlamın Varlığı ve Anlam Arayışı. Anlamın varlığı (1, 4, 5, 6. ve ters kodlanan 9. madde) bireyin yaşamdan algıladığı anlamı ölçerken (Örn: "Yaşamımın açık bir amacı var."); Anlam arayışı (2, 3, 7, 8, 10. Maddeler) yaşamdaki anlamı keşfetmeye ilişkin motivasyonu (Örn: "Yaşamım için bir amaç veya misyon arıyorum.") ölçmektedir. Ölçek maddeleri 7'li Likert tipinde (1=Kesinlikle doğru değil- 7= Kesinlikle doğru) derecelendirilmekte ve alt boyutların her birinden 5-35 aralığında puan alınabilmektedir. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları, anlamın varlığı boyutu için .82-.86, anlam arayışı boyutu için

ise .86-.87 aralığında bulunmuştur. Test-tekrar test güvenirlikleri, anlamın varlığı için .70 iken anlam arayışı boyutu için .73 olarak belirlenmiştir. Alt boyutlardan alınan yüksek puanlar daha yüksek düzeyde bir anlam duygusuna ya da anlam arayışına işaret etmektedir. Ölçeğin iki boyutu birbiriyle negatif korelasyon göstermektedir. Ölçüt geçerliği bakımından, anlamın varlığı yaşam doyumu, pozitif duygular, dışadönüklük ile pozitif; negatif duygular, depresyon ve nevrotik kişilik ile negatif yönde ilişkili bulunurken; anlam arayışı depresyon, nevrotiklik ve negatif duygular ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Dursun (2012) tarafından yapılmıştır. Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri özgün çalışmadakine benzer şekilde iki faktörlü çözümün uyumunun daha iyi olduğunu göstermiştir. İki faktör toplam varyansın %57'sini açıklamaktadır. Türkçe formunda Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları anlamın varlığı boyutu için .83, anlam arayışı boyutu için .87 olarak hesaplanmıştır. Test-tekrar test güvenirlik katsayıları ise anlamın varlığı için .84, anlam arayışı için .81 olarak bulunmuştur. Ölçüt geçerliği için yapılan korelasyon analizi sonucunda anlamın varlığının benlik saygısı ile pozitif, psikolojik sorunlarla negatif yönde ilişkili olduğu; anlam arayışının ise psikolojik sorunlar ve nevrotik kişilik özelliği ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır.

Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları anlamın varlığı için .86, anlam arayışı için .91 olarak hesaplanmıştır (Ek 8). (Bknz. Tablo 3).

2.3. İŞLEM

Bu tez çalışması için öncelikle Ankara Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik onayı alınmıştır (Tarih:04/11/2019, Onay No:13/390) (Ek 10). Araştırmaya katılım koşulları; 18-65 yaş aralığında olmak ve 6 aydan daha kısa bir süre zarfında olmamak şartıyla kronik fiziksel hastalık tanısı almış olmak olarak belirlenmiştir. Araştırma verileri ölçek

bataryası kullanılarak yüz yüze ya da çevrimiçi olarak toplanmıştır. Yüz yüze veri toplama sürecinde araştırma örneklemi kapsamında bireylere ulaşabilmek amacıyla hastaneler, aile hekimlikleri, yoga merkezleri ziyaret edilmiş, öğrenci gruplarına ulaşılarak kronik fiziksel hastalığı bulunan olası katılımcılar için doktora tez çalışmasına gönüllü katılım çağrısı yapılmıştır. Ayrıca kartopu örnekleme yöntemiyle farklı şehirlerde kronik hastalık tanısı aldığı bilinen bireylere ulaşılmıştır. Ardından gönüllük esasına dayalı olarak araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere ölçek bataryası kapalı zarf içinde verilmiş ya da adreslerine gönderilmiştir. Çevrimiçi veri toplama süreci ise Qualtrics çevrimiçi araştırma sitesi üzerinden yürütülmüştür. Bu aşamada Facebook üzerinden hasta gruplarına (Örn. Diyabet hastaları, epilepsi hastaları, fibromiyalji hastaları) ulaşılmış ve doktora tez çalışmasına gönüllü katılım için çağrı metni ve kriterlere uygun katılımcılarla araştırma linki paylaşılmıştır. Kağıt-kalem testi ile veri toplama sürecinde gönüllü katılımcılara araştırmaya ilişkin sözlü ve yazılı (bkz. Ek 1) bilgilendirme yapıldıktan sonra ilk sayfada Aydınlatılmış Onam Formu sunulmuş ve katılımı onayladıklarına ilişkin işaret ve imza istenmiştir. Çevrimiçi veri toplamada ise diğer birkaç çalışmada yapıldığı gibi (Cann ve ark., 2011; Zeligman ve ark., 2018) katılımcılardan araştırma anketinin ilk sayfasındaki bilgilendirme ve onam formunu okumaları ve ilgili işaretlemeyi yapmaları istenmiş, araştırmaya katılım için onay vermeleri durumunda ölçekleri doldurmaya başlayabilmişlerdir. Tüm katılımcılardan onam alınmasına dikkat edilmiştir. Ölçek bataryasında onam formunun ardından demografik form yer almaktadır. Bu formda katılımcılardan demografik soruların yanı sıra yalnızca kronik hastalık tanılarının ne olduğu, tanının ne zaman alındığı ve ilaç kullanıp kullanmadığı gibi temel soruları cevaplamaları istenmiş, değişkenler üzerinde karıştırıcı olmaması için hastalığa ilişkin ayrıntılı sorulara ölçek bataryasının en sonunda yer verilmiştir. Katılımcıların araştırma anketini doldurmaları işlemi yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür. Veriler Kasım 2019- Şubat 2020 tarihleri arasında toplanmıştır.

2.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Katılımcılardan elde edilen araştırma verileri ilk olarak SPSS programında kodlanmıştır. Ardından veriler, hipotezler doğrultusunda SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) ve AMOS 26.0 (Analysis of Moment Structures) paket programları kullanılarak analiz edilmiştir. Betimsel istatistikler, verilerdeki farkları ortaya koymayı amaçlayan t-testi, ANOVA gibi fark analizleri ve korelasyon analizi gibi temel düzeydeki analizler SPSS programı ile, Şekil 2 ve 3'te önerilen modeller ise yol analizi uygulanarak AMOS programı ile test edilmiştir. Bulgular bölümünde analizlere ilişkin bilgiler ayrıntılı olarak verilmiştir.

III. BÖLÜM

BULGULAR

Analizlere geçmeden önce veri seti; kayıp, uç değerler ve normallik açısından değerlendirilmiştir. Anket formlarındaki kayıp veriler değerlendirildiğinde bunların seçkisiz dağılım gösterdiği görülmüştür. Bu nedenle kayıp veriler, o değerin tüm katılımcılar için ortalaması alınarak doldurulmuştur. Uç değerler açısından değerlendirilen veri setinde veriler z puanlarına dönüştürülmüştür. İlgili değişkenlerde ±3.00'den yüksek ya da düşük değerlerin var olup olmadığı incelendiğinde uç değerlerin bulunmadığı görülmüştür. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma sahip olup olmadıkları çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerine bakılarak test edilmiştir. Buna göre çalışmada yer alan değişkenlerin ± 1.50'den daha yüksek ya da düşük bir değere sahip olmadığı saptanmış, bu nedenle değişkenlerin normal dağılıma sahip oldukları düşünülmüştür (George ve Mallery, 2010; Tabachnick ve Fidel, 2013).

3.1. ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİNE İLİŞKİN BETİMSEL İSTATİSTİKLER

Araştırmada kullanılan değişkenlerin ortalama, standart sapma, varyans, puan aralığı (ranj), gözlenen minimum ve maksimum değerleri, çarpıklık-basıklık değerleri ve bu çalışma için hesaplanan Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları Tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Betimsel İstatistikler

Değişkenler	Ort	SS	Varyans	Min.-Maks.	Ç	B	α
Psikolojik Büyüme	50.10	22.71	515.81	0-104	-.328	-.569	.94
UYB-H	27.18	11.56	133.74	12-60	.760	-.288	.92
Hast. Merkeziyeti	23.72	7.05	49.82	7-35	-.396	-.585	.88
Girici rum.	16.37	9.16	84.03	0-30	-.199	-1.174	.96
Amaçlı rum.	15.85	7.83	61.42	0-30	-.173	-.840	.91
DDGÖ	37.13	14.26	203.45	16-79	.676	-.302	.94
Anlam arayışı	18.69	8.60	74.05	5-35	.021	-1.038	.91
Anlamın varlığı	25.72	7.09	50.33	5-35	-.724	-.183	.86
Tanı sonrası stres ve korku	7.02	2.49	6.21	2-10	-.429	-.897	.86
Tanıya ilişkin şimdiki stres ve korku	5.02	2.19	4.82	2-10	.426	-.425	.87

Not. Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min.: Minimum değer, Maks.: Maksimum değer, Ç: Çarpıklık, B: Basıklık, α: Cronbach alfa katsayısı, UYB-H: Hastalığa ilişkin uzamış yas, DDGÖ: Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği.

3.2. PSİKOLOJİK BÜYÜME VE UZAMIŞ YASIN DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN FARKLILAŞMASI

Katılımcıların psikolojik büyüme ve uzamış yas puanlarının demografik özelliklerinden cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyi açısından farklılaşmasına yönelik olarak yapılan Bağımsız Örneklemler için t-testi ve varyans analizi sonuçları aşağıda paylaşılmaktadır.

Psikolojik büyüme ve uzamış yas puanları üzerinde cinsiyetin (kadın, erkek) ve medeni durumun (evli, bekâr) fark yaratıp yaratmadığını incelemek amacıyla t-testi; eğitim düzeyi (ilköğretim, lise, üniversite) açısından psikolojik büyüme ve uzamış yas puanları üzerinde fark olup olmadığını incelemek için ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Her iki analize ilişkin bulgular Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Psikolojik Büyüme ve Uzamış Yas Puanlarının Cinsiyet, Medeni Durum ve Eğitim Düzeyi Açısından Karşılaştırılması

	***Ort.* (SS)**	***Ort.* (SS)**	***t***	***d***
	Kadın ***N*= 316**	**Erkek** ***N*=108**		
Psikolojik Büyüme	50.36 (23.13)	49.25 (21.59)	.45	.04
Uzamış Yas	27.23 (11.76)	27.08 (11.06)	.11	.01
	Bekâr ***N*= 176**	**Evli** ***N*= 240**		
Psikolojik Büyüme	46.97 (23.34)	52.65 (21.99)	-2.51*	0.2
Uzamış Yas	26.19 (11.21)	28.04 (11.91)	-1.61	0.1

	***Ort.* (SS)**			**F**	**η^2**
	İlköğretim ***N*= 135**	**Lise** ***N*= 172**	**Üniversite** ***N*= 118**		
Psikolojik Büyüme	52.60 (21.08)	50.28 (21.52)	47.00 (25.79)	1.93	0.4

Uzamış Yas	28.51 (12.18)	27.21 (11.45)	25.64 (10.89)	1.95	0.3

*p< .05; d= Cohen's d etki büyüklüğü; $\eta^{2=}$ eta kare etki büyüklüğü

Analiz sonucunda, yalnızca medeni durum açısından psikolojik büyüme puanlarının farklılaştığı gözlenmiştir [t =-2.51; p= .01]. Buna göre, evli bireylerin psikolojik büyüme puanları (Ort.= 52.65, SS= 21.99), bekâr bireylerden (Ort.= 46.97, SS= 23.34) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

3.3. PSİKOLOJİK BÜYÜME VE UZAMIŞ YASIN HASTALIĞA İLİŞKİN DEĞİŞKENLER AÇISINDAN FARKLILAŞMASI

Katılımcıların kronik hastalık tanısı almalarının üzerinden geçen sürenin, hastalıklarına bağlı olarak ilaç kullanımlarının ve ailede benzer hastalık öyküsü bulunmasının psikolojik büyüme ve uzamış yas üzerindeki rollerinin incelenmesine yönelik olarak yapılan analizi sonuçları aşağıda paylaşılmaktadır.

Psikolojik büyüme ve uzamış yas puanları üzerinde ilaç kullanımının (düzenli ilaç kullanan, ilaç kullanmayan) ve ailede benzer hastalık öyküsü bulunmasının (var, yok) farklılaşma yaratıp yaratmadığını incelemek amacıyla Bağımsız Örneklemler için t-testi; tanının üzerinden geçen süre (6 ay–3 yıl, 4- 9 yıl, 10 yıl ve üzeri) açısından incelemek için ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Her iki analize ilişkin bulgular Tablo 5'te sunulmuştur.

Analiz sonucunda, ilaç kullanımı açısından katılımcıların psikolojik büyüme puanlarının farklılaştığı gözlenmiştir [t = 2.30; p= .02]. Buna göre, hastalığı nedeniyle ilaç kullanan bireylerin psikolojik büyüme puanları (Ort.= 51.36, *SS*= 22.08), ilaç kullanmayan bireylerden (Ort.= 44.24, *SS*= 24.74) anlamlı olarak daha yüksektir. Uzamış yas puanlarının ise yalnızca ailede benzer hastalık öyküsüne sahip olunması açısından farklılaştığı görülmüştür [t =- 2.21; p= .03]. Buna göre, ailede kendisininkine benzer hastalık öyküsüne sahip olan kronik hasta bireylerin uzamış yas puanları (Ort.= 26.02, *SS*= 11.37), ailesinde benzer hastalık öyküsü bulunmayan bireylerinkinden (Ort.= 28.50, *SS*= 11.66) anlamlı olarak daha düşüktür. Tanının üzerinden geçen süre açısından fark saptanmamıştır.

Tablo 5. Psikolojik Büyüme ve Uzamış Yas Puanlarının İlaç Kullanımı, Ailede Benzer Hastalık Öyküsü ve Tanı Üzerinden Geçen Zaman Açısından Karşılaştırılması

	Düzenli ilaç kullanan ***N*= 350**	**İlaç kullanmayan** ***N*= 75**		
	***Ort.* (SS)**	***Ort.* (SS)**	***t***	***g***
Psikolojik Büyüme	51.36 (22.08)	44.24 (24.74)	2.30*	.03
Uzamış Yas	27.50 (11.41)	25.69 (12.21)	1.18	.01
	Ailede benzer hastalık öyküsü olan N= 225	**Ailede benzer hastalık öyküsü olmayan N= 200**		
	***Ort.* (SS)**	***Ort.* (SS)**	***t***	***d***
Psikolojik Büyüme	48.46 (23.33)	51.95 (21.90)	-1.59	.01
Uzamış Yas	26.02 (11.37)	28.50 (11.66)	-2.21*	.02
	6 ay-3 yıl ***N*= 119**	**4-9 yıl** ***N*= 152**	**10 yıl ve üzeri** ***N*= 154**	
	***Ort.* (SS)**	***Ort.* (SS)**	***Ort.* (SS)**	**F**	**η^2**
Psikolojik Büyüme	48.40 (22.14)	50.54 (23.04)	50.98 (22.88)	.48	.02
Uzamış Yas	28.40 (13.01)	26.31 (10.72)	27.10 (11.15)	1.09	.02

*p< .05; g = Hedge's g etki büyüklüğü; d= Cohen's d etki büyüklüğü, $\eta^{2=}$ eta kare etki büyüklüğü

3.4. KORELASYON ANALİZİ BULGULARI

Psikolojik büyüme ve uzamış yas ile çalışmanın bağımsız değişkenleri hastalığın merkeziyeti, girici ve amaçlı ruminasyon, duygu düzenleme güçlüğü, anlamın varlığı ve anlam arayışı, tanı sonrası yaşanan stres ve korku ve şu an tanıya ilişkin stres ve korku ile sürekli demografik değişkenler (yaş, tanı üzerinden geçen süre, tanı alma yaşı) arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon Analizi ile hesaplanmıştır. Korelasyon analizine ilişkin bulgular Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6 incelendiğinde, psikolojik büyüme ile en yüksek korelasyonu amaçlı ruminasyonun (r= .53, p<.001) gösterdiği, onu hastalığın merkeziyeti (r= .46, p<.001) ve girici ruminasyonun (r= .41, p<.001) takip ettiği görülmektedir. Psikolojik büyüme ile yaşamın anlamı arasındaki ilişkiler incelendiğinde, pozitif yönde ilişkilerin olduğu, psikolojik büyümenin anlamın varlığı ile (r= .28, p<.001) anlam arayışından (r= .17, p<.001) daha yüksek düzeyde korelasyon gösterdiği söylenebilir. Duygu düzenleme güçlüğü ile psikolojik büyüme arasındaki ilişkinin ise anlamlı olmadığı (p>.05) görülmektedir. Psikolojik büyüme, tanı sonrası yaşanan stres ve korku (r= .23, p<.001) ile anlamlı ve pozitif yönde ilişki gösterirken, tanıya ilişkin şu anki stres ve korku düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmaması (p>.05) dikkati çekmektedir. Benzer şekilde büyüme ile yaş (r= .12, p<.05) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler gözlenmektedir. Tanı alma yaşı ve tanı üzerinden geçen süre ile büyüme arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı elde edilen bulgular arasındadır.

Tablo 6'da görüldüğü üzere, uzamış yas ile tüm ölçek değişkenleri arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Buna göre uzamış yas ile en yüksek korelasyonu amaçlı ruminasyon (r= .58, p<.001) göstermekte, onu girici ruminasyon (r= .56, p<.001) ve

hastalığın merkeziyeti (r= .53, p<.001) takip etmektedir. Büyümeden farklı olarak, uzamış yas ile duygu düzenleme güçlüğü arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (r= .51, p<.001) gözlenmektedir. Uzamış yas ile anlamın varlığı arasındaki ilişki anlamlı ve yine büyümeden farklı olarak negatif yöndedir. Uzamış yas, hem tanı sonrası stres ve korku (r= .37, p<.001) ile hem de tanıya ilişkin şu anki stres ve korku düzeyi (r= .50, p<.001) ile anlamlı ve pozitif yönde ilişkilidir. Uzamış yas ile demografik değişkenler arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p> .05).

Araştırmanın bağımsız değişkenleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde, hastalığın merkeziyetinin yaş ve anlamın varlığı dışındaki tüm değişkenler ile arasındaki ilişkilerin anlamlı olup -.10 ile .65 arasında değiştiği, en yüksek korelasyonların amaçlı ruminasyon (r= .65, p<.001) ve girici ruminasyon (r= .55, p<.001) ile olduğu görülmektedir. Girici ruminasyon ile yaş, tanı alma yaşı, tanı üzerinden geçen süre gibi demografik değişkenler ve anlamın varlığı arasındaki ilişkilerin anlamlı olmadığı; geri kalan tüm değişkenlerle .26 (p<.001) ile .76 (p<.001) arasında değişen anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. Benzer şekilde amaçlı ruminasyon ile yaş, tanı alma yaşı, tanı üzerine geçen süre ve anlamın varlığı arasındaki ilişkilerin anlamsız olup diğer değişkenlerle ilişkilerin pozitif ve anlamlı olduğu (r= .28 ile r= .76 arasında değişen, p<.001) görülmektedir. Anlamın varlığı yukarıda yazılanlar dışında yaş (r= .29, p<.001) ve tanı alma yaşı (r= .26, p<.001) ile pozitif; duygu düzenleme güçlüğü (r= -.37, p<.001), şu anki stres ve korku (r= -.10, p<.05) ve anlam arayışı (r= -.30, p<.001) ile negatif yönde anlamlı korelasyon göstermektedir. Anlam arayışı ise anlamın varlığına zıt ama beklenen biçimde, yaş (r= -.24, p<.001) ve tanı alma yaşı (r= -.19, p<.001) ile gösterdiği negatif yöndeki korelasyonlar dışında tüm diğer değişkenler ile (r= .13 p<.05 ile r= .32 arasında değişen, p<.001) pozitif yönde anlamlı olarak ilişkilidir. Duygu düzenleme güçlüğünün, psikolojik büyüme dışındaki tüm değişkenler ile olan ilişkisi

anlamlı (r= -.37 ile r= .51 arasında değişen, p<.001) görünmekte ve en yüksek korelasyonu uzamış yas ile göstermektedir.

Tablo 6 incelendiğinde, tanı sonrası yaşanan stres ve korku düzeyinin en yüksek korelasyonu girici ruminasyon ile (r= .51, p<.001) gösterdiği bulunmuştur. Şu an yaşanan stres ve korku ise en yüksek korelasyonu uzamış yas (r= .50, p<.001) ile göstermektedir.

3.5. MODEL TESTLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Kronik hastalığı olan yetişkinlerde tanının ardından yaşanan stres ve korkunun, girici ve amaçlı ruminasyon, hastalığın merkeziyeti ve anlamın varlığı aracılığıyla psikolojik büyümeyi etkilediğine ilişkin üçüncü araştırma sorusu ve girici ruminasyon ve duygu düzenlemenin, amaçlı ruminasyon, hastalığın merkeziyeti, anlamın varlığı ve tanıya ilişkin şu anki stres ve korku aracılığıyla uzamış yası etkilediğine ilişkin oluşturulan dördüncü araştırma sorusu yol (path) analizi ile test edilmiştir.

Bağımsız değişkenlerin psikolojik büyüme ve hastalığa ilişkin uzamış yas üzerindeki dolaylı etkileri, aracı değişkenlerin rolleri ile oluşturulan sıralı aracılık modeli, Amos 26 programı ve Bootstrapp yöntemi kullanılarak yalnızca ilaç kullanan örneklemde (N= 350) test edilmiştir. Örneklem sayısının (N) 250'den büyük olduğu, normallik varsayımları karşılanan veri setlerinde model uyumunu değerlendirmek için Maksimum Olabilirlik (Maximum Likelihood) yönteminin önerilmesi nedeniyle bu çalışmada da bu yöntem kullanılmıştır. Önerilen modelin veriye uyumunu değerlendirirken ayrıca Ki-Kare (χ^2) değerlerinin serbestlik derecesine (sd) oranları, Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA), Karşılaştırmalı Uyum İndeksleri (CFI), İyilik Uyum İndeksi (GFI), Düzeltilmiş İyilik Uyum İndeksi (AGFI), Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI) ve Standardize Edilmiş Artık Ortalamaların Karekökü (SRMR) gibi bir dizi uyum ölçütünden yararlanılmıştır. GFI, AGFI VE CFI

değerlerinin .90 ve üzerinde, χ^2/sd değerinin 3'ün, RMSEA ve SRMR değerlerinin .08'in altında olması kabul edilebilir uyuma işaret ederken; AGFI ve CFI değerinin .95 ve üzeri, RMSEA ve SRMR değerlerinin .05'in altında olması ise iyi uyuma işaret etmektedir (Hu ve Bentler, 1999).

Tablo 6. Bağımsız Değişkenler ile Psikolojik Büyüme ve Uzamış Yas Arasındaki Korelasyonlar

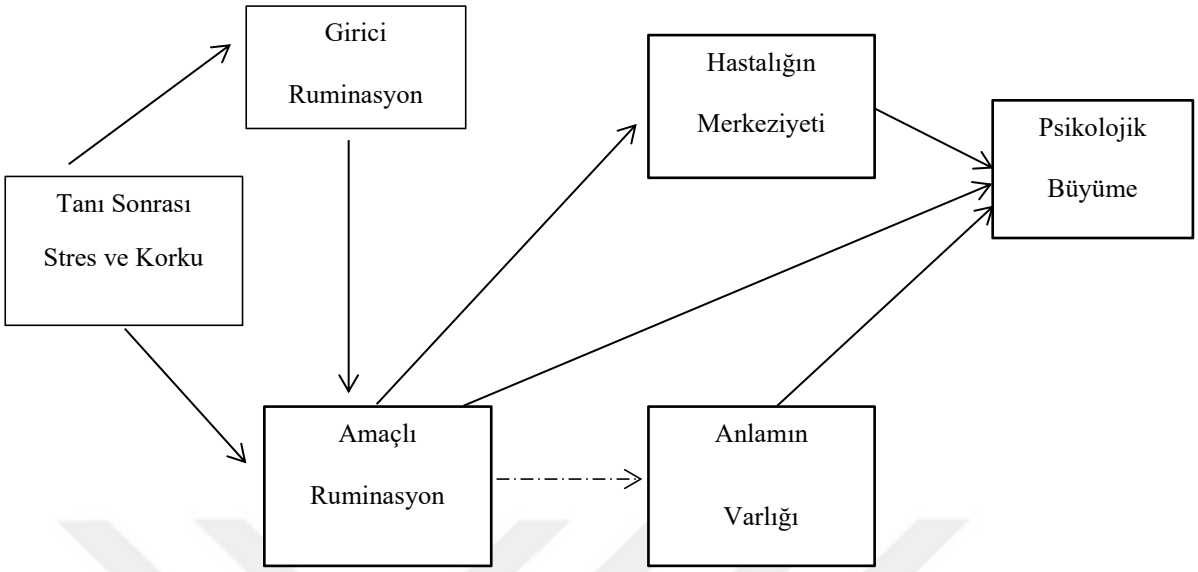
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.Psikolojik Büyüme	-												
2. Uzamış Yas	.22**	-											
3. Hastalığın merkeziyeti	.46**	.53**	-										
4. Girici Ruminasyon	.41**	.56**	.55**	-									
5. Amaçlı Ruminasyon	.53**	.58**	.65**	.76**	-								
6. Duygu düzenleme güçlüğü	-.02	.51**	.22**	.32**	.28**	-							
7. Anlam Arayışı	.17**	.27**	.22**	.26**	.32**	.31**	-						
8. Anlamın Varlığı	.28**	-.21**	.00	-.07	.02	-.37**	-.30**	-					
9. Tanı sonrası stres ve korku	.24**	.37**	.38**	.51**	.48**	.11*	.13**	.03	-				
10. Şu anki stres ve korku	.07	.50**	.34**	.34**	.32**	.34**	.18**	-.10*	.34**	-			
11. Yaş	.14**	-.02	.00	.06	.01	-.23**	-.24**	.29**	.09	.04	-		
12. Tanı alma yaşı	.09	-.01	-.10*	.07	.01	-.14**	-.19**	.26**	.04	.04	.79**	-	
13. Tanı üzerine geçen süre	.06	-.03	.14**	-.02	-.02	-.15**	-.07	.05	.06	-.03	.28**	-.35**	-

**$p < .01$; *$p < .05$

3.5.1. Kronik Hastalarda Psikolojik Büyüme için Yol Analizi Modeli

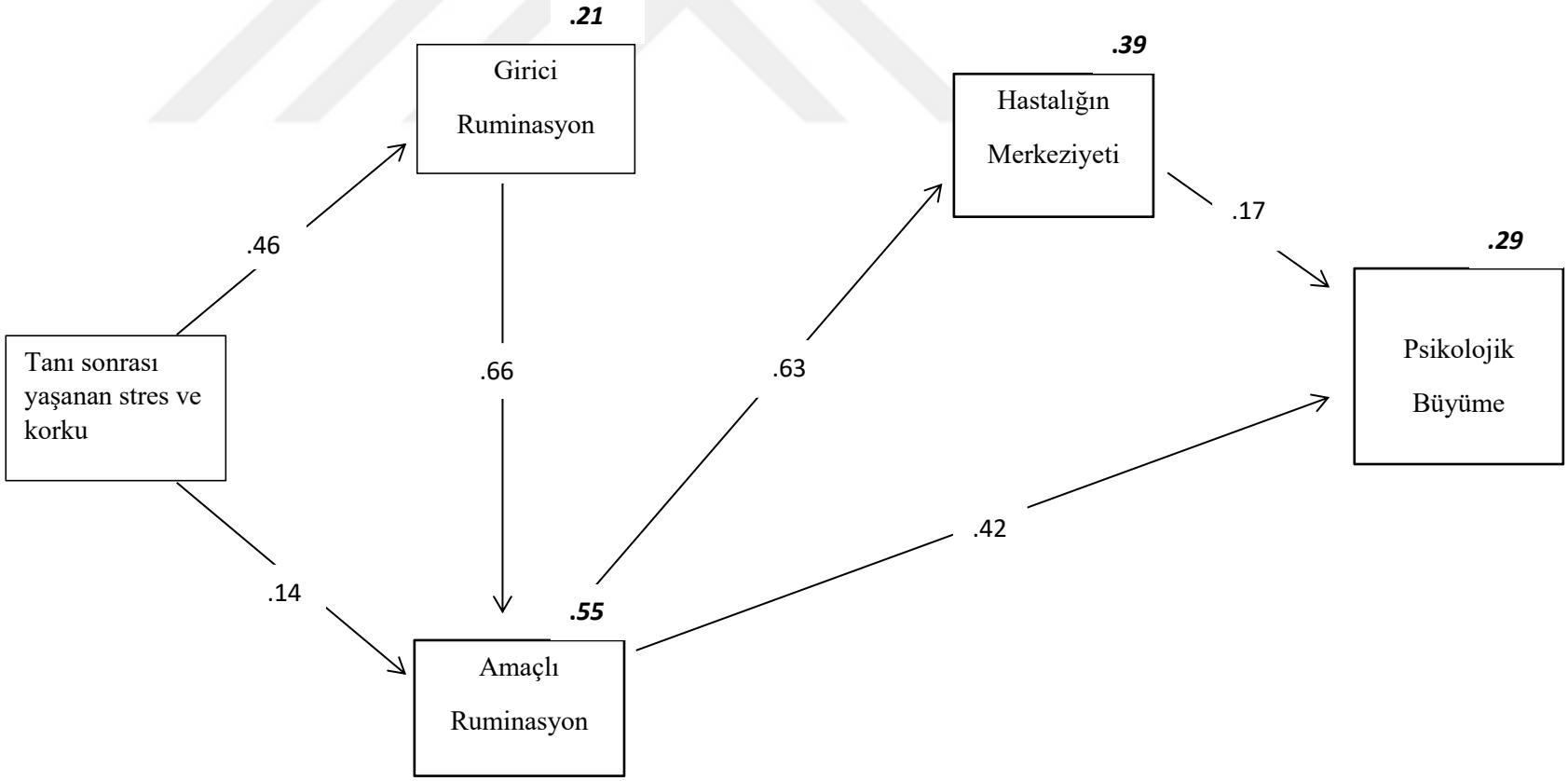
Kronik hastalığı olan yetişkinlerde tanının ardından yaşanan stres ve korkunun, girici ve amaçlı ruminasyon, hastalığın merkeziyeti ve anlamın varlığı aracılığıyla psikolojik büyümeyi (PB) etkilediğine ilişkin önerilen araştırma modeli Şekil 4'te sunulmuştur. Model oluşturulurken kuramsal ardalandan hareket edilmiş ve bununla birlikte korelasyon analizinde modelde yer verilen değişkenlerin psikolojik büyüme ile anlamlı ilişkilerinin olduğu görülmüştür. Yalnızca büyüme ve anlam arayışı arasındaki korelasyonun, anlamın varlığına göre daha zayıf düzeyde olduğu dikkat çekmektedir. Hem alanyazından hem de anlamın varlığı ile daha güçlü bir ilişki ortaya koyan mevcut bulgulardan hareketle, psikolojik büyümenin yol analizi modelinde yalnızca anlamın varlığına yer verilmiştir. Yol analizi sonucunda, araştırmada test edilen modele ait ki-kare değeri χ^2=16.988, *sd* =7, $p < .05$, $\chi^2/sd = 2.42$ ve modele ilişkin uyum indeksleri GFI = .98, AGFI= .95, CFI= .98, NFI= .97, RMSEA= .06, SRMR= .029, AIC = 44.98 olarak hesaplanmıştır. Buna göre uyum indeksleri kabul edilebilir düzeyde olsa da Şekil 4'te görülebileceği gibi, amaçlı ruminasyon ile anlamın varlığı arasındaki yolun anlamsız olduğu görülmüş ve bu yol, daha tutumlu bir model için modelden çıkarılarak model tekrar test edilmiştir.

Tanının ardından yaşanan stres ve korkunun girici ruminasyon, amaçlı ruminasyon ve hastalığın merkeziyeti aracılığıyla psikolojik büyümeyi etkilediğine ilişkin hipotezi içeren yeniden test edilen modele ait uyum indeksleri incelenmiş ve modelin veriye uyumunun tüm değerler açısından iyi düzeyde olduğu (χ^2 (sd= 4, N = 350) = 6.35, p = .17, χ^2/sd = 1.58, GFI = .99, AGFI = .97, CFI= .99, NFI= .99, RMSEA= .04, SRMR= .022, AIC = 28.35) görülmüştür. Bu modeldeki değişkenler arasındaki ilişkiler anlamlı düzeyde bulunmuştur (Bknz. Şekil 5).



Şekil 4. Psikolojik Büyüme için Önerilen Yol Modeli

Not. Kesik çizgiler anlamsız yolları, düz çizgiler anlamlı yolları belirtmektedir.



Şekil 5. Psikolojik Büyüme için Anlamsız Yolların Çıkarıldığı Son Yol Modeli

Not. Okların üstündeki rakamlar standardize beta değerlerini, kalın ve italikle yazılmış değerler ise o değişkene ait regresyon katsayılarını (R^2) göstermektedir.

3.5.1.1. Kronik Hastalarda Psikolojik Büyüme Modelindeki Doğrudan ve Dolaylı Etkilere İlişkin Bulgular

Tanının ardından yaşanan korku ve stresin, girici ruminasyon (β = .46, t =9.75, p <.001) ve amaçlı ruminasyon (β = .14, t =3.54, p <.001) üzerinde, doğrudan etkileri anlamlıdır. Girici ruminasyonun amaçlı ruminasyon (β = .66, t =16.39, p<.001) üzerinde ve amaçlı ruminasyonun hastalığın merkeziyeti (β = .63, t =15.21, p<.001) üzerinde doğrudan etkilerinin de anlamlı olduğu görülmektedir. Psikolojik büyüme üzerinde amaçlı ruminasyonun (β = .42, t =7.22, p <.001) ve hastalığın merkeziyetinin (β = .17, t =2.94, p < .01) doğrudan etkilerinin anlamlı olduğu bulunmuştur.

Dolaylı etkilerin anlamlı olup olmadığını analiz etmek amacıyla, Bootstrapping yöntemiyle 2000 yeniden örnekleme (*resample*) ile %95 güven aralığı *(BCa CI; bias-corrected and accelerated confidence interval*) hesaplanmıştır. Sözü edilen %95 güven aralığı içinde sıfır sayısının bulunmaması aracılıkların anlamlı olduğunu göstermektedir (MacKinnon, Lockwood ve Williams, 2004). Yapılan analiz sonucunda tüm dolaylı etkilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Doğrudan ve dolaylı etkilere ilişkin tüm bulgular Tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7. Doğrudan ve Dolaylı Etkiler

Yollar	***β***	***p***	**%95 BCa GA**
Tanının ardından stres ve korku -> PB			
Toplam	.23	.001	(.177, 302)
Doğrudan	-	-	-
Dolaylı	.23	.001	(.177, 302)
Girici ruminasyon -> PB			
Toplam	.35	.001	(.278, .427)
Doğrudan	-	-	-
Dolaylı	.35	.001	(.278, .427)
Amaçlı Ruminasyon -> PB			
Toplam	.52	.001	(.439, .610)
Doğrudan	.42	.001	(.296, .551)
Dolaylı	.10	.012	(.032, .187)
Hastalığın Merkeziyeti-> PB			
Toplam	.17	.014	(.044, .290)
Doğrudan	.17	.014	(.044, .290)
Dolaylı	-	-	-
Tanının ardından stres ve korku-> Girici ruminasyon			
Toplam	.46	.001	(.362, .546)
Doğrudan	.46	.001	(.362, .546)
Dolaylı	-	-	-
Tanının ardından stres ve korku-> Amaçlı ruminasyon			
Toplam	.45	.001	(.350, 538)
Doğrudan	.14	.001	(.063, .234)
Dolaylı	.31	.001	(.240, .376)
Tanının ardından stres ve korku-> Hastalığın Merkeziyeti			
Toplam	.28	.001	(.217, .355)
Doğrudan	-	-	-
Dolaylı	.28	.001	(.217, .355)
Girici ruminasyon -> Amaçlı ruminasyon			

Toplam	.66	.001	(.584, .731)
Doğrudan	.66	.001	(.584, .731)
Dolaylı	-	-	-
Girici ruminasyon -> Hastalığın Merkeziyeti			
Toplam	.41	.001	(.348, .492)
Doğrudan	-	-	-
Dolaylı	.41	.001	(.348, .492)
Amaçlı ruminasyon -> Hastalığın Merkeziyeti			
Toplam	.63	.002	(.554, .698)
Doğrudan	.63	.002	(.554, .698)
Dolaylı	-	-	-

PB: Psikolojik Büyüme

3.5.1.2. Kronik Hastalarda Psikolojik Büyüme Modelindeki Belirli Dolaylı Etkilere İlişkin Bulgular

Dolaylı etkilerin anlamlı olduğu görüldüğü için her bir belirli (specific) yolun (aracılıkların) anlamlılığını test etmek amacıyla belirli dolaylı etkiler hesaplanmıştır (bknz. Tablo 8).

Tablo 8'de görüleceği üzere, tüm belirli dolaylı yolların %95 güven aralığı içinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Tabloda tüm belirli dolaylı etkiler sunulduğu için burada yalnızca psikolojik büyüme üzerindeki belirli yollar paylaşılacaktır.

Tanının ardından yaşanan stres ve korkunun, amaçlı ruminasyon aracılığıyla psikolojik büyüme üzerindeki dolaylı etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır (B= .55, p <.01 ve %95 BCa GA [.24, .97]).

Tanının ardından yaşanan stres ve korku ile psikolojik büyüme arasındaki ilişkiye girici ruminasyon ve amaçlı ruminasyon aracılıklarının dolaylı etkisi anlamlıdır (B = 1.18, p <.01 ve %95 BCa GA [.79, 1.70]).

Tanının ardından yaşanan stres ve korku ile psikolojik büyüme arasında amaçlı ruminasyon ve hastalığın merkeziyetinin aracılık ettiği yol (*B* = .14, *p* <.01 ve %95 BCa GA [.04, .33]) anlamlıdır.

Son olarak tanının ardından yaşanan stres ve korku ile psikolojik büyüme üzerindeki dolaylı etkisi girici ruminasyon, amaçlı ruminasyon ve hastalığın merkeziyetinin sıralı aracılığı ile anlamlı olarak bulunmuştur (*B* = .30, *p*<.05 ve %95 BCa GA [.09, .57]).

Tablo 8. Belirli Yollar Üzerindeki Dolaylı Etkiler

Belirli Dolaylı Yollar	***B* (SH)**	***p***	**%95 BCa GA**
Tanının ardından yaşanan stres ve korku -> Amaçlı ruminasyon -> PB	.55 (.00)	.001	(.249, .977)
Tanının ardından yaşanan stres ve korku -> Amaçlı ruminasyon -> Hastalığın Merkeziyeti -> PB	.14 (.00)	.006	(.039, .332)
Tanının ardından yaşanan stres ve korku -> Girici ruminasyon -> Amaçlı ruminasyon -> PB	1.18 (.00)	.001	(.789, 1.704)
Tanının ardından yaşanan stres ve korku -> Girici ruminasyon -> Amaçlı ruminasyon -> Hastalığın Merkeziyeti -> PB	.30 (.00)	.01	(.093, .571)
Tanının ardından yaşanan stres ve korku -> Girici ruminasyon -> Amaçlı ruminasyon	.98 (.00)	.001	(.760, 1.226)
Tanının ardından yaşanan stres ve korku -> Girici ruminasyon -> Amaçlı ruminasyon-> Hastalığın Merkeziyeti	.55 (.00)	.001	(.413, .733)
Tanının ardından yaşanan stres ve korku -> Amaçlı ruminasyon -> Hastalığın Merkeziyeti	.25 (.00)	.001	(.115, .418)
Girici ruminasyon -> Amaçlı ruminasyon-> Hastalığın	.32	.001	(.259, .385)

Merkeziyeti	(.00)		
Girici ruminasyon -> Amaçlı ruminasyon-> Hastalığın Merkeziyeti-> PB	.17 (.00)	.01	(.052, .312)
Girici ruminasyon -> Amaçlı ruminasyon-> PB	.68 (.00)	.001	(.464, .953)

B = Standardize olmayan beta değeri

3.5.1.3. Doğrudan Yolların Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları

Psikolojik büyüme, Girici Ruminasyon, Amaçlı ruminasyon ve Hastalığın merkeziyeti için doğrudan yolları tanımlayan regresyon denklemleri ve standartlaştırılmış regresyon katsayıları (R^2) Tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 9. Sonuç Modeli için Regresyon Denklemleri ve Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları

Regresyon denklemi	**R^2**
Psikolojik büyüme = (.41) Amaçlı Ruminasyon + (.17) Hastalığın Merkeziyeti + e*	.29
Hastalığın Merkeziyeti = (.63) Amaçlı Ruminasyon + e*	.39
Amaçlı Ruminasyon = (.14) Tanının Ardından Stres ve Korku + (.66) Girici Ruminasyon+ e*	.55
Girici Ruminasyon = (.46) Tanının Ardından Stres ve Korku + e*	.21

e*= hata varyansı

Tablo 9'da görülebileceği gibi, amaçlı ruminasyon ve hastalığın merkeziyeti psikolojik büyümeyi yordamakta ve bu iki değişken PB'ye ilişkin varyansın %29'unu açıklamaktadır. Amaçlı ruminasyon, hastalığın merkeziyetini varyansının %39'unu açıklayarak yordamaktadır. Tanının ardından yaşanan stres ve korku ve girici ruminasyon, amaçlı ruminasyonu yordamakta ve bu iki değişken amaçlı ruminasyona yönelik varyansın %55'ini açıklamaktadır. Tanının ardından yaşanan stres ve korku

girici ruminasyonu da yordamakta ve girici ruminasyona ilişkin varyansın %21'ini açıklamaktadır.

3.5.2. Kronik Hastalarda Uzamış Yas için Yol Analizi Modeli

Girici ruminasyon ve duygu düzenleme güçlüğünün kişide hastalığa ilişkin uzamış yası amaçlı ruminasyon, hastalığın merkeziyeti, anlamın varlığı ve şu an tanıya ilişkin yaşanan stres ve korku aracılığıyla yordadığı bir model önerilmiştir. Model oluşturulurken kuramsal ardalandan ve korelasyon analizinden hareketle öncelikle uzamış yas ile anlamlı ilişkisi olan değişkenlere yer verilmiştir. Yol analizi sonucunda araştırmada test edilen modelin veri ile iyi uyum sağladığı ve değişkenler arası ilişkilerin anlamlı düzeyde olduğu görülmüştür.

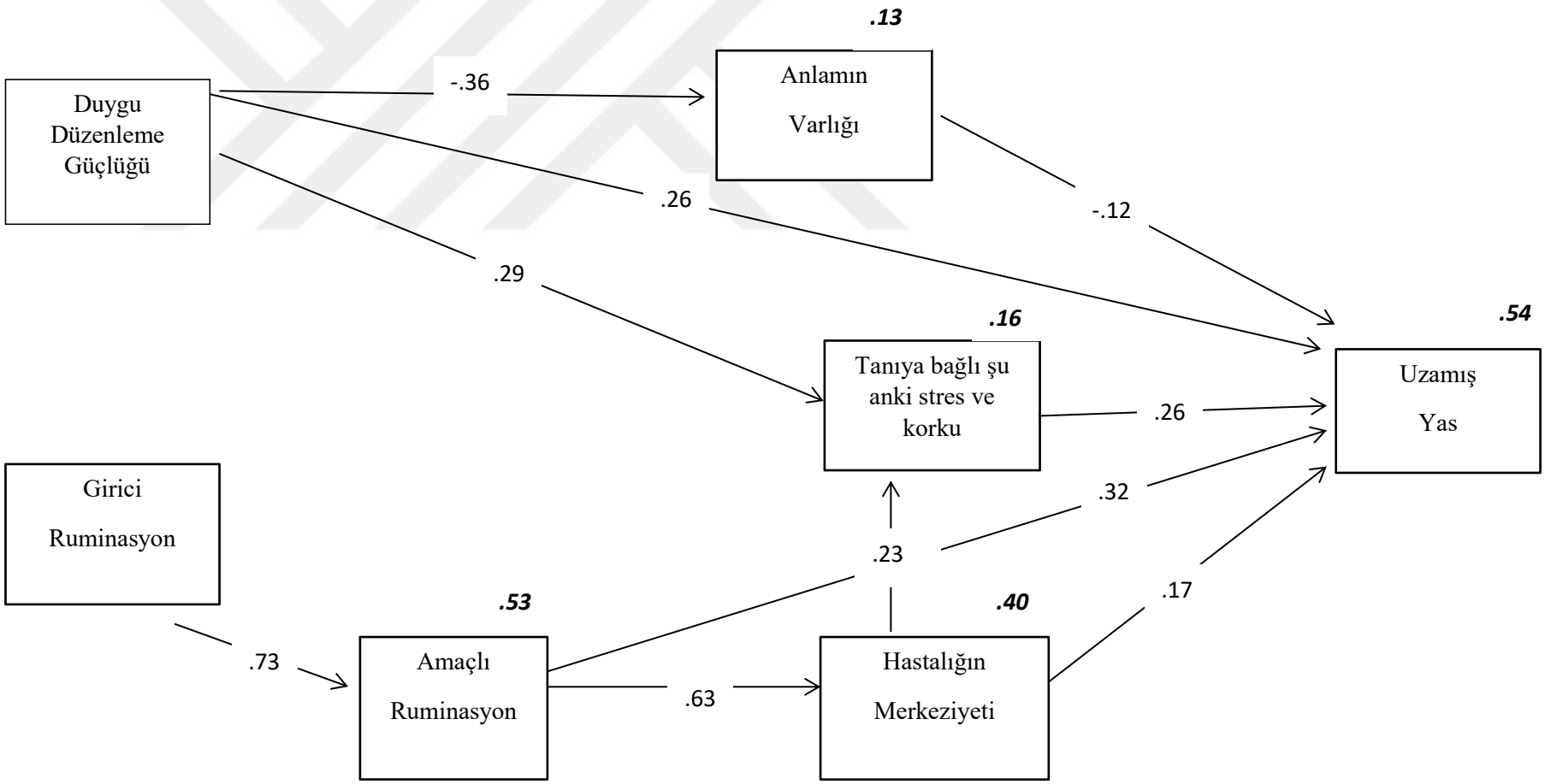
Girici ruminasyon ve duygu düzenleme güçlüğünün amaçlı ruminasyon, hastalığın merkeziyeti, anlamın varlığı ve şu anda tanıya ilişkin yaşanan stres ve korku aracılığıyla Uzamış yas bozukluğu'nu etkilediğine ilişkin hipotezi içeren yol analiz modelinin uyum indeksleri incelenmiş ve modelin veriye uyumunun tüm değerler açısından kabul edilebilir düzeyde olduğu (χ^2 (*sd*= 10, N = 350) = 28.208, p = .002 , χ^2/df = 2.82, GFI = .97, AGFI= .93, CFI= .97, NFI= .96, RMSEA= .07, AIC = 64.20) sonucuna ulaşılmıştır (bkz. Şekil 6).

3.5.2.1. Kronik Hastalarda Uzamış Yas Bozukluğu Modelindeki Doğrudan ve Dolaylı Etkilere İlişkin Bulgular

Girici ruminasyonun amaçlı ruminasyon (β = .73, t = 19.99, p <.001) üzerinde ve amaçlı ruminasyonun hastalığın merkeziyeti (β = .63, t =15.21, p<.001) üzerinde doğrudan etkileri anlamlıdır. Amaçlı ruminasyonun (β = .32, t =6.72, p <.001) ve hastalığın merkeziyetinin (β = .17, t =3.58, p < .001) uzamış yas üzerinde doğrudan

etkilerinin anlamlı olduğu görülmektedir. Hastalığının merkeziyetinin (β = .23, t = 4.65, p <.001) tanıya ilişkin şu an yaşanan stres ve korku üzerinde doğrudan etkisi anlamlıdır.

Duygu düzenleme güçlüğünün tanıya ilişkin şu anki stres ve korku (β = .29, t =5.73, p<.001) üzerinde ve anlamın varlığı (β = -.36, t = -7.29, p< .001) üzerinde doğrudan etkileri anlamlıdır. Uzamış yas üzerinde duygu düzenleme güçlüğünün (β = .26, t = 6.18, p< .001), tanıya ilişkin şu anki stres ve korkunun (β = .26, t = 6.62, p< .001) ve anlamın varlığının (β = -.12, t = -3.09, p< .01) doğrudan etkileri anlamlı olarak bulunmuştur.



Şekil 6. Uzamış Yas için Önerilen Yol Modeli

Not. Okların üstündeki rakamlar standardize beta değerlerini, kalın ve italikle yazılmış değerler ise o değişkene ait regresyon katsayılarını (R^2) göstermektedir.

Dolaylı etkilerin anlamlı olup olmadığını analiz etmek amacıyla, Bootstrapping yöntemiyle 2000 yeniden örnekleme (*resample*) ile %95 güven aralığı *(BCa CI; bias-corrected and accelerated confidence interval*) hesaplanmıştır. Sözü edilen %95 güven aralığı içinde sıfır sayısının bulunmaması aracılıkların anlamlı olduğunu göstermektedir (MacKinnon, Lockwood ve Williams, 2004). Yapılan analiz sonucunda tüm dolaylı etkilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Toplam, doğrudan ve dolaylı etkilere ve güven aralıklarına ilişkin tüm bulgular Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10. Doğrudan ve Dolaylı Etkiler

Yollar	***β***	***P***	**%95 BCa GA**
Girici ruminasyon -> UYB			
Toplam	.34	.001	(.275, 402)
Doğrudan	-	-	-
Dolaylı	.34	.001	(.275, 402)
Amaçlı Ruminasyon -> UYB			
Toplam	.46	.002	(.387, .532)
Doğrudan	.32	.001	(.229, .404)
Dolaylı	.14	.001	(.083, .215)
Duygu düzenleme güçlüğü -> UYB			
Toplam	.37	.001	(.289, .456)
Doğrudan	.25	.001	(.165, .345)
Dolaylı	.12	.001	(.077, .163)
Hastalığın Merkeziyeti-> UYB			
Toplam	.23	.001	(.133, .334)
Doğrudan	.17	.001	(.074, .268)
Dolaylı	.06	.001	(.031, .102)
Şu anki stres ve korku-> UYB			
Toplam	.26	.001	(.175, .350)
Doğrudan	.26	.001	(.175, .350)
Dolaylı	-	-	-
Anlamın varlığı -> UYB			
Toplam	-12	.004	(-.197, -.043)
Doğrudan	-12	.004	(-.197, -.043)
Dolaylı	-	-	-
Girici ruminasyon->Hastalığın Merkeziyeti			
Toplam	.46	.001	(.390, .526)
Doğrudan	-	-	-
Dolaylı	.46	.001	(.390, .526)
Girici ruminasyon -> Şu anki korku ve stres			
Toplam	.11	.001	(.054, .160)
Doğrudan	-	-	-
Dolaylı	.11	.001	(.054, .160)
Amaçlı ruminasyon -> Şu anki korku ve			

stres			
Toplam	.14	.001	(.073, .216)
Doğrudan	-	-	-
Dolaylı	.14	.001	(.073, .216)
Hastalığın Merkeziyeti -> Şu anki korku ve stres			
Toplam	.23	.001	(.120, .335)
Doğrudan	.23	.001	(.120, .335)
Dolaylı	-	-	-
Duygu düzenleme güçlüğü -> Şu anki korku ve stres			
Toplam	.29	.001	(.187, .380)
Doğrudan	.29	.001	(.187, .380)
Dolaylı	-	-	-
Duygu düzenleme güçlüğü -> Anlamın Varlığı			
Toplam	-36	.001	(-.459,-.264)
Doğrudan	-.36	.001	(-.459,-.264)
Dolaylı	-	-	-

3.5.2.2. Belirli Dolaylı Etkilere İlişkin Bulgular

Dolaylı etkilerin anlamlı olduğu görüldükten sonra her bir belirli (specific) yolun (aracılıkların) anlamlılığını test etmek amacıyla belirli dolaylı etkiler hesaplanmış ve dolaylı etkilerin değerleri, standart hatalar ve güven aralıkları Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Belirli Yollar Üzerindeki Dolaylı Etkiler

Belirli Dolaylı Yollar	***B* (SH)**	***P***	**%95 BCa GA**
Girici ruminasyon -> Amaçlı ruminasyon -> Hastalığın Merkeziyeti -> UYB	.10 (.00)	.001	(.043, .168)
Girici ruminasyon -> Amaçlı ruminasyon -> UYB	.30 (.00)	.001	(.206, .386)
Girici ruminasyon -> Amaçlı ruminasyon -> Hastalığın Merkeziyeti -> Şu anki stres ve korku -> UYB	.04 (.00)	.000	(.018, .063)
Duygu düzenleme güçlüğü -> Şu anki stres ve korku ->UYB	.06 (.00)	.001	(.034, .093)
Duygu düzenleme güçlüğü -> Anlamın Varlığı ->UYB	.03 (.00)	.002	(.014, .063)
Amaçlı ruminasyon-> Hastalığın Merkeziyeti ->UYB	.16 (.00)	.001	(.072, .263)
Amaçlı Ruminasyon -> Hastalığın Merkeziyeti-> Şu anki stres ve korku -> UYB	.06 (.00)	.000	(.029, .099)

Girici ruminasyon -> Amaçlı ruminasyon-> Hastalığın Merkeziyeti	.35 (.00)	.001	(.291, .412)
Girici ruminasyon -> Amaçlı ruminasyon-> Hastalığın Merkeziyeti-> Şu anki stres ve korku	.03 (.00)	.001	(.013, .039)
Hastalığın Merkeziyeti -> Şu anki stres ve korku -> UYB	.10 (.00)	.001	(.051, .170)

B = Standardize olmayan beta değeri

Tablo 11'de görüldüğü üzere, tüm belirli dolaylı yolların %95 güven aralığı içinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Tabloda tüm belirli dolaylı etkiler sunulduğu için burada yalnızca uzamış yas üzerindeki belirli yollar paylaşılacaktır:

Girici ruminasyonun, amaçlı ruminasyon aracılığıyla uzamış yas üzerindeki dolaylı etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır (*B*= .30, *p* <.01 ve %95 BCa GA [.206, .386]).

Girici ruminasyonun, amaçlı ruminasyon ve hastalığın merkeziyeti aracılığıyla uzamış yas üzerindeki dolaylı etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*B*= .10, *p* <.01 ve %95 BCa GA [.043, .168]).

Yine girici ruminasyonun, amaçlı ruminasyon, hastalığın merkeziyeti ve tanıya bağlı yaşanan şu anki stres ve korkudan oluşan sıralı aracılıkla uzamış yas üzerindeki dolaylı etkisi anlamlı olarak bulunmuştur (*B*= .04, *p* <.001 ve %95 BCa GA [.018, .063]).

Duygu düzenleme güçlüğünün anlamın varlığı aracılığıyla uzamış yas üzerindeki dolaylı etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır (*B*= .03, *p* <.01 ve %95 BCa GA [.014, .063]). Yine duygu düzenleme güçlüğünün, tanıya ilişkin şu anki stres ve korku aracılığıyla uzamış yas üzerindeki dolaylı etkisi anlamlıdır (*B*= .06, *p* <.01 ve %95 BCa GA [.034, .093]).

3.5.2.3. Doğrudan Yolların Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları

Uzamış yas, girici ruminasyon, amaçlı ruminasyon, duygu düzenleme güçlüğü, anlamın varlığı, tanıya bağlı şu anki stres ve korku ve hastalığın merkeziyeti için doğrudan yolları tanımlayan regresyon denklemleri ve standartlaştırılmış regresyon katsayıları (R^2) Tablo 12'de sunulmuştur.

Tablo 12. Uzamış Yas için Önerilen Modele ait Regresyon Denklemleri ve Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları

Regresyon denklemi	**R^2**
Uzamış Yas = (.32) Amaçlı Ruminasyon + (.17) Hastalığın Merkeziyeti + (.26) Duygu Düzenleme Güçlüğü + (.26) Tanıya bağlı şu anki stres ve korku + (-.12) Anlamın Varlığı + e*	.54
Hastalığın Merkeziyeti = (.63) Amaçlı Ruminasyon + e*	.40
Amaçlı Ruminasyon = (.73) Girici Ruminasyon+ e*	.53
Anlamın Varlığı = (-.36) Duygu Düzenleme Güçlüğü + e*	.13
Tanıya bağlı şu anki stres ve korku= (.29) Duygu Düzenleme Güçlüğü + (.23) Hastalığın Merkeziyeti + e*	.16

e^*= hata varyansı

Tablo 12'de görülebileceği gibi, amaçlı ruminasyon, hastalığın merkeziyeti, duygu düzenleme güçlüğü, tanıya bağlı yaşanan şu anki stres ve korku ve anlamın varlığı uzamış yası yordamakta ve bu beş değişken uzamış yasa ilişkin varyansın %54'ünü açıklamaktadır. Girici ruminasyon, amaçlı ruminasyona ait varyansın %53'ünü açıklamaktadır. Amaçlı ruminasyon, hastalığın merkeziyetini varyansının %40'ını açıklayarak yordamaktadır. Duygu düzenleme güçlüğü anlamın varlığını yordamakta ve varyansın %13'ünü açıklamaktadır. Duygu düzenleme güçlüğü ve hastalığın merkeziyeti tanıya bağlı şu anki stres ve korkuyu yordamakta ve bu iki değişken varyansın %16'sını açıklamaktadır.

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Bu bölümde ilk olarak, araştırma değişkenlerine ilişkin betimsel istatistikler tartışılacak, daha sonra ise demografik ve hastalığa ilişkin değişkenlerin bağımlı değişkenler (psikolojik büyüme ve uzamış yas) üzerindeki etkilerini belirlemeye yönelik olarak yapılan çok yönlü varyans analizlerinin (ANOVA) bulguları değerlendirilecektir. Ardından, korelasyon analizlerine ilişkin bulgular alanyazın ışığında değerlendirilerek; önce psikolojik büyüme ardından uzamış yas için yol analizlerine ilişkin bulgular tartışılacaktır.

4.1. ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİNE İLİŞKİN BETİMSEL İSTATİSTİKLERİN TARTIŞILMASI

Çalışmada, tüm sürekli değişkenlerin çarpıklık basıklık değerlerinin ±1.5 arasında olduğu görülmüştür. Bu bulgu, sürekli değişkenlerin veride normal bir dağılım gösterdiği, dolayısıyla parametrik testlerin yürütülebileceği anlamına geldiği için önemlidir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Çalışmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlılık katsayılarının .85'in üzerinde olduğu görülmüştür. Bu değer, yüksek derecede güvenirliği temsil ettiği için (Kalaycı, 2010) ileri analizler için tatmin edici ve yeterlidir.

Kronik hastalığı olan bireylerin, çalışmamızda bağımlı değişkenlerden aldıkları puan ortalamaları incelenmiştir. Genel örneklemde (N=425) kronik hastalığı olan bireylerin psikolojik büyüme puanları (Ort = 50.10, Ss = 20.71) benzer örneklemlerde büyümeyi araştıran önceki çalışmalarla yakın ve tutarlıdır (örn. Ort = 43.45, Ss = 19.26; Devine ve ark., 2010; Ort = 51.86, Ss = 25.91; Dirik ve Karancı, 2008). Hastalığa ilişkin

uzamış yas belirtileri için de benzer bir sonuca ulaşılmıştır. Çalışmamızda kronik hastalığı olan bireylerin uzamış yas puanları (Ort = 27.18, Ss = 11.56), Türkiye'deki kanser hastalarında uzamış yas belirtilerinin varlığını ortaya koyan çalışma bulgusu ile tutarlılık göstermektedir (Ort = 26.09, Ss = 9.46; Gökler-Danışman ve ark., 2017). Hatta uzamış yasa ilişkin ortalama puan bulgumuzun, bir yakınını kaybetmiş bireylerin ortalama uzamış yas puanlarından yüksek olduğu (Ort = 23.53, Ss = 8.70; Gegieckaite ve Kazlauskas, 2020) görülmüştür. Farklı örneklemlerle farklı bağlamda yapılan çalışmalar olsa da bu bulgu, Niemeier ve arkadaşlarının (2004) fiziksel hastalıklarına bağlı kayıp yaşayan bireylerin yas deneyimlerinin, ölüme bağlı kayıp yaşayan bireylerin yas deneyimleri ile benzerlik gösterdiği görüşünü desteklemektedir.

4.2. BAĞIMLI DEĞİŞKENLERİN DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN FARKLILAŞMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu kısımda, demografik değişkenlerden cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyi açısından bağımlı değişkenler olan psikolojik büyüme ve uzamış yas puanlarının ne gibi farklılıkları ortaya koyduğuna ilişkin mevcut çalışma bulguları tartışılmıştır.

4.2.1. Psikolojik Büyümenin Demografik Değişkenler Açısından Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

İlk olarak, yapılan varyans analizi sonucunda yalnızca medeni durumun psikolojik büyüme üzerinde anlamlı bir temel etkiye sahip olduğu görülmüştür. Evli kronik hastaların psikolojik büyüme puanlarının, bekâr kronik hastalardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Alanyazında bu yöndeki bulguların tutarlı olmadığı görülmektedir. Kanser sağ kalanları ile yürütülen bir çalışmada medeni durumun büyümeyi yordadığı bulunmuşken (Bellizzi ve Blank, 2006) başka birkaç çalışmada medeni durumun

büyümede anlamlı olmadığı gösterilmiştir (Katz ve ark., 2001; Tomich ve Helgeson, 2004). Öte yandan çalışmamızda medeni durumun ortaya çıkardığı bu fark, sosyal destekle ilgili bir bulguya işaret ediyor olabilir. Barskova ve Oesterreich'in (2009), ciddi sağlık sorunları yaşayan hastalarda büyümenin incelendiği derleme çalışmalarında medeni durum ile büyüme ilişkisi, kişinin kendi sosyal çevresinden aldığı destek kapsamında açıklanmaktadır. Buna göre, kritik bir deneyimin duygusal ve bilişsel olarak işlenmesinde aile üyeleri ve özellikle hastaların eşleri önemli bir rol oynamaktadır. Tedeschi ve Calhoun (2004) da kendini açma ve sosyal destek bağlamında aile ve eşlere vurgu yapar ve yaşanılan deneyimle ilgili en yakınlarına kendini açmanın bilişsel işlemlemeyi harekete geçirerek travma sonrası büyümeye yardımcı olduğunu öne sürerler. Cordova ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları çalışma da bu görüşü destekler nitelikte, yakınları tarafından hastalıklarına ilişkin paylaşımları desteklenmeyen hasta bireylerin bilişsel işlemlemelerinin engellendiğini ve daha düşük düzeyde büyüme bildirdiklerini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla bu durum, kronik hastalığı olan evli bireylerin, eşin sunduğu duygusal ve sosyal destekten yararlanarak psikolojik büyümelerini olumlu yönde etkileyebildiği anlamına gelebilmektedir. Özetle, medeni durumun büyüme üzerindeki etkisine ilişkin bu bulgu alanyazın ışığında sosyal destek bağlamında değerlendirilmektedir. Bununla birlikte hastaların sosyal desteğe ilişkin algıları mevcut tez çalışmasının ilgisi dâhilinde olmadığı için ele alınmamıştır.

İkinci olarak büyümenin cinsiyet ve eğitim düzeyine göre anlamlı olarak farklılaşmadığı bulunmuştur. Bu bulgu, kronik hastalık bağlamındaki büyüme alanyazını ile tutarlıdır. İki farklı derleme çalışması, kronik hastalarda travma sonrası büyüme ile cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum gibi sosyodemografik değişkenler arasında net bir ilişki olmadığını öne sürmektedir (Barskova ve Oesterreich, 2009; Jim ve Jacobsen, 2008). Buna karşın yakın zamanlı bir çalışmada büyümenin cinsiyet açısından farklılaştığı, kadın kronik hastaların, erkek hastalara oranla önemli

ölçüde daha fazla büyüme bildirdikleri bulunmuştur (Zeligman ve ark., 2018). Farklı kronik hasta örneklemlerinde (romatoid artirit, kalp hastalıkları, MS, kanser) yürütülen çalışmalarda büyümenin hem cinsiyet hem de eğitim düzeyi ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı ortaya konulmuştur (Danoff-Burg ve Revenson, 2005; Dirik ve Karancı, 2008; Evers ve ark., 2001; Mohr ve ark., 1999; Pakenham, 2005; Sheikh, 2004; Katz ve ark., 2001; Sears ve ark., 2003; Thornton ve Perez, 2006). Bununla birlikte Barskova ve Oesterreich (2009), çalışma bulgularının genellikle eğitim düzeyi yüksek kadın ve erkekleri temsil ettiğine çünkü örneklemlerinin eğitimli bireyler olduğuna işaret ederek verilerde eğitim düzeyinin dağılımındaki sınırlamalara dikkat çekmektedir. Çalışmamızın örnekleminde de orta ve yüksek eğitim düzeyine sahip bireyler çoğunluğu oluşturmaktadır. Dolayısıyla ulaşılan bulgu alanyazınla tutarlılık gösterse de genel anlamda eğitim düzeyindeki sınırlamalar istatistiksel olarak verilerdeki eksikliği ve buna bağlı olarak bulguların sınırlılığını açıklayabilir. Öte taraftan bu durum sosyal bilimlerin, özgül olarak ise, gönüllülük temelli ve kağıt-kalem testi diyebileceğimiz yöntemlerle veri toplayan bilim dallarına mensup çalışmaların pek çoğu için geçerlidir. Eğitim düzeyi arttıkça okuma ve anlama hızı arttığından bireyler anketler için daha az zaman ayırabilirler, bu da gönüllülüklerini olumlu yönde etkileyebilir. Ayrıca eğitim düzeyi yüksek grubun bilime katkı sağlama motivasyonları daha fazla olabilir.

4.2.2. Hastalığa Bağlı Uzamış Yasın Demografik Değişkenler Açısından Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Yapılan analiz sonucunda kronik hastaların uzamış yas puanlarının söz konusu demografik değişkenler açısından (cinsiyet, eğitim düzeyi ve medeni durum) farklılaşmadığı bulgusuna ulaşılmıştır.

Daha önce de değinildiği gibi, uzamış yas alanyazını çoğunlukla ölüme bağlı yas olguları ile yürütülen çalışmalardan oluşmaktadır. Bu kapsamdaki son çalışmalardan

birinde uzamış yas şiddetinin cinsiyete göre farklılık göstermediği bulunmuştur (Boelen ve Lenferink, 2021). Bu bulguyu destekleyen çalışmalar (örn. Lacour ve ark., 2020) olduğu kadar desteklemeyen çalışma bulguları (örn. Gegieckaite ve Kazlauskas 2020) da mevcuttur. Kayıpların ardından kadınların daha fazla uyum zorluğu yaşadığı ve uzamış yas bozukluğu açısından daha fazla risk altında olabileceği düşünülmektedir (Heeke ve ark., 2017). Bununla birlikte ölüme bağlı kayıplar, hastalığa ilişkin muğlak kayıplardan farklı olarak somut, toplumsal olarak da "görünür" kayıplardır; dolayısıyla yasın ifade ediliş şekli sosyal normlardan ve cinsiyete özgü süreçlerden etkilenebilir (Boss, 2021; Gegieckaite ve Kazlauskas, 2020). Hastalığa ilişkin uzamış yasla ilgili alanyazın oldukça sınırlıdır ve bu bağlamda cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olduğunu ortaya koyan tek bir çalışmaya rastlanmıştır (Gökler-Danışman ve ark., 2017); o da kanser hastası kadınların yas belirtilerinin erkeklerinkine oranla daha şiddetli olduğunu göstermektedir. Uzamış yası ilk olarak kronik hasta bireylerde inceleyen Holland ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında ise fark analizlerine ilişkin bir bulgu raporlanmamıştır.

Eğitim düzeyi açısından bakıldığında ise, Gegieckaite ve Kazlauskas (2020) uzamış yas için eğitim düzeyinin bir risk faktörü olmadığını gösterirken, Boelen ve Lenferink (2021) ise düşük eğitim düzeyine işaret etmektedir. Görüldüğü gibi bu konudaki alanyazın bulguları tutarlı değildir. Öte yandan söz konusu çalışmalar yine ölüme bağlı yası ele alan çalışmalardır. Mevcut çalışmamıza benzer bir örneklemde uzamış yası inceleyen çalışmalarda eğitim düzeyinin uzamış yas üzerindeki etkisinin bildirilmediği görülmüştür. Dolayısıyla çalışmamızın, hastalığa bağlı uzamış yas puanı üzerinde eğitim düzeyinin anlamlı olmadığını ortaya koyan (bilinen) ilk çalışma olduğu söylenebilir. Bu çıkarım, medeni durum açısından da benzerdir. Çünkü çoğunlukla ölümün ardından gelişen uzamış yası inceleyen alanyazında "eşin ölümü" önemli bir risk faktörü olarak gösterildiği için medeni durumun farklılaşıp farklılaşmadığını

araştırmak mantıklı ve mümkün olamayacaktır. Hastalığa ilişkin uzamış yas çalışmalarında ise medeni durumun incelenmediği görülmektedir. Dolayısıyla bu bulgu medeni durumun, kronik hastalıklarda psikolojik büyüme üzerinde anlamlı bir etkiye sahip sosyal destek temsili olarak açıklanabilirken, uzamış yas için benzer bir işlev göstermediği olarak yorumlanabilir.

4.3. BAĞIMLI DEĞİŞKENLERİN HASTALIĞA İLİŞKİN DEĞİŞKENLER AÇISINDAN FARKLILAŞMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu kısımda, psikolojik büyüme ve uzamış yas puanlarının hastalığa ilişkin değişkenlerden ilaç kullanımı ve tanı üzerinden geçen süre açısından farklılaşıp farklılaşmadıklarına ilişkin çalışma bulguları tartışılmıştır.

4.3.1. Psikolojik Büyümenin Hastalığa İlişkin Değişkenler Açısından Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastalığa ilişkin değişkenlerden "tanı üzerinden geçen zaman" ve "ilaç kullanımının" psikolojik büyüme üzerinde etkisi olup olmadığını görmek amacıyla yapılan varyans analizine göre, psikolojik büyüme puanının yalnızca ilaç kullanımı açısından farklılaştığı, tanı üzerinden geçen zamanın ise büyüme üzerinde anlamlı olmadığı görülmüştür.

İlk olarak çalışmamızın bulguları, kronik hastalığı nedeniyle düzenli ilaç kullanan hastaların, herhangi bir ilaç kullanmayan hastalara göre daha yüksek büyüme bildirdiklerini ortaya koymaktadır. Hastalık ve büyüme eksenindeki alanyazın incelendiğinde özgül olarak hastalığa bağlı ilaç kullanımının büyüme üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Bununla birlikte kronik hastalarda düzenli ilaç kullanımı, hastalığın ciddiyeti ya da şiddeti ile ilişkilendirilmektedir (Devine ve ark.,

2010; Leventhal ve ark., 2008; Park ve ark., 1999). Dolayısıyla çalışmamızın ilaç kullanımına ilişkin ortaya koyduğu bulguların hastalığın şiddeti ya da ciddiyeti bağlamında yorumlanabileceği düşünülmektedir. Önceki çalışmalar, büyümenin hastalık şiddeti ile oldukça ilişkili olduğunu göstermektedir (Barskova ve Oesterreich, 2009; Devine ve ark., 2010; Dirik ve Karancı, 2008). Daha yüksek hastalık şiddetinin daha yüksek büyüme anlamına gelmesi, travma sonrası büyüme kuramı ile de tutarlıdır. Çünkü kurama göre "travmatik, sarsıcı, yaşam değiştiren olay" kişinin varsayımlarını sarsacak ölçüde şiddetli olduğunda, bireyin şemalarını gözden geçirip değiştirmesine neden olarak büyüme sürecini başlatmaktadır (Calhoun ve Tedeschi, 2000; Tedeschi ve Calhoun, 2004). Leventhal ve arkadaşlarının (2008) kronik hastalıkları ele aldıkları geniş kapsamlı çalışmaları ise düzenli ilaç kullanımının, hastalıkla ilişkilenme ve tedaviye uyumun yanı sıra hastalık ve tedaviye ilişkin korkular ile de güçlü şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir. Toparlamak gerekirse alanyazın ışığında söylenebilir ki hastalığı nedeniyle düzenli ilaç kullanan bireylerin, hastalıklarının şiddetine ilişkin algıları daha yüksek olabilir, bu da hastalıklarıyla başa çıkmak için mücadele hissini artırmış ve büyüme düzeylerinde fark yaratmış olabilir. Paralel şekilde, düzenli ilaç kullanmayan kronik hastaların hastalıklarının şiddetli olmayabileceği ya da hastalıklarını ciddi düzeyde algılamayabildikleri çıkarsanabilir. Bu da daha düşük psikolojik büyüme puanını açıklayabilir. Bu bulgudan hareketle, ilaç kullanımının analizlerde karıştırıcı bir değişken olabileceği düşünülmüş ve hastalığı nedeniyle düzenli ilaç kullanmayan bireyler yol analizlerine dahil edilmemiştir.

İkinci olarak, tanı üzerinden geçen zamanın kronik hastaların büyüme puanları üzerinde anlamlı bir fark yaratmadığı görülmüştür. Alanyazın incelendiğinde tanı üzerinden geçen zamanın büyüme ile ilişkisinin anlamlı olduğunu gösteren çalışmalar (Cordova ve ark., 2001; Sears ve ark., 2003; Pakenham, 2005) kadar anlamsız olduğunu gösteren çalışmalara (Hill ve Watkins, 2017; Katz ve ark., 2001; Danoff-Burg ve

Revenson, 2005; Sheikh, 2004) da rastlanmıştır. Çalışmamıza benzer bir örneklemle yürütülen iki çalışmada da tanı üzerinden geçen sürenin büyüme üzerinde anlamlı olmadığı raporlanmaktadır (Devine ve ark., 2010; Zeligman ve ark., 2018). Dolayısıyla çeşitli hastalıklarda tanıdan bu yana geçen süre fark etmeksizin büyüme bildirilmektedir. Kuramsal açıklamalar da şemaları sarsan, yaşam değiştiren olayı ya da durumu takiben büyümenin hemen gerçekleşmesinin olası olmadığı; çünkü mücadelenin, işlemlemenin, dönüşümün zaman alacağı ve nihayetinde büyümenin zamanla gelişeceği yönündedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Bazı çalışmalar, yoğun bir stres yaşantısı sonrasındaki ilk aylarda bireyin suçluluk duyguları ve aktif baş etme ile meşgul olabileceğini; dolayısıyla büyümenin değerlendirilmesinde karışıklık yaratabileceğini öne sürmektedirler (Pat-Horenczyk ve Brom, 2007). Bu görüşlerden de hareketle çalışmamızda tanı üzerinden en az 6 ay geçmiş olması alt sınır olarak alınmıştır, fakat üst sınır konulmamıştır. Bulgularımız da tanı üzerinden geçen zamandan bağımsız olarak büyümenin görülebileceğini göstermektedir. Dolayısıyla bu değişkene ilişkin bulgular hem büyümenin kuramsal modeliyle hem de alanyazın ile tutarlıdır.

4.3.2. Hastalığa İlişkin Uzamış Yasın Hastalığa İlişkin Değişkenler Açısından Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastalığa ilişkin değişkenlerin uzamış yas üzerinde etkisi olup olmadığını görmek amacıyla yapılan varyans analizine göre hem ilaç kullanımı hem de tanı üzerinden geçen zaman açısından kronik hastaların uzamış yas puanlarının anlamlı olarak farklılaşmadığı görülmüştür. Bununla birlikte ailede benzer hastalık öyküsü bulunmasının uzamış yas üzerinde anlamlı bir farklılık yarattığı görülmüştür. Öncelikle ilişkin uzamış yası inceleyen üç çalışmadan ikisinin tedavi gören kanser hastaları ile yapıldığı, dolayısıyla yaşamı oldukça tehdit eden kanser hastalığına karşı ilaç kullanımından öte tüm örneklemin tedavi sürecinde olduğu bilgisi önemlidir (Gökler-Danışman ve ark., 2017; Jacobsen ve ark., 2010). Bu bağlamda uzamış yası kronik

hastalarda ele alan tek çalışma (Holland ve ark., 2016) ise yaşlı hastaların uzamış yas belirtileri ile tıbbi hizmet kullanımları arasındaki ilişkiyi incelemiş ve uzamış yas tepkilerinin tıbbi hizmet almayı yordadığını göstermiştir. Burada tıbbi hizmet alma "hastalığın ciddiyeti" olarak yorumlanırsa, uzamış yasın şiddetinin hastaneye başvuruların artmasında rolü olduğunu söyleyebiliriz. Bir diğer ifadeyle, hastalığın ciddiyetinin rolü olduğuna işaret eden bu bulgu, dolaylı olsa da çalışmamızla tutarlılık göstermesi açısından önemlidir.

Mevcut çalışmada tanı üzerinden geçen süre geniş bir kapsamda (ilk 3 yıl, 4-9 yıl, 10 yıl ve üzeri) değerlendirilmiş, buna karşın gruplar arasında uzamış yas açısından bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Diğer bir deyişle tanı üzerinden geçen süre fark etmeksizin hastalığa ilişkin uzamış yas belirtileri gözlenebilmektedir. Klinik bir tanı kategorisi olan uzamış yas, DSM'de yalnızca ölüme bağlı kayıplar için tanımlanmakta, süre ölçütü olarak ise yas belirtilerinin kayıptan sonra en az 1 yıldır sürüyor olması beklenmektedir. Buna karşın görgül çalışmalar 1 yıldan daha öncesinde kayba ilişkin yas tepkileri göstermenin uzamış yas için bir risk oluşturduğunu bildirmektedir (örn. Boelen ve Lenferink, 2021). Yanı sıra uzamış yasa ilişkin alanyazın çalışmaları da klinik tanı bağlamında veriler ortaya koymaktadır. Örneğin yakın zamanda yapılan iki çalışma da kaybın ardından geçen sürenin uzamış yas üzerinde anlamlı olmadığını saptamıştır (Gegieckaite ve Kazlauskas, 2020; Milman ve ark., 2019). Görüldüğü gibi bu konuda alanyazının ortaya koyduğu veriler çoğunlukla "kaybın üzerinden geçen süre" ve yas tepkilerine dairdir. Öte yandan daha önce de aktarıldığı gibi hastalık tanısı alma gibi muğlak bir kayıptaki yas süreci, somut kayıptakinden farklı ilerleyebilmektedir çünkü ölüme bağlı kayıpların ardından tutulan yasları başlatan sevilen kişinin ölümüyken, sağlığın kaybının süreçte ne zaman deneyimlenmeye başladığı belirsizdir (Boss, 2021; Jacobsen ve ark., 2010). Bununla birlikte Gökler-Danışman ve arkadaşlarının (2017) Türkiye'deki kanser hastaları ile yürüttükleri

çalışma önceki bulguları destekler biçimde, 6 ayı bir kesme noktası olarak belirleyip hastalık süresi açısından uzamış yas belirtilerinde anlamlı bir fark bulunmadığına işaret etmektedir. Dolayısıyla çalışma bulgularımız, geçmiş çalışmaların bu yöndeki bulgularıyla uyumludur.

Son olarak ailesinde kendisininkine benzer hastalığa sahip bir üye bulunan kronik hastaların daha düşük uzamış yas puanına sahip olması, hastalığa ilişkin yas ve işlevsellik açısından daha iyi bir durumda olduklarını göstermektedir. Ailede benzer bir hastalık öyküsünün bulunmasının uzamış yas üzerinde yarattığı fark, bireyin hastalığına ilişkin aile içinde halihazırda var olan bir algıyı/anlamı sahiplenmesi ya da hastalığına ilişkin önceden işlemlenmiş bir algısının olması ile ilişkili olabilir. Örneğin, birey hastalığına kalıtsal bir anlam atfediyor olabilir. Bu da hastalığını sorgulama, anlamlandırma ve kayıpları için yas tutma sürecini ve düzeyini etkileyebilir. Ayrıca benzer bir hastalık öyküsüne ailesi içinde tanık olan bireyler hastalıklarına ilişkin belirsizlikleri, dolayısıyla stres, kaygı, korku gibi yoğun duyguları daha düşük düzeyde yaşayabilir, yakın çevresinden daha iyi bir anlayış ve destek görebilir. Yine de bu çalışma, kronik hastalarda muğlak kayıplara ilişkin verilen yas sürecini işleyen ilk çalışmalardan biri olma özelliği taşıdığı için bu konudaki bulgular keşifsel niteliktedir.

4.4. KORELASYON ANALİZİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırma değişkenleri arasındaki ilişkilere yol analizi bulgularının tartışılmasında değinileceği için bu kısımda korelasyon analizi bulguları genel bir çerçevede ele alınmış ve de yol analizinde yer almayan değişkenlere ilişkin tartışma yürütülmüştür. Korelasyon katsayısı .20'nin altındaki değerler çok zayıf bir ilişkiyi gösterdiği ve bu büyüklükteki bir örneklemde istatistiksel olarak anlamlı bulunması olası olduğu için tartışılmamıştır.

Öncelikle psikolojik büyüme için değerlendirildiğinde, büyüme ile tanı sonrası stres ve korku, girici ruminasyon, amaçlı ruminasyon, hastalığın merkeziyeti ve anlamın varlığı arasındaki ilişkilerin pozitif yönde ve anlamlı olduğu görülmektedir. Değişkenler arası ilişkilerin beklenen yönde olduğu görülmüştür. Alanyazından hareketle duygu düzenleme güçlüğü ile psikolojik büyüme arasında anlamlı bir ilişki beklenmemiştir, bulgular da bu doğrultudadır. Benzer şekilde, büyümenin kuramsal modelinden (Tedeschi ve ark., 2018) hareketle büyümenin tanı sonrasındaki stres ve korku ile pozitif, tanıya ilişkin şu anki stres ve korku ile negatif düzeyde ilişkili olacağı ya da anlamlı olmayacağı öngörülmüştür. Beklenen şekilde bulgular, stres faktörünün kronik hastalarda ayrıştırılması gerektiğini vurgulayan görüşü destekleyerek (Barskova ve Oesterreich, 2009), tanıya ilişkin devam eden (şu anda var olan) stres ve korkunun bireyin hastalığı tehdit olarak görmeye devam ettiğini, bu nedenle de hastalığı kabul ederek yaşamıyla bütünleştirmediğini ve dolayısıyla büyüme süreci ile ilişkili olmadığını göstermektedir. Bulgular bu yöndeki alanyazın çalışmalarıyla da tutarlıdır (Dirik ve Karancı, 2008; Pakenham, 2005). Devine ve arkadaşlarının (2010) kronik hastalarla yürüttükleri çalışmalarında hastalık belirtileri daha aktif olan bireylerin büyüme puanları, hastalıkları "uykuda" olanlara göre daha düşük bulunmuştur. Dolayısıyla hastalığa ilişkin stres sürerken, bireylerin fiziksel ve zihinsel enerjileri hastalık semptomlarına, tedavilerine ve diğer stresörlere kanalize olurken, büyüme deneyimine ayrılmıyor olabilir. Psikolojik büyümenin tanı sonrasındaki stres ve korku ile ilişkisine ise yol analizinin tartışılmasında yer verilecektir.

Son olarak yapılan analiz sonucunda, psikolojik büyüme ile hem anlam arayışı hem de anlamın varlığı arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Anlam arayışı ve anlamın varlığı birbirleri ile negatif yönde ilişkili olsa bile iki boyuttaki artış, psikolojik büyümede de artış anlamına gelmektedir. Bu bulgular, büyümenin her iki anlam boyutu ile de ilişkili olduğunu göstermesi açısından önceki çalışmalar ile

tutarlıdır (Boullion ve ark., 2020; Dursun ve ark., 2016). Bununla birlikte büyüme ile yalnızca anlamın varlığı arasında pozitif korelasyonlar rapor eden bazı çalışmalar da mevcuttur (Cann ve ark., 2010; Weber ve ark., 2020). Dursun ve arkadaşları (2016) farklı travma türlerinin anlam üzerinde rollerinin değişebileceğine işaret ederler, dolayısıyla bulgularda ortaya çıkan bu farklılık anlamın kronik hasta örnekleminde çalışılması ile de ilişkili olabilir. Öte yandan alanyazın çalışmalarında da büyümenin "anlam arayışı"ndan çok "anlamın varlığı" ile ilişkisine vurgu yapılmaktadır (Triplett ve ark., 2012; Zeligman ve ark., 2018).

İkinci olarak, analiz sonuçları hastalığa ilişkin uzamış yas açısından değerlendirildiğinde, uzamış yas ile girici ruminasyon, amaçlı ruminasyon, duygu düzenleme güçlüğü, hastalığın merkeziyeti ve tanıya ilişkin şimdiki stres ve korku arasında, beklenen şekilde, anlamlı ve pozitif yönde ilişkiler bulunmuştur. Uzamış yas, anlam arayışı ile anlamlı ve pozitif yönde ilişkiliyken; anlamın varlığı ile anlamlı ve negatif yönde ilişkilli bulunmuştur. Bu bulgu, anlam arayışını hastalarda işlevsellikte bozulma ile ilişkilendiren ve olumsuz yaşam değişikliklerinin göstergesi olduğuna işaret eden önceki çalışmalar ile tutarlıdır (Linley ve Joseph, 2011; Roberts ve ark., 2006). Beklenildiği gibi anlam arayışı, bireyin hastalıklarına ilişkin anlamlandırma çabalarının sürdüğüne işaret ediyor görünmektedir. Dolayısıyla bulgular, anlam arayışının tek başına uyuma yönelik olmadığı görüşünü (Steger ve ark., 2008) desteklemektedir. Bulgular bölümünde de aktarıldığı gibi, alanyazındaki anlam arayışı ve anlamın varlığı arasındaki etkileşim etkisi dikkate alınarak yol modeline anlama ilişkin yalnızca tek boyutun girmesi gerektiği ve bağımlı değişkenlerle ters yönde ilişkileri nedeniyle anlamın varlığının her iki gidişatta daha kilit bir rolü olabileceği düşünülmüştür. Anlamın varlığı ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiler, yol analizi bulgularının tartışılmasında ele alınacaktır.

4.5. MODEL TESTLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Hatırlanacağı gibi mevcut tez çalışmasında kronik hastalığı olanlarda bilişsel (ruminasyon, hastalığın merkeziyeti), duygusal (duygu düzenleme güçlüğü, tanı sonrası stres ve korku, tanıya ilişkin şu anki stres ve korku) ve varoluşsal (anlam) değişkenlerden psikolojik büyümeye ve uzamış yasa giden yolların ve söz konusu değişkenlerin aracı rollerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda hem büyüme hem de uzamış yas için önerilen iki ayrı model ve doğrudan ve dolaylı yolların anlamlılığı yol analizi ile test edilmiştir. Bu kısımda ilk olarak psikolojik büyüme, ardından uzamış yas için yürütülen yol analizindeki doğrudan ve dolaylı etkilere ilişkin bulgular tartışılmıştır.

4.5.1. Psikolojik Büyüme için Yol Analizi Modelinin Tartışılması

> *"Sonunda huzura erebiliriz…Kendi ölümümüzün gerçeğiyle yüzleşerek ve kabul ederek."*
>
> Kübler-Ross, (1970, s.16)

Büyümeye ilişkin yol analizi sonucunda önerilen ilk modelin kabul edilebilir uyuma sahip olduğu görülse de yollardan birinin anlamsız olduğu saptanmıştır. Anlamsız yolun çıkarıldığı ikinci model test edildiğinde bu son modelin daha iyi bir uyuma sahip olduğu belirlenmiştir.

4.5.1.1. Psikolojik Büyüme Modelindeki Doğrudan Yollara İlişkin Bulguların Tartışılması

Büyüme modelindeki doğrudan yollar değerlendirildiğinde, amaçlı ruminasyon ile anlamın varlığı arasındaki yol haricinde tüm doğrudan yolların anlamlı olduğu görülmüştür. Bu bulgular Travma Sonrası Büyüme kuramı çerçevesinde açıklanmış ve ilgili alanyazın ışığında tartışılmıştır.

İlk olarak tanı sonrası stres ve korkunun hem girici hem de amaçlı ruminasyon üzerinde doğrudan etkileri anlamlıdır. Bununla birlikte tanı sonrasındaki stres ve korkunun girici ruminasyonu, amaçlı ruminasyona göre çok daha güçlü bir düzeyde yordadığı dikkat çekmektedir. Büyümenin kuramsal modeliyle tutarlı olan bu bulgu, çalışmamızın örnekleminde bireyin hastalık tanısı aldıktan sonraki süreçte hastalığa ilişkin stres ve korku düzeyinin artmasının, bu konuda tekrarlayıcı düşünme eğilimini arttırdığını göstermektedir. Tedeschi ve arkadaşlarının (2018) büyüme modelinde de öne sürdükleri gibi psikolojik sıkıntı ve stresin büyüme sürecinin başlamasında önemli bir rolü vardır. Buna göre, olaya/deneyime ilişkin bilişsel işlemlemeyi harekete geçiren, bireyin duruma ilişkin yüksek düzeyde sıkıntı ve stres yaşayarak var olan şemalarının sarsılmasıdır (Tedeschi ve Calhoun, 2004; Tedeschi ve ark., 2018). Triplett ve arkadaşlarının (2012) çalışması da temel inançlardaki değişimin hem girici hem de amaçlı ruminasyon üzerinde doğrudan etkisi olduğunu göstermektedir. Ayrıca yumurtalık kanseri (Hill ve Watkins, 2017) ve meme kanseri (Soo ve Sherman, 2015) hasta örneklemlerinde de psikolojik stres, her iki ruminasyon biçimiyle de pozitif yönde ilişkilli bulunmuştur. Mevcut bulguya dayanarak kronik hastalarda da bilişsel işlemlemeyi diğer bir ifadeyle ruminasyonları harekete geçirenin büyük oranda tanı sonrasında yaşanan stres ve korku olduğu söylenebilir.

İkinci olarak, çalışmamızda girici ruminasyonun amaçlı ruminasyon üzerinde doğrudan etkisi pozitif yönde anlamlıdır. Büyüme kuramına göre, birey sarsıcı deneyiminin ardından (girici) ruminasyon yaparak yaşantısını otomatik düzeyde işlemlemeye başlar. Bu, doğal, çabasız ve kendiliğinden gelişen bir süreçtir. Girici ruminasyon, kişinin dikkatini yaşadığı deneyime yöneltir, böylece birey bu tekrarlayıcı düşünceleri kontrol altına almaya çalışır. Bu çabanın sonucunda girici ruminasyon amaçlı ruminasyona dönüşür (Calhoun ve Tedeschi, 2012; Tedeschi ve Calhoun, 2004; Tedeschi ve ark., 2018). Mevcut çalışma bulguları, kronik hastalarda yaşanan bilişsel

işleme sürecinin kuramsal modelin öne sürdüklerine benzer ve uyumlu olduğunu göstermektedir. Buna göre başka travma yaşantılarında olduğu gibi (Cann ve ark., 2011; Hirooka ve ark., 2017; Triplett ve ark., 2012) kronik hastalığı olan bireylerde de girici ruminasyon amaçlı ruminasyonu "aktive etmektedir". Başka bir ifadeyle kronik hastalığı olan bireylerin zihni ilk önce hastalıkları ile ilgili otomatik ve girici özellikteki tekrarlayıcı düşünceler tarafından işgal edilirken birey zamanla girici düşüncelerini kontrol ederek kasıtlı ve bilinçli olarak hastalık deneyimi üzerine düşünür, sorgular ve anlamlandırmaya çalışır.

Mevcut çalışmada, amaçlı ruminasyonun hastalığın merkeziyeti üzerindeki anlamlı etkisinin olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, kronik hastalığı olan birey hastalığa ilişkin amaçlı biçimde ruminasyon yaparak hastalığını ve kayıplarını sorgulayıp anlamlandırmaya çalıştıkça ve yeni şemalar ürettikçe, hastalığını yaşam öyküsünde ve kimliğinde merkezi ya da dönüm noktası olarak görme eğiliminin arttığını göstermektedir. Barton ve arkadaşlarına (2013) göre ruminasyonlar ile olayın merkeziyeti arasındaki ilişki döngüseldir. Buna göre bir olayın merkezi algılanması daha fazla bilişe yol açtığı gibi bilişsel işlemleme de bir olayın merkezi algılanmasına neden olabilir. Mevcut çalışmada ise zaman faktörü kullanılarak olası bir doğrusal ilişki ortaya çıkarılmak istenmiştir. Geriye dönük olarak sorulan ruminasyonlar "tanının hemen sonrasındaki haftalarda bilişsel hareketliliği" tanımlamaktayken, hastalığın merkeziyeti algısı şimdiki zamana aittir. Dolayısıyla çalışma bulguları, ruminasyonlar ve olayın merkeziyetinin etkileşim içinde olduğu ve ruminasyonların olay merkeziyetinin gelişiminde ve sürdürülmesinde etkili olduğunu ortaya koyan önceki çalışmalarla uyumludur (Brooks ve ark., 2017; Gehrt ve ark., 2018).

Bunun yanı sıra büyüme için önerilen araştırma modelinde amaçlı ruminasyonun anlamın varlığı üzerindeki doğrudan etkisi anlamlı bulunmamıştır. Psikolojik büyümenin ortaya çıkışında deneyime anlam atfetmenin önemine işaret eden kuramsal

modelden hareketle, amaçlı ruminasyon yaptıkça deneyimlerini bilişsel olarak işleyen kronik hastaların hastalıklarını anlamlandırdıkları; bu anlam duygusunun yaşamlarına genellenmesiyle de "yaşamda anlam bulma" olasılıklarının artabileceği varsayılmıştır; ancak bulgular iki değişkenin anlamlı bir ilişkiye sahip olmadığını göstererek hipotezimizi desteklememiştir. Alanyazında ruminasyon ile anlam ilişkisini inceleyen kısıtlı sayıda çalışma da ruminasyonlar hangi bağlamda alınırsa alınsın (işlevsel ya da uyumsuz) anlamın varlığı ile ilişkili bulmayarak çalışmamıza benzer bulgular ortaya koymaktadır (Park ve ark., 2008; Triplett ve ark., 2012).

Bir diğer bulgu, anlamın varlığının büyüme üzerindeki doğrudan etkisinin anlamlı olmasıdır. Elde edilen bu bulgu, yaşamda anlam bulma duygusu arttıkça psikolojik büyümeye ilişkin eğilimin de arttığını göstermektedir. Bu bulgu, alanyazındaki bazı çalışmalarla tutarlı görünürken (Boullion ve ark., 2020; Weber ve ark., 2020) aktarılan son iki bulgu birlikte değerlendirildiğinde, "yaşamda anlam bulmanın mı büyümenin öncülü olduğu" yoksa "büyümenin mi anlam duygusunun bir göstergesi olduğu" tartışmasında ilk tezi desteklememektedir. Şöyle ki, mevcut çalışmada anlamın varlığı her ne kadar büyüme ile pozitif yönde ilişkili bulunsa da büyümeye önemli katkıları olan bilişsel faktörlerle ilişkilenmemiştir. Bu da büyümenin, hastalıkla ilgili anlamın inşasını içerse de genel bir yaşamda anlam duygusunu içermeyebileceğini ancak ona giden yolda olduğu tezinin daha doğru olabileceğini düşündürmektedir (Cann ve ark., 2010; Dursun ve ark., 2016; Triplett ve ark., 2012). Yine de, amaçlı ruminasyon ile doğrudan bir ilişkiye sahip bulunmadığı için anlamın varlığı, büyümenin son yol modelinde yer almamıştır.

Başka bir bulgu, amaçlı ruminasyonun psikolojik büyüme üzerindeki anlamlı etkisidir. Mevcut bulgu, amaçlı ruminasyonun büyümeyi güçlü bir düzeyde yordadığını göstermektedir. Buna göre bireyin tanı sonrasında hastalığı ile ilgili bilinçli ve kasıtlı olarak tekrarlayıcı biçimde düşünmesi; durumunu sorgulamasına, anlamlandırmasına,

yeni şemalar üretmesine yardımcı olarak psikolojik olarak büyümesine, gelişmesine katkıda bulunmaktadır. Elde edilen bu bulgu, hem büyümenin kuramsal modelini (Tedeschi ve Calhoun, 2004; Tedeschi ve ark., 2018) hem de farklı bağlamlarda yapılan pek çok alanyazın çalışmasını (Hirooka ve ark., 2017; Hill ve Watkins, 2017; Li ve ark., 2018) destekler niteliktedir.

Mevcut çalışmada son olarak hastalığın merkeziyetinin psikolojik büyüme üzerindeki doğrudan etkisi de anlamlı bulunmuştur. Buna göre bireyin hastalığını yaşam öyküsünde ve kimliğinde önemli ve merkezi olarak tanımlaması büyüme olasılığını artırmaktadır. Bu, birey için önemli ve merkezi kabul edilen hastalık durumunun yaşamına yön verdiği, alınan kararlarda, yaşama tarzında belirleyici olduğu; bunların da beraberinde psikolojik büyüme gibi olumlu bir dönüşümü getirdiği olarak yorumlanabilir. Ayrıca bireyin yaşantısını kimliğine dahil etmesi, önem atfetmesi büyüme modelinde önemli bir basamak olarak yer alan "kişinin yaratılan yeni anlatıyı benimsemesi, yaşam öyküsü ile bütünleştirmesi" süreci için de gerekli görünmektedir. Yaşam öyküsünde dönüm noktası olarak kabul edilen farklı yaşantıların daha fazla büyümeye yol açtığı alanyazında gösterilse de (Allbaugh ve ark., 2016; Boals ve ark., 2010; Lancaster ve ark., 2013) hastalığın merkeziyeti ekseninde rastlanan tek çalışma travmatik beyin hasarı geçiren bireylerde yüksek düzeyde olay merkeziyetini travma sonrası büyüme ile ilişkili bulmuştur (Kuenemund ve ark., 2016). Ulaşılan bu bulgu, olayın merkeziyetinin pek çok olumsuz sonuçla ilişkilendirilmesinin yanında aslında olumlu sonuçlar için de bir anahtar olabileceği tezini desteklemesine ek olarak hastalığın merkeziyetinin ilk kez kronik hastalık bağlamında ele alınması açısından önemlidir.

4.5.1.2. Psikolojik Büyüme Modelindeki Dolaylı Yollara İlişkin Bulguların Tartışılması

Kronik hastalığı olan bireylerde büyümenin varlığını ortaya koyan çok sayıda çalışma olsa da büyüme süreçlerinde hangi unsurların nasıl bir yol izlediklerini ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Alanyazındaki boşluğu doldurmaya duyulan gereksinim ile birlikte kronik hastalarda büyümeye giden yolu belirlemek amacıyla hatırlanacağı gibi Tedeschi ve arkadaşlarının (2004; 2018) travma sonrası büyüme modelinin çizdiği çerçeve temel alınmıştır. Bu doğrultuda tanı sonrasındaki stres ve korkudan psikolojik büyümeye giden yolda bilişsel ve varoluşsal değişkenlerin aracı rolü yol modeli ile incelenmiştir. Modeldeki anlamsız bir yol çıkarıldıktan sonra elde edilen bulgular ruminasyonların ve hastalığın merkeziyetinin bu ilişkide aracı rolleri olduğunu göstermiştir.

İlk olarak tanının ardından yaşanan stres ve korkunun girici ve amaçlı ruminasyon aracılığıyla büyüme üzerindeki dolaylı etkisi incelendiğinde; bu yolda tanının ardından yaşanan stres ve korkunun girici ruminasyon aracılığıyla amaçlı ruminasyon üzerindeki dolaylı etkisi anlamlıdır. Girici ruminasyonun amaçlı ruminasyon aracılığıyla psikolojik büyüme üzerindeki dolaylı etkisi anlamlıdır. İkinci olarak son yol modeli tanı sonrasında yaşanan stres ve korkunun psikolojik büyüme üzerinde girici ve amaçlı ruminasyona ek olarak hastalığın merkeziyetinin de aracı rolüyle dolaylı etkilerinin olduğunu göstermiştir. Bu yolda da tüm dolaylı etkiler anlamlı bulunmuştur. Söz konusu iki bulgu bir arada değerlendirildiğinde; tanı sonrasında yaşanan stres ve korkunun artması girici ruminasyon eğilimini artırmakta; girici ruminasyon eğilimi arttıkça amaçlı ruminasyon da artmakta ve hem hastalığın birey için önemini artırma yoluyla hem de direkt olarak psikolojik büyüme olasılığını artırmaktadır.

Kuramda (Calhoun ve ark., 2000; Tedeschi ve Calhoun, 2004) ve hastalık dışındaki farklı bağlamlara ilişkin alanyazında (Cann ve ark., 2011; García ve ark., 2015; 2016; Triplett ve ark., 2012) ruminasyonların büyüme üzerindeki kilit rolü ve büyümenin girici ruminasyonun amaçlı ruminasyona dönüşmesiyle mümkün olabileceği vurgulanmaktadır. Amaçlı ruminasyon yeniden yapılandırılmış bir dünya görüşü sağlar ve bireyin deneyiminde anlam bulmasına izin verir, dolayısıyla zamanla olay sonrasındaki psikolojik stresin ve girici ruminasyonun azalacağı, olumlu psikolojik değişimin ortaya çıkacağı öne sürülmektedir (Hirooka ve ark., 2017; Tedeschi ve ark., 2018). Nitekim mevcut çalışma bulguları da büyüme deneyiminde ruminasyonların izlediği yolun yordama gücünün yüksekliğini göstermektedir. Fakat hastalığa yaşam öyküsünde bir konum atfetmek de büyüme sürecinde önemli görünmektedir. Allbaugh ve arkadaşlarının (2016) ilişki şiddetine maruz kalanlarda büyümeyi inceledikleri çalışmalarında, travmadan ayakta kalanların büyümeyi deneyimlemesi için amaçlı ruminasyon ve olayın merkeziyetinin birlikteliği ortaya konulmuştur. Bulgular çalışmanın örneklemi çerçevesinde yorumlanacak olursa, hastalık tanısı alması sonrasında bireyin yaşadığı stres ve korku çok fazlaysa bu noktada birey, hastalığı, yaşamı, geleceği ile ilgili tekrarlayıcı düşüncelere istemsizce maruz kalır (girici ruminasyon). Hasta bu girici düşünceleri zamanla kontrol altına alıp, bilinçli bir çaba ile derin düşünme anlamına gelen amaçlı ruminasyona dönüştürürse hastalığı hakkında sorgulamalar yaparak başına geleni anlamlandırmaya çalışabilir. Bu sayede büyümeye uzanan yolu açabilecektir. Bununla birlikte amaçlı ruminasyon hastalığın merkeziyeti üzerinden de büyümeye zemin hazırlayabilir. Şöyle ki, amaçlı ruminasyon ile hastalığını anlamlandırması, hastalığın merkeziyetini, başka bir ifadeyle bireyin hastalığını yaşam öyküsünde bir dönüm noktası olarak görme olasılığını önemli ölçüde artırır. Böylece kendisi, diğerleri ve dünya hakkında yeni şemalar üreten ve yeni bir anlatı yaratan birey, hastalığını yaşam öyküsüyle bütünleştirebilir. Dolayısıyla birey "yaşamını değiştiren"

hastalık deneyiminden yeni fırsatları görerek, manevi anlamda gelişerek, güçlenerek, esneklik kazanarak, yaşamını takdir ederek, hastalığına uyum sağlayarak çıkabilir. Genel olarak bu sonuçlar, travma sonrası büyüme kuramının öne sürdüğü modeli kronik hastalar için de desteklemekte ve amaçlı ruminasyona ek olarak hastalığın merkeziyetinin büyümedeki öneminin altını çizmektedir.

4.5.2. Hastalığa İlişkin Uzamış Yas için Yol Analizi Modelinin Tartışılması

Uzamış yasa ilişkin önerilen yol modeli test edildiğinde, tüm ilişkilerin anlamlı olduğu ve modelin kabul edilebilir uyum gösterdiği bulunmuştur.

4.5.2.1. Hastalığa İlişkin Uzamış Yas Modelindeki Doğrudan Yollara İlişkin Bulguların Tartışılması

Uzamış yas modelindeki doğrudan yollar değerlendirildiğinde, tüm doğrudan etkilerin anlamlı olduğu görülmüştür. Bulgular ilgili alanyazın ışığında tartışılmıştır.

İlk olarak girici ruminasyonun amaçlı ruminasyon üzerinde ve amaçlı ruminasyonun da hastalığın merkeziyeti üzerindeki doğrudan etkileri anlamlıdır. Bu bulgu, büyümedeki modele hem ilişkinin yönü hem de gücü açısından oldukça benzerdir. Her iki sonuçta da ortak olan bu durum, hastalığın bilişsel olarak işlenmeye çalışıldığının bir göstergesi olabilir. Söz konusu doğrudan etkiler büyüme modelinde kapsamlı olarak değerlendirildiği için tekrara düşülmemek adına burada tartışılmayacaktır.

Kronik hastalık tanısı alanların bir takım duygu düzenleme sorunları yaşadıkları alanyazında çesitli çalışmalarda gösterilmiştir (örn. Innamorati ve ark.; 2016; Phillips ve ark., 2014). Bu çalışmada da duygu düzenleme güçlüğünün tanıya ilişkin şu anki stres ve korku üzerindeki doğrudan etkisi anlamlı bulunmuştur. Buna göre duygu düzenleme güçlüğü arttıkça birey hastalık tanısına ilişkin stres ve korku duymaktadır. Başka bir

ifadeyle duygu düzenleme güçlüğü yaşayan bireylerde hastalık tanılarına ilişkin devam eden bir stresin görülme olasılığı daha yüksektir. Duygu düzenleme, duygusal tepkilerin kontrolü, değişimlenebilmesi, işlevsel şekilde kullanılabilmesi gibi bir dizi beceriyi ifade ederken; bu noktada güçlük, uyumsuzluk yaşanması duygusal işlemlemeyi etkileyen olumsuz bir örüntüye işaret etmektedir (Gratz ve Roemer, 2004; Kökönyei ve ark., 2014). Dolayısıyla hastaların duygularını düzenlemede zorluk yaşamalarının, hastalıklarına ilişkin stresi ve korkuyu işlemelerine engel olarak bu duyguların yoğun şekilde sürmesine katkı sağlaması hem mantığa uygun hem de alanyazınla uyumlu görünmektedir.

Üçüncü olarak, duygu düzenleme güçlüğünün anlamın varlığı üzerindeki doğrudan etkisi anlamlı ve negatif yöndedir. Frankl (1983) bireyin sarsıcı bir olay/deneyim sonrasında anlam dünyasının da yıkıldığını ve bir anlam arama sürecinin başladığını; bunun da bireyde duygusal bir acı ve gerilim yarattığını ifade eder. Yanı sıra bu zorlu duygulardan kaçınmamak, görmezden gelmemek gerektiğini, çünkü bunların anlam oluşturmaya katkı sağladığını savunur. Mevcut çalışmada, Frankl'ın öne sürdüklerine benzer olarak, hastalığı olan bireylerin duygularını düzenlemekte yaşadıkları güçlük arttıkça, diğer bir deyişle bireyler duyguları ile ilgili işlevsel olmayan stratejilere yöneldikçe, yaşamda anlam bulma eğilimleri de azalmaktadır. Ayrıca yaşamda anlam bulma, bir yönüyle bireyin varlığını anlamlı hissetmesi demektir (Steger ve ark., 2006). Hastalığı olan birey duygularını düzenlemede güçlük yaşadığında, ilgisi ve dikkati çok daha temel bir noktada, hastalığına dair yönetemediği, kontrol edemediği, acı veren, karmaşık hissettiren duygularında olacaktır. Bu karmaşada birey zorlu duygularından kaçar, onları kabul etmekte zorlanır ve henüz kabul edemediği duygularını anlamlandırmak da mümkün olmaz. Duygularını anlamlandırmadığında, yaşama ve yaşamdaki kendi varlığına anlam atfetmesi pek olası değildir. Bu yüzden anlam atfetme konusunda düşük bir motivasyon gösterebilir, hatta her şey kendisine

“anlamsız” gibi de gelebilir. Paralel olarak bu bulgu, yaşamda anlam bulmanın, ancak bir öz anlayışla, duyguların kabulü ile mümkün olduğunu ortaya koyan bu eksendeki bir çalışma ile tutarlıdır (Deniz ve ark., 2017).

Tanıya bağlı şu anki stres ve korku üzerinde hastalığın merkeziyetinin doğrudan etkisi de anlamlıdır. Buna göre birey için hastalığın yaşamındaki merkeziyeti arttıkça hastalık tanısına ilişkin stres ve korku düzeyi de artmaktadır. Merkezi algılanan olumsuz yaşantılar, referans olay işlevi görmekte ve bellek için avantajlı (kolay ve sık erişilir) bir konum kazanarak bireyin duygu, düşünce ve beklentilerine yön verebilmektedir (Berntsen ve Rubin, 2006; Pillemer, 1998). Dolayısıyla elde edilen bu bulgu, referans noktasına dönüşen yaşantıların bireyde geleceğe ilişkin korku ve kaygı yaratabildiği teziyle tutarlı görünmektedir (Berntsen ve Rubin, 2006; Boyacıoğlu ve Aktaş, 2018). Buradan yola çıkarak hastalığın merkezi algılanmasının, bireyin dikkati ve odağının hastalığı ile meşgul olması; bunun da süregiden bir korku ve stres doğurması anlamına gelebileceği düşünülebilir.

Bulgular uzamış yas açısından değerlendirildiğinde; hastalığa ilişkin uzamış yas üzerinde duygu düzenleme güçlüğü, anlamın varlığı, tanıya ilişkin stres ve korku, amaçlı ruminasyon ve hastalığın merkeziyetinin doğrudan etkileri anlamlı bulunmuştur. Buna göre duygu düzenleme güçlüğü arttıkça uzamış yas belirtileri de artmaktadır. Son zamanlarda yapılan çalışmalar, uzamış yasın gelişiminde duygu düzenlemede yaşanan güçlüklerin önemli bir rolü olduğunu ortaya koymaktadır (Gegieckaite ve Kazlauskas, 2020; Lacour ve ark., 2020). Çünkü en temelde kayıp duygusu ile başa çıkmada ve yası atlatmada sağlıklı bir duygu düzenlemenin önemi büyüktür (Shear ve ark., 2011). Dolayısıyla kronik hastalığı olan bireylerde de muğlak ya da somut kayıplarına ilişkin acı veren duyguların fark edilmesi, kabul edilmesi ve anlaşılmasında yaşanan zorlukların, kayba verilen yas tepkisinde patolojik bir örüntünün ortaya çıkmasından sorumlu olabileceğini gösteren mevcut çalışma bulguları alanyazınla tutarlıdır. Benzer

şekilde tanıya bağlı şimdiki stres ve korku düzeyindeki artış, daha şiddetli bir uzamış yas tepkisini yordamaktadır. Tedeschi ve arkadaşlarının büyüme modeline göre (2018) sarsıcı yaşantıya ilişkin stres ve sıkıntının yoğunluğunun zamanla azalması beklenmekte; azalmaması ise bireyin duygusal işlemleme süreci ile ilgili bir sıkıntıya işaret etmektedir. Nitekim büyümenin yol modelinde tanıya ilişkin şimdiki stres ve korku yer almazken, uzamış yas modelinde, büyümenin tersine hastalığa ilişkin hala yoğun bir stres ve korku olduğu görülmektedir. Kronik hastalıkla ilgili çalışmalar da hastalığa ilişkin korku duygusunun hastalık üzerinde kontrol ve kayıp hissetme ile ilişkili olduğunu vurgulamaktadır (Ahlström, 2007; Schmid-Mohler ve ark., 2019). Buradan yola çıkarak, ilk zamanlardaki yoğun tehdit algısı ortadan kalktıkça ve hastalık kontrol altında hissedildikçe tanıya ilişkin stres ve korkunun da azalması beklenir. Tam tersi durumda ise kayıplar ve yasa odaklanılacağı belirtilmektedir (Fennell ve ark., 2021). Nitekim psikolojik stres, büyüme ile ilişkili değilken (Dirik ve Karancı, 2008) uzamış yas ile oldukça ilişkilli bulunmaktadır (Hasson-Ohayon ve ark., 2017).

Elde edilen diğer bir bulgu, anlamın varlığı ile uzamış yas arasında negatif yönde bir ilişkinin olmasıdır. Buna göre kronik hastalığı olan bireyin yaşama ve yaşamdaki kendi varlığına atfettiği anlam azaldıkça uzamış yas şiddeti artmaktadır. Frankl (1983) anlamsızlık duygusunun hastalık yapıcı (patojenik) olduğunu ifade etmiştir. Bulgular, Frankl'ın tezini doğrular niteliktedir. Breen ve arkadaşları (2018) uzamış yasta düşük ve yüksek belirti gruplarını karşılaştırdıkları çalışmalarında, en büyük farkın anlam atfetmeye ilişkin olduğunu ve yas şiddetinin yüksek olduğu grubun kayıplarını en az anlamlandıran grup olduğunu ortaya koymuştur. Her ne kadar alanyazın çalışmaları uzamış yası ölüme bağlı kayıplar bağlamında ele alan çalışmalar olsa da (Bellet ve ark., 2018; Milman ve ark., 2018) uzamış yasta anlamlandırma ve anlam inşa etmenin kilit bir rolü olduğuna yönelik vurguları mevcut çalışma bulguları

tarafından da desteklenmekte ve hastalığa ilişkin uzamış yas için de geçerliliğini ortaya koymaktadır.

Son olarak bu çalışmadan elde edilen bulgular, amaçlı ruminasyon ve hastalığın merkeziyeti arttıkça uzamış yasın şiddetinin de arttığını göstermektedir. Yas alanyazınında ruminasyonlar kaybın ardından oluşan negatif yüklü uyumsuz bir bilişsel mekanizma olarak kavramsallaştırılmakta ve uzamış yas için bir risk faktörü olarak görülmektedir (Eisma ve Stroebe, 2021; Milman ve ark., 2018; Prigerson ve ark., 2021). Mevcut çalışmada ise ruminasyonlar iki ayrı kavramsallaştırma ile ele alınsa da hastalığa ilişkin yası yordadığı görülmüştür. Öte yandan sözü geçen çalışmalar yası, olaydan hemen sonraki değil, yakın zamandaki ruminasyon ile bağlantılandırmaktadır. Mevcut çalışmada ise geriye dönük olarak hastalık tanısının alındığı zamanki ruminasyonlar sorgulanmıştır. Dolayısıyla amaçlı ruminasyonun hastalığa ilişkin yası yordaması bireyin yalnızca geçmişteki bilişsel işlemlemeye dair çabasını gösteriyor olabilir. Soo ve Sherman (2015) meme kanseri tanısı almış kadınlarda ruminasyonu hem olumlu (büyüme) hem de olumsuz (psikolojik stres) psikolojik sonuçlar ile ilişkilli bulmuştur. Özetle, farklı sonuçlara giden yollarda aynı mekanizmalar etkili olabilir, bu nedenle yol modelindeki tüm ilişkileri dikkate alarak bir değerlendirme yapmak daha sağlıklı olacaktır. Alanyazında "sevilen birine ilişkin kaybın merkeziyeti" bağlamında ele alınan olayın merkeziyetinin de uzamış yas tepkilerinin gelişiminde kritik olduğu öne sürülmektedir (Boelen, 2012; Eckholdt ve ark., 2018). Buna ek olarak travma sonrası stres ve büyümeyi birlikte inceleyen birden çok çalışma olayın merkeziyetinin "iki yüzü" olduğu konusunda hemfikirdir (Barton ve ark., 2013; Roland ve ark., 2014; Schuettler ve Boals, 2011). Dolayısıyla mevcut çalışmada da bireyin hastalığının yaşamındaki konumu ve ona atfettiği önemin hem büyümeyi hem de uzamış yası yordayan önemli bir faktör olması akla yatkın ve alanyazınla tutarlı görünmektedir.

4.5.2.2. Hastalığa İlişkin Uzamış Yas Modelindeki Dolaylı Yollara İlişkin Bulguların Tartışılması

Kronik hastalığı olan bireylerde muğlak kayıpları ve yas yaşantılarını inceleyen nicel düzeydeki çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Bu çalışma ile alanyazındaki bu boşluğu doldurmak ve kronik hastalarda büyümenin tersi olarak nitelendirilen kronik yas (Isaksson ve Ahlström, 2008) sürecinde etkili faktörleri ve izledikleri yolu belirlemek amaçlanmıştır. Bu doğrultuda oluşturulan yol modelinde girici ruminasyon ve duygu düzenleme güçlüklerinden hastalığa ilişkin uzamış yasa giden yolda bilişsel, duygusal ve varoluşsal değişkenlerin aracı rolü incelenmiştir. Elde edilen bulgular, girici ruminasyonun ve duygu düzenleme güçlüğünün uzamış yas üzerinde tanıya ilişkin şu anki stres ve korku, anlamın varlığı, amaçlı ruminasyon ve hastalığın merkeziyeti aracılığıyla dolaylı etkilerinin olduğunu ortaya koymaktadır.

İlk olarak uzamış yas üzerinde duygu düzenleme güçlüğünün tanıya ilişkin şu anki stres ve korku aracılığıyla olan dolaylı etkisine bakıldığında bulgular, duygu düzenleme güçlüğünün derecesi arttıkça tanıya ilişkin stres ve korku düzeyinin de arttığını, bunun da uzamış yas şiddetini artırdığını göstermektedir. Bireylerin duygu düzenleme sürecinde zayıf düzeyde kalan çabaları, stres belirtileriyle ilişkilendirilmektedir (Tull ve ark., 2007). Birden çok çalışma ise kronik hastalarda bazı uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin kullanımının, hastalık belirtilerini artırdığına, işlevselliklerini ise azalttığına işaret etmektedir. (Ciuluvica, Fulcheri ve Amerio, 2019; Schlatter ve Cameron, 2010). Mevcut çalışma örneğinde de benzer olarak duygularını düzenlemeye ilişkin güçlükler yaşayan bireylerin hastalıklarına yönelik bakış açılarının bundan olumsuz düzeyde etkilendiği, başka bir deyişle bu duygularını düzenleme ile ilgili bu zorlanma örüntüsünün tanıya ilişkin stres ve korku yarattığı görülmektedir. Hastalığa ilişkin yoğun korku, kaygı, endişe gibi duygular bireylerin hastalığı bir tehdit olarak görmeye devam ettiklerini, hastalıklarını ve kayıplarını kabul etmede zorluk

yaşadıklarını gösteriyor olabilir. Bu yoğun duyguların varlığında hastalığı olan bireylerin geçmiş işlevselliklerini sürdürmeleri mümkün olmayabilir. Hatta içe kapanmaları, yas tepkisi vermeleri, zihinlerinin kayıpları ile meşgul olması da çok olasıdır. Hatırlanacağı gibi Fennell'in Dört Aşamalı Modeli, kronik hastalık tanısı alan bireylerin kaos-kriz, durağanlık, çözülme ve bütünleşme olmak üzere dört aşamalı bir süreçten geçtiğini öne sürmektedir (Fennell, 2003). Bu modele göre kronik hasta bireyler, tanılarına ilişkin ilk şoku atlattıktan sonraki aşamada (durağanlık) kayıplarıyla (örn. maddi, işlevsellik) yüzleşirler ve bir yas tepkisi verirler, bu doğal bir süreçtir. Bununla birlikte Fennell ve arkadaşları (2021) kronik hastaların hastalıklarına ve kayıplarına ilişkin bakış açılarının; yas tepkilerinin süresini ve şiddetini belirleyebildiğini, dolayısıyla hastalıklarına uyumlanamayan bireylerin muğlak kayıplarını tekrar tekrar deneyimleyerek kronik bir yas sürecine girebilmelerinin olası olduğunu ifade etmektedir. Paralel olarak Leventhal ve arkadaşları da (2008) duygusal sıkıntının hastalığa ilişkin uyumu ve yönetmeyi engelleyebilecek bir potansiyel taşıdığına vurgu yaparlar. Aktarılanlar birlikte ele alındığında, duygu düzenleme güçlüklerinin ve hastalığa ilişkin hâlihazırda devam eden stres ve korkunun bireylerin doğal yas süreçlerinin sağlıklı bir şekilde çözümlenmesine engel oluşturduğu söylenebilir. Bu durum, söz konusu yolun (duygu düzenleme-tanıya ilişkin şimdiki stres ve korku) uzamış yas modelinde olup, büyüme modelinde yer almamasını da açıklaması bakımından önemlidir.

İkinci olarak, duygu düzenleme güçlüğü anlamın varlığı aracılığıyla da uzamış yas üzerinde dolaylı bir etkiye sahiptir. Buna göre duygu düzenleme güçlüğünün düzeyi arttıkça yaşama atfedilen anlam azalmakta, anlam duygusu azaldıkça da uzamış yasın şiddeti artmaktadır. Doğrudan etkilerde de aktarıldığı gibi duyguların sağlıklı düzeyde düzenlenmiyor olması bireyin yoğun duygularını anlamlandırmakta ve onlarla baş etmekte, dolayısıyla sakinleşmekte ve rahatlamakta zorlandığı anlamına gelmektedir.

Bu koşullarda bireyin yaşamını ve varlığını daha az anlamlı buluyor olması, başka bir deyişle yaşamın anlamı üzerine düşünme, sorgulama ve anlamı yeniden inşa etme motivasyonunun azalması beklendiktir. Çünkü en temelde birey duygularının ve hastalığının, kabulü ve yönetimi ile meşgul olabilir. Anlamlandırmada yaşanan zorlukların da yas duygusu ile oldukça ilişkilli olduğu gösterilmiştir (Holland, Currier ve Neimeyer, 2014; Milman ve ark., 2018). Nitekim Dört Aşamalı Model'e göre bireylerin hastalıklarının kronik doğasını kabul ettikleri aşamada (çözülme) varoluşlarıyla ilgili sorgulamalar başlar ve bir kırılma yaşanır. Bu noktada bireyler yaşadıklarını anlamlandırmaya ve yaşamlarındaki anlamı yeniden yapılandırmaya çalışırlar (Fennell, 2003; 2021). Bununla birlikte bireyler bu aşamada bir şekilde anlamlandırma geliştiremezse bunun yas sürecini uzatabileceği ifade edilmektedir (Fennell ve ark., 2021). Ne var ki duygu düzenleme güçlüğü yaşayan kronik hastaların, duygularını ve hastalıklarını farkındalıkla kabul ettikleri ve kontrol edebildiklerini söylemek mümkün olmayabilir. Dolayısıyla bu modele göre duygu düzenleme örüntüleri nedeniyle ikinci aşamadaki yas döngüsünde takılmış da olabilirler, anlamlandırma geliştirmekte zorlandıkları için bu aşamada sağlıklı bir çözülme geliştiremiyor da olabilirler.

Son olarak, bilişsel yol olarak adlandırdığımız ruminasyonların uzamış yas üzerindeki dolaylı etkileri de anlamlıdır. Buna göre tanı sonrasında girici ruminasyonların artması amaçlı ruminasyon eğilimini de artırmakta ve amaçlı ruminasyonun aracılığıyla uzamış yas şiddeti artmaktadır. Ek olarak amaçlı ruminasyonun artması, hastalığın kişi için merkeziyetini artırma yoluyla da uzamış yas olasılığını artırmaktadır. Bu bulgu, travma sonrası bilişlerin, özgül olarak da ruminasyonların hem olumlu hem de olumsuz psikolojik çıktılar üzerinde etkili olduğu tezini desteklemektedir. Barton ve arkadaşlarına (2013) göre sarsıcı yaşantılarını sağlıksız bir biçimde işlemleyen bireyler bu yaşantıları kimliklerine daha çabuk dahil

etmeye ve daha olumsuz çıktılarla karşılaşmaya yatkınlarken, sağlıklı biçimde işleyenler için bir büyüme fırsatı doğmaktadır. Hastalığın merkeziyeti açısından bakıldığında ise mevcut bulgular olay merkeziyetinin büyüme ile birlikte depresyon (Kuenemund ve ark., 2016) ve travma sonrası streste (Roland ve ark., 2014) olduğu gibi uzamış yas ile de ortak bir rolü olduğunu ortaya koymaktadır. Olay merkeziyetinin farklı psikolojik çıktılardaki ortak rolünün, bir olayın kişinin benlik ve kimlik algısını ne ölçüde etkilediği ile ilgili olduğu ifade edilmektedir (Schuettler ve Boals, 2011). Bellet ve arkadaşları (2018) olayın merkeziyetinin "kişisel yorum" olarak değerlendirilmesi gerektiğini; kişinin yorumlama şekline göre bir fırsat ya da bir engel gibi görünebileceğini ifade ederler. Hastalığın merkeziyeti odağında yapılan çalışmalar sınırlı olduğu için, bu bağlamda değerlendirilebilecek hastalık kimliği ile ilgili çalışmalara bakıldığında da bireyin "hasta" kimliği ile bütünleşmesinin ya da "kurban, mağdur" olarak tanımlanmasının, onu yaşamındaki farklı alanlardan ve rollerden uzaklaştırarak işlevselliğini azalttığı ve uzamış yasa zemin hazırlayabildiği görülmektedir (Gökler-Danışman ve ark., 2017). Dolayısıyla hastalık merkeziyeti; hastalığın yaşam öyküsüyle bütünleştirilmesi anlamına gelebileceği gibi kimliğini yalnızca hastalıkla tanımlama anlamına da geliyor olabilir. Bu yönüyle bireyin odağı hastalık ve hastalıkla ilişkili gündemlerden uzaklaşamadığı için yas tepkisi uzuyor olabilir. Nitekim bu görüş, Fennell'in (2003) hastalık modeliyle de uyumlu görünmektedir. Dolayısıyla bir yaşantının kişide büyüme geliştirebilmesi ya da psikolojik bir sıkıntı yaratması için bireyin o olayı merkezi algılaması önemli bir basamak gibi görünmektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde bilişsel yolun uzamış yas modeli ve büyüme modelinde ortak olması, bu çalışmanın dikkate değer noktalarından biridir. Olayın merkeziyeti ve ruminasyonların, olumsuz psikolojik sonuçların ortaya çıkmasında ve sürmesinde olduğu gibi psikolojik büyüme için de önemli faktörler olarak gösterilmesi

(Lancaster ve ark., 2013) ilk başta mantığa aykırıymış gibi gelse de her iki çıktı için de bu iki yapı (bilişler ve olay merkeziyeti) arasındaki ilişkinin, bireyin varsayımlarına meydan okuyan sarsıcı yaşantılardan sonra ortaya çıkan girici düşünceler yoluyla oluştuğu düşünülmektedir (Barton ve ark., 2013). Mevcut çalışma da bu iddiayı desteklemektedir. Calhoun ve arkadaşları (2010) ruminasyonların bireye bilişsel bir değerlendirme imkânı sunduğunu ifade eder. Dolayısıyla mevcut çalışmada da her iki gidişatta da ruminasyonlar, bireyin kronik hastalık tanısı alma ve hastalıkla yaşama durumunu işlemlediğini gösteriyor görünmektedir. Bir açıdan, ruminasyonların seyri, Tedeschi ve arkadaşlarının (2018) büyüme modelindeki gibi "yaşam değiştiren olaya" karşı gelişen süreçte bir aşama olarak düşünülebilir. Bir travmatik yaşantıyı takiben büyümenin olağan olduğunu ileri süren araştırmacılara (Dursun ve ark., 2016; Ehlers ve Clark, 2000) paralel olarak kronik hastalıklarda da duygu düzenleme ile ilgili zorlukların olağan bir süreçte bozucu etki yarattığı ve yası patolojik hale getirdiği söylenebilir. Fennell'in (2003) dört aşamalı hastalık modeli perspektifinden yorumlandığında ise, bilişsel işlemleme hastalığın ve hastalığa ilişkin kayıpların daha iyi anlaşılmasına olanak sağlıyor ve olağan bir yas tepkisini doğuruyor olabilir. Bununla birlikte yasın seyrini duygu düzenleme güçlüğü ve onunla ilgili süreçler değiştiriyor görünmektedir. Büyüme yaşayanlar bu kaybı dönüştürüp yaşam öyküleri ile bütünleştirebilirken, duygu düzenleme güçlüğünün bozucu etkilerine maruz kalanlar anlamlandıramadıkları kayıplarına ilişkin bir "yas sarmalı"na girebilmekte ve işlevsizleşebilmektedir.

Daha açık ifade etmek gerekirse, ruminasyonlar ve hastalığın merkeziyeti, hastalığın işlemlenmesi ve yaşam öyküsüyle bütünleştirilmesi için önemlidir ve bu süreç olağan bir gidişatı göstermektedir. Bununla birlikte duygu düzenleme güçlüğünün duygusal işlemlemede sorunlara işaret ettiği, hastalığa ilişkin korku ve stresle birlikte yaşamın anlamı ile ilgili bir boşluk duygusunun ortaya çıkmasına zemin hazırlayarak

hastalığın sağlıklı işlemlenmesine dair olağan süreci bozduğu söylenebilir. Sonuç olarak; hastalığını bilişsel olarak önce otomatik sonrasında bilinçli olarak işlemleyen, süreğen yaşantısını sorgulayan, anlamlandırmaya çalışan ve bu sayede yaşam öyküsünde önemli bir yere koyan bireyin bu deneyimden öğrenmesi, etkilenmesi, hastalığına ve dolayısıyla yaşantısına bir değer atfetmesi (büyümesi) daha olası olsa da bu süreci bozan, sabote eden duygu düzenleme güçlükleri, hastalığa ilişkin devam eden stres ve korku ile anlamsızlık duygusu olabilir.

4.6. SONUÇ

Bu çalışmada kronik fiziksel hastalık tanısı alan bireylerde bilişsel (ruminasyonlar, hastalığın merkeziyeti), duygusal (tanıya ilişkin stres ve korku, duygu düzenleme güçlüğü) ve varoluşsal (yaşamda anlam) değişkenlerin psikolojik büyüme ve uzamış yasla ilişkilerinin yanı sıra büyümede ve uzamış yasta izledikleri yol incelenmiştir. Bu amaç doğrultusunda, psikolojik büyüme ve hastalığa ilişkin uzamış yas için iki ayrı yol analizi yapılmıştır.

Psikolojik büyüme için gerçekleştirilen yol analizindeki doğrudan etkiler, tanı sonrasındaki stres ve korkunun girici ve amaçlı ruminasyonla pozitif yönde ilişkili olduğunu, girici ruminasyonun da amaçlı ruminasyon ile pozitif yönde anlamlı ilişkisi olduğunu göstermektedir. Amaçlı ruminasyonun hastalığın merkeziyeti ve psikolojik büyüme ile pozitif yönde anlamlı ilişkilere sahip olduğu, yalnızca anlamın varlığı ile ilişkili olmadığı saptanmıştır. Son olarak hastalığın merkeziyetinin psikolojik büyüme ile ilişkisi de pozitif yönde anlamlıdır. Dolaylı etkiler incelendiğinde, tanı sonrasında yaşanan stres ve korku ile psikolojik büyüme arasında girici ruminasyon, amaçlı ruminasyon ve hastalığın merkeziyetinin aracı rollerinin anlamlı olduğu görülmüştür.

Uzamış yas için gerçekleştirilen yol analizindeki doğrudan etkiler incelendiğinde, girici ruminasyonun amaçlı ruminasyon ile pozitif yönde; amaçlı ruminasyonun hem hastalığın merkeziyeti hem uzamış yas ile pozitif yönde; hastalığın merkeziyetinin tanıya ilişkin şu anki stres ve korkunun yanı sıra uzamış yas ile de pozitif yönde anlamlı ilişkilerin olduğu görülmüştür. Öte yandan duygu düzenleme güçlüğü anlamın varlığı ile negatif düzeyde, tanıya ilişkin şu anki stres ve korku ve uzamış yas ile anlamlı olarak pozitif yönde ilişkiye sahiptir. Anlamın varlığı, uzamış yas ile negatif düzeyde anlamlı ilişkilidir. Son olarak tanıya ilişkin şu anki stres ve korku, uzamış yas ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Dolaylı etkilere bakıldığında, girici ruminasyon ile uzamış yas arasındaki ilişkiye amaçlı ruminasyon, hastalığın merkeziyeti ve tanıya ilişkin şu anki stres ve korku aracılık etmektedir. Paralel olarak duygu düzenleme güçlüğü ile uzamış yas arasındaki ilişkiye de anlamın varlığı ile tanıya ilişkin şu anki stres ve korkunun aracılık ettiği görülmüştür.

Bu çalışmada ayrıca, kronik hastalarda psikolojik büyümenin ve uzamış yasın cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından farklılaşmadığı saptanmıştır. Bununla birlikte psikolojik büyümenin yalnızca medeni durum açısından farklılaştığı görülmüştür. Ek olarak hastalığa ilişkin değişkenlerden ilaç kullanımı ve tanının üzerinden geçen süre uzamış yas üzerinde bir fark yaratmazken, kronik hastaların psikolojik büyüme puanları ilaç kullanıp kullanmamaları açısından farklılaşmaktadır.

Bu çalışmanın işaret ettiği önemli bir nokta; yas tepkilerinin yalnızca somut bir kaybın, bir ölümün ardından değil muğlak kayıplar sonrasında da ortaya çıkabileceğini, kronik hastalıklarda hastalığa bağlı uzamış yasın varlığını ortaya koyarak desteklemesidir. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde kronik hastalıklarda bilişsel faktörlerin büyümeye yol açtığı; bununla birlikte bozucu faktörlerin doğal yas tepkilerinin çözülmesine engel olarak yas tepkilerini uzatabileceği ve büyüme önünde bir engel oluşturabileceği söylenebilir.

Sonuç olarak, travma sonrası büyüme kuramından ve kayba gösterilen patolojik yas olarak tanımlanan uzamış yas bozukluğundan hareketle oluşturulan iki yol modeli ile kronik fiziksel hastalık tanısı alan bireylerde pozitif (psikolojik büyüme) ve negatif (uzamış yas) psikolojik çıktıların belirleyicileri inceleyen bu çalışma ile, psikolojik büyümeye ve uzamış yasa götüren faktörlerin ve izledikleri yolun benzerlikleri ve farklılıkları ortaya koyulmuştur. Büyümeye götüren gidişat ile uzamış yasa götüren gidişatta bilişsel faktörlerin ortak olduğu, uzamış yasta buna ek olarak duygu düzenlemede yaşanan zorlukların, anlamlandırmadaki yetersizliklerin ve hastalık tanısına dair süren stres ve korkunun varlığı dikkat çekmektedir. Bu sonuçlar, kronik hastalıklarda psikolojik büyümeye ve uzamış yasa götüren faktörleri ve izledikleri yolu anlamak için önemli bir adımdır.

4.7. ÇALIŞMANIN KLİNİK DOĞURGULARI

Mevcut tez çalışması, kronik hastalarda psikolojik büyüme ve uzamış yas sürecinde bilişsel, duygusal ve varoluşsal bileşenleri içeren bir yol haritasını çıkarmıştır. Çeşitli kronik hastalardan elde edildiği için bu haritanın geniş bir kapsayıcılığı olduğu söylenebilir. Bu yol haritasının hem klinik psikoloji hem de sağlık psikolojisi alanyazınını zenginleştirmenin yanı sıra bu alanlardaki uygulamalar için de birtakım katkılar sağlayacağı söylenebilir. Şöyle ki; öncelikle bu çalışma, psikolojik büyümenin kronik fiziksel hastalık tanısı sonrasında olağan akışta ortaya çıkabileceğini göstererek, büyümenin çok az bir kitle tarafından deneyimlenebilecek istisna bir durum olmadığını ortaya koymuştur. Klinik gruplarda hastalığa bağlı büyüme deneyiminin açıkça teşvik edilmesi, hastalar için gereksiz bir baskı oluşturabileceğinden (Hill ve Watkins, 2017), doğrudan büyümeye odaklanmak yerine büyümeye götüren yolları dikkate almak faydalı olabilir. Bu noktada mevcut çalışmaye göre, hastalık tanısı alan bireylerde ruminasyonların gelişimine fırsat sağlamak önemli görünmektedir. Hastaların ailelerine

veya yakınlarına da ruminasyonların olumlu psikolojik çıktı üzerindeki rolleri hakkında bilgi verilerek hastaların bu yöndeki çabalarını ketlemek yerine kolaylaştırmaları teşvik edilebilir. Tedeschi ve Calhoun (2004) büyüme deneyimi için bireyin yaşamında yeni bir anlatı oluşturmasının öneminden söz eder. Bu bağlamda ihtiyaç düzeylerine göre sosyal destek (hasta) grupları, yaşantı grupları, bireysel ya da grup psikoterapileri; hastalığı olan bireylerin deneyimlerini paylaşabilecekleri güvenli bir ortam sağlayarak bu yeni anlatının oluşmasına katkı sağlayabilir ve tanık olunma ihtiyaçlarını karşılayabilir. Özetle büyüme deneyimi için, hastalara deneyimlerini işlemelerine, yeni bir anlatı oluşturmalarına imkân verecek ve hastalıklarını yaşam öyküleri ile bütünleştirmelerine yardımcı olacak bireysel ya da grup düzeyindeki yöntem ve müdahaleler (Örn.Yaşam anlatısı terapisi, psikodrama) etkili olabilir. Anlatı terapisi (narrative therapy) ya da "pozitif ve negatif zaman çizelgeleri" (positive and negative timelines) gibi müdahaleler, hastalığı olan bireylerin yaşantılarını bir perspektife sokmalarına, yeni bir anlatı oluşturmalarına ve olumlu yaşam öyküleri geliştirmelerine yardımcı olması açısından önerilebilir. Örneğin, "Pozitif ve Negatif Zaman Çizelgeleri" tekniğinin kullanımının, bireyin yaşamında yetkinlik hissini güçlendirdiği ifade edilmektedir (Suddaby ve Landau, 1998).

Mevcut çalışma bulguları, büyüme deneyimini bozacak bazı mekanizmalara da işaret etmiştir. İlk olarak büyüme için ruminasyonların tek başına yeterli olmayabileceğini göstermiş ve duygu düzenlemedeki uyumsuzlukların varlığında ruminasyonların yas haline götürebileceğine de dikkat çekmiştir. Bu nedenle kronik hasta gruplarında öncelikle duygu düzenleme stratejilerine odaklanmak faydalı olabilir. Bu bağlamda bireysel ya da grup düzeyinde yapılacak psikoeğitim veya psikoterapi uygulamalarında kronik hastalığı olan bireylerin işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri hakkında farkındalık elde etmeleri ve sağlıklı duygu düzenleme becerileri kazanmaları ilk adım olabilir. Bu çerçevede klinisyenlerin kronik hastalığı olan

bireylerle çalışırken onların duygularını yargısız biçimde anlamaya çalışmaları ve koşulsuz bir kabul ortamı sağlamaları; hasta bireylerin duyguları ile yüzleşmelerinde ve anlayış geliştirmelerinde önemli bir temel oluşturacaktır. Psikoterapi seanslarında veya oturumlarında duyguları ele almak ve konuşabilmek, hasta bireyin belki de etiketlediği, kaçındığı, zorlandığı duyguları ile diyalog kurmasını sağlayacak, onları görmezden gelmesinin, bastırmasının, kaçınmasının büyük ölçüde önüne geçebilecektir. Böyle bir çalışma, bireyin hastalıkla ya da kayıplarıyla ilgili zorlu duygularını ve yaşantılarını seans/oturum içerisinde işlemleyebilmesi açısından da faydalı olabilir.

Paralel olarak bu çalışma, kronik hastalıklarda kayıpların ve yasın varlığına işaret etmektedir. Prigerson ve Maciejewski (2008) uzamış yasın, kaybı kabullenmedeki duygusal yetersizlikle ilişkili olduğuna işaret ederken kabul ve yasın madalyonun iki yüzü olduğunu ifade ederler. Kabul, kayıpla ilgili yoğun duyguların dinginleşmesi, iç huzur, diğer bir deyişle, duyguların sağlıklı biçimde düzenlenmesi anlamına gelirken; yas, kayıpla ilgili duygusal huzursuzluk ve hayal kırıklığını içerir. Dolayısıyla duyguların sağlıklı düzenlenmesi yası engellemeyecek aksine yasın çözülmesine dolayısıyla kayıpla ilişkili duygusal acıyı hafifletmeye yardımcı olacaktır. Nitekim Fennell (2021) de tanı alma sürecinden ciddi düzeyde etkilenen kronik hastaların çeşitli kayıpların yaslarını tuttuklarını ve bu yas süreçlerinden bireyin yakın çevresinin de etkilenebildiğini açıklamıştır. Bu nedenle kronik hastalara ya da yakınlarına yönelik müdahale gruplarında, hastalığa ilişkin kayıpları yadsımadan, bu kayıplara verilen keder duygusunu, yas tepkilerini ve uzamış yası dramatize etmeden anlatabilmek süreci gerçekçi biçimde ele almak açısından faydalı olabilir. Buna ek olarak bu çalışma uzamış yasta anlam olgusunun da önemine vurgu yapmaktadır. Buradan hareketle uzamış yasa müdahalede anlam temelli teknikler, varoluşçu terapiler kritik düzeyde fayda sağlayabilir.

Bu çalışma bulguları ile kronik hastalığa ilişkin belirsizliklerin korku, kaygı gibi negatif yüklü duygular ve stres yaratabileceğine; bu durumun hastalığı yönetmeyi güçleştirerek yas tepkilerinin uzamasına neden olabileceğine dikkat çekilmiştir. Bu çerçevede öncelikle sağlık uzmanlarının hastalarına ve hasta yakınlarına ilgili hastalık hakkında net ve açıklayıcı bilgiler vermeleri, hastaların başka kanallardan hastalıklarına dair doğru olmayan bilgilerle karşılaşmalarının ve strese girmelerinin önüne geçecektir. Yanı sıra hastalara ve hasta yakınlarına stres yönetimi veya stres azaltma temelli eğitimler sunulmasının faydalı olacağı değerlendirilmektedir.

Tüm bu süreçte hastaların durumlarına uygun müdahalelerde bulunmak önemli görünmektedir. İlk olarak kronik fiziksel hastalık tanısı alan bireylerin hastalıklarına bağlı somut ya da muğlak kayıplar ve yas yaşamalarının doğal olduğu, fakat yasın uzamasının fiziksel ve psikolojik yönden olumsuz sonuçlar doğurabileceği ilgili uzmanlarca da bilinmelidir. Bu noktada klinisyenlerin ve hekimlerin danışanlarının/hastalarının durumunu değerlendirirken hastalığa bağlı uzamış yas belirtileri ve sonuçları konusunda uyanık olmaları önerilmektedir. Bu farkındalıkla sağlık profesyonellerinin kronik hastalık tanısı alan bireyleri psikolojik yönden değerlendirmeleri ya da bu değerlendirme için ilgili birimlere yönlendirmeleri ilk basamak olabilir. Kronik hastalık tanısı alan bireylere yönelik önleyici ya da erken müdahalelerde ruminasyonların önemi ve ketlenmemesi, sağlıklı duygu düzenleme becerilerine dikkat çekilmesi önemliyken, hâlihazırda hastalıklarına bağlı uzamış yas yaşayan bireylere yönelik ileri müdahalelerde intihar düşünceleri mutlaka dikkate alınmalıdır. Bu basamakta hastanın yaşama ve yaşamdaki varlığına ilişkin anlamı keşfetmelerine, anlamı yeniden inşa etmelerine destek olacak teknik ve müdahaleler faydalı olabilir. Ayrıca işlevsellik düzeyinde kayıplar yaşayan bireyleri, sosyal ve toplumsal olarak yaşama dahil edecek aktivitelere yönlendirmek koruyucu ve

destekleyici olabilir. Örneğin Fennell (2021) bu açıdan ergoterapiyi ve sanat terapisini önermektedir.

Her tanı alan bireyin ihtiyacı olmasa da özellikle duygu düzenleme ile ilgili sorunlar yaşayan bireylerin psikolojik açıdan da desteklenmesi gerektiği düşünülmektedir. Hekimlerin çeşitli zorluklar yaşayan ve hastalıklarından ciddi düzeyde etkilenen hastalarını psikoterapiye, sosyal destek gruplarına yönlendirmeleri, ilgili uzmanların hastaların yakınlarına da olası belirtiler konusunda bilgi vermeleri büyük önem taşımaktadır. Hasta ve yakınlarını psikolojik yönden desteklemek en azından kronik hastalık tanısı almanın "her şeyin sonu" olmadığını, sürecin umut vaat ettiğini bilmeleri açısından faydalı olabilir. Sonuç olarak bu çalışma, kronik hastaların fiziksel ve zihinsel sağlıklarını korumada ve yaşam kalitelerini artırmada klinik ve sağlık psikolojisini birleştiren bir alanda bütüncül uygulamalar geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

4.8. SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER

Alanyazına ve uygulama alanına önemli katkılar sağladığı düşünülse de mevcut çalışma, bazı sınırlılıkları içermektedir. İlk olarak bu çalışma kesitsel bir desene sahiptir. Dolayısıyla değişkenler arasındaki ilişkilerin doğası hakkında nedensel çıkarımlar yapmaya uygun değildir. Gelecekte bu bağlamda yapılacak boylamsal araştırmalar kronik hastalıklarda büyümeye ve uzamış yasa giden süreçleri, hastaların ilk tanı aldıkları dönem ve sonraki birkaç seneyi kapsamak üzere daha uzun soluklu olarak inceleyebilir.

Bulgular yorumlanırken dikkat edilmesi gereken ikinci bir konu, bu çalışmanın sosyal bilimlerdeki pek çok araştırma gibi öz bildirime dayalı olmasıdır. Örneğin, katılımcılar kronik bir hastalıkları olduğunu beyan etmişler fakat onlardan tıbbi bir kayıt istenmemiştir. Bu sınırlılık, güvenirliği yüksek olan ölçüm araçları seçilip bu çalışmada

test edilerek ve verilerin değerlendirilmesinde güvenilirliğe dikkat edilerek kontrol altında tutulmaya çalışılmıştır. Elbette gelecekte Türkiye'de yürütülecek çalışmaların sağlık sistemi tarafından sağlanan tanı, hastalık şiddeti gibi objektif değerlendirmelerden faydalanılarak yapılması bu sınırlılığı büyük oranda azaltabilir. Ölçüm araçlarıyla ilgili bir başka sınırlılık, mevcut çalışmadaki bazı araştırma değişkenleri için (örn. ruminasyonlar) retrospektif (geriye dönük) bir ölçüm alınmasıdır. Katılımcıların yoğun duygularının olduğu tahmin edilen bir dönemi tamamen doğru biçimde hatırlamalarını beklemek gerçekçi değildir. Bu alandaki çalışmalar da olumsuz olaylara ilişkin bellek süreçlerinin yanlı ve hatalı olabileceğini ortaya koymaktadır. Öte yandan hâlihazırda bu çalışma ile incelenen durum kronik hastaların algılarına ilişkindir. Her iki sınırlılığı ortadan kaldırmak güç olsa da daha geniş ve farklı kapsamlardaki çalışmalar ile mevcut bulguların desteklenmesi sınırlılıkların göz ardı edilebilmesi açısından önemli olacaktır.

Bu çalışmada katılımcıların şimdiki ruminasyon biçimlerine ve düzeylerine ilişkin bilgi alınmaması da bir sınırlılık olarak değerlendirilebilir. Veri toplama araçlarına karar verilirken, hem katılımcılarda bir kafa karışıklığı yaratmamak hem de uzun ve dikkat dağıtıcı bir ölçüm olmaması adına ruminasyonların "olaydan hemen sonra" ve "yakın bir zamandaki" boyutlarından yalnızca birinin seçilmesinin daha uygun olacağı düşünülmüştür. Hem alanyazın hem de araştırmanın amacı ile oluşturulan model gereği "olaydan hemen sonra" boyutunun ele alınmasına karar verilmiştir. Bununla birlikte ileride yapılacak çalışmalar, kronik hastalıklarda psikolojik büyüme ve uzamış yasa gidişatta yakın zamandaki ruminasyonların etkisini inceleyebilir.

Bu çalışmada sınırlılık olarak değerlendirilebilecek bir başka konu, örnekleminin düşük eğitim düzeyinden katılımcıları yeterince temsil etmemesidir. Bir önceki bölümde bu durumun nedenlerine ilişkin bir yorum getirildiyse de ilerideki çalışmaların düşük

eğitim grubundan daha fazla kronik hastaya ulaşarak psikolojik büyüme ve uzamış yası belirleyen faktörleri incelemesi faydalı olabilir.

Ek olarak mevcut tez çalışmasında tanılar üstü bir bakış açısıyla araştırma değişkenleri çeşitli kronik hastalığı olan bireylerde incelenmiştir. Bu durum her ne kadar sonuçların genellenebilirliğine katkıda bulunsa da belirli hasta gruplarının fiziksel ve zihinsel sağlıkları için önemli olabilecek değişkenler gözden kaçırılmış olabilir. Bu nedenle gelecek çalışmalar için kronik hastalıkların daha homojen düzeyde ele alınması tanıya ve hastalığın farklı süreçlerine özgü çözüm önerilerinin geliştirilmesine daha özgül katkılar sunabilmesi nedeniyle önerilmektedir. Ayrıca istatistiksel analizler için yeterli sayıda homojen hastalık grubuna ulaşılarak katılımcıların hastalıkla mücadelelerinden doğan psikolojik sonuçlar bu gruplar arasında karşılaştırmalı olarak da incelenebilir. Bununla birlikte gelecek çalışmalar, mevcut çalışmanın öne sürdüğü psikolojik büyüme ve uzamış yas modellerini, bu çalışmanın örneklemine karıştırıcı olabileceği düşüncesiyle dâhil edilmeyen kanser hastaları ve organ nakli hastalarında (bekleyen/ gerçekleşmiş) inceleyerek olası farkları ortaya koyabilir.

Son olarak bu çalışma kronik hastalıklarda bilişsel, duygusal ve varoluşsal bileşenlerin önemine işaret etmektedir. Bu süreçte sosyal ve ekonomik değişkenlerin de olası rollerini keşfetmek başka önemli noktalara dikkat çekebilir. Benzer şekilde bir kronik hastalığı olan bireylerin deneyimleri ile ilgili yapılacak çalışmalar farklı değişkenler eklenerek yürütülebilir. Örneğin bu çalışmada psikolojik büyümeyi değerlendirmek için Travma Sonrası Büyüme Ölçeği kullanılmıştır. İleride benzer bağlamda yapılacak çalışmaların, travma sonrası değer kaybı (depreciation) değişkenini kapsamına dahil etmesi kronik hastalıkla mücadelede bireylerin psikolojik süreçlerinin daha iyi anlaşılması adına faydalı olacaktır. Bu çalışmanın bulgularına ve sınırlamalarına dayanarak, Türkiye'deki kronik hastaların hastalık deneyimlerini nitel

bir yöntem kullanarak incelemek de hastalıklarını ve yaşantılarını nasıl anlamlandırdıklarına yönelik yeni ufuklar açabilir.

ÖZET

Kronik Hastalıklarda Psikolojik Büyüme ve Uzamış Yas İçin Bir Yol Haritası: Bilişsel, Duygusal ve Varoluşsal Faktörler

Cesur Atintaş, Merve

Doktora, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Klinik Psikoloji Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Ayşegül DURAK BATIGÜN

Haziran 2022, 211 sayfa

Mevcut çalışmada, kronik fiziksel hastalığı olan yetişkin bireylerde bilişsel (ruminasyonlar, hastalığın merkeziyeti), duygusal (tanıya ilişkin stres ve korku, duygu düzenleme güçlüğü) ve varoluşsal (yaşamda anlamın varlığı) değişkenlerin psikolojik büyümede ve uzamış yasta izledikleri yol incelenmiştir. Örneklem, kronik fiziksel hastalığı olan 425 yetişkin bireyden oluşsa da yol analizleri hastalıklarına bağlı ilaç kullanan 350 kişinin verisi üzerinden yürütülmüştür. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği, Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu, Olayların Merkeziliği Ölçeği, Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form ve Yaşamın Anlamı Anketi uygulanmıştır. Bu kapsamda iki ayrı araştırma modeli yol analizi ile test edilmiş, sonuçlar modelin veri ile uyumlu olduğunu göstermiştir. Yol modellerindeki doğrudan ve dolaylı etkiler incelendiğinde, tanı sonrasında yaşanan stres ve korku ile psikolojik büyüme ilişkisine girici ve amaçlı ruminasyonların ve hastalığın merkeziyetinin aracılık ettiği görülmektedir. Uzamış yas modelinde ise, girici ruminasyon ile uzamış yas ilişkisine amaçlı ruminasyon, hastalığın merkeziyeti ve tanıya ilişkin şu anki stres ve korku aracılık ederken; duygu düzenleme güçlüğü ile uzamış yas ilişkisine anlamın varlığı ve tanıya ilişkin şu anki stres ve korku aracılık etmektedir. Kronik hastalıklarda büyümeye götüren gidişat ile uzamış yasa götüren gidişatta bilişsel faktörlerin ortak olduğu, uzamış yasta ek olarak duygu düzenlemede yaşanan zorlukların, yaşamı anlamlandırmada azalmanın ve hastalık tanısına dair süren stres ve korkunun varlığı dikkat çekmektedir. Çalışma bulgularının klinik psikoloji ve

sağlık psikolojisi alanyazınına ve uygulamalarına özgün ve önemli katkıları olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psikolojik büyüme, uzamış yas, kronik hastalıklar, ruminasyon, hastalığın merkeziyeti, duygu düzenleme, yaşamda anlam

ABSTRACT

A Roadmap for Psychological Growth and Prolonged Grief in Chronic Illnesses: Cognitive, Emotional, and Existential Factors

Cesur Atintaş, Merve

Ph.D., Ankara University Institute of Social Sciences

Department of Clinical Psychology

Advisor: Prof. Dr. Ayşegül DURAK BATIGÜN

June 2022, 211 pages

In the current study the pathways of cognitive (ruminations, centrality of the disease), emotional (diagnostic stress and fear, difficulties in emotion regulation) and existential (presence of meaning in life) variables in psychological growth and prolonged grief were examined for adults with chronic physical illness. The sample consisted of 425 individuals; path analyzes were carried out on the data of 350 individuals who used drugs due to their illnesses. Posttraumatic Growth Inventory, Prolonged Grief Disorder Scale-Patient Form, Centrality of Event Scale, Event Related Rumination Inventory, Difficulties in Emotion Regulation Scale and Meaning in Life Questionnaire were applied. Two different research models were tested with path analysis. Results showed that models had fit to the data. The relationship between after diagnosis-related stress and fear and psychological growth is mediated by intrusive and deliberate rumination and illness centrality. In the prolonged grieving model, the relationship between intrusive rumination and prolonged grief was mediated by deliberate rumination, illness centrality, and the current diagnosis-related stress and fear. Also, presence of meaning and the current diagnosis-related stress and fear mediate the relationship between emotional dysregulation and prolonged grief. In chronic diseases, cognitive factors are common in the course leading to growth and prolonged grief, but also in prolonged grief difficulties in emotion regulation, decrease in making sense of life, and the existence of ongoing stress and fear about the diagnosis. It is thought that the findings of the study

have important and unique contributions to the clinical and health psychology literature and practices.

Keywords: Psychological growth, prolonged grief, chronic illness, rumination, event centrality, emotion regulation, meaning in life.

KAYNAKÇA

Aflakseir A., ve Manafi F. (2018). Posttraumatic Growth and its Relationship With Cognitive Emotion Regulation Strategies in Patients With Multiple Sclerosis in Shiraz, Iran. *Journal of Practice in Clinical Psychology, 6* (1) :57-62. URL: http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-450-en.html

Ahlström, G. (2007). Experiences of loss and chronic sorrow in persons with severe chronic illness. *Journal of Clinical Nursing, 16*(3a), 76-83.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., ve Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, *30*(2), 217-237.

Allbaugh, L. J., Wright, M. O. D., ve Folger, S. F. (2016). The role of repetitive thought in determining posttraumatic growth and distress following interpersonal trauma. *Anxiety, Stress, & Coping*, *29*(1), 21-37.

Amerikan Psikiyatri Birliği, (2013*). Ruh sağlığı bozukluklarının tanısal ve sayımsal el kitabı (DSM-V)* (E. Köroğlu, Çev. Ed.) Ankara: Hekimler yayın birliği.

Arikan, G., ve Karanci, N. (2012). Attachment and coping as facilitators of posttraumatic growth in Turkish university students experiencing traumatic events. *Journal of Trauma & Dissociation, 13*(2), 209-225.

Arroll, M.A. ve Howard, A. (2013). 'The letting go, the building up, [and] the gradual process of rebuilding': Identity change and post-traumatic growth in myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. *Psychological Health*, 28, 302–318.

Barakat, L. P., Alderfer, M. A., ve Kazak, A. E. (2006). Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. *Journal of pediatric psychology*, *31*(4), 413-419.

Barskova, T., ve Oesterreich, R. (2009). Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: A systematic review. *Disability and rehabilitation, 31*(21), 1709-1733.

Barton, S., Boals, A., ve Knowles, L. (2013). Thinking about trauma: The unique contributions of event centrality and posttraumatic cognitions in predicting PTSD and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, *26*(6), 718-726.

Bellet, B. W., Neimeyer, R. A., ve Berman, J. S. (2018). Event centrality and bereavement symptomatology: The moderating role of meaning made. *OMEGA-Journal of Death and Dying,* 78(1), 3-23.

Bellizzi, K. M., ve Blank, T. O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology, 25(*1), 47.

Bellizzi, K. M., ve Blank, T. O. (2007). Cancer-related identity and positive affect in survivors of prostate cancer. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, *1*(1), 44-48.

Berking, M., ve Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Current opinion in psychiatry, 25*(2), 128-134.

Bernell, S., ve Howard, S. W. (2016). Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease?. *Frontiers in public health*, 4, 159. https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00159.

Berntsen, D., ve Rubin, D. C. (2006). Centrality of Event Scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 219–231.

Berntsen, D., ve Rubin, D. C. (2007). When a trauma becomes a key to identity: Enhanced integration of trauma memories predicts posttraumatic stress disorder symptoms. *Applied Cognitive Psychology*, 21, 417–431.

Blix, I., Solberg, Ø., ve Heir, T. (2014). Centrality of event and symptoms of posttraumatic stress disorder after the 2011 Oslo bombing attack. *Applied Cognitive Psychology*, *28*(2), 249-253.

Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L. G., ... ve Gratz, K. L. (2016). Development and validation of a brief version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: the DERS-16. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 38(2), 284-296.

Boals, A. (2010). Events that have become central to identity: Gender differences in the centrality of events scale for positive and negative events. *Applied Cognitive Psychology: The Official Journal of the Society for Applied Research in Memory and Cognition*, *24*(1), 107-121.

Boals, A., Steward, J. M. ve Schuettler, D. (2010). Advancing Our Understanding of Posttraumatic Growth by Considering Event Centrality, *Journal of Loss and Trauma*, 15:6, 518-533, DOI: 10.1080/15325024.2010.519271.

Boals, A., ve Schuettler, D. (2011). A double-edged sword: Event centrality, PTSD and posttraumatic growth. *Applied Cognitive Psychology, 25*(5), 817-822.

Boals, A., ve Ruggero, C. (2016). Event centrality prospectively predicts PTSD symptoms. *Anxiety, Stress, & Coping, 29*(5), 533-541.

Boelen, P. A. (2012). A prospective examination of the association between the centrality of a loss and post-loss psychopathology. *Journal of affective disorders*, 137(1-3), 117-124.

Boelen, P. A. ve van den Bout, J. (2005). Complicated grief, depression, and anxiety as distinct postloss syndromes: a confirmatory factor analysis study. *American Journal of Psychiatry, 162* (11):2175–77.

Boelen, P. A., ve Prigerson, H. G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 257*(8), 444-452.

Boelen, P. A., ve Lenferink, L. I. (2021). Prolonged grief disorder in DSM-5-TR: Early predictors and longitudinal measurement invariance. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry,* 00048674211025728.

Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 135–138.

Boss, P. (2021). *Muğlak Kayıp: Çözülmemiş Yasla Yaşamayı Öğrenmek.* (B. Kırlangıç Şimşek, Çev. Ed.) Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.(Orijinal çalışma basım tarihi 1999).

Boullion, G. Q., Pavlacic, J. M., Schulenberg, S. E., Buchanan, E. M., ve Steger, M. F. (2020). Meaning, social support, and resilience as predictors of posttraumatic growth: A study of the Louisiana flooding of August 2016. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(5), 578–585. https://doi.org/10.1037/ort0000464.

Brandstätter, M., Baumann, U., Borasio, G. D., ve Fegg, M. J. (2012). Systematic review of meaning in life assessment instruments. *Psycho-Oncology*, *21*(10), 1034-1052.

Breen, L. J., Karangoda, M. D., Kane, R. T., Howting, D. A. ve Aoun, S. M. (2018) Differences in meanings made according to prolonged grief symptomatology. *Death Studies, 42*:*2*, 69-78, DOI: 10.1080/07481187.2017.1328467.

Brooks, M., Graham-Kevan, N., Lowe, M., ve Robinson, S. (2017). Rumination, event centrality, and perceived control as predictors of post-traumatic growth and distress: The Cognitive Growth and Stress model. *British Journal of Clinical Psychology, 56*(3), 286-302.

Brosschot, J. F., ve Thayer, J. F. (2004). Worry, perseverative thinking and health. *Emotional expression and health: Advances in theory, assessment and clinical applications*, 99-114.

Calhoun, L. G., ve Tedeschi, R. G. (1998). Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice and research. *Journal of social Issues*, *54*(2), 357-371.

Calhoun, L. G., ve Tedeschi, R. G. (Eds.). (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide.* Routledge.

Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., ve McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 521-527.

Calhoun, L. G., Cann, A., ve Tedeschi, R. G. (2010). The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations. T. Weiss & R. Berger (Eds.), *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe* içinde (1–14). John Wiley & Sons Inc.

Calhoun, L., Tedeschi, R., Cann, A., ve Hanks, E. (2010). Positive outcomes following bereavement: Paths to posttraumatic growth. *Psychologica Belgica*, *50*(1-2).

Calhoun, L. G., ve Tedeschi, R. G. (2012). *Posttraumatic growth in clinical practice*. Routledge.

Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G. ve Solomon, D. T. (2010) Posttraumatic Growth and Depreciation as Independent Experiences and Predictors of Well

Being. *Journal of Loss and Trauma*, *15*:3, 151-166, DOI: 10.1080/15325020903375826.

Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Triplett, K. N., Vishnevsky, T., ve Lindstrom, C. M. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: The event related rumination inventory. *Anxiety, Stress, & Coping*, *24*(2), 137-156.

Captari, L, E., Riggs, S. A. ve Stephen, K. (2021). Attachment processes following traumatic loss: a mediation model examining identity distress, shattered assumptions, prolonged grief, and posttraumatic growth. *Psychological Trauma, 13*(1):94–103.

Centers for Disease Control and Prevention. [CDCP] (2021). About Chronic Diseases. https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm. (15 Mart 2022 tarihinde erişildi).

Cesur-Soysal, G., ve Durak-Batıgün, A. (2022). Prolonged grief, emotion regulation and loss-related factors: An investigation based on cognitive and behavioral conceptualization. *Death Studies*, *46*(6), 1316-1328.

Charmaz, K. (1983). Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of health & illness, 5*(2), 168-195.

Ciuluvica, C., Fulcheri, M., ve Amerio, P. (2019). Expressive suppression and negative affect, pathways of emotional dysregulation in psoriasis patients. *Frontiers in psychology, 10*, 1907.

Connerty, T. ve Knott, V. (2013). Promoting positive change in the face of adversity: Experiences of cancer and post-traumatic growth. *European Journal of Cancer Care, 22*, 334–344. doi:10.1111/ecc.12036.

Conversano, C. (2019). Common psychological factors in chronic diseases. *Frontiers in Psychology,* 10, 2727. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02727.

Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R., ve Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health psychology, 20*(3), 176.

Creamer, M., Burgess, P., ve Pattison, P. (1992). Reaction to trauma: a cognitive processing model. *Journal of abnormal psychology*, *101*(3), 452.

Danoff-Burg, S., ve Revenson, T. A. (2005). Benefit-finding among patients with rheumatoid arthritis: Positive effects on interpersonal relationships. *Journal of behavioral medicine, 28*(1), 91-103. https://doi.org/10.1007/s10865-005-2720-3.

Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., ve Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: two construals of meaning. *Journal of personality and social psychology, 75*(2), 561.

Deniz, M. E., Amanvermez, Y., ve Buyruk-Genç, A. (2017). Ruminasyon ve yaşamda anlamın farklı öz-anlayış düzeylerine göre incelenmesi. *Kalem Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi*, *7*(2), 353-372.

Denollet, J., Gidron, Y., Vrints, C. J., ve Conraads, V. M. (2010). Anger, suppressed anger, and risk of adverse events in patients with coronary artery disease. *The American journal of cardiology, 105*(11), 1555-1560.

Devine, K. A., Reed-Knight, B., Loiselle, K. A., Fenton, N. ve Blount, R.L. (2010). Posttraumatic growth in young adults who experienced serious childhood illness: A mixed-methods approach. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 17*:340–348. [PMC free article] [PubMed]

Dirik, G., ve Karanci, A. N. (2008). Variables related to posttraumatic growth in Turkish rheumatoid arthritis patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 15*(3), 193-203.

Dursun, P. (2012). The Role Of Meaning In Life, Optimism, Hope, And Coping Styles In Subjective Well-Being. Unpublished doctoral thesis. Middle East Technical University, Ankara, Türkiye.

Dursun, P., Steger, M. F., Bentele, C. ve Schulenberg, S. E. (2016). Meaning and posttraumatic growth among survivors of the september 2013 colorado floods. *Journal of clinical psychology*, 72(12), 1247-1263.

Dursun, P. ve Alyağut, P. (2020). Meaning In Of Life: Discovery, Invention Or Both?. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi, 2*(3), doi: 10.35365/ctjpp.20.02.25.

Dursun, P. ve Söylemez, İ. (2020). Posttraumatic Growth: A Comprehensive Evaluation of the Recently Revised Model. *Turk Psikiyatri Dergisi, 31*(1).

Dürü, Ç. (2006). Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyümenin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi ve Bir Model Önerisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Türkiye.

Eakes, G. G., Burke, M. L., ve Hainsworth, M. A. (1998). Middle-Range theory of chronic sorrow. *Journal of Nursing Scholarship, 30*(2), 179-184.

Eckholdt, L., Watson, L., ve O'Connor, M. (2018). Prolonged grief reactions after old age spousal loss and centrality of the loss in post loss identity. *Journal of Affective Disorders, 227*, 338-344.

Ehlers, A., ve Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, *38*(4), 319-345.

Ehring, T. ve Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior therapy, 41*(4), 587-598.

Eisma, M. C., Boelen, P. A., van den Bout den Bout, J., Stroebe, W., Schut, H. A. W., Lancee, J., ve Stroebe, M. S. (2015). Internet-based exposure and behavioral activation for complicated grief and rumination: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy, 46*(6), 729–748.

Eisma, M. C., Schut, H. A., Stroebe, M. S., Boelen, P. A., van den Bout, J., ve Stroebe, W. (2015). Adaptive and maladaptive rumination after loss: A three-wave longitudinal study. *The British Journal of Clinical Psychology, 54*(2), 163–180. https://doi.org/10.1111/bjc.12067.

Eisma, M. C., Stroebe, M. S., Schut, H. A. W., Stroebe, W., Boelen, P. A., ve van den Bout den Bout, J. (2013). Avoidance processes mediate the relationship between rumination and symptoms of complicated grief and depression following loss. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(4), 961–970.

Eisma, M. C., ve Stroebe, M. S. (2021). Emotion regulatory strategies in complicated grief: A systematic review. *Behavior Therapy, 52*(1), 234-249. https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.04.004.

Ellis, E. M., Prather, A. A., Grenen, E. G., ve Ferrer, R. A. (2019). Direct and indirect associations of cognitive reappraisal and suppression with disease biomarkers. *Psychology & health, 34*(3), 336-354.

Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., van Lankveld, W., Jongen, P. J., Jacobs, J. W., ve Bijlsma, J. W. (2001). Beyond unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for chronic diseases. *Journal of consulting and clinical psychology, 69*(6), 1026.

Felton, B. J., ve Revenson, T. A. (1984). Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 52(3), 343.

Fennell, P.A. (2003). *Managing Chronic Illness Using the Four-Phase Treatment Approach: A Mental Health Professional's Guide to Helping Chronically Ill People*. JohnWiley & Sons: Hoboken, New Jersey, USA.

Fennell, P. A., Dorr, N., ve George, S. S. (2021). Elements of Suffering in Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: The Experience of Loss, Grief, Stigma, and Trauma in the Severely and Very Severely Affected. In Healthcare (Vol. 9, No. 5, p. 553). Multidisciplinary Digital Publishing Institute.

Field, N. P., Orsini, L., Gavish, R., ve Packman, W. (2009). Role of attachment in response to pet loss. *Death studies, 33*(4), 334-355.

Førland, G., Eriksson, M., Silèn, C., ve Ringsberg, K. (2018). Sense of Coherence: Learning to live with chronic illness through health education. *Health Education Journal, 77*(1), 96-108.

Frankl, V. E. (1963). Man's search for meaning: An introduction to logotherapy. *New York: Washington Square.(Original work published 1946)*.

Frankl V. E. (1985). *Man's Search for Meaning.* (*İnsanın Anlam Arayışı*, S. Budak, Çev.). İstanbul, Türkiye: Okuyan Us.

Frazier, P., Conlon, A., ve Glaser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of consulting and clinical psychology, 69*(6), 1048.

García, F. E., Cova, F., Rincón, P., ve Vázquez, C. (2015). Trauma or growth after a natural disaster? The mediating role of rumination processes. *European journal of psychotraumatology, 6*(1), 26557.

García, F. E., Cova, F., Rincón, P., Vázquez, C., ve Páez, D. (2016). Coping, rumination and posttraumatic growth in people affected by an earthquake. *Psicothema*, *28*(1), 59-65.

Gatchel, R. J. (2004). Comorbidity of Chronic Pain and Mental Health Disorders: The Biopsychosocial Perspective. *American Psychologist, 59*(8), 795–805. https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.795.

Gegieckaite, G., ve Kazlauskas, E. (2020). Do emotion regulation difficulties mediate the association between neuroticism, insecure attachment, and prolonged grief?. *Death Studies*, 1-9.

Gehrt, T. B., Berntsen, D., Hoyle, R. H., ve Rubin, D. C. (2018). Psychological and clinical correlates of the Centrality of Event Scale: A systematic review. *Clinical psychology review, 65*, 57-80.

George, D. ve Mallery, P. (2010). SPSS for Windows step by step. A simple study guide and reference (10. Baskı). *GEN, Boston, MA: Pearson Education, Inc*.

Gershfeld-Litvin, A. (2021). Women's experiences following mastectomy: loss, grief, and meaning-reconstruction. *Illness, Crisis & Loss, 29*(3), 187-204.

Golub, S. A., Gamarel, K. A. ve Rendina, H. J. (2014) Loss and growth: Identity processes with distinct and complementary impacts on well-being among those living with chronic illness. *Psychology, Health & Medicine*, 19:5, 572-579. DOI: 10.1080/13548506.2013.855318.

Gökler-Danışman, I., Yalçınay, M., ve Yıldız, N. (2017). Kanser Hastalarında Yas Belirtilerinin Ölçülmesi: Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği Türkçe Formu'nun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi, 28* (3): 190-7.

Gratz, K. L. ve Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment, 26*(1), 41-54.

Groleau, J. M., Calhoun, L. G., Cann, A., ve Tedeschi, R. G. (2013). The role of centrality of events in posttraumatic distress and posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *5*(5), 477.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, *2*(3), 271-299.

Gupta, S., ve Bonanno, G. A. (2011). Complicated grief and deficits in emotional expressive flexibility. *Journal of abnormal psychology, 120*(3), 635.

Haratian, A., Amjadi, M. M., Ghandehari, K., Hatamian, H., Kiani, S., Habibi, M., ... ve Ataei, M. (2020). Emotion Regulation Difficulties and Repetitive Negative Thinking in Patients With Tension Headaches and Migraine. *Caspian Journal of Neurological Sciences, 6*(3), 147-155.

Harms, L., ve Talbot, M. (2007). The aftermath of road trauma: Survivors' perceptions of trauma and growth. *Health & Social Work, 32*(2), 129-137.

Harris, C.B., Brookman, R. ve O'Connor, M. (2021). It's not who you lose, it's who you are: Identity and symptom trajectory in prolonged grief. *Current Psychoogy,* 1-11. https://doi.org/10.1007/s12144-021-02343-w.

Haselden, M. (2014). Üniversite Öğrencilerinde Travma Sonrasi Büyümeyi Yordayan Çeşitli Değişkenlerin Türk ve Amerikan Kültürlerinde İncelenmesi: Bir Model Önerisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Türkiye.

Hasson-Ohayon, I., Peri, T., Rotschild, I., ve Tuval-Mashiach, R. (2017). The mediating role of integration of loss in the relationship between dissociation and prolonged grief disorder. *Journal of clinical psychology, 73*(12), 1717-1728.

Heeke, C., Kampisiou, C., Niemeyer, H., ve Knaevelsrud, C. (2017). A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss. *European journal of psychotraumatology*, *8*(sup6), 1583524.

Hefferon, K., Grealy, M., ve Mutrie, N. (2009). Post-traumatic growth and life threatening physical illness: A systematic review of the qualitative literature. *British journal of health psychology, 14*(2), 343-378.

Helgeson, V. S. (2011). Survivor centrality among breast cancer survivors: implications for wellbeing. *Psychooncology, 20*(5):517–524.

Helgeson, V. S., ve Novak, S. A. (2007). Illness centrality and well-being among male and female early adolescents with diabetes. *Journal of pediatric psychology*, *32*(3), 260-272.

Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., ve Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of consulting and clinical psychology, 74*(5), 797.

Hill, E. M., ve Watkins, K. (2017). Women with ovarian cancer: examining the role of social support and rumination in posttraumatic growth, psychological distress, and psychological well-being. *Journal of clinical psychology in medical settings, 24*(1), 47-58.

Hirooka, K., Fukahori, H., Taku, K., Togari, T., ve Ogawa, A. (2017a). Quality of death, rumination, and posttraumatic growth among bereaved family members of cancer patients in home palliative care. *Psycho-Oncology*, *26*(12), 2168-2174. https://doi.org/10.1002/pon.4446.

Hirooka, K., Fukahori, H., Ozawa, M., ve Akita, Y. (2017b). Differences in posttraumatic growth and grief reactions among adolescents by relationship with the deceased. *Journal of Advanced Nursing*, *73*(4), 955-965.

Ho, S. M., Chan, M. W., Yau, T. K., ve Yeung, R. M. (2011). Relationships between explanatory style, posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptoms among Chinese breast cancer patients. *Psychology and Health*, *26*(3), 269-285.

Hobfoll, S. E., Hall, B. J., Canetti-Nisim, D. C., Galea, S., Johnson, R. J., ve Palmieri, P. A. (2007). Refining our understanding of traumatic growth in the face of terrorism: moving from meaning cognitions to doing what is meaningful. *Applied Psychology: An International Review, 56*, 345–366. doi:10.1111/j.1464-0597.2007.00292.x.

Holland, J. M., Currier, J. M., ve Neimeyer, R. A. (2014). Validation of the integration of stressful life experiences scale–short form in a bereaved sample. *Death Studies*, *38*(4), 234-238.

Holland, J. M., Graves, S., Klingspon, K. L., ve Rozalski, V. (2016). Prolonged grief symptoms related to loss of physical functioning: examining unique associations with medical service utilization. *Disability and Rehabilitation, 38*(3), 205-210.

Hu, L. T. ve Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 6*(1), 1-55.

Innamorati, M., Quinto, R. M., Imperatori, C., Lora, V., Graceffa, D., Fabbricatore, M., ... ve Bonifati, C. (2016). Health-related quality of life and its association with alexithymia and difficulties in emotion regulation in patients with psoriasis. *Comprehensive psychiatry, 70*, 200-208.

Isaksson, A. K., Gunnarsson, L. G., ve Ahlström, G. (2007). The presence and meaning of chronic sorrow in patients with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Nursing, 16*(11c), 315-324.

Isaksson, A. K., ve Ahlström, G. (2008). Managing chronic sorrow: experiences of patients with multiple sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*, *40*(3), 180-192.

Jacobsen, J. C., Zhang, B., Block, S. D., Maciejewski, P. K., ve Prigerson, H. G. (2010). Distinguishing symptoms of grief and depression in a cohort of advanced cancer patients. *Death studies, 34*(3), 257-273. DOI: 10.1080/07481180903559303.

Jacobsen, P. B., Widows, M. R., Hann, D. M., Andrykowski, M. A., Kronish, L. E., ve Fields, K. K. (1998). Posttraumatic stress disorder symptoms after bone marrow transplantation for breast cancer. *Psychosomatic Medicine, 60*(3), 366-371.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York, NY: Free Press.

Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry, 15*, 30–34.

Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-change perspectives on posttraumatic growth. *Handbook of posttraumatic growth* içinde (81-99). NY: Routledge.

Jim, H. S., ve Jacobsen, P. B. (2008). Posttraumatic stress and posttraumatic growth in cancer survivorship: a review. *The Cancer Journal*, *14*(6), 414-419.

Joseph, S., ve Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review, 26*, 1041–1053.

Kalaycı, Ş. (2010). *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri* (5). Ankara, Türkiye: Asil Yayın Dağıtım.

Karanci, A. N., ve Erkam, A. (2007). Variables related to stress-related growth among Turkish breast cancer patients. *Stress and health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 23*(5), 315-322.

Kashdan, T. B., Young, K. C., ve McKnight, P. E. (2012). When is rumination an adaptive mood repair strategy? Day-to-day rhythms of life in combat veterans with and without posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *26*(7), 762-768.

Katz, R. C., Flasher, L., Cacciapaglia, H., ve Nelson, S. (2001). The psychosocial impact of cancer and lupus: A cross validation study that extends the generality of "benefit-finding" in patients with chronic disease. *Journal of behavioral medicine*, *24*(6), 561-571.

Keefe, F. J., Porter, L. S., ve Labban, J. (2006). Emotion Regulation Processes in Disease-Related Pain: A Couples-Based Perspective. In D. K. Snyder, J. Simpson, ve J. N. Hughes (Ed.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (207–229). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/11468-010.

Kesimci, A., Göral, F.S., ve Gençöz, T. (2005). Determinants of stress-related growth: Gender, stressfulness of the event, and coping strategies. *Current Psychology, 24*, 68–75. https://doi.org/10.1007/s12144-005-1005-x.

Kılıç, C., Magruder, K. M., ve Koryürek, M. M. (2016). Does trauma type relate to posttraumatic growth after war? A pilot study of young Iraqi war survivors living in Turkey. *Transcultural psychiatry, 53*(1), 110-123.

King, L. A., ve Hicks, J. A. (2009). Detecting and constructing meaning in life events. *The Journal of Positive Psychology*, *4*(5), 317-330.

Kökönyei, G., Urbán, R., Reinhardt, M., Józan, A., ve Demetrovics, Z. (2014). The difficulties in emotion regulation scale: factor structure in chronic pain patients. *Journal of clinical psychology*, *70*(6), 589-600.

Kübler-Ross E. (1970). *On Death and Dying.* (16) London, UK: Tavistock.

Kuenemund, A., Zwick, S., Rief, W., ve Exner, C. (2016). (Re-) defining the self–Enhanced posttraumatic growth and event centrality in stroke survivors: A mixed-method approach and control comparison study. *Journal of health psychology*, *21*(5), 679-689.

Lacour, O., Morina, N., Spaaij, J., Nickerson, A., Schnyder, U., von Känel, R., Bryant, R. A. ve Schick, M. (2020). Prolonged Grief Disorder Among Refugees in Psychological Treatment Association With Self-Efficacy and Emotion Regulation. *Frontiers in Psychiatry, 11*(526). Doi: 10.3389/fpsyt.2020.00526.

Lancaster, S. L., Kloep, M., Rodriguez, B. F., ve Weston, R. (2013). Event centrality, posttraumatic cognitions, and the experience of posttraumatic growth. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *22*(4), 379-393.

Latham, A. E., ve Prigerson, H. G. (2004). Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *34*(4), 350-362.

Lepore, S. J., ve Helgeson, V. S. (1998). Social constraints, intrusive thoughts, and mental health. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *17*(1), 89-106.

Leventhal, H., Halm, E., Horowitz, C., Leventhal, E. A., ve Ozakinci, G. (2008). *Living with chronic illness: A contextualized, self-regulation approach*, in The Sage Handbook of Health Psychology, 197-240.

Li, T., Liu, T., Han, J., Zhang, M., Li, Z., Zhu, Q., ve Wang, A. (2018). The relationship among resilience, rumination and posttraumatic growth in hemodialysis patients in North China. *Psychology, health & medicine, 23*(4), 442-453.

Lin, H. R., ve Bauer-Wu, S. M. (2003). Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of advanced nursing*, *44*(1), 69-80.

Lindstrom, C. M., Cann, A., Calhoun, L. G., ve Tedeschi, R. G. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 50.

Linley, P. A., ve Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of traumatic stress, 17*(1), 11-21.

Linley, P. A., ve Joseph, S. (2011). Meaning in life and posttraumatic growth. *Journal of Loss and Trauma, 16*(2), 150-159.

Linley, P. A., Felus, A., Gillett, R., ve Joseph, S. (2011). Emotional expression and growth following adversity: Emotional expression mediates subjective distress and is moderated by emotional intelligence. *Journal of Loss and Trauma, 16*(5), 387-401.

Livneh, H., ve Antonak, R. F. (2005). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors. *Journal of Counseling & Development*, 83(1), 12-20.

Loiselle, K. A., Devine, K. A., Reed-Knight, B. ve Blount, R. L. (2011). Posttraumatic growth associated with a relative's serious illness. *Families, Systems, & Health, 29*(1), 64.

Lowe, S. R., Manove, E. E., ve Rhodes, J. E. (2013). Posttraumatic stress and posttraumatic growth among low-income mothers who survived Hurricane Katrina. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(5), 877–889. https://doi.org/10.1037/a0033252.

Lyubomirsky, S., Caldwell, N. D., ve Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of personality and social psychology*, *75*(1), 166.

Maciejewski, P.K., Maercker, A., Boelen, P.A., ve Prigerson, H.G. (2016). "Prolonged grief disorder" and "persistent complex bereavement disorder", but not "complicated grief", are one and the same diagnostic entity: an analysis of data. From the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry, 15*(3):266–75.

Marchini, F., Caputo, A., Napoli, A., Balonan, J. T., Martino, G., Nannini, V., ve Langher, V. (2018). Chronic illness as loss of good self: underlying mechanisms affecting diabetes adaptation. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology, 6*(3).

Martin, L. L., ve Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. *Advances in social cognition*, *9*(1996), 1-47.

Matsui, T., ve Taku, K. (2016). A review of posttraumatic growth and help-seeking behavior in cancer survivors: effects of distal and proximate culture. *Japanese Psychological Research*, *58*(1), 142-162.

McDonough, M. H., Sabiston, C. M., ve Wrosch, C. (2014). Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors: The role of social support and stress. *Psycho-Oncology, 23*, 114–120. doi:10.1002/pon.3380.

McGrath, J., ve Linley, P. A. (2006). Post-traumatic growth in acquired brain injury: A preliminary small scale study. *Brain Injury, 20*(7), 767-773.

McMillen, J. C., Smith, E. M., ve Fisher, R. H. (1997). Perceived benefit and mental health after three types of disaster. *Journal of consulting and clinical psychology, 65*(5), 733.

Michael, S. T., ve Snyder, C. R. (2005). Getting unstuck: The roles of hope, finding meaning, and rumination in the adjustment to bereavement among college students. *Death studies*, *29*(5), 435-458.

Milam, J. E. (2004). Posttraumatic growth among HIV/AIDS patients 1. *Journal of Applied Social Psychology, 34*(11), 2353-2376.

Milman, E., Neimeyer, R. A., Fitzpatrick, M., MacKinnon, C.J., Muis, K. R. ve Cohen, S. R. (2018). Prolonged grief symptomatology following violent loss: the mediating role of meaning. *European Journal of Psychotraumatology, 8*:sup6, 1503522, DOI: 10.1080/20008198.2018.1503522.

Milman, E., Neimeyer, R. A., Fitzpatrick, M., MacKinnon, C. J., Muis, K. R., ve Cohen, S. R. (2019). Rumination moderates the role of meaning in the development of prolonged grief symptomatology. *Journal of Clinical Psychology,* 75(6), 1047-1065.

Milman, E., Neimeyer, R. A., Fitzpatrick, M., MacKinnon, C. J., Muis, K. R., ve Cohen, S. R. (2019). Rumination moderates the role of meaning in the development of prolonged grief symptomatology. *Journal of Clinical Psychology, 75*, 1047–1065. https://doi.org/10.1002/jclp.2275.

Mohr, D. C., Dick, L. P., Russo, D., Pinn, J., Boudewyn, A. C., Likosky, W., ve Goodkin, D. E. (1999). The psychosocial impact of multiple sclerosis: exploring the patient's perspective. *Health Psychology, 18*(4), 376.

Morris, B. A., ve Shakespeare-Finch, J. (2011). Rumination, post-traumatic growth, and distress: structural equation modelling with cancer survivors. *Psycho-oncology*, *20*(11), 1176-1183.

Niemeier, J. P., Kennedy, R. E., McKinley, W. O., ve Cifu, D. X. (2004). The Loss Inventory: preliminary reliability and validity data for a new measure of emotional and cognitive responses to disability. *Disability and rehabilitation, 26*(10), 614 623.

Nobakht, H., ve Nikmanesh, Z. (2019). The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Group Therapy in Rumination Among Multiple Sclerosis Patients. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, *8*(2).

Nolen-Hoeksema, S., ve Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and post-traumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 115 121.

O'Connor, A. P., Wicker, C. A., ve Germino, B. B. (1990). Understanding the cancer patient's search for meaning. *Cancer nursing*, *13*(3), 167-175.

Paivio, S. C., ve Laurent, C. (2001). Empathy and emotion regulation: Reprocessing memories of childhood abuse. *Journal of Clinical Psychology*, *57*(2), 213-226.

Pakenham, K. I. (2005). Benefit Finding in Multiple Sclerosis and Associations With Positive and Negative Outcomes. *Health Psychology, 24*(2), 123–132. https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.2.123.

Pakenham, K. I. (2007). The nature of benefit finding in multiple sclerosis (MS). *Psychology Health and Medicine, 12*, 190–196.

Palomino, R. A., Nicassio, P. M., Greenberg, M. A., ve Medina Jr, E. P. (2007). Helplessness and loss as mediators between pain and depressive symptoms in fibromyalgia. *Pain, 129*(1-2), 185-194.

Papa, A., Lancaster, N. G. ve Kahler, J. (2014). Commonalities in grief responding across bereavement and non-bereavement losses. *Journal of Affective Disorders, 161*, 136-143.

Papa, A., ve Maitoza, R. (2013). The role of loss in the experience of grief: The case of job loss. *Journal of Loss and Trauma, 18*(2), 152-169.

Park, D. C., Hertzog, C., Leventhal, H., Morrell, R. W., Leventhal, E., Birchmore, D., ... ve Bennett, J. (1999). Medication adherence in rheumatoid arthritis patients: older is wiser. *Journal of the American Geriatrics Society, 47*(2), 172-183.

Park, C. L., Aldwin, C. M., Fenster, J. R., ve Snyder, L. B. (2008a). Pathways to posttraumatic growth versus posttraumatic stress: Coping and emotional reactions following the September 11, 2001, terrorist attacks. *American journal of orthopsychiatry*, *78*(3), 300-312.

Park, C. L., Edmondson, D., Fenster, J. R., ve Blank, T. O. (2008b). Meaning making and psychological adjustment following cancer: the mediating roles of growth, life meaning, and restored just-world beliefs. *Journal of consulting and clinical psychology, 76*(5), 863.

Park, C. L., Malone, M. R., Suresh, D. P., Bliss, D., ve Rosen, R. I. (2008c). Coping, meaning in life, and quality of life in congestive heart failure patients. *Quality of Life Research*, *17*(1), 21-26.

Park, C. L., Chmielewski, J., ve Blank, T. O. (2010). Post-traumatic growth: Finding positive meaning in cancer survivorship moderates the impact of intrusive thoughts on adjustment in younger adults. *Psycho-Oncology, 19*, 1139–1147. doi:10.1002/pon.1680.

Park, N., Park, M., ve Peterson, C. (2010b). When is the search for meaning related to life satisfaction?. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *2*(1), 1-13.

Park, C. L., Bharadwaj, A. K., ve Blank, T. O. (2011). Illness centrality, disclosure, and well-being in younger and middle-aged adult cancer survivors. *British Journal of Health Psychology*, *16*(4), 880-889.

Pat-Horenczyk, R., ve Brom, D. (2007). The multiple faces of post-traumatic growth. *Applied Psychology*, *56*(3), 379-385.

Phillips, L. H., Henry, J. D., Nouzova, E., Cooper, C., Radlak, B., ve Summers, F. (2014). Difficulties with emotion regulation in multiple sclerosis: Links to executive function, mood, and quality of life. *Journal of clinical and experimental neuropsychology, 36*(8), 831-842.

Pillemer, D. B. (1998). *Momentous events, vivid memories.* Cambridge: Harvard University Press.

Powell, S., Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2003). Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of clinical psychology*, *59*(1), 71-83.

Prigerson, H. G., ve Maciejewski, P. K. (2008). Grief and acceptance as opposite sides of the same coin: setting a research agenda to study peaceful acceptance of loss. *The British Journal of Psychiatry*, *193*(6), 435-437.

Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C., ve Maciejewski, P. K. (2008). *A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V.* M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, ve W. Stroebe (Eds.), Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention içinde (165–186). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/14498-008.

Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... ve Bonanno, G. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation

of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS medicine,6*(8), e1000121. doi:10.1371/journal.pmed.1000121.

Prigerson, H. G., Kakarala, S., Gang, J., ve Maciejewski, P. K. (2021). History and status of prolonged grief disorder as a psychiatric diagnosis. *Annual review of clinical psychology*, *17*, 109-126.

Roberts, K. J., Lepore, S. J., ve Helgeson, V. (2006). Social-cognitive correlates of adjustment to prostate cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *15*(3), 183-192.

Robinson, K., Lucas, E., van den Dolder, P. ve Halcomb E. (2018). Living with chronic obstructive pulmonary disease: The stories of frequent attenders to the Emergency Department. *Journal of Clinical Nursing, 27*:48–56. https://doi.org/10.1111/jocn.13842.

Roland, A. G., Currier, J. M., Rojas-Flores, L. ve Herrera, S. (2014). Event centrality and posttraumatic outcomes in the context of pervasive vilolance: A study of teachers in El Salvador. *Anxiety, Stress & Coping*, 27(3), 335–346.

Rolland, J. S. (1987). Chronic illness and the life cycle: A conceptual framework. *Family process, 26*(2), 203-221.

Rosner, R., Comtesse, H., Vogel, A., ve Doering, B. K. (2021). Prevalence of prolonged grief disorder. *Journal of affective disorders, 287*, 301-307.

Sayar, K., Gulec, H., ve Topbas, M. (2004). Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clinical rheumatology, 23*(5), 441-448.

Schlatter, M. C., ve Cameron, L. D. (2010). Emotional suppression tendencies as predictors of symptoms, mood, and coping appraisals during AC chemotherapy for breast cancer treatment. *Annals of Behavioral Medicine, 40*(1), 15-29.

Schmid-Mohler, G., Yorke, J., Spirig, R., Benden, C., ve Caress, A. L. (2019). Adult patients' experiences of symptom management during pulmonary exacerbations in cystic fibrosis: A thematic synthesis of qualitative research. *Chronic illness, 15*(4), 245-263.

Schuettler, D. ve Boals, A. (2011). The Path to Posttraumatic Growth Versus Posttraumatic Stress Disorder: Contributions of Event Centrality and Coping. *Journal of Loss and Trauma, 16*:2, 180-194, DOI: 10.1080/15325024.2010.519273.

Schulenberg, S. E., Strack, K. M., ve Buchanan, E. M. (2011). The Meaning in Life Questionnaire: Psychometric properties with individuals with serious mental illness in an inpatient setting. *Journal of Clinical Psychology, 67*(12), 1210-1219.

Schwartzberg, S. S., ve Janoff-Bulman, R. (1991). Grief and the search for meaning: Exploring the assumptive worlds of bereaved college students. *Journal of Social and Clinical Psychology, 10*(3), 270-288.

Sears, S. R., Stanton, A. L., ve Danoff-Burg, S. (2003). 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, 22*(5), 487–497. https://doi.org/10.1037/0278-6133.22.5.487

Shakespeare-Finch, J., ve 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(2), 69-82.

Shakespeare-Finch, J., ve Lurie-Beck, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of anxiety disorders, 28*(2), 223-229.

Shear, K., Monk, T., Houck, P., Melhem, N., Frank, E., Reynolds, C., ve Sillowash, R. (2007). An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *257*(8), 453-461.

Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., ... ve Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and anxiety, 28*(2), 103-117. doi: 10.1002/da.20780.

Shear, M. K. (2012). Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience, 14*(2), 119–128. https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/mshear.

Sheikh, A. I. (2004). Posttraumatic Growth in the Context of Heart Disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 11,* 265–273. https://doi.org/10.1023/B:JOCS.0000045346.76242.73.

Sherr, L., Nagra, N., Kulubya, G., Catalan, J., Clucas, C., ve Harding, R. (2011). HIV infection associated post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth–a systematic review. *Psychology, health & medicine, 16*(5), 612-629.

Sim, B. Y., Lee, Y. W., Kim, H., ve Kim, S. H. (2015). Post-traumatic growth in stomach cancer survivors: Prevalence, correlates and relationship with health-related quality of life. *European Journal of Oncology Nursing, 19*(3), 230-236.

Simon, N. M. (2013). Treating complicated grief. *Jama*, *310*(4), 416-423.

Skaggs, B. G., ve Barron, C. R. (2006). Searching for meaning in negative events: Concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 53(5), 559-570.

Soo, H., ve Sherman, K. A. (2015). Rumination, psychological distress and post-traumatic growth in women diagnosed with breast cancer. *Psycho‐oncology*, *24*(1), 70-79.

Staub, E., ve Vollhardt, J. (2008). Altruism born of suffering: The roots of caring and helping after victimization and other trauma. *American Journal of Orthopsychiatry*, *78*(3), 267-280.

Steger, M. F. (2012). Making Meaning in Life. *Psychological Inquiry*, *23* (4), 381-385, DOI: 10.1080/1047840X.2012.720832.

Steger, M. F., ve Frazier, P. (2005). Meaning in Life: One Link in the Chain From Religiousness to Well-Being. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 574–582. https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.4.574

Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., ve Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of counseling psychology*, *53*(1), 80.

Steger, M. F., ve Kashdan, T. B. (2007). Stability and specificity of meaning in life and life satisfaction over one year. *Journal of Happiness Studies*, *8*(2), 161-179.

Steger, M. F., Frazier, P. A., ve Zacchanini, J. L. (2008). Terrorism in two cultures: Stress and growth following September 11 and the Madrid train bombings. *Journal of Loss and Trauma, 13(*6), 511-527.

Steger, M. F., Kashdan, T. B., Sullivan, B. A., ve Lorentz, D. (2008). Understanding the search for meaning in life: Personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of personality*, 76(2), 199-228.

Steger, M. F., Mann, J. R., Michels, P., ve Cooper, T. C. (2009). Meaning in life, anxiety, depression, and general health among smoking cessation patients. *Journal of psychosomatic research*, *67*(4), 353-358.

Suddaby, K., ve Landau, J. (1998). Positive and negative timelines: A technique for restorying. *Family Process*, *37*(3), 287-298.

Sutherland, K., ve Bryant, R. A. (2005). Self-defining memories in post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, *44*(4), 591-598.

Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics: International edition*. Pearson.

Taku, K., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Gil-Rivas, V., Kilmer, R. P., ve Cann, A. (2007). Examining posttraumatic growth among Japanese university students. *Anxiety, stress, and coping*, *20*(4), 353-367.

Taku, K., Calhoun, L. G., Cann, A., ve Tedeschi, R. G. (2008). The role of rumination in the coexistence of distress and posttraumatic growth among bereaved Japanese university students. *Death Studies, 32*, 428–444. doi: 10.1080/07481180801974745.

Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., ve Calhoun, L. G. (2009a). Intrusive versus deliberate rumination in posttraumatic growth across US and Japanese samples. *Anxiety, Stress, & Coping, 22*,129-136. doi:10.1080/10615800802317841.

Taku, K., Tedeschi, R.G., Cann, A., ve Calhoun, L.G. (2009b). The culture of disclosure: effects of perceived reactions to disclosure on posttraumatic growth and distress in Japan. *Journal of Social Clinical Psychology, 29*(10):1226-1243.

Tamagawa, R., Giese-Davis, J., Speca, M., Doll, R., Stephen, J., ve Carlson, L. E. (2013). Trait mindfulness, repression, suppression, and self-reported mood and stress symptoms among women with breast cancer. *Journal of clinical psychology, 69*(3), 264-277.

Tedeschi, R. G., ve Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation.* Sage.

Tedeschi, R. G., ve Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9,* 455-471.

Tedeschi, R. G., Park, C. L., ve Calhoun, L. G. (Eds.). (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis.* Routledge.

Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., ve Cooper, L. (2000). Rumination and posttraumatic growth in older adults. In *meeting of the American Psychological Association, Washington, DC*.

Tedeschi, R. G., ve Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*, 1–18. doi:10.1207/s15327965pli1501_01.

Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., ve Cann, A. (2007). Evaluating resource gain: Understanding and misunderstanding posttraumatic growth. *Applied Psychology*, 56(3), 396-406.

Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., ve Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*. Routledge.

Thornton, A. A., ve Perez, M. A. (2006). Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 15*(4), 285-296.

Tiwari, G. K. (2015). Chronic physical illness affects emotion regulation process: A case of HIV/AIDS. *The International Journal of Indian Psychology*, *3*(1), 158-166.

Tomich, P. L., ve Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, *23*(1), 16.

Trick, L., Watkins, E. R., Henley, W., Gandhi, M. M., ve Dickens, C. (2019). Perseverative negative thinking predicts depression in people with acute coronary syndrome. *General hospital psychiatry, 61*, 16-25.

Triplett, K. N., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., ve Reeve, C. L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *4*(4), 400.

Tsai, J., Harpaz-Rotem, I., Pietrzak, R. H., ve Southwick, S. M. (2017). *Trauma resiliency and posttraumatic growth*. S. N. Gold (Ed.), *APA handbook of trauma psychology: Trauma practice* içinde (89–113). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000020-005

Tull, M. T., Barrett, H. M., McMillan, E. S., ve Roemer, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy*, *38*(3), 303-313.

Türkiye İstatistik Kurumu (2020). *Ölüm Nedeni İstatistikleri 2019* [Basın bülteni]. Erişim adresi https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710. (14 Mart 2022 tarihinde erişildi.)

van Middendorp, H., Lumley, M. A., Jacobs, J. W., van Doornen, L. J., Bijlsma, J. W., ve Geenen, R. (2008). Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. *Journal of psychosomatic research, 64*(2), 159-167.

Vos, T., Allen, C., Arora, M., Barber, R. M., Bhutta, Z. A., Brown, A. ve diğerleri (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet, 388*, 1545–1602.

Weber, M. C., Pavlacic, J. M., Gawlik, E. A., Schulenberg, S. E., ve Buchanan, E. M. (2020). Modeling resilience, meaning in life, posttraumatic growth, and disaster preparedness with two samples of tornado survivors. *Traumatology*, 26(3), 266–277. https://doi.org/10.1037/trm0000210.

World Health Organizations. (2016). Noncommunicable Diseases. (2016). Erişim adresi: http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/.

World Health Organizations.. (2021). Noncommunicable Diseases. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases. (14 Mart 2022 tarihinde erişildi.)

Wierenga, K. L., Lehto, R. H., ve Given, B. (2017). Emotion regulation in chronic disease populations: An integrative review. *Research and theory for nursing practice*, *31*(3), 247-271.

Wild, N. D. ve Paivio, S. C. (2004). Psychological Adjustment, Coping, and Emotion Regulation as Predictors of Posttraumatic Growth. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 8:*4, 97-122, DOI: 10.1300/J146v08n04_05.

Wilson, K. G., Chochinov, H. M., McPherson, C. J., Skirko, M. G., Allard, P., Chary, S., ... ve Clinch, J. J. (2007). Desire for euthanasia or physician-assisted suicide in palliative cancer care. *Health Psychology*, *26*(3), 314.

Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., ve van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical psychology review, 31*(1), 69-78.

Wolfe, T., ve Ray, S. (2015). The role of event centrality, coping and social support in resilience and posttraumatic growth among women and men. *International Journal of Mental Health Promotion, 17*, 78–96.

Yalom, I. (2008). *Güneşe Bakmak Ölümle Yüzleşmek*. Çev. Zeliha İyidoğan Babayiğit, İstanbul: Kabalcı Yayınevi.

Yiğit, İ. ve Guzey Yiğit, M. (2017). Psychometric Properties of Turkish Version of Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). *Current Psychology,* 1-9. DOI: 10.1007/s12144-017-9712-7.

Zeligman, M., Varney, M., Grad, R. I., ve Huffstead, M. (2018). Posttraumatic growth in individuals with chronic illness: The role of social support and meaning making. *Journal of Counseling & Development, 96*(1), 53-63.

Zika, S., ve Chamberlain, K. (1992). On the relation between meaning in life and psychological well-being. *British journal of psychology*, *83*(1), 133-145.

EKLER

EK 1. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma, Ankara Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi olan Merve CESUR ATİNTAŞ tarafından, Prof. Dr. Nilhan SEZGİN danışmanlığında yürütülen doktora tez çalışmasıdır.

Çalışmanın amacı, kronik fiziksel hastalığı olan (Örn. Tansiyon, diyabet, epilepsi, romatizmal hastalıklar vb.) yetişkin bireylerin bu duruma ilişkin algılarını değerlendirerek, travma sonrası gelişimlerinde rol oynayan faktörleri belirlemektir. Bu amaçla, aşağıda yer alan soruları size en uygun olan şekilde yanıtlamanız istenmektedir. **Değerlendirmelerinizi gerçek duygu ve düşüncelerinizi yansıtacak şekilde dürüstçe ve titizlikle yaparsanız bilimsel verilerin sağlanmasına büyük katkıda bulunmuş olacaksınız. Çalışma sadece bilimsel amaçla yapıldığından, cevaplarınız tamamen gizli tutulacaktır. Yanıtlar yalnızca araştırmacılar tarafından toplu olarak değerlendirilecektir.**

Bu araştırmanın yürütülebilmesi için Ankara Üniversitesi Etik Kurulu'ndan gerekli izin alınmıştır. Araştırma kişisel, psikolojik ya da fiziksel rahatsızlık teşkil edecek unsurlar içermemektedir. Ancak araştırma sırasında herhangi bir nedenden dolayı rahatsızlık hissederseniz, istediğiniz anda katılımınızı sonlandırabilirsiniz. Bu size hiçbir sorumluluk getirmeyecektir. Çalışma sırasında veya sonrasında herhangi bir rahatsızlık hissederseniz ya da çalışma hakkında daha fazla bilgi almak isterseniz araştırmacıya (-) ulaşabilirsiniz.

Soruları yanıtlamanız ortalama 20 dakika sürecektir.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır.

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıp, verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanımını kabul ediyorum:

Evet ( ) Hayır ( ) Tarih:

Katılımcı Bilgileri:	**Araştırmacı Bilgileri:**	**Araştırmacı Bilgileri:**
Ad Soyad: **İmza:**	Merve CESUR ATİNTAŞ Ankara Üniversitesi, Psikoloji Bölümü Tel: e-posta: **İmza:**	Nilhan SEZGİN Ankara Üniversitesi, Psikoloji Bölümü Tel: e-posta: **İmza:**

***Bu form diğer formlardan ayrı olarak saklanacak ve kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.**

EK 2. DEMOGRAFİK VE HASTALIĞA İLİŞKİN BİLGİ FORMU

Aşağıdaki sorularda sizden bazı demografik bilgiler istenmektedir. Lütfen boş bırakmadan yanıtlayınız.

1. **Doğum yılınız: ……**
2. **Cinsiyetiniz:** Kadın ( ) Erkek ( ) Diğer ( )
3. **Medeni durumunuz:**

   Bekar ( ) Evli ( ) Boşanmış ( ) Eşi vefat etmiş ( )

   Romantik ilişkisi var ( ) Diğer (Belirtiniz):……
4. **Çocuğunuz var mı?** Var ( ) ise sayısı:…… Yok ( )
5. **Halihazırda çalışıyor musunuz?**

   Tam zamanlı çalışıyorum ( ) Yarı zamanlı çalışıyorum ( ) Çalışmıyorum ( )
6. **Ailenizin toplam aylık geliri (Bir ay içerisinde evinize giren toplam miktar) :** .....….TL
7. **Eğitim düzeyiniz (En son bitirdiğiniz okul):**

   İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Yüksekokul/Önlisans ( )
   Üniversite öğrencisi ( ) Üniversite mezunu ( ) Lisansüstü ( )
8. **Yaşadığınız şehir:** ……..
9. **Şu anda kiminle birlikte yaşıyorsunuz?**

Yalnız ( ) Partnerimle/ Eşimle ( ) Ev arkadaşımla ( ) Ailemle ( ) Diğer: ……

10. **Kronik (süregelen) fiziksel bir hastalığınız var mı? (Örn. Tansiyon, migren, epilepsi, diyabet vb.)**

Evet ( ) ise tanınızı /tanılarınızı yazınız: ……..……

Hayır ( )

11. **Hastalığınız nedeniyle düzenli ilaç kullanmanız gerekiyor mu?** Evet ( ) Hayır ( )
12. **Hastalığınızla ilgili tanıyı tam olarak ne zaman aldınız?** (Ay ve yıl olarak yazınız: Örneğin, Nisan 2017; hatırlamıyorsanız lütfen en yakın tahmininizi yazınız.)

    ……..
13. **Kronik hastalık tanısı konduğunda kaç yaşındaydınız?:** …….

    LÜTFEN BUNDAN SONRAKİ SORULARI KRONİK HASTALIK YAŞANTINIZI/SÜRECİNİZİ DÜŞÜNEREK YANITLAYINIZ. BİRDEN ÇOK HASTALIK TANINIZ VARSA LÜTFEN SİZİ EN ÇOK ETKİLEYENİNİ GÖZ ÖNÜNE ALINIZ.

Son olarak; hastalığınızla ilgili aşağıdaki soruları cevaplamanızı rica ediyoruz.

1. **Hastalığınız şu an ne derece akut ya da aktif durumda? 1'den 5'e kadar sıralanmış ölçek üzerinde işaretleyiniz.**

Aktif Değil				Oldukça Aktif
1	2	3	4	5

2. **Hastalığınızla ilgili ne tür tedaviler/müdahaleler gördünüz ya da görüyorsunuz? Lütfen aşağıdan size uyan seçenekleri işaretleyiniz. (Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)**

Düzenli ilaç tedavisi ☐	Yalnızca ihtiyacım duyduğumda ilaç alıyorum ☐
Hastane yatışı ☐	Düzenli ilaç kullanmam gerekse de bunu yapmıyorum ☐
Operasyon ☐	Herhangi bir tedavi görmüyorum ☐
Düzenli kontrollere gitmek ☐	Başka varsa lütfen yazınız: ……

3. **Hastalığınız nedeniyle uzuv/organ kaybı yaşadınız mı ya da bir uzvunuzun/organınızın işlevini kaybettiniz mi?**

Bir uzuv/organ kaybı yaşadım. ☐ Bir uzvumun/organımın işleyişini kaybettim. ☐

Hayır, yaşamadım. ☐

4. **Sizce hastalık belirtileriniz geçtiğimiz yıl içinde ne kadar şiddetliydi? Ölçek üzerinde işaretleyiniz.**

Çok Hafif	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli
1	2	3	4	5

5. **Sizce hastalığınız ne derece kontrol edilebilir? 1'den 5'e kadar sıralanmış ölçek üzerinde işaretleyiniz.**

Hiç Kontrol Edilemez				Tamamen Kontrol Edilebilir
1	2	3	4	5

6. **Hastalığınız nedeniyle, bir yakınınıza fiziksel olarak bağımlı hissediyor musunuz? 1'den 5'e kadar sıralanmış ölçek üzerinde işaretleyiniz.**

Hiç bağımlı hissetmiyorum				Çok bağımlı hissediyorum
1	2	3	4	5

7. Hastalık tanısı konduğunda bu durum, <u>hemen ardından</u> sizin için ne kadar stres vericiydi? 1'den 5'e kadar sıralanmış ölçek üzerinde işaretleyiniz.

Hiç stres verici değildi		Orta düzeyde stres vericiydi		Çok Stres Vericiydi
1	2	3	4	5

8. Hastalık tanısı konması durumu, <u>şimdi</u> ne kadar stres verici?

Hiç stres verici değil		Orta düzeyde stres verici		Çok Stres Verici
1	2	3	4	5

9. Hastalık tanısı konduğunda bu durum, <u>hemen ardından</u> sizin için ne kadar korkutucu idi?

Hiç korkutucu değildi		Orta düzeyde korkutucuydu		Çok Korkutucuydu
1	2	3	4	5

10. Hastalık tanısı konması durumu, <u>şimdi</u> ne kadar korkutucu?

Hiç korkutucu değil		Orta düzeyde korkutucu		Çok Korkutucu
1	2	3	4	5

11. Bugüne kadar hastalık yaşantınızdan yakın çevrenize ne sıklıkla bahsettiniz?

Hiç Bahsetmedim	Nadiren	Bazen/Ara sıra	Sıklıkla	Çok sık bahsettim.
1	2	3	4	5

12. Hastalığınızla ilgili yaşadıklarınızı, duygu ve düşüncelerinizi yazıya döker misiniz? (Günlük tutmak, sosyal medyada paylaşım yapmak vb.)

Hiç dökmem.	Nadiren	Bazen/Ara sıra	Sıklıkla	Çok sık
1	2	3	4	5

13. Ailenizde sizin rahatsızlığınızdan olan biri var mı?

Evet ( ) Hayır ( )

14. Hastalığınızla ilgili olarak profesyonel bir yardım (psikoterapi, psikolojik danışma, psikiyatrik tedavi vb.) aldınız mı?

Evet ( ) Hayır ( )

15. Tanı almış psikiyatrik bir hastalığınız var mı?

Evet ( ) ise tanınız: ……..

Bununla ilgili ilaç tedavisi görüyor musunuz? Evet ( ) Hayır ( )

Hayır ( )

16. **Hastalık yaşantısı dışında yaşamınızın herhangi bir döneminde sizi derinden etkileyen, travmatik bir olay başınızdan geçti mi ya da böyle bir olaya tanık oldunuz mu? Birden fazla işaretleyebilirsiniz.**

Trafik Kazası ☐	Doğal afet (yangın, deprem vb) ☐	Bir çatışma/savaş alanında kalma ☐
Cinsel istismar/Şiddet ☐	Bir yakınınızın ciddi sağlık sorunu yaşaması ☐	Önemli bir yakınınızın ölümü ☐
Fiziksel istismar/şiddet ☐	Ciddi yaralanma yaşama/tanık olma ☐	Diğer ……

17. **Hastalığınızın ya da hastalığınızın tedavisinin, sizi hangi konuda/konularda engellediğini ya da zorladığını düşünüyorsunuz? Birden fazla işaretleyebilirsiniz.**

Beslenme ☐	Cinsellik ☐	Maddi durum ☐
Romantik İlişkiler ☐	Sosyal ilişkiler ☐	Toplumsal yaşama katılım ☐
Aile içi İlişkiler ☐	İş/okul yaşamı ☐	Boş zaman etkinlikleri (spor vb) ☐
Varsa Diğer: ……..		

***Hastalık deneyiminizle ilgili sizin eklemek istediğiniz, bu süreçte fark ettiğiniz ya da gelecek çalışmalarda araştırılmasını istediğiniz bir konu var mı?**

……

EK 3. TRAVMA SONRASI BÜYÜME ÖLÇEĞİ (TSBÖ)

Aşağıda, hastalık yaşantısının bir sonucu olarak ortaya çıkmış olabilecek değişiklikleri belirten ifadeler verilmiştir. Lütfen kendi hastalık sürecinizi düşünerek, bu değişiklikleri yaşamınızda ne dereceye kadar yaşadığınızı, verilen ölçek üzerinde işaretleyiniz.

	Yaşamadım	**Çok Az**	**Biraz Yaşadım**	**Orta Düzeyde yaşadım**	**Oldukça**	**Çok Fazla yaşadım**
1.Yaşamda neyin önemli olduğuna ilişkin önceliklerimi değiştirdim.	1	2	3	4	5	6
2. Hayatımın değerini şimdi daha çok takdir ediyorum.	1	2	3	4	5	6
3. Yeni ilgi alanları geliştirdim.	1	2	3	4	5	6
4. Kendime olan güvenim arttı.	1	2	3	4	5	6
5. Manevi konuları artık daha iyi anlıyorum.	1	2	3	4	5	6
6. Zor anlarda insanlara güvenebileceğimi artık daha iyi biliyorum.	1	2	3	4	5	6
7. Hayatıma yeni bir yön verdim.	1	2	3	4	5	6
8.Başkalarına daha fazla yakınlık hissediyorum.	1	2	3	4	5	6
9.Duygularımı ifade etmekte artık daha fazla istekliyim.	1	2	3	4	5	6
10. Zorluklarla başa çıkabileceğimi artık daha iyi biliyorum.	1	2	3	4	5	6
11.Hayatımla ilgili daha iyi şeyler yapabilirim.	1	2	3	4	5	6
12. Artık olayları olduğu şekliyle daha kolay kabul edebiliyorum.	1	2	3	4	5	6
13.Her günün değerini artık daha iyi takdir edebiliyorum.	1	2	3	4	5	6
14.Başka zaman karşılaşamayacağım yeni fırsatlar doğdu.	1	2	3	4	5	6
15. Artık başkalarına karşı daha şefkatliyim.	1	2	3	4	5	6
16. İlişkilerim için artık daha çok çaba harcıyorum.	1	2	3	4	5	6
17. Değişmesi gereken şeyleri değiştirmek için artık daha çok çaba harcıyorum.	1	2	3	4	5	6
18. Daha inanç sahibi biri oldum.	1	2	3	4	5	6
19. Zannettiğimden daha güçlü olduğumu keşfettim	1	2	3	4	5	6
20.İnsanların ne kadar harika olduklarıyla ilgili çok şey öğrendim.	1	2	3	4	5	6
21. Başkalarına ihtiyaç duyabileceğimi artık daha iyi kabulleniyorum.	1	2	3	4	5	6

EK 4. OLAY İLİŞKİLİ RUMİNASYON ENVANTERİ (OIRE)

Lütfen hastalık tanısı alma ve sonrasındaki yaşantınızı düşünün.

Benzer bir yaşantıdan sonra, her zaman olmasa da, bazen insanlar, **bu deneyim hakkında düşünmeye çalışmamalarına rağmen** kendilerini onunla ilgili düşünceler içinde bulurlar.

Aşağıda yer alan maddeleri **hastalık tanısı almanızın hemen ardındaki dönemde** ne sıklıkla yaşadığınızı belirtin.

0 1 2 3

Hiç olmadı /Asla Nadiren Bazen Sık sık / Sıklıkla

İstemediğim hâlde olayı düşündüm.	**0**	**1**	**2**	**3**
Olayla ilgili düşünceler aklıma geldi ve onlar hakkında düşünmeden duramadım.	**0**	**1**	**2**	**3**
Olayla ilgili düşünceler dikkatimi dağıttı ya da beni odaklanmaktan alıkoydu.	**0**	**1**	**2**	**3**
Olayla ilgili görüntü ya da düşüncelerin zihnime girmesine engel olamadım.	**0**	**1**	**2**	**3**
Olaya ait düşünceler, anılar ya da görüntüler istemesem de aklıma geldi.	**0**	**1**	**2**	**3**
Olayla ilgili düşünceler deneyimimi yeniden yaşamama neden oldu.	**0**	**1**	**2**	**3**
Olayı hatırlatan şeyler, yaşadığım deneyimle ilgili düşünceleri geri getirdi.	**0**	**1**	**2**	**3**
Kendimi otomatik olarak başıma gelenleri düşünürken buldum.	**0**	**1**	**2**	**3**
Diğer şeyler beni, yaşadığım deneyimle ilgili düşünmeye yönlendirip durdu.	**0**	**1**	**2**	**3**
Olayla ilgili düşünmemeye çalıştım ama düşünceleri aklımdan çıkaramadım.	**0**	**1**	**2**	**3**

Belirttiğinize benzer bir yaşantıdan sonra, her zaman olmasa da, bazen insanlar, **özellikle ve kasıtlı** olarak bu deneyim hakkında düşünerek vakit geçirirler.

Aşağıda yer alan maddelerin belirttiği konuları, **hastalık tanısı almanızın hemen ardındaki dönemde,** ÖZELLİKLE düşünmek için ne sıklıkla vakit geçirdiğinizi belirtin.

0 1 2 3

Hiç olmadı /Asla Nadiren Bazen Sık sık / Sıklıkla

Yaşadığım deneyimden anlam bulup bulamayacağımla ilgili düşündüm.	**0**	**1**	**2**	**3**
Yaşamımdaki değişikliklerin deneyimimle uğraşmaktan kaynaklanıp kaynaklanmadığını düşündüm.	**0**	**1**	**2**	**3**
Kendimi, yaşadığım deneyimle ilgili duygularım hakkında düşünmeye zorladım.	**0**	**1**	**2**	**3**
Yaşadığım deneyimin sonucunda bir şey öğrenip öğrenmediğimle ilgili düşündüm.	**0**	**1**	**2**	**3**
Bu deneyimin dünya ile ilgili inançlarımı değiştirip değiştirmediği hakkında düşündüm.	**0**	**1**	**2**	**3**
Bu deneyimin geleceğim için ne anlama gelebileceği hakkında düşündüm.	**0**	**1**	**2**	**3**
Diğerleri ile olan ilişkilerimin, yaşadığım deneyimin ardından değişip değişmediği hakkında düşündüm.	**0**	**1**	**2**	**3**
Kendimi olayla ilgili duygularımla baş etmeye zorladım.	**0**	**1**	**2**	**3**
Olayın beni nasıl etkilemiş olduğu hakkında özellikle düşündüm.	**0**	**1**	**2**	**3**
Olay hakkında düşündüm ve ne olduğunu anlamaya çalıştım.	**0**	**1**	**2**	**3**

EK 5. OLAYLARIN MERKEZİLİĞİ ÖLÇEĞİ (OMÖ)

Lütfen tanı aldığınız tarihten itibaren hastalık sürecinizi tekrar düşünün.

Aşağıdaki maddelerin her birine ne kadar katıldığınızı maddenin hemen yanında 1'den 5'e kadar sıralanan numaralardan birini daire içine alarak belirtin.

1	2	3	4	5
Kesinlikle Katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**

1. Bu hastalığın kimliğimin bir parçası haline geldiğini hissediyorum.	1	2	3	4	5
2. Bu hastalık, kendimi ve dünyayı anlamamda bir rehber, bir referans noktası haline geldi.	1	2	3	4	5
3. Bu hastalığın, hayat hikâyemin ana unsurlarından biri haline geldiğini hissediyorum.	1	2	3	4	5
4. Bu hastalık, benim başka yaşantılara dair hislerimi ve düşüncelerimi etkiledi.	1	2	3	4	5
5. Bu hastalık, hayatımı kalıcı olarak değiştirdi.	1	2	3	4	5
6. Bu hastalığın geleceğim üzerindeki etkilerini sık sık düşünürüm.	1	2	3	4	5
7. Bu hastalık tanısını almak, hayatımda bir dönüm noktasıydı.	1	2	3	4	5

EK 6. UZAMIŞ YAS BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ-HASTA FORMU (UYB-H)

BÖLÜM I: Lütfen aşağıdaki her bir madde için size en uygun olan seçeneği işaretleyin.

	Hiç	En az bir kere	En az haftada bir kere	En az günde bir kere	Günde birçok kere
1. Geçtiğimiz ay içerisinde, yeniden sağlıklı olabilmenin özlemini ve hasretini ne sıklıkla duydunuz?	1	2	3	4	5
2. Geçtiğimiz ay içerisinde, hastalığınızla ilgili olarak ne sıklıkla duygusal ızdırap, yoğun üzüntü ya da keder hissettiniz?	1	2	3	4	5
3. Geçtiğimiz ay içerisinde, size hastalığınızı hatırlatan şeylerden ne sıklıkla kaçınmaya çalıştınız?	1	2	3	4	5
4. Geçtiğimiz ay içerisinde, ne sıklıkla hastalığınız nedeniyle afallamış, hayrete düşmüş ya da şaşkına dönmüş hissettiniz?	1	2	3	4	5

BÖLÜM II: Aşağıdaki maddeleri <u>şu anda</u> kendinizi nasıl hissettiğinizi göz önünde bulundurarak yanıtlayınız.

	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Oldukça çok
5. Yaşamdaki rolünüzle ilgili kafa karışıklığı ya da benlik duygunuzda azalma (bir parçanızın öldüğü hissi gibi) hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
6. Hastalığınızı kabullenmekle ilgili güçlük çekiyor musunuz?	1	2	3	4	5
7. Hastalığınızı öğrendiğinizden bu yana başkalarına güvenmek sizin için zor oldu mu?	1	2	3	4	5
8. Hastalığınız nedeniyle buruk hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
9. Artık hayatınıza devam etmenin (örneğin, yeni arkadaşlar edinmek, yeni ilgi alanları oluşturmak vb.) sizin için zor olacağını hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
10. Hastalığınızı öğrendiğinizden bu yana duygusal olarak hissizleşmiş gibi hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
11. Hastalığınızı öğrendiğinizden bu yana hayatın doyum vermediğini, boş ya da anlamsız olduğunu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
12. Sosyal, mesleki ya da diğer önemli alanlardaki (aile yaşamı gibi) işlevselliğinizde önemli bir azalma olduğunu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5

EK 7. DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ ÖLÇEĞİ-KISA FORM (DDGÖ-16)

Aşağıdaki ifadelerin size ne sıklıkla uyduğunu, her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir ifadenin yanındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek seçeneği işaretleyerek gösteriniz.

	Hemen hemen hiç (% 0-% 10	**Bazen (% 11-% 35)**	**Yaklaşık Yarı yarıya (% 36-% 65)**	**Çoğu zaman (% 66-% 90)**	**Hemen hemen her zaman (% 91-% 100)**
1. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
2. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.	1	2	3	4	5
3. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
4. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.	1	2	3	4	5
5. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağına inanırım.	1	2	3	4	5
6. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.	1	2	3	4	5
7. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
8. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım korkusu yaşarım.	1	2	3	4	5
9. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.	1	2	3	4	5
10. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.	1	2	3	4	5
11. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
12. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
13. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.	1	2	3	4	5
14. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.	1	2	3	4	5
15. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
16. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.	1	2	3	4	5

EK 8. YAŞAMIN ANLAMI ANKETİ (YAA)

Lütfen bir dakikanızı ayırarak, **yaşamınızı neyin anlamlı kıldığını ve size önemli hissettirdiğini düşünün**.
Lütfen aşağıdaki soruları, derecelendirmeyi kullanarak olabildiğince içten ve doğru bir şekilde yanıtlayın ve bu soruların çok öznel olduğunu, doğru ya da yanlış cevaplarının olmadığını unutmayın.

(1) Kesinlikle doğru değil

(2) Çoğunlukla doğru değil

(3) Kısmen doğru değil

(4) Doğru ya da yanlış olduğu söylenemez

(5) Kısmen doğru

(6) Çoğunlukla doğru

(7) Kesinlikle doğru

1. Yaşamımın anlamını biliyorum.	1	2	3	4	5	6	7
2. Yaşamımın anlamlı olduğunu hissettirecek bir şey arıyorum.	1	2	3	4	5	6	7
3. Her zaman yaşamımın amacını arıyorum.	1	2	3	4	5	6	7
4. Yaşamımın açık bir amacı var.	1	2	3	4	5	6	7
5. Yaşamımı neyin anlamlı kıldığını iyi biliyorum.	1	2	3	4	5	6	7
6. Doyurucu bir yaşam amacı keşfettim.	1	2	3	4	5	6	7
7. Her zaman yaşamımın önemli olduğunu hissettirecek bir şey arıyorum.	1	2	3	4	5	6	7
8. Yaşamım için bir amaç veya misyon arıyorum.	1	2	3	4	5	6	7
9. Yaşamımın açık bir amacı yok.	1	2	3	4	5	6	7
10. Yaşamımın anlamını arıyorum.	1	2	3	4	5	6	7

EK 9. KATILIMCILARIN KRONİK HASTALIK TANILARINA İLİŞKİN AÇIKLAMALAR

Solunum Yolu Hastalıkları

Astım: Astım, solunum yollarını tıkayan ve nefes almayı zorlaştıran kronik bir hastalıktır. Astımlı hastalarda bronşlarda mikrobik olmayan iltihap vardır. Astımda, hava yolu etrafındaki düz kaslar, alerjenler, duman, soğuk hava veya egzersiz gibi tetikleyicilere yanıt olarak kasılır ve mukus adı verilen yapışkan salgının üretimi artar; bu durum hava yolunun daralmasına neden olur. Çeşitli tetikleyicilere yanıt olarak gelişen astım atakları hırıltıya, nefes darlığına ve öksürüğe neden olabilir. Kontrol altında tutulmazsa yaşam kalitesini oldukça düşürebilen bir hastalıktır. Astım alerjiye bağlı olabileceği gibi alerjiden bağımsız gelişebilir.

KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı): Akciğerlerde bulunan ve bronş adı verilen hava keseciklerinin tıkanması sonucu; solunum güçlüğü, öksürük ve nefes darlığı gibi şikayetlere yol açan kronik bir hastalıktır. Basitçe solunumla akciğerlere alınan hava alveollere iletilemez ve akciğerde kısıtlanarak kalır. Dünya çapındaki en yaygın hastalıklardan biridir ve en önemli nedeni olarak sigara içiciliği gösterilmektedir. KOAH kalıcı akciğer hasarı oluşuncaya dek genellikle belirtilere sebep olmaz. Ancak, belirtiler ortaya çıktıktan sonra, hastalığa neden olan sigara gibi faktörler ortadan kaldırılmazsa, zaman içerisinde sürekli olarak kötüleşir. Hastalıkla oluşan akciğer hasarı bir defa meydana geldikten sonra iyileştirilebilir veya geri döndürülebilir değildir. Fakat yapılan tedaviler, hastalığın belirtileri hafifletilebilir, hastalığa bağlı komplikasyonlar ortadan kaldırılabilir veya hızlı seyreden hastalığın yavaşlamasına yardımcı olabilir.

Alerjik Astım: Astım hava yollarının kronik inflamasyonudur. Tıpkı polen alerjisinde olduğu gibi vücuttaki antikorlar solunum yollarına giren alerjenlere karşı savaş açarlar. Bunun sonunda tıpkı bir akciğer enfeksiyonu gibi öksürük, hırıltı, nefes darlığı oluşur. Astım hafiften ağıra değişik şiddetlerde olabilir. Alerjisi olan bireylerde solunum yollarını ve nefes almayı etkileyen bir bağışıklık sistemi reaksiyonu olan astım gelişmesi ihtimali daha olasıdır. Birçok vakada astım, ortamdaki bir alerjene maruz kalmakla tetiklenir ve buna alerjiye bağlı astım ya da alerjik astım denilir.

Endokrinolojik Hastalıklar

Diyabet: Halk arasında genel olarak şeker hastalığı olarak ifade edilen Diyabet hastalığı, kanda glikoz (şeker) seviyesinin normalin üzerine çıkması, buna bağlı olarak normalde şeker içermemesi gereken idrarda şekere rastlanmasıdır. Diyabet hastalığının farklı türevleri bulunmaktadır. Tip 1 Diyabet ve Tip 2 Diyabet. Tip 1 Diyabet, (İnsüline bağımlı diyabet): genellikle çocukluk döneminde ortaya çıkan, pankreasta insülin üretiminin yetersiz olması veya hiç olmaması kaynaklı ve dışarıdan insülin alımının zorunlu olduğu diyabet hastalığı türüdür. Tip 2 Diyabet ise erişkinlikte hücrelerin kan şekerini düzenleyen insülin hormonuna karşı duyarsızlaşması sonucunda görülen diyabet hastalığı türüdür. Diyabet hastalığında dikkat edilmesi gerekenlere ve önerilen tedavi ilkelerine uyulmadığı durumlarda kan şekerinin yüksek seviyelerde seyretmesi

nöropati (sinir harabiyeti), nefropati (böbreklerde hasar oluşumu) ve retinopati (göz retinasında hasar oluşumu) gibi kalıcı hasarlara yol açabilir.

Haşimato Tiroidi: Otoimmün ya da kronik lenfosistik tiriodit olarak da adlandırılan ve bağışıklık sisteminin bozukluğundan kaynaklanan bir endokrin sistem hastalığı olan haşimato tiroidi, tiroit bezinin iltihaplı hastalıklarının yani tirioditlerin en sık görülen çeşididir. Vücudun normal şartlar altında vücuda yabancı maddelere karşı ürettiği antikorlar, bağışıklık sistemi ile beraber tiroid hücrelerine saldırarak tiroid bezinin iltihaplanmasına yani zarar görmesine yol açar. Böylece tiroid bezi işlevini yerine getiremez ve zamanla salgıladığı hormon düzeyi düşer. Haşimato tiroidi, hipotiroidi ve nodül oluşumu riskini artırır. Hastalık genetik geçişlidir ve çoğunlukla kadınlarda görülür. İştah ve kilo artışı, halsizlik, yorgunluk, depresif duygu durum, menstruasyon (adet) düzensizliği en sık görülen belirtilerdir. Hastalık erken tespit edilerek tiroit hormon düzeyinin yakın takibi ve tedavisiyle hastalarda Haşimato tiroidine bağlı rahatsızlıklar en aza indirilebilmektedir.

Hipotiroidi: Hipotiroidi, tiroid bezinin vücut için yeterli miktarda tiroid hormonu üretemediği bir sağlık sorunudur. Tiroid bezleri, boynun arka tarafında yer alan, metabolizmanın ve organların işleyişini yöneten hormonları salgılar. Dolayısıyla vücut için çok önemli görevleri vardır. Bu bezlerin büyümesi ya da işlevini yeteri şekilde yerine getirememesi nedeniyle hormonlar az ya da aşırı salgılanır. Bu da vücudun tüm işleyişinde sorunlara neden olur. Çoğu olgunun nedeni bağışıklık sisteminin tiroid bezine saldırdığı otoimmün bir durumdur. Hastalığa yol açan diğer nedenler ise iyot alımında yetersizlik ya da tiroid kanseri için uygulanan bazı tedavilerde ortaya çıkan tiroid hasarıdır. Tiroid hormon eksikliğinde yaygın olarak görülen belirtiler tiroid bezinde büyüme, yorgunluk, kilo alımı ve depresyondur.

Hipertiroid: Hipertiroidi, tiroid bezinin aşırı çalışmasına bağlı olarak gelişen ve kan dolaşımına çok fazla tiroid hormonu (TSH) salgılanmasıyla oluşan bir hastalıktır. Hipertiroidi durumunda tiroid hormonlarının aşırı salgılanması, vücudun metabolizmasının hızlı çalışmasına ve aşırı aktif olmasına neden olur. Bu da hızlı kilo kaybı, fazla terleme, kalp çarpıntısı gibi belirtilere yol açar. Hastalığa yol açan nedenler arasında Graves hastalığı, toksik nodüler guatr ve tiroidit gösterilmektedir. Graves hastalığında, bağışıklık sistemi kendine reaksiyon gösterir ve bu nedenle tiroid bezi fazla çalışarak aşırı hormon salgılar, metabolizma hızlanır, hasta kilo alamaz hale gelir. Bu durum giderek yaşamı tehdit eden ciddi bir rahatsızlığa dönüşür.

Nörolojik Hastalıklar

Epilepsi: Epilepsi ya da sara, beyin içinde bulunan sinir hücrelerinin olağan dışı bir elektro-kimyasal boşalma yapması sonucu ortaya çıkan sinirsel bozukluktur. Beynin normal faaliyetlerini sürdürmesini sağlayan elektriğin, aşırı ve kontrolsüz yayılımı sonucu oluşur. Sıklıkla geçici bilinç kaybına neden olur. En bilinen şekliyle epilepsi nöbetleri ile kendini belli eder. Epilepsi nöbetleri, ani şekilde ortaya çıkar ve beynin tümüne ya da belirli bir bölümüne yayılır. Bazı epilepsi nöbetinde bilinç kaybı, kontrolsüz vücut hareketleri olabileceği gibi, bazı nöbetlerde belirtiler silik hissedilir. Bazı epilepsi nöbetleri; uyuşukluk, hantal davranışlar, garip tat ve kokular alma, bozulan zaman ve mekan duygusu, az konuşma ve çok yavaş hareket etme şeklinde de

ortaya çıkabilir. Çoğu zaman, hastalar meydana gelen nöbetin sadece kısmen farkındadır. Çoğu nöbet 30 saniye-2 dakika arasında sürer. Beş dakikadan uzun süren bir nöbet varsa acil tıbbi yardım alınması gerekir. Genetik etkenler hastalığın ortaya çıkmasında rol oynarken, beyin travmaları, tümörler gibi beyinde hasara neden olacak durumlar da bu hastalığa yol açabilir.

Multipl Skleroz (MS): Etkisini merkezi sinir sisteminde gösteren ve ataklarla kendini belli eden kronik sinir sistemi hastalığıdır. Hastalığın adı beynin birden çok yerinde görülmesinden dolayı çoklu yani multiple, hasar gören dokularında sertleşmesinden dolayı sklerozdan gelmektedir. MS hastalarında akson ve miyelin tabakası beynin farklı yerlerinde hasar görebilir ve sinirsel uyarıları düzgün iletemez. Sinir sisteminde meydana gelen hasara bağlı olarak duyularda, konuşmada, görmede, dengede ve yürümede sorunlar meydana gelebilir, bunlara MS atakları denir. Hastalık her kişide farklı olarak seyreder. Hastaların hepsinde sinirler zarar görür ancak ortaya çıkan belirtiler farklı olabilir. MS belirtileri, rahatsızlığın erken evrelerinde geçici ataklar şeklinde ortaya çıkarken, tedavide geç kalındığında ilerleyen yıllarda görme kaybı, denge ya da yürüme bozukluğu ve peltek konuşma gibi bazı belirtiler kalıcı olarak yerleşebilir. MS'de nörolojik muayene, elektrofizyolojik (sinir iletimini ölçen testler), beyin omurilik sıvısı incelemesi ve MR yardımı ile tanı konur. Hastalık daha çok 20 ila 40 yaşlar arasındaki yetişkinlerde görülmektedir. İlaçlar, fizik tedavi ve diğer yöntemlerle ataklar önlenebilmekte, sayısı ve şiddeti azaltılabilmektedir.

Migren: Migren, çoğunlukla otonom sinir sisteminde görülen birkaç belirtiyle bağlantılı olan tekrarlayıcı orta şiddette ve şiddetli baş ağrısı ile karakterize kronik bir nörolojik rahatsızlıktır. Hastanın günlük yaşamını etkileyen, günlük aktivitelerini kısıtlayan kuvvetli bir baş ağrısına çoğu zaman ışığa ve sese hassasiyet, bulantı ve kusma gibi belirtiler de eşlik eder. Migren atakları kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Aralıklarla yaşanan migren atakları "episodik migren" olarak adlandırılırken, son üç aylık süre içinde ayda on beş gün ve üzerindeki ataklara "kronik migren" denmektedir. Kronik migrene genellikle kaygı bozuklukları, depresyon ve uyku sorunları eşlik eder. Migrenin pek çok türü vardır. Aurasız migren ya da "yaygın migren"; auranın eşlik etmediği migren baş ağrılarını içerir. Birçok migren atağı "aurasız migren" türü olarak görülür. Auralı migren ya da "klasik migren"de ise hastalar, baş ağrısı atakları başlamadan önce 5 dakika ile 60 dakika arasında değişen "aura" atakları yaşayabilir. Aura atakları geçici olarak yaşanan nörolojik bir bozukluktur ve hastalar bu durumdan hem görsel hem duyusal (kelimeleri bulamama, uyuşma veya karıncalanma gibi) olarak etkilenir. En sık yaşanan görsel aurada, hastalar atak öncesinde parlak ışık çakmaları veya görme alanında sorunlarla karşılaşabilir.

Romatolojik Hastalıklar

Ailevi Akdeniz Ateşi (Familial Mediterranean Fever; FMF): Tekrarlayan yüksek ateş ile karında, göğüste ve eklemlerdeki ağrı atakları ile seyreden kalıtsal bir hastalıktır. Hastalık çekinik genler yoluyla taşınır. Hastalık, MEFV genindeki mutasyonlar sonucu vücudun inflamasyon yanıtının bozulmasıdır. Kısaca kalıtsal gen mutasyonu nedeniyle sebebi olmayan iltihabi durum oluşur ve bağışıklık sistemi bununla baş edemez. Ayrıca hastalıkla birlikte görülen Amiloidoz, proteinin dokuların dışında birikmesine yol açarak organlarda hasara neden olabilir. Belirtiler çoğunlukla çocukluk döneminde

ortaya çıkar ve tanı da bu dönemde konulur. Atakların sıklığı değişken olup, atak aralarında hasta tamamen sağlıklıdır. Ataklar genellikle 12 saat-3 gün kadar sürer. Hastalığın kesin bir tedavisi bulunmasa da günümüzdeki tedaviler ile belirtiler hafifletilebilir, hastalar sağlıklı olarak hayatlarını sürdürebilir. Hastalık etnik olarak daha çok Türk, Arap, Yahudi, Ermeni, Yunan ve İtalyan halklarında görülür.

Ankilozan Spondilit: Toplumda bel ya da omurga romatizması olarak AS adı ile de bilinen hastalık omurga ve ilişkili eklemleri etkilemektedir. Kronik romatizmal bir hastalık olan ankilozan spondilit, omurganın ve kalça ile beli birleştiren sakroiliak eklemin iltihabı ile karakterizedir ve bağışıklık sisteminin aşırı şekilde çalışıp kendi dokularına saldırması sonucu meydana gelmektedir. Eklemlerde oluşan iltihaplanma tedavi edilmediğinde ve ilerlediğinde kireçlenme oluşabilmektedir. Kireçlenme eklem boşluğunu kapatarak eklemlerin kemiklerle bütünleşmesine ve bu durumda omurgada sertleşmeye ve hareket kayıplarına yol açmaktadır. Bu hastalıkta bel, sırt ve boyun omurgasında ve kaburgalarda tutulum da gelişebilmektedir. Omurgada iltihap kaynaklı kemikleşme durumunun gelişmesi öne doğru eğilmeye yani kifoza(kamburluk) neden olabilir. Göğüs kafesinde nefes alıp vermekle artan batıcı karakterde ağrılar, hareket kısıtlılıkları ve bazı kronik hastalarda akciğer kapasitesinde azalmalar görülebilmektedir. Bazı hastalarda ise üveit denilen göz iltihabı ya da bağırsakta iltihabi tutulumlar gelişebilir. Daha çok genç erkek ve kadınları etkileyen bu hastalıkta hastalık seyri ve şiddeti de kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Ankilozan spondilite bağlı ağrılar özellikle gece ve istirahat halindeyken oluşmaktadır.

Romatoid Artrit: İltihaplı Romatizma, tıbbi adıyla romatoid artrit (eklem romatizması), kronik bir inflamatuar bozukluktur. Romatoid artrit otoimmün sistemindeki bir bozukluktan kaynaklanır ve bireyin bağışıklık sisteminin yanlışlıkla vücudun kendi dokularına, özellikle eklem dokularına saldırması ile ortaya çıkar. Eklem hattı kalınlaşır ve eklemde ısı artışı, şişme ve ağrıya yol açabilir. Romatoid artrit vücuttaki pek çok eklemi etkiler, kıkırdak, kemik ve eklem yapılarına zarar verir. Bu bozukluk bazı bireylerde cilt, gözler, akciğerler, kalp ve kan damarları dahil olmak üzere çok çeşitli vücut sistemlerine de zarar verebilir. Modern ilaç türleri tedavi seçeneklerinin sonuçlarını önemli ölçüde iyileştirmiş olsa da, şiddetli romatoid artrit günümüzde hala hastalarda fiziksel engele neden olacak zararların ortaya çıkmasına neden olabilir.

Fibromiyalji: Fibromiyalji, genel kas ağrıları ve vücuttaki belirli noktalarda kronik ağrı ile karakterize bir yumuşak doku romatizmasıdır. Fibromiyalji, kaslarda ve kemiklerde görülen yaygın ağrı, hassasiyet alanları ve genel yorgunluk ile karakterize kronik bir rahatsızlıktır. Hastalığa yorgunluk, uykusuzluk, depresyon gibi çeşitli fiziksel ve psikolojik belirtiler de eşlik eder. Fibromiyalji bir artrit şekli olmasa da, lupus veya romatoid artrit gibi romatizmal bir hastalığa sahip olmak da hastalığa yakalanma riskini artırabilir. Üç ay veya daha uzun süredir devam eden ve tıbbi nedene dayanmayan yaygın ağrı şikâyeti olan hastalara fibromiyalji tanısı konur. Kadınlarda daha sık rastlanır.

Nefrolojik Hastalıklar

Kronik böbrek yetmezliği: Böbrek işlevlerinin büyük ölçüde islemez duruma gelmesi, böbrek yetmezliği olarak tanımlanmaktadır. Böbrek yetmezliği, böbreklerin kandaki atıkları yeterince filtreleme yeteneğini kaybettiğinde ortaya çıkar. Böbrek yetmezliği bir anda ortaya çıkabilen bir hastalık değil, kademeli olarak ilerleyen bir hastalıktır. Hastalığın başlangıcında böbrekler vücutta biriken sıvıyı dışarı atamaz ve bu böbreğin küçülmesine neden olur. Ayrıca kan basıncı düzenlenemeyeceğinden ve artacağından da böbrekler küçülebilir. Bu şekilde küçülmeye devam eden böbrekler zamanla bütün işlevlerini kaybeder. Kanda biriken atık maddeler tansiyonun yükselmesine neden olur. Bu durumdan kalp ve diğer organlar etkilenmeye başlar. Böbreğin işlevini yerine getirememesinden dolayı ortaya çıkan hastalıklar ve böbreğin işlevini yerine getirmesine engel olan hastalıklar bir döngü içerisinde vücudu olumsuz olarak etkiler. Bu nedenle böbrek yetmezliği hayati öneme sahip olan ve tedavisine vakit kaybetmeden başlanılması gereken bir hastalıktır.

Hematolojik Hastalıklar

Akdeniz Anemisi (Talasemi): Genellikle Akdeniz bölgesinde görülen ve genetik faktörlerle sonraki nesillere geçebilen bir tür kansızlık hastalığıdır. Talasemi hastalığında kırmızı kan hücrelerinde oksijeni taşıyan hemoglobin maddesinin yapımıyla ilgili genlerde bozukluk ya da yetersizlik vardır. Kanda kırmızı kan hücreleri içinde yer alan hemoglobin, dokular için gerekli olan oksijeni taşır. Hemoglobin yapımında yetersizlik ya da bozukluk halinde oksijen taşıma işi yeterince yapılamaz, doku ve organlarda oksijenin azalması sonucu solukluk, halsizlik, çabuk yorulma, çarpıntı, gelişme geriliği gibi şikayetler gelişir. Tüm dünyada önemli bir sağlık sorunu olan ve Türkiye'de de en sık görülen genetik hastalıklardan biri olan talasemi, tarama testleri ile saptanabilir. Bu nedenle önlenebilir bir hastalıktır. Hastalığın en ciddi formu olan **talasemi majör**, bebek 6 ayını doldurduktan sonra ortaya çıkar ve organların hasar görmesine yol açabilir. Hastalık, saptandığı andan itibaren kan nakilleri ile kontrol altına alınır. Günümüzde kök hücre nakli hastalığın kesin tedavisidir. Ancak organların hasar görmemiş olması kök hücrenin başarısında önemli rol oynar. Akdeniz Anemisi (Talasemi) taşıyıcısı olan kişilerde ise kansızlık dışında önemli bir bulguya rastlanmaz ve tedaviye gerek duyulmaz. Günümüzde talasemi kontrol altına alınabilmekte ve hastaların hayat kalitesi ve yaşam süresi artırılabilmektedir.

Gastroenterolojik Hastalıklar

Çölyak: Çölyak, bir tür ince bağırsak hastalığıdır. Basit bir tanımla buğday, arpa, çavdar gibi tahıllarda bulunan glüten adlı proteine karşı ince bağırsağın ömür boyu süren bir emilim bozukluğudur. Her yaşta görülebilir. Genetik bir hastalıktır, birinci derece yakınlarının çölyak hastalığına yakalanma olasılığı %10 civarındadır. Çölyak hastalığında gluten adlı proteine karşı vücudun geliştirdiği antikor, ince bağırsaklarda hasara ve çölyak hastalığının gelişimine neden olur. Çölyak hastalığında ince bağırsağın içindeki villus adı verilen, besin emiliminin sağlandığı parmaksı çıkıntılardan oluşan tabaka zarar görür. Bağırsak mukozasındaki bu değişiklikler besin maddelerinin sindirimini ve emilimini olumsuz etkiler. İleri yaşlarda hastalığın belirtileri daha geniş bir yelpazeye yayılır. Hastalığın tedavisi yoktur ve glüten içeren gıdalar kesildiğinde

bağırsaktaki zarar önlenir. Tanı ve tedavi geciktikçe yetersiz beslenme ve diğer komplikasyonların gelişme riski de artar.

Crohn: Temelde ağız, yutak, yemek borusu, mide, ince bağırsak, kalın bağırsak ve anüsten oluşan sindirim sistemi içerisinde herhangi bir bölgede yerleşim gösterebilen Crohn hastalığı, genel olarak ince bağırsak ve ince bağırsağın kalın bağırsak ile birleşim bölgelerinin çevresinde görülen iltihabi bir hastalıktır. Hastalık, tutulum yaptığı sindirim sistemi bölümlerinde kalınlaşma, ülser adı verilen yara oluşumları ve iltihaba neden olur. Crohn, sindirim sistemi hastalıkları arasında ciddi sorunlara yol açan ve yaşam kalitesini en olumsuz şekilde etkileyen hastalıklardan biridir, yaşam boyu tam olarak iyileşme göstermez ve çoğu zaman cerrahi müdahaleler gerektirir. Aynı zamanda hastalığın yol açtığı etkiler, birçok başka hastalığın oluşumuna da zemin hazırlayabilir. Hastalığın nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte genetik faktörler ve çevresel etmenlerin etkili olduğu öne sürülmektedir.

Dermatolojik Hastalıklar

Behçet hastalığı: Vücudun farklı yerlerindeki kan damarlarının iltihabına neden olan ve nadir görülen kronik bir hastalıktır. Behçet hastalığı vücudun otoimmün yani bağışıklık sistemindeki bir bozukluk nedeniyle enfeksiyon belirtileri göstermesi şeklinde gelişir. Otoimmün hastalıklarda kişinin bağışıklık sistemi kendi doku ve hücrelerine karşı antikor üretir ve bu durumun sonucunda bu vücut yapıları hasara uğrar. Behçet hastalığı en sık olarak kan damarlarını tutma eğilimindedir. Kan damarı tutulumu ile ağız çevresinde yaralar, ciltte döküntü ve diğer çeşitli belirtiler meydana gelir. Hastalık; tekrarlayan ağız ülserleri, genital ülserler ve göz ve cilt problemlerinin oluşması olarak ifade edilmiş olsa da ilerleyen zamanda kalp, damarlar, sindirim sistemi, akciğer, eklemler, böbrek ve sinir sisteminde de çeşitli sorunlara neden olabilir. Belirtilerin ciddiyeti bireyler arasında farklılık gösterir. Hastalık bazı dönemlerde remisyon dönemine girer ve hastalığa dair belirtilerde gerileme olur. Çeşitli yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç tedavisi sayesinde Behçet hastalığına bağlı oluşan belirtilerin kontrol altına alınması sağlanabilir.

Kardiyolojik Hastalıklar

Hipertansiyon: Hipertansiyon, kalpten vücuda taşınan kanın atardamar duvarlarına uyguladığı kuvvetin, kalp hastalığı gibi sağlık sorunlarına neden olabilecek kadar yüksek olduğu yaygın bir tıbbi duruma verilen isimdir. Hipertansiyon aynı zamanda yüksek tansiyon adıyla da bilinir. Tansiyon, yani damar çeperlerine uygulanan kan basıncı, hem bireyin kalbinin pompaladığı kan miktarına hem de atardamarlar veya toplardamarlardaki kan akışına karşı gösterilen direnç miktarına göre belirlenir. Hipertansiyon hastalarında kan damarlarındaki basıncın değeri normalin (sistolik değer 12, diyastolik değer 8) üzerinde seyreder. Herhangi bir belirti olmasa bile, hipertansiyon kan damarlarında ve kalpte tespit edilebilir hasar oluşturmaya devam eder. Kontrolsüz hipertansiyon, kalp krizi ve felç gibi ciddi sağlık sorunlarının ortaya çıkma riskini artırır. Hipertansiyon nedeniyle damarların duvarlarında oluşan aşırı basınç, organların yanı sıra kan damarlarına da zarar verebilir. Tansiyonun değeri ne kadar yükselirse ve durum ne kadar uzun süre devam ederse, hasar o kadar büyük olur.

Koroner arter: Koroner arter hastalığı en sık görülen kalp hastalığıdır. Koroner (kalbi besleyen) damarları tıkayan problemlerden kaynaklanan hastalıklara 'koroner damar hastalığı' adı verilir. Halk arasında 'damar sertliği' adı verilen birtakım plaklar, bu damarlarda kanın akımını engelleyebilir. Sonucunda ilgili kalp dokusu kanlanamaz, oksijen ihtiyacını karşılayamayarak iskemik hale gelir. Kişide çabuk yorulma ile ortaya çıkan göğüs ağrısı görülür. Damarın tamamen tıkanması ise yaşamı tehdit eden ve ölümle sonuçlanabilen 'kalp krizi'ne neden olur.

Kalp aritmisi: Aritmi; kalp atımının ritminde ve sayısında meydana gelen anormal değişimlerdir. Ritm bozukluğu sırasında kalp çok hızlı atabilir (taşikardi), çok yavaş atabilir (bradikardi) veya düzensiz atabilir. Çoğu aritmi zararsız olmakla birlikte bazıları hayatı tehdit edecek düzeyde ciddi olabilir. Ritm bozukluğu sırasında kalp vücuda yeterli kanı gönderemediğinde kişide nefes darlığı, baygınlık, bayılma bazen de ani ölüm meydana gelebilir.

Göz Hastalıkları

Glokom: "Göz Tansiyonu" veya halk arasında "Karasu Hastalığı" olarak adlandırılan glokom, göz içi basıncının yükselmesi sonucu oluşan göz siniri harabiyeti şeklinde tanımlanır. Sık gözlenen, erken tanınıp tedavi edilmediği durumda kalıcı görme kaybına yol açan bir göz hastalığıdır. Glokom hastalığı tanısı konulduktan sonra oluşan hasarlar geri döndürülemez. Bunun nedeni vücutta en gelişmiş doku olan sinir dokusunun kendi kendini yenileme kabiliyetinin olmamasıdır. Ancak tedavinin amacı; mevcut hasarın üzerine ek hasar gelişiminin ve görme kaybının daha da artmasını engellemektir.

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

Meniere: Meniere hastalığı, iç kulaktaki endolenf isimli sıvının miktarındaki artış nedeniyle ortaya çıkan bir iç kulak hastalığıdır. Hastalık, iç kulakta bulunan denge organının etkilenmesi sonucu ortaya çıkar. Meniere hastalığında görülen üç ana belirti; beklenmedik ani vertigo atakları, kulak çınlaması ve işitmede azalmadır. En sık olarak 40 ila 60 yaşları arasındaki kadınlarda görülen hastalık yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Meniere hastalığının en zor problemleri öngörülemeyen vertigo atakları ve kalıcı işitme kaybı olasılığıdır. Meniere hastalığı tam olarak tedavi edilemez, ancak çeşitli tedaviler belirtileri hafifletmeye ve bireyin yaşamı üzerindeki uzun vadeli etkiyi en aza indirmeye yardımcı olabilir.

Kronik Farenjit: Boğaz bölgesi veya yutak bölgesinin tahriş olmasıyla rahatsızlık yaratan farenjit, akut ve kronik farenjit olarak olmak üzere iki gruba ayrılır. Kronik farenjit genellikle kişinin yaşam tarzı ve alışkanlıkları sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır. Nadiren kişinin sahip olduğu başka kronik hastalıklar, kronik farenjite sebep olabilir. Reflü gibi boğazı tahriş edebilen hastalıklar ve bazı romatizmal hastalıklar da kronik farenjit sebepleri arasında sayılır. Kronik farenjitin en önemli özelliği, hastalığın sürekli ve tekrar eden bir şekilde kendini göstermesidir. Boğazda sürekli rahatsızlık hissi, kuru öksürük ve iltihap, kronik farenjit hastalarının en belirgin şikayetleridir. Kronik farenjit çok önemli bir hastalık gibi görülmese de vücudun çalışma sistemini etkileyen ve tedavisi zor olan hastalıklar arasındadır.

EK 10. ETİK KURUL İZNİ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ALT ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi : **04/11/2019**
Toplantı Sayısı : **13**
Karar Sayısı : **390**

390- Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı doktora öğrencisi **Merve Cesur Atintaş**'ın "Kronik Hastalıklarda Travmaya Bağlı Büyüme: Olayın Merkeziliği, Ruminasyon, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Yas ve Yaşamın Anlamı Açısından Bir İnceleme" başlıklı tezi ile ilgili 24/06/2019 tarih ve 8/242 sayılı karar doğrultusunda yaptığı düzeltmeler Kurulumuzca incelendi.

Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı doktora öğrencisi **Merve Cesur Atintaş**'ın "Kronik Hastalıklarda Travmaya Bağlı Büyüme: Olayın Merkeziliği, Ruminasyon, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Yas ve Yaşamın Anlamı Açısından Bir İnceleme" başlıklı tezinin, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR
04/11/2019