T.C.

İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

MEME KANSERİ HASTALARINDA DEPRESİF BELİRTİLER İLE ERKEN DÖNEM UYUM BOZUCU ŞEMALARIN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan

Ebru ÖZER

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Tuncay BARUT

İSTANBUL-2018

TEZ TANITIM FORMU

YAZAR ADI SOYADI	:	Ebru ÖZER
TEZİN DİLİ	:	Türkçe
TEZİN ADI	:	Meme Kanseri Hastalarında Depresif Belirtiler İle Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların İlişkisinin İncelenmesi
ENSTİTÜ	:	İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
ANABİLİM DALI	:	Psikoloji
TEZİN TÜRÜ	:	Yüksek Lisans
TEZİN TARİHİ	:	01.08.2018
SAYFA SAYISI	:	109
TEZ DANIŞMANLARI	:	Dr. Öğr. Üyesi Tuncay BARUT
DİZİN TERİMLERİ	:	Meme Kanseri, Depresif Belirtiler, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar
TÜRKÇE ÖZET	:	Bu çalışmanın amacı meme kanseri hastalarında depresif belirtiler ile erken dönem uyum bozucu şemaların ilişkisinin incelenmesidir. Bununla beraber sosyo-demografik bazı özelliklerin meme kanseri, depresif belirtiler ve erken dönem uyumsuz şemalar ile ilişkili olup olmadığının araştırılması da amaçlanmaktadır.
DAĞITIM LİSTESİ	:	1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsüne 2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

Ebru ÖZER

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

MEME KANSERİ HASTALARINDA DEPRESİF BELİRTİLER İLE ERKEN DÖNEM UYUM BOZUCU ŞEMALARIN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Ebru ÖZER

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Tuncay BARUT

İSTANBUL-2018

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının ederlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Ebru Özer

./ ./2018

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Ebru ÖZER' in "meme kanseri hasatalarında depresif belirtiler ile erken dönem uyum bozucu şemaların ilişkisinin incelenmesi" adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji anabilim dalı KLİNİK PSİKOLOJİ bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan _____
Dr. Öğr. Üyesi Tuncay BARUT
(Danışman)

Üye _____
Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL

Üye _____
Dr. Öğr. Üyesi Hasan SEZEROĞLU

ONAY
Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.
... /... / 2018

Prof. Dr. Nezir KÖSE
Enstitü Müdürü

ÖZET

Giriş: Meme kanseri tanısı almış bir kadın kendisini duruma bağlı; yaşa, etnik gruba veya hastalığın evresine bakmaksızın, her hasta için evrensel bir tepki olan kriz dönemi içinde bulabilir. Bu süreç hastalar için farklı yoğunlukta olabilir. Bireyin bu tanıyı almasıyla psikolojik açıdanda bir düşüş yaşaması, depresyona girmesi söz konusu olabilir. Depresyon kavramı Türkçe'ye çöküntü,çökkünlük olarak dönüştürülmüştür. Depresyon; bedensel, toplumsal, ruhsal bulgu ve şikayet etmelerin acıyla eş doğrultuda yükseldiği bir duygu durumdur. Depresyon, duygusal durumu ifade etme ve normal duygu-durumdaki sapma(mood) olarak iki farklı manada düşünülebilir. Fizyolojik sorunların olduğu depresyon, sebepleri biyo-psiko-sosyal olan bir duygu durum bozukluğudur. Kişinin şemalarıda bu dönemde tetiklenebilir ve psikolojik durumuna etki edebilir. Şema modeli, ruhsal bozuklukların temelinde erken dönem uyumsuz şemaların yattığını ve kişilik patolojileri ile duygu durum bozukluklarında rol oynadığın belirtmektedir.

Amaç: Yaptığımız araştırmanın amacı meme kanseri hastalarında depresif belirtilerile erken dönem uyum bozucu şemaların ilişkisinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini Denizli'de bulunan bir özel hastanesinin onkoloji bölümüne gelenhastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise meme kanseri tanısı olan 100 kadın bireyden oluşmaktadır. Araştırmamızda kişisel bilgi formu, Beck depresyon ölçeği ve Young şema ölçeği kullanılmıştır. Veri toplama araçları ile elde edilen veriler bilgisayar ortamına sayısal ifade olarak girilmiş ve bu veriler sosyal bilimler için istatistik paket programı (spss 18) kullanılarak istatistiksel sonuçlara dönüştürülmüştür.

Bulgular: Yapılan araştırmada, depresyon düzeyleri puanları artıkça başarısızlık, karamsarlık sosyal izolasyon, iç içe geçme/ gelişmemiş benlik, kendini feda, terk edilme/istikrarsızlık, kusurluluk/utanç zarar verme veya hastalanmaya karşı dayanıksızlık alt boyutundan aldıkları puanlar artmaktadır.Protez kullananlar kullanmayanlara göre yetersiz özdenetim/öz disiplin şeması daha güçlü bulunmuştur.Örneklem grubun meme protezi kullanma hakkındaki düşünceye göre İç içe geçme/Gelişmemiş Benlik alt boyutu anlamlı farklılık bulunmaktadır. İsteyen özgüveni artırır kullanmalı iç içe geçme/gelişmemiş benlik puanı en yüksektir. Meme dokusu alınanlarda cezalandırıcılık ve kendini feda alt boyutundan meme dokusu alınmayanlara göre anlamlı olarak yüksek puana sahipken Meme dokusu

alınmayanlarda ise yüksek standartlar meme dokusu alınanlara göre anlamlı olarak yüksek puana sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Meme Kanseri, Depresif Bozukluk, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Duygusal Yoksunluk Şeması, Kendini Feda Şeması

ABSTRACT

Introduction: A woman with a breast cancer diagnosis may find herself in a period of crisis, a universal response for each patient regardless of age, ethnicity, or disease.This period can be different according to patients. When patient gets the diagnosis, this may lead patient to depression. The concept of depression has been transformed into breakdown in Turkish.Depression; physical, social, psychological findings and complaints are the emotions that rise in the same direction as the pain.Depression can be thought of in two different ways: expressing emotional state and mood in normal emotional state. Physiological problems are depression, which is a mood disorder that is biopsychosocial. People's schemes can be triggered in this period and affect their psychological state.The schema model states that early mismatched schemes lay at the basis of mental disorders and play a role in personality pathologies and mood disorders.

Aim: Aim of the study is examine to relationship depressive symptoms and early incompatible schemes on breast cancer

Method: Universe of the study is that constitutes patients who come to the oncology department of the private hospital. Sample of the study is that 100 woman who has diagnosis of breast cancer. Inform concept, Beck depression scale, Young schema scale has used in the study. The data obtained by means of data collection were entered into the computer environment as numerical expressions and this data was converted to statistical results using the statistical package program for social sciences (SPSS 18).

Results: In the study, scores of depression levels are increasing in the subscale of failure, pessimism, social isolation, nested / immature self, self-sacrifice, abandonment / instability, impaired / embarrassedness or lack of resistance to illness.Inadequate self-control / self-discipline schemes were found to be stronger than those who did not use prosthesis users. There was a significant difference in the Inclusion / Undeveloped Self-dimension subscale compared to the idea of using the breast prosthesis in the exercise group.Significantly higher values of puncture compared to those without breast tissue in penile tissue and self-sacrifice sub-dimension of breast tissue are higher than those of breast tissue.

Key Words: Breast Cancer, Depression, Early Period Incompatible Schemas

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET i
ABSTRACT iii
İÇİNDEKİLER v
KISALTMALAR LİSTESİ vii
TABLOLAR LİSTESİ viii
EKLER LİSTESİ xiii
ÖNSÖZ xiv
GİRİŞ 1
BİRİNCİ BÖLÜM 3
1.1. Araştırmanın Problemi 3
1.2. HİPOTEZLER 3
1.3. Araştırmanın Amacı 4
1.4. Araştırmanın Önemi 4
1.5. Sayıltılar 5
1.6. Sınırlılıklar 5
İKİNCİ BÖLÜM 6
KURAMSAL ÇERÇEVE 6
2.1 MEME KANSERİ 6
2.1.2. Meme Kanserinde Risk Faktörleri 9
2.1.3. Meme Kanseri Tedavisi 12
2.1.4. Mastektomi 13
2.1.5. Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar 13
2.2.ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR 15
2.2.1 Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Özellikleri 16
2.2.2. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Kökenleri 17
2.2.3. Şema Alanları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar 30
2.2.4.Şema İşlemleri ve Uyumsuz Başa Çıkma Stilleri 35
2.3. DEPRESYON 37
2.3.1.Depresyonun Belirtileri ve Bulguları 38
2.3.1.1.Genel Görünüm ve Dışa Vuran Davranışlar: 38
2.3.1.2. Konuşma ve İlişki Kurma: 38

2.3.1.3. Duygulanım: 38
2.3.1.4. Bilişsel Yetiler: 39
2.3.1.5. İdea Akımı ve İçeriği: 39
2.3.1.6. Fizyolojik Belirtiler: 40
2.3.2.Depresyonun Sebepleri 41
2.3.2.1. Biyolojik Sebepler 41
2.3.2.2. Biyo-kimyasal Sebepler 42
2.4. PSİKO-SOSYAL SEBEPLER 43
2.4.1. Hayat Olayları 43
2.4.2. İnsanlık Yapıları ve Depresyon 43
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM 44
YÖNTEM 44
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ 44
3.2. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ 44
3.3. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 44
3.3.1.Sosyodemografik Veri Formu 44
3.3.2. Young Şema Ölçeği 44
3.3.3. Beck Depresyon Ölçeği 45
3.4. VERİ ANALİZ TEKNİKLERİ 45
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM 46
BULGULAR 46
KAYNAKÇA 96
EKLER ..... --

KISALTMALAR LİSTESİ

A.G.E.: Adı Geçen Eser

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1. Örneklemde Yer Alan KişilerinDemografik Değişkenlere İlişkin Frekans Yüzde Dağılımları (N=100) 46
Tablo 2. Şema Alt Boyutlarının ve Depresyon Düzeylerinden Aldıkları Puanların Betimsel İstatistikleri 48
Tablo 3. Beck Depresyon ile Erken Dönem Uyumsuz Şemalar Alt Boyutlarından Alınan Puanlar Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Çarpım Moment Korelasyon Analizi Sonucu 50
Tablo 4. Örneklem Grubun Depresyon Düzeylerinin Yaşa Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları .. 52
Tablo 5. Örneklem Grubun Ayrılma/ Reddedilme Şema Alanı Alt Boyutlarının Yaşa Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları 52
Tablo 6. Örneklem Grubun Zedelenmiş Özerklik ve Performans Şema Alanı Alt Boyutlarının Yaşa Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları 53
Tablo 7. Örneklem Grubun Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı Alt Boyutlarının Yaşa Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları 54
Tablo 8. Örneklem Grubun Diğerleri Yönelimlilik Şema Alanı Alt Boyutlarının Yaşa Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları 54
Tablo 9. Örneklem Grubun Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketlenme Şema Alanı Alt Boyutlarının Yaşa Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları 55
Tablo 10. Örneklem Grubun Depresyon Düzeylerinin Çalışma Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları 56
Tablo 11. Örneklem Grubun Ayrılma ve Reddedilme Şema Alanı Alt Boyutlarının Çalışma Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları 56

Tablo 12. Örneklem Grubun Zedelenmiş Özerlik ve Performans Şema Alanı Alt Boyutlarının Çalışma Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları 57
Tablo 13. Örneklem Grubun Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı Alt Boyutlarının Çalışma Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları 58
Tablo 14. Örneklem Grubun Diğerleri Yönelimlilik Şema Alanı Alt Boyutlarının Çalışma Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları 58
Tablo 15. Örneklem Grubun Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketlenme Şema Alanı Alt Boyutlarının Çalışma Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları 59
Tablo 16. Örneklem Grubun Depresyon Düzeylerinin Medeni Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları 59
Tablo 17. Örneklem Grubun Ayrılma ve Reddedilme Şema Alanı Alt Boyutlarının Medeni Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları 60
Tablo 18. Örneklem Grubun Zedelenmiş Otonomi Şema Alanı Alt Boyutlarının Medeni Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları 61
Tablo 19. Örneklem Grubun Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı Alt Boyutlarının Çalışma Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları 61
Tablo 20. Örneklem Grubun Diğerleri Yönelimlilik Şema Alanı Alt Boyutlarının Medeni Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları 62
Tablo 21. Örneklem Grubun Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketlenme Şema Alanı Alt Boyutlarının Medeni Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları 62
Tablo 22.Örneklem Grubunun Depresyon Düzeylerinin Rahatsızlık Süresine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları 63

Tablo 23.Örneklem Grubunun Ayrılma ve Reddedilme Şema Alanı Alt Boyutlarının Rahatsızlık Süresine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları 64
Tablo 24.Örneklem Grubunun Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alt Boyutlarının Rahatsızlık Süresine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları 65
Tablo 25.Örneklem Grubunun Zedelenmiş Sınırlar Alt Boyutlarının Rahatsızlık Süresine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları 66
Tablo 26.Örneklem Grubunun Diğerleri Yönelimlilik Şema Alanı Alt Boyutlarının Rahatsızlık Süresine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları 66
Tablo 27.Örneklem Grubunun Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/ Ketlenme Şema Alanı Alt Boyutlarının Rahatsızlık Süresine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları 67
Tablo 28. Örneklem Grubun Depresyon Düzeylerinin Meme Dokusunun Alınmasına Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları 68
Tablo 29. Örneklem Grubun Ayrılma ve Reddedilme Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Dokusunun Alınmasına Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları 68
Tablo 30. Örneklem Grubun Zedelenmiş Özerklik ve Performans Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Dokusunun Alınmasına Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları 69
Tablo 31. Örneklem Grubun Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Dokusunun Alınmasına Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları 70
Tablo 32. Örneklem Grubun Diğerleri Yönelimlilik Şem Alanı Alt Boyutlarının Meme Dokusunun Alınmasına Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları 70
Tablo 33. Örneklem Grubun Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketlenme Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Dokusunun Alınmasına Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları .. 71

Tablo 34.Örneklem Grubunun Depresyon Düzeylerinin Alınan Memeye Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları 72
Tablo 35.Örneklem Grubunun Ayrılma ve Reddedilme Şema Alanı Alt Boyutlarının Alınan Memeye Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları 72
Tablo 36.Örneklem Grubunun Zedelenmiş Özerlik ve Performans Şema Alanının Alınan Memeye Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları 73
Tablo 37.Örneklem Grubunun Zedelenmiş Sınırlar Alt Boyutlarının Alınan Memeye Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları 74
Tablo 38.Örneklem Grubunun Diğerleri Yönelimlilik Şema Alanı Alt Boyutlarının Alınan Memeye Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları 75
Tablo 39.Örneklem Grubunun Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketlenme Şema Alanı Alt Boyutlarının Alınan Memeye Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları 75
Tablo 40. Örneklem Grubun Depresyon Düzeylerinin Meme Protezi Kullanma Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları 76
Tablo 41. Örneklem Grubun Ayrılma ve Reddedilme Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Protezi Kullanma Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları 77
Tablo 42. Örneklem Grubun Zedelenmiş Özerlik ve Performans Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Protezi Kullanma Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları .. 77
Tablo 43. Örneklem Grubun Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Protezi Kullanma Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları 78
Tablo 44. Örneklem Grubun Diğerleri Yönelimlilik Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Protezi Kullanma Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları 79

Tablo 45. Örneklem Grubun Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketlenme Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Protezi Kullanma Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları.. 79
Tablo 46. Örneklem Grubunun Depresyon Düzeylerinin Meme Protezi Kullanma Hakkındaki Düşünceye Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları 80
Tablo 47.Örneklem Grubunun Ayrılma ve Reddedilme Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Protezi Kullanma Hakkındaki Düşünceye Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları 81
Tablo 48.Örneklem Grubunun Zedelenmiş Özerlik ve Performans Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Protezi Kullanma Hakkındaki Düşünceye Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları 82
Tablo 49.Örneklem Grubunun Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Protezi Kullanma Hakkındaki Düşünceye Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları 83
Tablo 50. Örneklem Grubunun Diğerleri Yönelimlilik Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Protezi Kullanma Hakkındaki Düşünceye Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları 84
Tablo 51.Örneklem Grubunun Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketlenme Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Protezi Kullanma Hakkındaki Düşünceye Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları 85

EKLER LİSTESİ

EK-A: Kişisel Bilgi Formu

EK-B: Young Şema Ölçeği

EK-C: Beck Depresyon Ölçeği

ÖNSÖZ

Bu tezin hazırlanma sürecinde bilgi, birikim ve tecrübelerini paylaşan, zaman mefhumu gözetmeksizin varlığını her zaman yanımda hissettiğim değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Tuncay BARUT'a, beni sabır ve özveri ile destekleyen aileme, Denizli Özel Sağlık Hastanesi Radyasyon Onkolojisi doktoru Prof. Dr. Lütfü ÖZKAN'a ve Dr. Ömer UYANIK'a sonsuz teşekkürü bir borç bilirim.

GİRİŞ

Meme kanseri hastalarında depresif belirtiler ile erken dönem uyum bozucu şemalar arasındaki ilişkinin araştırıldığı bu çalışmada ayrıca bazı sosyo-demografik özelliklerin de meme kanseri ile ilişkili olup olmadığının araştırılması da amaçlanmaktadır. Bu bağlamda çağdaş tıbbın en önemli ve güncel sorunlarından olan, iyileşme ve şiddetlenme dönemleri olan, kısa ve uzun süreli uyum zorlukları yaratan, kronik bir hastalık olan kansertüm yeni tedavi yaklaşımlarına rağmen, gelişmiş toplumlarda bile ölüm nedeni bakımından üst seviyelerde bir neden olduğu ifade edilebilir.

Yaptığımız literatür çalışmasında belirtildiği üzere Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, dünyada kanserden ölenlerin sayısı 2004 yılında 7,4 milyonn iken bu rakamın 2030 yılında 11,8 milyona yükselmesi beklenmektedir. Dünya genelinde erkekler arasında akciğer kanseri yaygın iken, kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseridir. Meme kanseri tüm kanserlerin yaklaşık %30'unu oluşturmaktadır. Avrupa'da,Amerika Birleşik Devletlerindeve ülkemizde meme kanseri kadınlarda görülen kanserler arasında ilk sıralarda yer aldığı ve bölgeden bölgeye göre farklı olmakla birlikte giderek arttığı yapılan çalışmalarla göz önündedir. Meme kanseri riski, orta yaşlı kadınlarda ve yaşlı kadınlarda genç kadınlara göre daha yüksektir. Meme kanseri vakalarınınbüyük kısmı50 yaş üstü kişilerden oluşmaktadır çünkü 40 yaşından sonra risk artar.

Meme kanseri tanısı almış bir kadın kendisini duruma bağlı, yaşa, etnik gruba veya hastalığın evresine bakmaksızın her hasta için evrensel tepki olan bir kriz dönemi içinde bulabilir. Bu süreç hastalar için farklı yoğunlukta olabilir. Hastalar için stres verici bir olay olan kansere verilen yanıtı kansere yüklenen anlam ve hastalığı anlayış biçimleri etkilemektedir.

Günümüzde meme kanseri, fiziksel yetersizlikler, psikolojik, mesleki ve seksüel sorunları içeren, iyileşme ve şiddetlenme dönemleri olan, kısa ve uzun süreli uyum zorlukları yaratan, bir hastalık olarak algılanmaktadır. Kanser tanısı öğrenildiğinden itibaren, hem hasta hem de ailesi için birçok güçlüğü beraberinde getirmektedir.[1] Bireyin çocukluk çağı yaşantıları, kişilik örgütlenmesi ve kişilik

[1] Oğuzhan Özbaş, Meme Kanserli Ailelerde Sorunlar ve Çözümler, Meme Sağlığı Dergisi, 2(3), 2006, s.115 – 117.

örgütlenmesinin altındaki temel örüntüler bu süreçte etkin rol oynadığı söylenebilir. Şema modeline göre ruhsal bozuklukların temelinde erken dönem uyumsuz şemaların yattığını ve kişilik patolojileri ile duygu durum bozukluklarında rol oynadığın belirtilsede meme kanseri ve bu şemalar arasında yapılmış çalışma yok denecek kadar çok azdır. Ancak bu dönemde şemaların araştırılması ve hastalık süreci ile ilgili ilişkinin ortaya konması gerekmektedir. Bu bağlamda şemaları daha iyi anlamak gerekir.

Beck (1995) göre, zihinsel temsilleri semantik ve stratejik birleşenlerin yanı sıra yaşamdeneyimlerine ilişkin zihin imgelerini, somatik ve duygusal imarelerini içinde barındıranşablonlar, şemalar olarak açıklanmaktadır. Beck'in (1976) Bilişsel Kuramına göre stresle karşılaşılması şemaları faal hale getirmekte ve bireyin bu duruma nasıl tepki vereceğini belirlemektedir.Gerçekçi yaklaşımın odaklanmış olduğu ana konu bilgi işlemleme sürecinde asıl olan bilginin ya da düşünceninkendisi olmuştur. Hisler ise bu düşünme sürecinin mahsulleri olarak görülmektedir.Özetle Bilişsel Kurama göre, ruhsal bozuklukların oluşumunda ve devam etmesinde, kişinin kendisi, diğerleri ve dünyanın nasıl işlediği hakkındaki negatif ana inanışları ya da şemaları ana rol oynamaktadırErken dönem uyumsuz şemalar anılar, hisler, bilişler ve fiziksel duyumlardan oluşankişinin kendisi ve diğerleriyle olan ilişkisine yönelik kapsamlı ve yaygın bilişsel örüntülerdir. Çocukluk ve adölesan döneminde oluşan ve yaşam boyu gelişen bu örüntüler katı ve dirençli olmalarından dolayı belirli bir derece işlevselliği bozmaktadırlar.[2]

Görüldüğü üzere erken dönem uyumsuz şemalar birçok psikolojik faktörde etkilidir. Literatür taraması yapıldığında meme kanseri, depresif belirtiler ve erken dönem uyumsuz şemaları değişkenlerinin beraber ele alındığı bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışmanın bu nedenle literatüre ve kaynak oluşturmaya katkı sunacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda çalışmanın temel amacı meme kanserinde depresif belirtiler ile erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkiyi saptamaktır. Bununla beraber sosyo-demografik bazı özelliklerin de meme kanseri ile ilişkili olup olmadığının araştırılması da amaçlanmaktadır.

---

[2] Ibrahim Yigit, Erden Gülsen, Çocukluk ÇagiIstismarYasantilari ile Genel Psikolojik SaglikArasindakilliskide Erken Dönem Uyum Bozucu SemalarinAraci Rolü, Türk Psikoloji Dergisi, 2015, 30(75), s.47.

BİRİNCİ BÖLÜM

1.1. Araştırmanın Problemi

Meme kanseri tanısı ile depresif belirtiler ve erken dönem uyum bozucu şemaları arasında bir ilişki var mıdır?

Alt Problemler

1. Meme kanseri tanısıolan kişilerde depresyon ile erken dönem uyumsuz şemaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

2. Meme kanseri tanısıolan kişilerde protez kullanma durmu ile erken dönem uyumsuz şemalar arasında bir ilişki varmıdır?

3. Meme kanseri tanısı olan kişilerde protez kullanma ile Ayrılma ve Reddedilme Şema Alanı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

4. Meme kanseri tanısı olan kişilerde meme dokusunun alınması ile şema alanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

5. Meme kanseri tanısı olan kişilerde sağ veya sol memesinin alınma durumu ile ayrılma ve reddedilme şeması arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

6. Meme kanseri tanısı olan kişilerde sağ veya sol memesinin alınma durumu ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

7. Meme kanseri tanısı olan kişilerde protez kullanma durumu ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

8. Meme kanseri tanısı olan kişilerde meme protezi kullanma hakkındaki düşünceleri ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.2. HİPOTEZLER

1. Meme kanseri tanısıolan kişilerde depresyon ile erken dönem uyumsuz şemaları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

2. Meme kanseri tanısıolan kişilerde protez kullanma durmu ile erken dönem uyumsuz şemalar arasında bir ilişki vardır.

3. Meme kanseri tanısı olan kişilerde protez kullanma ile Ayrılma ve Reddedilme Şema Alanı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

4. Meme kanseri tanısı olan kişilerde meme dokusunun alınması ile şema alanları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

5. Meme kanseri tanısı olan kişilerde sağ veya sol memesinin alınma durumu ile ayrılma ve reddedilme şeması arasında anlamlı bir ilişki vardır.

6. Meme kanseri tanısı olan kişilerde sağ veya sol memesinin alınma durumu ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

7. Meme kanseri tanısı olan kişilerde protez kullanma durumu ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

8. Meme kanseri tanısı olan kişilerde meme protezi kullanma hakkındaki düşünceleri ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma meme kanseri hastalarında depresif belirtiler ile erken dönem uyum bozucu şemalar arsındaki ilişkiyi saptamaya çalışmaktır. Bununla beraber sosyo-demografik bazı özelliklerin de meme kanseri ile ilişkili olup olmadığının araştırılması da amaçlanmaktadır.

1.4. Araştırmanın Önemi

Gündelik hayatın içinde "kanser" kelime anlamı olarak birçok olumsuzluğu akla getirir. Kanser tanısı alan veya kanser olma ihtimali olan kişilerde ise olumsuz düşünce ve duyguların oluşması neredeyse kaçınılmazdır[3]. Söz konusu bu duygu ve düşüncelerin kişide gelişmesi, temelde fiziksel, psikolojik, manevi ve sosyal yönlerinin kanser sebebiyle etkilenmesi ve yaşamının da buna bağlı olarak değişmesiyle gerçekleşir. Meme kanserinin kadın için önemini belirten çalışmalara göre, Türkiye'de ve tüm dünyada kadın sağlığını tehdit eden, vücutta önemli değişikliklere neden olabilecek kanser türlerinin en başında geldiği belirtilmektedir. Ülkemizde ise ölümlere neden olan kanserlerin içinde meme kanseri oldukça önemli bir yere sahiptir. Son verilere göre, Türkiye'de meme kanserinin kadınlarda diğer kanser türlerine göre görülme sıklığı %24,10 olarak belirlenmiştir.[4]

---

[3] Mehmet Tünel, Meme Kanserli Hastalarda Cerrahi Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeyi, Çukurova Üniversitesi, Adana, 2011, s.16-18 ***(Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi***)

[4] Ayşe Okanlı, Kadınlarda Mastektominin Psikososyal Etkileri, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2004, 1.1, s.1-6.

Literatür taraması yapıldığında meme kanseri, depresif belirtiler ve erken dönem uyumsuz şemaları değişkenlerinin beraber ele alındığı bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışmanın bu nedenle literatüre ve kaynak oluşturmaya katkı sunacağı düşünülmektedir.

1.5. Sayıltılar

1.Örneklem grubunun evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.

2.Bireylerin her bir ölçektekisoruları yansız ve içtenlikle cevapladığı varsayılmaktadır.

3.Kullanılan ölçme araçları meme kanseri tanısı olanlarda depresif belirtiler ile erken dönem uyumsuz şemaları arasındaki ilişkiyi ölçecek niteliktedir.

1.6. Sınırlılıklar

1. Araştırma ölçek ifadeleri ile sınırlıdır.

2. Bu araştırma, araştırmaya katılan bireylerin görüşleri ile sınırlıdır.

3. Araştırmadan elde edilen bilgiler meme kanseri tanısı alan 100hasta kadın ile sınırlıdır.

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1 MEME KANSERİ

Kanser kök hücreleri, normal kök hücrelerin özelliklerine sahip olan hücreleridir.Özellikle belirli bir kanser numunesinde bulunan tüm hücre tiplerini ortaya çıkarabilirler. Kanser kök hücreleri tümöre özgü olduğu için tümör oluşturma özelliğine sahiptirler.Kanser kök hücreleri, kendi kendini yenileme ve çok hücreli türlere ayrışmanın süreçleri yoluyla tümörler oluşturabilir.[5]

Kanser kök hücresi hipotezi, tümörlerin küçük bir hücre fraksiyonu tarafından başlatıldığını ve korunduğunu önermektedir ancak bu tümöre özgü hücrelerin kaynağı aslında bilinmemektedir.Kanser kök hücre teorisi iki temel kavramdan oluşmaktadır. Bunlardan biri, hem çocukların hem yetişkinlerin dokularında bulunan kök hücrelerden kanserlerin ortaya çıkmasıdır.Bazı araştırmacılar, kanserli kök hücrenin kök hücre populasyonlarında gelişme sırasında bir mutasyona uğradığınıdüşünmektedir.[6] Mutasyona uğramış kök hücrelerin birçok popülasyon tarafından paylaşıldığı ve bu şekilde genişlediği düşünülmektedir.[7]Alternatif bir teori olarak, dönüştürülmüş ve farklılaşmış hücrelerin kök hücre benzeri özellikleriçermektedi. [8] Bu hipotez,EpithelialtoMesenchymalTransition(Epitel-Mezenkimal Geçiş - EMT) olarak da adlandırılır.Bu hücrelerin orijinini ve biyolojisini belirlemek, kanser nüksetme riskini azaltmak için tedavilerin geliştirilmesi için önemlidir.

Charafe görekanser kök hücreleri, 2009 yılında, John Dick'in ekibi kanseri, lösemi büyümesinin ve yayılımının, kendiliğinden yenilenebilme yeteneğine sahip olan küçük bir lösemi hücresi populasyonu tarafından tetiklendiğine dair kanıt sağlayan hücreler olarak adlandırdı.[9]Daha sonra, Weissman yayınına göre(2001), yazısında, tümör kök hücrelerinin inhibe edilmesinin löseminin tekrarını önleyebileceğini belirtmiştir. O zamandan beri, kanser kök hücreleri

---

[5]Charafe-Jauffret, Emmanuelle, et al, "Breast cancer cell lines contain functional cancer stem cells with metastatic capacity and a distinct molecular signature." *Cancer research* 69,4, 2009, s.1302-1313.
[6] Thomas Klonisch, et al, "Cancer stem cell markers in common cancers–therapeutic implications," *Trends in molecular medicine* 14,10, 2008, s.450-460.
[7] Zhong Wang, Mark Gerstein, and Michael Snyder, "RNA-Seq, a revolutionary tool for transcriptomics" *Nature reviews genetics* 10,1, 2009, s.57-63.
[8]Marta Santisteban, et al, "Immune, induced epithelial to mesenchymal transition in vivo generates breast cancer stem cells," *Cancer research* 69, 7, 2009, s.2887-2895.
[9]Charafe Jauffret, a.g.e., s.1302-1313.

karsinogenezideki önemli bileşenler olarak tanınmış ve meme, beyin, deri, baş ve boyun, tiroid vb. gibi.[10]

Meme kanseri, memedeki hücrelerden köken alan malign bir tümörü ifade eder. Her memenin lob adı verilen 15-20 bölümü vardır ve bu lobların lobülleri adı verilen daha küçük bölümleri vardır. Loblar ve lobül, kanallar denilen ince tüplerle bağlanır. Meme kanseri göğsün farklı bölgelerinde başlayabilir, ancak genellikle kanallara süt sağlayacak süt kanallarının veya lobüllerin iç astarında başlar.Loblar veya lobüller ile başlayan kansere lobüler kanser adı verilir. Memenin yağlı ve lifli bağ dokuları da dahil olmak üzere stromal dokulardan başlayan meme kanseri daha az yaygındır. Memenin genel iltihabı ile karakterize edilen iltihaplı meme kanseri, nadir bir meme kanseri türüdür.Meme kanserlerinin diğer bazı nadir türleri arasında, tümör dokusu ve normal doku arasında belirgin bir sınır oluşturan invaziv meme kanseri olan medüllerkarsinom ve mukus üreten kanser hücreleri tarafından oluşturulan müsinözkarsinom bulunur.[11]

Kanserler, noninvaziv (in situ) ve invaziv kanserler olarak sınıflandırılır. Yerinde terimi, başlangıçta geliştiği bölgeden yayılmayan kansere karşılık gelir. İnvaziv meme kanseri, memenin veya vücudun diğer bölgelerindeki diğer dokulara metastaz yapma eğilimindedir.

Meme kanseri, klinik boyuta ve primer tümör invazyonu kanıtı üzerine dört aşamaya ayrılır. Evre 1, tümörün 2 cm'den daha az olduğu ve memenin ötesine yayılmadığı erken evre meme kanseri anlamına gelir. 2. evre, tümörün 2 cm'den daha küçük olduğu, ancak kol altında lenf bezlerine yayılmış olduğu erken evre meme kanseri olarak kabul edilir veya tümör, lenf bezlerinin altındaki lenf bezlerine yayılmış olsun olmasın, 2 ila 5 cm arasında bulunur. Diğer vakalarda tümör 5cm'den büyük olmakla birlikte memenin dışına yayılmamıştır. Evre 3'te kanser, neredeyse tümörün 5 cm'den büyük olduğu ve kol altında lenf bezlerine yayılmış olduğu kabul edilir. Evre 4, metastatik meme kanseri olarak tanımlanır; burada kanser, göğsün dışında vücudun diğer organlarına yayılmıştır.

Kanser, terapide ve korunmada çoklu yaklaşımlara rağmen dünya genelinde ölümün ana nedenlerinden biri olarak kalmaktadır. Meme kanseri, en sık rastlanan

---

[10]Charafe Jauffret, a.g.e., s.1302-1313.
[11]World HealthOrganization. “Histological Typing of BreastTumors”, 2nd edn. Geneva: WHO. 1981, s.813.

kanser ve akciğer kanseri sonrası kadınlarda kanser ölümlerinin ikinci önemli nedenidir. Dünyada yaklaşık bir milyon kadına, Birleşik Devletlerde ise 200.000 kadına her yıl memekanseri teşhisi konuyor. Üstelik Amerikan Kanser Derneği'ne göre, meme kanseri Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık 40.000 ölüm oluşturmaktadır ve Dünya Meme Kanseri Konferansı'na göre bu hastalıktan dünyada yaklaşık 400.000 kişi ölmektedir.

Kanser, iyileşme ve tekrarlamalarla giden, ciddi uyum zorlukları yaratan, bir hastalıktır.[12] Her beş kişiden biri, kansere yakalanmaktadır.[13] Gelişmiş toplumlarda, kansere bağlı ölümler, tüm ölüm sebeplerinin ikincisidir.[14] Dünya Sağlık Örgütü verilerinde, kansere bağlı ölümler 2004 yılında 7,4 milyon olup, 2030 yılında bu sayının 11,8 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir.[15]

Akciğer kanseri erkeklerde birinci sıradayken, kadınlarda bunun yerini meme kanseri almaktadır.[16] Tüm kanserlerin %30'unda meme kanseri tanısı konulmaktadır. Bir yılda, Avrupa'da 180 bin, Amerika'da 184 bin yeni vaka tespit edilmektedir.[17] Türkiye'de ise %24,1 sıklıkla kadınlarda birinci sırada yer almaktadır. Toplumdaki sıklığı, bölge ve ülkelere göre farklılık gösterebilir. Yine de meme kanserinde yıllık %1,5 artış izlenmektedir.[18] Bir kadının meme kanseri hastası olma ihtimali %12,2'dir.[19]

Kanser, psikolojik ve sosyal sorunların da eşlik ettiği bir hastalıktır. Hastanın benlik gücü, kişiliği, hastalanan bölgeye verdiği değer, aile desteği, sosyoekonomik özellikleri, destekleyici uğraşıların olması, kişinin ruhsal durumunu etkilemektedir.[20]

Meme kanserinde bir gram kanser dokusu ortalama sekiz yıl gibi uzunca bir sürede gelişir.[21]

---

[12] Aysun Babacan Gümüş, Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler, Meme Sağlığı Dergisi, 2(3), 2006, s.108-114.
[13] Şefik Güran, Kanserden korunma, Gülhane Med J, 2005, s.47.
[14] Güran, a.g.e., 324-326.
[15] World Health Organization, *World malaria report 2008*, World Health Organization, 2008
[16] Elif Darendeliler, Fayda Merdan Ağaoğlu, Meme kanserinin epidemiyolojisi ve etyolojisi, Meme Kanseri, ,2003, s.13-33.
[17] Darendeliler ve Ağaoğlu a.g.e., s.13-33.
[18] Gümüş Babacan, a.g.e ., s.108-114.
[19] Hüseyin Ünal, Meme kanserinin cerrahi tedavisi, Serdengeçti S, Demir G, editörler, Güncel Klinik Onkoloji Sempozyum Dizisi, (37), 2003, s.169-177.
[20] Refik Arıkan, Travmatik bir yaşantı, meme kanseri ve mastektomi, Kriz Dergisi, 9, 2000, s.39-46.
[21] Semih Aydıntuğ, Meme kanserinde erken tanı, Sted, 13(6), 2004, s.226-229.

2.1.2. Meme Kanserinde Risk Faktörleri

Bir başka risk de, obesite artışı ve fiziksel aktivitenin azalması olabilir. Tahminler postmenopozal meme kanseri insidansının erişkin kilo kilogramı başına yaklaşık% 1 oranında arttığını göstermektedir.[22] Buna ek olarak, çalışmalar sürekli olarak meme kanseri riskinin fiziksel olarak aktif premenopozal kadınlarda daha düşük olduğunu göstermiştir.[23] Ergenlik dönemindeki fiziksel aktivite özellikle koruyucu olabilir.

Meme kanseri riski, yakın akrabanızın meme kanseri olan kadınlarda daha yüksektir. Özellikle akraba 50 yaşından önce veya iki memede meme kanseri geliştirirse risk artar.[24] Bununla birlikte, ayrıca meme kanseri hastalarının çoğunun ailenin geçmişi olmadığı vurgulanmalıdır. DNA onarımı genlerinde kalıtsal kusurlar gibi kalıtsal sendromlardan kaynaklanan meme kanserlerinin yaklaşık% 5 ila% 10'u proteininin belirli bölümlerinde meydana gelir.[25]

Meme kanseri riski, orta yaşlı kadınlarda ve yaşlı kadınlarda genç kadınlara göre daha yüksektir. Özellikle 40 yaşından sonra risk artar.[26] Meme kanseri vakalarının% 76'sında 50 yaş üstü kişiler gelir.

Erken yaşta ergenlik yaşayan kadınlar ve nispeten geç bir yaşta menopoza giren kadınların diğer kadınlardan daha fazla meme kanseri tanısı alması olasıdır. Üreme yıllarında bir kadının vücudunda yüksek seviyede östrojen üretilir. Ergenlik çağında ergenlik yaşayan ve / veya geç bir yaşta menopoza giren kadınlar geç ergenlik yaşı veya erken menopoz yaşı olan kadınlardan daha fazla östrojen düzeyine maruz kalmaktadır.[27] Ayrıca postmenapozal östrojen terapisinin veya

---

[22]Jack Cuzick, et al "Effect of anastrozole and tamoxifen as adjuvant treatment for early-stage breast cancer, 10,year analysis of the ATAC trial," *The lancet oncology* , 11, 2010, s.1135-1141.
[23]Friedenreich Christine "Physical activity and cancer prevention, from observational to intervention research," *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention* ,10,4, 2001, s.287-302.
[24]Harmsen Dag, "Typing of methicillin, resistant Staphylococcus aureus in a university hospital setting by using novel soft ware for spa repeat determination and database management, " *Journal of clinical microbiology* 41,12, 2003, s.5442-5448.
[25]Venkitaraman Ashok, "Cancer susceptibility and the functions of BRCA1 and BRCA2," *Cell* 108,2, 2002, s.171-182.
[26]Roblyer Margaret, Jack Edwards, and Mary Anne Havriluk, "Integrating educational technology into teaching.", 2002, s.57-61.
[27] Hansen Charles and Thomas Henderson, "Towards the automatic generation of recognition strategies" *Second Int Conf on Comput Vision*, Publ by IEEE, 1988, s.42-43.

kombine östrojen / progestin hormon replasman tedavisinin (HRT) uzun süre kullanılması meme kanseri riskinde bir artış ile ilişkili olabilir.[28]

Cuzik'in bildirdiğine göre, Amerikan Kanser Derneği, Gözlem ve Sağlık Politikası 2010 yılı Araştırması'na göre, meme kanserine beyaz kadınlarda Latin, Asyalı veya Afrikalı Amerikalı kadınlardan daha sık rastlanmaktadır. Özellikle, doğum kalıpları ve emzirme farklılıkları gelişmiş ülkelerdeki meme kanseri insidansının az gelişmiş ülkelere göre daha düşük olduğunu açıklarken, bir kadının küçük yaşta doğum yapmaya başladığı ve emzirilen her çocuğu 1-2 yaş arası daha az gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında daha az gelişmiş ülkelerde görülebilir.[29] İlk çocuklarının doğumunda çocuk sahibi olma ve kadının yaşına sahip olma, meme kanserini etkileyen diğer hormonal faktörlerdir. Hiç çocuğu olmayan kadınlar, meme kanseri riski altındaki çocuklara göre daha yüksektir. İlk gebeliğin 30-35 yaşından önce olmasının meme kanseri riskini azalttığına, ilk gebeliğin 30-35 yaşından sonraolmasının riskini% 26 yükseldiğine dair tutarlı kanıtlar vardır.[30]

Meme kanseri sebebi olarak tek bir etkenden söz edilemez. Çeşitli risk faktörleri vardır.

Cinsiyet etkenlerden biri olup kadınlarda erkeklerden 146 kat fazla görünür. Erkek kanserlerinin %1'den azı meme kanseridir.[31]

Yaş ilerledilçe kanser ihtimali artar 20 yaşından önce çok ender görülen hastalık 30 yaşından sonra artar, 40'lı yaşlarda hızlanır, 60'lı yaşlarda en yüksek seviyelere ulaşır.[32]

Daha önce kötü veya iyi huylu meme kanseri geçirenler tedavi olmuş olsalar da ikinci defa meme kanseri olma riski, her yıl için %1 artmaktadır.[33] Meme

---

[28]Porch Juliet, "Estrogen, progestin replacement therapy and breast cancer risk, the Women's Health Study United States, " *Cancer causes and control* 13, 9, 2002, s.847-854.
[29]Jack Cuzick, Effect of anastrozole and tamoxifen as adjuvant treatment for early-stage breast cancer, 10, year analysis of the ATAC trial, *The lancet oncology* 11,12, 2010, s.1135-1141.
[30]Helmrich Susan, Risk factors for breast cancer, *American Journal of Epidemiology* 117,1, 1983, s.35-45.
[31]Buse Alamış, Meme kanseri tanılı hastalarda hastalık algısı, anksiyete, depresyon ve eş uyumu ilişkisi, kontrollü bir çalışma, MS thesis, Işık Üniversitesi, 2017, s. 25-27.
[32] Derya Akçay, Kemoterapi Alan Meme Kanserli Hastalarda Kemoterapinin Yan Etkilerine İlişkin Eğitim ve Evde İzlemin Yaşam Kalitesine Etkisi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, 2005, s.23-25***(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi***)
[33]Mustafa Tuzen vd., Enrichment, separation of cadmium (II) and lead (II) in environmental samples by solid phase extraction, *Journal of hazardous materials* 121, 1, 2005, s.79-87.

dokusunda tipik olmayan büyüme görülenlerde ise kanser riski 4.4 kat daha fazladır.[34]

Birinci derece kan bağı olanlarda meme kanseri öyküsü varsa risk 2–3 kat artar.[35] Tüm meme kanserlilerin %8'ini bu durumdaki hastalar oluşturur.[36]

Kanserin erken yaşta başlaması, iki taraflı olması, riski önemli derecede artırır.[37] Menopoz öncesi dönemde başlamış ise, birinci derece akrabalarda risk 3 kat daha fazladır.[38] Yine menopoz öncesi, çift taraflı meme kanseri olan kadınlarda risk 9 kat daha fazla olup, bunların %50'sinde kanser gelişmesi beklenebilir.[39]

12 yaş ilk adet için baz alındığında, bu yaşın geciktiği heryıl meme kanseri riski %20 azalır.[40]

45 yaşından önce menopoza giren kadınların meme kanseri olma riski, 55 yaşına kadar adet gören kadınların yarısı kadardır.[41]

Hastaların %25'inden genetik faktörler sorumlu tutulmaktadır.[42] BRCA- 1 ismli genin kalıtsal meme kanserinin yarısında görüldüğü tespit edilmiştir.[43]

BRCA-2 geni taşıyanların ise %90 meme kanserine yakalanma riskinin olduğu, HER–2/neu onkogeni kötü gidişin belirleyicisidir.[44].[45]

Maruz kalınan östrojen hormon miktarı ile meme kanseri olma ihtimali doğru orantılıdır.[46][47]

---

[34]Akçay, a.g.e., s.23-25.
[35] Akçay, a.g.e., s.23-25.
[36]Nuran Gençtürk ve Neriman Akyolcu, Meme Kanserli Kadınların, Birinci Derece Akrabalarının Bilgi Arama Davranışlarının Değerlendirilmesi ve Bilgi Gereksinimlerinin Giderilmesinde Eğitimin Etkinliği, Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 13, 55, 2005, 1,20.
[37] Bülent Berkarda, Meme Kanseri, İstanbul, İ, Ü, Basımevi ve Film Merkezi, 2000, s.93-95
[38] Akçay, a.g.e., s.23-25.
[39] Parlar, a.g.e., s.79-87.
[40] Parlar, a.g.e., s.79-87.
[41] Parlar, a.g.e., s.79-87.
[42] Balon Jacquelina, Cancer of theBreast, Moore ,Higgs, Womenand Cancer, A Gynecologic Oncology Nursing Perspective, 2edp, , JonesandBartlettPublishers, 2000, s.318-355.
[43] Yavuz Bozfakıoğlu, Genel Cerrahi, Cilt 1, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitapevleri, 2002, s. 557-561.
[44] Akçay, a.g.e., s.23-25.
[45] Bozfakıoğlu vd., a.g.e., s. 557-561.
[46]Clamp Mea, Ensembl, accommodating comparative genomics, *Nucleic Acids Research*, 31,1, 2003, s.38-42.
[47]Hakan Türkkahraman, Özgür Sayın, Hüseyin Yılmaz, Maxillary canine transposition to incisor site, a rare condition, *The Angle orthodontist*, 75.2, 2005, s.284-287.

Bu nedenle ilk doğum öncesi doğum kontrol ilacı kullananlar da risk grubu içindedirler.[48]

İlk doğum yaşının erken olması, meme kanseri riskini azaltır. İlk doğumunu 30 yaşından sonra yapan bir kadının riski, 18-20 yaşından önce doğum yapan kadına göre 2-4 kat fazladır. 35 yaşından sonra risk daha artmaktadır.[49]

Günde 2-3 kadeh alkol[50], aşırı yağlı yemek[51], insülin düzeyini artması, tümörün büyümesini tetikleyebilir.[52]

Şişmanlık, Östrojen yağ dokusunda biriktiğinden, meme dokusunun daha fazla östrojene maruz kalmasına sebep olabildiğinden etkenlerden biri olarak sayılmaktadır.[53]

Radyasyon, özellikle ergenlikte meme dokusu radyasyona duyarlı olup, meme kanseri oluşumuna sebep olabilir[54]

2.1.3. Meme Kanseri Tedavisi

Meme kanseri tedavisinde ameliyat, kemoterapi, radyasyon, hormon tedavisi ve hedefli terapiler kullanılır.

Ameliyat meme kanseri tedavisinde kullanılan en eski yöntemdir. Meme cerrahisi eski Mısır, gibi antik dönemlere kadar uzanır.[55]

Radyasyon tedavisi, memedeki kanser hücrelerini yok etmek için yüksek hedefli bir tedavi yöntemidir.

Hedefli terapide, kanser hücrelerinin hızlı veya anormal bir şekilde büyümesine izin veren bir proteini hedef alan bir tür tedavi yöntemidir.

Kemoterapi, kanser hücrelerini öldürmek için ilaç kullanımına denir. Tüm vücuda yayılmış kanser hücrelerine de etkilidir.

---

[48] Parlar, a.g.e., s.79-87.
[49] Balon ve Wehrwein, a.g.e., s.318-355.
[50] Darendeliler, a.g.e., s.13-33; Yılmaz ve Sayın, a.g.e., s.284-287.
[51]Akçay, a.g.e.,s.23-25.
[52] Akçay, a.g.e., s.23-25.
[53] Akçay, a.g.e., s.23-25.
[54]Darendeliler , a.g.e., s.13-33.
[55] Bilynskyj Borys, "The breast cancer treatment as a marker of progress in oncology, " *Exp Oncol* 32,3, 2010, s.190-194.

Östrojen hormonu memede kanserojen olabildiğinden, tedavinin ana mantığı östrojen etkisiz hale getirmektir.

2.1.4. Mastektomi

Memenin çıkarılması ameliyatına denir. Bu ameliyat sonrası meme dokusunu yeniden şekillendirme ameliyatı da önemli olup, günümüzde psikolojik sonuçlarının daha iyi olması nedeniyle bu iki ameliyat eş zamanlı olarak yapılmaktadır.[56]

2.1.5. Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar

Kanser ismi dahi ciddi stres yaratır. Hastanın kansere yüklediği anlam, hastalığı anlama biçimi bu sürece verilen tepkiyi etkilemektedir.[57]

Kanser, fiziki, psikolojik, mesleki ve cinsel sorunlara sebep olan, düzelme ve tekrarlamalarla giden, erken ve geç dönem sorunlar yaratan, bir hastalıktır. Tanı öğrenildikten sonra, hastaya ve ailesine pekçok güçlüğü birlikte getirir.[58]

Tanı sonrası kadın bir kriz dönemi içine girer.[59] Bu ve benzer krizlerdede tepkiler evrenseldir.[60] Krizin yoğunluğu ve süresi değişmekle beraber bu durumla karşılaşan herkes kısmi veya bütün bu dönemlerden geçecektir.[61] Özkan'ın bildirdiğine göre, Elizabeth Kübler Ross, tanı sonrası yaşanan dönemleri; inkâr ve şok, öfke, pazarlık, depresyon ve kabul etme olarak beş aşamada tanımlar.[62]

1. **İnkar ve Şok Dönemi:**

Kişi kendi bedenine yabancıdır, gelecek hayalleri tehdit altındadır, söylenen anlamsız, gerçek çarpıtılmış gibidir, olup biteni anlamlandıramadığı bir yaşam krizi içindedir. Bu dönem saatlerden haftalara kadar uzayabilir.[63]

İnkar ön planda savunma düzeneğidir. Bu durum katlanılması çok güç olan gerçeğin bilinç dışına itilmesi, benlik bütünlüğünü koruma çabasını gösterir.[64] Hasta

---

[56] Harmer Catherine, Breast Cancer Treatments,A Synopsis, PracticeNurse, 31(8), 2006, s.33-38.
[57] Figen Ateşci, Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler, Türk Psikiyatri Dergisi,14(2), 2003, s.145-152.
[58] Oğuzhan Özbaş, Meme Kanserli Ailelerde Sorunlar ve Çözümler, Meme Sağlığı Dergisi, 2(3), 2006, s.115-117.
[59] Sedat Özkan, Psikiyatrik Tıp, Konsültasyon, Liyezon Psikiyatrisi. Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş, 1993, s.47-49.
[60] Gümüş, a.g.e., s.108-114.
[61] Okanlı, a.g.e.,s.1-6.
[62] Özkan, a.g.e., s.47-49.
[63] Özkan, a.g.e., s.47-49.
[64] Özkan, a.g.e., s.47-49.

tetkiklere özenli bakılmadığını, karıştığını veya yanlış değerlendirildiğini düşünür.[65]İnkar, kaygı ve çaresizlik duygularına karşı bir savunmadır.[66]

Zaman tanınmak acele ve telaşla hareket etmemek, umut yaratabilecek olumlu mesajlar vermek, tedavi olasılık ve seçeneklerini ayrıntılı anlatmak, psikolojik ve ailesel desteği sağlamak önemlidir.[67] Hastanın, süreci konuşmasına fırsat vermek teşvik etmek, hazırlanmak gerekir. Bu evrede empati kurarak hastanın yaşadığı güçlüğü anlamak mümkün olur.[68]

2-Öfke Aşaması:

İnkâr aşamasından hemen sonra öfke aşamasına geçilir. Burada öfke; tedavi ekibine, tanrıya, aile bireylerine yönelebilir. Ağrının şiddeti öfkeyi belirgin derecede artırabilir. Öfkeye, hüzün, çökkünlük, suçluluk duyguları ve bedensel şikâyetler eşlik edebilir. Aile bireyleri bu durumdaki hastaya aşırı koruyucu ya da aşırı izin verirci davranabilirler. Bu dönemde hastalık anlamlandırmaya çalışılır. Öfke kişinin kendine veya dışarıya aktarılabilir.[69]

Öfke duygusunun rahatlıkla uygun şekillerde ifade edilmesi rahatlatıcı olabilir. Ailenin hastaya yönelik anılarışimdi acı dolu hatıralara dönüşmüştür. Yakın bakım veren tedavi ekibinin bu aşamada, hastayı dinlemesi, empati yapması ve sorunlarına çözüm bulmada yardımcı olması, aile üyelerini bakıma ve desteğe dahil etmesi psikososyal destek açısından önemlidir.[70]

3-Pazarlık:

Hasta kanseri kabullenmeye başladığında, aynı zamanda kaybı geciktirme çabası içine de girer.[71] Bu dönmde tanrı ve sağlık ekibi ile kaçınılmaz sonu ertelemek için pazarlık çabaları görülür.[72] Hastanın pazarlık etme girişimleri farkedilmeli, bunlara ilgi gösterilmeli, temelinde yatan sebepler araştırılmalıdır.[73]

---

[65] Selda Öz, Sağlık Alanında Temel Kavramlar, Ankara, İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş, 2014, s.16.
[66] Gümüş, a.g.e., s.108-114.
[67] Özkan, a.g.e., s.47-49.
[68] Öz Selda, a.g.e., s.47-49.
[69] Özkan, a.g.e.,s.47-49.
[70] Öz, a.g.e., s.16.
[71] Ogle Collaboration, Core Competencies, Overview of Griefand Bereavement, College of Human Medicine. Michigan StateUniversity, 2003, s.811-828.
[72] Öz, a.g.e., s.16.
[73] Öz, a.g.e, s.16.

4-Depresyon:

Hastanın durumu kötüleştikçe, hastalığın ciddiyeti, inkar, öfke ve pazarlık gayretlerini anlamsız hale getirir. Düzelmeyecek kadar ağır gidişat varsa, hasta kişisel duyarlılıkları nedeniyle tam bir iyileşmesağlayamayacağını düşünüyorsa, anksiyete tablaya eklenir ve zamanla depresyon gelişir.[74]

2.2.ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR

Şema modeli, ruhsal bozuklukların temelinde erken dönem uyumsuz şemaların yattığını ve kişilik patolojileri ile duygu durum bozukluklarında rol oynadığın belirtmektedir.[75]

Beck göre, zihinsel temsilleri semantik ve stratejik birleşenlerin yanı sıra yaşamdeneyimlerine ilişkin zihin imgelerini, somatik ve duygusal imarelerini içinde barındıranşablonlar, şemalar olarak açıklanmaktadır. Bilişsel Yaklaşım içinde gerçekçi geleneğin önemli temsilcilerinden olan Beck psikoterapi açısından bu şemalarınorganizasyonel yapısı ve bilgi işlev süreçlerine odaklanılması gerektiğinivurgulamaktadır. Young'a göre Beck'in bilişsel kuramı stresle karşılaşılması halinde şemaları aktif ve bireyin bu duruma nasıl tepki vereceğini belirlemektedir.[76] Gerçekçi yaklaşımın odaklanmış olduğu ana konu bilgi işlemleme sürecinde asıl olan bilginin ya da düşünceninkendisi olmuştur. Hisler ise bu düşünme sürecinin mahsulleri olarak görülmektedir.Özetle Bilişsel Kurama göre, ruhsal bozuklukların oluşumunda ve devam etmesinde, kişinin kendisi, diğerleri ve dünyanın nasıl işlediği hakkındaki negatif ana inanışları ya da şemaları ana rol oynamaktadır.[77]

Şema Terapinin bilişsel davranışçı terapiden ayrılan yönü çocukluk yaşantılarıyla bağlantılı gelişimsel süreçlere, terapötik ilişkiye, duygulara ve işlevsel olmayan başa çıkma biçimlerine yoğun olarak odaklanmasıdır.[78] Bu çerçevede Young, Şema Terapi Modeli kronik psikolojik bozuklukları olan hastalara odaklanmış ve bu hastalıklarda daha etkin bir psikoterapi yaklaşımı olarak modelini

---

[74] Mete Elbi, Kanser ve Depresyon, Psikiyatri Dünyası, 5, 2001, s.5-10.
[75] Rafaeli Bernstein, Young, Jefreyy, Schematherapy, Distinctivefeatures. London, Routledge, 2011,s.116-125.
[76]Rafaeli vd., a.g.e., s.116-125.
[77] Ibrahim Yigit, Erden Gülsen, Çocukluk ÇagiIstismarYasantilari ile Genel Psikolojik SaglikArasindakilliskide Erken Dönem Uyum Bozucu SemalarinAraci Rolü, Türk Psikoloji Dergisi, 2015, 30(75), s. 47.
[78]Rafaeli vd., a.g.e., s.116-125.

sunmuştur.Young ve diğerleri tarafından geliştirilen Şema Modeli pek çok kuramdan etkilenmiş ve Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım, Bağlanma Kuramı, Geştalt Terapi Yaklaşımı ve Nesne İlişkileri Kuramının önemli özelliklerini yapısalcı bir çerçeve içinde ele almıştır. Diğer bir ifadeyle, Şema Terapinin, çocukluk ve adölesandönemindeoluşan psikolojik sorunların açıklanmasına ve tedavisine ilişkin kuramsal ve uygulamaya yönelik bir model olduğuna işaret edilmiştir.[79]

Erken dönem uyumsuz şemalar anılar, hisler, bilişler ve fiziksel duyumlardan oluşankişinin kendisi ve diğerleriyle olan ilişkisine yönelik kapsamlı ve yaygın bilişsel örüntülerdir. Çocukluk ve adölesan döneminde oluşan ve yaşam boyu gelişen bu örüntüler katı ve dirençli olmalarından dolayı belirli bir derece işlevselliği bozmaktadırlar.[80]

2.2.1 Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Özellikleri

Şemalar, çocukluk ve adölesan dönemi süresince zarar verici bir şekilde tekrarlayarak yaşanan olaylardan kaynaklanmaktadır. [81] Erişkinlik döneminde tecrübelenen olaylar bilinçdışındaki çocukluk çağında yaşanan travmatik olaylarla benzer olarak algılanmakta ve yoğun hislere sebepolmaktadır.Her organizma etrafına denge ve tutarlılık ile güdülenmiştir. Bu doğrultuda kişiler yaşamda kalmaya yönelik bildikleri şemalarını sürdürme eğilimindedirler. Bu durum şemaların bize değişime dirençli ve katı olduğunu göstermektedir. Yani bireyin şemaları rahatsızlık ve sıkıntı oluştursalar da, yaşamın erken dönemlerinde tanıdık olarak geliştiklerinden, bireylerin bu manada kendilerini rahat hissetmelerini sağlamalarıdır. Ayrıca şemalar hayat boyu gelişerek yaşantılarınanlamlandırılmasında rol oynamaktadırlar. Bu noktada, bireyler şemalarıyla ters düşen durum ya da olaylarla karşılaştıklarında çeşitli başa çıkma yöntemleri kullanmaktadırlar. Bu durum yine şemaların değişime dirençli olmalarına yol açmaktadır.Şemaların bir diğer özelliği ise, boyutsal olmalarıdır. Farklı seviyelerde yaygınlık ve şiddet gösteren şemalar negatif hislerin yoğunluğu ve süresini de artırmaktadır.[82]

---

[79]Rafaeli vd., a.g.e., s.116-125.
[80]Rafaeli vd., a.g.e., s.116-125.
[81] Giesen-Bloo Josephine,vanDyck Richard, Spinhoven Philip, vanTilburg William,DirksenCarmen, van Asselt Theavan, et al.,Outpatientpsychotherapyforborderline personality disorder, randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focusedpsychotherapy. Archives of General Psychiatry, 2006, 63, 649-658.
[82]Rafaekli vd., a.g.e.,s.116-125.

2.2.2. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Kökenleri

Young ve arkadaşları, çocukluk ve adölesan döneminde gelişmiş olan uyumsuz şemaların kökenini 3 ayrı süreçte ele almışlardır. Bu süreçler; temel duygusal ihtiyaçların karşılanmaması, duygusal mizaç ve erken dönem uyumsuz yaşantılardır.

1) Temel Duygusal İhtiyaçların Karşılanmaması:

Young ve arkadaşları, çocukluk döneminde karşılanması gereken bazı ana ihtiyaçlardan bahsetmiştir. Bu gereksinimlerin yoğunluğu bireyden bireye değişim göstermekle birlikte evrenseldir ve herkes de bulunmaktadır. Bunlar;

● güvenlik, istikrar, bakım ve kabul görmeyi içeren diğerlerine güvenli bağlanma

● otonomi, yetkinlik ve kimlik algısı

● hislerin ve ihtiyaçların ifade edilmesi

● spontan olma ve oyun

Çocukluk döneminde yaşanılan bu ihtiyaçların karşılanıyor olabilmesi kişilerin psikolojik olarak sağlıklı ve çevresine uyumlu kişiler olmalarını desteklemektedir. Aksi takdirde bu ihtiyaçların engellenmesi şemaların oluşarak isteklerin uyumsuz yollarla karşılanmasına neden olmaktadır.[83]

Bağlanma Kuramı

Şema kavramı açıklanırken, Young'un bildirdiğine göre, Bowlby 'nin bağlanma kuramına dayandırılmış ve şemalar bağlanma figürleri ile olan etkileşimlerin temsilleri olarak tanımlanmıştır.[84]Ebeveyn- çocukları ilişkisinde ilişkinin kalitesi çocukların psikolojik sağlıkları üzerinde önemli bir rol oynamaktadır.[85]

---

[83]Rafaeli vd., a.g.e.,s.116-125.
[84]Rafaeli vd., a.g.e.,s.116-125.
[85]Dilek Sarıtaş, Gençöz Tülin, Psychometric properties of "Young Schema Questionnaire-Short Form 3" in a Turkish adolescent sample. J Cognit Behav Psychother, 11:2011, s.83-96.

Tüm canlılarda olduğu gibi çocuk ebeveyn ilişkilerinde de yakınlık sürdürme ihtiyacı doğrultusunda bir bağlanma figürüne ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bağlanma figürü genellikleri kişinin kendine yakın hissettiği anne olmaktadır.[86] Bu iki kişi arasında kurulan tekrarlı ilişkiler sonucunda bu bağ uzun süreli olma özelliği taşımaktadır.

Bowlby'e göre bağlanma davranışı, stresle başa çıkmada bir uyum aracıdır.[87] Çocuk annenin bakım ve desteğine uzun süre bağımlı olarak yaşar. Çocuk, bakım ve konforun devamını sağlayacak davranış dağarcığıyla doğar. Bu dağarcık bebeğe tehditle başa çıkmada ve stres yönetiminde yardımcı olmakta, "Önemli diğerleri"yle yakın bağlar kurmaya ve bunu düzenleme yardımcı olmaktadır.[88]Bu stres yaratan durumlarda oluşan kaygı hissi, bireyde "Bağlanma Davranış Sistemini" aktive etmektedir. Bu sistem ise tehdit ve tehlike karşısında güvenilir bir alan yaratan bağlanma figürlerine yakınlık kurmayı gerekli kılmaktadır.[89]

Bağlanma kuramında, çocukta birincil bakım veren kişi (genellikle anne) ile yaşanılan etkileşimler sonucunda erken dönem temsiller oluşmaktadır. Bu temsiller kişinin hem tüm dünya ile ilgili oluşturacağı diğer temsillerine temel oluşturmakta hem de kişinin gelecek dönemdeki ilişkilerini etkileyerek psikopatolojik sonuçlaraneden olabilmektedir.[90] Hazan ve Zeifman; Bağlanmanın hayatboyu etkinliğini koruyan bir sistem olduğunu savunmaktadır. Tüm bebekler kendilerine bakım veren kişi/kişilere duygusal bağın kalitesi ve algılanan güven açısından farklı derecelerde bağlanma geliştirmektedir.[91]

Güvenli bağlanma algısı, bireyin önemli diğerleriyle etkili bir telekominikasyon kurması ve ihtiyaçlarının zamanında karşılanmasını göstermektedir. Böylece bireyin bağlanma sistemi pozitif yönde desteklenmiş

---

[86]Senar Batur, Yeme bozukluğu gösterenlerde ve göstermeyenlerde temel bilişsel şemalar, Ankara Üniversitesi, Ankara, 2004, s. 15-18 ***(Yayımlanmamış Doktora Tezi)***

[87]Bowlby John, Attachment and bowlby, vol. 1, attachment (2. Basım), Basic Books, New York, 1982, s.175-194.

[88]Ersoy Kart, Yetişkin bağlanma stillerinin bazı bilişsel süreçlerle bağlantısı, sağlık personeliyle yapılan bir çalışma, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara, 2002, s. 9-21 ***(Yayımlanmamış Doktora Tezi***)

[89]Cindy Hazan, Shaver Philip, Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships, Psychology Inquiry, 1994, 5, s.1-22.

[90]Kim Bartholomew, Avoidance of intimacy, An attachmentperspective, Journal of Socialand Personal Relationships, 1990, 7, s.147-178.

[91]Görkem Saygılı, Erken Döneme İlişkin Gelişimsel Etmenler İle Psikolojik İyilik Hali Arasındaki İlişkide Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Aracı Rolünün İncelenmesi. Ankara Üniversitesi, Ankara, 2014, s.11-25 ***(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)***

olmaktadır. Ersoy'un bildirdiğine göre; Bowlby'ye göre hayatın ilk senelerinde şekillenen bağlanma örüntüsü gülümseme, ağlama, emme, izleme/takip etme ve tutunma tavırları aracılığı ile herhangi bir tehlike/tehdit anında bebek ile bağlanma figürü arasında güvenli üs görevi görerek yakınlığın sürdürülmesine hizmet etmekte ve hayat boyu göreli bir kararlılık göstermektedir. İki taraf arasında kurulan bu ilişkinin kalitesi ise bağlanmanın güvenliğini ve ileriki dönemlerde bebeği ne şekilde etkileyeceğini belirlediğinden psikopatoloji açısından önemliolmaktadır.[92] Genel manada bakım verenin ulaşılabilirliği, tutarlılığı, tepkiselliği ve bebek tarafından alakanın nasıl algılandığı bağlanmanın güvenliğini belirleyen etmenler olarak değerlendirilmektedir. Bağlanmanın güvenliği Bowlby tarafından tanımlanan içsel çalışan modellerle alakalı olup bebeğin kendine, diğer bireylere ve diğer ilişkilere yönelik beklentilerini, algılarını ve tavırlarını etkilemektedir. Başka bir söylemle annesi tarafından ihtiyaçları uygun ve tutarlı bir şekilde değerlendirilip cevaplanan bebek, güvenli bağlanmanın tabanında yatan (ihtiyaç halinde) 'ulaşılabilir ve duyarlı anne' temsilini oluşturabilmekte ve güvenli bağlanan bebekler hem kendilerini hem de dünyayı daha pozitif değerlendirmeler sonucunda oluşan, bebeğin kendine, diğerlerine ve ilişkilere yönelik kavramsallaştırmalarını içeren içsel çalışan modeller ileriki dönem ilişkiler için de birer prototip görevi görerek bireyin his, düşünce ve tavırlarını etkilemektedir.Güvenli olmayan bağlanma algısı ise; bireyin ihtiyaç duyduğunda önemli değeriyle yakınlık kurulamamasından kaynaklanmaktadır. Bu noktada birey pozitif bir iletişim geliştiremediğinden kendisi ve diğerleri hakkında negatifzihinsel model geliştirmektedir.[93]

Ainsworth ve arkadaşları anne bebek arasındaki bağlanma ilişkisini araştırmışlardır. Yaptıkları çalışmada bebeğin, annenin ortamdan ayrılmasına ve ortama geri dönmesine verdiği tepkiler gözlenmiş ve üç farklı bağlanma örüntüsü tanımlanmıştır. Bunlar güvenli bağlanma, kaygılı/kararsız bağlanma ve kaçınanbağlanma olmak üzere üç farklı bağlanma türü olarak belirtilmiştir.[94]

Shaver ve Brennan tarafından yürütülen bir çalışmada, bağlanma örüntüsünün kişinin kişiliği üzerinde bir takım etkiler yarattığı ileri sürülmektedir.

---

[92]Ersoy, a.g.e., s. 9-21.

[93]Ünal Bozkurt, Earlymal adaptives chemasandwell-being, Importance of parenting styles and other psychologicalresources, ODTÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2012, s.13-29 ***(Yayımlanmamış yüksek lisans tezi)***

[94] Olcay Tüzün, Sayar Kemal, Bağlanma Kuramı ve Psikopatoloji, Düşünen Adam, Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 19 (1), 2006, s.24-39.

Buna göre güvenli bağlanan bireyler güvensiz bağlanma örüntüsüne sahip olanlara göre daha az nörotik, daha dışa dönük, daha az kaygılı ve daha sıcak oldukları belirtilirken**;** kaçınıcı bağlanma stiline sahip bireylerin daha depresif, disoryante, ilişkilerinde doyumsuz olan kişiler oldukları belirtilmektedir. Ek olarak, olarak korkulu bağlananların sosyal olarak izole oldukları ve duygusal ilişki kurmakta zorlandıkları belirtilmektedir.[95]

Bireylerin erken dönemde bakım verenle kurduğu ilişki örüntüsü ile bireylerin erişkinlikteki işlevselliği ve ilişki kurabilme yeterliliği arasındaki ilişkiye yapılan vurgu ortak kabul görmektedir.[96] Diğer bir ifadeyle, değişime dirençli yapılar haline gelen zihinsel temsillerin bireylerin hayatları boyunca önemli diğerleriyle kurdukları duygusal bağları ve bireyler arası sorunları niteleyici etkileri olmasından kaynaklanabilir.[97]

Bosmans, Braet ve Vlierberghe'nin çalışması bunu destekler niteliktedir. Bu çalışmaya göre erken dönem uyumsuz şemalar güvensiz bağlanma ve psikopatoloji arasında aracı bir rol görmektedir. Daha belirgin olarak Kopukluk/Reddedilmişlik ve Diğerleri Yönelimlilik şema alanları bağlanmanın Kaygılı Boyutu ile alakalandırılırken; Kopukluk/Reddedilmişlik ve Zedelenmiş Sınırlar alanları bağlanmanın Kaçınıcı Boyutu ile alakalandırılmaktadır. Bu bulguya paralel olarak, adölesanlarda ve erişkinlerde olan erken dönem uyumsuz şemaların psikopatoloji ile ilişkilendirildiği gibi yetersiz ebeveynlik yaşanmışlıklarıyla da ilgili olduğu ileri sürülmektedir.

Bu bulguyu Kapçı ve Hamamcı aile işlevleri ile erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki alakaya işaret etmesiyle de destekler niteliktedir. Diğer bir ifadeyle, Yetersizlik ve Duygusal Yoksunluk uyumsuz şemalarına ek olarak Zedelenmiş Sınırlar şema alanının çocuğun aile ile olan negatif alakasından etkilendiği belirtilmektedir.[98]

---

[95] Inge Bretherton, Mary Ainsworth, Insightful Observer And Courages Theoritician, ToAppear in Kimble& M. Werheimer (Editörler), Portraits Of Pineers In Psychology (vol. 5). Hillsdale, NJ, Erlbaum, 03, 2003, s.317-331.

[96] Gonca Soygüt, Çakır Zehra, Ebeveynlik biçimleri ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkilerde kişilerarası şemaların aracı rolü, Şema odaklı bir bakış, Türk Psikiyatri Dergisi, 20(2), 2009, s.144-52.

[97] Inge Bretherton, Theorigins of attachment theory, john bowlb yandmaryains worth, Development Psychology, 28, 1992,s.759 – 775.

[98] Kapçı Emine Gül, Hamamcı Zekeriya, Aile işlevi ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişki, Erken dönem uyum bozucu şemaların aracı rolü. Klinik Psikiyatri, 2010,13,s.127-136.

Bağlanma kuramı erken dönemdeki ilişkisel yaşantıların daha sonraki gelişim için çok büyük önem taşıdığını belirtmektedir. Bağlanma kuramı daha önceki ilişkisel yaşantılarda öğrenilen bağlanma örüntülerinin bireylerin stresli olaylarla başa çıkma yollarını ve bunun sonucunda da psikolojik iyilik hallerini etkileyeceğini belirtmektedir.[99]

Sonuç olarak, önemli diğerleriyle kurulan ilişki sonucu aşama aşama gelişen bağlanma davranış sistemi, bireyin kendi ve diğerleri hakkındaki zihinsel temsilleri oluşturduğu belirtilmektedir. Başka bir deyişle bağlanma sistemi bireyin alakasal beklentilerinin, hislerinin ve tavır örüntülerinin özelliklerini ortaya çıkarmaktadır. Ek olarak, bağlanma kuramında olduğu gibi şema kuramında da erken dönem yaşantıların erişkinlikte ki bireyler arası alakayı bununla beraber psikolojik iyilik halini etkilediği görülmektedir.

Psikolojik Kontrol

Bağlanmanın dışında Young ve arkadaşlarının çocuğun otonomi ihtiyaçlatrını karşılanmamasını örneklediği çalışması, ebeveynin otonomiye dair destekte bulunmasının son derece önemli olduğunu ortaya koymaktadır.[100] Şema Terapi kuramında aşırı olmayacak şekilde giderilmesi gerekli olan kimi gereksinimlerin aşırı seviyede giderilmesi halinde kişide bağımlılık/yetersizlik, hak görme/büyüklük şemalarının gelişebileceği düşünülmektedir. Böyle olması halinde çocuğun özerklik, otonomi ve gerçekçi sınırlar gibi ana duygusal gereksinimleri karşılanmamış olacaktır.[101]Ayrıca ebeveynin otonomiye dair yardımının çocuk için son derece önem taşıyan bir ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bağlama kuramı çocuklar için bağlanma sistemi ile keşif sisteminin birbiri ile alakalı bir eylem sistemi içinde göstermektedir.Böylelikle güvenli bağlanan çocukların korunma ve konfor ihtiyacı ile çevreyi keşfetme ihtiyacı arasındaki dinamik dengeyi olumlu şekilde kurması gerekir.[102]

---

[99] John Bowlby, Attachment and loss: Retrospect and prospect, *American journal of Orthopsychiatry* 52.4, 1982, s. 664.
[100] Ersoy, a.g.e., s. 9-21.
[101] Elif Çolakoğlu, Genç Yetişkinlerde Kendilik Algısı, Erken Dönem UyumsuzŞemalar, Algılanan Ebeveynlik Stilleri Ve Kişilerarasıİlişkiler. Maltepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012, s. 7-24.
[102]Ersoy, a.g.e., s. 9-21.

Bağlanmayla alakalı tutumlar bu bütünleşik yapının bağlanma kısmını oluşturuyorken bakımverenin otonomiye dairyardımıya da psikolojik denetimi bu yapının keşif tarafının tamamlayıcısı olarak görülmektedir. Psikolojik denetim, bakımverenin çocuğua karşı geliştirdiği koşullu kabulü gösteren bir davranış olduğusöylenmektedir. [103] Başka bir deyişle, çocuğun bakımverenin onayıparalelinde düşünmesini, harekete geçmesini ya da hissetmesini sağlayacak şekilde zorlayıcı bakımveren tavrı olduğu belirtilmektedir. Bu zorlayıcı bakımveren tutumları çocuğu suçlama, utandırma ve kaygılama şeklinde oluşmaktadır. Başka bir deyişle ebeveyn dolaylıyollarla çocuğun tavırlarını kontrol etmeye çalışmaktadır. Psikolojik kontrolün tersine otonomi yardımı çocukta bazı becerilerin gelişmesinin anne tarafından desteklenmesi olarak açıklanmaktadır. Başka bir deyişle, otonomi desteği annenin çocuğa kendi kendine sorunlarla baş etme, tercihte bulunma ve kararlaradahil olma durumlarındaöz güveni artırmada yardımcı olması manasını taşımaktadır. Kaynakçada ki çalışmalar gerektiği kadar otonomi desteğinin çocuğun hayat sorumluluklarına karşı tecrübe elde etmesi için teşfikte bulunmasının yanı sıra güvenli bağlanma örüntülerini devam ettirmesine de katkıda bulunduğu belirtmektedir.[104]

Anne ile çocuk arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalar genellikle iki konuyu temel almışlardır. İlki, annenin çocuk yetiştirirkenki tutumlarını anlamak, tanımlamak ve sınıflandırmak iken, diğeri isebakım verenlerin tutumlarının hangi derecede çocuğun bilişsel, sosyal, hissel ve tutumsal gelişimine etkide bulunduğunu kavramak olduğu belirtilmektedir. Anne-baba yardımı ve anne-baba denetimi genellikle anne baba davranışlarını sınıflandıran tanımlar şeklinde ifade edilmektedir. Çocuğun gelişimini pozitif yönde etkileyen ebeveyn desteği, ebeveynlerin çocuğu fiziksel ve hissel olarak doyurduğu, sıcak, duyarlı (responsiveness), kabul edici ve bağlı bir şekilde davrandığı ebeveyn tavrı olarak değerlendirilirken ebeveyn kontrolünün çocukta yarattığı etkiler açısından daha karışık ve çeşitli bir yapısı olduğu belirtilmektedir. Bunlar suçlayıcı, zorlayıcı, baskıcı, düşmanca, tutarsız kontrolü;

---

[103]Derya Güngör, Bağlanma stillerinin ve zihinsel modellerin kuşaklararası aktarımında ana babalık stillerinin rolüAnkara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara ,2000, s.14-26.(***Yayımlanmamış Doktora Tezi***)

[104]Ünal Bozkurt, Early maladaptives chemas and well-being, Importance of parenting styles and other psychologicalresources, ODTÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara, 2012, s.9- 22.

kısıtlayıcı, ceza verici ve sevgiden yoksun bırakmayı içine alan zorlayıcı ebeveyn tavrını tanımlamaktadır.[105]

Anne-baba kontrolünün daha net açıklanması için çalışmalar psikolojik kontrol ve davranışsal kontrol arasındaki farka dikkat çekmektedirler. Davranışsal kontrol, evsorumlulukları, günlük faaliyetler ve tavırlar gibi çocuğun tavırlarına yönelik olması ile tanımlanırken, psikolojik kontrol hisler, kendini ifade edebilme, yeterlilik ve kimlik algısına yönelik çocuğa yapılan müdahaleler olduğu belirtilmektedir.Başka bir deyişleSchaefer psikolojik denetim, çocuğun anne-babadan bağımsız bir kişi olarak yetişmesine izin vermeyen, örtük kontrol metodu şeklinde tanımlıyor; davranışsal kontrolü ise daha yaygın, örtük olmayan davranışlar olarak tanımlamaktadır.[106][107] Psikolojik kontrol ve davranışsal kontrol arasındaki farkı şu şekilde ifade etmektedir. Davranışsal kontrolün az olması çocuğun az yönlendirilmesine ve denetimine sebep olmakta, bu durumun çocuğun tehlikeli ve riskli ortamlarda bulunmasına sebebiyet verdiği belirtilmektedir. Bunun aksine, çok fazla psikolojik kontrol çocuğun bağımsız davranmasını, psikolojik yeterliliğinin gelişimini ve kendi kendini yönetimini de negatif şekilde etkilediği ileri düşünülmektedir.[108]

Söylenenlere eş olarak psikolojik kontrolü zorlayıcı, engelleyici, manipülatif anne-baba tavrı şeklinde açıklanmaktadır.[109] Bu tavır biçiminin çocuğun gelişim sürecinde bir takım problemler doğurabileceği belirtilmektedir. Bu problemler çocuğun okuldaki başarısını negatif etkileyebileceği gibi, içedönüklük, depresif duygudurum, yeme bozukluğu gibi içselleştirilmiş problemlere, antisosyal davranışlar, agresyon gibi dışsallaştırılmış sorunlara neden olabilmektedir. Psikolojik kontrol süreci, çocuğun hissel ve psikolojik gereksinimlerine cevap vermeyen ve bu şekilde çocuğun kendini ifade etme ve otonomi becerisini baskılayan ebeveyn tavrı olarak da açıklanmaktadır. Böyle bir ortamda çocuğun farkındalığının gelişmesi ve

---

[105] GoncaSoygüt, Zehra Çakır, Antisosyal Kişilik Bozukluğunda Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Algılanan Ebeveynlik Stilleri ve Şema Sürdürücü Başa Çıkma Davranışları Arasındaki İlişkiler: Şema Terapi Modeli Çerçevesinde Bir İnceleme Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2007, s.12-26.***(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)***

[106] Schaefer EarlS, A configurationalanalysis of children'sreports of parentbehavior, *Journal of consultingpsychology,*29.6 ,1965, s.552.

[107]Steinberg, Richard, et al, Theinfluence of studentunderstanding of classic alphysic swhenle arning quantum mechanics, *Research on teaching and learning quantum mechanic* ,1999, s.41-44.

[108]Soygüt ve Gonca, a.g.e., s. 12-26.

[109] Barber Brian Kent, (Ed), Intrusiveparenting: How psychological control affect schildren and adolescents, Washington, DC, US: AmericanPsychologicalAssociation, xv, 309, 2002, s.3-13.

kendilik algısının gelişmesi zorlaşmaktadır. Bunlara ek olarak psikolojik kontrol suçluluk duygusu, bağımlılık, pasif agresif tutum, yabancılaşma, sosyal olarak izole olma ve edilgen olma özellikleriyle ve çökkün duygudurumla ilişkili bulunmaktadır.[110]

Anne- babanın psikolojik denetim tavrının manipülatif yanını tanımlayan sınıflandırmalar şöyle ifade edilmektedir; suçlama ile psikolojik kontrol, sevgiden mahrum bırakarak psikolojik kontrol ve kaygı enjekteetme. Misal, sevgiden mahrum bırakarak denetimkurmaya çalışan anne-baba, sevgilerini ve ilgilerini ancak çocuk onların istediği şekilde davranırsa vereceklerinin dayatmasını yapmaktadırlar. Çocuğun kendisini dile getirmesine engel koyan anne-baba tutumu psikolojik denetimin alıkoyan, engelleyen yanını göstermektedir.[111] Başka bir deyişle, anne-baba ile çocuğun sözel aktarım çocuğun kendini dile getirmesinde oldukça önemli bir unsurken, çocuğun sözel ifadelerini engelleyici, dile getirdiklerine alakasız duran anne-baba tutumu çocuğun kendisine ve başkalarına dair düşüncelerini, gördüklerinidile getirme yeteneğine olumsuz etki ettiği söylenmektedir.[112]

Psikolojik denetim ve anne-baba tutumları birlikte düşünüldüğünde, sahiplenici, baskın ve iç içe geçmiş anne-baba tarzının, anne-baba çocuk ilişkisini negatif olarak etki ettiği ifade edilmektedir.[113] Başka bir deyişle, çocuğun anne-babaya ilişkin duygusal ve psikolojik bağımlılığını güçlendiren, anne-baba ile çocuğun duygusal bağını aşırı derecede vurgulayan, çocuğun kişisel sınırlarının olmadığı iç içe geçmiş anne-baba tarzı çocuğun bireyselleşmesini engellemesinin yanı sıra bağımlılığını da artırdığı belirtilmektedir.[114]

Morris ve arkadaşları çalışmalarında,anne-babalık ile çocuğun mizacı arasında bir etkileşim olduğu ifade edilmektedir.Başka bir deyişle, psikolojik kontrol ile içselleştirilmiş ve dışsallaştırılmış sorunların alakası incelendiğinde, negatif kişilik özelliklerine sahip olan bireylerin psikolojik iyilik halinin negatif etkilenebileceği belirtilmektedir. Birçok çalışma psikolojik kontrolün çocuğun gelişimsel sürecine

---

[110] Saygılı, a.g.e., s.11-25.
[111] Gonca Soygüt, Zehra Çakır, Ebeveynlik biçimleri ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkilerde kişilerarası şemaların aracı rolü: Şema odaklı bir bakış, Türk Psikiyatri Dergisi, 20(2), 2009, s.144-52.
[112] Kent, a.g.e., s.3-13.
[113] Nergis Lapsekili, Mehmet Ak, EarlyMal adaptive Schemas Related to Unipolar and Bipolar Depression: Similarities and Differences, Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research, 1(3), 2012, s.145-151.
[114]Murat Boysan, Üniversite öğrencilerinde erken dönem uyumsuz şemalar, başa çıkma stilleri ve öznel iyi oluş arasındaki ilişkilere yönelik bir model sınaması, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Ankara, 2012, s. 9-29 ***(Yayımlanmamış Doktora Tezi).***

negatif etkide bulunabileceğini belirmektedir. Psikolojik benlik kavramı, başka bir deyişle, çocuğun benlik saygısı, özgüveni, kendini aktarabilme yetisi, bunlarla birlikte psikososyal gelişimi ebeveyn tutumuyla yakından ilişkilendirilmektedir.[115]Ek olarak, depresyon, intihar düşünceleri, içe dönüklük, yeme bozuklukları gibi içselleştirilmiş sorunların; saldırganlık, yıkıcı davranışlar ve suç işleme gibi dışsallaştırılmış problemlerin psikolojik kontrol ile alakası olabileceği belirtilmektedir.[116]

Nihayi olarak, psikolojik denetim çocuğun artan gelişimsel otonomi ihtiyacına karşılık anne-babanın uygun olmayan şekilde davranması anlamını taşımaktadır. Psikolojik denetim anksiyete ve suçlama barındırdığından çocuğun sosyal-duygusal gelişimini kısıtlayabileceği, öz güven ve öz yeterlilik duygularının gelişimini negatif etkileyebileceği düşünülmektedir.[117] Bu görüşe benzer, Cummings ve arkadaşlarının çalışması çocuğu sevgiden mahrum edilişinin, suçlamanın ve çocuğun görüşlerini yok saymanın çocukta negatif baş etme becerileri geliştirmesine sebebiyet verebileceği ifade edilmektedir. Bu negatif baş etme becerileri bağımlı olma, engellenme ve boyun eğme ile ifade edilmekte ve bireyin öz yönetim gelişimini engellemektedir. Ayrıca, anne-baba psikolojik denetimi adölesanlarda uyumsuzluk ve depresif belirtiler, kaygı ve düşük benlik saygısı gibi sorunlarla alakalandırıldığıbildirilmektedir.[118]

2) Erken Dönem Yaşantılar:

Erken dönemde gelişen ve güçlü olan şemaların temelinde travmatize edici yaşantıların yattığı belirtilmektedir.[119] Yaşamın erken döneminde gelişen bu şemalar aile ortamındagelişir ve genellikle çocuğun dinamikleri ailenin dinamikleri olmaktadır. Hayatın ilerleyen zamanlarında şema gelişse de çocuklukta gelişenler kadar güçlü değildir. Çocukluk deneyimlerinin erken dönem uyumsuz şemalar, katı bireylerarası inançların temelini oluşturur ve hayat boyunca tekrar ederler.[120]

---

[115] Saygılı, a.g.e., s.11-25.
[116] Gonca Soygut, vd., Assessment of earlymaladaptiveschemas, A psychometricstudy of theTurkishyoungschemaquestionnaireshort form-3. Turkish J Psychiatry, 20:2009, s.144-52.
[117]Boysan, a.g.e., s.9-29.
[118]WatersEverett, Mark Cummings, A secure base from which to explore close relationships, *Child development*, 71.1, 2000, s.164-172.
[119] Gonca Soygüt vd., Ebeveynlik biçimlerinin değerlendirilmesi, Young Ebeveynlik Ölçeğinin psikometrik özelliklerine ilişkin bir değerlendirme. Türk Psikol. Derg, 11, 2008, s.17-30.
[120]Rafaeli vd., a.g.e., s.116-125.

Model çerçevesinde şemaların altında yatan 4 temel erken dönem yaşantıdanbahsedilmektedir:

● Gereksinimlerin karşılanmasının engellenmesi: Çocuğun sevgi, anlayış ve istikrar gibi entemel ihtiyaçlarını karşılanmaması sonucu terk edilme, duygusal yoksunluk gibi şemaların geliştirilmesidir.

● Travmatize edilme: çocuğun yaşadığı fiziksel ya da duygusal travmatik olaylar sonucu en temel gereksinimlerinden biri olan güvenlik ihtiyacının zedelenmiş olmasıyla kusurluluk/utanç, tehditler karşısında dayanıksızlık ve kuşkuculuk gibi şemaları geliştirmesidir.

Çolakoğlu'nun bildirdiğine göre, Wright, Crawfor ve Castillo'nun yaptıkları çalışmada, erken dönem uyumsuz şemaların erişkinlikte ki depresyon ve kaygı belirtilerinin aracı rolü olduğuna ve çocukluktaki ihmal ve istismar yaşantılarıyla alakalı olabileceğini göstermektedir.[121]

Aynı şekilde Saygılı'nın bildirdiğine göre Springer, Sheridan, Kuo ve Carnes çalışmada çocuklukta fiziksel istismara maruz kalanların erişkinlikte depresyon, kaygı belirtileri gösterebileceği ve öfke sorunlarının olabileceğini belirtilmektedir.[122]

● Aşırı korunma: ebeveynlerin çocuğun özerklik, otonomi ve gerçekçi sınırlar konması gibi temelihtiyaçlarının göz ardı edilmesi sonucunda oluşmaktadır. Ebeveynlerin aşırı korumacı yaklaşması ya da aşırı tolerans göstermeleridir.

Kuramda bağımlılık/yetersizlik, hak görme/büyüklükşemalarının bu yaşantılarla ilişkilendirilebileceği savunulmaktadır.

● Seçici içselleştirilmesi ya da seçici özdeşim kurma:

Çocuk aile içinde gördüğü ebeveynlerinin düşüncelerini, hislerini, tecrübelerini ve davranışlarını seçici olarak içselleştirir ve özdeşleştirerek şemalarını

[121] Çolakoğlu, a.g.e., s.7-24.
[122] Saygılı, a.g.e.s.11-25.

ve baş etme biçimlerini oluşturmaktadır. Ebeveynlerin etkisinin dışında özdeşim sürecinde mizacında etkisi söz konusudur.[123]

***3)*Duygusal mizaç:**

Kişilerin doğduğu andan itibaren farklı ve benzersiz bir kişiliği bulunmaktadır. Mizaçın, erken dönem yaşantılarla etkileşim içinde olup şemaların oluşmasında önem taşıdığı belirtilmektedir.[124]

Şemaların oluşumunda erken dönem yaşantıların dışında hissel mizacın da son derece önemli etkisi olduğu söylenmektedir. Her çocuğun bebklikten beri benzersiz bir karakterinin ve mizacının olduğu kabuledilmektedir.Kimi çocuklar daha aksi, daha utangaç veya daha saldırgan olabilmektedir. Negatif çocukluk yaşantılarının duygusal mizaçla etkileşim içinde şemaların oluşumunda belirleyici olabileceği söylenmektedir.[125]Misal, tepkisel bir çocuk sakin bir çocuğa nazaran şiddet eğilimi gösteren ebeveynden daha fazla fiziksel kötüye kullanıma maruz kalabilmektedir. Benzer ebeveyn davranışıyla karşılaşan farklı kişilik özelliklerine sahip iki çocuk farklı tepkiler verebilmektedir. Örneğin, reddedici bir aile ortamında utangaç çocuk daha içe dönük ve bağımlı bir yapı edinirken; sosyal olan çocuğun daha cesaretli olabileceği ve pozitif ilişkiler kurabileceği belirtilmiştir.[126]

Beş faktör modeli, görgül araştırmalar neticesinde keşfedilen kişilik özelliklerinin beş faktörünü ifade ettiği belirtilmektedir. Kişiliğin tanımlanması ve ölçülmesine ilişkin çalışmalar çerçevesinde gelişen Beş Faktör Yaklaşımı, günümüzde kişiliğin ve birey özelliklerinin varolan farklı değişkenlerle ilişkisinin değerlendirildiği çalışmalarda hem kuramsal yaklaşım hem de ölçme aracı olarak yaygın bir biçimde kullanıldığı belirtilmektedir. Sözcüksel varsayımdan (lexicalhypothesis) yola çıkılarak geliştirilen Beş Faktör Modeli, bireylerin kendilerini ve diğerlerini tanımlamak için kullandıkları terimlerin analizine dayanmaktadır.[127]

---

[123]Rafaeli vd., a.g.e., s.116-125.
[124]Çolakoğlu, a.g.e., s.7-24.
[125]Rafaeli vd., a.g.e., s.116-125.
[126]Seda Sapmaz Yurtsever, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Algılanan Ebeveynlik Biçimlerive Duygu Düzenlemenin Yeme Tutumu Üzerindeki Etkisi, Ege Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2014, s.8-29.
[127]Çolakoğlu, a.g.e., s.7-24.

İnanç ve Yerlikaya ise kişiliği "kişiyi diğerlerinden ayıran, kişiye özgü, tutarlı ve yapılaşmış özellikler bütünü" şeklinde ifade edilmektedir. Genel olarak kişilik kişiyi başkalarından ayıran, kendine hasnitellikleri temsil eden bir yapı olarak tanımlansa da kişilik kuramcıları kendi kuramsal yaklaşımları neticesinde farklı vurgular yaparak kişiliği açıklamışlardır.[128]

Nihayi olarak, kişiliğin tanımlanması ve ölçülmesine ilişkin kuramsal çalışmalar çerçevesinde gelişen Beş Faktör yaklaşımı, insanların kendilerini ve başka insanların kişilik özelliklerini ifadeetmeleri adına kullandıkları terimlerin analizine dayanan beş faktörlü kişilik yapısı modeli olduğu belirtilmektedir. Beş faktör modeli kişiliği açıklarken diğer kişilik kuramlarının yerine geçmek yerine daha bütünleyici bir şekilde kişiliğin farklı sistemlerini ifade etmektedir. Beş faktörün boyutları önemli hayat olaylarının sonuçları (iş ve okuldaki performans, iyilik hali, suç işleme ve psikopatolojinin bazı boyutları) ile anlamlı bir şekilde ilişkilendirildiği bulgusuna varılmıştır. Beş faktör modelin kişiliğin farklı sistemlerine sahip kişileri açıklayan bir model olduğu belirtilmiştir. Beş faktörün boyutları aşağıda kısaca tanımlanmıştır.[129]

- Dışadönüklük (Extroversion) boyutunun birlikte anıldığı özellikler sıcak, girişken olma, iddialı olma, hakkını savunma, aktif ve konuşkan olma şeklinde ifade edilmektedir. Buna karşın içe dönük bireyler ise utangaç, uysal ve sessiz olma gibi özelliklerle açıklanmaktadır.
- Geçimlilik (Agreeableness) boyutu güvenilir, işbirliğine yatkın, alçakgönüllü, özgeci, destekleyici, kibar, nazik ve diğer insanlarla duygusal yakınlık kurabilen insanları tanımladığı öne sürülen bir boyuttur.
- Sorumluluk (Conscientiousness) boyutu ise disiplinli, özenli, dikkatli, sorumluluk sahibi, planlı, başarılı, etik kurallara bağlı, başlanan bir işi bitirebilen özellikteki kişileri anlattığı ileri sürülmektedir.
- Duygusal Dengesizlik (Neuroticism) boyutundaki bireyler kaygılı, depresif, sinirli, duygusal, gergin, üzgün ve güvensiz olma eğilimleri ile ifade edilmiştir.

[128] Ahmet Bedel, İsmail Küçükköse, Lise öğrencilerinde kişiler arası sorun çözme ve stresin incelenmesi, Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi, 2014,15(3), s.24.
[129]Saygılı, a.g.e., s.11-25.

- Deneyime Açıklık (OpennesstoExperience) boyutu ise hayal gücü yüksek olma, yaratıcı olma, kültürlü olma, bilgiye ve öğrenmeye meraklılık, açık görüşlülük gibi özellikleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

İnanç ve Yerlikaya çalışmasında, birey karakteri doğrultusunda içinde bulunduğu duruma uygun şekilde tepkiler verme becerilerine sahip olduğunu belirtse de Young ve arkadaşlarının yaptığı gözlemlerde fazlasıyla kötü ya da uyumlu aile ortamının bireyin duygusal mizacına önemli bir noktada baskın geleceğini varsaymaktadır. Örneğin ihtiyaçların sağlıklı bir şekilde karşılandığı güven ve sevgi ortamında yetişen utangaç çocuk başka koşullarda arkadaşça davranabilmekteyken; bunun yerine reddedici bir aile ortamında yetişen sosyal bir çocuk insanlardan uzaklaşabilmektedir. Aynı şekilde aşırı duygusal mizacın da çevreye baskın gelebileceği ve belirli ebeveyn öyküsü olmadan da psikopatolojiye yol açabileceği belirtilmektedir.[130]

Uyumsuz şemaların oluşumunda daha öncede belirtildiği gibi erken dönemde karşılanmayan temel hissel gereksinimlerin önemli bir etkisi bulunmaktadır. [131] Muris'e göre; erken dönemde çocuğun bakım veren tarafından yetersiz ilgi ve bakım görmesi, ebeveynle sürekli olarak örseleyici bir ilişki içinde olması doğuştan gelen karakter özellikleriyle birlikte uyumsuz şemaların oluşumunu güçlendirmektedir. Diğer bir deyişle, şemaların oluşumunda hem kalıtım hem de çevre etkisini gözlemleyebiliriz. Muris'in çalışması bu etkiyi destekler nitelikte olabilir. Çalışmaya göre zarar veren ebeveyn yetiştirme tarzı ve duygusal dengesizlik kişilik özelliği birlikte uyumsuz şemaların oluşumda önemli bir etkisinin olduğu sonucuna varılmaktadır. Kalıtım ve çevre etkisinin uyumsuz şemaların oluşumundaki etkisi göz önünde bulundurulduğunda, zarar veren ebeveyn yetiştirme tarzı ve örseleyici yaşantılar şemaların oluşumundaki çevresel etkiler olarak değerlendirilebilirken, karakter özelliklerini ya da duygusal mizacı kalıtımsal etkiler olarak değerlendirebiliriz.[132]

---

[130]Bedel ve Küçükköse, a.g.e., s.15.
[131]Rafaeli vd., a.g.e., s.116-125.
[132]Saygılı, a.g.e., s.11-25.

2.2.3. Şema Alanları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

1) Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı:

Bu alandaki şemalara sahip olan bireyler diğerleriile güvenli, tatmin edici bir bağlanma kuramamaktadırlar. Bu kişiler istikrar, güvenlik,bakım, sevgi, ait olma, empati, kabul edilme, hislerin iletimi gibi ihtiyaçlarınındiğerleri tarafından karşılan(a)mayacağına inanmaktadırlar.Aile kökenlerine bakıldığında genel olarak tutarsız, kötüye kullanan, soğuk, reddedici, alakasız ya da dış dünyadan izole ailelerden geldikleri görülmektedir. Diğer şemaalanlarına ve diğer erken dönem uyumsuz şemalara kıyasla, bu alana ilişkin erkendönem uyumsuz şemaları olanlar, daha fazla zarar görmüş olan ve genellikle travmatikbir çocukluk geçirmiş olan bireylerdir. Bu bireyler erişkin dönemlerinde kendilerine zararveren ilişkileri sürdürmeye devam edebilirler ya da tersine ilişkilerden kaçınırlar.[133]

Bu alanda aşağıdaki şemalar bulunmaktadır.[134]

a. Terk Edilme / İstikrarsızlık: Bu şemaya sahip olan bireyler önemli diğerleriyleolan ilişkilerinin kalıcı olmayacağı inancındadırlar. Genellikle tutarsız ailelerdengelmektedirler.

b. Güvensizlik/Suistimal Edilme: Bu kişiler diğerlerinin fırsatını bulduklarındakişisel çıkarları için kendilerini kullanacağı, inciteceği, yalan söyleyeceği,kandıracağı, küçük düşüreceği ya da manipüle edeceği beklentisi içindedirler.Genellikle kötüye kullanan ailelerden gelmektedirler.

c. Duygusal Yoksunluk: Duygusal yoksunluk şeması olan kişiler duygusal ilişkigereksinimlerinin yeterince karşılanamayacağı beklentisi içindedirler. Genelolarak soğuk ailelerden gelmektedirler. Duygusal yoksunluk başlığı altında,bakım (ilgi, sıcaklık, bağ/sevgi ya da bakım görme), empati (dinlenme ya daanlaşılma, kendini açma) ve korunma yoksunluğu (diğer önemli kişilerinkoruması ve/veya yönlendirmesi) bulunmaktadır.

---

[133]Zehra Çakır, Antisosyal Kişilik Bozukluğunda Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Algılanan Ebeveynlik Stilleri ve Şema Sürdürücü Başa Çıkma Davranışları Arasındaki İlişkiler: Şema Terapi Modeli Çerçevesinde Bir İnceleme. HacettepeÜniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007, s.7-24.
[134]Boysan, a.g.e., s.9-29.

d. Kusurluluk/Utanç: Kusurluluk/utanç şeması olan kişiler kendilerini kusurlu,kötü, değersiz, aşağı hissetmekte ve kendilerinin sevilemez olduklarınainanmaktadırlar. Bu duygu ve inançların temelinde kişinin benliğine ilişkinalgıladığı eksiklik ve kusurlar yatmaktadır. Şemanın kökeninde reddediciebeveyn tarzları bulunmaktadır.

e. Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma: Kişi ailesi dışındaki sosyal dünyaya uymadığıya da farklı olduğu duygusu içindedir; kendini herhangi bir gruba ya datopluluğa ait hissedememektedir. Bu kişilerin aileleri de dış dünyadanizoledirler.

2) Zedelenmiş Otonomi ve Kendini Ortaya Koyma Alanı:

Temel gereksinimlerden olan bağımsız hareket edebilme ve rekabet gibi davranışlar ebeveynlerin tutumları doğrultusunda gerçekleştirilmektedir. Bu alanda şemaları olan bireyler bu doğrultuda ailelerinin tavırlarından farklılaşma çabasına içine girerek çatışma yaşamakta ve şemaların oluşmasına neden olmaktadır. Bu şemalar genellikle aşırı koruyucu ya da tam tersi tutum içinde olan aile ortamından kaynaklanabilmektedir. Ebeveynlerin bu tarz durumları bireylerin kendileri ve dünya hakkındaki beklentilerini negatif etkilemekte ve kendine olan güveni zedeleyebilmektedir.[135]

Bu şemaları geliştiren bireyler bağımsız olarak hareket etme, kendine güvenmeme ve çevredekilerin beklentileriyle çatışma yaşanması gibi sorunlarlakarşılaşılabilmektedir.Zedelenmiş otonomi ve kendini ortaya koyma alanında şu şemalar bulunmaktadır:

f. Bağımlılık/Yetersizlik: Bu kişiler başkalarından yardım almadan sorunlarla başa çıkamayacaklarını ve günlüksorumluluklarını yerine getiremeyeceklerine inancı geliştirmektedirler. Genellikle kendilerini çaresiz, beceriksiz ve yardıma muhtaç olarak değerlendirme eğilimdedirler.[136]

g. Hastalıklara ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık: Dayanıksızlık şeması olan kişiler her an bir felaket olacakmış ve bununla baş edemeyecekleri düşüncesi içinde olmakta ve abartılı korku yaşamaktadırlar.Genel olarak tıbbi felaketler (kalp krizi),

[135]Rafaeli vd., 2013, s.116-125; Young vd., 2003, s.7; Sapmaz, a.g.e. s.8-29.
[136]Young vd., a.g.e. s.7-48.

duygusal felaketler (çıldıracakmış hissi) ya da dışsal felaketler (kazalar, doğal afetler) alanlarına ilişkin korkularına odaklandıkları belirtilmektedir.

h. İç İçelik/ Gelişmemiş Benlik: Bu kişilerin birincil bakım veren diğer önemli kişilerle iç içe geçmiş duygusal bağlanma yaşadıkları ve bu durumun kişinin bireyselleşmesini engellediği ve sosyal gelişim sağlayamamasına neden olduğu belirtilmektedir. Bu kişilerin başkalarından yardım almadan mutlu olamayacakları inancı içinde oldukları ve kendilerine ait bir kişilik geliştiremedikleri belirtilmektedir.[137]

i. Başarısızlık: Bu kişiler kendilerini diğerleriyle kıyaslayarak onlardan daha yetersiz olduğu, hep başarısız olacağı inancı geliştirmektedirler. Kişi kendinin aptal olduğu, yeteneksiz, yetersiz ve diğerlerinden daha başarısız olduklarına inanmaktadırlar.[138]

3) Zedelenmiş Sınırlar: Bu alan içsel sınır ve öz disiplin, başkalarına karşı saygı ve sorumluluk, uzun vadede hedef koyma ve ulaşma gibi konularla ilişkili şemaları içermektedir. Bu şemalara sahip kişiler genellikle çocuğu serbest bırakan, izin verici aile tutumundan yetişen bireylerde gözlenmiştir. Bu durum çocuklarda kurallara uymama, dürtülerini kontrol etmede zorlanma, bencillik ve narsist davranışlar gibi problemlerin ortaya çıktığı belirtilmiştir.[139]

Alan şu şemaları kapsamaktadır:

j. Hak Görme / Büyüklük: bu şemalara sahip kişiler kendilerinin özel hak ve ayrıcalıklara sahip olduklarını ve diğerlerinden üstün olduklarını düşünmektedirler. Bu kişiler istedikleri şeylere sonucu ne olursa olsun düşüncesizce ve kural tanımazca ulaşmak için davranışlar sergilemektedirler. Genellikle aşırı talepkar, empatiden yoksun ve baskın karakterde oldukları belirtilmektedir.[140]

k. Yetersiz Özdenetim: Bu kişiler belirledikleri hedefler doğrultusunda davranırken kendilerini yeterince kontrol edememektedirler. Aynı şekilde duygu ve dürtülerini ifade ederken öz kontrolde zorlanmaktadırlar. Herhangi bir reddedilme ya

[137]Young vd., 2003, s.7; Sapmaz, a.g.e. s.8-29.
[138]Young vd., a.g.e., s.7-48.
[139]Young vd., a.g.e., s.7-48.
[140]Rafaeli vd., a.g.e.,s.116-125.

da engellenme ile karşılaştıklarında tolerans göstermede zorlanma yaşamaktadırlar.[141]

4) Başkaları Yönelimlilik Alanı:

Kişinin ana evrensel gereksinimlerinden biri kendi-yönelimli olma ihtiyacıdır. Bu gereksinimin aile içinde desteklenmemesi durumunda başkalarına yönelim şema alanı oluşmaktadır.[142] Bu şema alanındaki bireyler diğerleri ile ilişkilerinde onay alabilme ya da negatif tepkilerden kaçınmak için kendi ihtiyaçlarından ziyade diğerlerininkine odaklanmaktadırlar. Bu kişilerin aile tutumlarına bakıldığında ailenin çocuğun gereksinimlerinde çok kendi duygusal ve sosyal gereksinimlerini önemsedikleri görülmektedir. Dolayısıyla bu ortamda yetişen kişilerin sevgi ve destek alabilmek için koşullu kabullenme sergiledikleri belirtilmektedir.[143]

Alan şu şemaları kapsamaktadır:

l. Boyun Eğicilik: kendi arzu ve fikirlerinin diğerleri tarafında olumlu karşılanmayacağı ve terk edilme, diğerlerinin öfkesinden zarar görme düşüncelerinden kaçınabilmek için kontrolün başkalarına teslim edilmesidir. Bu doğrultuda kişi boyun eğici bir tutum sergileyerek duygu ve ihtiyaçlarını bastırmaktadır.

m. Onay Arayıcılık: Bireyin değerlilik benlik algısının ve benlik saygısının diğerlerinin onayını almaya bağlı olduğu şema alanı olarak tanımlanmaktadır. Bu doğrultuda birey diğerlerinin kabul ve ilgisini kazanabilmek için aşırı uyum gösterme çabasına girmektedir. Özellikle sosyal statü, başarı, para dış görünüm gibi alanlarda aşırı derecede dikkat çekme çabası içinde olmaktadırlar.[144]

n. Kendini Feda: Bu kişiler kendi hazlarını bir tarafa bırakıp gönüllü olarak diğerlerinin mutlu olmaları için ihtiyaçlarını karşılama eğilimi içindedirler. Bu doğrultuda diğerleriyle duygusal bir temas sürdürmektedirler. Bu durum bazen karşı tarafın ihtiyaçlarını karşılama konusunda kendini yetersiz hissetmesine ve

---

[141]Young vd., a.g.e., s.7-48.
[142]Rafaeli vd., a.g.e., s.7-48.
[143]Rafaeli vd., a.g.e., s.116-125.
[144]Young vd., 2003, s.7; Sapmaz, a.g.e., s.8-29.

diğerlerinin bakımını üstlenmesinden dolayı karşı tarafın kızgınlık duymasına neden olmaktadırlar.[145]

5) Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık Alanı**:** Bu şema alanında spontaneduyguların ve dürtülerin bastırılması ya da yok sayılması ile oluşan bir şema alanıdır. Bu kişiler içselleştirilmiş katı kuralları ve beklentileri karşılamak için mutluluklarından, kendilerini ifade etme özgürlüğünden, yakın ilişkilerden elde edilen doyumdan ve sağlıklarından ödün vermektedirler. Genel olarak bakıldığında cezalandırıcı, kuralcı, katı ve baskılayıcı aile tutumlarının etkin olduğu gözlenmektedir. Bu aile tutumu çocuğun genellikle temel gereksinimi olan oyun gibi neşeli ve keyifli etkinlikler gibi zevk veren ve kendiliğindenliği destekleyen gelişim özellikleri yerine kendini kontrolü ve kişinin kendini inkâr mekanizmasını ortaya çıkarmaktadır.

Bu bireylerin genel olarak dikkatli olmazlarsa yaşamlarıyla ilgili kötü şeylerin olacağı beklentisi içinde kötümser, endişeli ve korkulu ve sürekli tetikte olma durumu içinde bulunmaktadırlar.[146]

Alan şu şemaları kapsamaktadır:

o. Karamsarlık / Kötümserlik: Bu bireyler hayatlarının iş, sosyal ilişkiler, maddi konum gibi hemen hemen her alanlarında kötü şeyler olacağı beklentisi içindedirler ve sürekli yaşamın negatif taraflarına odaklanmaktadırlar. Hayatın pozitif ve iyimser yönlerini görmezden gelirken, olumsuz yönlerine odaklanmayı tercih etmektedirler. Bu negatif beklenti içinde olma durumu korku, kaygı, tedirginliğe neden olmaktadır.[147]

ö. Duyguları Bastırma**:** başkaları tarafından eleştirilmekten kaçınmak ya da kendilik kontrolünü kaybetmemek için genel olarak olumlu dürtülerin, his, düşünce, fiillerin ve aynı zamanda öfke ve saldırganlığın da bastırılmasını içermektedir.[148]

p. Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik**:** Bu kişiler içselleştirdikleri yüksek standartlar doğrultusunda hem kendilerine hem de başkalarına karşın aşırı eleştirel

[145]Young vd., a.g.e., s.7-48.
[146]Young vd., a.g.e., s.7-48.
[147]Young vd., a.g.e., s.7-48.
[148]Young vd., a.g.e., s.7-48.

bir tutum sergilemektedirler. Bunu yapmanın temelinde ise diğerleri tarafından onaylanmamak ve utanç duyacağına yönelik inancı yatmaktadır. Bu yüksek standartlar mükemmeliyetçilik, katı kurallar, zaman ve verimlilikle ilgili aşırı uğraşlar olacak şekilde şemaların belirlenmesinde rol oynamaktadır.[149]

q. Cezalandırıcılık**:** Hem kendinin hem de diğerlerinin yaptıkları hatalardan dolayı sert bir biçimde cezalandırılması gerektiğine dair inançları içermektedir. Hata yapılabileceği ihtimalini yok sayarak diğerlerine karşı hoşgörülü, bağışlayıcı olmayıp öfkeli davranmaktadırlar.[150]

2.2.4.Şema İşlemleri ve Uyumsuz Başa Çıkma Stilleri

Erken dönem uyumsuz şemalar, oluştukları dönemde çevre hakkında bilgi sağlama açısından işlevsel olmaktadırlar. Ancak şemaların kendini sürdürücü özelliğinden dolayı ilerleyen dönemlerde çevre koşulları değişmesine rağmen kişi değişen çevreyi kalıplaşmış şemalarıyla algılamakta ve bu doğrultuda tepki vermesinden dolayı uyumsuz söz konusu olmaktadır. Şemaları sürdürmeye yönelik eylemler bilişsel çarpıtmalar, kendini yenen yaşam örüntüleri, şema başa çıkma biçimleri olarak belirtilmektedir.[151]

Şema Modeline göre; şemalar duyguları, anıları, beden duyumlarını ve bilişleri içermektedir. Davranışlar ise başa çıkma tepkilerinin bir parçası olduğu ve şemaların davranışları yönlendirdiği belirtilmektedir. Davranışsal, düşünsel ve duygusal stratejileriiçeren başa çıkma tepkilerinde kişi hem aynı şemalarla başa çıkmak için farklı yöntemler kullanmakta hem de kişiden kişiye farklılık gösterdiği belirtilmektedir.[152]

Bilinçdışı olan ve şemaları sürdüren uyumsuz başa çıkma stilleri Şema teslimi, şema kaçınması veşema aşırı telafisiolarak belirtilmiştir.[153]

Şema teslimi, şemanın koşulsuz olarak kabul edilmesi, şemalara uyum sağlanması ve bu şemaları onaylayacak biçimde uygun davranışlar sergilemesi

---

[149]Young vd., a.g.e., s.7-48.
[150]Young vd., a.g.e., s.7-48.
[151]Young vd., a.g.e., s.7-48.
[152]Young vd., a.g.e., s.7-48.
[153]Sapmaz, a.g.e., s.8-29.

olarak belirtilmektedir. Dolayısıyla kişiler şemanın sebep olduğu sıkıntılarla doğrudan yüzleşmektedirler.

Şema kaçınması, kişilerin şemayı aktive edecek her türlü uyarandan farkında olmadan kaçınarak beş etmeye çalışmasıdır. Zihinlerine şemaları hakkında düşünce ve imgeler geldiğinde engellemek için çeşitli uğraşlarla baş etmeye çalışmaktadırlar. Genellikle kullandıkları baş etme yöntemleri de bastırma, madde-alkol kullanımı, aşırı yemek yeme, işkoliklik, rastgele cinsel ilişkiler, kompulsiftemizlik olarak belirtilmektedir.

Aşırı telafide ise kişiler şemanın tersini ortaya koyacak duygu,düşünce ve davranışlarda bulunarak başa çıkma eğilimindedirler. Kural/normlar karşıtı davranma, saldırganlık,baskınlık, kişilerarası alanda mesafeli olma gibi farklı şemalara ilişkin olarak çeşitlitelafi davranışları bulunduğu belirtilmektedir.

Türkiye' de yapılan çalışmalara bakıldığında ise Kapçı ve Hamamcı tarafından yapılan çalışmada erken dönem uyumsuz şemalar, psikolojik belirtilerle yüksek düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca aile işlevinin zedelenmiş sınırlar, yetersizlik, adil-sorumlu-kaygılı ve duygusal yalıtılmışlık şema alanını yordadığı belirlenmiştir.

Özbaş, Sayın, Coşar yaptıkları araştırmada üniversite sınavına hazırlanan öğrencilerin durumluk kaygı puanları ile kopukluk ve reddedilmişlik, diğerleri yönelimlilik, zedelenmiş otonomi arasında pozitif bir ilişki bulmuştur. Sürekli kaygı puanları ile de kopukluk ve reddedilmişlik, diğerleri yönelimlilik arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur.

Konukçu, Akkoyunlu ve Türkçapar araştırmasında depresyondaki kadınların iç içe geçmişlik/gelişmemiş benlik erken dönem uyumsuz şeması dışında tüm şema alanları kontrol grubundakilerden yüksek olarak bulunmuştur. İki grup arasındaki en büyük fark duygusal yoksunluk, karamsarlık, terk edilme ve kararsızlık ve de başarısızlık şemaları arasında bulunmuştur. Yapılan tüm çalışmalar doğrultusunda özetlemek gerekirse, tanı gruplarının normal bireylere göre daha yüksek düzeyde şema alanlarına sahip oldukları görülmektedir.

2.3. DEPRESYON

Psikolojik bir sorun olan depresyon, bireyin yaşam içinde hareketliliğini azaltır, bu insanların morali indirgenmiştir. İnsanların duygu, idea, tutum ve genel olarak iyi hissetmesini engeller ve bireyin yaşadığı problemler neticesinde geleceğine negatif bakmasına neden olur ve hayat kalitesini düşürür.[154]

Chaplin'e göre normal bir bireydeki gelecek hakkında karamsar olmak, sınırlı fiil ve kendini küçük görmekle karakterize olan depresyon psikolojik bir çöküntüdür. Patolojik olarak da bu özelliklere sanrıların da bütünleşmesidir.[155]İdea, konuşma ve hareketlerde yavaşlama, durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve idealeri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri derin üzüntülü bir duygu durumunun içinde bulunduran sendrom, depresyondur.

Bir düzeyden daha alt bir düzeye geçme manasına gelen 'çöküş' manasında depresyonun Latince kökü, aşağı doğru bastırmak, çekmek, bitkin, kederli, gamlı, cesaretini kırmak, donuklaştırmak, durgunlaştırmak manalarına gelen 'depressus' dur.Bu kelime Türkçe'ye çöküntü,çökkünlük olarak dönüştürülmüştür.[156]

Depresyon; bedensel, toplumsal, ruhsal bulgu ve şikayet etmelerin acıyla eş doğrultuda yükseldiği bir duygu durumdur. Depresyon, duygusal durumu ifade etme ve normal duygu-durumdaki sapma(mood) olarak iki farklı manada düşünülebilir. Fizyolojik sorunların olduğu depresyon, sebepleri biyo-psiko-sosyal olan bir duygu durum bozukluğudur.[157].

İdea, konuşma, devinimde ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanında değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve idealarının üzüntülü, bunaltılı bir duygu durumu ile beraber yaşanmasına depresyon denir.[158]

---

[154] Nevzat Tarhan, Kendinizle Barışık Olmak, Duyguların Eğitimi, 20. Baskı. İstanbul, TimaşYayınları, 2013, s.78-123.

[155] İpek Şenkal, Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmaları ve Bağlanma Biçiminin Depresyon ve Kaygı Belirtileri İle İlişkisinde Aleksitiminin Aracı Rolünün İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2013, s.13-31***(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)***

[156] Mahir Şeker, Güreş Eğitim Merkezlerindeki Güreşçilerin Depresyon, Kaygı ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi**,** Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla, 2014, s.11-19***(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)***

[157] Özcan Köknel, Ruhsal Çöküntü, Depresyon, 6. Baskı. İstanbul, Altın Kitaplar Yayınevi, 2005, s.230-275.

[158] Köknel, a.g.e., s.230-275.

2.3.1.Depresyonun Belirtileri ve Bulguları

2.3.1.1.Genel Görünüm ve Dışa Vuran Davranışlar:

Hareketler, dışa vuran tutumlarda yavaşlama ve durgunluk ruhsal süreçlerde yavaşlamaya bağlı olarak gelişmektedir. Yüz çizgileri belirgin, alın çizgileri derinleşmiş, omuzlar çökük ve yüzde üzüntülü bir görünüm depresif bir hastaların genelinde görülür. Konuşmak, iş yapmak, yürümek gibi eylemler zar zor olmaktadır. Genellikle sıkıntılı ve tedirgin görünümdedirler. Yerinde duramama, sürekli dolaşma, el ovuşturma, saçları, deriyi, giysileri ya da diğer objeleri ovma ya da çekiştirme gibi psiko-motor ajitasyonlar görülebilir.[159]

2.3.1.2. Konuşma ve İlişki Kurma:

Konuşma alçak sesli ve yavaşlamıştır. Hasta soruları yanıtlamak istemez. Hiç konuşmama (mutizm) ağır depresyonlarda görülebilir. Psiko-motor yavaşlama bulguları arasında konuşmanın ağırlaşması, yanıtlardan önceki sürelerin uzaması, yumuşak ve tek düze ses tonu, konuşma cümlelerinin azalması ya da konuşmama söylenebilir. Sözlü iletişimde karamsarlık, mutsuzluk, sıkıntı, umutsuzluk ve yalnızlığı anlatacak kelimeler belirlenir. Acı, kaygı ve diğer negatif duygular mimiklerle gösterilir. Jestler de azalma olmuştur.[160]

2.3.1.3. Duygulanım:

Üzüntünün, acı duymanın, keyifsizliğin daha net olduğu çökkün duygu durum gerçekleşir. Ağlama nöbetleri, tedirginlik, anksiyete, yerinde duramama, öfke bu hastalarda yaşanabilen sorunlardır. Depresyon hastaları özellikle ikindi saatlerinden akşama doğru kendilerini diğer zamanlara göre daha rahatlamış hissedebilirler. Genel isteksizlik hali ile birlikte eskiden yapılan faaliyetlerden zevk almama, çabuk öfkelenme, çevresinde ki bireylerden nefret etme, seyrek olarak ise sevdiklerine karşı beslediği bütün duyguları kaybetmiş olma hali vardır.[161]

Karamsarlık, kötümserlik, mutsuzluk, sıkıntı, umutsuzluk, yalnızlık gibi duygulanımları içeren kederlilik hali, hissedilen acıya eş olarak yükselmiş olan

---

[159] Şenkal, a.g.e., s.13-31.
[160] Müne Aktay, Üniversite öğrencilerinde aleksitimi ve depresyonun yordayıcısı olarak bağlanma stilleri, İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul, 2014, s.11-31***(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)***
[161] Cengiz Güleç, Psikiyatri'nin ABC'si. 2. Baskı, İstanbul, Say Yayınları, 2009, s.110-168.

duygulanımdır. Zihinsel işlevlerde zayıflamaya, kederli ya da tedirgin halin varlığı sebep olur. Bu durum, hayattan zevk almayı da engeller.[162]

Geleceğe yönelik negatif beklenti ve çıkarımlara, hastaların içinde bulundukları dönemdeki karamsarlıkları sebep olur. Bedensel, ruhsal, toplumsal tüm sorunlarının ilerde de daha kötüye giderek devam edeceğini hissederler. Gelecek hakkındaki negatif beklentilerinden dolayı intihar idealeri, eğilimleri ve girişimleri görülebilir. Depresyonun ana özelliği, hastanın o anda yaşadıklarının, gelecekte de kendisini bulacağına ya da içinde bulunduğu durumun değişmeyeceğine olan inanışıdır.[163]

2.3.1.4. Bilişsel Yetiler:

İnsanın şuuru genelde açıktır ama çok ağır depresif tablolarda bilinç disoryante olabilir. Algıda bozulma genelde görülmez. Suçlayıcı ve aşağılayıcı işitsel varsanılar olduğunu iddia eden hastalarla çok seyrek de olsa görülebilir. Hatırlamada güçlük ve unutkanlık gibi şikâyetler olmakla beraber gerçek bir bellek bozukluğu yoktur. Bir konu üzerinde dikkatlerini yoğunlaştırmada zorlanabilirler. Ağır üzüntü ve dikkat azalmasına bağlı olarak rutin işlerini aksatacak boyutlara ulaşabilen unutkanlık gerçekleşir. Zamanın algılanmasında, zamanın çok zor ve yavaş geçtiği, hiç bitmeyecekmiş gibi saatlerin uzadığı söylense bile reelde yer, zaman ve insan yönelimi tamdır. Sıradan ve basit kararları vermenin dahi kendilerini zorladığını ifade eden hastalar, sıklıkla karar vermede güçlük yaşadıklarını ifade eder. Bellek işlevlerinde azalma, eksik hatırlama ve bellek yitimi depresyonda genellikle meydana gelir. Hatalı bir şekilde demans tanısı alan depresyon hastaları vardır ve bunun sebebi unutkanlıklarının çok üst boyutlara ulaşmasıdır. Net, reelist ve mantıklı karar vermeleri zorlaşır, kararsızlıktan yakınma sıkça görülür.[164]

2.3.1.5. İdea Akımı ve İçeriği:

Geçmişteki pişmanlıkların, acı veren anıların, korkuların, çaresizliğin, umutsuzluğun hakim olduğu idea iyice yavaşlamıştır. Kendini suçlama eğilimi,

---

[162]Tayfun Doğan ve Barbaros Çetin, Üniversite öğrencilerinin sosyal zeka düzeylerinin depresyon ve bazı değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi, *Sakarya Üniversitesi, Sakarya*, 2006, s.12-28.
[163] Ali Tezel, Postpartum depresyon riskli kadınlarda bakım ve eğitimin depresyon belirti düzeyine etkisinin karşılaştırılması,Atatürk Üniversitesi, Erzurum, 2003, s.13-27***(Yayımlanmamış Doktora Tezi)***
[164] Güleç, a.g.e., s.110-168.

gelecek hakkında umutsuzluk, hatalı yaşam sorunlarından kendini sorumlu tutma gibi durumlar eskiye oranla ciddi şekilde artmıştır. Kendisini işe yaramaz ve değersiz gören, giderek varlığının ve yaşamının gereksiz olduğunu söyleyen hastalarda özsaygı azalmıştır.[165]

Değersizliğini ispatlayacak gerekçeler arayan hasta bunun için en önemsiz hatalarını bile mübalağa eder. Önceden olmuş ya da şuanda olan olaylarla alakalı abartılı bir suçluluk hissi oluşur ve tüm bunlar için kendini sorumlu görmeye eğilimlidir. Cezalandırılma beklentilerine ve intihar girişimlerine, bu kendini suçlama ve değersizlik içeren ideaları sebep olabilir.[166]

Depresyonun şiddeti ve belirtilerin sıklığına bağlı olarak idea içeriği belli oranlarda bozulur ve bunun neticesinde idea sapmaları ve hezeyanlar görülebilir. Küçüklük hezeyanı, kendini suçlama hezeyanı, hipokondriyak hezeyanlar, suçluluk hezeyanları, ölmezlik hezeyanı, düşmanlık hezeyanı, dini içerikli hezeyanlar depresyonda karşılaşılan hezeyanlardandır. Yetersizlik duygularından kaynaklı kovuşturulma hezeyanları, kanser ya da benzeri bir hastalığa yakalanmış olduğuna dair somatik hezeyanlar, yok olacağına dair nihilistik hezeyanlar, fakir düşmüş olma hezeyanları da meydana gelebilir.[167]

2.3.1.6. Fizyolojik Belirtiler:

İştahta azalma, zayıflama çökkün duygu duruma bağlı olarak sıklıkla görülür. Aşırı yeme ve kilo alma az da olsa görülür. Enerji azlığı, halsizlik ve çabuk yorulma, cinsel ilgi ve istekte azalma, cinsel fiillerden keyif almama görülür. Hastalarda evrensel olarak görülen bir belirti olarak hem kadınlarda hem erkeklerde cinsel işlev problemlerine sebep oluyor olması söylenebilir. Erkeklerde genel olarak libidonun, cinsel etkinliğin azaldığı ya da tamamen ortadan kalktığı olur, kadınlarda ise her hangi bir ilgi ve istek olmaksızın cinsel fiil sürdürülüyor olabilir.[168]

Uyku problemleri insomnia; uykuya dalmada güçlük, uykunun sık sık bölünmesi, sabah erken uyanma, tekrar uykuya dalamama şeklinde, hipersomnia;

---

[165] Orhan Öztürk, Ruh sağlığı ve bozuklukları, İstanbul, Nobel Yayın Dağıtım, 2004, s.317-389.
[166] Ertan Tezcan, Depresyonun ayırıcı tanısı, Duygu durum Dizisi, 2, 2004, s.77-98.
[167] Öztürk, a.g.e., s.317-389.
[168] Şaban Karayağız, Bipolar ve Unipolar Depresyonda Aleksitimi Düzeylerinin Karşılaştırılması ve Hayat Kalitesi İle İlişkisi, Kayseri, Erciyes Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 2013, s.11-27***(Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi)***

alışılmıştan çok daha uzun süreler uyuma, gün boyunca uyuklama ya da gün içinde uzun süreli uykular şeklinde ortaya çıkar.[169]

Taşikardi, nefes darlığı, yutkunma güçlüğü, hipotansiyon, hipertansiyon, hipertermi, yanma ya da karıncalanmalar, huzursuzluk, gerginlik ve sıkıntı gibi duygusal belirtilerin bedensel neticelerindendir.[170]

Depresyon hastalarında, çarpıtılmış beden imgesi yani hasta bedeninin, dış görünüşünün, yüzünün bozulduğunu, negatif yönde değiştiğini, çirkinleştiğini düşünmesi gibi durumlar sık görülür. Fiziksel olarak kendini biçimsiz, çirkin, şişman ya da zayıf, hatta hastalıklı ve kusurlu kabul edip buna inanma durumu kadınlarda daha çok görülmektedir.[171]

2.3.2.Depresyonun Sebepleri

Dış görüşün depresyon sebeplerinin çoğul etkenli olduğu olsa da depresyonun sebepleri ile ilgili çok sayıda hipotez öne sürülmüştür. Çoğu genetik, biyolojik ve psikososyal etkenlerin olguda birbirleriyle etkileşmesi olasıdır. [172] Depresyona öncül ve hastalığın sonucunu olarak cinsiyet, aile öyküsü, stresli hayat olayları, hayal kırıklıkları, aile işlev bozuklukları, yetersiz ebeveyn bakımı, erken negatif yaşantılar, bağımlı ve obsesif özellikler gibi insanlık özellikleri, güvenliolmayan bağlanma stili, kronik psikiyatrik ve bedensel hastalık, sosyal destek azlığı gibi etkenler sayılabilir.[173]

2.3.2.1. Biyolojik Sebepler

Kalıtım: Duygudurum bozukluğu olanların yakın akrabalarında hastalanma riskinin yüksek olduğunu aile ve ırsi araştırmaları göstermektedir. Bu, ailesinde depresyon yaşamış bireylerin depresyon yaşayacağı manasına gelmez. Ancak bir insanın depresyon yaşama olasılığı ailede depresyon öyküsünün bulunması halinde

---

[169] Erdal Hamarta, Üniversite Öğrencilerinin Yakın İlişkilerindeki Bazı Değişkenleri (Benlik Saygısı, Depresyon ve Saplantılı Düşünme) Bağlanma Stilleri Açısından İncelenmesi, Konya Selçuk Üniversitesi, 2004, s.13-29**(*Yayımlanmamış Doktora Tezi)***
[170] Nurgül Bozkurt, Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri ile Çeşitli Değişkenler Arasındaki İlişkiler, Eğitim ve Bilim, 29(133):2004, s.52-59.
[171] Bozkurt a.g.e, Karayağız Şaban. a.g.e., s.11-27.
[172]Elif Işık, Depresyon ve Bipolar Bozukluklar Bozukluklar, Ankara, Görsel Sanatlar Matbaacılık, 2003, s.6-498.
[173]Nurten Kımter, Gençlikte Din ve Depresyon, Üniversiteli Gençler Üzerinde Amprik Bir Araştırma Ekev Akedemi Dergisi, 2014, 18, s.60.

artar. Bireyde yaşanan depresyon çeşitleri düşünüldüğünde distimik bozukluk, minör depresyon ve diğer hafif depresyonlarda kalıtımın etkisinin olmayacağı ama majör depresyonda ve psikotik depresyonda kalıtımın etkili olacağı düşünülmektedir. Daha güçlü bir genetik eğilime bireyin depresyona erken başlama yaşı, anksiyete ve alkol bağımlılığı beraberliğini imare eder.[174]

Aile sebepli bu depresyonun aileden genetik olarak mı yoksa öğrenme sonucunda olduğu ya da genetik etkinin mi yoksa öğrenmenin mi daha etkili olduğu konusu bilinmemektedir. Depresyona zemin hazırlayan sebepler arasında depresif bir ebeveynle yaşamak veya ebeveynlerden birisi depresyonda olduğu için gerekli besini (maddi-manevi) alamamak sayılabilir. Bunun yanı sıra, evlatlık edinilmiş fakat biyolojik ebeveynleri depresif olan çocuklarda depresyon görülme olasılığı yüksektir.[175]

Genetik bağın etkisi ikizlerle yapılan araştırmalarda net bir şekilde görülmektedir. Eğer tek yumurta ikizlerinden birisi depresyondaysa diğeri de % 65 olasılıkla depresyona girer. Çift yumurta ikizlerinde bu oran sadece %14'tür. Birisi depresyonda iken diğerinin de depresyona girme olasılığının eş yumurta ikizleri farklı ailelere evlatlık verildiğinde dahi çok yüksek olduğu bulunmuştur. Çift yumurta ikizlerinde ise böyle bir durum yoktur.[176]

2.3.2.2. Biyo-kimyasal Sebepler

Nöroadrenalin ve serotonin yetersizliği, depresyonun biyolojik nedenleriyle ilgili olarak üzerinde durulan konudur. Birbirleriyle olan dengeleriyle ilgili sorunlar da vardır.[177]

---

[174]Bahar Otlu Mete, Üniversite öğrencilerinin Depresyon Düzeylerinin ve Ailevi İşlevleri, Dokuz Eylül Üniversitesi, Buca Eğitim Fakültesi Örneği, Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi, 2008, 23, s.30-35.
[175]Şule Tönge, Psikiyatri Polikliğine Başvuran Hastalarda Çocukluk Çağı İstismar ve İhmali İle Mizaç, Karakter Özellikleri ve Öfke Arasındaki İlişki, Uzmanlık Tezi., Gazi Üniversitesi.Ankara, 2011, s.14-30.
[176]Evren Can, Kültegin Ögel, Alkol, madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2003, 4, s.30-37.
[177] Güleç, a.g.e., s.110-168.

2.4. PSİKO-SOSYAL SEBEPLER

2.4.1. Hayat Olayları

İnsanlığın ortak hisleri acı, elem ve kederdir. Depresyon sosyal ve kültürel etmenlerden önemli ölçüde etkilenen ve bu hislerin bireyin tüm varoluşuna egemen olduğu bir hastalık yaşantısıdır. Depresyon riskini negatif sosyal ve ekonomik durumların arttırdığı görülmüştür. Depresyon gelişebileceğinin öngörülmesini sağlayan en önemli hayat olayı ebeveynlerden herhangi birinin on bir yaşından önce kaybıdır. Depresyonun başlamasına neden olabilecek en önemli çevresel stres kaynağı ise bir insanın eşini ya da çocuğunu kaybetmesidir. Her insanda böyle bir bozukluk başlamaz çünkü hayat olaylarının çoğu özgül değildir. Bu etkenler rahatsızlığın başlamasında biyolojik ve ruhsal yatkınlık olduğunda önemli etken olurlar.[178]

2.4.2. İnsanlık Yapıları ve Depresyon

Ruhsal bozukluklara karşı eğilimlerinde bireylerin insanlık yapıları onların belirleyicisi olabilmektedir. Bununla birlikte herhangi bir insanlık tipindeki her birey depresyona yakalanabilir, hiçbir insanlık özelliği ve tipi tek başına depresyona yatkınlık yaratmamaktadır.Genellikle kimseyi incitmemeye, herkesi hoşnut etmeye, iyiliksever olmaya eğilimli, aşırı duyarlı, titiz, sorumluluk duygusu güçlü, yakınlarına aşırı bağlı ve bağımlı, kendisinden ve yakınlarından yüksek beklentileri olan, mükemmeli arayan, onurlarına düşkün, öfke duygularını dışa vurmayan, çabuk etkilenen ve üzülen, meraklı, oral-bağımlı, histriyonik insanlık özellikleri olan, içedönük insanler genel olarak depresyon geçirmeye yatkın insanlardır.[179]

---

[178] Güleç, a.g.e., s.110-168.
[179] Aktay, a.g.e.,s.11-31.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu çalışmada karşılaştırmalı ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. İlişkisel tarama modeli, iki ya da daha fazla değişken arasında beraber değişim varlığını ya da derecesini belirlemeyi hedefleyen araştırma desenlerinin tamamıdır.

3.2. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Denizli'de bulunan bir özel hastanesinin onkoloji bölümüne gelenhastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise meme kanseri tanısı olan 100 kadın bireyden oluşmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada üç ölçme aracı kullanılmıştır.

3.3.1.Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik özelliklerin araştırıldığı formda kişilere yaşı, doğum yeri, yaşadığı şehir, okuduğu sınıf derecesi, çalışıp çalışmadığı, medeni durumu, eşinin eğitim durumu, anne ve babanın eğitim durumu, hastalığın başlangıç zamanı,eşinin mesleği, protez kullanıp kullanmadığı, hangi memenin alındığı, çocuk sayısı ve protez kullanımına ilişkin düşünceleri ile ilgili sorular yöneltilmiştir.

3.3.2. Young Şema Ölçeği

Jeffrey Young'ın Şema Terapi (1990, 2003) temelinde geliştirdiği kısa formda, Kopukluk ve Reddedilmişlik, Zedelenmiş Otonomi ve Kendini Ortaya Koyma, Zedelenmiş Sınırlar, Diğeri Yönelimlilik, Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık şema alanlarını kapsayan 18 boyut önerilmektedir. Alt ölçekler sırasıyla, Terk Edilme/ İstikrarsızlık,Güvensizlik/SuistimalEdilme, Duyguları Bastırma, Kusurluluk/Utanma, Sosyal İzolasyon/ Yabancılaşma, Bağımlılık/Yetersizlik, Hastalıklar ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık, İç İçe Geçme/ Gelişmemiş Benlik, Başarısızlık, Hak Görme/Büyüklük, Yetersiz Özdenetim, Boyun Eğicilik, Kendini Feda, Onay Arayıcılık, Karamsarlık, Duygusal Yoksunluk, Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik ve Cezalandırıcılık olarak adlandırılmaktır. 90 maddeden oluşan ölçekte katılımcılar, her bir maddeyi 6'lı Likert üzerinde (1=Benim için tamamıyla yanlış, 6= Beni mükemmel şekilde tanımlı- yor) derecelendirmektedir. Ölçeğin özgün formunda

her alt ölçek 5 maddeden oluşmakta, buna göre alt ölçeklerden alınan puanlar 5 ile 30 arasında değişebilmektedir.[180][181]

3.3.3. Beck Depresyon Ölçeği

Beck tarafından 1961'de geliştirilen ve ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Teğin (1980), Hisli (1988) tarafından yapılan Beck Depresyon Ölçeği karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum almama, suçluluk duyguları, huzursuzluk, yorgunluk, iştah azalması, kararsızlık, uyku bozukluğu, sosyal çekilme gibi depresif belirtilere ilişkin 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde depresyona özgü bir davranışı belirleyen dört dereceli kendini değerlendirme ifadesini içermektedir. [182][183]

3.4. VERİ ANALİZ TEKNİKLERİ

Veri toplama araçları ile elde edilen veriler bilgisayar ortamına sayısal ifade olarak girilmiş ve bu veriler sosyal bilimler için istatistik paket programı (spss 18) kullanılarak istatistiksel sonuçlara dönüştürülmüştür.

Analizlere başlamadan önce veriler normal dağılım açısından incelenmiştir. Meme kanseri olan grubun bağımlı değişken Beck Depresyon düzeyleri Shapiro-WilkTestinde (S-W= .985, df= 100, p=.329)normal dağılım gösterdiği görülmüştür. Bağımlı değişkenlerdenYoung Şema düzeyleri Shapiro-Wilk Testinde (S-W= .987, df= 100, p=.455) normal dağılım gösterdiği görülmüştür.

Uygulanan veri analizinde %95 güvenilirlik düzeyi temel alınmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkın analizi için Tek Örneklem T testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin guruplar arası karşılaştırmalarında Varyans Analizi kullanılmıştır. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri arasındaki ilişki Pearsonkorelasyon ile test edilmiştir.

---

[180] Jeffrey Young, Cognitive therapy for personality disorders: A schema –focused approach. Sarasota, FL. Professional Resource Pres, 1990, s.9.
[181] Jeffrey Young vd., Schema therapy: A practitioner's guide. New York. The Guilford Press, 2003, s.7.
[182]Nesrin Hisli, Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. Psikoloji Dergisi, 1988, 6: s.118-126.
[183] Aaron Beck, An Inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry, 1961, 7: s.151-169.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Tablo 1. Örneklemde Yer Alan KişilerinDemografik Değişkenlere İlişkin Frekans Yüzde Dağılımları (N=100)

Değişken		N	%
Yaş	35-40 yaş arası	23	23,0
	40 yaş ve üzeri	77	77,0
Çalışma Durumu	Çalışmıyorum	66	66,0
	Çalışıyorum	34	34,0
Medeni Durum	Evli	78	78,0
	Bekâr	22	22,0
Anne Eğitim Durumu	Okuryazardeğil	30	30,0
	Okuryazar	20	20,0
	İlkokul	39	39,0
	Lise	11	11,0
Baba Eğitim Durumu	Okuryazardeğil	12	12,0
	Okuryazar	14	14,0
	İlkokul	43	43,0
	Ortaokul	14	14,0
	Lise	8	8,0
	Üniversite	9	9,0
Eğitim Durumu	İlkokul	43	43,0
	Ortaokul	6	6,0
	Lise	24	24,0
	Üniversite	27	27,0
Doğduğunuz Yerleşim Yeri	Köy	22	22,0
	Kasaba	40	40,0
	İl	38	38,0
Yaşadığınız Yerleşim Yeri	Köy	5	5,0
	Kasaba	16	16,0
	İl	79	79,0
Eş Eğitim Durumu	İlkokul	24	24,0

	Ortaokul	5	5,0
	Lise	19	19,0
	Üniversiteveya yüksekokul	30	30,0
Eş Meslek Durumu	İşçi	18	18,0
	Memur	20	20,0
	Yönetici	4	4,0
	Serbestmeslek	24	24,0
	Emekli	12	12,0
Çocuk Sayısı	Hiçyok	28	28,0
	1 tane	10	10,0
	2tane	46	46,0
	3 ve daha fazla	16	16,0
Hastalık Süresi	0-2 yıl	56	56,0
	3-5 yıl	17	17,0
	5-10 yıl	17	17,0
	10 yıl ve üzeri	10	10,0
Meme Dokusu Alınma Durumu	Evet	80	80,0
	Hayır	20	20,0
Alınan Meme	Sağ meme	33	33,0
	Sol meme	39	39,0
	İkiside	8	8,0
Meme Protezi Kullanma Durumu	Evet	8	8,0
	Hayır	92	92,0
Protez kullanmaya ilişkin düşünce	Hiçbir şeyi değiştirmiyor	23	23,0
	İsteyen	26	26,0
	Özgüveni artırır kullanılmalıdır	51	51,0
Protez Kullanma süresi	0-2yıl	5	5,0
	3-5yıl	2	2,0

Tablo 1'de görüldüğü üzere, örneklemde yer alan kişilerin grubunun %23'ü 35-40 yaş arasında, %77'si 40 yaş üzeri, %66 'sı çalışmadığını, %34'ü çalıştığını, %78'i evli, %22'si bekâr olduğunu belirtmiştir. Örneklem grubun anne eğitim düzeyi %30'u okuryazar değil, %20'si okuryazar, %39'u ilkokul, %11'i lise, baba eğitim

düzeyi %12'si okuryazar değil, %14'ü okuryazar, %43'ü ilkokul, %14'ü ortaokul, 8'i lise, %9'u üniversite, eğitim durumları ise %43'ü ilkokulu, %6'sı ortaokul, %24'ü lise, %27'si üniversite mezunu olduğu bilinmektedir. Doğum yeri %22'si köy, %40'ı kasaba, %38'i il, yaşadığı yer %5'i köy, %16'sı kasaba, %79'u il'dir. Eş eğitim durumu %24'ü ilkokul, %5'i ortaokul, %19'u lise, %30'u üniversite veya yüksekokul, eş mesleği %18'i işçi, %20'si memur, %4'ü yönetici, %24'ü serbest meslek, %12'si emekli, %28'i çocuğu olmadığını, %10'u 1 çocuk, %46'sı 2 çocuk, %16'sı 3 ve daha fazla çocuk, hastalık süresi %56'sı 0-2 yıl, %17'si 3-5 yıl, %17'si 5-10 yıl, %10'u 10 yıl ve üzeridir. Örneklem grubun %80'i meme dokusu alındığını, %20'si meme dokusu alınmadığını, Memesi alınan %33'ü sağ meme, %39'u sol meme, %8'i iki memede alındığını, %8'i meme protezi kullandığını, %92'si meme protezi kullanmadığını, Protez Kullanma %15'i hiçbir şey değiştirmediğini, %26'sı , %51'i özgüveni artırır, protez kullanma süresi %5'i 0-2 yıl, %2'si 3-5 yıl olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 2. Şema Alt Boyutlarının ve Depresyon Düzeylerinden Aldıkları Puanların Betimsel İstatistikleri

	N	**X̄**	**Ss**
Duygusal Yoksunluk Alt Boyutu	100	12,04	5,14
Başarısızlık Alt Boyutu	100	14,64	4,36
Karamsarlık Alt Boyutu	100	15,02	6,74
SosyalİzolasyonAlt Boyutu	100	16,10	6,05
Duyguları Bastırma Alt Boyutu	100	13,37	4,91
OnayArayıcılık Alt Boyutu	100	20,37	5,52
İç içe Geçme/ Gelişmemiş Benlik Alt Boyutu	100	18,70	6,30
Yetersiz Özdenetim/Öz Disiplin Alt Boyutu	100	22,14	6,54

Kendini Feda Alt Boyutu	100	25,71	4,54
Terk Edilme/İstikrarsızlık Alt Boyutu	100	10,08	3,61
Cezalandırıcılık Alt Boyutu	100	22,73	5,36
Kusurluluk/Utanç Alt Boyutu	100	9,55	3,31
Zarar Verme veya Hastalanmaya Karşı	100	14,33	6,15
YüksekStandart Alt Boyutu	100	10,83	3,59
Depresyon Düzeyleri	100	18,11	9,00

Tablo 2'de görüldüğü üzere, Erken dönem uyumsuz şemalarıalanların Duygusal Yoksunluk alt boyutu puan ortalaması 12.04 (ss=5.14), Başarısızlık alt boyutu puan ortalaması 14.64 (ss=4.36), Karamsarlık alt boyutu puan ortalaması 15.02 (ss=6.74), Sosyal İzolasyon alt boyutu puan ortalaması 16.10 (ss=6.05), Duyguları Bastırma alt boyutu puan ortalaması 13.37 (ss=4.91), Onay Arayıcılık alt boyutu puan ortalaması 20.37 (ss=5.52), İç içe Geçme/Gelişmemiş Benlik alt boyutu puan ortalaması 18.70 (ss=6.30), Yetersiz Özdenetim/Öz Disiplin alt boyutu puan ortalaması 22.14 (ss=6.54), Kendini Feda alt boyutu puan ortalaması 25.71 (ss=4.54), Terk Edilme/ İstikrarsızlık alt boyutu puan ortalaması 10.08 (ss=3.61), Cezalandırıcılık alt boyutu puan ortalaması 22.73 (ss=5.36), Kusurluluk/Utanç alt boyutu puan ortalaması 9.55 (ss=3.31), Zarar Verme veya Hastalanmaya Karşı Dayanıksızlık alt boyutu puan ortalaması 14.33 (ss=6.15), Yüksek Standart alt boyutu puan ortalaması 10.83 (ss=3.59) 'dir. Depresyon Düzeyleri puan ortalaması 18.11(ss=9.00)'dir.

Tablo 3. Beck Depresyon ile Erken Dönem Uyumsuz Şemalar Alt Boyutlarından Alınan Puanlar Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Çarpım Moment Korelasyon Analizi Sonucu

Erken Dönem Uyumsuz Şemalar		**Beck Depresyon**
Duygusal Yoksunluk Alt Boyutu	r	,135
	p	,179
Başarısızlık Alt Boyutu	r	,392**
	p	,000
Karamsarlık Alt Boyutu	r	,259*
	p	,009
Sosyal İzolasyon Alt Boyutu	r	,263**
	p	,008
Duyguları Bastırma Alt Boyutu	r	,129
	p	,202
Onay Arayıcılık Alt Boyutu	r	,045
	p	,653
İç içe Geçme/ Gelişmemiş Benlik Alt Boyutu	r	,389**
	p	,000
Yetersiz Özdenetim/ Öz Disiplin Alt Boyutu	r	,066
	p	,513
Kendini Feda Alt Boyutu	r	,252*
	p	,011
Terk Edilme/ İstikrarsızlık Alt Boyutu	r	,311**
	p	,002
Cezalandırıcılık Alt Boyutu	r	, 120
	p	,236
Kusurluluk/ Utanç Alt Boyutu	r	,204*
	p	,042
Zarar Verme veya Hastalanmaya Karşı Dayanıksızlık Alt Boyutu	r	,320**
	p	,001
Yüksek Standart Alt Boyutu	r	,193
	p	,055

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

Tablo 3'de görüldüğü üzere Depresyon düzeyleri ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar alt boyutları arasında arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla Pearson Korelasyon analizi sonucunda;

Depresyon düzeyleri ile Başarısızlık alt boyutu puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r= .392, p<.01). Depresyon düzeyleri puanları artıkça başarısızlık altboyutundan aldıkları puanlar artmaktadır.

Depresyon düzeyleri ile Karamsarlık alt boyutu puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r= .259, p<.05). Depresyon düzeyleri puanları artıkça karamsarlık alt boyutundan aldıkları puanlar artmaktadır.

Depresyon düzeyleri ile Sosyal İzolasyon alt boyutu puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r= .263, p<.05). Depresyon düzeyleri puanları artıkça sosyal izolasyon alt boyutundan aldıkları puanlar artmaktadır.

Depresyon düzeyleri ile İç içe Geçme/ Gelişmemiş benlik alt boyutu puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r= .389, p<.01). Depresyon düzeyleri puanları artıkça İç içe Geçme/ Gelişmemiş Benlik alt boyutundan aldıkları puanlar artmaktadır.

Depresyon düzeyleri ile Kendini Feda alt boyutu puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r= .252, p<.05). Depresyon düzeyleri puanları artıkça Kendini Feda alt boyutundan aldıkları puanlar artmaktadır.

Depresyon düzeyleri ile Terk Edilme/ İstikrarsızlık alt boyutu puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r= .311, p<.05). Depresyon düzeyleri puanları artıkça Terk Edilme/ İstikrarsızlık alt boyutundan aldıkları puanlar artmaktadır.

Depresyon düzeyleri ile Kusurluluk/Utanç alt boyutu puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r= .204, p<.05). Depresyon düzeyleri puanları artıkça Kusurluluk/Utanç alt boyutundan aldıkları puanlar artmaktadır.

Depresyon düzeyleri ile Zarar Verme veya Hastalanmaya Karşı Dayanıksızlık alt boyutu puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r= .320, p<.05). Depresyon düzeyleri puanları artıkça Zarar Verme veya Hastalanmaya Karşı Dayanıksızlık alt boyutundan aldıkları puanlar artmaktadır.

Depresyon ile Duygusal Yoksunluk alt boyutu puanı (r= .135, p>.05), Duyguları Bastırma alt boyutu puanı(r= .129, p>.05), Onay Arayıcılık alt boyutu

puanı (r= .045, p>.05), Yetersiz Özdenetim/ Öz Disiplin alt boyutu puanı (r= .066, p>.05), Cezalandırıcılık alt boyutu puanı (r= .120, p>.05), Yüksek Standart alt boyutu puanı (r= .193, p>.05) arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 4. Örneklem Grubun Depresyon Düzeylerinin Yaşa Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişken	Yaş	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Depresyon	35-40 yaş arası	23	22,30	10,54	98	2,620	,043*
	40 yaş ve üzeri	77	16,85	8,15			

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

Tablo 4' de görüldüğü üzere, yapılanikili bağımsız t testi neticesindeyaş değişkenine göre Depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır[t(98)= 2.620, p<.05]. 35-40 yaş arasında olan meme kanseri olan kişilerde 40 yaş üzerine göre depresyon düzeyleri yüksektir.

Tablo 5. Örneklem Grubun Ayrılma/ Reddedilme Şema Alanı Alt Boyutlarının Yaşa Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	Yaş	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Duygusal Yoksunluk Alt Boyutu	35-40 yaş arası	23	10,82	4,30	98	-1,294	,313
	40 yaş ve üzeri	77	12,40	5,34			
Sosyal İzolasyon Alt Boyutu	35-40 yaş arası	23	15,08	5,39	98	-,914	,352
	40 yaş ve üzeri	77	16,40	6,23			
Terk Edilme/ İstikrarsızlık Alt Boyutu	35-40 yaş arası	23	10,86	4,95	98	1,196	,086
	40 yaş ve üzeri	77	9,84	3,10			

Kusurluluk/Utanç Alt Boyutu	35-40 yaş arası	23	9,78	3,21	98	,382	,594
	40 yaş ve üzeri	77	9,48	3,35			

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

Tablo 5' de görüldüğü üzere, yapılan ikili bağımsız t testi neticesinde yaş değişkenine göre Ayrılma/ ReddedilmeŞema Alanı Alt Boyutlarının arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Tablo 6. Örneklem Grubun Zedelenmiş Özerklik ve Performans Şema Alanı Alt Boyutlarının Yaşa Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	Yaş	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Başarısızlık Alt Boyutu	35-40 yaş arası	23	16,21	4,61	98	2,004	,523
	40 yaş ve üzeri	77	14,16	4,20			
İç içe Geçme/ Gelişmemiş Benlik Alt Boyutu	35-40 yaş arası	23	19,30	6,53	98	,522	,642
	40 yaş ve üzeri	77	18,51	6,27			
Zarar Görme veya Hastalanmaya Karşı Dayanıksızlık Alt Boyutu	35-40 yaş arası	23	14,47	6,08	98	,131	,598
	40 yaş ve üzeri	77	14,28	6,20			

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

Tablo 6' da görüldüğü üzere, yapılanikili bağımsız t testi neticesinde yaş değişkenine göre Zedelenmiş Özerklik ve Performans Şema Alanı Alt Boyutlarının arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Tablo 7. Örneklem Grubun Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı Alt Boyutlarının Yaşa Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	Yaş	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Yetersiz Özdenetim/ Öz Disiplin Alt Boyutu	35-40 yaş arası	23	23,56	6,59	98	1,193	,776
	40 yaş ve üzeri	77	21,71	6,51			

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

Tablo 7' de görüldüğü üzere, yapılan ikili bağımsız t testi neticesinde yaş değişkenine göre Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı Alt Boyutlarının arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Tablo 8. Örneklem Grubun Diğerleri Yönelimlilik Şema Alanı Alt Boyutlarının Yaşa Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	Yaş	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Onay Arayıcılık/Kabul Arayıcılık Alt Boyutu	35-40 yaş arası	23	21,91	4,33	98	1,538	,043*
	40 yaş ve üzeri	77	19,90	5,77			
Kendini Feda Alt Boyutu	35-40 yaş arası	23	26,00	4,34	98	,348	,826
	40 yaş ve üzeri	77	25,62	4,61			

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

Tablo 8' de görüldüğü üzere, yapılan ikili bağımsız t testi neticesinde yaş değişkenine göre Kendini Feda Alt Boyutlarının arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Yapılan ikili bağımsız t testi neticesinde yaş değişkenine göre Onay Arayıcılık/ Kabul Arayıcılık alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır

[t(98)= 1.538, p<.05]. 35-40 yaş arasında olan meme kanseri olan kişilerde 40 yaş üzerine göre Onay Arayıcılık puanları yüksektir.

Tablo 9. Örneklem Grubun Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketlenme Şema Alanı Alt Boyutlarının Yaşa Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	Yaş	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Karamsarlık Alt Boyutu	35-40 yaş arası	23	15,43	6,61	98	,335	,804
	40 yaş ve üzeri	77	14,89	6,82			
Duyguları Bastırma Alt Boyutu	35-40 yaş arası	23	12,43	4,74	98	-1,041	,581
	40 yaş ve üzeri	77	13,64	4,95			
Cezalandırıcılık Alt Boyutu	35-40 yaş arası	23	23,00	4,93	98	,274	,526
	40 yaş ve üzeri	77	22,64	5,51			
Yüksek Standart Alt Boyutu	35-40 yaş arası	23	11,34	2,83	98	,785	,123
	40 yaş ve üzeri	77	10,67	3,79			

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

Tablo 9' da görüldüğü üzere, yapılan ikili bağımsız t testi neticesinde yaş değişkenine göre Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/ Ketlenme Şema Alanı Alt Boyutlarının arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Tablo 10. Örneklem Grubun Depresyon Düzeylerinin Çalışma Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişken	Çalışma Durumu	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Depresyon	Çalışmıyorum	66	18,51	9,51	98	,625	,325
	Çalışıyorum	34	17,32	7,99			

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

Tablo 10' da görüldüğü üzere, yapılan ikili bağımsız t testi neticesinde çalışma durumuna göre Depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Tablo 11. Örneklem Grubun Ayrılma ve Reddedilme Şema Alanı Alt Boyutlarının Çalışma Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	Çalışma Durumu	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Duygusal Yoksunluk Alt Boyutu	Çalışmıyorum	66	12,36	5,37	98	,876	,363
	Çalışıyorum	34	11,41	4,68			
Sosyal İzolasyon Alt Boyutu	Çalışmıyorum	66	16,62	6,16	98	1,203	,835
	Çalışıyorum	34	15,08	5,77			
Terk Edilme/ İstikrarsızlık Alt Boyutu	Çalışmıyorum	66	10,27	3,63	98	,741	,818
	Çalışıyorum	34	9,70	3,60			
Kusurluluk/ Utanç Alt Boyutu	Çalışmıyorum	66	9,87	3,52	98	1,390	,164
	Çalışıyorum	34	8,91	2,77			

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

Tablo 11' de görüldüğü üzere, yapılan ikili bağımsız t testi neticesinde çalışma durumuna göre Ayrılma ve Reddedilme Şema Alanı Alt Boyutlarının arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Tablo 12. Örneklem Grubun Zedelenmiş Özerlik ve Performans Şema Alanı Alt Boyutlarının Çalışma Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	Çalışma Durumu	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Başarısızlık Alt Boyutu	Çalışmıyorum	66	14,80	4,19	98	,518	,789
	Çalışıyorum	34	14,32	4,72			
İç içe Geçme/ Gelişmemiş Benlik Alt Boyutu	Çalışmıyorum	66	19,30	6,53	98	,522	,642
	Çalışıyorum	34	18,51	6,27			
Zarar Görme veya Hastalanmaya Karşısı Dayanıksızlık Alt Boyutu	Çalışmıyorum	66	14,33	6,42	98	,008	044*
	Çalışıyorum	34	14,32	5,67			

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

Tablo 12' de görüldüğü üzere, yapılan ikili bağımsız t testi neticesinde çalışma durumuna göre Başarısızlık, İç içe geçme/Gelişmemiş Benlik Alt Boyutlarının arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Yapılan ikili bağımsız t testi neticesinde çalışma durumuna göre Zarar Görme veya Hastalanmaya Karşısı Dayanıksızlık Alt Boyutlarının arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(98)=.008, p<.05]. Çalışmayan hastaların zarar görme veya hastalanmaya karşısı dayanıksızlık alt boyutu çalışanlara göre yüksektir.

Tablo 13. Örneklem Grubun Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı Alt Boyutlarının Çalışma Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	Çalışma Durumu	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Yetersiz Özdenetim/ Öz Disiplin Alt Boyutu	Çalışmıyorum	66	22,86	6,83	98	1,552	,203
	Çalışıyorum	34	20,73	5,76			

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

Tablo 13' de görüldüğü üzere, yapılan ikili bağımsız t testi neticesinde çalışma durumuna göre Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı Alt Boyutlarının arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Tablo 14. Örneklem Grubun Diğerleri Yönelimlilik Şema Alanı Alt Boyutlarının Çalışma Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	Çalışma Durumu	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Onay Arayıcılık/ Kabul Arayıcılık Alt Boyutu	Çalışmıyorum	66	20,83	5,37	98	1,172	,757
	Çalışıyorum	34	19,47	5,75			
Kendini Feda Alt Boyutu	Çalışmıyorum	66	25,51	4,76	98	-,596	,654
	Çalışıyorum	34	26,08	4,10			

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

Tablo 14' de görüldüğü üzere, yapılan ikili bağımsız t testi neticesinde çalışma durumuna göre Diğerleri Yönelimlilik Şema Alanı alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Tablo 15. Örneklem Grubun Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketlenme Şema Alanı Alt Boyutlarının Çalışma Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	Çalışma Durumu	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Karamsarlık Alt Boyutu	Çalışmıyorum	66	15,19	6,71	98	,364	,864
	Çalışıyorum	34	14,67	6,89			
Duyguları Bastırma Alt Boyutu	Çalışmıyorum	66	13,69	5,19	98	-,176	,152
	Çalışıyorum	34	12,73	4,32			
Cezalandırıcılık Alt Boyutu	Çalışmıyorum	66	22,83	5,52	98	,267	,446
	Çalışıyorum	34	22,52	5,13			
Yüksek Standart/Aşırı Eleştiricilik Alt Boyutu	Çalışmıyorum	66	10,57	3,79	98	-,984	,513
	Çalışıyorum	34	11,32	3,169			

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

Tablo 15' de görüldüğü üzere, yapılan ikili bağımsız t testi neticesinde çalışma durumuna göre aşırı tetikte olma ve baskılama/ketlenme Şema Alanı alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Tablo 16. Örneklem Grubun Depresyon Düzeylerinin Medeni Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişken	Medeni Durumu	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Depresyon	Evli	78	18,08	8,83	98	-,042	,641
	Bekar	22	18,18	9,79			

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

Tablo 16' da görüldüğü üzere, yapılan ikili bağımsız t testi neticesinde medeni durumuna göre Depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Tablo 17. Örneklem Grubun Ayrılma ve Reddedilme Şema Alanı Alt Boyutlarının Medeni Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	**Medeni Durumu**	**N**	**X̄**	**Ss**	**Sd**	**t**	**p**
Duygusal Yoksunluk Alt Boyutu	Evli	78	11,44	4,49	98	-2,206	,014*
	Bekar	22	14,13	6,69			
Sosyal İzolasyon Alt Boyutu	Evli	78	16,05	6,03	98	-,151	,900
	Bekar	22	16,27	6,25			
Terk Edilme/ İstikrarsızlık Alt Boyutu	Evli	78	10,21	3,83	98	,717	,225
	Bekar	22	9,59	2,70			
Kusurluluk/Utanç Alt Boyutu	Evli	78	9,53	3,24	98	-,065	,640
	Bekar	22	9,59	3,60			

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

Tablo 17' de görüldüğü üzere, yapılan ikili bağımsız t testi neticesinde medeni durumuna göre sosyal izolasyon, terk edilme, kusurluluk/utanç alt boyutlarının arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Yapılan ikili bağımsız t testi neticesinde medeni durumuna göre Duygusal Yoksunluk alt boyutuarasında anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(98)= -2.206, p<.01]. Bekâr hastaları duygusal yoksunluğu evlilere göre daha yüksektir.

Tablo 18. Örneklem Grubun Zedelenmiş Otonomi Şema Alanı Alt Boyutlarının Medeni Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	Medeni Durumu	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Başarısızlık Alt Boyutu	Evli	78	14,42	4,55	98	-,935	,159
	Bekar	22	15,40	3,62			
İç içe Geçme/Gelişmemiş Benlik Alt Boyutu	Evli	78	18,93	6,44	98	,702	,832
	Bekar	22	17,86	5,85			
Zarar Görme veya Hastalanmaya Karşı Dayanıksızlık Alt Boyutu	Evli	78	14,75	5,63	98	1,310	,038*
	Bekar	22	12,81	7,67			

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

Tablo 18' de görüldüğü üzere, yapılan ikili bağımsız t testi neticesinde medeni durumuna göre Başarısızlık, İç içe geçme/Gelişmemiş Benlik Alt Boyutlarının arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Yapılan ikili bağımsız t testi neticesinde medeni durumuna göre Zarar Görme veya Hastalanmaya Karşı Dayanıksızlık Alt Boyutlarının arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(98)= 1.310, p<.01]. Evli olanlarda zarar görme veya hastalanmaya karşı dayanıksızlık alt boyutu bekarlara göre yüksektir.

Tablo 19. Örneklem Grubun Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı Alt Boyutlarının Çalışma Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	Medeni Durumu	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Yetersiz Özdenetim/Öz Disiplin Alt Boyutu	Evli	78	22,51	6,42	98	1,074	,835
	Bekar	22	20,81	6,93			

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

Tablo 19' da görüldüğü üzere, yapılan ikili bağımsız t testi neticesinde medeni durumuna göre Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı Alt Boyutlarının arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Tablo 20. Örneklem Grubun Diğerleri Yönelimlilik Şema Alanı Alt Boyutlarının Medeni Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	Medeni Durumu	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Onay Arayıcılık Alt Boyutu	Evli	78	20,21	5,22	98	-,517	,150
	Bekar	22	20,90	6,58			
Kendini Feda Alt Boyutu	Evli	78	25,60	4,66	98	-,444	,649
	Bekar	22	26,09	4,12			

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

Tablo 20' de görüldüğü üzere, yapılan ikili bağımsız t testi neticesinde medeni duruma göre Diğerleri Yönelimlilik Şema Alanı alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Tablo 21. Örneklem Grubun Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketlenme Şema Alanı Alt Boyutlarının Medeni Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	Medeni Durumu	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Karamsarlık Alt Boyutu	Evli	78	14,88	6,98	98	-,376	,159
	Bekar	22	15,50	5,95			
Duyguları Bastırma Alt Boyutu	Evli	78	13,46	5,21	98	,349	,152
	Bekar	22	13,04	3,70			
Cezalandırıcılık Alt Boyutu	Evli	78	22,67	5,34	98	-,176	,460
	Bekar	22	22,90	5,57			

Yüksek Standart Alt Boyutu	Evli	78	10,85	3,65	98	,151	,653
	Bekar	22	10,72	3,45			

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

Tablo 21' de görüldüğü üzere, yapılan ikili bağımsız t testi neticesinde medeni durumuna göre Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/KetlenmeŞema Alanı Alt Boyutlarının arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Tablo 22.Örneklem Grubunun Depresyon Düzeylerinin Rahatsızlık Süresine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Değişkenler	**Rahatsızlık Süresi**	**N**	**$\bar{X}$**	**Ss**	**V Kaynağı**	**Kareler Toplamı**	**Sd**	**Kare. Ortal.**	**F**	**P**
Depresyon	0-2 yıl	56	18,60	8,80	G.Arası	59,915	3	19,972	,241	,868
	3-5 yıl	17	18,35	9,38	G.İçi	7967,875	96	82,999		
	5-10 yıl	17	16,52	10,20	Toplam	8027,790	99			
	10 yıl veüzeri	10	17,60	8,34						

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

Tablo 22'de görüldüğü üzere; örneklem grubunda rahatsızlık süresine Depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Tablo 23.Örneklem Grubunun Ayrılma ve Reddedilme Şema Alanı Alt Boyutlarının Rahatsızlık Süresine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Değişkenler	Rahatsızlık Süresi	N	$\bar{X}$	Ss	V Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kare. Ortal.	F	P
Duygusal Yoksunluk Alt Boyutu	0-2 yıl	56	18,60	8,80	G.Arası	57,673	3	19,224	,720	,542
	3-5 yıl	17	18,35	9,38	G.İçi	2562,167	96	26,689		
	5-10 yıl	17	16,52	10,20	Toplam	2619,840	99			
	10 yıl veüzeri	10	17,60	8,34						
Sosyal İzolasyon Alt Boyutu	0-2 yıl	56	18,60	8,80	G.Arası	71,830	3	23,943	,647	,587
	3-5 yıl	17	18,35	9,38	G.İçi	3553,170	96	37,012		
	5-10 yıl	17	16,52	10,20	Toplam	3625,000	99			
	10 yıl ve üzeri	10	17,60	8,34						
TerkEdilme/ İstiksarsızlık Alt Boyutu	0-2 yıl	56	18,60	8,80	G.Arası	46,510	3	15,503	1,194	,316
	3-5 yıl	17	18,35	9,38	G.İçi	1246,850	96	12,988		
	5-10 yıl	17	16,52	10,20	Toplam	1293,360	99			
	10 yıl ve üzeri	10	17,60	8,34						
Kusurluluk/Utanç Alt Boyutu	0-2 yıl	56	18,60	8,80	G.Arası	5,781	3	1,927	,171	,915
	3-5 yıl	17	18,35	9,38	G.İçi	1078,969	96	11,239		
	5-10 yıl	17	16,52	10,20	Toplam	1084,750	99			
	10 yıl ve üzeri	10	17,60	8,34						

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

Tablo 23'de görüldüğü üzere; örneklem grubunda rahatsızlık süresine Ayrılma ve Reddedilme Şema Alanı Alt Boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır(p>.05).

Tablo 24.Örneklem Grubunun Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alt Boyutlarının Rahatsızlık Süresine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Değişkenler	Rahatsızlık Süresi	N	$\bar{X}$	Ss	V Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kare. Ortal.	F	P
Başarısızlık Alt Boyutu	0-2 yıl	56	18,60	8,80	G.Arası	46,426	3	15,475	,807	,493
	3-5 yıl	17	18,35	9,38	G.İçi	1840,614	96	19,173		
	5-10 yıl	17	16,52	10,20	Toplam	1887,040	99			
	10 yıl ve üzeri	10	17,60	8,34						
İç içe Geçme/ Gelişmemiş Benlik Alt Boyutu	0-2 yıl	56	18,60	8,80	G.Arası	123,493	3	41,164	1,036	,380
	3-5 yıl	17	18,35	9,38	G.İçi	3815,507	96	39,745		
	5-10 yıl	17	16,52	10,20	Toplam	3939,000	99			
	10 yıl ve üzeri	10	17,60	8,34						
Zara Görme veya Hastalanmaya Karşı Dayanıksızlık Alt Boyutu	0-2 yıl	56	18,60	8,80	G.Arası	23,616	3	7,872	,203	,894
	3-5 yıl	17	18,35	9,38	G.İçi	3722,494	96	38,776		
	5-10 yıl	17	16,52	10,20	Toplam	3746,110	99			
	10 yıl ve üzeri	10	17,60	8,34						

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

Tablo 24'de görüldüğü üzere; örneklem grubunda rahatsızlık süresine göre Zedelenmiş Özerklik ve PerformansŞema AlanıBoyutları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır(p>.05).

Tablo 25.Örneklem Grubunun Zedelenmiş Sınırlar Alt Boyutlarının Rahatsızlık Süresine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Değişkenler	Rahatsızlık Süresi	N	$\bar{X}$	Ss	V Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kare. Ortal.	F	P
Yetersiz Özdenetim/Öz Disiplin Alt Boyutu	0-2 yıl	56	18,60	8,80	G.Arası	50,448	3	16,816		
	3-5 yıl	17	18,35	9,38	G.İçi	4187,592	96	43,621	,386	,764
	5-10 yıl	17	16,52	10,20	Toplam	4238,040	99			
	10 yıl veüzeri	10	17,60	8,34						

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

Tablo 25'de görüldüğü üzere; örneklem grubunda rahatsızlık Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır(p>.05).

Tablo 26.Örneklem Grubunun Diğerleri Yönelimlilik Şema Alanı Alt Boyutlarının Rahatsızlık Süresine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Değişkenler	Rahatsızlık Süresi	N	$\bar{X}$	Ss	V Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kare. Ortal.	F	P
Onay Arayıcılık Alt Boyutu	0-2 yıl	56	18,60	8,80	G.Arası	34,482	3	11,494	,370	,775
	3-5 yıl	17	18,35	9,38	G.İçi	2982,828	96	31,071		
	5-10 yıl	17	16,52	10,20	Toplam	3017,310	99			
	10 yıl ve üzeri	10	17,60	8,34						
Kendini Feda Alt Boyutu	0-2 yıl	56	18,60	8,80	G.Arası	4,327	3	1,442	,068	,977
	3-5 yıl	17	18,35	9,38	G.İçi	2036,263	96	21,211		
	5-10 yıl	17	16,52	10,20	Toplam	2040,590	99			
	10 yıl ve üzeri	10	17,60	8,34						

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

Tablo 26'da görüldüğü üzere; örneklem grubunda rahatsızlık süresine Diğerleri Yönelimlilik Şema Alanı Alt Boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır(p>.05).

Tablo 27.Örneklem Grubunun Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/ Ketlenme Şema Alanı Alt Boyutlarının Rahatsızlık Süresine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Değişkenler	Rahatsızlık Süresi	N	$\bar{X}$	Ss	V Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kare. Ortal.	F	P
Karamsarlık Alt Boyutu	0-2 yıl	56	18,60	8,80	G.Arası	187,435	3	62,478	1,389	,251
	3-5 yıl	17	18,35	9,38	G.İçi	4318,525	96	44,985		
	5-10 yıl	17	16,52	10,20	Toplam	4505,960	99			
	10 yıl ve üzeri	10	17,60	8,34						
Duyguları Bastırma Alt Boyutu	0-2 yıl	56	18,60	8,80	G.Arası	79,805	3	26,602	1,106	,351
	3-5 yıl	17	18,35	9,38	G.İçi	2309,505	96	24,057		
	5-10 yıl	17	16,52	10,20	Toplam	2389,310	99			
	10 yıl ve üzeri	10	17,60	8,34						
Cezalandırıcılık Alt Boyutu	0-2 yıl	56	18,60	8,80	G.Arası	129,993	3	43,331	1,527	,212
	3-5 yıl	17	18,35	9,38	G.İçi	2723,717	96	28,372		
	5-10 yıl	17	16,52	10,20	Toplam	2853,710	99			
	10 yıl ve üzeri	10	17,60	8,34						
Yüksek Standart Alt Boyutu	0-2 yıl	56	18,60	8,80	G.Arası	19,156	3	6,385	,485	,693
	3-5 yıl	17	18,35	9,38	G.İçi	1262,954	96	13,156		
	5-10 yıl	17	16,52	10,20	Toplam	1282,110	99			
	10 yıl ve üzeri	10	17,60	8,34						

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

Tablo 27'de görüldüğü üzere; örneklem grubunda rahatsızlık Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/ Ketlenme Şema Alanı Alt Boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır(p>.05).

Tablo 28. Örneklem Grubun Depresyon Düzeylerinin Meme Dokusunun Alınmasına Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	Meme Dokusu	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Depresyon	Evet	80	17,98	9,43	98	-,271	,231
	Hayır	20	18,60	7,21			

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

Tablo 28' de görüldüğü üzere, yapılan ikili bağımsız t testi neticesinde meme dokusunun alınması durumuna göre Depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Tablo 29. Örneklem Grubun Ayrılma ve Reddedilme Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Dokusunun Alınmasına Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	Meme Dokusu	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Duygusal Yoksunluk Alt Boyutu	Evet	80	11,91	5,22	98	-,494	,351
	Hayır	20	12,55	4,90			
Sosyal İzolasyon Alt Boyutu	Evet	80	16,03	6,23	98	-,206	,480
	Hayır	20	16,35	5,41			
Terk Edilme/İstikrarsızlık Alt Boyutu	Evet	80	9,98	3,58	98	-,510	,539
	Hayır	20	10,45	3,79			
Kusurluluk/Utanç Alt Boyutu	Evet	80	9,61	3,41	98	,376	,364
	Hayır	20	9,30	2,93			

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

Tablo 29' da görüldüğü üzere, yapılan ikili bağımsız t testi meme dokusunun alınması durumuna göre Ayrılma ve ReddedilmeŞema Alanı alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Tablo 30. Örneklem Grubun Zedelenmiş Özerklik ve Performans Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Dokusunun Alınmasına Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	Meme Dokusu	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Başarısızlık Alt Boyutu	Evet	80	14,80	4,42	98	,731	,488
	Hayır	20	14,00	4,16			
İç içe Geçme/ Gelişmemiş Benlik Alt Boyutu	Evet	80	18,63	6,46	98	-,197	,251
	Hayır	20	18,95	5,78			
Zarar Görme veya Hastalanmaya Karşı Dayanıksızlık Alt Boyutu	Evet	80	13,71	5,92	98	-2,039	,938
	Hayır	20	16,80	6,57			

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

Tablo 30' da görüldüğü üzere, yapılan ikili bağımsız t testi meme dokusunun alınması durumuna göre Zedelenmiş Özerklik ve Performans Şema Alanı alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Tablo 31. Örneklem Grubun Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Dokusunun Alınmasına Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	Meme Dokusu	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin Alt Boyutu	Evet	80	22,51	6,75	98	1,140	,233
	Hayır	20	20,65	5,52			

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

Tablo 31' de görüldüğü üzere, yapılan ikili bağımsız t testi meme dokusunun alınması durumuna göre Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanıalt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Tablo 32. Örneklem Grubun Diğerleri Yönelimlilik Şem Alanı Alt Boyutlarının Meme Dokusunun Alınmasına Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	Meme Dokusu	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Onay Arayıcılık Alt Boyutu	Evet	80	20,51	5,50	98	,514	,807
	Hayır	20	19,80	5,69			
Kendini Feda Alt Boyutu	Evet	80	26,18	4,00	98	2,141	,001**
	Hayır	20	23,80	5,99			

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

Tablo 32' de görüldüğü üzere, yapılanikili bağımsız t testi meme dokusunun alınması durumuna göre Onay Arayıcılık alt boyutu arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Yapılanikili bağımsız t testi neticesinde meme dokusunun alınması durumuna göre Kendini Feda alt boyutu arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır

[t(98)= 2.141, p<.01]. Meme dokusu alınanlarda kendini feda alt boyutundan meme dokusu alınmayanlara göre anlamlı olarak yüksek puana sahiptir.

Tablo 33. Örneklem Grubun Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketlenme Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Dokusunun Alınmasına Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	Meme Dokusu	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Karamsarlık Alt Boyutu	Evet	80	14,96	6,76	98	-,170	,943
	Hayır	20	15,25	6,82			
Duyguları Bastırma Alt Boyutu	Evet	80	13,08	4,98	98	-1,152	,282
	Hayır	20	14,50	4,51			
Cezalandırıcılık Alt Boyutu	Evet	80	23,00	5,45	98	1,006	,041*
	Hayır	20	21,65	5,00			
Yüksek Standart Alt Boyutu	Evet	80	10,73	3,44	98	-,512	,039*
	Hayır	20	11,20	4,25			

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

Tablo 33' de görüldüğü üzere, yapılanikili bağımsız t testi meme dokusunun alınması durumuna göre Karamsarlık, Duyguları Bastırma, Cezalandırıcılık alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Yapılan ikili bağımsız t testi neticesinde meme dokusunun alınması durumuna göre Cezalandırıcılık alt boyutu arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(98)= 1.006 p<.05]. Meme dokusu alınanlarda cezalandırıcılık alt boyutundan meme dokusu alınmayanlara göre anlamlı olarak yüksek puana sahiptir.

Yapılan ikili bağımsız t testi neticesinde meme dokusunun alınması durumuna göre Yüksek Standart alt boyutu arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(98)= -.512, p<.05]. Meme dokusu alınmayanlarda yüksek standart alt boyutundan meme dokusu alınanlara göre anlamlı olarak yüksek puana sahiptir.

Tablo 34.Örneklem Grubunun Depresyon Düzeylerinin Alınan Memeye Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Değişkenler	Alınan Meme	N	$\bar{X}$	Ss	V Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kare. Ortal.	F	P
Depresyon	Sağ meme	33	16,84	9,54	G.Arası	93,501	2	46,751	,519	,597
	Sol meme	39	18,48	9,18	G.İçi	6939,486	77	90,123		
	İkisi de	8	20,25	10,80	Toplam	7032,988	79			

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

Tablo 34'de görüldüğü üzere; örneklem grubunda alınan memeye göre Depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır(p>.05).

Tablo 35.Örneklem Grubunun Ayrılma ve Reddedilme Şema Alanı Alt Boyutlarının Alınan Memeye Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Değişkenler	Alınan Meme	N	$\bar{X}$	Ss	V Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kare. Ortal.	F	P
Duygusal Yoksunluk Alt Boyutu	Sağ meme	33	12,81	6,18	G.Arası	51,119	2	25,560	,935	,397
	Sol meme	39	11,12	4,22	G.İçi	2105,268	77	27,341		
	İkisi de	8	12,00	5,37	Toplam	2156,388	79			
Sosyal İzolasyon Alt Boyutu	Sağ meme	33	17,60	6,69	G.Arası	144,544	2	72,272	1,904	,041*
	Sol meme	39	15,10	5,79	G.İçi	2922,344	77	37,953		
	İkisi de	8	14,12	5,51	Toplam	3066,888	79			
Terk Edilme Alt Boyutu	Sağ meme	33	9,54	3,15	G.Arası	13,870	2	6,935	,532	,589
	Sol meme	39	10,41	4,14	G.İçi	1003,118	77	13,028		
	İkisi de	8	9,75	2,18	Toplam	1016,987	79			
Kusurluluk/ Utanç Alt Boyutu	Sağ meme	80	23,00	5,45	G.Arası	,784	2	,392	,033	,968
	Sol meme	33	9,63	3,32	G.İçi	918,204	77	11,925		
	İkisi de	39	9,53	3,42	Toplam	918,988	79			

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

Tablo 35'de görüldüğü üzere; örneklem grubunda alınan memeye göre Ayrılma ve Reddedilme Şema Alanı alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır(p>.05).

Örneklem grubun alınan memeye göre Zarar Verme veya Hastalanmaya Karşı Dayanıksızlık alt boyutu anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2-77)=1.904, p<.05]. Sağ memesi alınanlarda Sosyal İzolasyon puanı en yüksektir. Post Hoc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılacağına karar vermek için öncelikle Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu saptanmıştır (p=.494). Yapılan Scheffe esti sonucunda sağ meme ile sol memesini aldıran arasında sağ memesi alınanların lehine istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(p<.05).

Tablo 36.Örneklem Grubunun Zedelenmiş Özerlik ve Performans Şema Alanının Alınan Memeye Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Değişkenler	Alınan Meme	N	$\bar{X}$	Ss	V Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kare. Ortal.	F	P
Başarısızlık Alt Boyutu	Sağ meme	33	14,72	4,96	G.Arası	21,303	2	10,651	,538	,586
	Sol meme	39	15,15	4,12	G.İçi	1525,497	77	19,812		
	İkisi de	8	13,37	3,58	Toplam	1546,800	79			
İç içe Geçme/ Gelişmemiş BenlikAlt Boyutu	Sağ meme	33	18,72	6,17	G.Arası	69,468	2	34,734	,828	,441
	Sol meme	39	18,02	6,26	G.İçi	3231,020	77	41,961		
	İkisi de	8	21,25	8,61	Toplam	3300,487	79			
Zarar Görme ve Hastalanmaya Karşı Dayanıksızlık Alt Boyutu	Sağ meme	8	9,87	4,12	G.Arası	174,526	2	87,263	2,586	,042*
	Sol meme	33	13,84	6,19	G.İçi	2597,861	77	33,738		
	İkisi de	39	14,48	5,41	Toplam	2772,388	79			

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

Tablo 36'da görüldüğü üzere; örneklem grubunda alınan memeye göre Başarısızlık, İç içe Geçme/ Gelişmemiş Benlik alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır(p>.05).

Örneklem grubun alınan memeye göre Zarar Görme ve Hastalanmaya Karşı Dayanıksızlık alt boyutu anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2-77)=2.586, p<.05]. Sol memesi alınanlarda Zarar Görme ve Hastalanmaya Karşı Dayanıksızlık puanı en yüksektir. Post Hoc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılacağına karar vermek için öncelikle Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu saptanmıştır (p=.594). Yapılan Scheffe esti sonucunda sağ meme ile sol memesini aldıran arasında sol memesi alınanların lehine istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(p<.05).

Tablo 37.Örneklem Grubunun Zedelenmiş Sınırlar Alt Boyutlarının Alınan Memeye Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Değişkenler	Alınan Meme	N	$\bar{X}$	Ss	V Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kare. Ortal.	F	P
Yetersiz Özdenetim/Öz Disiplin Alt Boyutu	Sağ meme	33	23,03	7,79	G.Arası	22,851	2	11,426	,246	,783
	Sol meme	39	22,33	6,29	G.İçi	3579,136	77	46,482		
	İkisi de	8	21,25	4,33	Toplam	3601,988	79			

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

Tablo 37'de görüldüğü üzere; örneklem grubunda alınan memeye göre Yetersiz Özdenetim/ Öz Disiplin alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır(p>.05).

Tablo 38.Örneklem Grubunun Diğerleri Yönelimlilik Şema Alanı Alt Boyutlarının Alınan Memeye Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Değişkenler	Alınan Meme	N	$\bar{X}$	Ss	V Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kare. Ortal.	F	P
Onay Arayıcılık Alt Boyutu	Sağ meme	33	20,66	6,25	G.Arası	3,471	2	1,736	,056	,946
	Sol meme	39	20,30	4,93	G.İçi	2388,516	77	31,020		
	İkisi de	8	20,87	5,46	Toplam	2391,987	79			
Kendini Feda Alt Boyutu	Sağ meme	33	26,30	4,44	G.Arası	1,266	2	,633	,039	,962
	Sol meme	39	26,15	3,69	G.İçi	1264,922	77	16,428		
	İkisi de	8	25,87	4,01	Toplam	1266,188	79			

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

Tablo 38'de görüldüğü üzere; örneklem grubunda alınan memeye göre Diğerleri Yönelimlilik Şema Alanı alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır(p>.05).

Tablo 39.Örneklem Grubunun Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketlenme Şema Alanı Alt Boyutlarının Alınan Memeye Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Değişkenler	Alınan Meme	N	$\bar{X}$	Ss	V Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kare. Ortal.	F	P
Karamsarlık Alt Boyutu	Sağ meme	33	15,06	6,33	G.Arası	33,765	2	16,883	,363	,697
	Sol meme	39	14,51	7,53	G.İçi	3585,122	77	46,560		
	İkisi de	8	16,75	4,49	Toplam	3618,888	79			
Duyguları Bastırma Alt Boyutu	Sağ meme	33	13,63	5,01	G.Arası	18,645	2	9,323	,370	,692
	Sol meme	39	12,61	5,18	G.İçi	1941,742	77	25,217		
	İkisi de	8	13,12	4,01	Toplam	1960,387	79			

Cezalandırıcılık Alt Boyutu	Sağ meme	33	23,72	5,57	G.Arası	213,349	2	106,674	3,848	,026*
	Sol meme	39	23,38	5,17	G.İçi	2134,651	77	27,723		
	İkisi de	8	18,12	4,18	Toplam	2348,000	79			
Yüksek Standart Alt Boyutu	Sağ meme	8	9,37	6,04	G.Arası	2,658	2	1,329	,110	,896
	Sol meme	33	10,57	3,95	G.İçi	932,830	77	12,115		
	İkisi de	39	10,92	3,28	Toplam	935,488	79			

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

Tablo 39'da görüldüğü üzere; örneklem grubunda alınan memeye göre Karamsarlık, Duyguları Bastırma, Yüksek Standart alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır(p>.05).

Örneklem grubun alınan memeye göre Cezalandırıcılık alt boyutu anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2-77)=3.848, p<.05]. Sağ memesi alınan kişilerde cezalandırıcılık puanı en yüksektir. Post Hoc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılacağına karar vermek için öncelikle Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu saptanmıştır (p=.679). Yapılan Scheffe esti sonucunda sağ meme ile ikisini de aldıran arasında sağ memesi alınanların lehine istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(p<.05). Sol memesi alınan ile ikisini de aldıran arasında sol memesi alınanların lehine istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(p<.05).

Tablo 40. Örneklem Grubun Depresyon Düzeylerinin Meme Protezi Kullanma Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	Protez Kullanma	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Depresyon	Evet	8	16,25	9,31	98	-,607	,812
	Hayır	9	18,27	9,01			
		2					

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

Tablo 40' da görüldüğü üzere, yapılan ikili bağımsız t testi neticesinde meme protezi kullanma durumuna göre Depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Tablo 41. Örneklem Grubun Ayrılma ve Reddedilme Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Protezi Kullanma Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	Protez Kullanma	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Duygusal Yoksunluk Alt Boyutu	Evet	8	11,25	5,65	98	-,451	,664
	Hayır	92	12,10	5,12			
Sosyal İzolasyon Alt Boyutu	Evet	8	17,37	8,51	98	,619	,084
	Hayır	92	15,98	5,83			
Terk Edilme/ İstikrarsızlık Alt Boyutu	Evet	8	10,00	3,20	98	-,065	,641
	Hayır	92	10,08	3,66			
Kusurluluk/Utanç Alt Boyutu	Evet	8	10,00	3,29	98	,399	,931
	Hayır	92	9,51	3,32			

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

Tablo 41' de görüldüğü üzere, yapılan ikili bağımsız t testi meme protezi kullanma durumuna göre Ayrılma ve Reddedilme Şema Alanı alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Tablo 42. Örneklem Grubun Zedelenmiş Özerlik ve Performans Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Protezi Kullanma Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	Protez Kullanma	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Başarısızlık Alt Boyutu	Evet	8	14,00	4,34	98	-,430	,718
	Hayır	92	14,69	4,38			

İç İçe Geçme/Gelişmemiş Benlik Alt Boyutu	Evet	8	21,00	5,34	98	1,076	,756
	Hayır	92	18,50	6,37			
Zarar Görme ve Hastalanmaya Karşı Dayanıksızlık Alt Boyutu	Evet	8	11,87	7,39	98	-1,179	,474
	Hayır	92	14,54	6,03			

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

Tablo 42' de görüldüğü üzere, yapılan ikili bağımsız t testi meme protezi kullanma durumuna göre Zedelenmiş Özerlik ve PerformansŞema Alanı alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Tablo 43. Örneklem Grubun Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Protezi Kullanma Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	**Protez Kullanma**	**N**	**$\bar{X}$**	**Ss**	**Sd**	**t**	**p**
Yetersiz Özdenetim/Öz Disiplin Alt Boyutu	Evet	8	25,87	9,77	98	1,699	,005**
	Hayır	92	21,81	6,15			

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

Tablo 43' de görüldüğü üzere, yapılan ikili bağımsız t testi neticesinde meme protezi kullanma durumuna göre Yetersiz Özdenetim/Öz Disiplinalt boyutu arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(98)= 1.699, p<.01]. Protez kulanlar da Yetersiz Özdenetim/Öz Disiplinalt boyutundan protez kullanmayanlara göre anlamlı olarak yüksek puana sahiptir.

Tablo 44. Örneklem Grubun Diğerleri Yönelimlilik Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Protezi Kullanma Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	Protez Kullanma	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Onay Arayıcılık Alt Boyutu	Evet	8	21,75	6,29	98	,735	,619
	Hayır	92	20,25	5,47			
Kendini Feda Alt Boyutu	Evet	8	24,87	4,64	98	-,540	,874
	Hayır	92	25,78	4,54			

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

Tablo 44' de görüldüğü üzere, yapılan ikili bağımsız t testi meme protezi kullanma durumuna göre Diğerleri Yönelimlilik Şema Alanı alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Tablo 45. Örneklem Grubun Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketlenme Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Protezi Kullanma Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan İki Bağımsız Örneklemli t Testi Sonuçları

Değişkenler	Protez Kullanma	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Karamsarlık Alt Boyutu	Evet	8	14,25	3,37	98	-,335	,018*
	Hayır	92	15,08	6,97			
Duyguları Bastırma Alt Boyutu	Evet	8	12,00	3,85	98	-,821	,421
	Hayır	92	13,48	4,99			
Cezalandırıcılık Alt Boyutu	Evet	8	21,75	5,97	98	-,536	,842
	Hayır	92	22,81	5,34			
Yüksek Standart Alt Boyutu	Evet	8	11,12	4,29	98	,241	,863
	Hayır	92	10,80	3,55			

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

Tablo 45' de görüldüğü üzere, yapılan ikili bağımsız t testi meme protezi kullanma durumuna göre Duyguları Bastırma, Cezalandırıcılık, Yüksek Standart alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Yapılan ikili bağımsız t testi neticesinde meme protezi kullanma durumuna göre Karamsarlık alt boyutu arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(98)= -.335, p<.05]. Protez kullanmayanlarda karamsarlık alt boyutundan protez kullananlara göre anlamlı olarak yüksek puana sahiptir.

Tablo 46. Örneklem Grubunun Depresyon Düzeylerinin Meme Protezi Kullanma Hakkındaki Düşünceye Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Değişken	Kullanma	N	$\bar{X}$	Ss	V Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kare. Ortal.	F	P
Depresyon	Hiçbir şey değiştirmez	23	15,46	9,70	G.Arası	162,713	2	81,357	,998	,373
	İsteyen kullanabilir	26	19,00	9,35	G.İçi	7252,243	89	81,486		
	isteyen kullanmaz									
	Özgüveni artırır kullanılmalıdır	51	19,09	8,65	Toplam	7414,957	91			

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

Tablo 46'da görüldüğü üzere; örneklem grubunda meme protezi kullanma hakkındaki düşünceye göre Depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır(p>.05).

Tablo 47.Örneklem Grubunun Ayrılma ve Reddedilme Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Protezi Kullanma Hakkındaki Düşünceye Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Değişkenler	Kullanma	N	$\bar{X}$	Ss	V Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kare. Ortal.	F	P
Duygusal Yoksunluk Alt Boyutu	Hiçbir şey değiştirmez	23	13,66	6,20	G.Arası	84,158	2	42,079	1,705	,188
	İsteyen kullanabilir isteyen kullanmaz	26	10,69	4,28	G.İçi	2196,048	89	24,675		
	Özgüveni artırır kullanılmalıdır	51	11,76	4,89	Toplam	2280,207	91			
Sosyal İzolasyon Alt Boyutu	Hiçbir şey değiştirmez	23	15,40	6,15	G.Arası	32,828	2	16,414	,428	,653
	İsteyen kullanabilir isteyen kullanmaz	26	15,53	6,13	G.İçi	3411,042	89	38,326		
	Özgüveni artırır kullanılmalıdır	51	16,68	6,22	Toplam	3443,870	91			
Terk Edilme/ İstikrarsızlık Alt Boyutu	Hiçbir şey değiştirmez	23	10,26	3,05	G.Arası	20,530	2	10,265	,766	,468
	İsteyen kullanabilir isteyen kullanmaz	26	9,42	2,71	G.İçi	1192,025	89	13,394		
	Özgüveni artırır kullanılmalıdır	51	10,50	4,18	Toplam	1212,554	91			
Kusurluluk/ Utanç Alt Boyutu	Hiçbir şey değiştirmez	23	9,33	3,59	G.Arası	2,341	2	1,170	,104	,901
	İsteyen kullanabilir isteyen kullanmaz	26	9,42	2,81	G.İçi	1002,268	89	11,261		
	Özgüveni artırır kullanılmalıdır	51	9,70	3,52	Toplam	1004,609	91			

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

Tablo 47'de görüldüğü üzere; örneklem grubunda meme protezi kullanma hakkındaki düşünceye Ayrılma ve Redsedilme Şema Alanı alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Tablo 48.Örneklem Grubunun Zedelenmiş Özerlik ve Performans Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Protezi Kullanma Hakkındaki Düşünceye Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Değişkenler	Kullanma	N	$\bar{X}$	Ss	V Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kare. Ortal.	F	P
Başarısızlık Alt Boyutu	Hiçbir şey değiştirmez	23	14,6	4,22	G.Arası	,240	2	,120	,006	,994
	İsteyen kullanabilir	26	14,69	4,25	G.İçi	1723,499	89	19,365		
	isteyen kullanmaz									
	Özgüveni artırır kullanılmalıdır	51	14,78	4,51	Toplam	1723,739	91			
İç içe Geçme/ Gelişmemiş Benlik Alt Boyutu	Hiçbir şey değiştirmez	23	19,33	8,03	G.Arası	190,652	2	95,326	2,408	,046*
	İsteyen kullanabilir	26	16,53	4,01	G.İçi	3523,207	89	39,587		
	isteyen kullanmaz									
	Özgüveni artırır kullanılmalıdır	51	19,82	6,65	Toplam	3713,859	91			
Zarar Görme veya Hastalanmaya Karşı Dayanıksızlık Alt Boyutu	Hiçbir şey değiştirmez	23	11,93	5,29	G.Arası	135,734	2	67,867	1,831	,166
	İsteyen kullanabilir	26	15,03	6,50	G.İçi	3298,483	89	37,062		
	isteyen kullanmaz									
	Özgüveni artırır kullanılmalıdır	51	15,29	6,07	Toplam	3434,217	91			

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

Tablo 48'de görüldüğü üzere; örneklem grubunda meme protezi kullanma hakkındaki düşünceye Başarısızlık, Zarar Verme veya Hastalanmaya Karşı Dayanıksızlık alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Örneklem grubun meme protezi kullanma hakkındaki düşünceye göre İç içe geçme/Gelişmemiş Benlik alt boyutu anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2-89)=2.408, p<.05]. İsteyen özgüveni artırır kullanmalı iç içe geçme/gelişmemiş benlik puanı en yüksektir. Post Hoc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılacağına karar vermek için öncelikle Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu saptanmıştır (p=.502). Yapılan Scheffe esti sonucunda özgüveni artırır kullanılmalı ve isteyen kullanır isteyen kullanmaz arasında özgüveni artırır kullanılmalı şeklinde düşünenler lehine istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(p<.05).

Tablo 49.Örneklem Grubunun Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Protezi Kullanma Hakkındaki Düşünceye Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Değişkenler	**Kullanma**	**N**	**X̄**	**Ss**	**V Kaynağı**	**Kareler Toplamı**	**Sd**	**Kare. Ortal.**	**F**	**P**
Yetersiz Özdeneti m/Öz Disiplin Alt Boyutu	Hiçbir şey değiştirmez	23	21,86	6,37	G.Arası	20,031	2	10,015	,234	,792
	İsteyen kullanabilir isteyen kullanmaz	26	22,88	6,75	G.İçi	3813,132	89	42,844		
	Özgüveni artırır kullanılmalıdır	51	21,84	6,48	Toplam	3833,163	91			

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

Tablo 49'da görüldüğü üzere; örneklem grubunda meme protezi kullanma hakkındaki düşünceye göre Zedelenmiş Sınırlar Şema alanı alt boyutu arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Tablo 50.Örneklem Grubunun Diğerleri Yönelimlilik Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Protezi Kullanma Hakkındaki Düşünceye Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Değişkenler	Kullanma	N	$\bar{X}$	Ss	V Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kare. Ortal.	F	P
Onay Arayıcılık Alt Boyutu	Hiçbir şey değiştirmez	23	20,46	6,67	G.Arası	24,985	2	12,493	,392	,677
	İsteyen kullanabilir	26	21,07	5,50	G.İçi	2838,874	89	31,897		
	isteyen kullanmaz									
	Özgüveni artırır kullanılmalıdır	51	19,88	5,39	Toplam	2863,859	91			
Kendini Feda Alt Boyutu	Hiçbir şey değiştirmez	23	24,33	4,77	G.Arası	45,939	2	22,969	1,072	,347
	İsteyen kullanabilir	26	25,57	3,97	G.İçi	1906,268	89	21,419		
	isteyen kullanmaz									
	Özgüveni artırır kullanılmalıdır	51	26,29	4,88	Toplam	1952,207	91			

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

Tablo 50'de görüldüğü üzere; örneklem grubunda meme protezi kullanma hakkındaki düşünceye göre Diğerleri Yönelimlilik alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Tablo 51.Örneklem Grubunun Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketlenme Şema Alanı Alt Boyutlarının Meme Protezi Kullanma Hakkındaki Düşünceye Göre Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Değişkenler	Kullanma	N	$\bar{X}$	Ss	V Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kare. Ortal.	F	P
Karamsarlık Alt Boyutu	Hiçbir şey değiştirmez	23	14,73	4,87	G.Arası	1,301	2	,650	,015	,985
	İsteyen kullanabilir isteyen kullanmaz	26	15,07	7,03	G.İçi	3936,819	89	44,234		
	Özgüveni artırır kullanılmalıdır	51	14,86	6,88	Toplam	3938,120	91			
Duyguları Bastırma Alt Boyutu	Hiçbir şey değiştirmez	23	14,26	5,88	G.Arası	12,161	2	6,081	,247	,782
	İsteyen kullanabilir isteyen kullanmaz	26	13,15	4,21	G.İçi	2192,828	89	24,639		
	Özgüveni artırır kullanılmalıdır	51	13,43	5,02	Toplam	2204,989	91			
Cezalandırıcılık Alt Boyutu	Hiçbir şey değiştirmez	23	19,80	4,36	G.Arası	231,534	2	115,767	4,827	,010**
	İsteyen kullanabilir isteyen kullanmaz	26	24,69	4,83	G.İçi	2134,684	89	23,985		
	Özgüveni artırır kullanılmalıdır	51	22,49	5,06	Toplam	2366,217	91			
Yüksek Standart Alt Boyutu	Hiçbir şey değiştirmez	23	8,40	3,26	G.Arası	91,014	2	45,507	3,963	,022*
	İsteyen kullanabilir isteyen kullanmaz	26	11,03	3,63	G.İçi	1021,856	89	11,482		
	Özgüveni artırır kullanılmalıdır	51	11,11	3,29	Toplam	1112,870	91			

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

Tablo 51'de görüldüğü üzere; örneklem grubunda meme protezi kullanma hakkındaki düşünceye göre Karamsarlık, Sosyal İzolasyon ve Duyguları Bastırma alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Örneklem grubun meme protezi kullanma hakkındaki düşünceye göre Cezalandırıcılık alt boyutu anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2-89)=4.827, p<.05]. İsteyen Kullanır isteyen kullanmaz şeklinde düşünenlerde cezalandırıcılık puanı en

yüksektir. Post Hoc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılacağına karar vermek için öncelikle Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu saptanmıştır (p=.725). Yapılan Scheffe esti sonucunda hiç bir şey değiştirmez ve isteyen kullanır isteyen kullanmaz arasında isteyen kullanır isteyen kullanmaz şeklinde düşünenler lehine istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(p<.05).

Örneklem grubun meme protezi kullanma hakkındaki düşünceye göre Yüksek Standart alt boyutu anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2-89)=3.963, p<.05]. İsteyen Özgüveni artırır kullanılmalı şeklinde düşünenlerde yüksek stendart puanı en yüksektir. Post Hoc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılacağına karar vermek için öncelikle Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu saptanmıştır (p=.552). Yapılan Scheffe esti sonucunda hiç bir şey değiştirmez ve özgüveni artırır kullanılmalıdır arasında özgüveni artırır kullanılmalıdır şeklinde düşünenler lehine istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(p<.05).

BEŞİNCİ BÖLÜM
TARTIŞMA VE YORUM

Depresyon düzey puanları artıkça başarısızlık, karamsarlık sosyal izolasyon, iç içe geçme/ gelişmemiş benlik, kendini feda, terk edilme/istikrarsızlık, kusurluluk/utanç zarar verme veya hastalanmaya karşı dayanıksızlık alt boyutundan aldıkları puanlar artmaktadır.

Şemaların yapısına baktığımız zaman bu şemaların içeriği kaygı ve depresif duygu durumuna dayanmaktadır. Dolayısıyla depresyon düzeyi yüksek olan bireylerde bu şemaların olması beklenebilir. Literatür incelendiğinde, Tünel ve arkadaşları çalışmalarında, kanser fiziksel bir hastalık olduğu gibi, ruhsal ve sosyal bileşenleri de olan bir sorun olduğunu belirtmektedirler.

Kanser; korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, terk edilme düşünceleriyle bir yıkım gibi algılanır ve kişinin psikolojik dengesinde krize neden olur. Kanser hastalarında psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı %50 dir ve bu bozuklukların çoğu kanser veya kanser tedavisi ile ilgilidir. Hastaların çoğunda başta uyum bozukluğu olmak üzere major depresyon, anksiyete bozuklukları, uyku bozuklukları, özkıyım, deliryum görülmektedir. Hem kanser tedavisi hem de psikiyatrik hastalıkların tedavisi ilaç etkileşimleri göz önünde bulundurularak yapılmalıdır.[184]

Yapılan bu çalışmaya bakıldığında, meme kanseri tanısı olan hastalarda korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, terkedilme düşüncelerinin mevcut olduğu ve bu düşüncelerin, başarısızlık, karamsarlık sosyal izolasyon, iç içe geçme/ gelişmemiş benlik, kendini feda, terk edilme/istikrarsızlık, kusurluluk/utanç zarar verme veya hastalanmaya karşı dayanıksızlık şemalarını tetikleyebileceği düşünülebilir.

Literatür incelendiğinde, kanserli hastalarda majör depresyon yaygınlığı %22 bulunmuştur. Hastaların %50'sinde uyku bozukluğu saptanmış olup, uyku bozukluğu oranı meme kanserli hastalarda %20, akciğer kanserli hastalarda %15 olarak bildirilmiştir. Kanserli hastaların %11'inde intihar düşüncesinin olduğu belirlenmiştir. Ölüm düşüncelerinin yaygınlığı yaşla birlikte artarken, kanser tanısının konmasından sonra geçen süre uzadıkça azaldığı belirtilmiştir.[185]

---

[184] Münevver Tünel, et al. "Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar." *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2012, 21,3

[185] Gül Tokgöz, et al. "Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler." *Anadolu Psikiyatri Dergisi,* 9.2, 2008, s. 59-66.

Araştırmamızda, meme kanseri tanısı olan hastalarda, ölüm korkusu ile birlikte depresif düşüncelerin olduğu görülmekte ve bu düşüncelerin çalışmamızda bahsedilen şemaları etkileyebileceği değerlendirilmektedir.

Literatürde, psikolojik, sosyal ve çevresel etkenlerin hastalıkların başlangıç ve ilerlemesinde çok etkili olduklarını belirtmekteler. Uzun yıllar bu faktörlerin kanser etiyolojisinde rol oynadığına inanılmış, son yıllarda ise hastalığa neden olmaktan çok ortaya çıkışında etkileri olduğu kabul edilmektedir. Böylesi faktörler hastanın tedavi beklentisini ve tedavideki işbirliğini etkilemekte, dolayısıyla yaşam kalitesi ve kanser tedavisindeki başarıda etkili olmaktadırlar. Stresle başa çıkmada hastalığını bilme ve ileri yaşta olmanın etkili olduğu belirlenmiştir.[186]

Literatürde, kanserli hastalarda depresyon açısından risk etkenlerinin başında psikiyatrik bozukluk öyküsü, benlik saygısının düşük olması, tanı sırasında fazla duygusal stres ve duygusal desteğin azlığının geldiğini söylemekteler.[187]Ölüm,ağrı ve acı çekme ile eş anlamlı olarak düşünülen kanser, hastanın zorlu bir başa çıkma dönemi geçirmesine neden olan ve acilen müdahale etmeyi gerektiren bir kriz durumu olup, kanser hastalarının büyük bir kısmında psikiyatrik bozukluklar, hastalığa ya da kanser tedavisine tepki olarak ortaya çıkarken, %10 nunda kişilik bozukluğu ya da anksiyete bozukluğu gibi kanser tanısı öncesinde var olan psikiyatrik bozuklukların alevlenmesi söz konusudur.Kanser sürecinde görülen psikiyatrik bozukluklar tedavi edilebilir ve bu yolla morbidite ve mortaliteyi azaltabilir olsa da, ruhsal bozuklukların çoğu zaman tanınmadığı ve tedavi edilmediği bildirilmektedir.[188]

Araştırmamızda, meme protezi kullananlarda, kullanmayanlara göre yetersiz özdenetim/öz disiplin şeması daha güçlü bulunmuştur. Protez kullanmayanlarda karamsarlık şeması daha güçlüdür. Yetersiz öz denetim şemasına sahip bireylerde, rahatsızlıktan kaçınma tutumları abartılıdır. Karamsarlık şemasına sahip bireyler ise gerek yaşamlarına, gerek vücutlarına karşı olumsuz düşüncelere sahip olduklarından, meme protezi kullanmayan katılımcıların, vücutlarında olan bu değişimin, kişideki karamsar düşünce ve duygu durumu ve dolayısı ile bu şemayı tetiklemiş olabileceği düşünülebilir.

---

[186]Şahnur Şener, Meme kanserinin ruhsal ve sosyal etkileri üzerine bir çalışma, *Klinik Psikiyatri,* 2, 1999, s. 254-260.

[187]Hayriye Elbi Mete, Özen Önen, *Kanserli hastalarda depresyon, Duygudurum Dizisi,* 4, 2001, s.184-191.

[188] Gülcan Güleç ve Alev Büyükkınacı, "Kanser ve psikiyatrik bozukluklar." *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar,* 2011, 3.2

Literatür incelendiğinde, çeşitli toplumlarda olduğu gibi ülkemizde de kadının memesi; kadınlığı, cinselliği, estetik görünümü, bebeğin beslenmesini, sevgiyi ve annelik duygularını ifade etmekte olduğunu belirtmektedir. Bu nedenle kadınların meme kanseri sonucunda; beden imajında bozulma duyguları, özsaygıda azalma, kadınlığını kaybetme düşüncesi, cinsel fonksiyonlarda azalma düşüncesi, anksiyete, depresyon, umutsuzluk, suçluluk ve utanç, tekrarlama korkusu, izolasyon ve ölüm korkuları gibi psikolojik ve manevi yönden şiddetli sorunlar yaşandığını belirtmektedir. [189] Bu düşüncelerin yetersiz özdenetim/öz disiplin şemasını tetikleyebileceği düşünülebilir.

Meme kanseri kadının sağlığını tehdit eden bir hastalık olması yanısıra, kadınlığı ve cinselliği sembolize eden organa karşı tehdit oluşturan önemli bir hastalıktır. Bir kadın için meme kanseri tanısı almak yıkıcı bir olaydır ve fiziksel problemlerin yanı sıra psikolojik, sosyal ve varoluşsal yönden çeşitli sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu sorunların başında depresyon, uyum bozukluğu, yaşam kalitesinde azalma, anksiyete, öfke, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, intihar düşünceleri, sosyal izolasyon, benlik saygısının azalması, beden imajının bozulması, dişilik özelliklerini kaybetme korkusu ve cinsel işlev bozukluğu gelmektedir. Kanserde psikolojik desteğin amacı bireyin hastalığı ve hastalığın yol açtığı yaşam sorunlarıyla baş edecek güce gelmesine, hastalık yaşantısından bir anlam çıkarmasına yardımcı olmaktır.

Literatür incelendiğinde verilen danışmanlığın ya da terapilerin kanser hastalarının psikolojik adaptasyonlarını, kendilik algılarını, işlevselliklerini ve kanser ve tedavisiyle ilgili kişisel bağımsızlıklarını ve yaşam kalitelerini arttırdığı görülmektedir. Emosyonel destek odaklı bireysel görüşmeler, psikoeğitim grupları, bilişsel-davranışçı terapiler, aile terapisi, telefon danışmanlığı ya da birkaç müdahalenin etkinliğinin test edilmesi gibi çeşitli girişimlerin uygulandığı ve bu müdahalelerin hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerini azaltmada, yaşam kalitelerini artırmada, hastalıkla ilgili bilgi, baş etme ve hastalığa uyum düzeylerini arttırmada ve semptom yönetiminde olumlu yönde katkıları olduğu belirtilmiştir.[190]

---

[189] Aysun Babacan Gümüş, Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler, Meme Sağlığı Dergisi, 2006, 2, 3, s.129-135.

[190] Işıl Işık, Meme kanseri hastalarında tedavi sonrası dönemde gelişen psikososyal sorunlar ve destekleyici hemşirelik girişimleri, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi,* 2014, 11.3, s.58-64.

Çalışmamızda, meme kanseri tanısı alan kadınlarda depresyon, uyum bozukluğu, yaşam kalitesinde azalma, anksiyete, öfke, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, intihar düşünceleri, sosyal izolasyon, benlik saygısının azalması, beden imajının bozulması, dişilik özelliklerini kaybetme korkusu ve cinsel işlev bozukluğu gibi etkenlerin birçok şemayı tetiklediği düşünülebilir.

Araştırmamızda, meme protezi kullanma hakkındaki düşünceye göre İç içe geçme/Gelişmemiş Benlik alt boyutu şemasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. İsteyen özgüveni artırır kullanmalı iç içe geçme/gelişmemiş benlik puanı en yüksektir. Özgüveni artırır kullanılmalı ve isteyen kullanır isteyen kullanmaz arasında özgüveni artırır kullanılmalı şeklinde düşünenler lehine istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Meme protezi kullanma hakkındaki düşünceye göre cezalandırıcılık alt boyutu şemasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. İsteyen kullanır isteyen kullanmaz şeklinde düşünenlerde cezalandırıcılık puanı en yüksektir. Hiçbirşey değiştirmez ile isteyen kullanır isteyen kullanmaz arasında, isteyen kullanır isteyen kullanmaz şeklinde düşünenler lehine istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Meme protezi kullanma hakkındaki düşünceye göre Yüksek Standart alt boyutu anlamlı farklılık bulunmaktadır. İsteyen Özgüveni artırır kullanılmalı şeklinde düşünenlerde yüksek standart puanı en yüksektir. Hiçbirşey değiştirmez ile özgüveni artırır kullanılmalıdır arasında, özgüveni artırır kullanılmalıdır şeklinde düşünenler lehine istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Diğer şemalara göre herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır.

İç içe geçme şemasına sahip bireylerin, protez kullanınca, öz güvenlerinin artacağını düşündükleri, gerek sosyal çevrelerinden gerek aile ve arkadaşlarından bu yol ile daha fazla destek alacaklarını ve ilişkilerini devam ettirebileceklerini düşündükleri söylenebilir.

Cezalandırıcılık şemasına sahip kişiler, beklenti ve standartlarını karşılamayan tüm insanlara karşı öfkeli, hoşgürüsüz ve cezalandırıcı bir kişiliğe sahip olduklarından isteyen kullanır isteyen kullanmaz diyerek umursamaz ve hem kendilerini hem de başkalarına karşı cezalandırıcı bir tutum içerisinde olabilirler.

Meme kanserinin tedavisinde birincil öneme sahip olan cerrahi girişim hastanın beden imajını, öz güvenini, psikolojik durumunu, cinsel yaşamını ve çevre ile ilişkilerini olumsuz etkiler. Memenin hastanın benlik ve kadınlık kavramındaki önemi ve meme kaybının hasta için kişisel anlamı ameliyata verilecek psikolojik yanıtta belirleyici faktörlerdendir. Memenin kadınlık ve cinsellik sembolü olarak vurgulandığı bir toplumda sadece memeyi kaybetmek düşüncesinin bile psikolojik durum üzerindeki olumsuz etkisini anlamak zor değildir. Hastada şok, inkâr, kızgınlık, depresyon, yansıtma, psikolojik gerileme, umutsuzluk-çaresizlik, bezginlik, patolojik bağımlılık gibi çeşitli tepkiler görülebilir.[191] Bu tepkilerin şemaları tetiklediği düşünülebilir.

Kanserli hastalar, savunucu, kaygılı, aşırı kontrollü, duygusal, gerginliklerini motor, sözel ya da diğer yollarla boşaltamayan, belirgin olarak yadsıma ve bastırma mekanizmalarını kullanan, aşırı sabırlı, kendi gereksinimlerini sürekli geri planda tutan ve kolayca memnun edilebilen ve azla yetinen kişiler olarak tanımlanmaktadırlar. Kanser için "duygusal olarak kapalı" şeklinde tanımladıkları C tipi kişilik özellikleri üzerinde durmuşlardır. Bu kişilik özelliği, işbirliğini seven, tartışma yerine kabul etmeyi seçen, girişken olmayan, sabırlı, olumsuz duygularını dışa vurmayan ve dış otoritelere karşı uyumlu görünen bir özellik olarak tanımlanmıştır.[192] Meme kanserinin, teşhisinden sonra 5 yıllık sağ kalım oranının %75 olması nedeniyle en iyi yaşam süresine sahip kanser türü olduğu literatürde bildirilmektedir Cinselliği direkt yada dolaylı olarak etkileyen sağlık sorunları cinsel işlevi bozmakta ve dolayısıyla bireylerde fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlara neden olabilmektedir. Cinselliğin sürdürülmesi sağlıklı kişilerde olduğu gibi meme kanserli hastalarda da önemli bir işlevdir. Meme kanserinin cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ya da hormonal tedavisi hastanın fiziksel sağlığı etkilediğinden dolayı cinsel hayatını da etkilediği belirtilmektedir Meme kanseri tanısı konan bir kadının cinselliği sağlıklı bireylerden farklı değildir. Kanser tedavisi gören kadınların da tüm bireyler gibi sevgi, yakınlık, dokunma, sıcaklık, güven, ait olma, şefkat ve bağlanma gereksinimleri vardır.[193]

---

[191]Sedat Özkan ve Nilüfer Alçalar, Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisine Psikolojik Tepkiler, *Meme Sagligi Dergisi/Journal of BreastHealth, 2009,* 5.2

[192] Levenson JL, Bemis C., The role of psychologicalfactors in canceronsetandprogression. Psychosomatics, 1991, 32, s.124-132.

[193]İkbal Çavdar, Meme kanserli hastalarda cinsel sorunlar, *Meme sağlığı dergisi*, 2006, 2.2, s. 64-66.

Araştırmamızda, meme dokusu alınanlarda cezalandırıcılık ve kendini feda alt boyutundan meme dokusu alınmayanlara göre anlamlı olarak yüksek puana sahiptir. Meme dokusu alınmayanlarda ise yüksek standartlar şeması meme dokusu alınanlara göre anlamlı olarak yüksek puana sahiptir.

Memesi alınmış bireylerin hastalığın getirdiği olumsuz düşünce ve duygulardan dolayı aklının bir köşesinde ölüm düşüncesi olabileceğinden kendini sevdiklerine feda etmeye ve onları mutlu etmeye istekli ve hazır olabilecekleri düşünülebilir. Ayrıca yine memesi alınmış bireylerde, zaten memesi alındığından dolayı hayatın başka yönlerinde daha başarılı olmayı hedeflediğinden yüksek standartlar şemasını tetiklediği düşünülebilir.

Kanserin, çaresizlik ve belirsizlik içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk ve kaygı uyandıran, panik ve karışıklık yaratan ciddi ve kronik bir hastalık olarak algılandığını belirtmektedirler. Kanserle tedavisindeki ilerlemeler, hastaların hayatta kalma oranlarını arttırmasına rağmen, fiziksel ve psikososyal rahatsızlıklar hastaların uyum mekanizmalarını bozarak, geleceğe yönelik beklentilerini sarsmaktadır. Klinik uygulamalarda, hastaların öncelikle fiziksel değerlendirmelerinin yapılması ve tedavilerinin planlanması; sosyal, psikolojik, ekonomik, kültürel faktörlerin geri planda bırakılması hastaların yaşadığı sorunların çözümünü daha da zorlaştırmaktadır. Bu yaklaşım hastaların umut düzeyleri azalmakta ve etkin baş etmeleri olumsuz yönde etkilenmektedir.[194] Bu durumların şemaların tetiklenmesinde etkili olduğu düşünülebilir.

Kanser kronik bir hastalık olup hem hasta hem de hastanın ailesi bu süreçten etkilenir. Kanser tanısı konan bir kişide en sık görülen tepki öfkedir. Temelde hastalığa karşı duyulan öfke doktorlara, sağlık personeline ve yakınlara yansıtılmaktadır. Bir diğer sık görülen tepki ise suçluluk duygusudur; kişi, bu hastalığı hak etmek için ne gibi bir hata yapmış olduğunu sorgulamaya başlar. Hastalığı, bir cezalandırma gibi görebilir.[195] Öte taraftan, beden imgesi bozulan hasta bundan sonra hiçbir zaman fiziksel olarak bir bütün olamayacağını düşünebilir. Fiziksel bütünlüğü kaybetme endişesi, hastanın ruhsal açıdan incinebilirlik riskini artırır. Kanser tanısı konan birey, kanserle ilgisi olmayan diğer yaşam olayları ile başa çıkmakta da zorlanır. Ölümün çok yakınında olabileceğini

[194]Nihal Bostancı Daştan ve Sevim Buzlu, "Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım." *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* ,2010, 3.1 s. 73-78.
[195]H.CüneytUlutin, Kanserli hastada psikolojik sorunlar. FTR Bil Dergisi, 2006, 9, s.39-41.

bilmek ve uygulanacak tedavi yöntemleri başlıca stres kaynaklarıdır. Hekimlerin kanser hastalarında majör depresyon (MD) gibi psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı ve ortaya çıkan bu psikolojik bozuklukların hastada yol açabileceği psikososyal değişiklikler konusundaki farkındalıklarının yüksek olması gerektiğini söylemektedirler.[196]

Meme kanseri olan kadınlarda kendilerini suçlama oldukça yaygın bir davranıştır. Kadınlar beslenme tercihlerine, sigara içmeye, tedaviye başvurma süreçlerine, tedavi dışı alternatiflere yönelme/tedaviyi ertelemelerine ve tedavi sırasındaki davranışlarına bağlı olarak kendilerini suçlayabilir ve başetmede manevi yöntemleri tercih edebilir.[197]

Araştırmamızda, sol memesi alınanlarda sağ memesi alınanlara göre zarar görme ve hastalanmaya karşı dayanıksızlık şeması daha güçlü olarak kendini sürdürmektedir. Sağ memesi alınanlarda kişilerde cezalandırıcılık şeması daha güçlüdür.

Katılımcılarda, alınan memeye göre Depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Bu sonucun çıkmasında meme kanseri tanısı olan bireylerin örneklemdeki dağılımının dengeli olmamasından kaynaklandığı düşünülebilir. Ayrıca bu hastalığa yakalanan bireylerin genel olarak depresif bir duygu durum içerisinde olduklarından böyle bir sonucun çıkmasında etkili olduğu da düşünülebilir.

Kanser tanısı hastada var oluşsal bir krize neden olur. Hasta için kendisini sağlıklı yaşıtlarından ayıran bir durumdur. Kişi tanı konduğu andan itibaren bu yeni duruma “uyum sağlama süreci” ile karşı karşıya kalır. Hastalık, basit sıkıntıdan, kayıp-yas yaşantısı ve narsistik bütünlüğün tehdit edildiği duygusuna kadar uzanan tepkiler uyandırır.[198]

Araştırmamızda, meme protezi kullanma durumuna göre Depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Bu sonucun çıkmasında meme kanseri tanısı alan bireylerin örneklemdeki dağılımının dengeli olmamasından

---

[196]Berard Randy M. Depressionandanxiety in oncology: thepsychiatrist'sperspective. J ClinPsychiatry 2001; 62 (Suppl.8): s.58-61; discussion 62-63.

[197] RomerCatherine, et al. "Self-forgiveness, spirituality, andpsychologicaladjustment in womenwithbreastcancer." *Journal of BehavioralMedicine,* 2006, 29.1, s.29-36.

[198] Sibel Özkan Meme kanserli hastaya psikolojik yaklaşım. VIII. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı, İstanbul, Eylül 2005, s.21–24.

kaynaklandığı düşünülebilir. Ayrıca bu hastalığa yakalanan bireylerin genel olarak depresif bir duygu durum içerisinde olduklarından böyle bir sonucun çıkmasında etkili olduğu da düşünülebilir.

Meme kanseri tanısı konan pek çok hasta duygusal bir karmaşa yaşadığını söylemektedir. İlk tepkisi geçici bir şok durumudur. Bu şoktan yavaş yavaş ayrılıp kendisini toparladığında yanıtı genellikle "hayır, doğru değil, laboratuar tetkiklerinde bir yanlışlık olmuştur, mutlaka teşhis hatası var" olur. Bu nedenle tahlili birkaç kez tekrarlatma ya da doktor değiştirme sık görülür. Bilgi eksikliği ile iyice belirginleşebilir. Aslında inkâr tehlike ve tehdidi bilinç dışına atmak için kullanılan psikolojik bir savunmadır. Hasta kendisine gerçeğin nasıl söylendiğine, kaçınılmaz olanı kabullenmek için ne kadar zamanı olduğuna ve yaşamı boyunca stresli durumlarla nasıl başa çıktığına bağlı olarak inkârdan vazgeçecek ve farklı savunma mekanizmaları geliştirecektir. İnkâr evresi kişiye göre değişmekle birlikte birkaç günden birkaç haftaya kadar devam edebilir. Hastanın gerçekle yüzleşme isteğine ve gereksinmelerine saygı duyulmalıdır. Ancak inkâr hastanın durumunu gerçekçi değerlendirmesini engellerse, tedaviyi reddetmesine ve hastalığın yerleşmesine neden olursa müdahale gerekir. İlginç bir şekilde birçok hasta "seçici inkâr geliştirir. Yani, tolere edebileceği ölçüde gerçeği kabul edip, tedaviyi reddetmeksizin inkâr davranışı içine girerek bu yeni duruma adapte olmaya çalışırlar. İnkâr hastalığın her aşamasında zaman zaman karşımıza çıkabilir.[199]

Meme ameliyatı olmuş kadın kendini eksik, özürlü, cinsel yönden yetersiz ve yalnız olarak algılayabilir. Ameliyat sonrası en sık karşılaşılan sorunlar anksiyete, depresyon, kızgınlık, suçluluk, korku ve sosyal izolasyondur. Bu nedenle ameliyat sonrası kadınlara sağlık ekibi üyeleri tarafından profesyonel boyutta destek sağlanmalıdır.[200] Yüksek düzeylerde umudu olan kanserli hastaların daha uzun yaşama eğilimi gösterdikleri ve hastalıksız geçen sürenin daha uzun olduğu bildirilmektedir.[201]

---

[199] Özkan ve Alçalar a.g.e. s.21-24.
[200] Şener, a.g.e., s. 254-260.
[201] Özlem Aslan, Kanserli hastalarda umut, *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 2007, 11.2, s.18-24.

ÖNERİLER

Meme kanseri tanısı alan bireyler depresif bozujluk geliştirebilirler, bu nedenle psikolojik olarak destek almaları hastalığın tedavisinde fayda sağlayabilir.

Hastanın aile bireylerinin de psikolojik destek alması yorucu süreçlerle baş etmeyi öğrenmelerini sağlayıp ve böylece hastaya moral ve motivasyon konusunda yardımcı olabilirler.

Hastanın teşhisten sonra yaşadığı zorluklar ve psikolojik çökünllük erken dönem uyumsuz şemaları tetikliyor olabilir. Tetiklenen bu şemalarla beraber süreçle baş etmek daha zor hale gelebilir. Dolaysıyla şemalar konusunda iyi yapılandırılmış psiko-eğitimin verilmesi ve şema terapi yaklaşımı ile desteklenmeleri hastalara önemli derecede yardımcı olacaktır.

Hastalara olduğu kadar sağlıklı kadınlara da meme kanseri erken tanısı ve mücadele konusunda eğitimler düzenlenmelidir.

Hasta yakınları sürecin içinde olduklarından tedaviye dahil edilmeli, eğitilmeli ve kendilerinin de bu zorluklarla başetme konusunda desteklenmeleri gerekmektedir.

KAYNAKÇA

KİTAPLAR

AMERİKAN Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı,Dördüncü baskı (DSM-IV) (çev.ed.: Köroğlu E) Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

AYDINTUĞ Semih, Meme kanserinde erken tanı. Sted, 2004.

BARTHOLOMEW Kim, Avoidance of intimacy: An attachment perspective. Journal of Social and Personal Relationships, 1990.

BERKARDA Bülent, Meme Kanseri. İstanbul: İ.Ü. Basımevi ve Film Merkezi, 2000.

BOWLBY John, Attachmentandbowlby: vol. 1. attachment (2. Basım), Basic Books, New York, 1982.

BOZFAKIOĞLU Yavuz, Özmen Vahit, Ünal, M., Müslümanoğlu Mahmut, Keçer Mustafa, İğci, Abdullah, Dağoğlu, T., Meme Kanseri. G. Kalaycı (Ed.). Genel Cerrahi (s: 557-561). Cilt 1, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitapevleri, 2002.

BÖLÜKBAŞ Nurgül,ÇEVİKRemzi, Mastektomili Hastalarda Depresyon ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 1999.

BİRO Leman, AKDEMİR Nuran, Bedük, T., İç Hastalıkları Hemşireliği (6. Bs.). Ankara: Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 1997.

DAĞOĞLU Temel, Selim ve Habis Meme Hastalıkları Cerrahisi. G. Kalaycı (Ed.). Genel Cerrahi (s: 594-606). Cilt 1, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitapevleri, 2002.

DARENDELİLER Emin, AĞAOĞLU Yaman Fulya, Meme Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etyolojisi. E. Topuz, A. Aydıner, M. Dinçer (Ed.). Meme Kanseri, Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık, 2003.

DSM- V, (The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders-5): Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. E. Köroğlu (çev.), İstanbul: HYB Yayıncılık, 2013

ELBİ Mete Hayriye, Önen Özen, Kanserli Hastalarda Depresyon. Duygu Durum Dizisi, 2001.

GÜLEÇ Cengiz, Psikiyatri'ninABC'si. 2. Baskı. İstanbul: Say Yayınları, 2009.

GÜRAN Şefik, Kanserden korunma, Gülhane Med J, 2005.

HAYRİYE Elbi Mete, Özen Önen, *Kanserli hastalarda depresyon, Duygudurum Dizisi*, 2001.

HAZAN Cindy, Shaver Philip, Attachment as an Organizational Framework forResearch on Close Relationships. PsychologyInquiry. 1994.

IŞIK Erdal, Depresyon ve Bipolar Bozukluklar Bozukluklar, Ankara: Görsel SanatlarMatbaacılık.

KEÇER Mehmet, ASAOĞLU Osman, Meme Kanseri Tedavisinde Mastektomiler, Endikasyon ve Teknikleri. E. Topuz, A. Aydıner, M. Dinçer (Ed.). Meme Kanseri Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık, 2003.

KÖKNEL Ömer, Ruhsal Çöküntü: Depresyon. 6. Baskı. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi, 2005.

ÖZ Fatma, Sağlık Alanında Temel Kavramlar, Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş. 2004.

ÖZBAŞ Ayfer, Meme Kanserli Ailelerde Sorunlar ve Çözümler, Meme Sağlığı Dergisi, 2006.

ÖZKAN Sedat, Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi, Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş. 1993.

ÖZKAN Sibel Meme kanserli hastaya psikolojik yaklaşım. VIII. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı, 21–24 Eylül,İstanbul, 2005.

ÖZKAN Sibel Meme kanserli hastaya psikolojik yaklaşım. VIII. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı, Eylül,İstanbul,2005.

ÖZKAN Sibel, Meme Kanserli Hastaya Psikolojik Yaklaşım, Yaşam Kalitesi. E. Topuz, A. Aydıner, M. Dinçer (Ed.). Meme Kanseri Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık, 2003.

ÖZTÜRK Orhan, Ruh sağlığı ve bozuklukları, İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım.

RAFAELİ Bernstein. D. P.,Young, Jefreyy, Schema therapy: Distinctive features. London:Routledge, 2011, 2004.

RAFAELİEshkol, Bernstein David Philip, YoungJeffrey, Schematherapy: Distinctivefeatures. London: Routledge, 2011

ŞAHNUR Şener, Meme kanserinin ruhsal ve sosyal etkileri üzerine bir çalışma, *Klinik Psikiyatri* 2 (1999): s. 254-260.

TANELİ, Suna, Meme Kanserinin Psikososyal Boyutu. K. Engin (Ed.). Meme Kanserleri Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., 2005.

TARHAN Nevzat, Kendinizle Barışık Olmak. Duyguların Eğitimi. 20. Baskı. İstanbul: TimaşYayınları, 2013.

TEZCAN Ertan, Depresyonun ayırıcı tanısı. Duygudurum Dizisi, 2000.

World HealthOrganization. “Histological Typing of BreastTumors”, 2nd edn. Geneva: WHO. 1981.

YOUNG Jeffrey, KloskoJanet ve WeishaarMarjorie, SchemaTherapy: A practitioner’s guide. New York, London: The Guildford Press. 2003.

DERGİ VE MAKALLER

SKALGhazal., FALLOWFİELD L., RWBlamey, Comparison of Psychological Aspects and Patient Satisfaction Following Breast Conserving Surgery, Simple Mastectomy and Breast Reconstruction. Eur J Cancer, 2000, 36, 1938-1943

ARIKAN, Ramazan N. Travmatik bir yaşantı: meme kanseri ve mastektomi. Kriz Dergisi, 2000, 9, 39-46

ATEŞCİ Figen, OĞUZHANOĞLU Nalan, BALTALARLI Bahar, KARADAĞ Filiz, ÖZDEL Osman, KARAGÖZ Nursel, Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi, 2003, 14(2), 145-152

AVISA Nancy, Crawfordb Sybil, Manuela Janeen, Psychosocial Problems Among Younger Women with Breas Cancer, Psycho-Oncology, 2004, 13, 295–308.

AYGİN Dilek, Durat, Gülgüni, Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel Sorunlar ve Yaklaşım (Derleme). Androloji Bülteni, 2005, 23, 352-354.

BABACAN GA, Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. Meme Sağlığı Dergisi, 2 (3), 2006, 129-135.

BAG Beyhan. "Kanser hastalarında yorgunluğa bağlı psikososyal sorunlar ve çözüm önerileri." *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi,* 21.4, 2012.

BALONJacqueline, Wehrwein, Teresa, Cancer of the Breast." *Women and Cancer. A Gynecologic Oncology Nursing Perspective, 2nd ed. Jones and Bartlett Publishers*, 2000.

BARBER Brian Kent, Intrusiveparenting: How psychological control affects children and adolescents, Washington, DC, US: American Psychological Association, 2002, 309 pp.

BECK Aaron, An Inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry, 1961 7:151-169

BEDEL Ahmet, Küçükköse İsmail, Lise öğrencilerinde kişiler arası sorun çözme ve stresin incelenmesi, Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi, 2014, 15(3).

BERARD RM. Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective. J ClinPsychiatry 2001; 62 (Suppl.8): s.58-61; discussion 62-63.

BERARD RM. Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective. J ClinPsychiatry 2001; 62 (Suppl.8):58-61; discussion 62-63.

BİLYNSKYJ, B.T., “The Breast Cancer Treatment as a Marker of Progression Oncology”, Experimental Oncology, 32, 3, 2010, pp. 190–194,

BOSCAGLİA, N., et al. "The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer." *International Journal of Gynecological Cancer* 15.5 (2005): 755-761.

BOSTANCI Nihal Daştan, and Sevim Buzlu. "Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım." *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 3.1 (2010): 73-78.

BOSTANCI Nihal Daştan, and Sevim Buzlu. "Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım." *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 3.1 (2010): s. 73-78.

BOZKURT Nergüz, Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri ileÇeşitli Değişkenler Arasındaki İlişkiler. Eğitim ve Bilim, 2004, 29(133):52-59.

BRETHERTONINGE, Mary Ainsworth: Insightful Observer And Courages Theoritician. To Appear in G. A. Kimble& M. Werheimer (Editörler), Portraits Of Pineers In Psychology (vol. 5). Hillsdale, NJ: Erlbaum, 03, 2003.

BRETHERTONINGE, Theorigins of attachment theory: john bowlby and maryains worth. Development Psychology, 1992, 28, 759 – 775

CHARAFE-JAUFFRET Emmanuelle, Christophe Ginestier, Daniel Birnbaum, “Breast cancerstem cells: tools and models torely on”, BMC Cancer, 2009, 9, 202.

CHARAFE-JAUFFRET, Emmanuelle, Florence Monville, Christophe Ginestier, Gabriel Dontu, Dabiel Birnbaum, Max Wicha, Cancer stemcells in breast: current opinion and future challenges, Pathobiology, 2008, 75, 2, pp. 75-84.

CLAMP, A., Danson S., Demons M., Hormonal and Genetic Risk Factors For Breast Cancer. Surg J R Coll Surg EdinbIrel, 2003, s.23-31.

CLAUS, Elizabeth, Meredith Stoweand, Darryl Carter, Familyhistory of breast and ovarian cancer and the risk of breast carcinoma in situ, Breast Cancer Research and Treatment, 2003, 78, pp. 7-15.

COLLABORATİVE Group on Hormonal Factors and Breast Cancer, “Breast cance rand breastfeeding: collaborativere analysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease”, Lancet, 360, 2002, pp. 187-195,

COTTON, Sian P., et al. "Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer." *Psycho-Oncology* 8.5 (1999): 429-438.

CUZİCK Jack, Breast Cancer Prevention in the Developing World, Breast Cancer Research, 2010, 12, S9.

ÇAVDAR İkbal, "Meme kanserli hastalarda cinsel sorunlar." *Meme sağlığı dergisi,* 2.2, 2006, s.64-66.

DEROO, Bonnie J and Kenneth S. Korach, Estrogen receptors and human disease, The Journal of Clinical Investigation,2006, 116, pp. 561-570.

DOĞAN Tayfun, Çetin Bayram, Üniversite öğrencilerinin sosyal zeka düzeylerinin depresyon ve bazı değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi. Uluslar Arası Bilimleri Dergisi. 2008, Cilt: 5 Sayı: 2.

EDWARDS, Brenda K., Holly L. Howe, Lynn A. Ries, Micheal J. Thun, Harry M. Rosenberg, Rosemarry Yancik, Phyllis A. Wingo, Ahmedin Jemaland Ellen G. Feigal, “Annual report to the nation on the status of cancer, 1973-1999, featuring implications of age and aging on U.S. cancer burden”, Cancer, 2002, 94 ,10, pp. 2766-2792.

Elbi Hayriye, Kanser ve Depresyon. Psikiyatri Dünyası, 2001, 5, 5-10

ELBİ Mete Hayriye, ÖZEN Önen, *Kanserli hastalarda depresyon, Duygudurum Dizisi* 4, 2001, s.184-191.

ENİU Alexandru, CARLSON Robert. W, Aziz Zeba, Bines Jose, Hortobagyi Gabriel. N, Bese Nuran Senel, Love Richard R, Vikram Bhadrasain MD, Kurkure Arun, Anderson Benjamin. O. Breast Cancer in Limited-Resource Countries: Treatment and Allocation of Resources, The Breast Journal, 2006, 12 (1), 38–53.

EVREN Cüneyt, ÖGEL Kültegin, Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2003, 4:30-37

FRİEDENREİCH, C., H.E. Bryantand K.S. Courneya, “Case-controlstudy of lifetime physical activity and breast cancer risk”. American Journal of Epidemiology, 154, 2001, pp. 336–347.

GROSSİ, Eugene A., et al. "Minimally invasive mitral valve surgery: a 6-year experience with 714 patients." *The Annals of thoracic surgery* 74.3, 2002, s.660-664.

GÜLEÇ Gülcan ve BÜYÜKKINACI Alev, "Kanser ve psikiyatrik bozukluklar." *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar,* 2011, 3.2

GÜMÜŞ BABACAN Aysun, Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler, Meme Sağlığı Dergisi, 2006, 2(3), 108-113.

GÜMÜŞ BABACAN Aysun, Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. Meme Sağlığı Dergisi, 2 (3): 2006, s.129-135.

HARMER Victoria, Breast Cancer Treatments-A Synopsis. Practice Nurse, 2006, 31(8), 33-38.

HELMRİCH S.P., S. Shapiro, L. Rosenberg, D.W. Kaufman, D. Slone, C. Bain, O.S. Miettinen, P.D. Stolley, N.B. Rosenshein, R.C. Knapp, T. Leavitt, D. Schottenfeld, R.L. Engleand M. Levy, “Risk factors for breast cancer”. American Journal of Epidemiology, 117, 1, 1983, pp. 35-45.

HENDERSON Brian E., R.K. Rossand L. Bernstein, “Estrogens as a cause of humancancer: the Richard andHindaRosenthal Foundation AwardLecture”, CancerResearch, 48, 1988, pp. 246–253.

HİSLİ Nesrin, Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. Psikoloji Dergisi, 1988, 6:118-126.

IŞIK Işıl, Meme kanseri hastalarında tedavi sonrası dönemde gelişen psikososyal sorunlar ve destekleyici hemşirelik girişimleri, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 11.3, 2014, s.58-64.

JOSEPHİNE Giesen-Bloo, van Dyck Richard, Spinhoven Philip, vanTilburg William, DirksenCarmen, van Asselt Theavan, et al.,Outpatient psycho therapy for borderline personalitydi sorder: randomizedtrial of schema-focusedt herapy vs. transference-focused psycho therapy. Archives of General Psychiatry, 2006, 63, 649-658.

KAPÇI Emine Gül, Hamamcı Zekeriya, Aile işlevi ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişki: Erken dönem uyum bozucu şemaların aracı rolü. Klinik Psikiyatri, 2010, 13, 127-136.

KAVRADIM Selma Turan ve ÖZER CANLI Zeynep, "Kanser tanısı alan hastalarda umut." *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014, 6.2.

KIMTER Nurten, Gençlikte Din ve Depresyon: Üniversiteli Gençler Üzerinde Amprik Bir Araştırma Ekev Akedemi Dergisi, Yıl: 2014, 18 Sayı: 60.

KLONİSCH Thomas, Emilia Wiechec, Sabine Hombach-Klonisch, S.R. Ande, S. Wesselborg, K. Schulze-Osthoffand M. Los, “Cancerstem cell markers in commoncancers – therapeuticimplications”, Trends in MolecularMedicine, 14,10, 2008, pp. 450-60.

LAPSEKİLİ Nergis, Mehmet A.K.,Early Maladaptive Schemas Relatedto Unipolar and Bipolar Depression: Similarities and Differences. Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research, 2012, 1(3), 145-151.

LEVENSON JL, Bemis C., The role of psychological factors in cancer on set and progression. Psychosomatics, 32: 1991, s.124-132.

MADİGAN, M.P, R.G. Ziegler, J. Benichou, C. Byrneand R.N. Hoover, “Proportion of breast cancercases in the United States explained by well-established risk factors”, Journal of the National Cancer Institute, 87, 22, pp. 1681–1685, 1995.

OGLE Karen, Core Competencies- Overview of Grief and Bereavement. College of Human Medicine. Michigan StateUniversity, 2003

OKANLI Ayşe, Kadınlarda MastektomininPsikososyal Etkileri. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2004, 1(1), 1-6.

OTLU Bahar Mete, Üniversite Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerinin ve Ailevi İşlevleri, Dokuz Eylül Üniversitesi, Buca Eğitim Fakültesi Örneği. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi, 2008, 23, s.30-35.

ÖZKAN Sedat ve Nilüfer Alçalar, Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisine Psikolojik Tepkiler, *Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health* 5.2 2009.

ÖZLEM Aslan, Kanserli hastalarda umut, *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 11.2 , 2007, s.18-24.

PARLAR Serap, KAYDUL Nesrin, OVAOĞLU Nimet, Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesinin Önemi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005, 8(1), s.72-83.

PORCH Juliet V, I.Min Lee, Nancy R. Cook, K.M. Rexrodeand J.E. Burin, “Estrogen-progestin replacement therapy and breast cancer risk: the Women's Health Study (United States)”, Cancer Causes Control, 13 ,9, 2002, pp. 847-854.

ROMERO, Catherine, et al. "Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer." *Journal of Behavioral Medicine* 29.1, 2006, s.29-36.

ROMERO, Catherine, et al. "Self-forgiveness, spirituality, and psychologi caladjust ment in women with breast cancer." *Journal of Behavioral Medicine* 29.1, 2006, s.29-36.

SANTİSTEBAN Marta, Jennifer M. Reiman, Michael K. Asiedu, M.D. Behrens, A. Nassar, K.R. Kalli, P. Haluska, J.N. Ingle, L.C. Hartmann, M.H. Manjili, D.C. Radisky, S. Ferroneand K.L. Knutson, “Immune-induced epitheli altomesenchy maltransition in vivogenerates breast cancers temcells”, CancerResearch, 69, 7, 2009, pp. 2887-2895.

SARITAŞ Dilek, Gençöz Tülin, Psychometricproperties of “Young Schema Questionnaire-Short Form 3” in a Turkish adolescentsample. J Cognit Behav Psychother, 2011, 11:83-96.

SCHAEFER Earls, A configurational analysis of children'sreports of parentbehavior, *Journal of consulting psychology, 1965,* 29.6 , 552.

SEDAT Özkan ve ALÇALAR Nilüfer, Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisine Psikolojik Tepkiler, *Meme Sagligi Dergisi/Journal of BreastHealth* 5.2, 2009.

SHANG Yongfeng, Xiao Hu, James DiRenzo, M.A. Lazarand M. Brown. "Cofactordy namics and sufficiency in estrogenreceptor-regulated transcription", Cell, 103, 6, 2000, pp. 843–852.

SOYGUT Gonca, KARAOSMANOGLU Alp, Çakır Zehra, Assessment of earlymaladaptiveschemas, A psychome tricstudy of theTurkish young schema questionnaireshort form-3. Turkish J Psychiatry, 2009, 20:144-52.

SOYGÜT Gonca, ÇAKIR Zehra, Karaosmanoğlu Alp, Ebeveynlik biçimlerinin değerlendirilmesi: Young Ebeveynlik Ölçeğinin psikometrik özelliklerine ilişkin bir değerlendirme. Türk Psikol. Dergisi, 2008, 11, 17-30.

STEİNBERG, Richard, et al, Theinfluence of student understanding of classic alphysicsw henlearning quantum mechanics, *Research on teaching and learning quantummechanics,* 1999, s.41-44.

SURGERYFOR BreastCancerTreatment, BreastHealth. Erişim: 21.08.2017, http://www.healthsystem.virginia.edu/,

ŞENER Şahnur, Meme kanserinin ruhsal ve sosyal etkileri üzerine bir çalışma, *Klinik Psikiyatri* 2, 1999, s.254-260.

TOKGÖZ Gül, , et al. "Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler." *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 9.2, 2008, s.59-66.

TÖNGE Ş., Psikiyatri Polikliğine Başvuran Hastalarda Çocukluk Çağı İstismar ve İhmali İle Mizaç, Karakter Özellikleri ve Öfke Arasındaki İlişki. Uzmanlık Tezi., Gazi Üniversitesi.Ankara, 2011.

TRACEY McCready, Management of Patientswith Breast Cancer. Primary Health Care, 2003, 14(6), s.41-49.

TÜNEL Münevver, , et al. "Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar." *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* , 2012, 21.3

TÜZÜN Olcay, Sayar Kemal, Bağlanma Kuramı ve Psikopatoloji, Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2006, 19 (1), s.24-39.

ULUTİN H.Cüneyt, Kanserli hastada psikolojik sorunlar. FTR Bil Der 2006; 9:39-41.

ULUTİN H.Cüneyt, Kanserli hastada psikolojik sorunlar. FTR Bil Der 2006; 9: s.39-41.

URAS C., Erken Evre Meme Kanserinde Cerrahi Tedavi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 54,2006, s.93-97.

ÜNAL H., Meme kanserinin cerrahi tedavisi. Serdengeçti S, Demir G, editörler. Güncel Klinik Onkoloji Sempozyum Dizisi, (37), 2006, s.169-177.

VENKİTARAMAN, Ashok.R., Cancer susceptibility and the functions of BRCA1 and BRCA2, Cell, 108, 2, 2002, pp. 171–182.

WANG Yuan, Jiong Yang, Huarui Zheng, Gerald J. Tomasek, P. Zhang, P.E. McKeever, E.Y. Lee and Y. Zhu. "Expression of mutant p53 protein simplicates a lineage relationship between neuralstem cells and malignantastrocytic glioma in a murine model", Cancer Cell, 15, 6, 2009, pp. 514–26.

WATERS Everett, E. Mark Cummings, A secure base fromwhichto explore closerelationships, *Child development*,2000, 71.1, 164-172.

WEİSSMAN, I.L., D.J. Andersonand F. Gage. “Stem and progenitor cells: origins, phenotypes, lineage commitments, and trans differentiations”, Annual Review of Cell and Developmental Biology, 17, 2001, pp. 387–403.

YILMAZ Mustafa, Sayın, Y.Y. Meme Kanseri Hakkında En Çok Sorulan Sorular ve Hemşirenin Rolü. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 16(2), 2001, s.39-47.

YİGİT İbrahim, Erden Gülsen, Çocukluk ÇagiIstismarYasantilari ile Genel Psikolojik Saglik Arasindaki İliskide Erken Dönem Uyum Bozucu Semalarin Araci Rolü, Türk Psikoloji Dergisi, 2015, 30(75), 47

YOUNG JE, Klosko Janet, Marjorie E. Weishaar, Schema therapy: A practitioner's guide. New York. The Guilford Press, 2003, s.7.

YOUNG Jeffrey, Cognitive therapy for personality disorders: A schema – focused approach. Sarasota, FL. Professional Resource Pres, 1990, s.9.

TEZLER

AKTAY Müne, Üniversite öğrencilerinde aleksitimi ve depresyonun yordayıcısı Olarak bağlanma stilleri, İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul, 2014 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

BATUR Senar, Yeme bozukluğu gösterenlerde ve göstermeyenlerde temel bilişsel şemalar, Ankara Üniversitesi, Ankara, 2004 (**Yayımlanmamış Doktora Tezi)**

BOYSAN Murat, Üniversite öğrencilerinde erken dönem uyumsuz şemalar, başa çıkma stilleri ve öznel iyi oluş arasındaki ilişkilere yönelik bir model sınaması, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Ankara, 2012(**Yayımlanmamış Doktora Tezi)**

ÇAKIR Zehra, Anti sosyal Kişilik Bozukluğunda Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Algılanan Ebeveynlik Stilleri ve Şema Sürdürücü Başa Çıkma Davranışları Arasındaki İlişkiler: Şema Terapi Modeli Çerçevesinde Bir İnceleme, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2007(**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

ÇOLAKOĞLU Elif, Genç Yetişkinlerde Kendilik Algısı, Erken Dönem UyumsuzŞemalar, Algılanan Ebeveynlik Stilleri Ve Kişilerarasıİlişkiler.

Maltepe Üniversitesi, İstanbul, 2012 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

GÜNGÖR Derya, Bağlanma stillerinin ve zihinsel modellerin kuşaklararası aktarımında ana babalık stillerinin rolü, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara,2000, (**Yayımlanmamış Doktora Tezi)**

HAMARTA, Erdal, Üniversite Öğrencilerinin Yakın İlişkilerindeki Bazı Değişkenleri (Benlik Saygısı, Depresyon ve Saplantılı Düşünme) Bağlanma Stilleri Açısından İncelenmesi. Yayınlanmamış Konya Selçuk Üniversitesi, 2004 **(Yayımlanmamış Doktora Tezi)**

KARAYAĞIZ Şaban, Bipolar ve Unipolar Depresyonda Aleksitimi Düzeylerinin Karşılaştırılması ve Hayat Kalitesi İle İlişkisi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 2013 (**Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi)**

KART Ersoy, Yetişkin bağlanma stillerinin bazı bilişsel süreçlerle bağlantısı: sağlık personeliyle yapılan bir çalışma, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara, 2002 (**Yayımlanmamış Doktora Tezi)**

SAPMAZ Yurtsever Seda, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Algılanan Ebeveynlik Biçimlerive Duygu Düzenlemenin Yeme Tutumu Üzerindeki Etkisi, EgeÜniversitesi, İzmir, 2014(**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

SAYGILI Gonca, Erken Döneme İlişkin Gelişimsel Etmenler İle Psikolojik İyilik Hali Arasındaki İlişkide Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Aracı Rolünün İncelenmesi, Ankara Üniversitesi, Ankara, 2014 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

SOYGÜT Gonca, ÇAKIR Zehra, Antisosyal Kişilik Bozukluğunda Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Algılanan Ebeveynlik Stilleri ve Şema Sürdürücü Başa Çıkma Davranışları Arasındaki İlişkiler: Şema Terapi Modeli Çerçevesinde Bir İnceleme, HacettepeÜniversitesi, Ankara, 2007(**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

ŞEKER Metin,Güreş Eğitim Merkezlerindeki Güreşçilerin Depresyon, Kaygı ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi**,** Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla, 2014 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

ŞENKAL İpek, Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmaları ve Bağlanma Biçiminin Depresyon ve Kaygı Belirtileri İle İlişkisinde Aleksitiminin Aracı Rolünün İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2013 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

TEZEL Ahmet, Postpartum depresyon riskli kadınlarda bakım ve eğitimin depresyon belirti düzeyine etkisinin karşılaştırılması, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, 2003 **(Yayımlanmamış Doktora Tezi)**

ÜNAL Bozkurt, Early maladaptives chemas and well-being: Importance of parenting styles and other psychological resources. ODTÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2012 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

EKLER

EK-A: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın katılımcılar;

Aşağıda sizi tanımamıza yönelik bazı sorular bulunmaktadır. Sorulara içtenlikle cevap vermeniz araştırmanın güvenirliliği açısından önem taşımaktadır. Test üzerinde kimliğinizi belirten herhangi bir soru bulunmamaktadır. Bu nedenle her soru için mümkün olduğunuzca samimi bir şekilde size uyan cevabı işaretleyiniz. Lütfen her maddeyi cevaplandırdığınızdan emin olun. Katılımınız için teşekkür ederim.

Çalışmaya katılmayı onaylıyorum. evet hayır

1. Kaç yaşındasınız?
18-25 26-30 30-35 35-40 40 ve üzeri

2. Çalışma durumunuz nedir? ( ) Çalışmıyorum ( ) Çalışıyorum

3. Medeni haliniz? Evli Bekar diğer……

4. Annenizin eğitim durumu nedir?
Okur-yazar değil Okur -yazar İlkokul mezunu Ortaokul mezunu

Lise mezunu Üniversite mezunu Yüksek lisans ve üzeri

5. Babanızın eğitim durumu nedir?

Okur-yazar değil Okur -yazar İlkokul mezunu Ortaokul mezunu

Lise mezunu Üniversite mezunu Yüksek lisans ve üzeri

6. Eğitim durumunuz nedir?

Okur-yazar değil Okur -yazar İlkokul mezunu Ortaokul mezunu

Lise mezunu Üniversite mezunu Yüksek lisans(Uzman statüsü) ve üzeri

7. Doğdunuz yer?

Köy Kasaba İl

8. Yaşadığınız Yerleşim Yeri

Köy Kasaba İl

9. Eşinizin eğitim durumu nedir?

□Okur-yazar değil □ Okur -yazar □ İlkokul mezunu □ Ortaokul mezunu

□Lise mezunu □ Üniversite mezunu □ Yüksek lisans(Uzman statüsü) ve üzeri

10. Eşinizin mesleği nedir?

( ) İşçi ( ) Memur ( ) Yönetici ( ) Serbest meslek

( ) Emekli

11. Kaç çocuğunuz var?

( ) Hiç yok ( ) 1 tane ( ) 2 tane ( ) 3 ve daha fazla

12. Hastalığınız ne kadar süredir devam ediyor?

□0-2 yıl□ 3-5 yıl □5-10 yıl □10 yıl ve üzeri

13. Meme dokunuz alındımı?

□evet□ hayır

14. Hangi meme dokunuz alındı?

□sağ□ sol □ ikiside

15. Hangi memeniz alındı?

□sağ□ sol □ ikiside

16. Meme protezi kullanıyor musunuz?

□evet□ hayır

17. Protez kullanmaya ilişkin düşünceniz nedir?

□Hiçbir şeyi değiştirmiyor □ isteyen □Özgüveni artırır kullanılmalıdır

18. Ne kadar süredir Protez kullanıyorsunuz?

□0-2 yıl□ 3-5 yıl

EK-B Young Şema Ölçeği

Yönerge: Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olamadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin **duygusal olarak** ne hissettiğinize dayanarak cevap verin. Bir kaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın. 1 den 6'ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkkı seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

Derecelendirme:

1- Benim için tamamıyla yanlış

2- Benim için büyük ölçüde yanlış
3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla
4- Benim için orta derecede doğru
5- Benim için çoğunlukla doğru
6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor.

1. _____ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.

2. _____ Beni terkedeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.

3. _____ İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum

4. _____ Uyumsuzum.

5. _____ Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.

6. _____ İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum

7. _____ Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.

8. _____ Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.

9. _____ Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşıtlarım kadar, başaramadım.

10. _____ Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.

11. _____ Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.

12. _____ Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemsediğimi göstermek gibi).

13. _____ Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.

14. _____ Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana "hayır" denilmesini çok zor kabullenirim.

15. _____ Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.

16. _____ Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.

17. _____ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissederim.

18. _____ Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hakkederim.

19. _____ Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.

20. _____ Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.

21. _____ İnsanlara karşı tedbiri elden bırakamam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.

22. _____ Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.

23. _____ Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.

24. _____ İşleri halletmede son derece yetersizim.

25. _____ Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.

26. _____ Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissediyorum.

27. _____ Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.

28. _____ Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.

29. _____ Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.

30. _____ Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.

31. _____ En iyisini yapmalıyım, “yeterince iyi” ile yetinemem.

32. _____ Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.

33. _____ Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.

34. _____ Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.

35. _____ İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.

36. _____ Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur.

37. _____ Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.

38. _____ Yakınlarımın beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım

39. _____ Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.

40. _____ Bir yere ait değilim, yalnızım.

41. _____ Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.

42. _____ İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.

43. _____ Doğru ile yanlışı birbirinden ayırmakta zorlanırım.

44. _____ Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.

45. _____ Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hisseder veya suçluluk duyarız

46. _____ İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.

47. _____ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.

48. _____ İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.

49. _____ Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.

50. _____ İstediğimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.

51. _____ Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım

52. _____ Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissederim.

53. _____ Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.

54. _____ Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.

55. _____ Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarım ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.

56. _____ Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissederim.

57. _____ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheciyimdir.

58. _____ Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.

59. _____ Kendimi sevilebilecek biri gibi hissetmiyorum.

60. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.

61. _____ Gündelik işler için benim kararlarıma güvenilemez.

62. _____ Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.

63. _____ Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum-Benim kendime ait bir hayatım yok.

64. _____Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.

65. _____ Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.

66. _____ Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.

67. _____ Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.

68. _____ Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.

69. _____ Benim yararıma olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.

70. _____ Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.

71. _____ Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.

72. _____ Neden yanlış yaptığımın önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.

73. _____ Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.

74. _____ İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.

75. _____ Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.

76. _____ Kendimi hep grupların dışında hissederim.

77. _____ Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.

78. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.

79. _____ Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.

80. _____ Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.

81. _____ Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.

82. _____ Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.

83. _____ Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.

84. _____ Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.

85. _____ Kendimi sorumluluktan kolayca sıyıramıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.

86. _____ Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.

87. _____ Kararlarıma nadiren sadık kalabilirim.

88. _____ Bir dolu övgüler ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.

89. _____ Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.

90. _____ Ben cezalandırılmayı hakeden kötü bir insanım.

EK-C BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Beck Depresyon Envanteri

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1. (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim. (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum. (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum. (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim. (1) Gelecek için karamsarım. (2) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok. (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3. (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum. (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum. (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum. (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4. (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum. (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor. (3) Her şeyden sıkılıyorum.

5. (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum. (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum. (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum. (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6. (0) Kendimden memnunum. (1) Kendimden pek memnun değilim. (2) Kendime kızgınım. (3) Kendimden nefrete ediyorum.

7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum. (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum. (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum. (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.

8. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok. (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum. (2) Kendimi öldürmek isterdim. (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9. (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor. (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor. (2) Çoğu zaman ağlıyorum. (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10. (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim. (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum. (2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum. (3) Canımı sıkan şeylere bile artık kızamıyorum.

11. (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim. (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum. (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor. (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

12 . (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum. (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum. (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum. (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13. (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum. (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum. (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum. (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14. (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum. (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor. (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum. (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15. (0) Uykum her zamanki gibi. (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum. (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum. (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16. (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum. (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum. (2) Her şey beni yoruyor. (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17. (0) İştahım her zamanki gibi. (1) Eskisinden daha iştahsızım. (2) İştahım çok azaldı. (3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18. (0) Son zamanlarda zayıflamadım. (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim. (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim. (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19. (0) Sağlığımla ilgili kaygılarım yok. (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor. (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum. (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20. (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok. (1) Eskisine oranla sekse ilgim az. (2) Cinsel isteğim çok azaldı. (3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21. (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum. (1) Yaptıklarımdan dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum. (3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.