

T.C.
Mersin Üniversitesi
Eğitim Bilimleri Enstitüsü
Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı

MEME KANSERİ TANISI ALMIŞ KADINLARIN
HASTALIK TEMSİLLERİ, BAŞA ÇIKMA
STRATEJİLERİ, KAYGI VE DEPRESYON
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN
İNCELENMESİ İLE PSİKO-SOSYAL
İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİ

DOKTORA TEZİ

Aygül TUNÇ

Mersin, 2014

T.C.
Mersin Üniversitesi
Eğitim Bilimleri Enstitüsü
Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı

MEME KANSERİ TANISI ALMIŞ KADINLARIN
HASTALIK TEMSİLLERİ, BAŞA ÇIKMA
STRATEJİLERİ, KAYGI VE DEPRESYON
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN
İNCELENMESİ İLE PSİKO-SOSYAL
İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİ

Aygül TUNÇ

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Cem Ali GİZİR

DOKTORA TEZİ

Mersin, 2014

Eğitim Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼'ne,

Bu alışma j¼rimiz tarafından Eğitim Bilimleri Anabilim Dalında
DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan Banu İnanç

Prof.Dr. Banu İNANÇ YAZGAN

¼ye..... Ayşe Balcı Karaboğa

Prof.Dr. Ayşe BALCI KARABOğA

¼ye..... Nisa Ünalrı Coral

Prof.Dr. Nisa ÜNALDI CORAL

¼ye..... Mehmet G¼ndoędu

Doç.Dr. Mehmet G¼NDOęDU

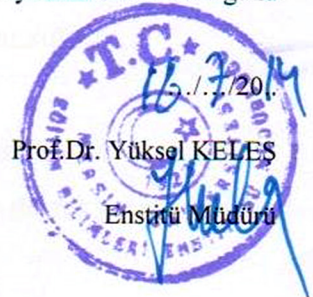
¼ye..... Cem Ali G¼zır

Yrd.Doç.Dr. Cem Ali G¼ZİR

(Danışman)

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen ¼retim ¼yelerine ait olduğunu
onaylarım.



TEŞEKKÜR

“Meme Kanseri Tanısı Almış Kadınların Hastalık Temsilleri, Başa Çıkma Stratejileri, Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi ile Psiko-Sosyal İhtiyaçlarının Belirlenmesi” adlı tez çalışmamın her aşamasında desteğini esirgemeyen danışmanım Yrd.Doç.Dr. Cem Ali GİZİR’e sonsuz teşekkürler.

Bana sağlık danışmanlığı ile ilgili ilk bilgileri öğreten, tez izleme komitesinde ve tez savunma sınavı jüri üyeliğinde yer alan Prof.Dr. Banu İNANÇ YAZGAN’a teşekkürlerimi sunarım. Yine tez izleme komitesinde ve tez savunma sınavı jüri üyeliğinde yer alan Doç.Dr. Hakan Mehmet GÜNDOĞDU’ya da değerli katkılarından dolayı teşekkürü bir borç bilirim. Tez savunma sınavı jüri üyeleri Prof.Dr. Ayşe BALCI KARABOĞA ve Prof.Dr. Nisa ÜNALDI CORAI’a da katkılarından dolayı minnettarım.

Çalışmanın nitel araştırma yaklaşımıyla yürütülen bölümünün her aşamasına katkılarıyla desteklerini sunan

Yrd.Doç.Dr. Sıdıka GİZİR'e ayrıca teşekkürü bir borç bilirim. Hastanelerin onkoloji servislerinde bana yardımlarını esirgemeyen, hemşireler ve diğer sağlık personeline de teşekkürler. Tıbbi onkologlar Prof. Dr. Ali ARICAN, Prof.Dr. Özgür ÖZYILKAN ve Prof.Dr. Ertuğrul SEYREK; desteklerinizle meme kanserli kadınlara yönelik psikolojik destek hizmetlerde bir adım daha atıldığı kanısındayım.

Sevgili dostlarımın ve ailemin yıllar süren sabır ve destekleri için de sonsuz teşekkürler.

Son olarak, bu çalışmanın yararına inanarak özveriyle çalışmanın gerçekleştirilmesini sağlayan sevgili katılımcılar: Hepinize sonsuz teşekkürler. Tüm iyi dileklerim sizlerle birlikte...

ÖZET

MEME KANSERİ TANISI ALMIŞ KADINLARIN HASTALIK TEMSİLLERİ, BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ, KAYGI VE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ İLE PSİKO-SOSYAL İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİ

Aygül TUNÇ

Doktora Tezi, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Cem Ali GİZİR (Danışman)

Haziran, 2014

298 Sayfa

Bu çalışmanın iki amacı bulunmaktadır. Birinci amaç, tedavi gören meme kanserli kadınların hastalık algıları ve başa çıkma stratejileri ile kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkileri incelemektir. Çalışmanın ikinci amacı ise meme kanserli kadınların psiko-sosyal ihtiyaçlarını belirlemektir.

Araştırmanın birinci amacı doğrultusunda nicel araştırma yaklaşımı kullanılmıştır. Bu bölümün çalışma grubunu, Mersin ve Adana illerinde yaşayan, birincil meme kanseri tanısı almış ve ayaktan tedavileri devam etmekte olan 103 kadın oluşturmaktadır. Bu çalışmada, Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) ve olmak üzere dört ölçme aracı kullanılarak elde edilen veriler, ilgili alanyazında yer alan Ortak Algı Modeli çerçevesinde

oluşturulan hipotetik modeli test etmek amacıyla, yapısal eşitlik modeli (YEM) kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmanın ikinci amacı doğrultusunda ise nitel araştırma yaklaşımı kullanılmıştır. Bu bۆlümün çalışma grubu da yine çalışmanın birinci bۆlümünde yer alan katılımcılar arasından seçkisiz ۆrneklem yoluyla gۆnüllölük ilkesi temelinde belirlenen 20 meme kanserli kadından oluşmaktadır. Bu bۆlümün verileri araştırmacı tarafından geliştirilen ve 6 soruyu kapsayan yarı yapılandırılmış gۆrüşme formu kullanılarak yüz yüze gۆrüşme tekniğiyle toplanmıştır. Elde edilen veriler, temel olarak, ۆrüntöleri belirleme, kodlama ve kategorilere ayırma işlemlerini kapsayan içerik analizi tekniğiyle analiz edilmiştir.

Çalışmanın nicel analiz bulguları, meme kanserli kadınların hastalık algıları, problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma stratejileri ile kaygı ve depresyon dölzeyleri arasında doğrudan ya da dolaylı olarak anlamlı dölzeyde ilişkiler bulunduğunu ortaya koymuştur. Nitel verilerin içerik analizi sonucunda elde edilen bulgular ise katılımcıların psiko-sosyal ihtiyaçlarının tanı ve tedaviye yۆnelik tepkiler, başa çıkma stratejileri, koruyucu ve engelleyici etmenler ile psiko-sosyal kaynaklar ve ihtiyaçlar olmak üzere dۆrt tema doğrultusunda ele alınabileceğini gۆstermiřtir.

Anahtar kelimeler: Meme kanseri, hastalık algıları, başa çıkma stratejileri, kaygı, depresyon, psiko-sosyal ihtiyaçlar

ABSTRACT

ASSESSMENT OF THE RELATIONSHIPS AMONG ILLNESS REPRESENTATIONS, COPING, ANXIETY AND DEPRESSION LEVELS OF WOMEN ILLNESS DIOGNISED WITH BREAST CANCER AND DEFINING THEIR PSYHO-SOCIAL NEEDS

Aygül TUNÇ

Ph.D. Dissertation, Department of Educational Sciences

Assist. Prof. Cem Ali GİZİR (Supervisor)

June, 2014

298 Pages

The purpose of the study is twofold. The first purpose of the study is to assess the relationships among illness perceptions, coping strategies, anxiety, and depression levels of breast cancer women receiving treatment and to test a hypothetical model drawn from the Common Sense Model. Second purpose of the study is to investigate the basic psycho-social needs of breast cancer women receiving treatment.

According to the first purpose of the study quantitative research approach was used. The sample of the first study consisted of 103 breast women receiving treatment in Mersin and Adana province. Demographic Data Form, Illness Perception Questionnaire (IPQ), Ways of Coping Inventory (WOC), Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI) were used to

collect the data. Structural equation modeling were used to analyze the data. For the second purpose of the study, qualitative research approach was used. The study group of the second part consisted of 20 breast women receiving treatment in Mersin and Adana province. The data were gathered by utilizing interview method by semi-structured form including 6 interview questions. The data collected through interviews were content-analyzed including the process of identifying, coding, and categorizing the primary patterns of data.

The results of the quantitative part of the study revealed that there were direct and indirect relationships between illness perception dimensions, emotion and problem focused coping, anxiety and depression levels of participants. The results of the qualitative part of the study also provide evidence that the psycho-social needs of the participants can be examined under four themes, namely responses to breast cancer diagnosis and treatment, coping strategies, protective and vulnerability factors and psycho-social recourses and needs.

Key words: Breast cancer, illness perceptions, coping strategies, depression, anxiety, psycho-social needs.

Kanserden yitirdiklerimize....

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	vi
İTHAF.....	viii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar DİZİNİ.....	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xv
KISALTMALAR.....	xvi
GİRİŞ.....	1

BÖLÜM I

KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Sağlık Psikolojisi.....	5
1.2. Sağlık Danışmanlığı.....	9
1.2.1. Sağlık Danışmanlığı Uygulamaları.....	11
1.3.1. Kronik Hastalıklar.....	16
1.3.2. Kronik Hastalıkların Psiko-Sosyal Yönü.....	18
1.3.3. Kronik Hastalıklara Verilen Tepkiler.....	19
1.3.4. Kriz Olarak Kronik Hastalıklar.....	21
1.4. Bir Kronik Hastalık Olarak Kanser.....	24
1.5. Meme Kanseri.....	25

1.5.1. Meme Kanserinin Tanısı.....	28
1.5.2. Meme Kanserinin Tedavisi.....	30
1.5.3. Meme Kanserine Psikolojik Tepkiler ve Psikolojik Sonuçlar.....	32
1.5.3.1. Tanı öncesi ve tanı aşamasında psikolojik tepkiler.....	32
1.5.3.2. Lokal tedavi sürecinde psikolojik tepkiler.....	34
1.5.3.3. Sistematik tedaviler sürecinde psikolojik tepkiler.....	36
1.5.3.4. Hastaliksız geçen döneme özgü psikolojik tepkiler.....	37
1.5.3.5. Tekrarlama, metastaz ve ilerlemiş aşama sürecinde psikolojik tepkiler.....	38
1.6. Ortak Algı Modeli (OAM)	42
1.6.1. Sağlık Davranışları ve Kendini Düzenleme Kapasitesi.....	45
1.6.2. OAM'ın Gelişimi.....	47
1.6.3. Hastalık Bilişleri.....	50
1.6.4. Hastalık Temsilleri.....	52
1.6.4.1. Hastalık temsilleri ve meme kanseri.....	57
1.6.5. Başa Çıkma.....	59
1.6.5.1. Başa çıkma stratejileri.....	63
1.6.5.2. Meme kanseri ve başa çıkma.....	68
1.6.5.3. Başa çıkma stratejileri ve hastalığın sonuçları arasındaki ilişki.....	69
1.6.5.4. Hastalık temsilleri ve başa çıkma.....	73
1.6.6. Sıkıntı (Kaygı ve Depresyon).....	74

1.6.6.1.Kaygı.....	75
1.6.6.2. Depresyon.....	77
1.6.6.3. Meme kanserli kadınlarda depresyon ve kaygının yaygınlığı.....	79
1.6.6.3. Hastalık temsilleri ile kaygı ve depresyon.....	80
1.6.7. OAM İle İlgili Araştırmalar.....	82
1.7. Meme Kanserli Kadınların Psiko-Sosyal İhtiyaçları.....	86
1.8. Araştırmanın Amacı.....	91
1.9. Önem.....	93
1.10. Sayılıtlar.....	99
1.11. Sınırlılıklar.....	99
1.12.Tanımlar.....	100

BÖLÜM II

YÖNTEM

2. 1. Araştırma Modeli.....	103
2.2. Araştırma Grubu.....	104
2.3. Veri Toplama Araçları.....	109
2.4. Veri Toplama Süreci.....	117
2.5. Verilerin Analizi.....	119

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. Nicel Çalışma Bulguları.....	122
3.1.1. Betimsel İstatistikler.....	122
3.1.2. Yapısal Eşitlik Modeli.....	125
3.1.2.1. Test Edilen Modeldeki Değişkenler	

Arasındaki Doğrudan İlişkiler.....	127
3.1.2.2. Test Edilen Modeldeki Değişkenler Arasındaki Dolaylı İlişkiler.....	130
3.1.2.3. Test Edilen Modeldeki Değişkenler Arasındaki Toplam Etkiler.....	133
3.2. Nitel Çalışma Bulguları.....	136
3.2.1. Tanı ve Tedaviye Yönelik Tepkiler.....	137
3.2.1.1. Tanıya Yönelik Tepkiler.....	139
3.2.1.2. Tedaviye Yönelik Tepkiler.....	144
3.2.2. Başa Çıkma Stratejileri.....	146
3.2.2.1. Tanı Dönemi Başa Çıkma Stratejileri.....	148
3.2.2.2. Tedavi Dönemi Başa Çıkma Stratejileri.....	149
3.2.3. Koruyucu ve Engelleyici Etmenler.....	150
3.2.3.1. Koruyucu Etmenler.....	152
3.2.3.2. Engelleyici Etmenler.....	154
3.2.4. Psiko-Sosyal Kaynaklar ve İhtiyaçlar.....	157
3.2.4.1. Psiko-Sosyal Kaynaklar.....	159
3.2.4.2. Psiko-Sosyal İhtiyaçlar	161

BÖLÜM IV.

TARTIŞMA VE YORUM

4. 1. Nicel Çalışma Bulgularına İlişkin Tartışma.....	166
4.1.1. Test Edilen Modelde Ele Alınan Değişkenler Arasındaki Doğrudan İlişkiler.....	167
V.1.2. Test Edilen Modelde Ele Alınan Değişkenler Arasındaki Dolaylı İlişkiler.....	186
4. 2. Nitel Çalışma Bulgularına İlişkin Tartışma.....	189
4.2.1. Tanı ve Tedaviye Yönelik Tepkiler.....	189

4.2.2. Başa Çıkma Stratejileri.....	198
4.2.3. Koruyucu ve Engelleyici Etmenler.....	204
4.2.4.Psiko-Sosyal Kaynaklar ve İhtiyaçlar.....	209
4. 3. Sonuçlar.....	213
4. 4. Uygulamaya Yönelik Öneriler.....	218
4. 5. Gelecek Araştırmalara Yönelik Öneriler.....	226
KAYNAKLAR.....	230
EKLER.....	265
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu.....	266
Ek 2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)	269
Ek 3. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)	271
Ek 4. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	273
Ek 5. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	276
Ek 6. Görüşme Formu.....	278
Ek 7. Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı.....	279
Ek 8. Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başhekimlik Onayı.....	281
Ek 9. Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı.....	283
Ek 10. Özel Acıbadem Hastanesi Başhekimlik Onayı.....	285
Ek 11. Mersin Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Onayı.....	286
Ek 12. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	289
Ek 13. Model Testi Komut Dosyası	293
Ek 14. Test Edilen Yapısal Modelin Standart Katsayıları	295
Ek 15. Özgeçmiş.....	296

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Sağlık Psikolojisinin Amaçları ve Uygulamalar.....	9
Tablo 2. Sağlık Danışmanlığı Uygulamaları.....	15
Tablo 3. Kronik Hastalıklara Verilen Tepkiler.....	21
Tablo 4. Meme Kanseriinde Evrelendirme.....	29
Tablo 5. Meme Kanseriine Yönelik Görülen Psikolojik Tepkiler ve Sonuçlar.....	39
Tablo 6. Araştırma Grubunun Hastanelere Göre Dağılımı.....	109
Tablo 7. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri.....	106
Tablo 8. Araştırma Grubunun Tıbbi Özellikleri.....	108
Tablo 9. Çalışma Grubunun Hastanelere Göre Dağılımı.....	110
Tablo 10. Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar ile Değişkenlerin Katsayıları.....	121
Tablo 11. Test Edilen Modeli Oluşturan Değişkenler Arasındaki Doğrudan İlişki Katsayıları.....	127
Tablo 12. Test Edilen Modeli Oluşturan Değişkenler Arasındaki Dolaylı İlişki Katsayıları.....	131
Tablo 13. Test Edilen Modeli Oluşturan Değişkenler Arasındaki Toplam Etki Katsayıları.....	134
Tablo 14. Tanı ve Tedaviye Yönelik Tepkiler.....	137
Tablo 15. Başa Çıkma Stratejileri.....	147
Tablo 16. Koruyucu ve Engelleyici Etmenler.....	151
Tablo 17. Psiko-Sosyal Kaynaklar ve İhtiyaçlar.....	157

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Hastalık Temsillerinin Beş Bileşeni.....	44
Şekil 2. Paralel Süreç Modeli.....	49
Şekil 3. Araştırmanın Hipotetik Modeli.....	92
Şekil 4. Ortak Algı Modeli Kapsamında Test Edilen Sonuç Modeli...	125

KISALTMALAR DİZİNİ

ASB	: Akut Stres Bozukluğu
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HAÖ	: Hastalık Algısı Ölçeği
IOM	: Institute of Medicine
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları
MCK	: Meme Koruyucu Cerrahi
MS	: Multipl Skleroz
OAM	: Ortak Algı Modeli
SBÇTÖ :	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

GİRİŞ

Kadınlar arasında en sık görülen kanser türü olan meme kanseriyle ilgili bilgiler yüzyıllar öncesine dayanmaktadır. M.Ö. 490 yılında Pers Kraliçesi Attosa memesinde şişkin bir kitle olduğunu ve bu kitlenin gitgide büyüdüğünü fark etmiş ve kendisine şeytanın dadandığını, öleceğini, çirkinleşeceğini, cinsel kastrasyon yaşayacağını ve çekiciliğini kaybedeceğini dair düşüncelere kapılmıştır. Sonrasında Atinalı hekim Democedes'i çağırtmış, şişkinliğin kötü huylu olmadığı anlaşılmış ve şişkinliğini tedavi ettirmiştir (Olson, 2002). Bu olayın üzerinden yaklaşık 2500 yıl geçmesine rağmen Attosa gibi benzer deneyimleri yaşayan her dokuz kadından birinin şişkinliklerinin kötü huylu olduğu görülmekte ve meme kanseri tanısı ile karşı karşıya kalmaktadırlar (Ogden, 2004).

Günümüzde tedavi sonuçları daha iyiye gitmekle birlikte Mısır papirüslerinde yazıldığı gibi, meme kanserinin kesin tedavisi ile ilgili bilgiler hala yetersizdir (Egehan, 2005). Bununla birlikte son yıllarda kansere yönelik tıbbi tedavilerin gelişmesi ve kanserin erken evrede tanılanması, tedavilerden sonra sağkalım süresinin artmasına neden olmuştur. Böylece, meme kanseri de diğer kanser türleri gibi kronik hastalıklar kategorisi içine yer almaya başlamıştır (Institute of Medicine [IOM], 2008).

Meme kanserli kadınlarla yürütülen çalışmalar kadınların yüksek düzeyde sıkıntı (The National Comprehensive Cancer Network, 2012), kaygı ve depresyon (Burgess ve diğerleri, 2005) yaşadıklarını göstermektedir. Bunlara ek olarak kadınlar hastalıklarıyla ilgili tekrarlamaya korkusu; yorgunluk, uyku kalitesinin düşmesi gibi fiziksel belirtiler; düşük beden imgesi; cinsel işlev

bozukluğu; tedavi ile ilişkili kaygılar; hastalık hakkında sıkıntılı düşünceler; evlilik/eş iletişimde değişimler ve ölümle ilgili varoluşsal konular gibi çeşitli psiko-sosyal sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar (Ganz, 2008).

Diğer yandan, tanı, tanı sonrası uygulanan tedaviler ve tedavi sonrası olağan yaşama geri dönmek gibi hastalık evreleri kadınlar açısından belli fizyolojik ve psikolojik sonuçlar doğurmaktadır (National Breast Cancer Centre Psychosocial Working Group, 1999). Bununla birlikte, meme kanserinde diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi, tanıyla birlikte ortaya çıkan kriz döneminde (Moos ve Holahan, 2007) ve sonrasındaki her aşamadaki tepkileri ve hastalıkla ilgili psikolojik sonuçları belirleyen önemli etkenlerden birinin bireyin başa çıkma stratejileri olduğu vurgulanmaktadır (Royer, 1998).

İlgili alan yazında, hastalıkların bir sonucu olarak ortaya çıkan psikolojik sonuçlarda başa çıkma stratejilerinin önemi sıklıkla vurgulanmasına rağmen (Carver ve Scheier, 2011; Moos ve Holahan, 2007), hastalıklarda yaşanan psikolojik sonuçları belirleyen diğer bir önemli etkenin bireyin hastalıkla ilgili algısının olduğu görülmektedir (Compas ve Luecken, 2002). Bireyin hastalıkla ilgili algıları, yaşam kalitesi, uyum, kaygı ve depresyon gibi belirtileri belirleyen önemli etkenler olarak görülmektedir (Cartwright, Endean ve Porter, 2009; Griva, Jayasena, Davenport ve Harr, 2009; Groarke, Curtis, Clan ve Gsel, 2005).

Kronik hastalıklarda bireyin algısı, başa çıkma stratejileri ve hastalığın sonuçları arasındaki ilişkiye dair en kapsamlı bakış açısı Leventhal, Halm, Horowitz, Leventhal ve Özakıncı (2005) tarafından geliştirilen Ortak Algı Modelidir (OAM). Kendini düzenleme bakış açısı ve sosyal-bilişsel kurama dayanan bu modele göre, hastalık tanısı alan ya da bir hastalık tehdidiyle karşı karşıya kalan bireyler hastalıkla ilgili bir bilişsel model oluşturmaktadırlar. Genel olarak bu bilişsel model, hastalık temsilleri olarak adlandırılan organize olmuş inanç örüntüleriyle, bireyin problemle başa çıkmak için kullandığı stratejileri ve

bu stratejilerin etkililiğine dair değerlendirmesi arasındaki etkileşim olarak tanımlanmaktadır (Albery ve Munafó, 2008).

Meme kanserli kadınların yaşadıkları çeşitli bio-psiko-sosyal sorunlar ve bu sorunlara verdikleri tepkiler, kanser hastalığının bir sonucu olarak ortaya çıkabildiği gibi uygulanan tedaviler, bireyin hastalığı yönetmesine yönelik bilgi eksikliği ya da resmi/resmi olmayan destek kaynaklarının eksikliğinden kaynaklanabilmektedir (IOM, 2008). Bu bağlamda, meme kanserli kadınların hastalıklarıyla ilişkili yaşadıkları sıkıntı ve psiko-sosyal sorunlarla birlikte, hastalıklarına uyum gösterme ya da hastalıklarını yönetmelerinin önünde engel oluşturabilecek çeşitli psiko-sosyal gereksinimler ortaya çıkmaktadır (Hewitt, Herdman ve Holland, 2004). Bu gereksinimler tanı ve tedavi dönemlerinde bilgilendirme ve tıbbi müşavirliği içerdiği gibi, psikolojik ve bakım hizmetlerini de kapsayan geniş bir yelpazeyi içermektedir. Ayrıca, kanser tanısıyla birlikte kadınlar için meme kanserinin kendi yaşamlarındaki yeri, benlik-kavramını nasıl etkilediği, kanser ve tedavilerin ilişkiler üzerindeki etkisi gibi birçok alanı da kapsamaktadır (Hammond, 2000; Hewitt ve diğerleri, 2004). Buradan hareketle, bu psiko-sosyal ihtiyaçların belirlenmesi ve tanımlanması, meme kanserine yönelik etkin başa çıkma stratejilerinin oluşturulmasına yardımcı olacaktır.

Dolayısıyla bu çalışmada meme kanserli kadınların, kanser ile ilgili yaşantılarındaki önemli iki alana yönelik açıklık getirilmeye çalışılacaktır. Bunlardan birincisi, meme kanserli kadınların hastalık algıları, başa çıkma stratejileri ile depresyon ve kaygı puanları arasındaki ilişkinin belirlenmesidir. Böylece, meme kanserli kadınların hastalıkla ilgili algılarına açıklık getirilmesinin yanı sıra başa çıkma stratejilerinin rollerine ilişkin kanıtlar aranacaktır. Bu anlamda, OAM modelinin meme kanserli kadınlarda ve Türk kültüründe uygunluğu test edilerek sağlık psikolojisi ve sağlık danışmanlığı alanlarına katkıda bulunulmaya çalışılacaktır. Meme kanserli kadınların kanser yaşantılarında ortaya çıkan diğer önemli alan psiko-sosyal ihtiyaçlardır. Bu

çalışmada katılımcıların psiko-sosyal ihtiyaçları tanıdan şu an gördükleri tedaviye kadar bu süreçte psiko-sosyal anlamda yaşadıklarını ve aynı zamanda bu süreçte psiko-sosyal anlamda yaşadıklarını ve aynı zamanda bu süreçte psiko-sosyal ihtiyaçları belirlenmeye çalışılacaktır.

BÖLÜM I

KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde araştırmanın amacına uygun olarak ilgili kuramsal ve kavramsal bilgilere yer verilmektedir. Çalışmanın örneklemini meme kanserli kadınlar oluşturduğu ve çalışma bir hastalığa yönelik yürütüldüğü için öncelikle sağlık psikolojisi, sağlık danışmanlığı, kronik hastalıklar ve kriz olmak üzere kronik hastalıklara yönelik kuramsal temeller ve araştırmalara yer verilmiştir. Daha sonra kanser ve meme kanseri ile ilgili açıklamalara yer verilerek, Ortak Algı Modeli ile ilgili açıklamalar sunulmuş, hastalık temsilleri, başa çıkma, depresyon ve kaygı ile ilgili alan yazın incelemesine yer verilmiştir. Son olarak ise araştırmanın ikincil amacına yönelik olarak meme kanserli kadınların psiko-sosyal gereksinimleri ile ilgili tanımlar, açıklamalar ve araştırmalar sunulmuştur.

1.1. Sağlık Psikolojisi

Sağlık ile düşünce, duygu ve davranışlar arasında karşılıklı ilişki olduğu görüşü, Antik Yunan filozofları Hipokrat ve Galen'e kadar uzanmaktadır. Fakat bilimsel ve akademik bir disiplin olarak sağlık psikolojisi 1970'lerden sonra tanınmaya ve gelişmeye başlamıştır (Albery ve Munafó, 2008). Sağlık psikolojisi alanının ortaya çıkmasında sağlık ve hastalık kavramlarına bakış açısındaki değişimler ve bu değişimlere bağlı olarak gelişen tıp alanındaki modeller önemli rol oynamıştır. Bu modeller, ortaya çıkış sıralarına göre *biyomedikal model*, *biyopsikolojik model* ve *biyopsikososyal model* olarak ifade edilmektedir. *Biyomedikal modelde* hastalıkların psikolojik sonuçlarının olabileceği ancak

psikolojik nedenlerinin olmayacağı savunulmaktadır. Model 19. yüzyılda modern tıbbın kurulma aşamasında Darwin'in evrim teorisinden yola çıkılarak insanın biyolojik kimliğiyle açıklanmasına dayanmaktadır. Dolayısıyla bu modelde, sağlık ve hastalık kavramları genel anlamda biyolojik nedenlere bağlanarak kavramlaştırılmıştır (Ogden, 2004).

Diğer bir model olan *biyopsikolojik model* 20. yüzyılın başlarında Freud'un histeri üzerine yaptığı çalışmalar sonucunda zihin ve fiziksel hastalıklar arasında ilişki olduğunu açıklamasıyla birlikte ortaya çıkmıştır. Bu çalışmalar sonucunda psikolojik etmenlerin de hastalıklara neden olabileceği görüşü benimsenmiştir. Dolayısıyla, hastalıklar *biyopsikolojik* bakış açısıyla ele alınmaya başlanmış ve *psikosomatik tıp* sağlık alanına girmeye başlamıştır (Friedman ve Adler, 2007). Bu modele dayanarak gelişen *davranışçı sağlık anlayışıyla* da zihin ve beden ayrı olmadığı savunulmaya başlanmıştır. Bu kavramsallaştırmaya göre, sağlıklı insanlarda davranış ve yaşam biçimi eğitimleri aracılığı ile sağlığın kalıcılığının sürdürülebileceği ve hastalıkların önlenilebileceği öne sürülmüştür. Böylece, *davranışçı tıp* gelişmeye başlamış, hastalık ve sağlık kavramlarının kapsamı önleyici ve koruyucu hizmetler bakış açısıyla genişletilmiştir (Ogden, 2004).

İlerleyen süreçte, stres ile ilgili yapılan çalışmaların artması sonucunda, stresli yaşam olaylarının hastalıkların başlamasında etkili olduğu görüşü benimsenmeye başlanmış, özellikle, çevresel olayların ve bireylerin kullandıkları başa çıkma yöntemlerinin niteliğinin sağlığı ya da hastalığı etkilediği görüşü yaygınlaşmıştır. Bunlara ek olarak, sosyal psikolojide, sosyal algılar ve sosyal desteğin çeşitli hastalıklar üzerinde etkili olduğuna yönelik yapılan araştırmalar, *biyopsikolojik* bakış açısına sosyal etmenlerin eklenmesini sağlamıştır. Böylece, sağlık ve hastalık kavramları *biyopsikososyal model* çerçevesinde ele alınmaya başlamıştır. Sağlık psikolojisine de temel oluşturan bu modele göre, sağlığı biyolojik (virüs, bakteri, lezyonlar ve benzeri), psikolojik (tutumlar, inançlar,

davranışlar ve benzeri) ve sosyal etmenlerin (sosyal sınıf, işsizlik, etnik köken ve benzeri) etkileşimi belirlemektedir (Curtis, 2000; Friedman ve Adler, 2007).

Görüldüğü gibi sağlık ve hastalık statik bir kavramdan çok, sürekli gelişen ve değişen kavramlar olmuşlardır (Kazarian ve Evans, 2001). Tüm bu gelişen modeller sonucunda günümüzde sağlığın en kapsamlı ve kabul gören tanımı 1947 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılmıştır. Bu tanıma göre sağlık kavramı, sadece hastalık ya da bozukluğun (infirmity) olmamasını değil, bir bütün olarak fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan iyi-olma halini de kapsamaktadır. Yakından incelendiğinde, bu tanımda üç önemli özellik öne çıkmaktadır. Bunlardan ilki, sağlığın sadece hastalığın olmama hali olmadığını göstermesidir. İkincisi, sağlığın psikolojik ve sosyal yönü olduğunu vurgulaması ve son olarak sağlık hizmetlerinde psikoloji alan uygulamalarının önemine yer vermesidir (Kazarian ve Evans, 2001).

Sağlık kavramı kadar önemli olan ve bu çalışmanın da kapsamında yer alan diğer bir kavram ise hastalıktır. Hastalık kavramının İngilizcede üç farklı karşılığının ve tanımının olduğu görülmektedir. Bunlardan ilki İngilizce karşılığı “disease” olan, patoloji ile özelleştirilen nesnel tıbbi tanımıdır. İkinci anlamı ise İngilizce karşılığı “illness” olan kişinin hastalıkla ilgili öznel yaşantısını ve psikolojik bakış açısını gösteren tanımdır (Sperry, Lewis, Carlson, ve Englar-Carlson, 2005). Son olarak hastalığa sosyolojik bir bakış açısı sunan “sickness” kelimesidir (Kaptein, Scharloo, Helder, Kleijn, van Korlaar ve Woertman, 2003). Bu çalışmada, hastalıkla ilgili öznel değerlendirmeler ve psikolojik tanımlamalar yer alacağından, hastalık kavramı “illness” kelimesinin karşılığı olarak kullanılmıştır.

Geçmişten günümüze tıp alanında ortaya çıkan çeşitli modeller ile sağlık ve hastalığa bakış açısındaki değişimler, sağlık ve sağlık hizmetleriyle ilişkili olabilecek psikolojik süreçleri inceleyen bir bilim dalı olarak sağlık psikolojisinin

ortaya çıkmasını sağlamışlardır (Friedman ve Adler, 2007). Akademik bir disiplin olarak sağlık psikolojisi, sağlık ve hastalık yaşantılarında, sağlık ve hastalığın nedenlerinde, sağlık ve hastalığın ilerlemesinde ve sonuçlarında, psikolojik süreçlerin incelenmesini kapsamaktadır (Albery ve Munafó, 2008). Sağlık psikolojisinin en geniş ve kabul gören tanımı Matarazzo (1982) tarafından yapılmıştır. Bu tanıma göre sağlık psikolojisi, psikoloji biliminin, eğitimsel ve uzmanlığa özgü kaynaklarının bireylerin sağlıklı olma düzeylerinin sürekliliğini sağlamak ya da artırmak, hastalık ve hastalıkla ilişkili olası nedenleri önlemek ve sağlık hizmetlerine yönelik güncel politikalar geliştirmek amacıyla kullanılmaktadır.

Ogden (2004) sağlık psikolojisinin iki amacının olduğunu belirtmektedir. Bu amaçlardan birincisi, sağlık psikolojisi kuramını anlamak, açıklamak, geliştirmek ve test etmektir. Bu amaç doğrultusunda hastalığın nedenselliğine yönelik davranış rollerini değerlendirme, sağlıklı olmayan davranışları ortaya çıkarma, psikoloji ve fizyoloji arasındaki etkileşimi değerlendirme, hastalık yaşantısında ya da tedavisinde psikolojinin rolünü anlama ve değerlendirme ile ilgili uygulamalar yapılmaktadır. Sağlık psikolojisinin ikinci amacı ise oluşturulan kuramı uygulamaya koymaktır. Bu amaç doğrultusunda, sağlık düzeyini artırıcı davranışlar geliştirme ve hastalıklardan korunma çalışmaları gibi uygulamalar yer almaktadır. Sağlık psikolojisinin amaçları ve uygulamaları Tablo 1’de özet olarak sunulmaktadır. Yeni gelişen bir alan olarak sağlık psikolojisi, insan sağlığını anlamada ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde yeni kazanımlar sağlamış ve geleneksel tıp modelinin hastalıkları iyileştirme sürecindeki sınırlılıklarını ortaya çıkarmıştır. Stres, kaygı ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkan çeşitli ruhsal sorunların fiziksel stresten ayrılamayacağını ve bu süreçte çevrenin etkisinin göz ardı edilemeyeceğini ortaya koymuştur (Friedman ve Adler, 2007).

Tablo 1.

Sağlık Psikolojisinin Amaçları ve Uygulamaları

Amaçlar	Kuramı anlamak, açıklamak, geliştirmek ve test etmek	Kuramı uygulamaya koymak
Uygulamalar	<ul style="list-style-type: none"> • Hastalığın etiolojisinde davranış rollerini değerlendirmek • Sağlıklı olmayan davranışları ortaya çıkarmak • Psikoloji ve fizyoloji arasındaki etkileşimi değerlendirmek • Sağlıklı olmayan davranışları ortaya çıkarmak • Psikoloji ve fizyoloji arasındaki etkileşimi değerlendirmek • Hastalık yaşantısında psikolojinin rolünü anlamak • Hastalığın tedavisinde psikolojinin rolünü değerlendirmek 	<ul style="list-style-type: none"> • Sağlık davranışlarını geliştirmek • Hastalığı önlemek (koruma)

1.2. Sağlık Danışmanlığı

Sağlık ve hastalığa yönelik değişen modeller ve bakış açıları aynı zamanda günümüzde bireylerin ve sağlık çalışanlarının sağlık ve hastalıkla ilgili beklenti ve algılarını da değiştirmiştir. Örneğin, 20. yüzyılın başından farklı olarak, bireyler hastalık ve ölümlerin nedenlerinin bireylerin yaşam tarzı ile ilişkili olduğunu fark etmişlerdir. Yaşamlarını özellikle de yaşlılık sürecini canlı, enerjik ve yaşam dolu olarak geçirmek istemektedirler. Bu nedenle, öznel bir

sağlık farkındalığı geliştiren bireyler, yaşam biçimlerini değiştirmek, sağlıklı kalmalarını sağlamak ve iyilik-hallerini korumak ya da geliştirmek için sağlık danışmanlarına ve eğitmenlerine gereksinim duymaya başlamışlardır (Sperry ve Carlson, 2002).

Değişen sağlıklı olma anlayışı ile birlikte tıp alanındaki bilimsel ve teknolojik değişimler de sağlık hizmetinden yararlanan bireylerde, sağlık hizmetinin etkililiğinin sorgulanmasını ve hasta memnuniyetinin öneminin artmasını sağlamıştır. Bunlara ek olarak, geçmiş yıllara göre akut hastalıkların yerini kronik hastalıklara bırakması, sağlık hizmetlerinde bütünleştirici ve kişilerarası ilişkiye dayalı sağlık hizmetlerinin doğmasına neden olmuştur. Böylece, sağlık ve yardım hizmetlerinde uzmanlık alanları artmaya başlamış ve sağlık hizmetlerinde profesyonel yardım hizmetlerini sunacak mesleklere ihtiyaç duyulmaya başlamıştır. Tüm bu değişimler sonucunda *sağlık-bakım hizmetlerinde (health-care delivery)* ve *sağlık-bakım uzmanlarında* değişim ve gelişmeler meydana gelmiştir (Sperry ve Carlson, 2002).

Sözü edilen *sağlık farkındalığı, halk sağlığı farkındalığı, sağlık-bakım hizmetleri* ve *sağlık-bakım uzmanları* temelinde yaşanan değişimler 1990'lerden sonra yeni bir alan olan sağlık danışmanlığının doğmasına neden olmuştur. Sağlık danışmanlığı psiko-eğitimsel bir süreç olarak, hastalık sürecinin ilerleyişini önlemek ya da azaltmak ve bireylerin sağlık durumlarını ve işlevlerini geliştirmek amacıyla ortaya çıkmış birçok yaklaşım ve yöntemin birleşimi olarak tanımlanmaktadır (Sperry ve diğerleri, 2005). Bu kapsamda ele alınan önemli kavramlardan psiko-eğitim, sağlık danışmanlığının psikolojik ve eğitimsel yönüne vurgu yapmaktadır. Psikolojik yön, sağlık sorunuyla ilişkili duygu ve duygu durumları; eğitim yönü ise sağlık sorunlarını yönetmek için gerekli bilgi ve becerileri öğrenme ve öğretmeyi içermektedir (Blonna ve Watter, 2005). Sağlık danışmanlığında yer alan bir diğer önemli kavram ise süreçtir. Sağlık danışmanlığında süreç, bireyin psikolojik danışma yardımı almasına temel

oluşturan sağlık sorunuyla ilişkili danışan ve danışman arasındaki karşılıklı ilişkiyi içermektedir (Blonna ve Watter, 2005; Sperry ve Carlson, 2002). Genel psikolojik danışma uygulamaları ve sağlık danışmanlığı arasındaki temel fark, sağlık danışmanlığında bir sağlık konusuyla ilişkili duygusal konulara odaklanmasıdır. Bu duygular hastalık ve hastalık rol davranışlarıyla ilişkilidir (Blonna ve Watter, 2005).

Sağlık danışmanlığının temel olarak iki amacı vardır. Bu amaçlardan ilki danışanlara sağlık sorunlarıyla ilişkili duygularını anlama ve ortaya çıkan çeşitli kaygı durumlarıyla başa çıkmalarına yardım etmektir. İkincisi ise sağlık sorunlarına müdahale etmek, iyileştirmek ya da yönetmek için oluşturulan iyileştirici (terapötik) yöntemler geliştirme ve tedaviye uyuma yardım etmektir (Blonna ve Watter, 2005).

1.2.1. Sağlık Danışmanlığı Uygulamaları

Sağlık danışmanlığında önleyici çalışmalar *birincil*, *ikincil* ve *üçüncül önleme* olarak üç düzeyde ele alınmaktadır. *Birincil önleme* kapsamında danışanlara, sağlığı geliştirme ve sağlık risklerini azaltacak gerekli bilgi, beceri ve davranışları kazandırmak amaçlanmaktadır. Genel olarak birincil müdahale etkinlikleri, bir sağlık sorunu olmayan ya da sağlık sorunu geliştirme riski olan bireylerle yürütülmektedir. *İkincil önleme* erken teşhiste ve acil tedavi gerektiren durumlarda bireylerin sağlık sorunlarının ilerlemesini önlemeyi hedef almaktadır. Bu süreçteki etkinlikler ile yeni sağlık sorunu oluşan ya da sağlık sorunu olma riski çok yüksek olan bireylerle çalışılmaktadır. *Üçüncül önleme* ise danışanların var olan sağlık sorunuyla ilişkili meydana gelen yan etkiler ya da oluşan engellilikler ile başa çıkmalarına yardımcı olmayı temel almaktadır. Bu tür müdahalelerde, danışanlara, engellerini anlamalarına, işlevselliklerini yeniden

kazanmalarına, yeni beceriler öğrenmelerine ve engelleriyle ilişkili zorluklara uyum sağlamalarına yardımcı olabilecek etkinlikler düzenlenmektedir (Blonna ve Watter, 2005).

Her üç önleme düzeyinde sağlık danışmanlarının, açıklayabilmeleri ve değiştirilmesine yardımcı olabilmeleri için sağlıklı ilişkili tutum ve davranışları bilmeleri gerekmektedir. Bu noktada Kasl (1966, Akt. Blonna ve Watter, 2005), sağlıklı ilişkili üç temel davranış tanımlamaktadır. Bunlardan birincisi *sağlık davranış*ıdır. Sağlık davranışı, bireylerin sağlıklarını geliştirme ya da hastalıkları önlemek için yaptıkları ya da yapmadıkları davranışları içermekte olup, bu davranışlar birincil önleme süreçlerinin içinde yer almaktadır. Bu kapsamda, sağlığı güçlendirme davranışları (günlük fiziksel etkinlik, emniyet kemeri takma vb.) ve sağlık riski içeren davranışları bırakma (sigara kullanma, kondom kullanmama vb.) yer almaktadır. İkinci davranış türü ise *hastalık davranışları*dır. Hastalık davranışları, bireylerde herhangi bir hastalık gelişmesi, bireylerin herhangi bir enfeksiyon kapması ya da bir hastalıkla ilgili şüphelendikleri anda yaptıkları ya da yapmadıkları davranışları içermektedir. Bu davranışlar genellikle ikincil önleme süreçleriyle ilişkilidir. Üçüncü ve son olarak betimlenen *hasta rolü davranışları* da bireylerin hastalığın teşhis edilmesinden iyileşme anına kadar geçen aşamalarda sergiledikleri davranışları betimlemekte ve ikincil ya da üçüncül önleme süreçlerinde yer almaktadır.

Sağlık ve hastalık davranışlarını kapsayacak biçimde yürütülecek önleme çalışmalarında sağlık danışmanlığı dört boyutta ele alınabilmektedir (Sperry ve Carlson, 2002). Bunlar *tıbbi-bakım danışmanlığı*, *hasta eğitimi*, *sağlık-geliştirme danışmanlığı* ve *sağlık odaklı psikoterapidir*. Daha sonra Sperry ve diğerleri (2005) hasta eğitimi yerine *hasta bakım danışmanlığı*nı kullanmışlar ve ayrıca beşinci boyut olarak *sağlık odaklı psikolojik danışmayı* eklemiştir.

Tıbbi-bakım danışmanlığı, hastane ya da klinik ortamlarda hekim ya da uzman tarafından verilen kısa süreli, sağlık durumuna ilişkin sağlık önerileri ya da reçeteleri içeren danışma şeklidir. Değişim, hastanın hizmeti sunan kişiyi uzman ve otorite olarak görmesine, tavsiyelerini ve açıklamalarını takip etmesiyle ilişkilidir. Bu danışmada eğitim ya da izleme düşük düzeydedir (Sperry ve Carlson, 2002). *Hasta bakım danışmanlığı*, *tıbbi bakım danışmanlığı* ile ilişkili olarak hemşire, hasta bakıcı ya da asistan hekimler tarafından verilen, daha uzun süren ve belli bir tıbbi duruma odaklanılan eğitimidir. Genellikle hekim tarafından daha sorunlu olarak görülerek sevk edilen danışanla yürütülmektedir. Bu süreçte, danışanın beklenti ve ihtiyaçlarına odaklanılmadan, eğitim yoluyla davranışlarını olumlu yönde değiştirmek amaçlanmaktadır. Kişisel etkileşim, anlama düzeyini değerlendirme, beceri geliştirme ve uyumu izleme, bu süreçte kullanılan stratejileridir. Bireysel ya da grupla eğitim yöntemleri de kullanılmaktadır (Sperry ve diğerleri 2005).

Sağlık-geliştirme danışmanlığı: Danışanın ihtiyaç ve beklentilerinin genellikle genel tarama ölçümleriyle belirlendiği, yaşam biçimini ve sağlık davranışlarını geliştirmeye odaklanılan danışmadır. Bu çalışmalar süreci yapılandırma, uygulama, izleme ve nüksü önleme aşamalarından oluşmaktadır. Değişim için danışanla işbirliği içinde çalışılmaktadır (Sperry ve diğerleri, 2005). *Sağlık odaklı danışma* sosyal hizmet uzmanları, psikolojik danışmanlar, psikologlar, psikiyatri hemşireleri ya da psikiyatristler gibi psikolojik danışma ya da psikoterapi temelinde eğitim almış uzmanlar tarafından yürütülmektedir. Amaç hastalık temelinde ortaya çıkan belirtileri azaltmak, sağlık düzeyini artırmak, olumlu sağlık davranışları ve yaşam biçimi geliştirmek veya bireyin kendisine sunulan sağlık önerilerine uyum göstermelerini kolaylaştırmaktır. Değişim, danışanın biçimlendirilmiş müdahalelere katılması ve iş birliği yapmasıyla ve danışmada değişimin önündeki engellerin ele alınmasıyla gerçekleşmektedir. Motivasyonel danışma stratejilerinin kullanıldığı bu danışmada, danışanın hazır bulunuşluğu değişimin gerçekleşmesinde temel

oluşturmaktadır. Kişilik örüntüleri, değişim için motivasyon ve hazır bulunuşluk, güçlü yönler ve engeller danışma öncesi değerlendirilmektedir. Kullanılan müdahaleler içinde yeniden çerçeveleme (reframing) ve bilişsel yeniden yapılandırma, diğer sistematik stratejiler ve hastalığın yeniden ortaya çıkmasını önleme yer almaktadır. Danışanın var olan sosyal destek kaynaklarından yararlanması amaçlanmaktadır. Kısa süreli olan bu danışmada önleyici çalışmalar ve eylem odaklı çalışmalar yer almaktadır (Sperry ve diğerleri 2005).

Sağlık odaklı psikoterapi psikoterapistler tarafından yürütülmektedir. Kronik hastalıkla ya da yaşamı tehdit eden hastalıkla ilgili ağrı ya da engel ile başa çıkmada zorluk yaşayan ve sağlık durumunu kabullenmede zorluk yaşayarak sevk edilen danışanlarla yürütülmektedir. Psikoterapötik müdahalelerde temel kişilik dinamiklerine odaklanılmaktadır. Değerlendirmeler daha çok psikoterapötik parametrelerle yapılmaktadır. Danışan ve danışman arasında daha derin, gizliliğe dayalı ilişki gelişmektedir (Sperry ve Carlson, 2002). Sağlık danışmanlığının çeşitleri ile ilgili özet bilgi Tablo 2.'de sunulmuştur.

Tablo 2.
Sağlık Danışmanlığı Uygulamaları

	Uygulayıcı	Uygulama Yeri	Uygulamanın Amacı/Odağı	Değişimi Sağlayan Araçlar	Değişim Stratejileri
Tıbbi bakım danışmanlığı	Hekim ya da klinisyen	Tıbbi ya da klinik ortam	Sağlık durumunu sağlık önerileri ile değiştirme	Hastanın, hizmeti suna kişiyi uzman ve otorite olarak görerek, sunulan tavsiyeleri ve açıklamaları takip etmesi	Tavsiye, reçete.
Hasta bakım danışmanlığı	Hemşire, hasta bakıcı ya da tıp asistanı	Tıbbi ya da klinik ortam	Sağlık ile ilgili önerilerle, uyumu, beceriyi ve anlayışı geliştirmek	Kişisel etkileşim	Bireysel ya da grup eğitimi, beceri geliştirme ve uyumu izleme
Sağlık-geliştirme danışmanlığı	Sağlık-geliştirme uzman		Yaşam biçimini ve sağlık davranışlarını geliştirme	Danışanın işbirliği	Değerlendirme, danışanla kurulan işbirliği, danışanın ihtiyaç ve beklentileriyle biçimlenmiş müdahaleler, nüksü önleme
Sağlık odaklı psikolojik danışma	Davranışsal sağlık uzmanları, sosyal hizmet uzmanları, profesyonel psikolojik danışmanlar, psikiyatrist, psikolog, ya da hemşireler	Hastane ortamı	Belirtileri azaltmak, sağlık durumunu geliştirmek, olumlu sağlık davranışları ve yaşam biçimini geliştirmek veya sağlık önerilerine uyumu arttırmak	Danışanın biçimlendirilmiş müdahalelere katılımı	Değerlendirme, motivasyonel danışma, sistematik stratejiler ve nüksü önleme.
Sağlık odaklı psikoterapi	Psikoterapist	Ruh sağlığı merkezi ya da terapi odası	Sağlık durumunu geliştirme ya da yaşamı tehdit eden hastalığa uyumu artırma	Geçmiş ve şu anki çatışmalar, travmalar ve beklentilerin psikoterapötik süreçte ele alınması	Psikoterapötik stratejilerin kullanımı

1.3. Kronik Hastalıklar

Bu bölümde kanser, meme kanseri, OAM ve meme kanserinde psiko-sosyal ihtiyaçlar ile ilgili kuramsal çerçeveye geçmeden önce kronik hastalıklar ile ilgili alan yazına yer verilmektedir. Öncelikle kronik hastalıkların genel bir tanımı, psiko-sosyal yönü, kriz olarak kronik hastalıklar ve kronik hastalıklarla sağlık danışmanlığı arasındaki ilişkiden söz edilmiştir.

20. Yüzyıldan önce hastalıklar genellikle akut, kısa süreli ve ölümcül seyrediyordu. Örneğin, romatoid artrit ya da diyabet gibi hastalıkların başlangıcından sonra insanlar genelde hastalıklarının akut döneminde ölmekteydiler. Fakat ilerleyen teknoloji ile hastalıkların seyri uzun zamana yayılmış ve yönetilebilir şekle dönüşmüşlerdir. Günümüzde bu tür hastalıklar akut olmaktan çıkmış kronik hastalık halini almışlardır (Royer, 1998).

Kronik kelimesi Yunanca zaman anlamına gelen “chronos” ve uzun bir zaman boyunca anlamına gelen “chronikos” kelimelerine dayanmaktadır (Kaptein ve diğerleri, 2003). Genel kabul gören bir tanımı olmamakla birlikte, kronik hastalıklar kavramı genel olarak uzun zamana yayılan hastalıkları tanımlamakta kullanılmaktadır. Kronik hastalıklar, günümüzdeki mevcut tıbbi müdahale yöntemleriyle kontrol edilebilen ancak tamamen iyileşmeyen (Carrier, 2009), hastalık seyrinde tahmin edilemeyen duraksama ve şiddetlenmeleri olan ve bireyin biyopsikososyal yaşamında çeşitli engelleyici etkileri olan fiziksel ya da ruhsal hastalıklardır (Royer, 1998).

Kronik hastalıklar genellikle orta yaş ve üstünde ortaya çıkmakta ve hastanın yaşam kalitesini riske atarak uyum ve başa çıkma zorluklarıyla karşı karşıya bırakılmaktadırlar (Reynolds, 2007). Kronik hastalıkların nedenleri tam olarak bilinmemektedir ve uzun süren ve tahmin edilemeyen hastalık seyirleri

bulunmaktadır (Royer, 1998). Bir başka deyişle, kronik hastalıklara yönelik müdahaleler, akut hastalıklarda olduğu gibi hastalığı iyileştirmek ve tedavi etmek amacıyla değil, daha çok hastalığı yönetmeye yönelik olarak gerçekleştirilmektedir. Bu süreçte amaç, var olan belirtileri, uzun süreli zararları ve hastalığın olası etkilerini azaltmak, hastanın tıbbi bakım ve hastalığın yönetiminde tıp uzmanlarıyla iş birliği içinde aktif bir katılımcı olmalarını sağlamaktır (de Ridder, Geene, Kuijer ve Van Middendrop, 2008; Norman ve Ruesche, 2011; Royer, 1998).

Diğer yandan, kronik hastalıkların toplumdaki yaygınlığı tam olarak bilinmemektedir. Bunun en temel nedenlerinden biri kronik hastalıklarla ilgili tanımlamaların farklılıklar içermesidir (Sidell, 1997). Örneğin “bulaşıcı olmayan hastalıklar” (noncommunicable disease), bulaşıcı hastalıkları ayırmak için; “yaşam stiliyle ilişki hastalıklar” davranışların hastalığın gelişmesindeki etkisini vurgulamak için (World Health Organization [WHO], 2005); “uzun süreli durumlar” (long-term condition) ise hastalığın uzun süren seyrini tanımlamak (Carrier, 2009) için kullanılmaktadır. Bu nedenle, kronik hastalıkların yaygınlığı en iyi ölüm oranlarıyla açıklanmaktadır (Sidell, 1997).

Bilindiği üzere, kronik hastalıkların doğası, seyri ve belirtileri ile bu hastalıklara yönelik müdahaleler farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar kronik hastalığın psiko-sosyal yönünün anlaşılmasını da zorlaştırmaktadır. Alan yazında, bu zorluğu gidermek ve kronik hastalıklarla çalışacak profesyonellere yol göstermek amacıyla çok çeşitli kılavuzlar hazırlanmıştır. Örneğin Goodheart ve Lansing (1996), hazırladıkları kılavuz ile kronik hastalıkların bireylerin yaşamındaki olası etkilerinin anlaşılmasını kolaylaştıracak dört modellenmiş bir çerçeve sunmuşlardır. *Tıbbi model* hastalığın çatısını, *tehdit modeli* hastalığın şiddetinin sürekliliğini, *tepki modeli* hastalığa yönelik farkındalığın ve hastalığa uyum göstermenin sürekliliğini ve *psikolojik model* kişilik yapısı ve kişiliğin bu süreçteki işlevinin çatısını ortaya koymaktadır.

1.3.1. Kronik Hastalıkların Psiko-Sosyal Yönü

Kronik hastalıklar, insan yaşamını hem sosyal yönden hem de psikolojik yönden önemli ölçüde etkilemektedir. Kronik hastalığı olan bireyler belli kayıplar yaşamaktadırlar. Bu bireylerin yaşadıkları en önemli kayıp ise benliğini kaybetme olarak tanımlanmaktadır (Charmaz, 1983). Bir başka deyişle, kronik hastalığı olan bireyler, yaşamlarının kısıtlanmasından, sosyal yalıtımdan, gözden düşme yaşantısından ve başkalarına yük olmaktan dolayı mağdur olmaktadır. Ahlström (2007) şiddetli kronik hastalığı olan bireylerin algıladıkları kayıpları “beden işlevleri”, “ilişkiler”, “özerk yaşam”, “hayal edilen yaşam” ve “kimlik” şeklinde betimlemekte ve bu bireylerin kronik keder içinde olduklarını iddia etmektedir. Kronik keder, kronik hastalığı olan bireylerle ilgili kullanılmaya başlayan bir kavramdır. İlk önceleri çocuklarını kaybetmiş ebeveynler için kullanılan bu kavram, bireyin kendinde ya da sevdiği birinde ortaya çıkan ilerleyici bozulma ve kalıcı yaralanmadan dolayı yaşanan kayıplarla yüzleşme sonucunda ortaya çıkan ve süreklilik arz eden yas biçimi olarak tanımlanmaktadır (Roos ve Neimeyer, 2004).

Kronik hastalık, aynı zamanda, bireyin öz-değerinde değişimlere neden olmakta (Helgeson ve Reynolds, 2002) ve tanı ile birlikte benlik-saygısında ve beden imgesinde düşme meydana gelmektedir (McInnes, 2003). Kronik hastalığın diğer bir psiko-sosyal yönü de damgalanma (stigma) ve sosyal yalıtımdır (Norman ve Ruesche, 2011). Sosyal olarak kabul edilmiş görünüş, etkinlik ve rollerden farklılaşan bireyler çoğunluktan farklı olarak algılanmakta ve bu nedenle damgalanmaktadır. Kronik hastalığı olan bireylere yönelik hastalık ne kadar kaygı ve tedirgin edici ise toplum tarafından damgalanma da o derece artmaktadır (Falvo, 2005). Sosyal yalıtım ise olumsuz bir yalnızlık durumu ve sosyal ilişkilere katılımın azalmasını içermektedir. Hastalığın evresi ilerledikçe bireyler daha fazla sosyal yalıtım hissetmekte ve yaşamaktadırlar (Royer, 1998).

Bireyin kontrol algısı, kronik hastalığın ilerlemesi ve tahmin edilemeyen belirtilerle değişebilmektedir. Hasta bireyler bedenleri üzerinde, çalışabilme yetileri ve genel olarak yaşamları üzerinde kontrollerini kayb ettiklerini algılayabilmektedirler (Helgeson ve Reynolds, 2002). Kronik hastalıklarda önemli bir diğer konu ise yaşanan belirsizliktir. Genellikle bilinmeyen gelecek, düzensiz belirtiler ve hastalığın ilerleyişindeki tahmin edilemeyen ilerleyiş belirsizlik yaratmaktadır (Falvo, 2005; Royer, 1998).

1.3.3. Kronik Hastalıklara Verilen Tepkiler

Kronik hastalığı olan bireyler çeşitli bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler vermektedirler. Goodheart ve Lansing, (1996) hastalığa verilen tepkilerin belli örüntülerden oluştuğunu vurgulayarak, bu tepkilerin altı aşama içinde belirli bir sıra izlediğini belirtmişlerdir. Buna göre, birincil tepki, belirtilerin fark edilmesi sürecini kapsamaktadır. İkincil tepki, belirtilerin kronik bir seyir izlediğinin anlaşılmasıdır. Üçüncül tepki düzensizlik olarak değerlendirilmekte ve bu aşamada bireyin hastalığının öznel yaşamını belli ölçülerde etkileyeceğine yönelik farkındalık geliştirmesini tanımlamaktadır. Dördüncü aşama, bireyin tamamen iyileşme ve hastalıktan kurtulma çabalarını içeren içsel isteğin oluştuğu aşamadır. Beşinci aşama, bireyin tamamen iyileşemeyeceğini fark etmesi ve çaresizliğin açığa çıkmasıdır. Son aşama ise hastalıkla nasıl yaşanabileceğine yönelik olarak bireyin hastalığa uyum gösterme çabasını ifade etmektedir.

Kronik hastalığa yönelik ilk tepkilerin süresi altı ay ile beş yıl arasında değişebilmekle birlikte (Courtenay, Merriam ve Patricia, 1998) bu tepkiler ayrıca, hastalığın seyrini ve sonuçlarını da büyük oranda etkilemektedir (Lipowski, 1983). Örneğin, depresyon ve kaygı tepkileri miyokard infarktüsü geçirmiş

hastaların 12 hafta sonrasındaki yaşam kalitelerini olumsuz etkilemekte (Lane Carroll, Ring, Beevers ve Lip., 2001) ve koroner kalp hastalığında kardiyak olaylara neden olmaktadır (Denollet, Vaes, Brutsaert ve Brutsaert, 2000).

Kronik hastalığı olan bireyler fiziksel olarak uykusuzluk (Davidson, MacLeana, Brundage, Schulze ve MacLeana, 2002), baş ağrısı ve yorgunluk (Doka, 2009) gibi tepkiler göstermektedirler. Bilişsel olarak şok (Falvo, 2005; Livneh ve Antonak, 2005), benmerkezcilik, ilgisizlik, unutkanlık ve konsantre olamama (Doka, 2009) gibi tepkiler vermektedirler. Duygusal olarak ise suçluluk ve utanma (Lipowski, 1983), öfke (Morewitz, 2006), düşmanlık ve korku (Groves ve Muskin, 2005), kaygı ve depresyon (Anderson, 2001; Bilge, 2008; Elwood ve Olantunji, 2008; Mete, 2008) çaresizlik ve engellenmişlik (Doka, 2009) ve ayrıca sosyal geri çekilme (Fordyce, Roueche, Prigatano ve Prigatano, 1983) yaşamaktadırlar. Verilen tinsel tepkiler, kaderi ve dünyanın adaletsizliğini sorgulama ve bir mucize beklemekten oluşmaktadır (Doka, 2009). Kronik hastalıklara verilen tepkiler hazırlanarak Tablo 3.'de sunulmuştur.

Tablo 3.

Kronik Hastalıklara Verilen Tepkiler

Fiziksel tepkiler	Bilişsel tepkiler	Duygusal tepkiler	Tinsel tepkiler
Uykusuzluk	Şok	Suçluluk	Kaderi sorgulama
Baş ağrısı	İnkâr	Utanç	Dünyanın
Yorgunluk	Benmerkezcilik	Kıskançlık	adaletsizliğini
	İlgisizlik	Düşmanlık	sorgulama
	Unutkanlık	Korku	Mucize arama
	Konsantre	Sosyal geri çekilme	
	olamama	Çaresizlik	
		Engellenilmişlik	
		Yas	
		Öfke	

1.3.3. Kriz Olarak Kronik Hastalıklar

Kriz, daha önce kullanılan başa çıkma stratejileriyle üstesinden gelinemeyen ya da sağaltılamayan, önemli bir problem yaratan tehlikeli bir olay ya da duruma bağlı olarak yaşanan bir psikolojik dengesizlik sürecidir (Roberts, 2005). Bir başka deyişle kriz, alışkanlıkların ve başa çıkma örüntülerinin kullanımıyla genellikle aşılamayan ve yaşam amaçları için bir engel olarak algılanan durumlarla karşılaşıldığında ortaya çıkmaktadır. Buna göre kriz, başlatıcı olay, olayın strese neden olduğuna dair öznel algı ve bireyin alışılmış başa çıkma becerilerinin başarısız olması olarak betimlenen üç bileşenden oluşmaktadır (Kanel, 2007).

Caplan'a göre (Akt., Palabıykoğlu, 2000a) krizler durumsal ve gelişimsel krizler olarak ikiye ayrılmaktadır. Gelişimsel krizler çocukluk ve

yaşlılık arasındaki dönemlerde, gelişimsel görevlerin başarıyla tamamlanmasında bir engellenme veya bir tıkanıklık yaşandığında ortaya çıkmaktadır. Durumsal krizler ise yaşam süresi içinde herhangi bir zamanda aniden ortaya çıkan, kişinin dengesini sarsan olağandışı olaylardır. Olağandışı olaylar arasında doğal afetler, hastalanma, bir yakınına ölümle kaybetme, sakatlanma, tecavüze ya da saldırıya uğrama bulunmaktadır (Palabıyıkoglu, 2000b). Baldwin (1978) ise krizlerin durumsal krizler, yaşamsal krizler, travmatik yaşam deneyimi krizleri, gelişimsel krizler, bir psikopatolojinin sonucu olan krizler ve psikiyatrik aciller olmak üzere altı çeşidinin olduğunu belirtmektedir. Bunun yanı sıra, Burgess ve Roberts (2005), Baldwin'ın modeline dayanarak yedi düzeyden oluşan stres-kriz süreci olarak adlandırdıkları bir model geliştirmişlerdir. Bu düzeyler şunlardır:

Düzye 1. Somatik sıkıntı: Biyomedikal bir hastalık ve/veya düşük düzeydeki psikiyatrik belirtilerden oluşan somatik sıkıntılardır. Bu tip krizi başlatıcılar kanser, felç ya da diyabet gibi biyomedikal bir teşhis alma, somatizasyon, depresyon ya da kaygı gibi psikiyatrik durumlardır. Bu krizlerin nedeni bağışıklık sisteminin bozulması, fiziksel sağlıkta dengesizlik ya da kişilik düzeyindeki psiko-dinamik süreçlerin çözülememesinden kaynaklanan psikiyatrik belirtilerdir.

Düzye 2. Geçiş krizleri: Bu krizler bireylerin kontrol edemediği beklenen yaşam geçişlerini içerir. Bu süreçte, beklenen gelişimsel olay ya da rolde bir bozulma meydana gelmektedir. Aslında olay gelişimseldir ve birçok insan tarafından da yaşanabilmektedir. Geçiş stresleri içinde ana-babalık ile ilgili kısırlık; çocuklukla ilgili doğumda meydana gelen hastalıklar; ergenlikte meydana gelen hamilelikya da okul problemleri; yetişkinlikte ise mesleki sorunlar ya da kronik hastalık teşhis edilmesi bulunmaktadır. Krizin nedeni gelişimsel görevlerdeki başarısızlıktan kaynaklanmaktadır.

Düzye 3. Travmatik krizler: Güçlü, dışsal streslerle başlayan, bireyi bunaltan, kontrol edilemeyen, beklenmedik ve ani olayları yaşama, bu olaylara şahit olma

ya da bu olayların meydana geldiğini öğrenmeyi içermektedir. Travmatik krizler kişisel saldırı, tecavüz ve cinsel saldırıya maruz kalmak, doğal afet ya da ciddi trafik/ uçak kazası yaşamak, sevilen birinin ani ölümü ve kanser gibi yaşamı tehdit edici bir teşhis almak şeklinde sıralanabilirler.

Düzyey 4. Aile krizleri: Aile ya da sosyal ağda gelişen birincil kişilerarası durumlarla karşılaşıldığında ortaya çıkmaktadır. Örneğin çocuk-ebeveyn çatışmaları, çocuk istismarı, evden kaçma, çocukların pornografide kullanılması, aile içi şiddete maruz kalmak ve evsizlik bu grup içinde yer almaktadır.

Düzyey 5. Ciddi ruhsal hastalıklar: Bu düzeyin içinde psikoz, bunama, iki uçlu depresyon veya şizofreni gibi ağır psikiyatrik hastalıklar bulunmaktadır.

Düzyey 6. Psikiyatrik aciller: Bireylerin kendilerine ya da başkalarına yönelik tehdit ya da gerçek zarar söz konusu olduğunda ortaya çıkmaktadırlar. Örneğin, bir bireyin kontrolünü kaybederek intihar girişiminde bulunması ya da başkasına zarar vermek adına saldırıda bulunması bu kriz düzeyinde yer almaktadır

Düzyey 7. Katastrofobik krizler: Düzey 3'de yer alan travmatik krizler, Düzey 4, 5 ve 6'nın birleşmesinden oluşmaktadır. AIDS tanısı almak ya da tüm aile üyelerini doğal bir afette kaybetmek bu düzyeye örnek olarak verilebilir.

Sağlık psikolojisi ve danışmanlığında kronik hastalıklar, uyum gerektiren bir kriz olarak görülmektedir (Lyons ve Chamberlain, 2005). Bu açıdan ele alındığında, herhangi bir kronik hastalık tanısını izleyen dönem bir düzensizlik içermekte ve kişinin öznel yaşamını kesintiye uğratmaktadır (Royer, 1998).

Benzer şekilde Moos ve Holahan (2007), ani ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıktığı ve bireyin yaşamına ve iyilik-haline yönelik tehdit içerdiği için

kronik hastalığın başlangıcını ve kronik hastalıkla yaşamayı bir kriz olarak değerlendirmektedirler. Moos ve Schaefer (1996, Akt. Ogden, 2004) ise kronik hastalıkların bir kriz olarak değerlendirilmesinin nedenlerini bireyin yaşamında yaptığı kimlikte, mekânda, rolde, sosyal destekte ve gelecekteki değişimlere dayandırmışlardır. Diğer yandan, kronik hastalıklara başarılı uyum sağlayan bireylerde herhangi bir psikolojik rahatsızlık gözlemlenmemekte, olumlu duygu durumları sürmekte ve uygun işlevsel statü ve farklı yaşam alanlarında iyilik-halleri devam etmektedir (De Ridder ve diğerleri, 2008).

1.4. Bir Kronik Hastalık Olarak Kanser

Günümüzde artık kronik hastalık olarak kabul edilen kanser, vücutta normal şekilde bölünmesi gereken hücrelerin yapı ve kontrollerinin bozulması sonucunda vücudun ihtiyacına aldırmandan ve durmadan çoğalmalarıyla oluşan bir hastalıktır. Çoğalan bu hücrelerin milyonlarcası bir araya gelerek tümör oluştururlar. Bu tümörlerin normal hücrelerden oluşan, diğer bir ifadeyle iyi huylu (bening) olanlarının, genellikle tedavi edilmesi gerekmekte ve başka dokulara yayılmamaktadırlar. Fakat kanser hücrelerinden oluşan anormal görünümlü ve kötü huylu (maling) olanları, başladıkları yerde büyümeye devam etmekte, etrafına ya da vücudun diğer bölgelerine yayılmaktadırlar. Yakın ve uzak doku ve organlara sıçrayabilen kötü huylu bu tümörlere kanser adı verilmektedir. Kanser başladığı yere “birincil kanser”, sıçradığı yere “ikincil kanser” ya da metastaz adı verilmektedir (Berkarda, 2000; Ogden, 2004).

2008 yılı verilerine göre dünyada kanser oranı 12,7 milyon, kanser ölüm oranı ise 7,6 milyon olarak belirlenmiştir. 2030 yılında, tahmini olarak dünya nüfusunun 8,3 milyar olacağı ve şu anki oranlarda değişme olmazsa 20 milyon, eğer yıllık %1’lik bir değişim olursa 26,4 milyon kanser vakası olacağı

öngörülmektedir (Bray, Ren, Masuyer ve Ferlay, 2013). Görüldüğü üzere, kanserin küresel yükü artmaya devam etmektedir. Bu artıştaki temel nedenler dünya nüfusunun büyümesi ve yaşlanması ile sigara tüketimi vb. gibi kansere neden olan davranışların yaygınlaşmasıdır (Jemal ve diğerleri, 2011). Dünyada en sık görülen kanser türleri sırasıyla akciğer (1.52 milyon), meme (1,29 milyon) ve kolon (1.15 milyon) kanseridir. Gelişmiş ülkelerde, erkeklerde en fazla teşhis edilen kanser prostat kanseri (643.000 vaka, yeni vakaların toplamının %20,2'si), az gelişmiş ülkelerde ise akciğer kanseridir (538.000 vaka, %15,3). Kadınlarda meme kanserinin gelişmiş bölgelerdeki tahmini 715.000 (toplamın %26,5'i) ve az gelişmiş ülkelerde ise 577.000 yeni vaka (%18) ile dünya genelindeki en yaygın kanser türü olduğu belirtilmektedir (Ferlay, Shin, Bray, Forman, Mathers ve Parkin, 2010).

Türkiye'de ise dünyayla doğru orantılı olarak 2008 yılında 95069 kanser vakasının %17,3'ü akciğer, %10,6'sı meme, %9,1'i mide kanseri teşhisi almıştır. Cinsiyet açısından bakıldığında 39311 kanserli kadından, %25,6'sı meme, %7,9'u kolon ve %7,7'si mide kanseri teşhisi alırken, erkeklerde ise toplam 55758 kanserli vakadan, %26,3 akciğer, %10,1'i mide ve %8,5'i mesane kanseri teşhisi almıştır. En çok kanserden ölüm her iki cinsiyet açısından %22,5 ile akciğer, %11,6 ile mide ve %7,4 ile kolon kanserinden kaynaklanmıştır. Erkeklerde ölüm oranı yine akciğer kanserinden (%31,5) meydana gelirken, kadınlarda ilk sırada meme kanseri (%17,6) gelmektedir (Ferlay ve diğerleri, 2010) .

1.5. Meme Kanseri

Meme kanseri binlerce yıl öncesinden başlayarak insanların ilgisini çekmeye başlamıştır. İlk kez 3500 yıl önce Mısır'da memede “şişkin tümör” olarak tanımlanmıştır. Tıbbın babası olarak bilinen Hipokrat ise M.Ö. 4. yüzyılda

meme kanserini ilk tanımlayan kişi olmuştur. Hipokrat'a göre meme kanseri siyah öd kesesinden ortaya çıkan bir hastalıktır (Olson, 2002). Günümüzde ise meme kanseri, meme dokularında kanser hücrelerinin oluşmasıyla meydana gelen bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Parker ve Parker, 2002). Meme kanseri, normal bir hücrede DNA mutasyonunun meydana gelmesi sonucunda, bu hücrelerin bölünerek ve çoğalarak sağlıklı meme dokularını kaplamaya başlamasıyla oluşmaktadır (Anderson, 2010). Meme kanseri epitelyum dokularında meydana gelen bir kanser türü olduğu için, tıp dilinde karsinom adı verilen kanser türleri içinde yer almaktadır (Ogden, 2004). Meme kanseri erkeklerde de görülmesine rağmen, meme dokuları erinlikten sonra gelişmediğinden ve bu kanser türünün %99'u kadınlarda görüldüğünden meme kanseri çalışmalarında odak noktası olarak daha çok kadınlar ele alınmaktadır (Aydın ve Akça, 2009; Ogden, 2004).

Meme, süt salgılamakla görevli olan bir dış salgı bezidir. Salgı bezinin yanında ona destek olan yağ dokuları bulunmaktadır ve bunlar memeye şeklini vermektedirler. Bunların içinde süt salgısını yapan, üzüm salkımlarına benzeyen lobül adı verilen birimler ve onları meme başına götüren kanallar yani duktus bulunmaktadır. Eğer kanser, memedeki duktusta meydana gelmişse duktal, memedeki lobülde meydana gelmişse lobüler tümör adını almaktadır. Tümör sadece duktusta ya da lobülde yer alıyorsa buna "in situ", duktus ya da lobülden yayılma göstermişse "invasiz" adı verilmektedir. (Anderson, 2010; Berkarda, 2000).

Memeyi besleyen kan damarları, lenf damarları ve sinirler vardır. Memenin etrafında koltukaltı lenf bezleri, göğüs kemiği yanı lenf bezleri ve köprücük kemiği üstü lenf bezleri olmak üzere üç grup lenf bezi vardır. Memeden çıkan kılcal lenf damarları, bu üç lenf bezi grubuna sıvı ve hücre kalıntıları taşımaktadırlar. Memede kanser varsa, bu kanser hücreleri lenf bezlerine yayılabilmektedirler. Ayrıca kan damarlarına girerek karaciğer, kemik ve beyin

gibi uzak organlara sıçrayabilmekte yani metastaz yapabilmektedirler (Berkarda, 2000).

Meme kanseri, tüm insanlarda akciğer kanserinden sonra en çok görülen kanser çeşididir. Meme kanseri, gerek gelişmiş, gerekse gelişmekte olan ülkelerde kadınlar arasında en sık görülen kanser türü olmanın yanısıra birlikte kadınlarda kanserden ölüm nedenlerin de başında gelmektedir. DSÖ' nün 1990 yılında yaptığı çalışmada, 796.000 yeni meme kanserli olgu ve 314.000 meme kanserinden ölüm saptanmışken, yine DSÖ'ye bağlı Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı'nın (International Agency on Cancer for Research-IARC) 2002 yılındaki değerlendirmesinde 1.152.000 yeni meme kanserli olgusu ve 411.000 meme kanserinden ölüm hesaplanmıştır. Bu süre içerisinde meme kanserinin sıklık ve ölüm oranlarında % 25'lik artış ortaya çıkmıştır (Ferlay ve diğerleri, 2010).

Meme kanseri ölüm oranının ise gelişmiş ülkelerde % 30 (190.000 ölüm/636.000 olgu), az gelişmiş ülkelerde ise % 43 (221.000 ölüm/514.000 olgu) olarak belirlenmiştir. Meme kanserli hastalarda tüm evrelere göre beş yıllık sağ kalım oranları gelişmiş ülkelerde % 73 iken, gelişmekte olan ülkelerde % 53 olarak bildirilmektedir. Aradaki bu önemli fark, gelişmiş olan ülkelerde tarama mamografisi sayesinde erken tanı ve daha iyi tedavi olanakları ile açıklanmaktadır (Ferlay ve diğerleri, 2010).

Türkiye'de 2009 yılında elde edilen son verilere göre meme kanseri, kadınlar arasındaki tüm kanser türleri içinde %23,4 ile birinci sırada gelmektedir (Gültekin ve Boztaş, 2014). Ülkemizde mevcut verilere göre, doğu bölgelerimizde 20/100.000, batı bölgelerimizde ise 40-50/100.000 oranında bir sıklıktan söz edilmektedir. Bu sıklık farkı, Türkiye'nin batısındaki yaşamın Avrupa'dakine benzerliğinden kaynaklanmaktadır. (Tuncer, 2009).

1.5.1. Meme Kanserinin Tanısı

Meme kanseri herhangi bir belirti vermeden 9-10 yıl varlığını sürdürebilmektedir. Genellikle memede bir değişim/farklılaşma gözlemlenmesi ile ya da meme/koltuk altlarında var olan bir şişliğin fark edilmesiyle ortaya çıkmaktadır. Bu şişlikler, genellikle hasta ya da doktor tarafından elle fark edilebilmektedir. Meme kanserinin teşhisinin ilk aşamasını oluşturan elle muayene ise klinik ortamlarda doktorlar tarafından klinik öyküyle birlikte yapılmaktadır (Aydın ve Akça, 2009; Barber, Thomas ve Dixon, 2008). Mamografi ve ultrason gibi görüntüleme cihazları ise meme kanserinin teşhisinde kullanılan diğer yöntemlerdir (Grimsey, 2011; Harms, Harms ve Sally, 2006). Tanılama sürecinde kullanılan son yöntem biyopsi adı verilen şüpheli kitleden parça alınmasını içeren yöntemdir. Biyopsi, açık ya da iğne ile parça alınarak gerçekleştirilmektedir. Açık biyopside şüpheli kitlenin tamamı ya da bir kısmı alınırken, iğneli cerrahi müdahalede kitleden hücre örnekleri alınmaktadır (Aydın ve Akça, 2009; Ogden, 2004)

Meme kanseri tanısı konulduktan sonra, tümör evresi (stage) ve tümör derecesi (grade) meme kanserinin şiddeti ve saldırganlığını tanımlayarak en uygun tedavi belirlemek için kullanılmaktadır (Barber ve diğerleri, 2010). Meme kanserinde evrelendirme, tümörün büyüklüğü ile kanserin lenf bezlerine ya da diğer beden bölgelerine sıçrayıp sıçramadığına göre belirlenmektedir (Berkarda, 2000; Phipps ve Li, 2010). Meme kanseri evrelendirmesinde kullanılan temel sınıflandırma Tablo 4.'de sunulmaktadır (Barber ve diğerleri, 2008).

Tablo 4.

Meme Kanserinde Evrelendirme

Evre 0: Tümör bulunamamıştır ve lenf bezlerine ya da dokulara yayıldığına dair herhangi belirti yoktur.

Evre I (erken evre)

Tümör boyutu 2 cm'den daha düşüktür

Meme kanseri memenin etrafındaki dokulara yayılmamıştır.

Kanser diğer beden bölümlerine sıçramamıştır.

Evre II (erken evre)

Tümör 2 cm.'den küçüktür fakat koltuk altındaki lenf bezlerine sıçramıştır.

Kanser 2 cm ile 5 cm arasındadır ve koltuk altındaki lenf bezlerine sıçrayabilir.

Tümör 5 cm.'den büyüktür fakat koltuk altındaki lenf bezlerine sıçramamıştır.

Kanser başka beden bölgelerine yayılmamıştır.

Evre III (ileri evre)

Tümör 5 cm.'den büyüktür.

Koltuk altındaki lenf bezleri etkilenmiştir.

Kanser başka beden bölgelerine yayılmamıştır.

Evre IV (ileri evre)

Tümör herhangi bir büyüklüktedir.

Kanser başka beden bölgelerine yayılmıştır, özellikle kemikler, akciğerler, karaciğer ya da beyin.

Barber ve diğerleri, 2008, s. 56.

Tümör derecesi meme tümörlerinin normal meme dokusuna ne kadar yakın ya da uzak olduğunun mikroskopik olarak görülmesidir. Meme tümörleri hücrelerinin biçimbilimsel (morfolojik) özelliklerine göre üçe ayrılmaktadır. Buna göre, Derece I en yavaş ilerleyen kanser, Derece II orta düzeyde ilerleyen

kanser ve Derece III ise en saldırgan kanser olarak ifade edilmektedir. (Rogers ve Turner, 2011; Phipps ve Li, 2010). Biyopsi sonucunda kanser tanısı konduktan sonra, tümörle ilgili hormon reseptör testleri uygulanarak kanserin hormonlara bağlı olarak tepki verip vermediği incelenmektedir. Bazı kanserler, kadın östrojen hormonuna bağlı olarak daha hızlı ilerlemektedir ve östrojen reseptör pozitif (ER+) olarak adlandırılmaktadır. Bazıları ise progesteron hormonuna bağlıdır ve progesteron reseptör pozitif (PR+) olarak adlandırmaktadır. Bazıları ise her iki hormona bağlıdır ya da hormonlara tepki vermemektedirler. Menopoz sonrası meme kanserinin üçte biri östrojen-duyarlı kanserlerdir (Ogden, 2004).

1.5.2. Meme Kanserinin Tedavisi

Modern tıbbın doğuşuna kadar meme kanserinin tedavisine yönelik birçok görüş ortaya atılmıştır. Hindistan tabletlerinde meme kanserinin cerrahi tedavisinden söz edilmektedir. Hipokrat ve Romalı Aulus Cornelius Celsus (42 BC–37 AD) ise cerrahi tedaviye karşı çıkmışlardır (Rayter, 2003). İlk olarak M.S. 1. yüzyılda Mısır'da cerrahi yöntem kullanılmıştır (Topuzlu, 2005). Günümüzde meme kanserinde ele alınan tedaviler, tümörün evresine, hastanın yaşına ve menopoz öncesi ya da sonrası dönemde olmasına göre, kanser hücrelerinin hormonlara bağlı olup olmamasına ve hastanın tercihine göre değişmektedir. Kanserde tedaviler genellikle lokal ve sistematik olarak ikiye ayrılmaktadır. Birincil müdahale olarak da adlandırılan lokal müdahaleler, cerrahi müdahale ve ışın tedavisini içermektedir. Bu müdahalelerde amaç belli bir bölgedeki yani memedeki kanser hücrelerini yok etmek veya kontrol altına almaktır. Adjuvant terapi de denen sistematik müdahaleler ise tüm vücuttaki yani sistemdeki kanser hücrelerini yok etmek veya kontrol altına almak için kullanılan kemoterapi, hormon ve biyolojik tedavilerden oluşan ikincil tedavilerdir (Ogden, 2004).

Cerrahi müdahale tedavi sürecinin ilk aşamasıdır. Cerrahi müdahale, tümörün başka beden bölgelerine sıçrayıp sıçramamasına bağlı olarak değişmektedir. Sadece tümörün çıkarıldığı ameliyata lumpektomi, memenin üçte birinin alınmasına kadranektomi, memenin ve koltuk altının sınırlı şekilde alınmasına kısmi mastektomi adı verilmektedir. Bu tür kısmi müdahalelere meme koruyucu cerrahi (MKC) denmektedir. Memenin ve koltuk altının tümünün alınmasına radikal mastektomi denmektedir (Barber ve diğerleri, 2008). Bir başka tedavi olarak ışın tedavisi, X ışınları kullanılarak dokuların içine serpilmiş ve ameliyatla alınmayan kanser hücreleri yok etmek için ya da yayılmış bir tümörü küçültmek için kullanılmaktadır. Işın tedavisi bir makineyle dışarıdan memeye uygulanabileceği gibi radyoaktif materyalle memeye direk uygulanabilmektedir (Turkingon, 2005). Kemoterapi ise tümörün orijinal yerinde ya da kan damarlarıyla başka bölgelere sıçradığı yerdeki kanser hücrelerini öldürmek ya da zarar vermek için kullanılan anti-kanser ilaçlarıdır. Kemoterapi 3 ya da 6 aylık sürelerde 21 günlük ya da 28 günlük döngülerle verilmektedir. Kemoterapi seansları 10 dakika ya da 3-4 saat sürmektedir (Barber ve diğerleri, 2008). Kemoterapinin kısa süreli yan etkileri saçların dökülmesi ya da zayıflaması, enfeksiyonlara karşı duyarlılık, mide bulantısı ya da kusma, yorgunluk, ağızda yaraların oluşması ya da ağız ülserleridir. Uzun süreli yan etkileri ise erken menopoza dolayısıyla kısırlık, kronik kemik iliği baskılanması, ikincil kanserler ya da kalp sorunlarıdır (Ogden, 2004). Diğer bir tedavi türü olan hormon terapileri, tümör hücreleri östrojen ya da progesterona bağlı olarak gelişen kadınlarda kullanılmaktadır (Ogden, 2004). Buna ek olarak, biyolojik terapi ise bedenın bağışıklık sistemini kanserle savaşmak için güçlendirmek ya da kanser tedavisinin yan etkilerini azaltmak için kullanılmaktadır (Ogden, 2004; Phipps ve Li, 2010).

1.5.3. Meme Kanserine Psikolojik Tepkiler ve Psikolojik Sonuçlar

Meme kanseri diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi birbirinden ayrı aşamalardan oluşmaktadır. Hewitt ve diğerlerine (2004) göre meme kanserindeki aşamalar tanı, birincil tedavi, sistematik tedaviler, tedaviyi tamamlama ve olağan yaşama yeniden girme, sağkalım, tekrarlama ve ilerleyen kanserde hafifletici ya da yatıştırıcı (palliative) tedavi uygulamalarını içermektedir. Sözü edilen bu aşamalar ışığında ve ilgili alan yazın incelemesi çerçevesinde meme kanserli kadınların verdikleri tepkiler, tanı öncesi ve tanı aşaması, lokal tedaviler, sistematik tedaviler, hastalısız (disease free) geçen dönem ve son olarak tekrarlama, metastaz ve ilerlemiş aşamaları kapsayacak şekilde aşağıda sunulmaktadır.

1.5.3.1. Tanı öncesi ve tanı aşamasında psikolojik tepkiler. Meme kanserinde yaşanan psikolojik ve sosyal süreç tanı öncesinde başlamaktadır. Memede ortaya çıkan tümörün iyi huylu ya da kanser olup olmadığı ile ilgili tanıyı bekleme sürecinde yaşanan psikolojik sıkıntılar en yüksek düzeye ulaşmaktadır (Harcourt, Rumsey ve Aambler, 1999). Bu aşamada kadınlarda kaygı ve depresyon belirtileri yükselirken (Lowe ve diğerleri 2003; Vahdaninia, Omidvari, ve Montazeri, 2010; Montgomery ve Mccrone, 2010), tedirginlik, öfke, acı hissettikleri, korku ve dehşet yaşadıkları görülmektedir (Blow ve diğerleri, 2011). Buna ek olarak, meme kanseri tanısı alan kadınlarda başlangıçta şok, inanamama ve inkar sıklıkla yaşanmaktadır (Landmark ve Wahl, 2002; Ogden, 2004; The National Comprehensive Cancer Network, 2012).

Andersen, Anderson ve Prosse (1989) tanı aşamasında kadınların duygusal kriz yaşadıklarını vurgulayarak, yaşanan krizi depresyon, kaygı, karmaşa ve öfke ile tanımlamışlardır. Bununla birlikte, aynı çalışma kapsamında

hastaneye meme kanseri taraması için başvuran ve kanser tanısı alan, iyi huylu tümörü çıkanlar ve aynı yaş grubundaki sağlıklı kadınları 4, 8 ve 12. aydaki duygusal tepkilerini karşılaştırmışlardır. Kanser tanısı alanlarla iyi huylu tümörü olanlarda psikolojik tepkilerin tedaviden sonra düştüğünü gözlemişler ve bu tepkilerin geçici olduğunu vurgulamışlardır. Ayrıca tedavilerden sonra evlilik ve sosyal uyum açısından her üç grupta bir farklılık bulunamamıştır. Çalışmaları ışığında kanser tanısı aşamasının akut stres durumu olarak görülmesini önermişlerdir.

Bu sonuçlar, Kübler-Ross'un (2010) ölümcül hastalık tanısı almış hastalarla yaptığı görüşmeler sonucunda oluşturduğu beş psikolojik tepki evresine benzer özellikler göstermektedir. Sırasıyla inkâr ve yalıtım, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme evrelerinden oluşan bu evreler ayrıca yas tepkileri olarak adlandırılmaktadırlar (Kübler-Ross, 1969/2010). Benzer çalışmalarda, tanı aşaması sürecinde kadınlarda kaygı ve depresyon düzeylerinin yükseldiği belirtilmekte (Schoua ve Ekeber, 2004) ve meme kanseri tanısı almış kadınların %18'inin travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), akut stres bozukluğu (ASB), kaygı ve depresyon belirtileri gösterdikleri ifade edilmektedir (Dausch, Compas, Beckjord, ve Lueck,2004). Bunlara ek olarak, tanı sonrası, kadınların yoğun bir şekilde çaresizlik ve ümitsizlik (Anderson, Kiecolt-Glaser, ve Glaser, 1994; Morris ve Haybittle, 1992; Palmer, Kagee, Coyne, ve Demichele, 2005), korku (Bitsikaa, Sharpley, ve Christi, 2010; Palmer, Kagee, Coyne, ve Demichele, 2005) ile üzüntü ve yalnızlık (Bennett, Compas, Beckjord ve Judith, 2005; Blow ve diğerleri, 2011) yaşadıkları gözlemlenmektedir.

Tanı aşamasında ve ameliyat öncesi gösterilen bu tepkilerin fiziksel sağlığı da olumsuz etkilediği yönünde bulgular bulunmaktadır. Örneğin, ameliyat öncesi gösterilen kaygı ve depresyon tepkileri ameliyat sonrası bağışıklık hücrelerinin alt sınıflarını olumsuz etkilemektedir (Tjemskand, Søreide, Matre, ve Fredrik, 1997). Yine tanı aşamasında gösterilen çaresizlik ve ümitsizliğin

kanserin tekrarlama ve ölüm riskini arttırdığı, diğer bir ifadeyle hastalık seyrini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Watson, Haviland, Greer, Davidson ve Bliss, 1999).

1.5.3.2. Lokal tedavi sürecinde psikolojik tepkiler. Meme kanseri tanısından sonra gerçekleştirilen ilk tedavi memede yerleşen tümörün alınmasını içeren ameliyattır. Ameliyat için hastaneye yatma ve ameliyata hazırlanma sürecinde kadınlar panik, çaresizlik ve korku yaşarlarken, ameliyat sonrası hastanede uyku bozuklukları, iştahsızlık ve yorgunluk yaşayabilmektedirler (Bard, 1952). Yine bu süreçte kadınlarda depresyon belirtilerinin yükseldiği görülmektedir (Sütçü, 2010).

Meme ile ilgili ameliyatlar meme koruyucu cerrahi ya da radikal mastektomiden oluşmaktadır. Ameliyat tipinin kadınlar üzerindeki etkisiyle ilgili yürütülen araştırmalar çelişkili sonuçlar göstermektedir. Bazı araştırma sonuçları memenin bir kısmının ya da tamamının alınmasının, diğer bir ifadeyle ameliyat tipinin kadınların beden imgesi ve cinsel işlevle ilgili sorunlar yaşamalarında etkili olmadığını gösterirken (Bleikera, 2000; Rowland ve diğerleri, 2000;), bazı çalışmaların sonuçları ise meme kanserli kadınlarda meme koruyucu cerrahi geçirenlerin radikal mastektomi geçirenlere oranla beden ve cinsel imajlarına yönelik tepkilerinin daha olumlu olduğunu göstermektedir (Yeo ve diğerleri, 2004). Benzer şekilde Türkiye’de de mastektomi geçirmiş kadınların beden imajı ve benlik saygısı açısından sorunlar yaşadıkları bildirilmektedir (Uçar ve Uzun, 2008). Bu bulguların aksine Cohen, Hack, Moor, Katz ve Paul (2000) ise meme koruyucu tedavi görenlerin ameliyattan 40 hafta sonra mastektomi olan kadınlardan daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadıklarını bildirmişleridir.

Ameliyat tipinin genel olarak beden imgesi ve cinsel işlevle ilgili verilen tepkilerde farklılık göstermesine karşın, Yeo ve diğerleri (2004) çalışmalarında

tepkilerin duygusal belirtiler, günlük etkinliklerin kısıtlanması veya tekrarlama korkusu açısından farklılaşmadığı bulgusuna ulaşmışlardır. Benzer şekilde, ameliyat tipinin yaşanan duygusal tepkiler ile sosyal ve rol işlevlerinin kısıtlanması açısından bir farklılık yaratmadığı öne sürülmektedir (Rowland ve diğerleri, 2000). Türkiye’de yürütülen başka bir çalışmada da yaşanan sıkıntı yönünden farklılık olmadığı görülmüştür (Özbaş, 2008).

Ayrıca Schain ve diğerleri (1983) çalışmalarında, birincil meme kanseri tedavisinde (ameliyat ve ışın tedavisi) kadınların genel olarak kaygı, tedirginlik, üzüntü, utanç ve öfke ile birlikte uyku ve yeme sorunları, cinsel ilgi kaybı ve cinsel ilişki ile ilgili sorunlar yaşadıklarını belirtmektedirler. Yine, lokal tedaviler kapsamında ele alınan ışın tedavisi sürecinde kadınlar korku, öfke, düşmanlık ve kaygı yaşamaktadırlar (Andersen ve Tewfik, 1985). Luutonen ve diğerleri de (2011) ışın tedavisi gören 276 meme kanserli kadınla yürüttükleri çalışmada, örneklem grubunun %32.1’inin depresif belirtiler ve %28.4’ünün ise çeşitli psikolojik sıkıntılar yaşadıkları bulgusuna ulaşmışlardır. Bunlara ek olarak, bu tedaviler sırasında kadınların aile ve arkadaş etkileşimleri başta olmak üzere sosyal ilişkilerinde de azalma meydana geldiği belirtilmektedir (Lam, Chan, Hung, Amy ve Fielding., 2009).

Meme cerrahisi sonrası gösterilen tepkilerdeki bu farklılıklar birkaç nedene bağlanabilir. Bunlardan ilki meme kaybının kadın kimliğiyle ilişkisinin her kadın için farklı anlam taşıdığı yönündeki çalışmalardır. Örneğin Bard (1952), bazı kadınların meme kaybını benlik saygısı çerçevesinde kadınlık kimliğine karşı bir tehdit olarak gördüklerini, bazı kadınların ise sadece koltuk altında bir boşluk olarak gördüklerini ifade etmiştir. Truelsen (2003) ise meme kaybını yaşla ilişkilendirmiş ve kadınların kimliklerinin bir parçasını kaybetme olarak gördüklerini belirtmiştir. İkinci neden olarak ise meme kanserinin evresi ve her kadın için uygulanan tedavideki farklılıklardır. Meme kanserindeki tedaviler, tümörün evresine, hastanın yaşına ve menopoz öncesi ya da sonrasında olmasına,

kanser hücrelerinin östrojen ve progesteron hormonlarına bağlı olup olmamasına ve hastanın tercihine göre değişmektedir (Ogden, 2004).

1.5.3.3. Sistematik tedaviler sürecinde psikolojik tepkiler. Genellikle lokal (birincil) tedavilerin arkasından uygulanan kemoterapiyi kadınlar çeşitli fiziksel sorunlar yaratan bir durum olarak görmektedirler. Meme kanserli kadınlar bu tedavi sırasında yorgunluk (Knobf, 1986), bulantı, iştahsızlık, enerji eksikliği, kabızlık, kusma ve baş ağrısı (Can, 2001) yaşamaktadırlar. Psikolojik açıdan ele alındığında ise kadınlar depresyon, geleceğe yönelik ümitsizlik ve nedensiz korkular (Can, 2001), kaygı (Akın, 2007; Özkorumak, Tiryaki, Arslan ve Yavuz, 2012), duygudurum bozuklukları (Gallagher, Parle ve Cairns, 2002) ve sağkalım süresiyle ilgili belirsizlik (Knobf, 1986) yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Kemoterapide hissedilen korkuların kaynağı tedaviden dolayı bireyin kendini farklı hissetmeyle ilişkili olabilmektedir. Örneğin bazı hastalar kemoterapi ilaçlarını zehire benzetmekte ve kullandıkları ilaçlara bağlı olarak bedenlerinin zarar gördüğüne inanabilmektedirler (Cukier, Gingerelli, Makari-Judson ve McCullough, 2005). Buna ek olarak, kemoterapinin yan etkilerinden olan saç dökülmesi ve kilo alımının ise kadınlarda olumsuz beden imgesi ve cinsel yaşamla ilgili olumsuz sonuçlara neden olduğu bildirilmektedir (Akın, 2007; Fobair ve diğerleri, 2006; Rogers ve Turner, 2011; Knobf, 1986; Schmid-Büchi, Halfens, Dassen ve van den Borne, 2010).

1.5.3.4. Hastaliksız geçen döneme özgü psikolojik tepkiler. Lokal ve sistematik tedavilerini tamamlayan ve hastaliksız aşamaya giren kadınlara için korku ve belirsizlik hala devam etmektedir (Hewitt ve diğerleri, 2004). Kansere ilgili öngörülen tedavilerini tamamlamalarına rağmen kadınlarda majör depresyon ve distimik bozukluklar görülmektedir (Gandubert ve diğerleri, 2009). Bunlara ek olarak ağrı, enerji kaybı, bilişsel bozulma, cinsellikle ilgili sorunlar ve kanser öncesi var olan hayatın kaybını yaşamaktadırlar (Rosedale ve Fu, 2010). Kadınlara bu aşamada, birbiriyle çelişkili gibi görünen duygularını bir arada yaşadıkları da belirtilmektedir. Örneğin Moodley (2011), tedavilerini tamamlamış meme kanserli kadınlara kanserden önceki yaşantılarıyla ilgili vicdan azabı ve suçluluk, kanseri yaşamlarından yok etmek içinse mit ve olumluya odaklanma başa çıkma stratejisini kullandıklarını gözlemiştir.

Bu aşamada, diğer aşamalardan farklı olarak, kadınlara yaşamlarını değiştiren travmatik bir deneyimin ardından bütünlük hissi kazanma ve yaşam amaçlarını yeniden kurma yönünde bir çaba içine girmektedirler. Meme kanseri tanısının ardından, yeniden yaşamla ilgili bir anlam arayışına giren ve yaşantısını tekrar değerlendiren bireyler, kanserin tekrarlama korkusunun yanı sıra mesleki planlar ya da evlilik gibi gelecekle ilgili yaşam kararlarında zorluklar yaşamaktadırlar (Committee on Cancer Survivorship, 2001). Buna ek olarak, meme kanseri ile ilgili işın tedavisi ya da kemoterapinin tamamlanması bazı hastalara için tedavinin günlük kurallarının sonu ve “mezuniyet günü” gibi görülürken, bazı hastalara için ise kansere savaşın yarım kaldığı hissiyle kaygı yaratabilmektedir (Cukier ve diğerleri, 2005).

1.5.3.5. Tekrarlama, metastaz ve ilerlemiş aşama sürecinde psikolojik tepkiler. Meme kanserine yönelik ilk tedaviler sonrasında yaklaşık %30-40 oranında tekrarlama ve metastaz oluşabilmektedir (Stewart ve diğerleri, 2001). Metastaz ve tekrarlama kadınlar için korkutucu ve ürkütücüdür. Tekrar fizyolojik ve biyolojik değerlendirmeler altına giren kadınlar için yeniden ameliyat, ışın tedavisi ya da kemoterapiyi içeren tedavi planı çıkartılmaktadır (Shockney ve Shapiro, 2009). Kaygı ve depresyon belirtileri artan kadınlarda, istenmediği halde tekrarlayan düşünce ve anıların (Turner, Turner, Kelly, Swansonc, Allison, ve Wetzig, 2005) yanı sıra duygu durum bozukluklarında da artış meydana gelmektedir (Hopwood, Howell ve Maguire, 1991).

Tablo 5.

Meme Kanserine Yönelik Tanı ve Tedavi Sürecinde Görülen Psikolojik Tepkiler ve Sonuçlar

	Tanı öncesi	Tanı Aşaması	Lokal Tedaviler	Sistemik Tedaviler
Psikolojik tepkiler	Kaygı Depresyon Tedirginlik Öfke, Korku, Terör, Kaotik hissetme, Izdırap, dehşet	Şok İnanama İnkâr Korku Depresyon Kaygı Karmaşa Öfke Çaresizlik/ümitsizlik Üzüntü Yalnızlık Tanılar: TSSB, ASB, yüksek kaygı ve depresyon	Panik Çaresizlik Korku Öfke Depresyon Kaygı Üzüntü Utanç Düşmanlık	Depresyon Ümitsizlik Korku Kaygı Endişe
	Hastalısız geçen dönem	Tekrarlama, ilerlemiş aşama		
Psikolojik tepkiler	Korku Belirsizlik Depresyon Suçluluk Ümit	Kaygı Depresyon		

Meme kanserinde tanı ve tedavi sürecinde verilen psikolojik tepkiler alanyazın taraması sonucunda Tablo 5.'de özetlenmiştir. Kadınların kanserle ilgili deneyimlerine yönelik yürütülen çalışmalar incelendiğinde, yukarıda sözü edilen psikolojik tepkilerin genel anlamda varoluş, kayıp (yas) ve kadınlık kimliği ile ilişkili olduğu gözlemlenmektedir. Varoluş insan özelliğinin geniş bir tanımıdır. Bir başka deyişle varoluş, yaşam ve ölüm, doğru ve yanlış, anlam ve yalnızlık ile utanma hakkındaki düşüncelerle ilişkilidir (Westman, Bergenmar ve Anderson,

2006). Lee (2008) genellikle kanserin ölümlü ilişkiler olduğunu ve bireyin kendi ölümlülüğü ile yüzleştiği bir olgu olarak görüldüğünü belirtmektedir. Ayrıca, kanser yaşantısında bireyin yaşam amacı ve önceliklerini değerlendirmeyi içine alan “anlam arayışı” içine girdiklerinin altını çizmektedir. Benzer şekilde Ogden (2004) aslında tanıyla birlikte dile getirilen ya da getirilmemiş olan ilk sorunun “ölecek miyim?” sorusu olduğunu belirtmektedir. Büchi (2010) ise kanser gibi hastalıkların bireyin amaçlarına ulaşmasının önünde bir tehdit olduğunu belirtmektedir. Diğer bir ifadeyle, bireyin sahip olduğu bütün amaçlar ve en önemlisi yaşamı sürdürme amacı kanser tanısı ile birlikte tehdit edilmektedir.

Westman ve diğerleri (2006) ise İsveç’te meme ve prostat kanseri tanısı almış hastaların varoluşsal düşüncelerinin neler olduğunu araştırmışlardır. Çalışma bulguları, ortaya çıkan ortak varoluşsal temaların yaşam, hastalık ve ölüm olduğunu ortaya koymuştur. Yaşam temasının altında yaşamın anlamı, Tanrı ya da yüksek güç, sağlık, iş ve ilişkiler yer alırken hastalık temasının altında kanserin nedenleri, tedavi süreci, cinsellik ve “iyi miyim değil miyim?” sorusunun yer aldığı belirtilmektedir. Ölüm temasının ise ölümlü ilgili duygular ile ölüm ve ölümden sonrası hakkındaki inançları kapsadığı vurgulanmaktadır.

Bir başka çalışmada Moodley (2011), tedavilerini tamamlamış Güney Afrikalı meme kanserli kadınların varoluşsal anlam arayışları içinde olduklarını, anlam arayışlarının ise çoğunlukla din ve tinselliğe dayandığını ve kadınların bu süreçte yaşam amaçlarını tekrar değerlendirdiklerini bildirmiştir. Yine Blow ve diğerleri (2011) tanının bireyin varlığına bir tehdit yaratmasıyla kriz yarattığını ve yaşamın anlamı, amacı ve ölümden sonrası ile ilgileri ön plana çıkarttığını vurgulamaktadır. İlgili alanyazındaki çalışmalardan da görüldüğü üzere meme kanseriyle ilgili bulgularda ortaya çıkan önemli temalardan biri tehdit olup, kanser tanısını da içine alan kronik hastalık tanısı bireyler için belirgin tehditler içermektedir. Bu tehditler: Yaşama ve fiziksel iyi-oluşa yönelik tehdit; hastalığın kendisinden, teşhis işlemlerinden ya da tedaviden kaynaklanan beden

bütünlüğüne yönelik tehdit; bağımsızlığa, özele, özerkliğe ve kontrole tehdit; yaşam amaçlarına ve gelecek planlarına yönelik tehdit; aile, arkadaşlar ve meslektaşlarla ilişkiye yönelik tehdit; tanıdık, bildik çevrede, ortamda kalabilmeye yönelik tehdit ve son olarak ekonomik iyi-oluşa yönelik tehditi içermektedir (Falvo, 2005).

Bitsikaa ve diğerlerinin (2010) çalışmalarında ise meme kanserli kadınların hastalıklarında birçok kayıp yaşadıklarını ve en önemli kayıplarının tanıdan önce yaşamlarında hoşlandıkları kaynakları kaybetmeleri olduğunu belirtmişlerdir. Görüldüğü gibi diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi kayıp hem somut hem de sembolik olarak algılanabilmektedir. Somut kayıp, beden bölümleri ve işlevini, sembolik kayıp ise güven, haz ve benlik saygısı gibi anlamlı kişisel değerleri içermektedir (Lipowski, 1983).

Meme kanserli kadınların karşılaştıkları diğer bir kayıp stresli olaylar sırasında fiziksel ve psikolojik sağlık açısından önemli olan kontrolü kaybetme duygusudur (Andersen, Kiecolt-Glaser ve Glaser, 1994; Peterson ve Stunkard, 1989). McCarthy ve Loren (1997; Akt. Rogers ve Turner, 2011), meme kanserli kadınlarda kontrolün disiplin, özgürlük, otonomi, bağımsızlık, öz-güven ve seçim yapabilme anlamlarına geldiğini vurgulamaktadırlar. Bunlara ek olarak, kontrol kaybı, kaygı ve depresyonun artmasına neden olan önemli etmenlerden biri olarak değerlendirilmektedir (Derogatis ve diğerleri, 1983). Aynı zamanda kontrol kaybı, meme kanserinde tekrarlamayı yordayan önemli değişkenlerden biridir (Pettingale, Morris, Greer ve Haybittle, 1985).

Landmark ve diğerleri (2002) ise kadınların, meme kanserini, özellikle meme kaybıyla ilişkili olarak, tüm kadınlık kimliğiyle ilişkilendiklerini belirtmişlerdir. Elde ettikleri bulgulara göre meme kanseri tanısı, kadının bedenine bakış açısında, kendini anlama biçiminde, yakın ilişkilerindeki anlayış ve deneyimlerini olumsuz yönde değiştirmektedir. Hammond (2000) benzer şekilde cerrahi müdahalenin ve saç dökülmesinin kadınların kendilik-kavramı

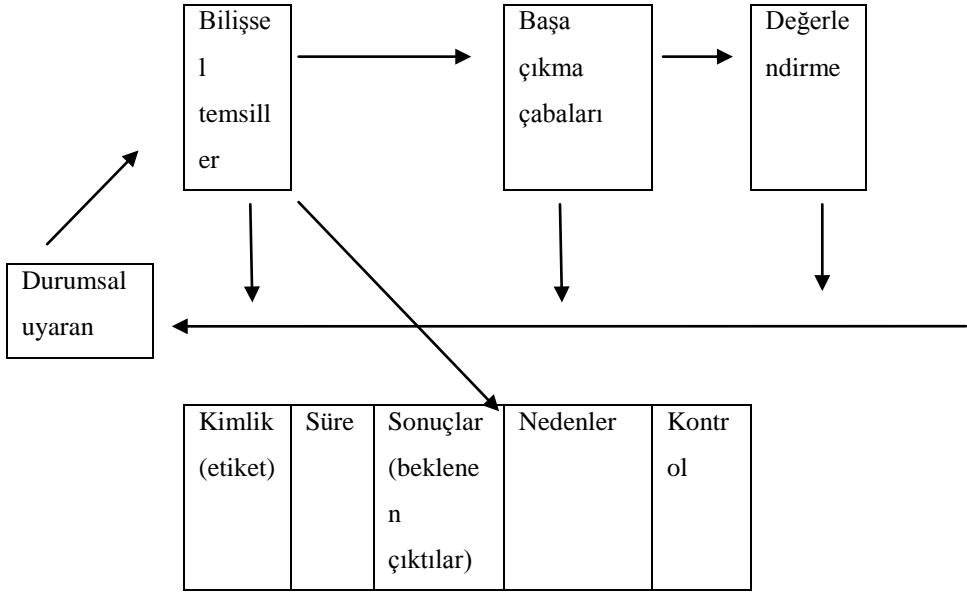
üzerinde ve en çok beden imgesi üzerine olumsuz yönde etki ettiğini bildirmektedir. Meme kanserine bağlı olarak geçirilen ameliyatlar kadının beden imgesine yönelik üç temel bileşeni etkilemektedir: Fiziksel bütünlük (bir parçasının alınması sonucunda bedenin bütün olarak hissedilememesi); bedenine odaklanma ve cinsel olarak kendini çekici hissetmeme (Faulkner ve Maguire, 1994). Uçok (2005) ise meme kanserli kadınlarla yaptığı görüşmelerde kadının bedenine odaklanmasının sosyal etkileşimlerini etkileyerek tedirginlik, yalıtım ve dolayısıyla bedenine yabancılaşma yarattığını vurgulamaktadır. Meme kanseri tedavisinin ayrıca özellikle menopoz öncesi dönemde bulunan kadınlarda menopoza ve kısırlığa neden olma olasılığı, bu kadınlar için önemli konulardan biri olarak değerlendirilen doğurganlık kimliğinin erken kaybedilmesine neden olmaktadır (Conell, 2005).

1.6. Ortak Algı Modeli (OAM)

OAM hastalık davranışlarının altında yatan süreçleri tanımlamak amacıyla Leventhal ve diğerlerinin 1960'lerden günümüze kadar yürüttükleri bir dizi deneysel, betimsel ve kuramsal çalışmalar üzerine geliştirilmiştir (Leventhal, Breland, Mora ve Leventhal, 2010). Şekil 1.'de sunulan model, genel olarak, bireyin hastalık hakkındaki bilgiyi işleme sürecindeki etmenleri ve bu bilginin hastalıkla ilişkili "sokaktaki insan" bakış açısıyla nasıl bütünleştiğini, sokaktaki insan bakış açısının başa çıkma davranışları ve hastalıkla ilgili sonuçları nasıl etkilediğini tanımlamaktadır (Hagger ve Orbell, 2003). Modele göre birey, bir sağlık tehdidiyle karşı karşıya kaldığında problemi tanımlamak ve kontrol etmek için (örneğin, önleme, iyileşme veya hastalığı yönetme) motivasyonel bir sürece girmektedir (Leventhal, Leventhal ve Contrada, 1998). Kendini düzenleme olarak tanımlanan bu motivasyonel süreç üç aşamadan oluşmaktadır. İlk aşama olarak betimlenen *algısal aşamada* sağlık tehdidini ya da hastalığın başlangıcını

anlamak için bireyler hastalıkla ilgili hem bilişsel temsil oluşturmakta hem de duygusal tepkiler vermektedirler. Hastalık temsilleri adı verilen bu algıların içerikleri *kimlik, nedenler, sonuçlar, süre ve kontrol/tedaviden* oluşmaktadır (Leventhal ve diğerleri, 2010)

Modelin ikinci aşaması olan *tepki aşamasında*, problemle başa çıkmak için, birey bu bilişleri ve duyguları yönetmeye yönelik planlar yapmakta ya da başa çıkma çabaları içine girmektedir. Bu çabalar “ortak algıyı” içeren doktora gitme, ilaç kullanma gibi sağlık davranışlarını içermektedir. Son aşama olan *değerlendirme aşaması* ise, başa çıkma aşamasının ne kadar başarılı olduğunun bireysel değerlendirmesini içermektedir. Bu değerlendirme bireyin gelecekteki bilişsel biçimlerini, duygusal tepkilerini ve başa çıkma yöntemlerini seçmesini belirleyerek geribildirim sunmaktadır (Leventhal ve diğerleri, 2010; Leventhal, Brissette ve Leventhal, 2003; Leventhal, Leventhal ve Cameron, 2001).



Şekil 1. Hastalık temsillerinin beş bileşeni. Leventhal, H., Brissette, I., and Leventhal, E. A., (2003). *The common-sense model of self-regulation in health and illness*. In L. D. Cameron ve H. Leventhal (Edt.). *The self-regulation of health and illness behaviour*, New York: Routledge, kaynağından alınmıştır.

OAM'nin üç temel sayıltısı bulunmaktadır (Leventhal ve diğerleri, 2001). Bu sayıltılardan ilki bireyin aktif problem çözücü olarak görülmesidir. Bireyler, olabilecek ya da var olan bedensel değişimleri anlamaya ve anlamlandırmaya çalışmaktadırlar ve bu değişimleri hastalığın bir işareti olarak kontrol etmek ya da kaçınmak için eylemde bulunmaktadırlar. Bu bağlamda bireyler, uyum sağlamak amacıyla problem çözme sürecine girmeleriyle kendini düzenleme becerisine sahip sistemler olarak görülmektedirler. İkinci sayıltı, uyum sürecinin ortak algı inançlarına ve değerlendirmelerine dayandırılmaktadır. Hastalık temsili, yönetmek için seçilen başa çıkma yöntemi ve sonuçların

değerlendirilmesi bireyin anlayışının ve becerilerinin bir ürünü olarak görülmektedir. Sonuç olarak, bu temsiller ve yöntemler tehdidin nesnel, biyomedikal doğasını değil öznel değerlendirmeyi yansıtmaktadır. Son sayıltı ise kendini düzenleme sürecinin şekillenmesinde sosyo-kültürel çevrenin etkisi olduğudur. Bireyin bir sağlık tehdidine yönelik temsili ve seçtiği yöntem, sosyal ve kültürel çevrenin tutum ve inançlarının bir ürünüdür. Aile, arkadaşlar, sağlık uzmanları, kitle iletişim araçları ve sosyal olarak tanımlanmış roller ve belli hastalık ve tedavileri tanımlamak ve etiketlemek için kullanılan dilsel terimler çevresel etkileri oluşturan etmenlerdir.

1.6.1. Sağlık Davranışları ve Kendini Düzenleme Kapasitesi

Sadece sağlık alanında değil öğrenme ve yönetsel davranışlar gibi birçok alanda kullanılan kendini düzenleme, sağlık psikolojisi içinde bireylerin sağlık amaçları ile bu amaçları gerçekleştirmedeki tutarsızlığı ortaya çıkarması açısından önemli bir yere sahiptir (De Ridder ve Witt, 2006). Kendini düzenleme, fiziksel ve sosyal çevre ile bireyin kimliği, amaçları ve tercihleri arasında ortaya çıkan çelişkiler karşısında, bireyin beklenti ya da isteklerini sıralamak için hızlı ve kararlı bir şekilde gerçekleştirdiği eylemler olarak tanımlanmaktadır (Hoyle, 2010). Baumeister ve Vohs (2003) ise kendini düzenlemenin benlik çatısı altında yer aldığını belirterek, benliğin kendi kendine istendik bir sonucu elde etmek için bir amaç doğrultusunda bilinçli ya da bilinçli olmadan kendi tepkilerini değiştirme kapasitesi olarak görmektedir. Boekaerts (2000) sadece eylemleri değil, kişisel amaçlara ulaşmak için planlanmış ve döngüsel olarak uyarlanmış kendi kendine üretilmiş düşünceleri, duyguları ve eylemleri içerdiğini belirtmektedir.

Kendini düzenlemenin üç bileşeni bulunmaktadır. Bunlar sırasıyla bir amaç ya da istendik durum belirleme, amaçları elde etmek için uygun davranışlarda bulunma ve amaca doğru ilerlemeyi izlemedir (Baumeister ve Vohs, 2003). Kendini düzenleme son yıllarda psikoloji alanında oldukça popüler bir yere sahip olmasına ve birçok çalışmada ele alınmasına rağmen, davranış modellerinin kendini düzenleme modeli olarak adlandırılabilmesinin üç temel kriteri bulunmaktadır: 1. Amaçların açık olması, 2. Bireyi, kendi davranışlarını şekillendirmede aktif görme ve 3. Amaç uğraşında iradeden söz edilmesidir (De Ridder ve Witt, 2006).

Scheier ve Carver (2003) kendini düzenleme modelinin temelinde yatan amaçların, aynı zamanda geribildirim döngüsünde referans noktası olduğunu vurgulamaktadır. Böylece kendini düzenlemenin önemli bileşenlerinden birinin de geribildirim ve bireyin amaçlar doğrultusunda elde ettiği sonuçları değerlendirmesi olduğu görülmektedir. Bunlara ek olarak Scheier ve Carver (2003) amaçların hiyerarşik bir yapı izlediğini belirterek, en üst düzeydeki amaca ulaşmak için oluşturulan alt amaçlar arasında bir bağlantı olduğunu öne sürmüştür. Örneğin, en üst düzeydeki amacı sağlıklı bir insan olan bir bireyin her gün spor salonuna gitmesi üst düzey amacıyla ilişkili alt amaçları oluşturmaktadır.

Kendini düzenleme çatısı altında üç yaklaşım yer almaktadır. Bunlar kontrol teorisi (Carver ve Scheier, 2011), kendini-kontrol etme kaynakları modeli (Self-Control Resources) (Bauer ve Baumeister, 2011) ve davranışsal canlandırma kuramıdır (behavioral enaction theories) (Armitage ve Conner, 2000). Bu modeller kendini-düzenleme sürecindeki farklı yönlere vurgu yapmaktadırlar ve davranışlarla ilgili genel bir yapı sunmaktadırlar. Bununla birlikte, sağlık davranışlarına yönelik ve hastalıkla ilgili geliştirilmiş tek modelin OAM olduğu bildirilmektedir. Ayrıca, OAM'nin kendini düzenleme kuramsal çatısına stres-başa çıkma kuramını bütünleştirmesiyle ve başa çıkmanın önemini

vurgulamasıyla diğer modellerden ayrıldığını belirtilmektedir (De Ridder ve Witt, 2006; Horne, 1997).

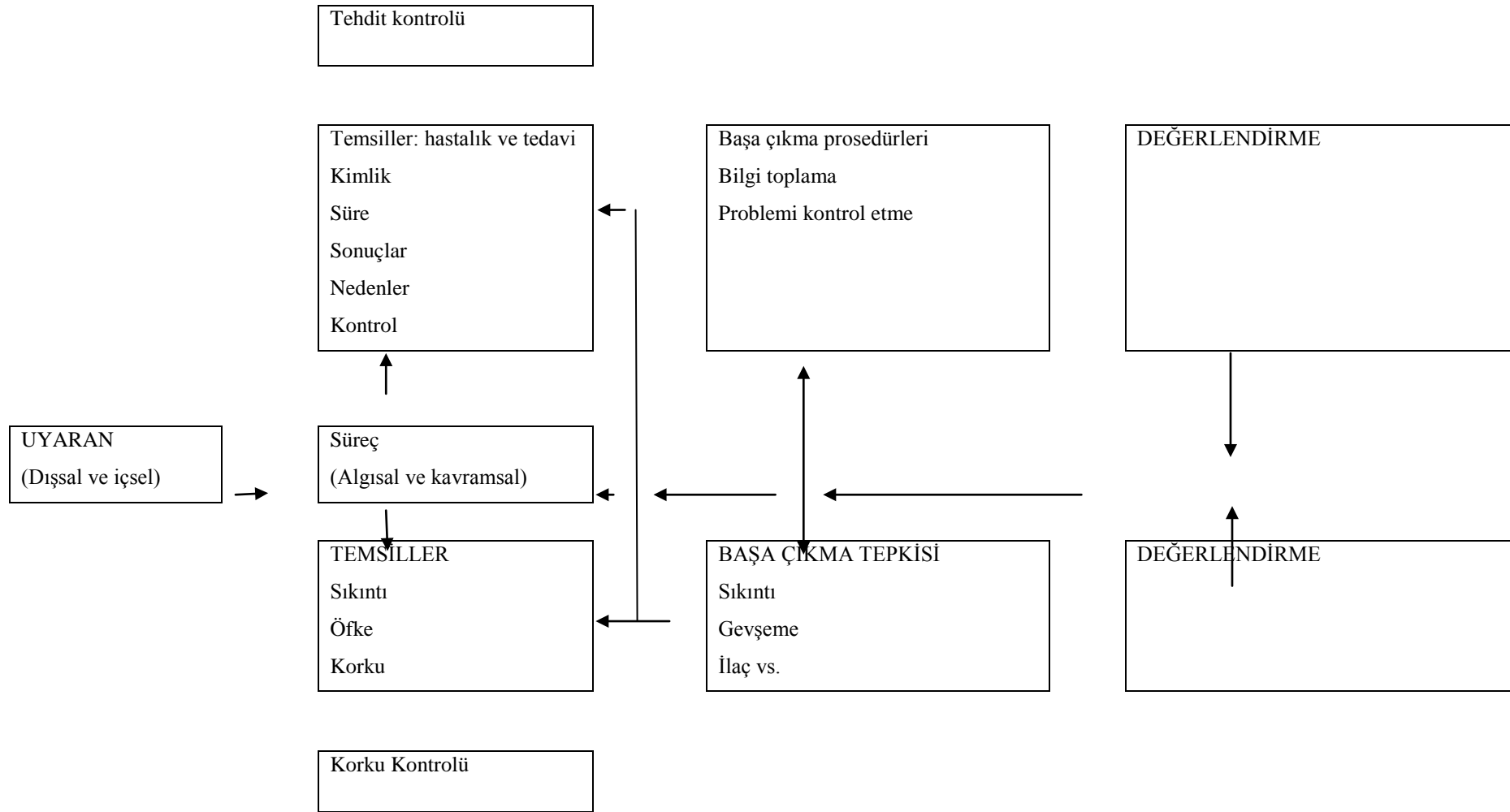
Bununla birlikte, OAM'nin kronik hastalıklara uyumunu açıklayan Lazarus ve Folkman (1984), Carver ve Scheier (2011) ve Moos ve Holahan'ın (2007) modellerine olan benzerliği göze çarpmaktadır. Tıpkı bu modellerde olduğu gibi OAM da stres-başa çıkma sürecini üç aşamayla açıklamaktadır. Bu aşamalar: (1) Eylem için motivasyonun olması ve sağlığa yönelik tehdidin değerlendirilmesi; (2) Amacı başarmak için bir başa çıkma tepkisinin seçimi; (3) Amaca doğru hareket ederken başa çıkma tepkisinin etkililiğinin değerlendirilmesi. OAM'ni sağlık davranışlarını açıklayan diğer yaklaşımlardan ve kronik hastalığı açıklayan modellerden ayıran özellikleri, tamamen sağlık ve hastalıkla ilgili davranışları açıklamak için geliştirilmiş olması ve motivasyonu ve motivasyonla eylem arasındaki bilişsel-algısal etmenlere daha ayrıntılı vurgu yapmasıdır (Leventhal ve diğerleri, 2004) Ogden (2004) de benzer şekilde, hastalıkla ilgili bilişleri ayrıntılı açıklayan modelin OAM olduğunu bildirmektedir. Bunlara ek olarak model ayrıca duygusal tepkilere neden olan hem soyut hem de somut etmenlere vurgu yapmasıyla diğer modellerden ayrılmaktadır (De Ridder ve Witt, 2006)

1.6.2. OAM'ın Gelişimi

Modelin ilk temelleri, Leventhal ve diğerlerinin 1960'lı yıllarda yürüttükleri deneysel ve kuramsal çalışmalar sonucunda oluşturdukları paralel süreç modeli üzerine kurulmuştur. İlk çalışmalarını dürtü modelinden yola çıkarak gerçekleştiren araştırmacılar, sağlık davranışlarını değiştirmeye yönelik, -örneğin sigarayı bırakma- oluşturulan korku mesajlarının -örn., kanser olma riski- bir eylem planı geliştirmeye ya da uygulamaya etkisini araştırmışlar ve öne

sürüldüğü gibi korku mesajlarının etkili olmadığını bulmuşlardır. Yürüttükleri bu çalışmalarda değişimi, bireyin sağlık tehdidine dayalı algısal ve kavramsal bir düzlemde değişen düşüncelerinin ve sağlık davranışlarına yönelik sunulan eylem planlarının (action plan) sağladığını bulmuşlardır (Leventhal ve Niles, 1964; Leventhal ve Watts, 1966).

Bu süreci bilgi işleme modeline dayalı olarak yorumlayan araştırmacılar, paralel bir sistemde uyarının yani sağlık tehdidinin, eş zamanlı olarak hem korku ve sıkıntı ile ilgili duygusal tepkiler, hem de tehdit ile ilgili bilişsel şemalar ortaya çıkardığını iddia etmişlerdir. Duygusal ve bilişsel temsiller olarak adlandırılan bu süreçler, bireyin korkuyu kontrol etmesi için motive olmasını sağlamaktadır. Birey bu süreçte ya duygusal temsilleriyle ilgili içsel yaşantısını kontrol etmek için korkuyu azaltıcı (korku kontrolü) ya da tehdidi ortadan kaldırmaya yönelik dışsal etmenleri kontrol etmeye yönelik başa çıkma yolları (tehlike kontrolü) seçmektedir (Leventhal, 1970; Bakınız Şekil 2).



Şekil 2. Paralel Süreç Modeli. Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E.A., Patrick-Miller, L. ve Robitaille, C. (1997). Illness representations: Theoretical foundations. In K. J. Petrie ve J. Weinman (Edt.). *Perceptions of health and illness*; ve Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications, *Advances in Experimental Social Psychology*, 5, 119-186 kaynaklarından uyarlanmıştır.

1.6.3. Hastalık Bilişleri

Hastalık sürecindeki önemli etkenlerden birisinin de hastalık bilişleri olduğu söylenebilir. Hastalık bilişleri bireyin sağlık tehditleri hakkında ortak algı tanımları ve hastanın hastalık ve tedavi hakkındaki anlayışı ve algısıdır (Leventhal, ve diğerleri, 1998). Araştırmalarda, hastalık bilişleri ile ilgili hasta şeması (Llewellyna, McGurkb ve Weinman, 2007), hastalık kavramı (Schussler, 1992), hastalık bilişleri (Ogden, 2007), hastalık algısı (Weinman, Petrie, Moss-Morris, ve Horne, 1996) veya sokaktaki insan temsilleri (lay representations) (Leventhal ve diğerleri, 2010) gibi eş anlamlarının kullanıldığı görülmektedir. Ayrıntılı tanım Lacroix (1991; Akt. Scharloo ve Kaptein, 1997; s. 197) tarafından yapılmıştır:

Ayrı, bilişsel yapılar olarak: (1) Objektif olarak kesin olan ya da olmayan fizyolojik ve psikolojik işlevlerin ilişkisi hakkında inanç; (2) bu inancın sürdürülmesinde duyular, belirtiler, duygular ve fiziksel sınırların demeti; (3) madde ikide tanımlanan bileşenlerin ilişkileri altında yatan mekanizmalar hakkındaki halkın bakış açısına dayalı (native) kuramı ve (4) düzeltici (corrective) eylemler için içsel ya da dışsal reçeteleri kapsamaktadır”.

Sosyal bilişsel modeller, bireylerin sağlık tehditleri karşısında kendi zihinsel temsillerini geliştirdikleri ve bu bilişlerin başa çıkma tepkileriyle sonuçların değerlendirmesinde kriter oluşturduğunu iddia etmektedir. Bireylerin geliştirdikleri bu bilişler sokaktaki insanın bakış açısını yansıtmaktadır (Kaptein ve Broadbent, 2007). Böylece hastalık bilişleri hastalığın şiddeti, ilerleyişi, tedavinin uygunluğu gibi gerçek özelliklerinden ayrılmakta ve bireyin hastalığına verdiği duygusal ve davranışsal tepkilerde belirleyici olmaktadır (Ditto, Jemmot ve Darley, 1988).

Sağlık psikolojisi alanında hastalık bilişlerinin dışında sağlık bilişleri ile ilgili de çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Bununla birlikte sağlık bilişleri ile hastalık bilişleri birbirlerinden farklı olarak ele alınmaktadır. Sağlık bilişleri sağlık ile ilgili inanç ve bilgiyi içermektedir. Sağlığa uygun davranışların değerlendirilmesini, bu davranışların sonuçları ile ilgili beklentileri, bu davranışları uygulamanın sosyal olarak kabul görmesi ya da görmemesiyle ilgili algısını vebaşklarının davranışları hakkındaki algıyı içermektedir (McMillan ve Conner, 2007).

Hastalık bilişlerine yönelik ilk tanımlamalar, antropolog ve psikiyatrist olan Kleinman'ın batılı olmayan toplumlar üzerinde yürüttüğü incelemeler sonucunda oluşturduğu kategorilere dayanmaktadır. Kleinman çalışmalarında insanların sağlık ve hastalığı nasıl anladıkları ve anlamlandırdıklarını (make sense) araştırmış ve hastalık bilişlerinin etiyoloji, belirtilerin başlangıcı, hastalığın seyri, hastalığa neden olan fiziksel ve biyokimyasal fonksiyonlardaki bozukluklar (patofizyoloji) ve tedavi kategorilerden oluştuğunu bildirmiştir (Kaptein ve Broadbent, 2007; Kleinman ve Mendelson, 1978). Evers ve diğerleri (2001) ise kronik hastalıklarda üç hastalık bilişi olduğunu belirtmektedir. Bunlardan çaresizlik, hastalığa verilen anlamının itici (aversive) yönünün nasıl vurgulandığını; kabul, itici anlamı azaltma biçimini ve algılanan yarar, hastalığa olumlu bir anlam ekleme biçimini ifade etmektedir.

Hastalık bilişleri ile ilgili yürütülen diğer çalışmaların tek boyutu ya da belli hastalıklara yönelik bilişleri içerdiği görülmektedir. Örneğin, Çok Yönlü Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği (Multidimensional Health Locus of Control Scale) (Wallston, Wallston ve DeVellis, 1978) kontrol algısını, Ağrı İnançları ve Algıları Envanteri (Pain Beliefs and Perceptions Inventory) (Williams ve Thron, 1989) ise ağrı ile ilgili nedenleri ve süre algısını ölçmektedir.

1.6.4. Hastalık Temsilleri

Hastalıkların gelişim sürecinde ve iyileşmede önemli etkenlerden birisi olan hastalık bilişleri kavramı yerine zaman içinde hastalık temsilleri terimi kullanılmaya başlanmıştır. OAM'ın temel önermesi ve sağlık psikolojisi içindeki en büyük katkısı bireyin hastalığı ile algısı ya da hastalık bilişlerinin içeriğinin açıklanması olmuştur. Kleinman ve Mendelson'un (1978) çalışmalarını temel alan bu çalışmalarda hastalık bilişlerine "hastalık temsilleri" adı verildiği görülmektedir (Leventhal ve diğerleri, 2003). Uzun süreli belleğe depolanmış hastalık inançlarına temsiller denmektedir ve hastalığın zihinsel modeli olarak görülmektedir (Albery ve Munafó, 2008). Hastalık temsilleri, hastalıklara anlam vermek ve anlamak (make sense) için oluşturulmuş bilişsel yapılardır. Oluşturulan bu bakış açısının üç kaynağı bulunmaktadır. Birincisi, bireyin daha önce sosyal iletişimlerden ve hastalık hakkındaki oluşan kültürel bilgilerden oluşturduğu bilgilerden, diğer ifadeyle sokaktaki insanın bilgisinden oluşmaktadır. İkincisi, önemli olarak algılanan sosyal çevreden ya da otoritelerden, örneğin dokordan, alınan bilgiden ve üçüncü kaynak ise hastalığın güncel deneyimlerinden oluşmaktadır. Güncel deneyimler hastalıkla ilgili güncel algıya dayalı bedensel belirtilerden oluşan bilgilerden oluşmaktadır (Hagger ve Orbell, 2003).

Kronik hastalığı olan bireylerle hem açık-kapalı görüşmeleri içeren nitel araştırma yöntemleriyle hem de temsillerin altında yatan çok boyutlu yapıyı belirlemeye yönelik ölçme araçlarıyla yürütülen nicel araştırma yöntemleriyle, hastalık temsillerinin kimlik, nedenler, sonuçlar, süre ve kontrol/tedaviden oluşan beş bileşeni olduğu gözlenmiştir (Lau ve Hartman, 1989; Lau ve Hartman, 1983; Nerenz, Leventhal ve Love, 1982; Weinman, Petrie, Moss-Morris ve Horne, 1996). Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne ve Cameron (2002) tarafından daha

sonra yürütülen çalışmalarda hastalık temsilleri boyutlarına tutarlılık ve paralel süreç modeline uygun olarak duygusal temsil boyutu eklenmiştir

Diğer yandan, hastalık temsillerinin içeriklerini belirlemeye yönelik ilk çalışmalarda *kimlik* alt boyutuna ait bilgiler elde edilmiştir (Bishop ve Converse, 1986; Johnson ve Leventhal, 1974; Lau, Bernard ve Hartman, 1989; Lau ve Hartman, 1983; Meyer, Leventhal ve Gutmann, 1985). *Kimlik* genel olarak hastalığın adı ya da etiketi ve tehdidi temsil eden kavramsal cümledir (Leventhal ve diğerleri, 2005). Hastalık etiketlerle (ör. kanser), somut işaretlerle (fiziksel bozulma) ya da somut hastalık belirtileri (ör., ağrı) ile tanımlanabilmektedir (Kaptein ve diğerleri, 2003, 2003).

Hastalık temsilleriyle ilgili yürütülen ilk çalışmalarda *kimlik* boyutu tanımlanırken ayrıca, hastalık temsillerinin *çift yönlü* (bi-level) kodlar şeklinde temsil edildiği iddia edilmiştir. Temsillerin hem soyut dilsel *kodlardan* ve hem de somut *algısal deneyimlerden* oluştuğu görülmüştür. Örneğin, hipertansiyon tedavisi gören hastalarla yürütülen çalışmada katılımcılara “insanlar tansiyonlarının yükseldiğini söyleyebilirler mi” sorusu yöneltilmiştir. Katılımcıların %90’ını tansiyonlarının yükseldiğini, hissedecekleri belirtilere göre söyleyebileceklerini bildirmişlerdir. Daha sonra aynı katılımcılar tıbbi verilere dayanarak tansiyonları yükseldiğinde hissedemeyecekleri bilgisine de sahip olduklarını söylemişlerdir (Meyer, Leventhal ve Gutmann, 1985). Bu veriler yüksek tansiyonu olan hastaların durumlarıyla ilgili *çift yönlü* temsilleri olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Biri belirtilerden oluşanı yüz kızarması, baş ağrısı gibi somut deneyimler, diğeri ise etiketi içeren “yüksek tansiyon belirti vermez” gibi soyut semantik bilgidir. Kanser hastaları (Nerenz ve diğerleri, 1982) ve grip olan hastalarla yürütülen çalışmalarda da (Lau ve Hartman, 1983) benzer şekilde hastalık belirtileri ve hastalık etiketlerinin hastalık temsillerinin ana bileşeni olduğu gözlenmiştir.

Bunlara ek olarak somut algısal (belirtiler) ve soyut anlamsal temsiller (etiket) arasında bir bağlantı olduğu bildirilmiştir. Temsillerin somut ve soyut düzeyleri arasında bir baskı olduğunu ileri süren kuramcılar buna *simetri kuralı* adını vermişlerdir. Bu kurala göre yaşanan belirtilere yönelik bireylerin bir hastalık etiketi buldukları ve verilen bir etiketle ilişkili belirtileri tanımlama ihtiyacı içinde olduklarını belirtmişlerdir. (Leventhal, Benyamini, Brownlee, Diefenbach ve Leventhal, 1997). Kişi somatik bir belirti hissettiğinde (somut kod) semantik bellekte bu belirtilere uygun tanı ya da etiket verecek soyut bir bilgi aramaktadır (Hagger ve Orbell, 2003). Benzer şekilde bir hastalık tanısı alındığında da (etiket) birey bu tanıyla ilgili belirtileri (algısal somut bilgi) anlamaya veya bulmaya çalışmaktadır. Örneğin, memesinde kitle hissedenden kadın bunu meme kanseri ile ilişkilendirmeye çalışacaktır. Bu çalışmalara ek olarak miyokard enfarktüsü, kronik yorgunluk sendromu, romatoid artrit, diyabet, kronik ağrı, astım, multipl skleroz ve HIV gibi kronik hastalığı olan bireylerle yürütülen ölçek geliştirme çalışmasında da kimlik boyutunun hastalıklarla ilgili belli belirtileri ölçtüğü görülmüştür (Moss-Morris ve diğerleri, 2002; Weinman ve diğerleri, 1996).

Kronik hastalığı olan bireylerde *kimlik* alt boyutunda belirtileri yüksek algılamının hastalıkla ilgili fiziksel, psikolojik ve sosyal sonuçları olumsuz etkilediği görülmektedir. Yüksek hastalık kimliği (etiketi), alerji hastalarında ve romatoid artritli kadınlarda kaygı, depresyon ve psikiyatrik hastalık belirtilerinde artışa (Groarke ve diğerleri, 2005; Vaughan, Morrison ve Miller, 2003); MS, romatoid artrit, alerji, baş boyun kanseri, kronik yorgunluk ve Addison hastalığı olanlarda, fiziksel işlevsellikte bozulmalara, genel sağlık algısında düşme ve fiziksel belirtilerde artışa (Heijmans ve de Ridder, 1998; Groarke, Curtis, Clan ve Gsel, 2005; Knibb ve L.Horton, 2008; Scharloo ve diğerleri, 2005; Vaughan ve diğerleri, 2003); Böbrek yetmezliği ve alopesi (saç dökülmesi) hastalığı olanlarda düşük yaşam kalitesine (Cartwright, Edean ve Porter, 2009; Griva ve diğerleri,

2009); Alerji, kronik yorgunluk ve Addison hastalığında sosyal işlev ve sosyal rol algılarında düşmeye neden olmaktadır (Heijmans ve De Ridder, 1998; Knibb ve Horton, 2008).

Hastalık ortaya çıktığında birey bu hastalığın neden ortaya çıktığına dair açıklamalar yapmaktadır. *Nedenler*, bireyin hastalığın gelişimine nelerin neden olduğu ile ilgili algısını içermektedir (Diefenbach ve Leventhal, 1996; Kaptein ve diğerleri, 2003). Hagger ve Orbel (2003) meta analiz çalışmasında algılanan nedenlerin biyolojik (virüs, bağışıklık sistemi), duygusal (stres, depresyon), çevresel (kimyasallar, hava kirliliği) ve psikolojik (çok çalışma, kişilik) olarak gruplanabileceğini belirtmişlerdir. Meyer, Leventhal ve Gutman (1985) yüksek tansiyon hastalarının hastalıklarının nedenlerini kalıtıma, yeme/içme alışkanlıklarına, ev ve iş ortamlarına bağladıklarını, Heijmans ve de Ridder (1998) ise dışsal nedenlere ve dayanma gücüne (vitality) bağladıklarını bulmuşlardır.

Birey, diğer yandan kendi hastalığının sonuçları ile ilgili bir algıya da sahiptir. *Sonuçlar*, hastalığın fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sonuçlarıyla ilgili algıyı içermektedir. Bu algının içeriğinde hastalığın fiziksel etkileri ve fiziksel değişimlerin günlük yaşamı nasıl etkileyeceği ile ilgili algı ve hastalığın kısa ve uzun süreli etkileri yer almaktadır (Leventhal ve diğerleri, 2005; Kaptein ve diğerleri, 2003). Ciddi sonuçları olacağına inanma, kronik hastalığı olan bireylerde psikiyatrik hastalıkların, kaygı ve depresyon belirtilerinin artmasına neden olabilmektedir (Groarke ve diğerleri, 2005; Knibb ve Horton, 2008; Vaughan ve diğerleri, 2003). Ayrıca, düşük yaşam kalitesine (Cartwright ve diğerleri, 2009; Vaughan, Morrison ve Miller, 2003), fiziksel işlevde ve ağrı belirtilerinde artışa (Carlisle, John, Fife-Schaw ve Loyd, 2005) ve jinekolojik kanserli kadınlarda ise ciddi sonuçları olacağına inanma düşük uyuma da (Gould ve diğerleri, 2010) neden olmaktadır.

Süre ya da zamana ait özellikler ise hastalığın başlangıç zamanını, hastalığın süresini ve hastalık seyriyle ilgili algıyı içermektedir (Heijmans ve de Ridder, 1998). Zamana ait algı hem öznel hem de saat ya da takvimle objektif olarak değerlendirilebilmektedir (Leventhal ve diğerleri, 1998; Leventhal ve diğerleri, 2004; Leventhal ve diğerleri, 2010). Ayrıca, hastalığın akut, epizodik/döngüsel olduğuna dair algıyı da içermektedir (Kaptein ve diğerleri, 2003). Örneğin, Meyer, Leventhal ve Gutmann (1985) çalışmalarında yer alan 230 hipertansiyon hastasından %24'ünün hastalıklarını akut, %32'sinin döngüsel ve %43'ünün kronik olarak algıladıklarını bulmuşlardır.

Hastalığın uzun süreli ve kronik olacağına inanma romatoid artritli kadınlarda yetersizliğe (Carlisle ve diğerleri, 2005), MS hastalarında fiziksel işlevde bozulmalara (Vaughan ve diğerleri, 2003), alerji hastalarında somatik belirtilerin artmasına, depresyona ve uykusuzluğa neden olmaktadır (Knibb ve Horton, 2008). Hastalığı döngüsel olarak algılamının, baş ve boyun kanserli hastalarda düşük rol işlevine (Scharloo ve diğerleri 2005) ve jinekolojik kanserli kadınlarda düşük uyuma neden olduğu bildirilmektedir (Gould ve diğerleri, 2010).

Kontrol/tedavi temsili ise bireyin hastalığın iyileşmesinde ve hastalık seyrinde kişisel ya da tıbbi tedavinin etkisiyle ilgili algıyı içermektedir (Scharloo ve Kaptein, 1997). Kronik hastalıklarda kişisel kontrol ya da tedavinin hastalığı kontrol edebileceği inancı algılanan ağrı düzeyinde azalmaya (Carlisle ve diğerleri, 2005), yüksek benlik saygısına (Vaughan ve diğerleri, 2003), depresyon ve kaygı belirtilerinin düşüklüğüne (Groarke ve diğerleri, 2005) ve sosyal işlevde artışa neden olmaktadır (Heijmans ve de Ridder, 1998). Benzer şekilde kanserli hastalarda da genel uyumu olumlu yönde açıkladığı bildirilmektedir (Gould ve diğerleri, 2010).

Duygusal temsiller, hastalığa verilen duygusal tepkileri içermektedir (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne ve Cameron, 2002). Yüksek düzeyde duygusal tepki düşük yaşam kalitesine (Cartwright, Endean ve Porter, 2009), kanserde sosyal işlevin azalmasına (Scharloo ve diğerleri, 2005), kaygı, uykusuzluk, depresyon ve algılanan stresin artmasına (Knibb ve Horton, 2008) neden olmaktadır. *Hastalık tutarlılığı* ise bireylerin hastalıklarını ne kadar anladıklarını ya da anlamadıklarını ölçmektedir (Moss-Morris ve diğerleri, 2002). Tutarlığın düşük olması kronik hastalıklarda özellikle kanserde düşük uyuma neden olan algılardan biridir (Gould ve diğerleri, 2010). Özetle, kronik hastalıklarda düşük uyum ve düşük psikolojik/fiziksel işlevsellik, yüksek hastalık kimliği diğer bir ifadeyle belirtileri yüksek algılamayla, hastalığın ciddi sonuçları olacağına inanmayla, kronik/döngüsel olarak algılamayla, tutarlığının az olmasıyla ve duygusal tepkilerinin yüksekliği ile ilişkilidir. Bununla birlikte, yüksek uyum ve psikolojik/fiziksel işlevselliğin hastalığın kontrol edilebilirliği ya da tedavi edilebilirliği ile ilişkili olduğu söylenebilir.

1.6.4.1. Hastalık temsilleri ve meme kanseri. Buick (1997) Yeni Zelanda'da ışın tedavisi ve kemoterapi gören meme kanserli kadınların hastalık temsil düzeylerini belirlemiştir. Elde edilen sonuçlara göre, kemoterapi gören kadınlar hastalığın nedenlerini daha çok kendilerine, çevresel etmenlere ve meme dokularına yüklerken, ışın tedavisi gören kadınların şansa, genlere ve başka hastalıklara yüklemişlerdir. Işın tedavisi gören kadınlar kimlik, süre, sonuçlar alt boyutlarında düşük puanlar alırken, kontrol boyutunda yüksek puan aldıkları görülmektedir. Diğer bir ifadeyle ışın tedavisi gören kadınlar daha fazla belirti hissetmekte, sürenin daha uzun olacağına ve daha olumsuz sonuçlar oluşacağına inanmakta ve hastalıklarının kontrol edilebilirliğine olan inançları düşük seyretmektedir. Kemoterapi gören meme kanserli kadınlar ise hastalık belirtilerini daha az algılamakta, hastalığın süresini daha kısa görmekte, hastalığın

sonuçlarının olumsuz olmayacağına ve hastalıklarının kontrol edilebileceğine inanmaktadırlar. Buick ve Petrie (2002) sağlıklı kadınlar ile ameliyat sonrası tedavi gören meme kanserli kadınların tedaviye ilişkin algılarını karşılaştırmışlardır. Sağlıklı kadınlarla, tedavi gören kadınların meme kanserine yönelik farklı algılarının olduğunu gözlemişlerdir. Sağlıklı kadınlar tedavi gören kadınlara göre meme kanserinin sonuçlarını daha şiddetli, bedensel belirtilerin sayısını daha fazla, tedaviyi hastalığı kontrol etmede daha düşük ve hastalığın süresini daha uzun algılamışlardır.

Costanzo, Lutgendorf ve Roeder (2011) ise kemoterapi ve ışın tedavisini tamamlayan 79 kadınla yürüttüğü çalışmada, üç hafta ve üç ay sonra hastalıklarına yönelik orta düzey kontrollerinin olduğunu, hastalığı akut olarak algıladıklarını ve hastalığa dair sonuç algılarının orta düzeyde olduğunu bulmuşlardır. Hastalıklarının nedenlerinin ise diyet ve yeme alışkanlıklarına, egzersiz yapmamaya, alkol kullanmaya ve stres ve endişeden kaynaklandığına inandıklarını belirtmişlerdir. Meme kanserli kadınların geliştirdikleri bu inançların sağkalım süresinde davranış değişimlerine etkisi olduğunu vurgulayan araştırmacılar, hastalıkları üzerinde daha fazla kontrol edildiğine inanların yağ tüketimini azalttıklarını bulmuşlardır. Ayrıca üç ay sonra hastalıklarının stresten kaynaklandığına inanların, stresten kaçınmacı davranışlarda bulduklarını ve meyve tüketimini arttırdıklarını bulmuşlardır. Bununla birlikte, hastalığı akut ya da kronik algılamının davranış değişikliğiyle ilişkili olmadığı bulgusunu elde edilmiştir.

Meme kanserli hastaların da yer aldığı 206 Yunanlı kanserli hastayla yürütülen çalışmada, hastalık sonuçları ile duygusal temsillerin benzer algılandığı ve hastalık nedenlerini psikolojik yüklemelere, davranışsal ve dışsal etmenlere bağlandığı bulunmuştur (Giannousi, Manaras, Georgoulas ve Samonis, 2011). Hernandez (2010) Meksikalı Amerikalılarla yürüttüğü çalışmada en çok bildirilen

belirtilerin meme kanseri ile ilişkili belirtiler olduğu, baş ağrısı ya da baş dönmesi gibi başka hastalıklarla ilişkili belirtilerin algılanmadığını bulmuştur. Ayrıca, kadınların hastalığın kişisel ya da tıbbi olarak kontrol edilebileceğine inandıklarını, hastalığın nedenlerini kalıtıma yüklediklerini ve daha ciddi sonuçlar olacağını, meme kanseri süresini akut ve döngüsel olarak, meme kanseri hastalığını tutarlı bir şekilde algıladıklarını bulmuşlardır.

1.6.5. Başa Çıkma

Kronik hastalıklar ve tedavisi bireyi acı, huzursuzluk, yoksunluk, çaresizlik, belirsizlik ve dışlanma gibi sonuçlarla karşı karşıya bırakmaktadır (Sharoff, 2004). Ayrıca kronik bir hastalıkla yaşamak, hastalık gerekliliklerini yerine getirirken yeni becerilerin öğrenilmesini ve yeni günlük yaşam biçimine uyumu gerektirmektedir. Örneğin, hastaların, hastalıkla ilgili belirtilere ve tıbbi müdahalelerin gerekliliklerine, sağlık çalışanlarıyla yakın ve sosyal ilişki kurma ve çalışma işbirliği geliştirmeye, değişen aile içinde rollere, sosyal ve eğlenceli aktivitelerin kısıtlanmasına uyum göstermeleri gerekmektedir. Başa çıkma, aniden ya da aşamalı olarak başlayan kronik hastalıklarda psiko-sosyal uyum sürecini açıklamada önemli bir role sahiptir (Livneh, 2002).

Bununla birlikte başa çıkma sadece kronik hastalıklarda değil, diğer stresli yaşam olaylarını yönetme biçimi olarak da görülmekte (Lazarus ve Folkman, 1984) ve psikolojide uyum sürecini kavramlaştırmak ve açıklamak için bir model oluşturmaktadır (Moos ve Holahan, 2007). Başa çıkma ile ilgili ilk çalışmalar Sigmund Freud ve Anna Freud'un savunma mekanizmalarıyla ilgili çalışmalarına kadar uzanmakla birlikte (Lazarus, 1999; Livneh ve Martz, 2007), ancak 1970'lerden sonra formel olarak tanımlanmaya başladığı görülmektedir. Başa çıkma ile ilgili kavramlaştırmaların iki kategoride ele alındığı

görülmektedir. Bu kategorilerin oluşmasında başa çıkma tepkilerini birincil olarak neyin belirlediği göz önüne alınmaktadır. Bu kategorilerden ilki yatkinlık (dispositional) diğer adıyla özellik (trait-like) yaklaşımlarıdır. Bu yaklaşımlarda kişiye bağlı etmenlerin başa çıkma davranışlarını seçmede temel oluşturduğu vurgulanmaktadır. Bu anlamda kişi-temelli yaklaşımlar olarak da adlandırılmaktadırlar (Aldwin, 2007)

Yatkinlık yaklaşımlarında, kişilik özelliklerinin stresle başa çıkmada belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (Aldwin, 2007). Ego psikolojisine dayanan bu yaklaşımlarının temelinde, ego süreçlerinin bilinçdışı bilişsel mekanizmalar olarak gerçekliği çarpıtarak savunmaya geçmeyi sağladığı ve gerginliği azalttığı iddia edilmektedir. Bu yaklaşıma göre bireyler çatışmayla başa çıkmak için değişmeyen savunma ve başa çıkma stilleri geliştirmektedirler (Holahan, Moos ve Schaefer, 1996). Bu bağlamda başa çıkma Psikanalitik yönelimli olarak ego sürecinin bir parçası olarak görülmüş ve bireylerin kaynaklarının zorlukların üstesinden gelme çabaları olarak tanımlanmıştır (Haan 1977; Akt. Radnitz ve Tiersky 2007).

Bağlamsal (contextual) ya da süreç (process) yönelimli olarak adlandırılan yaklaşımlar ise başa çıkmayla ilgili ikinci kavramlaştırma kategorisidir. Bu yaklaşımda durumlara özgü etkileşimsel (transitory) etmenlerin başa çıkma tepkilerinin seçimini şekillendirdiğine vurgu yapılmaktadır (Holahan ve diğerleri, 1996). Lazarus ve Folkman'ın (1984) stres ve başa çıkma ile ilgili kavramsal analiz çalışmaları bu sınıflandırma içinde yer almaktadır. Başa çıkma alan yazınında en çok kullanılan ve temel olarak alınan bir modeldir (Carver, Scheier ve Weintraub, 1989).

Lazarus ve Folkman'ın (1984) başa çıkmayla ilgili modelleri stresle ilgili çalışmalarına dayanmaktadır. Stresi bir uyarıcı ya da tepki olarak incelemek

yerine stresin hangi durumlarda bir uyaran ya da tepki olduğunu araştırmışlardır. Bu bağlamda stresin kişisel özellikler ve çevresel olayların doğası arasındaki karşılıklı ilişki içinde ele alınması gerektiğini vurgulamışlardır. Kişi ve çevre arasındaki bu ilişkide, önemli noktanın, kişinin çevresel durumların kendi kaynaklarını zorladığı ya da aştığını ve iyilik-halinin tehlikeye girdiğini değerlendirmesinin olduğunu belirtmişlerdir. Bu bağlamda, çevre ve kişi arasındaki etkileşimde iki önemli sürecin olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu süreçleri bilişsel değerlendirme ve başa çıkma olarak belirlemişlerdir (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis ve Gruen, 1986; Lazarus, 1999; Lazarus ve Folkman, 1984) .

İlk süreç olan bilişsel değerlendirme, yargısal (evaluative) bilişsel bir süreç olarak, kişi ve çevre arasında belirli bir etkileşimin ya da bir dizi etkileşimlerin neden ve ne ölçüde stresli olduğunun belirlenmesini içermektedir. Bireyin öznel yorumuna dayanan bilişsel değerlendirmelerin temel üç biçimi bulunmaktadır. Bunlar birincil değerlendirme, ikincil değerlendirme ve yeniden değerlendirmedir. Birincil değerlendirmede kişi etkileşimi uygun olmayan (irrelevant), iyi huylu-olumlu (benign-pozitif) ya da stresli olmak üzere üç şekilde değerlendirebilmektedir. Bireyin etkileşimi uygunsuz olarak değerlendirmesi kişinin iyilik-haline her hangi bir etkisinin olmayacağı inancını göstermektedir. Birey bu etkileşimde ne kayıp ne de kazanç sağlamayacağı için olası sonuçlara yatırım yapmamaktadır. Etkileşimin iyi huylu-olumlu değerlendirmesinde elde edilecek sonucun iyilik-halini güçlendireceği inancı yatmaktadır. Son olarak, eğer birey etkileşimi stresli olarak değerlendirmişse birey hali hazırda bir zarar/kayıp yaşamıştır ya da zarar yaşayabileceğine dair bir tehdit algısı vardır veya belli zorlayıcılarla karşı karşıya kalmıştır (Lazarus, 1993; Lazarus, 1999).

İkincil değerlendirme durumuyla başa çıkmak için ne yapılabileceği ya da yapılması gerektiği ile ilgili yargıyı içermektedir. Bu anlamda başa çıkma

seçeneğinin yapılmak isteneni tamamen karşılayıp karşılamayacağı, etkili uygulanıp uygulanmayacağı ve sonuçlarının ne olacağı değerlendirilmektedir. Tekrar değerlendirme ise çevreden ve/veya kişiden yeni bir bilgiye dayalı ve önceki değerlendirmeyi takip eden dönüşmüş bir değerlendirmedir (Lazarus, 1984)

Çevre ve birey arasındaki etkileşim sürecine aracılık eden diğer bir etmen başa çıkmadır. Başa çıkma: “ Kişinin kaynaklarını tüketen ya da aşan, dışsal ya da içsel talepleri yönetmek için kullanılan ve sürekli değişen özgün bilişsel ve davranışsal çabalar” olarak tanımlamaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984, s. 141). Bu tanım başa çıkmanın temel bileşenlerini de ortaya koyması açısından önemlidir. İlk olarak, başa çıkmanın sürekli değişen ve özgün çabalar olarak ifade edilmesi, başa çıkmanın süreç-yönelimli olduğunu göstermektedir. Başa çıkma süreç yönelimli olarak üç önemli özelliğe sahiptir. Birincisi, bireyin genellikle ne yaptığı değil gerçekten ne yaptığı ya da düşündüğünü kapsamaktadır. İkincisi bireyin gerçekte ne yaptığı ya da düşündüğü bağlamlara göre değişmektedir. Üçüncüsü ise başa çıkma davranışları ve düşüncelerinde meydana gelen sürekli değişimdir. Diğer bir ifadeyle birey bazen bir çeşit başa çıkma kullanırken, başka bir zaman farklı başa çıkma yöntemi kullanmaktadır. Birey-çevre ilişkisindeki yer değiştirmeler sürekli değerlendirme ve tekrar değerlendirmeyi içermektedir.

Tanımın ikinci bölümü olan kişinin kaynaklarını tüketen ya da zorlayan talepler, başa çıkmayla otomatik uyum (adaptive) davranışlarının farklılığını ortaya koymakta ve başa çıkmayı psikolojik stresle sınırlamaktadır. Böylece otomatik olan ve çaba gerektirmeyen çaba ve davranışlardan ayrılmaktadır. Üçü bölüm, çıktı ile başa çıkma arasındaki farkı ortaya koymaktadır. Buna göre başa çıkma iyi ya da kötü işlediğine bakılmaksızın yaptığı ya da düşündüğü çabalar olarak görülmektedir. Son olarak ise başa çıkma hakim olmayı (master) değil

küçültme, kaçınma, tolere etme, stresli durumu kabullenmeyi ve çevreye hâkim olmayı içeren yönetmeyi vurgulamaktadır. (Lazarus, 1999). Başa çıkmanın iki önemli işlevi bulunmaktadır. Bunlardan birincisi sıkıntıya neden olan problemi değiştirmeye ya da yönetmeye yönelmiş *problem-odaklı başa çıkmadır*. İkincisi ise probleme yönelmiş duygusal tepkilerin düzenlenmesini içeren *duygu-odaklı başa çıkmadır*. Duygu-odaklı başa çıkma genellikle zararlı, tehdit edici ya da meydan okuyucu çevreye yapılabilecek herhangi bir şey olmadığına dair değerlendirmelerden meydana gelirken, problem-odaklı başa çıkma durumların değiştirmeye uygun olduğuna dair değerlendirildiğinde ortaya çıkmaktadır (Folkman ve diğerleri, 1986).

Folkman ve Lazarus'a (1980) göre başa çıkma çabaları stres ile ilgili birincil ve ikincil değerlendirmelere verilen tepkilerdir. Bununla birlikte her etkileşimde değerlendirme ve başa çıkma birbirini etkilemektedir. Örneğin, zarar/kayıp, tehdit ya da zorlayıcı olarak değerlendirmeler başa çıkma çabalarını uyarmaktadır. Birey ya birey-çevre ilişkisinde ilişkinin kendisini değiştirerek problem-odaklı başa çıkmaya ya da duygusal sıkıntıyı düzenlemeyi içeren duygu-odaklı başa çıkmaya yönelmektedir. Değişen bu ilişki yeni değerlendirmeler ortaya çıkarmakta ve daha sonra bir sonraki başa çıkmayı değiştirmektedir. Başa çıkma ve değerlendirmenin karşılıklı olarak birbirlerinin belirleyicileri olduğu ve aralarında dinamik bir ilişki olduğu görülmektedir.

1.6.5.1. Başa çıkma stratejileri. Başa çıkma ile ilgili alan yazında başa çıkma stratejilerinin yatkınlık (dispositional) ya da bağlamsal yaklaşıma dayalı olup olmadığına göre değiştiği görülmektedir. Yatkınlık yönelimli olarak yürütülen çalışmalarda belli başa çıkma stratejilerinin her duruma genellenebileceği vurgulanmıştır. Bu anlamda Carver, Scheier ve Weintraub (1989) başa çıkmayı 15 boyut üzerinden tanımlamıştır. Daha sonra Carver ve

diğerleri (1997) tarafından Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Kısa Formu geliştirilmiş ve başa çıkma on dört boyut üzerinden tanımlanmıştır. Bunlardan *aktif başa çıkma*, stresi ya da etkilerini ortadan kaldırmaya yönelik adım atma sürecini; *planlama*, stresle nasıl başa çıkılacağı hakkında düşünmeyi; *amaca yönelik sosyal destek arama*, yönlendirme, yardım, bilgi aramayı; *duygusal sosyal destek arama*, moral destek, sempati ve anlayış sağlamayı; *duyguları dışa vurma*, kişinin yaşadığı strese odaklanması ve duygularını dışa vurması eğilimini; *davranışsal uzaklaşma*, kişinin stresle mücadele etme çabalarının azalmasını ve amaca ulaşmak için çaba göstermemesini; *dikkatini başka yöne yöneltme*, kişinin dikkatini stres durumundan başka bir şeye yönlendirmesini; *olumlu yönde yeniden yorumlama*, stres durumunu olumlu olarak yeniden oluşturmayı; *reddetme*, stresli durumun var olduğuna inanmayı reddetmeyi; *kabullenme*, stresli durumun varlığını kabul etmeyi; *din*, durumu olumlu yönde yeniden yorumlama yoluyla duygusal bir destek kaynağı oluşturmayı; *madde kullanımı*, alkol ve diğer maddelerin kullanımını; *mizah*, stres durumuyla ilgili şaka yapılması ya da dalga geçilmesini; *kendini suçlama* kişinin kendisini eleştirme eğilimini göstermektedir.

Tobin, Holroyd, Reynolds ve Kigal (1989) ise başa çıkma stratejilerini hiyerarşik bir yapıda ele almıştır. Başa çıkma stratejilerinin öncelikle problem çözme, bilişsel yeniden yapılandırma, sosyal destek, duyguları açığa vurma, problemden kaçınma, kuruntulu düşünme (wishful thinking), sosyal geri çekilme ve kendini eleştirme gibi sekiz temel yapısı olduğunu belirtmişlerdir. Bu temel yapıların ikincil düzeyde problem-odaklı yaklaşma (engagement), duygu-odaklı yaklaşma, problem-odaklı uzaklaşma ve duygu-odaklı uzaklaşma olarak elde edilebileceğini, üçüncül düzeyde ise ikincil düzeyden yola çıkılarak yaklaşma-uzaklaşma (engagement- disengagement) başa çıkma stratejilerinin elde edilebileceğini belirtmişlerdir. Diğer yandan, Endler ve Parker (1990; 1994) bireylerin herhangi özgün bir probleme gönderme yapmadan problemlerini ele almada *genellikle* ne yaptıklarının ele alınması gerektiğini öne sürmüşlerdir. Başa

çıkma stratejilerini üç boyut üzerinden tanımlamışlardır. Görev-yönelimli strateji problemleri ele almayı, duygu-yönelimli strateji öfke ya da üzülmeye gibi duygulara odaklanmayı, kaçınma-yönelimli strateji ise problemden kaçmayı içermektedir.

Bağlamsal yaklaşıma göre, başa çıkmanın bağlama göre değişebileceğini vurgulayan, alan yazında en çok kullanılan ve diğer çalışmalara temel oluşturan kaynak, Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilen Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğidir (SBCTÖ). Bu çalışmada 100 kişiye bir yıl boyunca stresli durumlarla nasıl başa çıktıklarını değerlendirmeleri istenmiş ve sonuçta elde edilen çabalarının problem-odaklı ya da duygu-odaklı başa çıkma olarak ayrılabilceğini bulmuşlardır. Daha sonra Folkman ve diğerleri, (1986) ve Lazarus (1999) tarafından sekiz alt boyut üzerinden elde edilen bu başa çıkma işlevlerinin içerikleri tanımlanmıştır. Bu sonuçlara göre problem-odaklı başa çıkma, yüzleşme ve planlı problem çözme; duygu-odaklı başa çıkma, uzaklaşma, kendini kontrol etme, sosyal destek arama, sorumluluk alma, kaçma-kaçınma ve olumlu değerlendirme alt boyutlarından oluşmaktadır.

Bu yaklaşım içinde yer alan bir diğer çalışma Moos ve Holahan (2007) tarafından yürütülmüştür. Bu çalışmada başa çıkmanın sekiz kategoriye içeren dört boyuttan oluştuğunu vurgulamışlardır. Bilişsel yaklaşım boyutu, mantıksal analiz, anlamı araştırma ve olumlu yeniden değerlendirmeden; davranışsal yaklaşım boyutu, destek ve rehberlik arama ve problem çözme eylemlerinde bulunma; bilişsel kaçınma boyutu, reddetmeyi kabul ve vazgeçme ve davranışsal kaçınma, alternatif ödülleri arama ve duygusal boşalmadan oluşmaktadır. Ayrıca, son yıllarda başa çıkma süreçlerinde kültürler arası farklılıkların olduğu ortaya konulmuştur. Bu bağlamda Yeh, Arora ve Wu (2006) kültüre duyarlı çalışmalarda ele alınan toplumcu (collectivist) ve bireyci (individualistic) kültür ayrımını başa çıkma stratejilerine eklemiştir. Toplumcu toplumların, bireyci toplumlardan farklı başa çıkma yollarının olduğunu ve başa çıkmanın yedi boyuttan oluştuğunu

belirlemişlerdir. Bunlar, otoriteye saygı, sakınma, sosyal eylemler, kültür içi başa çıkma, ilişkisel evrenselcilik, kader ve aile desteğidir.

Başa çıkma stratejilerinden hangilerinin başarılı psiko-sosyal uyumu sağladığı başa çıkma alan yazınında araştırılan bir diğer konu olmuştur. Bu anlamda yatkinlik sınıflandırması içinde bulunan yaklaşımlar “uzaklaşma” olarak sınıflandırdıkları belli başa çıkma stratejilerinin (duygulara odaklanma, kaçınma, duyguları açığa vurma, kuruntulu düşünme, kendini eleştirme, sosyal geri çekilme, reddetme, dikkatini başka yöne yöneltme, düşünsel ve davranışsal uzaklaşma) psiko-sosyal çıktılarla olumsuz, “yakınlaşma” olarak sınıflandırdıkları (strese karşı aktif başa çıkma, durumu tekrar yorumlama, plan yapma, başkalarından amaca yönelik destek alma, durumu tekrar yorumlama) amaca yönelmiş başa çıkma stratejilerinin psiko-sosyal sonuçlarla olumlu ilişki içinde olduğunu bildirmişlerdir (Carver, 1997; Endler ve Parker, 1990; Tobin ve diğerleri, 1989). Bağlamsal sınıflandırması içinde yer alan yaklaşımlarda problem-odaklı başa çıkmanın ve bilişsel- davranışsal yaklaşım sınıflandırmalarının stresli ya da problemlili durumu yönetmede uyumlu; duygu-odaklı ve bilişsel ve davranışsal kaçınmacı sınıflandırmanın ise psiko-sosyal uyumlu duyguları düzenlemeyi içerdiği için olumsuz yönde ilişkili olduğu belirtilmiştir (Folkman ve Lazarus, 1980; Moos ve Holahan, 2007)

Bununla birlikte, araştırmalarda sözü edilen bu ölçeklerin farklı durumlara yönelik tekrar faktör analizlerinin yapıldığını ve dolayısıyla başa çıkma stratejilerinde bu genellemelerin dışına çıkıldığı görülmektedir. Örneğin Stanton ve diğerleri (2000) meme kanserli kadınlarda duyguları dışa vurma ve duyguları düzenleme boyutlarından oluşan duygusal-yaklaşım stratejisinin kısa vadede tıbbi müdahalede uyumlu sonuçlarla ilişki olduğunu bulmuşlardır. Dolayısıyla belli başa çıkma stratejilerinin her duruma genellenemeyeceği ve genel bir çıkarsamada bulunamayacağını öne sürmüşlerdir.

Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor ve Falke (1992) ise kanserli hastaların özgün başa çıkma stratejilerini belirlemeye yönelik çalışmışlardır. 603 kanserli hastayla yürüttükleri çalışmada, sosyal destek arama, olumluya odaklanma, uzaklaşma, bilişsel kaçma-kaçınma ve davranışsal kaçma-kaçınmanın kanserli hastalarda kullanılan başa çıkma stratejileri olduğunu bulmuşlardır. Bununla birlikte kanser hastalarında herhangi bir boyutun ön plana çıkmadığını ve bu boyutların diğer yaşam streslerinde kullanılan başa çıkma stratejileri ile benzer olduğunu ve kansere özgü başa çıkma stratejilerinin olmadığını vurgulamışlardır.

Aşağıdaki bölümde, yürütülen bu çalışmanın da amacına uygun olarak, sadece yeni tanı almış ve tedavileri devam etmekte olan meme kanserli kadınlarla yürütülen başa çıkma çalışmalarına yer verilmektedir. Bu bağlamda elde edilen sonuçlar en çok kullanılan strateji, demografik verilerle olan ilişkileri ve psiko-sosyal uyum sonuçlarıyla ilişkileri üzerinden sunulacaktır. Özellikle kanserle yürütülen çalışmalarda psiko-sosyal sonuçlar genellikle sıkıntı üzerinden tanımlandığı için düşük ve yüksek sıkıntıyla olan ilişkileri üzerinden sunulacaktır. Daha sonra kronik hastalıklarda ve meme kanserinde hastalık temsilleri ile olan ilişkilerine yer verilecektir.

1.6.5.2. Meme Kanseri ve Başa Çıkma. Danhauer, Crawford, Farme ve Avis (2009) son altı ay içinde meme kanseri tanısı almış 267 meme kanserli kadınla yürüttükleri boylamsal çalışmada uygulamadan altı hafta ve altı ay sonraki başa çıkma stratejileri arasındaki farkları karşılaştırmışlardır. Bu çalışmada olumlu yönden yeniden yorumlamanın her üç ölçüm sürecinde en çok kullanılan başa çıkma stratejisi olduğunu bulmuşlardır. Altı aylık süre içinde ise sosyal yardım arama, tinsellik ve kuruntulu düşünme stratejilerinde düşme meydana gelirken kanserin önemini küçültme stratejisinde yükselme olduğu bulunmuştur. Buick (2002) de benzer şekilde meme kanserli kadınların olumlu yönden yeniden yorumlama ve kabul, araçsal duygusal destek arayışı stratejileri kullandıkları bulgusunu elde etmişlerdir. Türkiye’de yürütülen çalışmada ise Sütçü (2010) tanı ve ameliyat süresi yakın olan meme kanseri hastalarında, ameliyat sonrası kullanılan stresle başa çıkma stratejilerinin boyun eğici yaklaşım olduğunu bulmuştur.

Bunlara ek olarak kültürel farklılıklara göre de meme kanserinde en çok kullanılan başa çıkma stratejileri araştırılmıştır. Koopman ve diğerleri (2001) yeni birincil meme kanseri tanısı almış kırsal kesimden 100 kadının çaresizlik/ümitsizlik başa çıkma stratejisi kullandıklarını bulmuşlardır. Li ve Lambert (2009) ise Çinli yeni meme kanseri tanısı almış kadınların planlama, olumlu yönde yeniden yorumlama ve dikkatini başka yöne yöneltme stratejilerini kullandıklarını gözlemişlerdir. Henderson, Fogel ve Edwards (2003) Afrika kökenli Amerikalı 86 meme kanserli kadında olumlu yeniden değerlendirme ve sosyal yardım aramanın en çok kullanılan stratejiler olduğunu belirlemişlerdir.

Nitel araştırma yöntemiyle yürütülen çalışmalar da meme kanserli kadınlarda başa çıkma stratejileri açısından kültürel farklılıklar olduğunu göstermektedir. Örneğin Taleghani, Yekta ve Nasrabadi (2006) İranlı yeni meme kanseri tanısı almış kadınlarla yaptığı görüşmelerde dini yaklaşım (hastalığı

Tanrının iradesi olarak kabullenme; tinsel etmenleri kullanma), hastalık hakkında düşünme (olumu düşünme; ümit; çaresizlik; içsel affetme, olumlu tavsiyeler), hastalığın gerçeklerini kabullenme (aktif kabul; olumlu kabul) kullandıklarını bildirmiştir.

1.6.5.3. Başa çıkma stratejileri ve hastalığın sonuçları arasındaki ilişki. Alan yazın taraması meme kanserli kadınların başa çıkma stratejileri ile hastalığın psikolojik ve fiziksel sonuçları arasındaki ilişkilerin iki araştırma yöntemi ile değerlendirildiğini göstermiştir. Bunlardan ilki, yeni tanı almış olan ya da tedavileri devam eden hastalarla yürütülen enlemesine çalışmalardır. Diğer yöntem olan ileriye yönelik çalışmalarda tanı ve tedaviden sonraki başa çıkma stratejilerinin uzun vadedeki psikolojik sonuçlarla olan ilişkileri ortaya konulmuştur. Thomas ve Marks'a (1995) göre yeni tanı almış meme kanserli kadınların olumlu yeniden yorumlama başa çıkma stratejisinin düşük düzey duygusal sıkıntı ile ilişkili olduğu görülürken; reddetme, duygulara odaklanma/duyguları açığa vurma ve dikkatini başka yöne yöneltme gibi duygusal başa çıkma stratejilerinin düşük iyilik-haliyle ilişkili olduğu görülmüştür.

Ben-Zur, Gilbar ve Lev (2001) İsrail'de 73 meme kanserli kadının psikolojik sıkıntısını yordamada duygu-odaklı başa çıkma ile problem-odaklı başa çıkmanın rolünü araştırmışlardır. Elde edilen sonuçlar duygu-odaklı başa çıkmanın (reddetme, duyguları açığa vurma, dini başa çıkma ve davranışsal uzaklaşma) yüksek psikolojik sıkıntı ve düşük psikolojik uyumla ilişkili olduğunu göstermektedir. Gilbar ve Hevroni (2007) ise yine İsrail'de Kısa Semptom Envanterini (KSE) kullanarak yürüttükleri çalışmada duygu-odaklı başa çıkmanın düşük sıkıntıyı yordadığını bulmuşlardır.

Shapiro ve diğeri, (1997) erken evre meme kanserli kadınlarda kemoterapi aldıktan yedi gün sonraki dört başa çıkma stratejisi ile fiziksel ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiyi değerlendirmişlerdir. Sonuçlar düşük fiziksel ve psikolojik belirtilerin yüksek yüzleşme başa çıkmayla ilişkili olduğunu göstermiştir. Yüzleşme başa çıkmanın iyimserlik, daha fazla bilgi arama ve tedavi kararlarına daha fazla katılmayla ilişkisi olduğu bulunmuştur. Fillion, Kovacs, Gagnon ve Endler (2002) uzaklaşma başa çıkma stratejisinin ışın tedavisi gören meme kanserli kadınlarda yüksek kaygı, depresyon ve öfkeyle ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Saniah ve Zainal (2010) Malezya’da kemoterapi sırasında kadınlarda kaygı belirtileri gösterenlerin reddetme, davranışsal kaçınma ve duyguları açığa vurma başa çıkma stratejileri kullandıklarını, depresif belirti gösterenlerin ise davranışsal kaçınma ve kendini-suçlama başa çıkma stratejileri kullandıklarını bildirmiştir.

Bunlara ek olarak, hastalığın fiziksel sonuçlarıyla başa çıkma stratejilerinin ilişkili olduğu görülmektedir. Reuter ve diğeri, (2006) yeni tanı almış birincil meme kanserli hastalarda düşük yorgunluk algısının olumlu yeniden değerlendirme stratejisinin yüksekliği ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Türkiye’de yürütülen çalışmalarda başa çıkmanın yaşam kalitesine etkisi olduğu gözlenmiştir. Örneğin, fiziksel ve ruhsal sağlığın çaresizlik başa çıkma stratejisiyle negatif yönde ilişkilirken, problem çözme, dini ve iyimser başa çıkma ile olumlu yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Filazoglu ve Griva, 2008). Yine Sütçü (2010) bu sonuçlara ek olarak çaresiz ve boyun eğici başa çıkmanın depresyonla olumlu yönde, iyimser ve güvenli başa çıkmanın ise depresyonla olumsuz yönde bir ilişki içinde olduğunu gözlemlemiştir.

Roussi, Krikeli, Hatzidimitriou ve Figenei (2007) 72 Yunanlı meme kanserli kadınla yürüttükleri ileriye yönelik çalışmada ameliyattan üç gün önce, ameliyattan üç gün ve üç ay sonra sıkıntı düzeylerine başa çıkma stratejilerinin

etkisini değerlendirmişlerdir. Bu sonuçlara göre kabul ve mizahın üç zaman diliminde de kaygı, depresyon, öfke ve yorgunluktan oluşan sıkıntı düzeyi ile olumsuz, reddetme ve duyguları açığa vurma ile olumlu ilişki içinde olduğu bulunmuştur. Başa çıkma işlevlerinden duygu-odaklı başa çıkma stratejisinin kabul, duygusal dışa vurum ve sosyal destek boyutlarından oluştuğunu belirterek üç ay sonraki sıkıntının düşüklüğünü yordadığını gözlemlemiştir.

Benzer şekilde, Hack ve Degner (2004) ise meme kanseri tanısı sırasında kullanılan bilişsel kaçınma başa çıkma stratejisinin üç yıl sonraki olumsuz ruh sağlığını açıkladığını bulmuşlardır. Culver, Arena, Antoni ve Carver (2002) erken evre meme kanseri tanısı almış etnik olarak farklı 131 kadınla başa çıkma ve sıkıntı arasındaki ilişkiyi ileriye yönelik olarak değerlendirmişlerdir. Boylamsal regresyon analiz üçüncü aydaki kabulün altı ay sonraki düşük sıkıntı ve üçüncü aydaki davranışsal uzaklaşmayı açıkladığını göstermiştir. Etnik farklılık açısından sadece davranışsal uzaklaşmanın Meksikalı kadınlarda beyaz ırktan olanlara göre sıkıntı üzerinde daha etkili olduğu görülmüştür.

Yine Schlegela, Talleya, Molixb ve Bett (2009) ışın tedavisi gören kırsalda yaşayan meme kanserli kadınların kullandıkları başa çıkma stratejilerini ileriye yönelik olarak, 3 ay ve 6 ay sonra değerlendirmişlerdir. Kırsal kesimde yaşan meme kanserli kadınlarda her üç zaman diliminde de aktif başa çıkma ve olumlu yeniden değerlendirme başa çıkma stratejilerinin düşük depresyonla, davranışsal kaçınmanın ise yüksek düzey depresyonla ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

Sonuç olarak, bu çalışmalar ışığında düşük düzey sıkıntıyla olumlu yönde ilişkili olan stratejilerin Folkman ve Lazarus'un (1980) yüzleşme ve problem çözme alt boyutlarından oluşan problem-odaklı başa çıkma stratejisinin olduğu görülmektedir. Yine Carver (1997) tarafından geliştirilen Başa Çıkma

Stratejileri Kısa Formunda yer alan stratejilerden olan olumlu yeniden yorumlama, din, aktif problem çözüme, mizah ve kabulün, düşük sıkıntı ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Moos ve Holahan'ın (2007) öne sürdüğü bilişsel yaklaşım stratejisinin alt boyutlarından olan olumlu yeniden değerlendirme ve Endler ve Parker'ın (1990) geliştirdiği ölçekte yer alan görev-yönelimli başa çıkma boyutlarından problemleri ele alma stratejisiyle ilişkili olduğu görülmektedir. İyimser başa çıkmanın ise olumlu yeniden yorumlama içinde yer alabileceği düşünülebilir.

Bununla birlikte Yunanistan'da yürütülen çalışmada duygu-odaklı başa çıkmanın düşük düzey sıkıntı ile ilişkili olduğu görülmektedir. Fakat başa çıkma stratejilerinin alt boyutlarından olan duyguları açığa vurmanın aynı zamanda sıkıntıyla olumsuz yönde ilişkili olduğunu da göstermektedir. Bu sonucun da gösterdiği gibi başa çıkmayla ilgili çalışmalarda ölçme araçlarında yer alan yapısal bileşenlerinin neler olduğu değişmekte ve kesin bir genellemeye izin vermemektedir. Yüksek sıkıntıyla olumlu yönde ilişkisi olan başa çıkma stratejilerinin, Carver'ın (1997) sınıflamasında reddetme, duyguları dışa vurma, davranışsal ve bilişsel kaçınma, kendini-suçlama ve dikkatini başka yöne yöneltme ile ilişkili olduğu görülmektedir. Bunlara ek olarak Folkman ve Lazarus'un (1980) duygu-odaklı başa çıkma, Tobin ve diğerlerinin, (1989) duyguları açığa vurma, Moos ve Holahan'ın (2007) sınıflamasında davranışsal kaçınma, Endler ve Parker'ın (1990) çalışmasında duygu-yönelimli ve kaçınma stratejilerinin de yüksek sıkıntıyla ilişkili olduğu görülmektedir.

1.6.5.4. Hastalık temsilleri ve başa çıkma. Kaptein, Helder, Scharloo ve Godfried (2006) 77 Huntington hastasının hastalık algısı, başa çıkma mekanizmaları ve iyilik-halleri arasındaki karşılıklı ilişkileri incelemiştir. Bu çalışmada yüksek hastalık kimliği ile uyumsuz başa çıkma stratejilerinden zihinsel uzaklaşma arasında ve hastalığa yönelik yüksek kontrol inancı ile uyumlu başa çıkma stratejilerinden olumlu yeniden yorumlama ve büyüme arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada yüksek tedavi kontrolü ile uyumlu olmayan başa çıkma stratejilerinden reddetme, sosyal yardım arama ve zihinsel uzaklaşma arasında ilişki olduğu ortaya çıkmıştır.

Boylamsal çalışmalarında yeni tanı almış 82 baş boyun kanserlilerde, Llewellyna, McGurk ve Weinman (2007) tedavi öncesi yüksek hastalık kimliğinin öz-yıkım (self-distruction) ve duyguları dışa vurmaya; hastalığın uzun süreceğine inanmanın planlamayı; sonuçları olumsuz algılamanın duyguları dışa vurmaya; yüksek duygusal temsillerin madde kullanımını, reddetme, öz-yıkım ve planlamayı açıkladığını bulmuşlardır. Duyarlı bağırsak sendromunda (Irritable Bowel Syndrome) tedavi/kontrolü planlama, olumlu yeniden yorumlama ve düşük davranışsal uzaklaşmanın yer aldığı aktif başa çıkma ilişkiliyken, yüksek sonuçlar düşük kabul ve duyguları dışa vurmanın, zihinsel ve davranışsal uzaklaşma içeren kısıtlayıcı başa çıkma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Rutter ve Rutter, 2002)

Heijmans (1999) Addison hastalarında ise hastalık temsillerinden yüksek hastalık kimliğinin, kronik olduğuna inanmanın, düşük kontrol inancının kaçınmacı başa çıkmayla ilişkili olduğunu açıklamıştır. Weinman ve diğerleri (1996) 233 kronik yorgunluk sendromu olan hastada yüksek kimlik boyutunun planlama, duyguları açığa vurma, davranışsal uzaklaşma ve zihinsel uzaklaşma ile olumlu yönde ilişkili olduğunu bildirmiştir. Hastalığın ciddi sonuçlar doğuracağına inanmanın ise planlama, olayları bastırma, duygusal destek arama,

duyguları dışa vurma ve zihinsel uzaklaşmayla olumlu yönde ilişkili olduğunu bildirmiştir. Yüksek tedavi/kontrol inancı aktif başa çıkma, planlama ve olumlu yeniden yorumlamayla ilişkili bulunurken, hastalığın kronik olduğuna yönelik inancın olayları bastırma ve davranışsal uzaklaşma ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Son olarak ise hastalığın sebeplerini duygusal yüklemelerle açıklamanın davranışsal uzaklaşma ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur.

Meme kanserinde ise başa çıkma ve hastalık temsilleri arasındaki ilişkiye yönelik yürütülen bu çalışma kapsamında tek çalışmaya ulaşılmıştır. Rozema, Völink ve Lechner (2009) tanının üzerinden iki yıl geçmiş olan 119 kadında davranışçı kaçınmayı süre/kronik temsilinin, düşük problem çözme başa çıkma stratejisini yüksek kişisel kontrolün ve psikolojik nedenselliğin, duyguları dışa vurma başa çıkma stratejisinin ise duygusal temsili yordadığını gözlemlemiştir.

Bu çalışmalara göre genel olarak yüksek hastalık kimliği, hastalığın süresini kronik olarak algılama, hastalığın üzerinde düşük kontrol inancına sahip olma, hastalığın sonuçlarını olumsuz olarak algılama, hastalığa karşı yüksek duygusal atıflar-yüksek duygusal temsil- ve hastalığın nedenlerini duygusal ve psikolojik nedenlere yüklemenin uyumlu olmayan başa çıkma stratejileriyle ilişkili olduğu söylenebilir. Bazı çalışmalarda yüksek tedavi kontrolünün uyumlu başa çıkma stratejileri ile ilişki olduğu gözlenirken, bazı çalışmalarda uyumlu olmayan başa çıkma stratejileri ile ilişkili olduğu bulgusu elde edilmiştir.

1.6.6. Sıkıntı (Distress), Kaygı ve Depresyon

Sıkıntı, kanserle ilgili sağlık hizmetlerinde ateş, solunum, kalp atım hızı, tansiyon ve ağrının yanında hayati işlevlerine yönelik altıncı bir faktör olarak

gözlenmesi gereken bir işaret olarak görülmektedir (Bultz ve Carlson, 2006). Bununla birlikte sıkıntının hastalığa yönelik bir tepki ya da hastalık veya tedavisinin sonucu da olarak da ele alındığı görülebilmektedir (Hewitt ve diğerleri, 2004). Kanser hastalarına yönelik bir çıktı olarak ele alındığında, sıkıntı genellikle hastada bir ruhsal bozukluk göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada kaygı ve depresyon üzerinden değerlendirilen sıkıntı, aynı zamanda OAM çerçevesinde hastalığın çıktısı olarak ele alınmaktadır.

2012 yılında Amerikan Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı (The National Comprehensive Cancer Network) tarafından kanser hastalarına yönelik “normal” ve daha az rahatsız edici olduğundan ve öz-bildirimlerle kolayca ölçülebildiği ve tanımlandığı için sıkıntı teriminin “psikiyatrik” “psiko-sosyal” ya da “duygusal” gibi tanımlamaların yerine kullanılması önerilmiştir (The National Comprehensive Cancer Network, 2012). Kanser hastalığında yaşanan psiko-sosyal sıkıntı, kanser belirtileri ve tedavileriyle başa çıkmayı engelleyen psikolojik (bilişsel, davranışsal ya da duygusal), sosyal ve/veya tinsel etmenlerden oluşan bir yaşantı olarak tanımlanmaktadır. Bu yaşantı içinde, kanser karşısında karşılaşılabilecek olağan zarar görülebilirlik, üzüntü ve korku gibi normal duygular kadar, kişinin işlevini olumsuz etkileyen depresyon, kaygı, panik, sosyal yalıtım ve tinsel krizler de yer alabilmektedir (The National Comprehensive Cancer Network, 2012).

1.6.6.1. Kaygı. Kaygı çok boyutlu bir kavram olarak bilişsel, duygusal, fiziksel ve davranışsal bileşenleri içermektedir. Bilişsel boyut kuruntu ve korku duygularıyla birleşmiş yoğun endişe, belirsizlik içermektedir. Fiziksel tepkiler kalp atım hızının artışı, terleme gibi otomatik sinir sistemine dayalı tepkilerden oluşurken, davranışsal boyut kaçma ve kaçınma gibi davranışsal değişimlerden oluşmaktadır (Norman, Burrows ve Olver, 2003). Kaygı her birey tarafından yaşanmaktadır. Yaşanan bu kaygı normaldir ve aynı zamanda uyum sağlayıcıdır.

Kaygıyla sık sık karıştırılan korku, uyum sağlayıcı olmasıyla kaygıya benzer özellikler taşımaktadır. Kaygı ve korku tehlikenin yakın olduğunu fark ettirerek ve bir tehdide karşı baş etmeyi sağlamları adına uyum sağlayıcıdır. Fakat korku bilinen, dışsal tehlikeye karşı tepki olarak gelişirken, kaygı bilinmeyen, içsel bir tehdide karşı gelişen bir tepkidir (Sadock, Kaplan ve Sadock, 1998)

Psikoloji alan yazınında kaygıyla ilgili ilk kavramlaştırmaların Freud tarafından yapıldığı görülmektedir. Freud kaygıyı ilk yazılarında fizyolojik bir olgu olarak açıklamış ve engellenmiş libidonun fizyolojik geçişi olarak tanımlamıştır. Daha sonraki çalışmalarında ise kaygıyı nörotik kaygı ve gerçekçi kaygı olarak ayırmıştır. Gerçekçi kaygı tehlike karşısında mantıklı ve anlaşılır bir tepki olarak tanımlanırken, nörotik kaygı psikonörotik hastalıkların gelişiminde temel oluşturmaktadır. Kaygı egonun cinsel ve saldırganlık içgüdüleri ile süper egonun ahlaki ve etik standartları arasındaki bir çatışma olarak da görülmüştür (Nemiah, 2005).

Felsefe alanından kaygı ile ilgili en önemli kavramlaştırma Kierkegaard'ın "*Kaygı Kavramı*" adlı kitabıyla başlamıştır. Varoluşçu bakış açısına da ışık tutan bu kitabında Kierkegaard, kaygının insan gelişimin en önemli amacı olan özgürlüğe doğru bir yönelim olarak anlaşılmasını önermiştir. Ona göre insan yeni olanaklar bulan ve gerçekleştiren kişidir. Olanaklarını tanıyan kişinin kaygıyı mutlaka yaşayacağını belirterek, kaygıyı olanaklılığın sonsuzluğunu fark eden kişinin yaşadığı "baş dönmesi" olarak tanımlamıştır (Kierkegaard, 2004). Yalom (2001) ise insanın nihai dört kaygısı olduğunu belirtir: Ölüm, özgürlük, yalıtım ve anlamsızlık. Ölüm kaygısı ölümün kaçınılmazlığı ve var olmaya devam etme arzusu arasındaki varoluşçu çatışma olarak tanımlamıştır. Özgürlük ilk başta olumlu bir kavram olarak görülse de bireyin kendi hayatındaki sorumluluk açısından bakıldığında aslında bireyin altında hiçbir şey olmadığı görülür. Zeminsizlikle karşı karşıya kalan birey bir

yapı kurmaya çalışacak ver her ikisi arasında bir çatışma yaşayacaktır. Varoluşçuyalıtım, bireyin dünyadan ya da diğer yaratıklardan yalıtılmış durumda olan bireyin daha büyük bir bütün olma arzusunun yarattığı bir gerilimdir. Son olarak, anlamsızlık bireyin anlamı olmayan bir evrene anlam verme çabası karşısında yaşadığı dinamik bir çatışmadır. Bu dinamik bakış açısı Freud'un dürtü, kaygı ve savunma mekanizmaları sırasını izleyen dinamiği, temel kaygıların farkına varma, kaygı ve savunma mekanizmaları olarak dönüşmüştür.

Beck, Emery ve Greenberg (1985) ise bilişsel bakış açısıyla kaygıya bireyin kafasının içindekiyle diğer bir ifadeyle bilişsel ve düşünmeyle açıklamak gerektiğini savunurlar. Kaygıyı bireyin tehlikeyle meşgul olması (preoccupation) ve tehlikeye karşı bir tepkisi olarak görmektedirler. Kaygının tıbbi modeli ise Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabında (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) kaygı bozukları adı altında 12 kaygı bozukluk sınıflandırmasının olduğu görülmektedir (American Psychiatric Association, 2013). Fakat kaygının psikolojik modelinde, kaygı bir süreç (continuum) içinde ele alınarak süreklilik ve durumluluk olarak temelde iki boyuttan oluştuğu vurgulanmaktadır. Durumluluk kaygı fiziksel uyanış (arousal), değerlendirme, dehşet ve gerginlik algısıyla oluşan geçici duyguları ifade ederken; süreklilik kaygı bireyin birçok duruma değişmeyen bir şekilde tepki verildiği için genellenmiş ve kalıcı yatınlıklardan oluşan bileşenleri olduğunu vurgulamaktadır. Psikolojik modele göre bu sürecin bir ucunda düşük kaygı diğer ucunda ise yüksek kaygı bulunmakta ve yüksek kaygı, bozuklukların temelini oluşturmaktadır (Endler ve Kocovski, 2001).

1.6.6.2. Depresyon. Depresyon, derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygu durumla birlikte, düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik,

küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri içeren bir belirtidir (Öztürk, 1994). Depresyonla ilgili çalışmalarda iki önemli kavramın bilinmesi gerekmektedir. Bunlardan ilki duygulanımdır (affect). Duygulanım bireyin uyarılara, olaylara, anılara, düşüncelere, duygusal tepki ile katılabilmektedir. Bu yetinin içinde neşe, öfke, üzüntü, nefret, kin, sıkıntı gibi duygular yer almaktadır. Duygudurum (mood) ise bireyin bir süre neşeli, üzüntülü, sıkıntılı, çökkün ya da taşkın bir duygulanım içinde bulunmasıdır. Normalde insanlar belli sınırlar içinde duygudurumlarında dalgalanmalar yaşarlar. Fakat bunlar uzun sürede aşırı olmaya başladığında ya da uygunsuz tepkiler olarak ortaya çıktığında duygudurum bozukluğundan söz edilmektedir (Öztürk, 1994).

Depresyon üç şekilde ele alınmaktadır: Normal bir duygulanım olarak depresyon, ruhsal bir belirti olarak depresyon ve psikiyatrik bir hastalık olarak depresyon. Normal bir durum olarak depresyon normal yaşantı içinde sık sık karşılaşılabilecek hüznün, mutsuzluk, düş kırıklığını ifade etmektedir. Ruhsal bir belirti olarak depresyon, günlük yaşamın üzgün geçtiğini, hüznün ve mutsuzluğun egemen olduğunu anlatmak için kullanılan normal dışı bir duygu durumu ifade etmektedir. Bu anlamda belirtiler olarak depresyon birçok nörolojik ve tıbbi hastalığa eşlik etmektedir. Psikiyatrik bir hastalık olarak ise depresyon belli belirtilerle görülen ve döngüsel niteliği olan ruhsal rahatsızlıktır (Türkçapar, 2009). Yürütülen bu çalışmada depresyon ruhsal bir belirti olarak ele alınmaktadır.

Türkiye’de 1993-1996 yılları arasında 7479 18 yaş ve üstü bireylerle yapılan görüşmeler sonucunda oluşturulan Türkiye Ruh Sağlığı Profiline göre depresif nöbet kadınlarda %5,4, erkeklerde %2,3 toplamda %4 olarak bulunmuştur. Distimik bozuklukların ise kadınlarda %2,2, erkeklerde %0,8 ve toplamda % 1,6 olduğu elde edilmiştir (Erol ve diğerleri, 1998).

1.6.6.3. Meme kanserli kadınlarda depresyon ve kaygının yaygınlığı.

Kocaman-Yıldırım ve diğerleri, (2009) yeni meme kanseri tanısı almış 84 kadınla yürüttükleri boylamsal çalışmada cerrahi tedavi öncesi, cerrahi tedavi sonrasında ilk 1-3 ay ve 9-12 ay sonra kaygı ve depresyon puanları arasındaki farklılıkları incelemişlerdir. Kaygı oranı ölçüm sırasına göre sırasıyla %33,3, %35,7, %28,6 ve depresyon oranı %40,5, %42,9 ve %44,0 olarak gözlenmiştir. Fakat kaygı ve depresyon puanı ortalamaları açısından üç dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bu sonuçların aksine, Türkiye’de yürütülen diğer bir çalışmada ise Tünel, (2011) benzer şekilde cerrahi öncesi, cerrahi sonrası erken (1-3 ay) ve geç dönem (9-12 ay) kaygı depresyon puanları arasındaki farkları ölçmüştür. Bu ölçümlere göre cerrahi tedavi öncesi kaygı ve depresyon düzeylerinin, tedavi sonrası erken ve geç dönemden daha yüksek, tedavi sonrası erken dönemdeki kaygı ve depresyon düzeylerinin de, tedavi sonrası geç dönemden daha yüksek olduğu elde edilmiştir.

Meme kanserli kadınlarda hastalık seyri boyunca depresyon ve kaygı düzeyleri arasındaki farklılıklara ilişkin çelişkili sonuçlar elde edilmesine rağmen, yürütülen bir başka çalışmada meme kanseri tanısı sonrası ameliyat geçirmiş kadınlarda depresyon oranının %18 olduğu bildirilmektedir. Ayrıca meme kanseri olmayan kadınların depresyon puanlarıyla karşılaştırıldığında, meme kanserli kadınların depresyon puan ortalamaları ile meme kanserli olmayan kadınların depresyon puan ortalamaları arasında meme kanserli kadınların aleyhinde anlamlı fark olduğu hesaplanmıştır (Sütçü, 2010).

Yurt dışında da yürütülen çalışmalarda meme kanserli kadınların depresyon ve kaygı düzeylerinin yüksek olduğuna dair bulgular bulunmaktadır. Örneğin, Burgess ve diğerleri, (2005) 170 meme kanserli kadınla yürüttüğü boylamsal çalışmada kadınların yaklaşık %50’sinin ilk yılda, %25’inin ikinci, üçüncü ve beşinci yılda, %15’i ise beşinci yılda depresyon ya da kaygı belirtileri

gösterdiklerini bulmuşlardır. Yine Lesley, Baum ve Maguire (1986) 101 meme kanserli kadında mastektomi geçirenlerde kaygı düzeyini %14, depresyon düzeyini %11 ve lumpektomi geçirenlerde ise kaygı düzeyi %15 ve depresyon düzeyini %13 olarak bulmuşlardır. Benzer şekilde Saniah (2010) Malezya'da kemoterapi sırasında kadınların %19,1'in depresyon ve %24'nün kaygı belirtileri gösterdiğini bildirmişlerdir.

Görüldüğü gibi meme kanserli kadınlarda ilk tanının ardından depresyon ve kaygı düzeylerinin oldukça yüksek olduğu bulgusu elde edilirken, zaman içinde bu düzeylerde anlamlı düşmeler meydana geldiği görülmektedir. Bununla birlikte meme kanserli kadınların depresyon ve kaygı düzeylerinin meme kanseri olmayan kadınlara oranla daha yüksek ve ülke ortalamalarının üstünde olduğu söylenebilir.

1.6.6.4. Hastalık temsilleri ile kaygı ve depresyon. Çeşitli kronik hastalıklarda hastalık temsilleri ile kaygı ve depresyon arasındaki ilkiye yönelik bir çok çalışmanın yürütüldüğü görülmektedir. Örenğin, Paschalides ve diğerleri (2004) Tip II diyabet hastalarında yüksek depresyon ve kaygının yüksek kimlik, yüksek sonuçlar ve düşük kişisel kontrol ile ilişkili; yüksek kaygının ise hastalığı daha uzun süreli olduğunu algılamayla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Jopson ve Moss-Morris, 2003 multipl skleroz (MS) hastalarında depresyonun düşüklüğünü yordayan hastalık temsillerinin yüksek kişisel kontrol, düşük sonuçlar ve psikolojik nedenler; düşük kaygıyı yordayan hastalık temsillerinin düşük hastalık kimliği, yüksek döngüsel süre ve hastalık tutarlılığı algısı olduğunu elde etmişlerdir. Vaughan ve diğerleri (2003) yine MS hastalarında depresyonun yüksekliğini yüksek hastalık kimliği, ciddi sonuçlar, akut süre ve düşük kontrol; algısının yordadığını; yüksek kaygıyı yüksek kimlik, ciddi sonuçlar ve psikolojik nedenler algısının yordadığını belirtmişlerdir. Bu sonuçlara ek olarak, hem romtaid artritli hastalar da (Murphy, Dickens, Creed ve Bernstein, 1999) hem de

tüberküloz hastalarında (Husain, Dearman, Chaudhry, Rizvi ve Waheed, 2008) depresif belirtileri yordayan hastalığın ciddi sonuçlar doğuracağına inanma ve kişinin hastalığı üzerinde kontrolünün düşük olduğunu algılaması olarak bildirilmektedir.

Ayrıca kanserli hastalarda, Giannousi ve diğerleri (2011) ise hastalıkla ilgili ciddi sonuçlar bekleme, duygusal temsillerin yüksek olması, hastalık belirtilerinin yüksek algılanması ve hastalığın nedenlerini psikolojik nedenlere yüklemenin depresyonun yüksekliğini yordadıklarını bulmuşlardır. Türkiye’de kanserli hastalarla yapılan bir başka çalışmada ise hastalığın akut/kronik algılanması, ciddi sonuçları olacağına inanç ve duygusal temsillerin yüksekliği depresyonun yüksekliğiyle ilişkili görünürken, kişisel kontrol ve tedavi kontrolü arttıkça depresyonun azaldığı gözlenmiştir (Armay, 2006). Grace ve diğerleri (2005) ise kardiyatrik hastalarda cinsiyet farklarına göre hastalık temsilleri ve kaygı ve depresyonun ilişkisini araştırmışlardır. Kadınlarda depresif belirtileri hastalığı kronik süre algısı, erkek kardiyatrik hastalarda kronik süre, yüksek sonuçlar ve düşük tedavi kontrolü boyutlarla ilişkili olduğu gözlenmiştir Türkiye’de yürütülen bir başka çalışmada, (Kocaman-Yıldırım, Okanlı, Yılmaz-Karabulutlu, Karahisar ve Özkan, 2013) hemodiyaliz hastalarında kaygı yüksekliğini hastalığı anlama-hastalık tutarlılığı- boyutunun düşük ve duygusal temsiller boyutunda yüksek; depresyon riski yüksek olan hastalarda kişisel kontrol algısının düşük, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller puanlarının yüksek olduğu bildirilmiştir.

Özetle, elde edilen bu sonuçlar kronik hastalarda hastalık temsillerinden hastalık belirtilerinin yüksekliği, hastalığın ciddi sonuçları olacağı inancı ve duygusal temsillerin, diğer bir ifadeyle hastalıkla ilgili olumsuz duyguların yüksekliği depresyon ve kaygıyı arttıran etmenler olarak görülmektedir. Bununla birlikte kişisel ve tedavi kontrolü inancı ile hastalık tutarlılığının, diğer bir

ifadeyle hastalığı anlamının, depresyon ve kaygının düşüklüğü ile ilişkili olduğu görülmektedir. Hastalığın süresiyle ilgili algıyla depresyon ve kaygı arasındaki ilişkide, çalışmalar genel olarak akut/kronik ve döngüsel süre algısının olumlu yönde ilişkili olduğunu göstermektedir. Sadece MS hastalarıyla yürütülen bir çalışmada akut/kronik süre algısının depresyon ve kaygı ile olumsuz yönde ilişkili olduğu gözlenmiştir.

1.6.7. OAM İle İlgili Araştırmalar

OAM'ın genel ilkesi hastalık bilişleri ve hastalığın sonuçları arasındaki nedensel ilişkide başa çıkmanın aracı olduğudur. Örneğin, psikolojik iyilik-hali gibi hastalıkla ilgili bir sonuçta, hastalık bilişlerinin olumsuz etkisi problem-odaklı başa çıkma gibi uyumlu başa çıkma stratejisinin etkisiyle anlaşabileceğidir (Hagger ve Orbell, 2003). Bu önermeyle ilişkili çeşitli kronik hastalıklara sahip örneklerle yürütülen çalışmalar aşağıda sunulmaktadır.

Rutter ve Rutter (2002) duyarlı bağırsak sendromlu hastalarla, hastalık temsilleri, başa çıkma stratejileri ve algılanan yaşam kalitesi, sağlıkla ilgili doyum, kaygı ve depresyon gibi hastalık sonuçları arasındaki ilişkileri test etmişlerdir. Algılanan yaşam kalitesi ile ilgili hastalık sonucu incelenmesinde, sonuçlar ve tedavi/kontrol boyutlarının algılanan yaşam kalitesine doğrudan etkisinin olduğu; kabul etme başa çıkma stratejisinin sonuçlar algısı ile algılanan yaşam kalitesi arasında aracı olduğu gözlenmiştir. Elde edilen bu sonuç, hastalığının çok az ciddi sonuçlar doğuracağına inanan ve hastalığı üzerinde kontrolü olduğuna inanların yaşam kalitesi yüksekken, hastalığının çok az ciddi sonuçlar doğuracağına inanların hastalığını kabul etme olasılıklarının da yüksek olduğunu göstermektedir. Diğer bir hastalık sonucu olarak ele alınan sağlıkla ilgili doyumla ilgili olarak, aktif başa çıkma stratejisinin tedavi/kontrol boyutu

arasında aracı olduğu bulunmuştur. Kaygı ve depresyon hastalık sonuçlarında ise, duyguları açığa vurma başa çıkma stratejisinin hastalığın psikolojik nedenlerden kaynaklandığına inanma ile kaygı arasında aracı olduğu; davranışsal uzaklaşmanın tedavi/kontrol boyutu ve sonuçlar ile depresyon arasında aracı olduğu bulgusu elde edilmiştir. Bu sonuçlara göre, hastalığın ciddi sonuçlar doğuracağına inanma davranışsal uzaklaşma ve duyguları açığa vurma başa çıkma stratejilerini kullanmaya neden olurken, bu başa çıkma stratejileri de kaygı ve depresyonun artmasına neden olmaktadır. Yine, tedavinin hastalığı iyileştirmeyeceğine yönelik algı, davranışsal uzaklaşma başa çıkma stratejisine neden olurken, davranışsal uzaklaşma stratejisi depresyonun artmasına neden olmaktadır. Carlisle ve diğerleri (2005) ise romatoid artritli hastalarında ise kaçınmacı ve boyun eğici başa çıkmanın kimlik ve psikolojik hastalık ölçümleri arasında aracı değişken olduğunu bulmuşlardır. Bu bulguya göre, hastalığın belirtilerine odaklanma, bireylerin öz-bilinçlerini (self-conscious) yükselmekte ve kendilerini farklı hissettirmekte ve sonuç olarak sosyal yalıtım ve hoşlanılan etkinliklerden kaçınmayla sonuçlanan kaçınmacı ve boyun eğici başa çıkma stratejilerini kullanmaktadırlar.

Diğer kronik hastalıklarla yürütülen çalışmalarda da OAM modeli test edilmiştir. Evans ve Norman (2009) Parkinson hastalarıyla yürüttükleri çalışmada, kaçınmacı başa çıkma stratejisinin duygusal temsiller ve kaygı arasında aracı olduğunu, kabul etme başa çıkma stratejisinin sonuçlar ve duygusal temsiller ile depresyon arasında aracı olduğunu bildirmişlerdir. Diğer bir ifadeyle, hastalığa verilen duygusal tepkilerin yüksekliği kaçınmacı başa çıkma stratejisini, bu strateji ise kaygı düzeyinin artmasını etkilediği söylenebilir. Ayrıca, hastalığın ciddi sonuçları olmayacağına inanma ve hastalıkla ilişkili duygusal tepkilerin düşük olması kabul etme başa çıkma stratejisini, bu strateji ise düşük düzey depresyonu etkilemektedir. Knibb ve Horton (2008) alerji hastalarında duygulara odaklanma ve duyguları dışa vurmanın kaygı, depresyon ve duygusal temsiller

arasında aracı değişken olduğunu gözlemişlerdir. Bu bulgular, bireyin hastalığa verdiği duygusal tepkileri arttıkça, duygulara odaklanma ve duyguları dışa vurmayı daha fazla kullandığını ve sonuçta kaygı ve depresyon düzeylerinin yükseldiğini göstermektedir.

OAM'ı test etmeye yönelik çalışmaların çocuk ve ergenlerle de yürütüldüğü görülmektedir. Örneğin, Gray ve Rutter (2006) konik yorgunluk sendromu olan 85 çocuk ve ergende hastalığın nedenlerini risk etmenlerinden kaynaklığına inanma ile fiziksel etkinlikte bulunma arasında etkinlikleri sürdürme başa çıkma stratejisinin aracı olduğunu bildirmişlerdir. Diğer bir ifadeyle, hastalığının risklerden kaynaklandığına inanlar daha fazla etkinliklerini sürdürmekte ve bu durum da katılımcıların fiziksel işlevselliklerini daha olumlu yönde algulamalarıyla sonuçlanmaktadır. Ayrıca aynı çalışmada, kronik süre algısıyla yaşam kalitesi algısı arasında hastalığı uyumsamanın (acommodating to illness) aracı bir rolü olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Bu bulguya göre de, bireyler durumlarını akut olarak gördükçe yaşamlarındaki stresli ve zor yönleri uyumsamakta ve sonuçta yaşam kalitesi algıları daha olumlu olmaktadır.

Hastalık algısının düşük ya da yüksek algılanması OAM ile ilgili çalışmalarda ele alınan diğer bir konu olmuştur. Örneğin, Knowles, Wilson, Connell, ve Kamm (2011) Crohn hastalarında hastalık algılarının depresyon ve kaygıya doğrudan etkisi olduğunu, duygu-odaklı başa çıkmanın hastalık algısı ve depresyon ve kaygı arasında aracı olduğunu; problem-odaklı başa çıkmanın hastalık algısı ve depresyon arasında aracı olduğu bulgusunu elde etmişlerdir. Diğer bir ifadeyle, duygu-odaklı başa çıkma düşük hastalık algısı ve iyilik-halinin düşmesi ve psikolojik sıkıntının artmasıyla ilişkiliyken; problem-odaklı başa çıkmanın yüksek hastalık algısı ve iyilik-halinin artması ve psikolojik sıkıntının düşmesiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Knowles, Cook ve Tribbick (2013) bir başka çalışmada duyarlı bağırsak sendromlu hastalarda uyumlu olmayan başa

çıkma stratejisinin hastalık algıları ve depresyon ve kaygı arasında aracı olduğunu bulmuşlardır. Diğer bir ifadeyle düşük hastalık algısı alkol kullanımı, davranışsal uzaklaşma ve düşünsel uzaklaşmayı içeren uyumlu olmayan başa çıkmanın artışıyla ilişkili ve bu ilişkinin de sırasıyla kaygı ve depresyon üzerinde olumsuz etki yarattığı bildirilmiştir.

Kanser hastalarıyla yürütülen bir çalışmada ise Gould ve diğerleri (2010) jinekolojik kanser hastalarında inkar ve uzaklaşma başa çıkma stratejisinin süre/döngüsel ve tutarlılık ile kansere uyum arasında aracı olduğunu bildirmişlerdir. Diğer bir ifadeyle, jinekolojik kanserli kadınların hastalıklarını döngüsel olarak algılamaları ve anlama ve anlamdırmaları düşmesi,, inkâr ve uzaklaşma stratejisini kullanmalarına, bu durum da olumsuz duygu durumları yaşamalarına neden olmaktadır. Bu sonuçların aksine Rozema ve diğerleri (2009) meme kanserli kadınlarda OAM modelinin test etmişler ve başa çıkma stratejilerinin hastalık algılarıyla fiziksel ve ruhsal sağlık arasında dolaylı ilişkilerin olmadığını gözlemişlerdir. Bununla birlikte, hastalığını kronik ve kontrol edilemez olarak algılayanların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını düşük algıladıklarını elde etmişlerdir. Bu bulgulara göre araştırmacılar, meme kanserli kadınlarda hastalığın sonuçlarıyla ilgili algıda hastalık algısı boyutlarının başa çıkma stratejilerinden daha önemli bir rolü olduğunu bildirmişlerdir. Rozema ve diğerleri (2009) tarafından uygulama ve örneklem seçimine bağlanmıştır. Adı geçen çalışmada araştırmacılar, araştırma grubunu bir web sitesindeki kanserle ilgili destek grubu liderlerinden oluşturduğunu ve grubun kanserle ilgili bilgili olmalarının ve motivasyon düzeylerinin yüksek olmasının model testinin anlamlı çıkmamasına neden olarak göstermektedirler.

Özetle, çeşitli kronik hastalarla yürütülen çalışmaların sonuçları hem yetişkinler hem de çocuk ve ergen gruplarına OAM'ın uygulanabileceğini göstermektedir. Bu çalışmaların sonuçları tedavinin hastalığı kontrol edeceği

inancının uyumlu başa çıkma stratejileri ve bu stratejilerin de hastalıklı ilgili olumlu sonuçlarla; tedavi kontrolünün ve hastalık tutarlılığının düşüklüğünün ise uyumlu olmayan başa çıkma stratejileri ve bu stratejilerin de hastalıklı ilgili olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca, bu bulgular hastalıkla ilgili döngüsel ve kronik süre algısının uyumlu olmayan başa çıkma stratejileri aracılığıyla hastalığın olumsuz sonuçlarıyla dolaylı bir ilişkisinin olduğunu göstermektedir. Son olarak, hastalığın ciddi sonuçlar doğuracağına inanma ve hastalığa verilen duygusal tepkilerin yüksekliğinin de uyumlu olmayan başa çıkma stratejileri aracılığıyla hastalığın olumsuz sonuçlarıyla dolaylı bir ilişkisinin olduğunu göstermektedir. Bu modelin uygun çıkmaması

1.7. Meme Kanserli Kadınların Psiko-Sosyal İhtiyaçları

İlgili alan yazında en çok tartışılan konulardan biri psiko-sosyal ihtiyaç tanımıdır. Bu tartışmaların başlıca nedenlerinden biri sağlıkla ilgili ihtiyaçları kavramaştırmanın tek ve doğru bir yolu olmaması ve bu ihtiyaçların duruma ve amaca bağlı olarak değişmesidir (McIllmurray ve diğerleri, 2001). Bir diğer neden ise hastalığın psiko-sosyal sonuçlarıyla sağlık ihtiyacının kavram olarak karıştırılması olarak gösterilmektedir. Örneğin, Vivar ve McQueena (2005) iki kavram arasındaki farka dikkat çekmekte ve sağlık ihtiyacının, kişinin sağlığının gerçek durumu ile olması gereken sağlık durumu arasında fark olduğunda ortaya çıkan ve bir dizi eylem gerektiren durum olarak tanımlamaktadır.

McIllmurray ve diğerleri (2001) ise psiko-sosyal ihtiyacın sadece kanserli bireyin duygusal ve psikolojik sıkıntı ya da uygun olmayan duygusal işlevselliği olarak ele alınmaması gerektiğini vurgulamışlardır. Psiko-sosyal ihtiyacı tanımlarken psikolojik boyut kadar sosyal boyuta odaklanan yazarlar, psiko-sosyal ihtiyaçları karşılamada sağlık servisleri dışında aile, arkadaşlar,

Kilise ya da Sosyal Servislerin de olması gerektiğini belirtmişlerdir. Benzer vurguların yer aldığı bir başka çalışmada ise kanser yaşantısında var olan sorunlar yerine “kansere olmanın bilgisiyle ve sosyal sonuçlarıyla yaşamayı ne kolaylaştırırdı?” sorusuyla psiko-sosyal ihtiyaçları tanımlanmasının uygun olacağı belirtilmiştir (The Institute for Health Research, 2001).

İhtiyaç en yüksek iyilik-haline ulaşmak için, gerekli ve istendik olan belli eylem ve kaynaklara ilişkin talepler olarak tanımlanmaktadır (Sansone-Fisher ve diğerleri, 2000). Kansere ilişkin alan yazında ise kanser hastalıklarına yönelik psiko-sosyal ihtiyaçların, alanlar üzerinden tanımlanmaya çalışıldığı görülmektedir. Örneğin The Institute for Health Research (2001) derinlemesine ve kısa yapılandırılmış görüşme sonuçlarına göre oluşturdukları ihtiyaç envanterinde yedi alan belirlemişlerdir. Psiko-sosyal ihtiyaçlara ait bu yedi kategorileri şunlardır:

- Sağlık uzmanlarıyla etkileşimle ilgili ihtiyaçlar,
- Bilgi ihtiyacı,
- Destek ağlarıyla ilişkili ihtiyaçlar,
- Kimlik ihtiyaçları,
- Duygusal ve tinsel ihtiyaçlar,
- Pratik ihtiyaçlar,
- Çocuk bakımıyla ilişkili ihtiyaçlar.

Sağlık uzmanlarıyla ilişkili ihtiyaçlar, hem uzmanlarla olan iletişim ve davranış şekillerini hem de uzmanların uyguladığı yöntemlerin niteliğini değerlendirme ve bu uygulamalardaki kararlara katılmayı içermektedir. Bilgi ihtiyacı ise gerek hastalığın kendisi ile gerekse uygulanan yöntemlerin içerikleriyle ilgili somut bilgi ihtiyaçlarını içermektedir. Destek ağlarıyla ilgili ihtiyaçlar hem uzmanlardan hem de yakın çevreden alınan desteklerin içeriğini ve

niteliğini tanımlamaktadır. Kimlik ihtiyacı ise hem beden hem de kişinin kendine yönelik algısıyla ilişkili temel alanları içermektedir. Duygusal ve tinsel ihtiyaçlar hastanın kendisi ve başkalarının duyguları, özellikle endişe ve kaygıları içerirken, pratik ihtiyaçlar günlük yaşamı yönetme ve tedavinin gerekliliklerini yerine getirmede hissedilen pratik ihtiyaçları, son olarak çocuk bakımı ise çocuklarının bakım ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik ihtiyaçları içermektedir (The Institute for Health Research, 2001).

The Institute for Health Research (2001) tarafından yürütülen çalışmada meme kanserli kadınların en çok tedavi kararlarına katılma ihtiyacı, görünüş ve beden değişimlerine başa çıkmaya yardımcı olacak destek ihtiyaçları, başkalarının kendilerini nasıl gördüğüne yönelik algıya destek ihtiyacı, üzgün duygularına yönelik yardım, birisiyle konuşma ihtiyacı, arkadaşlardan destek ve sosyalleşme istekleri olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, kadınların en az diyet ve yiyeceklerle ilgili önerilere ihtiyaç hissettikleri bulgusuna ulaşılmıştır.

McIllMurray ve diğerleri (2001) çalışmalarında kanser hastalarında benzer şekilde yedi ihtiyaç kategorisi belirlemişlerdir. Bu ihtiyaç kategorileri sağlık çalışanları, bilgi, destek ağları, kimlik, duygusal ve tinsel, pratik bilgiler ve çocuk bakımı ihtiyacıdır. Kanserli hastaların “sağlık çalışanları”, “bilgi” ve destek ağları” en çok ihtiyaç duyulanlar (%85, %80 ve %75 sırasıyla) ve “kimlik” “duygusal ve tinsel” ve pratik” en az bildirilen ihtiyaçlar olmuştur (%47, %37 ve %36 sırasıyla). Meme kanserli kadınlar diğer kanserli hastalarından daha fazla ihtiyaç bildirirlerken, bu ihtiyaçlar “kimlik” kategorisi altında beden değişimleri ve başkalarının değişimi görme algısıyla ilgili ve “dini rehber arama” olarak bildirmişlerdir.

Beatty, Oxlad, Koczwara ve Wade (2008) Avustralyalı yeni meme kanseri tanısı almış kadınların psiko-sosyal ihtiyaç ve ilgilerini odak grup

çalışmasıyla belirlemeye çalışmışlardır. Çalışma sonucunda, ihtiyaç alanlarının (a) hastalığın yan etkileriyle başa çıkma, (b) benlik algısı değişimleri, (c) stresle başa çıkma ve uyum zorlukları (d) başkalarının beklentilerini ve duyguları yönetme ve (e) hayatta kalma ve büyüme olduğu ifade edilmiştir. Hastaların beden öz-saygısını arttırmaya, meme kanserli olmayan bir kimlik geliştirmeye ve sürdürmeye, kişisel kontrole odaklanmaya ve tanının yararlarını keşfetmeye ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Bu bağlamda hastaların bilgi, araçsal ve duygusal-sosyal destek ihtiyaç kategorileri altında, öncelikle yan etkileri azaltmaya yönelik müdahaleler yerine, yan etkileri normalleştirmeye yönelik bilgi ihtiyacı olduğunu belirtmektedirler. Hastalar bu çalışmada, sosyal destek ihtiyacı olarak temel desteği sunan birisi ve daha önce bu deneyimleri yaşamış biriyle konuşma ihtiyacı belirtmişlerdir.

Schmid-Büchi ve diğerleri (2008) meme kanseri hastalarının psiko-sosyal ihtiyaçlarıyla ilgili gözden geçirme çalışmalarında meme kanserli kadınların psiko-sosyal ihtiyaçlarının üç kategoride ele alınabileceğini vurgulamışlardır. Bunlardan fiziksel ve tedavi ile ilişkili olan ihtiyaçlar, yorgunluk, fiziksel engeller, menopoz belirtileri ve beden imgesi algısıyla ilgili ihtiyaçları içermektedir. İkinci kategori ise psikolojik ve sosyal ihtiyaçlar olarak belirlenmiştir. Bu kategori altında kaygı, depresyon ve tekrarlama korkusu yer almaktadır. Son kategori olan psiko-sosyal ihtiyaç kategorisi, bilgi ve uzman desteğini içermektedir. Bu kategori içinde hastalığı yönetme ve kanser tedavisi ve hastalık seyri ile ilgili ihtiyaçlar yer almaktadır.

Girgis, Boyers, Sanson-Fisher ve Burrws (2000) Avustralya'da tanıdan ortalama üç yıl geçmiş meme kanserli kadınlarla yürüttükleri çalışmada, en çok bildirilen ihtiyacın sağlıkla ilişkili bilgi ihtiyacı olduğunu bulmuşlardır. Kemoterapi alanlar daha fazla günlük yaşam etkinlikleri ile ilgili ihtiyaç belirtmişlerdir. Radyoterapi alanlar ise daha fazla kişilerarası iletişim ihtiyacı

bildirmişlerdir. 30-59 yaş arasındakiler daha fazla ihtiyaç bildirirlerken, kanseri metastaz yapmış olanlar daha fazla bilgi ihtiyacı belirtmişlerdir. Karşılansmayan psikolojik ihtiyaçlar sırasıyla: Kanserin metastaz yapması ve geri dönmesi korku; kaygı veya stres; depresif ya da kötü hissetmektir.

Erci ve Karabulut (2007) Türkiye’de meme kanserli kadınların destek ihtiyaçlarını belirleyerek sosyo-demografik özellikleriyle ilişkilerini araştırmışlardır. Bu çalışmaya göre, meme kanserli kadınların destek ihtiyaçları yedi kategoride ele alınmıştır. En yüksek ihtiyaçlar sırasıyla “aile ve arkadaşlar” “bakım sonrası” “tedavi”, “destek”, “bilgi” “kadınlık ve beden imgesi” ve “teşhis” olarak bildirilmiştir. Genç yaşta olanlar -20-45 yaş arası- daha fazla destek ihtiyacı bildirirken, bu grubun “kadınlık ve beden imgesi” destek ihtiyaçlarının diğer yaş gruplarından anlamlı derecede yüksek olduğu gözlenmiştir.

Bu sonuçlara ek olarak meme kanserli kadınların psiko-sosyal ihtiyaçlarının kültürel farklılıklar içerdiği görülmektedir. Lam, Au, Wong, Lehmann ve Koch (2011) Hong Konglu Çinliler ile Almanyalı meme kanserli kadınların psiko-sosyal ihtiyaçlarını karşılaştırmışlardır. Alman kadınların daha fazla karşılanmayan psiko-sosyal ihtiyaçları olduğu gözlenmiştir. Bunlara ek olarak Çinli kadınlar hastalık ve tedavi ile ilgili daha çok bilgi ihtiyacı bildirirlerken, Alman kadınlar daha fazla fiziksel ve psikolojik destek ihtiyacı bildirmişlerdir.

Bu ihtiyaçların bir önceki bölümde sunulan meme kanserli kadınların hastalıklarına yönelik tepkilerinin altında yattığı iddia edilen varoluş, kayıp ve kadınlık kimliği olarak sınıflandırılan temel sorunlarla ilişkili olduğu söylenebilir. Psiko-sosyal ihtiyaçların bireyin kontrol algısını yeniden kazanması, duygularıyla başa çıkabilmesi, değişen kimlik ve rollerine tekrar uyum sağlayabilmesi ve

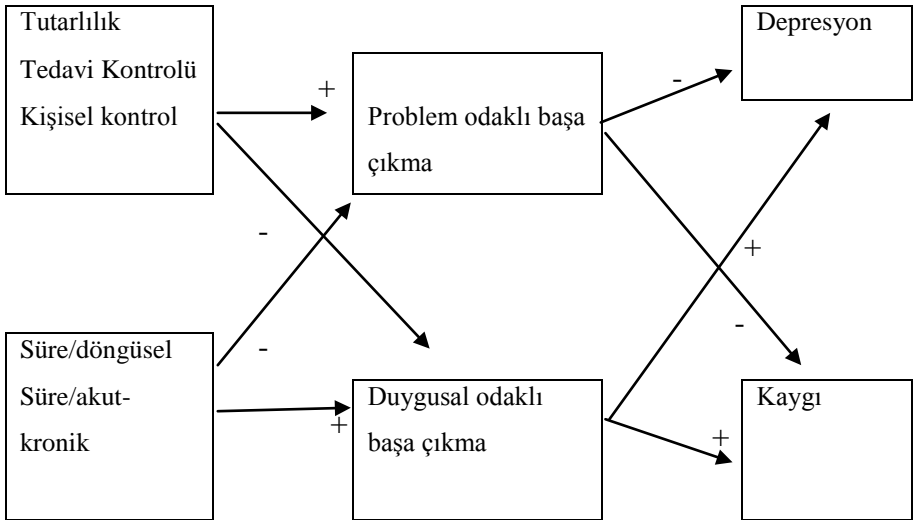
yaşam amaçlarını tekrar gözden geçirerek yeniden anlam bulmasına yardımcı olacak temel ihtiyaçlar olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra tedavi sürecinde her aşamada karşılaştıkları fiziksel güçlüklerin üstesinden gelebilmeleri ve tedavilerin gerekliliklerini yerine getirebilmek için soysal desteğe olan ihtiyaçlarını ortaya koymaktadır.

1.8. Araştırmanın Amacı

Yürütülen bu çalışma iki amaca hizmet etmektedir. Çalışmanın birincil amacı OAM çerçevesinde, meme kanserli kadınların hastalıklarıyla ilgili algıları kapsamında kullandıkları başa çıkma stratejileri ve hastalığın psikolojik sonuçları arasındaki ilişkiyi açıklayan modeli test etmektir. Diğer bir ifadeyle, tutarlık, tedavi kontrolü, kişisel kontrol, süre döngüsel, süre /akut kronik, sonuçlar ve duygusal temsiller boyutlarından oluşan hastalık temsilleri ile problem odaklı başa çıkma ve duygu odaklı başa çıkma stratejileri ile kaygı ve depresyon arasındaki ilişkileri incelemektir.

Gerek ilgili alanyazındaki araştırmaların bulguları gerekse OAM'ın kuramsal temeli, tutarlık, tedavi kontrolü ve kişisel kontrol algılarının yüksekliğinin hastalıkla ilgili olumlu inançları, bununla birlikte süre döngüsel ve süre /akut kronik algısının hastalıkla ilgili olumlu olmayan inançlar olduğunu göstermektedir (Grace ve diğerleri, 2005; Husain ve diğerleri, 2008; Jopson ve Moss-Morris, 2003; Kocaman-Yıldırım ve diğerleri, 2013; Paschalides ve diğerleri, 2004; Vaughan ve diğerleri, 2003). Bunlara ek olarak, olumlu hastalık algılarının hastalığın olumlu psikolojik sonuçlarıyla uyumlu başa çıkma stratejilerinin ya da aktif başa çıkma stratejilerinin; olumlu olmayan hastalık algılarının, hastalığın olumlu olmayan psikolojik sonuçlarıyla uyumlu olmayan ya da duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin aracılığıyla dolaylı etkileri olduğu

gözlenmektedir (Evans ve Norman, 2009; Hagger ve Orbell, 2003; Knibb ve Horton, 2008; Knowles ve diğerleri., 2011; Knowles ve diğerleri, 2013; Rutter ve Rutter, 2002). İlgili araştırmalar ve kuramsal temel çerçevesinde, araştırmanın hipotetik modeli Şekil 3.'de sunulmaktadır.



Şekil 3. Araştırmanın Hipotetik Model

Araştırmanın ikinci amacı ise meme kanserli kadınların kendi bakış açılarından psiko-sosyal gereksinimlerini belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevaplar aranmaktadır:

1. Meme kanseri tanısı almış kadınların tanı ve tedavi aşamasında gösterdikleri tepkiler nelerdir?

2. Meme kanseri tanısı almış kadınların tanı ve tedavi aşamasında kullandıkları başa çıkma stratejileri nelerdir?
3. Meme kanseri tanısı almış kadınların bakış açılarına göre tanı ve tedavi aşamasında meme kanseri yaşantısındaki koruyucu ve engelleyici etmenler nelerdir?
4. Meme kanseri tanısı almış kadınların tanı ve tedavi aşamasındaki psiko-sosyal ihtiyaçları ve destek kaynakları nelerdir?

1.9. Önem

Dünyada tüm yaş grupları göz önüne alındığında, ölümlerin temel nedenlerinin %63'ü kronik hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Bu hastalıklardan ilk sırada %48'lik bir oranla kardiyovasküler hastalıklar, ikinci sırada ise %21'lük bir oranla kanser gelmektedir (WHO, 2011). 2010 yılında Türkiye'de ölüm oranlarının %49'nun kardiyovasküler hastalıklardan, %18'in ise kanserden kaynaklandığı bildirilmiştir (WHO, 2011). Kronik hastalıklar, bireyin psiko-sosyal iyilik-halini olumsuz yönde etkilemekle birlikte, bu hastalıklardan kadınlar ve azınlık (minority) gruplarının daha fazla etkilendiği vurgulanmaktadır (Sperry ve diğerleri, 2005). Örneğin, romatoid artrit hastalarında teşhisten bir yıl sonraki yüksek psikolojik sıkıntıyı yordayan değişkenlerden birinin kadın olmak olduğu gözlenmiştir (Evers ve Kraaimaat, 1997). Türkiye'de hipertansiyonlu, hemodiyaliz alan kronik böbrek yetmezliği olan, kemoterapi alan kanserli, romatoid artritli ve diyabetli hastalarla yürütülen bir çalışmada da benzer şekilde, duygudurum ve kaygı bozukluklarının kadınlarda erkeklere oranla daha yaygın olduğu gözlenmiştir (Bilge, 2008). Günümüzde en yaygın kronik hastalıklardan biri olan kanser hastalığında da kadınların erkeklere oranla duygusal olarak en fazla etkilenen grup olduğu belirtilmektedir (Ernstmann ve diğerleri, 2009).

Kadınlar arasında en sık karşılaşılan kanser türü meme kanseridir ve her dokuz kadından biri meme kanseri tanısı almaktadır (Ogden, 2010). Meme kanseri de, çoğu kanser türünde olduğu gibi hem yaşamı tehdit eden akut bir hastalık hem de ciddi bir kronik hastalık durumudur (IOM, 2008). Ayrıca, kronik bir durum olarak meme kanseri ve bakım hizmetleri belli aşamalardan oluşmaktadır (Hewitt ve diğerleri, 2004). Psiko-sosyal uyumun en düşük düzeyde ve psikolojik sıkıntının en yüksek olduğu aşama tedavi aşaması olarak görülmektedir (Schroevera, Ranchorb ve Sanderman, 2006). Bu bulgudan yola çıkılarak yürütülen bu çalışmada, tedavi gören meme kanserli kadınların sıkıntı seviyesinin en yüksek olduğu aşamadaki yaşantıları ele alınmaktadır. Birey hastalığının bu aşamasında meydana gelen fiziksel etkilerle başa çıkmaya çalışırken, aynı zamanda önemli yaşam değişikliklerine de- işi bırakma ya da değiştirme, hastanede yatış gibi- uyum sağlamaya çalışmaktadır. Bu değişiklikler bireyi kişisel ve sosyal olarak etkilemekle birlikte, birey duygusal olarak da iyilik-halini korumaya çalışmaktadır. Bunlara ek olarak, bireyin sosyal yaşantısı ve kişilerarası ilişkileri değişmekte ve en önemlisi sağlık uzmanları kanserli hastanın ve ailesinin sosyal ağının bir parçası olmaya başlamaktadır (Doka, 2009). Ayrıca bir sağlık tehdidiyle karşılaşıldığında, kişi bedensel duyumlar kadar, doktordan alınan bilgi, diğer insanların tavsiyeleri ve tepkileri ve hatta medyadan gelen bilgilere maruz kalmaktadır. Alınan bu bilgiler bireyin yaşadığı sosyal ve kişisel bağlamla birleşmektedir. Sonuçta, işlenen bu bilgilerle ortaya hastalıkla ilgili bilişsel modeller çıkmaktadır (Benyamini, Gozlan ve Kokia, 2004).

Hastalıkla ilgili bilişsel modellerin içeriği en kapsamlı olarak Nerenz ve diğerleri (1982) tarafından hastalık temsilleriyle açıklanmıştır. Hastalık temsilleri aynı zamanda Leventhal ve diğerleri (1998) tarafından hastalık davranışlarının altında yatan süreçleri açıklayan OAM'ın da temelini oluşturmaktadır. Alan yazında kronik hastalıkların dolayısıyla kanserinin psikolojik yönünü anlamaya

yönelik en önemli modellerden biri olarak vurgulanan OAM (De Ridder ve Witt, 2006) ile ilgili yurt dışında çeşitli kronik hastalıklar ve kanserle ilgili psikolojik süreçleri test etmeye yönelik çalışmaların oldukça yaygın olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, ülkemizde bu modeli test etmeye yönelik yürütülen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yürütülen çalışmalarda genellikle başa çıkma stratejileri ve hastalık sonuçları arasındaki ilişkilerin ele alındığı görülmektedir (Sütçü, 2010; Filazoglu ve Griva, 2008). Bu çalışmada ise başa çıkma stratejileri ve hastalık sonuçları arasındaki ilişkiler ve aynı zamanda, hastalık algıları ile bu değişkenler arasındaki ilişkiler ortaya konmaya çalışılacaktır. Ayrıca, OAM çerçevesinde başa çıkma stratejilerinin hastalık temsilleri ve hastalık sonuçları arasındaki rolleri de incelenmektedir. Bu bağlamda, çalışmanın Türkiye’de meme kanserli kadınların hastalık algıları, kullandıkları başa çıkma stratejileri ve psikolojik sonuçlar arasındaki ilişkilerin detaylı olarak incelenmesine olanak sunacağı öngörülmektedir. Bunlara ek olarak, hastalığın etkisi ve hastalığa yönelik yürütülecek psikolojik müdahalelerin içeriklerinin sosyal ve kültürel bağlamdan bağımsız olarak kabul edilemeyeceği (Leventhal ve diğerleri, 2004; New Zealand Guidelines Group, 2009) göz önüne alındığında, çalışma sonuçlarının sosyal ve kültürel bağlama bağlı üçüncül önleme çalışmalarına rehberlik edeceği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra, bu çalışmanın meme kanserinin psikolojik süreçlerini anlamaya yönelik bir model sunacağı ve OAM’ın Türkiye’deki geçerliliğini test etmek için önemli bir başlangıç noktası olacağı düşünülmektedir.

Bunlara ek olarak, meme kanseri açısından tanı ve tedavi aşamasında kadınların ortaya çıkan temel psiko-sosyal gereksinimlerinin belirlenmesi önem arz etmektedir. Maslow (1943) ihtiyaçlar hiyerarşisi kuramında fizyolojik, güvenlik, sevgi ve ait olma, saygı ve kendini gerçekleştirme ihtiyaçları olmak üzere beş temel düzeyde ihtiyaç belirlemiştir. Bu ihtiyaçların bir hiyerarşi içinde organize olduğunu ve bir ihtiyaç doyurulduğu zaman bir sonraki daha yüksek

ihtiyaca geçildiğini belirtmektedir. Fakat meme kanseri tedavisinin kadınların en temel ihtiyaçlarından beslenme ihtiyacı ve cinsel ihtiyaçlarını karşılamada engel oluşturduğu söylenebilir. Sağlığa ve yaşama yönelik tehdit içermesiyle güvenlik ihtiyacını kısıtlamasının yanında, sevgi ve ait olma ihtiyacını yakın çevresiyle sınırlandırmakta ve toplumsal faaliyetlerin dışında kalmalarına neden olmaktadır. Ayrıca, meme kanseri tanısı ve tedavisi kadının gelişimsel görevlerini yerini getirmede bir engel oluştururken, psiko-sosyal gelişimini de sekteye uğratmaktadır. Kadının genç yetişkin dönemine bir işe girmek, romantik bir ilişki kurma ve evlenme; orta yetişkinlikte iş yaşamını ve romantik ilişkiyi sürdürme ve çocuk yetiştirme gibi gelişimsel görevleri (Fingerman, Berg, Smith, ve Antonucci, 2011) hastalığın fizyolojik etkileriyle engellenmektedir.

Bununla birlikte, kanser ve psiko-sosyal ihtiyaçlar temelinde yürütülen çalışmalar psiko-sosyal etmenlerin kanserli hastalarda sağkalım süresini etkilediğini bildirirken (Matthew, Effie, Eleni, George, Christos, ve Petros, 2007), kanserli bireylerde karşılanmayan psiko-sosyal ihtiyaçlar olduğu ve 20 yıldır bu ihtiyaçların karşılanmadan kaldığı da belirtilmektedir (Barg ve diğerleri, 2007). Bir başka ifadeyle, psiko-sosyal ihtiyaçların karşılanmasının kanserli hastalarda sağ kalım süresini uzattığı bilimsel olarak ortaya konulmuş olmasına rağmen hangi psiko-sosyal etkenlerin bu süreyi uzattığı yeterince ayrıntılı araştırılmamıştır. Yurt dışında yürütülen çalışmalarda, kanserli bireylerin psiko-sosyal ihtiyaçlarının belirlenmesi çalışmalarının kansere yönelik psiko-sosyal hizmetlerin içeriklerini belirlemeye temel oluşturmak üzere yürütüldüğü görülmektedir (Committee on Cancer Survivorship, 2001). Birçok ülkede devlete bağlı kuruluşlar ya da sivil toplum örgütleri tarafından kanserli ve meme kanserli hastaların psiko-sosyal ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik psiko-sosyal servislerin çeşitleri ve içeriklerine yönelik kılavuzların hazırlandığı görülmektedir (Hewitt ve diğerleri, 2004; National Breast Cancer Centre Psychosocial Working Group, 1999). Türkiye’de ise kanserli hastalar psiko-sosyal desteği yakın çevrelerinden

aldıklarını, sağlık çalışanlarından en az desteği aldıklarını ve ruh sağlığı çalışanlarından hiç destek almadıklarını belirtmektedirler (Özyurt, 2007). Bu çalışma sonucunda belirlenecek olan meme kanserli hastaların psiko-sosyal ihtiyaçlarının, meme kanseri ile ilgili çalışan tüm sağlık çalışanlarına bir kaynak oluşturmasının yanı sıra sunulacak psiko-sosyal hizmetlerin çeşitlerini ve içeriklerini belirlemede de bir rehberlik edeceği düşünülmektedir.

Bu çalışmanın ayrıca psiko-sosyal müdahaleler anlamında da alanyazına belli katkılarının olacağı düşünülmektedir. Bunlardan bir tanesi önleme çalışmalarına yönelik katkıdır. Fiziksel sağlıkla ilgili konularda önleme çalışmaları üç düzeyde gerçekleşmektedir. Birincil önleme hastalıktan kaçınma (örneğin kanser olmamak için düzenli spor yapma), ikincil önleme hastalığı tanılama ya da müdahale için erken adımların atılmasını (örneğin mamografinin çekilmesi) ve son olarak üçüncül önleme sağlık probleminin ardından yapılacak müdahaleleri içermektedir (Sarafino, 2004). Meme kanseri tanısı ve aynı zamanda yaşamda kalım süresinin artışı (Comparator Reports, 2009) göz önüne alındığında hastalığın her aşamasında yaşanan psiko-sosyal sorunlar, üçüncül önleme çalışmalarında psikolojik danışma alanının önemini arttırmaktadır. Genel psikolojik danışma model ve yaklaşımları sağlık ile ilgili çalışmalara bir çatı sunmakla birlikte, sağlık ile ilgili çalışmalarda odak nokta danışanın sağlık ve hastalıkla ilgili yaşantı ve kaygılarının ele alınmasını içermektedir. Bu bağlamda psikolojik danışma alanında sağlık ve hastalıkla ilgili psikolojik danışma hizmetlerinin kapsamını geliştiren ve katkı sunan alt alanlardan sağlık danışmanlığının gelişmesine, ülkemizde de ihtiyaç duyulmaktadır. Aynı zamanda, sağlık danışmanlığı alanında çalışacak psikolojik danışmanların genel psikolojik danışma bilgi ve becerilerinin yanı sıra, çalışacağı hastalığı ve hasta grubunu çok iyi bilmesi gerekmektedir (Sperry ve Carlson, 2002). Yürütülen bu çalışmanın, sağlık alanında çalışmak isteyen psikolojik danışmanlara meme kanseri ve meme kanserli kadınlarla ilgili genel bir bilgi sunmasının yanı sıra, sağlık danışmanlığı

uygulamalarının çeşitlerini ve içeriklerini belirlemede de kaynak oluşturması beklenmektedir.

Bu çalışmanın diğer katkısının, profesyonellere yönelik hazırlanacak tedavi kılavuzlarının içeriklerinin belirlenmesine yardımcı olacağıdır. Türkiye’de dahil olmak üzere meme kanserinde yaşamda kalma oranı son 50 yılda ciddi bir artış göstermiştir. Yaşamda kalma oranlarındaki bu artış, hem tedavi sırasında hem de yaşamda kalım süresi içinde çok disiplinli çalışmaların önemini artmıştır. Bu bağlamda Avrupa Parlamentosu tarafından 2016 yılına kadar üye ülkelerin meme kanserinin tedavisine yönelik çok disiplinli tedavi kılavuzlarını hazırlamaları uygun görülmüştür (Comparator Reports, 2009). Meme kanserinin tedavisine yönelik bu bakış açısı son dönemde tüm dünyada kabul görmektedir. Örneğin, Yeni Zelanda’da hazırlanan tedavi kılavuzunda erken meme kanseri tanısı almış tüm kadınlara yönelik psiko-sosyal müdahalelerde bulunulmasını önerilmiştir (New Zealand Guidelines Group, 2009). Yine, yurt dışında, meme kanserine yönelik psiko-sosyal servislerin içeriklerine yönelik hazırlanmış kılavuzlarda, psiko-eğitim ve hastalık davranışlarına değerlendirme ve izleme çalışmalarının yer aldığı görülmektedir (Comparator Reports, 2009). Ayrıca, bireysel ya da grupla psikolojik danışma, akran destek grupları, kendini yönetme ya da kendi kendine bakım programları gibi birçok farklı müdahale programlarının önerildiği görülmektedir. Bu müdahalelerin içeriklerinin ise bilişsel-davranışçı müdahaleler, kriz danışmanlığı, yas danışmanlığı, aile danışmanlığı veya seks danışmanlığı (Hewitt ve diğerleri, 2004) ve stresle başa çıkma programları (Antoni, 2003) gibi programlardan oluştuğu görülmektedir. Örneğin, kanser hastalarına yönelik oluşturulan bilişsel-davranışçı programların bilişsel boyutlarının hastalık algılarından davranışçı boyutlarının ise kendini düzenlemenin en önemli boyutu olan kendini-izlemeden oluştuğu görülmektedir (Moorey ve Greer, 2002). Bu bağlamda, yürütülen bu çalışmanın bu tür kılavuzların hazırlanması sürecine katkıda bulunması beklenmektedir.

1.10. Sayıtlar

- Katılımcılar Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğini (SBÇTÖ), Beck Depresyon Envanterini (BDE), Beck Anksiyete Ölçeğini (BAÖ) ve Hastalık Algısı Ölçeğini (HAÖ) içtenlikle yanıtlamışlardır.
- Ölçekler ölçülmek istenen özellikleri ölçebilme gücüne sahiptir.

1.11. Sınırlılıklar

Bu çalışma 2012 Eylül-2013 Nisan ayları arasında Mersin ve Adana illerinde tıbbi onkoloji ve onkolojik radyasyon bölümlerinde meme kanseri tedavisi gören ve çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyen toplam 123 meme kanserli hasta ile yürütülmüştür.

- Araştırmanın bulguları örneklemin temsil ettiği evrenle sınırlıdır.
- Ayrıca verileri, çalışmada kullanılan görüşme sorularının niteliği ve meme kanserli kadınların görüşme sorularını anlamlandırmalarını sağlayan algı çerçeveleriyle sınırlıdır.

Ayrıca bu çalışmaya dâhil edilen katılımcılar;

- a. Birincil meme kanseri tanısı almış,
- b. 18 yaş üstü kadın,
- c. Mersin ya da Adana'da yaşıyor,
- d. Cerrahi müdahale sonrası ayaktan sistematik tedavilere (kemoterapi, radyoterapi ya da hormon tedavisi) devam ediyor,
- e. Türkçe okur-yazar ve
- f. Çalışmaya gönüllü katılmış olmakla sınırlanmıştır.

Bunun dışında, hastalığında metastazı bulunanlar ve sistematik tedavilerini tamamlamış olanlar araştırma kapsamına alınmamıştır.

1.12.Tanımlar

Kronik Hastalık: Mevcut tıbbi müdahale yöntemleriyle kontrol edilebilen ancak tamamen iyileşmeyen (Carrier, 2009), hastalık seyirinde tahmin edilemeyen duraksama ve şiddetlenmeleri olan ve bireyin biyopsikososyal yaşamında çeşitli engelleyici etkileri olan fiziksel ya da ruhsal hastalıktır (Royer, 1998).

Meme Kanseri: Meme dokularında kanser hücrelerinin oluşmasıyla meydana gelen bir kronik hastalıktır (Parker ve Parker, 2002).

Ortal Algı Modeli (OAM): Bireyin hastalık hakkındaki bilgiyi işleme sürecindeki etmenleri ve bu bilginin hastalıkla ilişkili “sokaktaki insan” bakış açısıyla nasıl bütünleştiğini, sokaktaki insan bakış açısının başa çıkma davranışları ve hastalıkla ilgili sonuçları nasıl etkilediğini tanımlayan bir modeldir (Hagger ve Orbell, 2003).

Hastalık Bilişleri: Bireyin sağlık tehditleri hakkında ortak algı tanımları ile hastalık ve tedavi hakkındaki algısıdır (Leventhal ve diğerleri, 1998).

Hastalık Temsilleri: Hastalık temsilleri, bireyin hastalıkla ilgili inançları ve öznel değerlendirmeleridir (Martin, Rothrock, Leventhal ve Leventhal, 2003).

Süre (Akut/kronik): Kişinin hastalığının süresini akut ya da kronik görmesiyle ilgili algısıdır (Moss-Morris ve diğerleri 2002).

Süre (Döngüsel): Kişinin hastalığının döngüsel bir seyir izleyeceğine dair inancıdır (Moss-Morris ve diğerleri 2002).

Kişisel Kontrol: Kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısıdır (Moss-Morris ve diğerleri 2002).

Tedavi Kontrolü: Kişinin, uygulanan tedavinin etkililiği hakkındaki inançlarıdır (Moss-Morris ve diğerleri 2002).

Hastalık Tutarlılığı: Kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını ifade etmektedir (Moss-Morris ve diğerleri 2002).

Duygusal Temsiller: Kişinin hastalığı ve sağlık tehdidine karşı hissettikleridir (Nerenz ve diğerleri, 1982).

Başa Çıkma: “Bireyin var olan kaynaklarını zorlayan (taxing) ya da aşan özgün dışsal ya da içsel talepleri yönetmeye yönelik verdikleri sürekli değişen bilişsel ve davranışsal tepkilerdir” (Lazarus ve Folkman, 1984: 141).

Duygu-odaklı Başa Çıkma: Zararlı ve tehdit edici çevreye yapılabilecek herhangi bir şey olmadığına dair değerlendirme sonucunda kişinin kullandığı başa çıkma stratejisidir (Lazarus, 1999; Lazarus ve Folkman, 1984).

Problem-odaklı Başa Çıkma: Zararlı ve tehdit edici durumların değiştirmeye uygun olduğuna dair bir değerlendirme yapıldığında ortaya çıkan başa çıkma stratejisidir (Lazarus, 1999; Lazarus ve Folkman, 1984).

Depresyon: “Üzüntülü veya rahatsız edici (irritable) duygudurum ve bununla bağlantılı, uyku ve iştah değişiklikleri; düzenli ve haz verici etkinliklere olan

ilginin kaybı; psikomotor değişiklikler; dikkati toplayamama; yorgunluk, ümitsizlik ve çaresizlik duyguları ve intihar düşünceleri gibi belirtilerle birlikte işlevsellikte bozulmanın olduğu bir dönemdir” (Kaplan ve Sadock, 1996: 219).

Kaygı: “Otonom sinir sisteminin çok hareketli (hiperaktif) olduğunu gösteren somatik bulguların eşlik ettiği bir endişe duygusudur” (Kaplan ve Sadock, 1996:239).

Psiko-sosyal İhtiyaç: Psikolojik, duygusal ve sosyal işlevsellikte en yüksek iyilik-haline ulaşmak için, sosyal ağlardan beklenen gerekli ve istedik belli eylem ve kaynaklara ilişkin taleplerdir (Sanson-Fisher ve diğerleri, 2000; McIlmurray ve diğerleri, 2001).

BÖLÜM II

YÖNTEM

Bu bölümde, araştırma soruları kapsamında kullanılan yaklaşımlar çerçevesinde araştırmanın modelleri, araştırma grupları, veri toplama araçları, veri toplama süreçleri ve verilerin analizi sunulmaktadır.

2. 1. Araştırma Modeli

Araştırmanın ilk amacı kapsamında nicel araştırma yaklaşımı kullanılmıştır. Bu çalışma birincil meme kanseri tanısıyla tedavi gören kadınların hastalık temsilleri ile depresyon ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkileri ve başa çıkma stratejilerinin bu süreçteki aracı rolünü test etmeye yönelik ilişkisel tarama çalışmasıdır. İlişkisel tarama modelleri, iki ya da daha fazla değişken arasında birlikte değişimin varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modellerine verilen isimdir (Karasar, 2000). Bu çalışma, tedavi gören meme kanserli kadınların hastalık temsilleri, başa çıkma stratejileri ve hastalık sonuçları ile depresyon ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi temelinde bir tarama, sözü edilen değişkenler arasındaki ilişkilerin ve bağlantıların incelenmesi nedeniyle de ilişkisel bir araştırmadır.

Araştırmanın ikinci amacı ise meme kanserli kadınların psiko-sosyal ihtiyaçlarının belirlenmesidir. Bu amaç doğrultusunda nitel araştırma yaklaşımı kullanılmıştır. Nitel araştırma yaklaşımı, araştırmacının insanların olgulara yönelik algılamalarını doğal ortamlarında yorumlaması ve/veya anlam vermesidir (Denzin ve Lincoln, 2005). Nitel araştırma yöntemi, çoğunlukla, bir konu ya da sorunun incelenmesi, sonradan ölçülebilecek verilerin tanımlanması, konu ile ilgili detaylı bir anlayışa ihtiyaç duyulması, örnek bir durumun detaylı anlaşılması ya da kuram geliştirmek amacıyla kullanılan nicel ölçümler ve istatistiksel analizlerin sorunla uymaması nedeniyle kullanılmaktadır (Creswell, 2007).

2.2. Araştırma Grubu

Bu araştırma, Mersin ve Adana illerinde özel, devlet ve üniversite hastanelerinin tıbbi onkoloji ve radyasyon onkolojisi bölümlerinde ayakta tedavi görmekte olan birincil meme kanserli kadınları kapsamaktadır. Çalışmanın nicel yaklaşımla yürütülen birinci bölümünde yer alan örneklem grubunun belirlenmesinde önceden belirlenmiş, sınırlı ve ulaşılması zor özelliklere sahip bireyler üzerinde yapılabilen (Erkuş, 2009) amaçlı örnekleme tekniği kullanılmıştır. Bir başka deyişle, birinci bölümde yer alan örneklem grubunu, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji, Mersin Devlet Hastanesi Tıbbi Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisi, Adana Başkent Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi ve Adana Acıbadem Hastanesi Tıbbi Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisinde ayaktan tedavi gören ve gönüllülük esasını temelinde bu çalışmaya katılan 103 meme kanserli kadın oluşturmaktadır. Araştırma grubunun hastanelere göre dağılımı Tablo 6.'de sunulmaktadır.

Tablo 6.

Araştırma Grubunun Hastanelere Göre Dağılımı

Hastaneler	n	%
Mersin Devlet Hastanesi Tıbbi Onkoloji	28	27.2
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi	23	22.3
Adana Acıbadem Hastanesi Tıbbi Onkoloji	17	16.5
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji	15	14.6
Adana Başkent Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji	12	11.7
Mersin Devlet Hastanesi Radyasyon Onkolojisi	4	3.9
Adana Acıbadem Hastanesi Radyasyon Onkolojisi	4	3.9
Toplam	103	100.0

Çalışma grubunun yaşları 27 ile 79 arasında değişmektedir (\bar{X} =49.37; SS= 10.938). Katılımcıların diğer sosyo-demografik özellikleri ise Tablo 7.'de sunulmaktadır. Tablo 7. incelendiğinde, çalışmada yer alan meme kanserli kadınların %81.6'sının (n=84) evli ve %18.3'nün (n=19) ise bekar oldukları görülmektedir. Katılımcıların %10.7'si (n=11) çocuk sahibi değilken, %10.7'si (n=11) tek çocuk, %40.8'i (n=42) 2 çocuk, %22.3'ü (n=23) 3 çocuk, %9.7'si (n=10) 4 çocuk, %2.9'u (n=3) 5 çocuk, %1 kişi 6 (n=1) ve %1.9'sı (n=2) 7 çocuk sahibidir. Diğer yandan, araştırma grubunun %13.4'ü okur-yazar (n=14), %35.9'u ilkokul (n=37), %4.9'u ortaokul (n=5), %21.4'ü lise (n=22), %7.8'i (n=7) yüksek okul, %13.5'i (n=14) üniversite mezunu ve %2.9'u yüksek lisans (n=3) mezunudur. Son olarak, katılımcıların %56.3'ü (n=58) herhangi bir işte çalışmazken, % 20.4'ü (n=21) çalışmakta ve % 23.3'ü (n=24) emeklidir. Çalışma grubunda yer alan kadınların meme kanseri tanısı almalarının üzerinden geçen süre ise 1 ay ile 96 ay arasında değişmektedir (\bar{X} =12.77; ss=17.09).

Tablo 7.

Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri

		n	%
Medeni Durum	Evli	84	81.6
	Bekar	19	18.3
Çocuk Sayısı	Çocuk yok	11	10.7
	1	11	10.7
	2	42	40.8
	3	23	22.3
	4	10	9.7
	5	3	2.9
	6	1	1.0
	7	2	1.9
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	14	13.6
	İlkokul	37	35.9
	Ortaokul	5	4.9
	Lise	22	21.4
	Yüksekokul	8	7.8
	Üniversite	14	13.6
	Yüksek Lisans	3	2.9
Çalışma durumu	Çalışmıyor	58	56.3
	Çalışıyor	21	20.4
	Emekli	24	23.3
Toplam		103	100.0

Tablo 8’de örneklem grubunun tıbbi özellikleri ile ilgili bilgilere yer verilmektedir. Meme kanserli kadınların geçirdikleri ameliyat tiplerinin oranları

incelendiğinde, tek meme ve koltuk altının alındığı ameliyat tipinin %62.1 (n=64) ile en çok geçirilen ameliyat tipi olduğu görülmektedir. Sadece tümörün alındığı ameliyat tipi %20.4 (n=21) oran ile ikinci sırada yer alırken, bunu sırasıyla %5.8 (n=6) ile memenin bir kısmının ve %3.9 (n=4) ile her iki meme ve koltuk altının alındığı ameliyat tipleri izlemektedir. Diğer ameliyat tiplerinin oranı ise %6.8 (n=7)'dir. Kadınların devam eden tedavileri incelendiğinde, % 47.6'nın (n=50) kemoterapi gördüğü, %22.3'nün (n=23) radyoterapi gördüğü, % 8.7'nin (n=9) hormon tedavisi ve %19.'nün (n=20) diğer tedavileri gördüğü görülmektedir. Ayrıca kadınların %41.7'si (n=43) tanı koyulmadan önce menopoza girdikleri, %57.3'nün (n=59) ise menopoza girmemiş oldukları belirlenmiştir.

Tablo 8.

Araştırma Grubunun Tıbbi Özellikleri

		n	%
Geçirilen ameliyat tipi	Tek meme ve koltuk altı	64	62.1
	Sadece tümör	21	20.4
	Memenin bir kısmı	6	5.8
	Her iki meme ve koltuk altı	4	3.9
	Diğer	7	6.8
Devam eden tedavi	Kemoterapi	49	47.6
	Radyoterapi	23	22.3
	Hormon Tedavisi	9	8.7
	Diğer	20	19.4
Menopoza girme durumu	Evet	43	41.7
	Hayır	59	57.3

Araştırmanın nitel yaklaşımla yürütülen ikinci bölümünün çalışma grubunu ise Özel Acıbadem Adana Hastanesi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Mersin Devlet Hastanesi ve Adana Başkent Üniversitesi Hastanesinde birincil meme kanserli kadınlar arasından gönüllük esasına göre belirlenen 20 meme kanserli kadın oluşturmuştur. Araştırmanın çalışma grubu, yukarıda tanımlanan grup içerisinde amaçlı örnekleme yöntemlerinden benzeşik (homojen) örnekleme yöntemiyle oluşturulmuştur. Benzeşik (homojen) örnekleme, önceden tanımlanmış ölçütlere uyan alt gruplardaki bireylerin amaçlı olarak örneklenmesidir. Bu örnekleme yönteminde önceden belli özellikler tanımlanmakta ve bu özelliklere uygun bireyler çalışma grubu olarak seçilmektedir (Creswell, 2012).

Dolayısıyla, yukarıda sözü edilen hastanelerde tedavi gören ve örnekleme ölçütlerine uyan meme kanserli kadınların telefon numaralarına ulaşılmış ve toplam 126 kişi ile telefon görüşmesi yapılmıştır. Telefon görüşmesi yapılan kadınlardan çalışmaya gönüllü katılmak isteyen toplam 20 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Örneklemin hastanelere göre dağılımı Tablo 9.'de sunulmuştur.

Tablo 9.

Çalışma Grubunun Hastanelere Göre Dağılımı

Hastaneler	n	Katılımcı Kodları
Özel Acıbadem Adana Hastanesi	6	ACB1-6
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	9	MÜ1-9
Mersin Devlet Hastanesi	4	MDH1-4
Adana Başkent Üniversitesi Hastanesi	1	BŞK1
Toplam	2	20

2.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın nicel bölümünde Kişisel Bilgi Formu, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE) ve Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından geliştirilen kişisel bilgi formu (Ek 1.) iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcılara yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu vb. soruların yer aldığı demografik bilgiler yer almaktadır. İkinci bölümde ise tanının üstünden geçen süre, tanıdan

sonra uygulanan ve biten tedaviler, devam eden tedavi, menopoz durumu, başka bir fiziksel hastalığın varlığı, psikolojik yardım alınıp alınmadığı ve tanıdan sonra bilgilendirme yapılıp yapılmadığına dair sorulardan oluşan tıbbi bilgiler yer almaktadır.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBCTÖ): Bireylerin stresle başa çıkmada kullandıkları bilişsel ve davranışsal stratejileri ölçmek amacıyla Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilen Başa Çıkma Yolları Envanterinden (Ways of Coping Inventory) yola çıkılarak Şahin ve Durak (1995) tarafından hazırlanmış daha kısa bir ölçektir (Ek 2.).

Toplam 30 maddeden oluşan ölçek *kendine güvenli yaklaşım* (ör: “Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum”), *Çaresiz yaklaşım* (ör: “Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim”), *iyimser yaklaşım* (ör: “Olaydan/Olaylardan olumlu bir şey çıkartmaya çalışırım”), *boyun eğici yaklaşım* (ör: “Başa gelen çekilir diye düşünürüm”) ve *sosyal desteğe başvurma* (ör: “Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım”) olmak üzere beş faktörden oluşmaktadır. Kendine güvenli yaklaşım 7 maddeden, Çaresiz yaklaşım 8 maddeden, İyimser yaklaşım 5 maddeden, Boyun eğici yaklaşım 6 maddeden ve Sosyal desteğe başvurma ise 4 maddeden oluşmaktadır. Faktör analizleri ayrıca ölçeğin problem odaklı (probleme yönelik/aktif) ve duygu odaklı (duygulara yönelik/pasif) olmak üzere iki ana boyuttan oluşabileceğini göstermiştir (Bayraklı, 2010; Şahin ve Durak, 1995). Problem odaklı başa çıkma, kendine güvenli yaklaşım, iyimser ve sosyal desteğe başvurma; duygu odaklı başa çıkma ise çaresiz ve boyun eğici yaklaşımlardan oluşmaktadır. 0-3 arasında puanlanan dördümlü Likert tipi derecelendirmenin kullanıldığı ölçekte her faktöre ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Her faktöre ait maddelerden elde edilen puanlar toplanmakta ve o faktöre ait toplam madde sayısına bölünerek her faktöre

ait ortalama puan elde edilmektedir. Kendine güvenli, iyimser ve sosyal desteğe başvurma faktörlerinden elde edilen puanlar arttıkça stresle başa çıkmanın etkili olduğu; çaresiz ve boyun eğici yaklaşım faktörlerinden elde edilen puanların artması ise stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerin kullanıldığını belirtmektedir (Şahin ve Durak, 1995). Ölçeğin güvenilirliği üç ayrı örneklem grubuna uygulanmıştır. Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları; Kendine Güvenli Yaklaşım için .62 ile .80 arasında, İyimser Yaklaşım için .68 ile .49 arasında, Sosyal Desteğe Başvurma için .47 ile .45, Çaresiz Yaklaşım için .64 ile .73 arasında, Boyun Eğici Yaklaşım için .47 ile .72 arasında değiştiği görülmüştür (Şahin ve Durak, 1995).

Beck Depresyon Envanteri (BDE): Beck Depresyon Envanteri (Ek 3.) depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. BDE, Beck, Ward, Mendelson, Mock, ve Erbaugh (1961) tarafından geliştirilmiş ve 1978 yılında güncellenmiştir (Beck, Rush, Shaw, ve Emery, 1979). Envanterde depresyona özgü bir davranışsal örüntü ölçülmekte ve azdan çoğa doğru giden dört derecelik kendini değerlendirme cümlelerinden oluşan 21 madde bulunmaktadır. Uygulama günü de dahil olmak üzere, geçirilen son bir hafta içinde, kişinin kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Her maddeye 0 ile 3 arasında puan verilmektedir. Bu puanların toplanmasıyla, depresyon puanı elde edilmektedir. Envanterden alınabilecek puanlar 0-63 arasında değişmekte ve toplam puanın yüksek oluşu depresyonun düzeyinin ve şiddetinin yüksekliğini göstermektedir.

Envanterin 1978 versiyonunun Türkçe uyarlaması ile geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Hisli (1988) tarafından psikiyatri polikliniği hastaları üzerinde ve yine Hisli (1989) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde

yürütülmüştür. Psikiyatri polikliniği hastalarıyla yürütülen çalışmada MMPI kişilik testinin Depresyon Skalasıyla birlikte geçerlik yöntemiyle korelasyon katsayısı .63 olarak elde edilmiştir. Üniversite öğrencileriyle yürütülen çalışmada ise MMPI-D ile .50 düzeyinde bir korelasyon bulunmuştur. BDE'nin Türkçe formunun madde analizi yöntemiyle elde edilen iç güvenirlik katsayısı .80 olarak belirlenirken, yarıya bölme güvenirliği ise .74 olarak rapor edilmiştir.

Beck Anksiyete Envanteri (BAE): BAE, Klinik kaygıyı değerlendirmek ve psikiyatrik gruplarda kaygının şiddetini ölçmek amacıyla Beck, Epstein, Brown ve Steer (1988) tarafından geliştirilmiştir (Ek 4.). Bireyin son bir haftada belli belirtilerden ne kadar rahatsız olduklarını ölçmeyi amaçlayan ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddenin 0-3 arasında puanlandığı 4'lü Likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-63 arasında değişmekte ve toplam puanın yüksekliği yaşanan anksiyetenin yüksekliğini göstermektedir.

Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Ulusoy, Şahin ve Erkmen (1998) tarafından yürütülmüştür. Psikiyatrik hastalar üzerinde yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı .93 olarak belirlenirken, madde toplam puan korelasyon katsayılarının 45 ile .72 arasında değiştiği rapor edilmiştir. Ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayısı ise .57 olarak bildirilmiştir.

Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ): Hastalığın bilişsel temsillerini ölçmek amacıyla ilk olarak Weinman ve diğerleri (1996) tarafından geliştirilen ölçek, Moss-Morris ve diğerlerinin (2002) gözden geçirme çalışmasıyla son halini almıştır. Ölçek "hastalık belirtileri (kimlik)", "hastalık algısı" ve "hastalık nedenleri" olarak üç faktörden oluşmaktadır (Ek 5). Hastalık belirtileri faktörü iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümünde sık görülen 14 hastalık belirtisinin yaşanıp yaşanmadığı ve ikinci bölümde yaşanan bu belirtilerin hastalıkla ilişkili olup

olmadığı Evet/Hayır şeklinde sorulmaktadır. İkinci bölümdeki Evet cevaplarının toplamı hastalık belirtileri boyutunu oluşturmaktadır.

Ölçeğin ikinci faktörü olan hastalık algısı boyutu, bireyin var olan hastalığına yönelik algısını içeren 38 maddelik 5'li Likert tipi bir ölçektir. Bu bölümde 7 alt boyut bulunmaktadır. *Süre* alt ölçeği, kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını ölçmekte ve *akut* ya da *kronik/döngüsel* olarak gruplanmaktadır. *Sonuçlar* alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine ve fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını ölçmektedir. *Kişisel kontrol*, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını incelemektedir. *Tedavi kontrolü*, kişinin, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını ölçerken, *hastalık tutarlılığı* (anlayabilme), kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını ve *duygusal temsiller* ise kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerinin düzeyini ölçmektedir.

Ölçeğin üçüncü faktörü olan hastalık nedenleri ise hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşmaktadır. 5'li Likert tipi ölçümün kullanıldığı bu boyutta, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşünceleri ölçülmektedir ve dört alt ölçekten oluşmaktadır; Psikolojik atıflar (örneğin, stres ya da endişe, duygusal durum, aile problemleri, kişilik özelliklerim gibi), risk faktörleri (örneğin, kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma vb.), bağışıklık (örneğin, mikrop ya da virüs, vücut direncimin az olması vb.), kaza veya şans (örneğin, kaza, yaralanma, kötü talih vb.). Ölçeğin en sonunda nicel değerlendirmede kullanılmak üzere kişinin hastalığın en önemli nedeni olarak gördüğü üç faktörü belirtmesi istenmektedir.

Ölçeğin Türkçeye uyarlama ile geçerlik ve güvenirlik çalışması Armay (2006) tarafından kanser hastaları üzerinde yürütülmüştür. Ölçeğin

hastalık belirtileri için iç tutarlılık katsayısı .84, algı bölümünde .60 ve .85 arasında, hastalık nedenleri boyutunda ise .46 ve .82 arasında değiştiği bildirilmiştir. Test tekrar test korelasyon katsayılarının ise .53 ile .78 arasında değişmektedir. Ölçeğin yapı geçerliğinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen faktör analizinde algı bölümün 7 alt ölçekten oluştuğu ve toplam varyansın %60'nı açıkladığı bulgulanmıştır. Bu alt ölçekler; Süre (akut/kronik), Süre (döngüsel), Sonuçlar, Kişisel kontrol, Tedavi kontrolü, Hastalık tutarlılığı ve Duygusal Temsiller olarak ifade edilmektedir. Nedenler alt ölçeğinin ise faktör analizi sonuçlarına göre 5 faktörden oluştuğu ve toplam varyansın %59'nu açıkladığı belirlenmiştir. Bu faktörler Kişisel atıflar, Dış atıflar, Yaşam şekli atıfları, Kontrol edilemeyen bedensel faktörler ve Şans faktörü olarak isimlendirilmiştir.

Ölçüt bağımlı geçerlik çalışmalarında da kişisel kontrol ($r=-.371$, $p<0.01$), tedavi kontrolü ($r=-.358$, $p<0.01$) alt ölçekleri ile BDÖ arasında negatif ilişki elde edilmiştir. Sonuçlar ($r=.464$, $p<0.01$), süre (akut kronik) ($r=.391$, $p<0.01$), duygusal temsiller ($r=.380$, $p<0.01$), kişisel atıflar ($r=.487$, $p<0.01$), dış atıflar ($r=.147$, $p<0.05$), yaşam şekli atıfları ($r=.241$, $p<0.01$), kontrol edilemeyen bedensel faktörler ($r=.342$, $p<0.01$) ve şans ($r=.127$, $p<0.05$) alt ölçekleri ile BDÖ arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Süre (döngüsel) ve hastalık tutarlılığı alt ölçekleri ile BDÖ arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir.

Bu çalışmada, HAÖ'nün sözü edilen bu üç faktör arasından ikinci faktörü olan hastalık algısı boyutu kullanılmış ve hastalığın nedenleri ve belirtileri (kimlik) boyutları çalışmaya dahil edilmemiştir. Hastalığın nedenleri boyutu cevaplama süresinin uzun süreceği düşünülerek çalışmaya dahil edilmemiştir. Hastalık belirtileri (kimlik) boyutu ise araştırma grubunun tedavi gören meme kanserli bireylerden oluşması nedeniyle gördükleri tedavilerin yan etkileriyle hastalık

belirtilerinin birbirine karışacağı düşünülerek çalışmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca, diğer kanserli bireylerle yürütülen araştırmalarda da bu boyutun çalışmalara dahil edilmediği görülmüştür (Hagger ve Orbell, 2003; Gould ve diğerleri, 2010). Bunlara ek olarak, Hastalık algısı boyutunda sonuçlar ve duygusal temsiller alt boyutları ayrıca çalışmaya dâhil edilmemiştir. Duygusal temsiller alt boyutunda yer alan maddelerin BDE ve BAE'nin maddeleri arasındaki örtüşmeler olduğu ve bu nedenle yorumlamada zorluklar yaratacağı düşünülmüştür. Benzer şekilde Gould ve diğerleri (2010) jinekolojik kanserli kadınlarla yürüttükleri araştırmada, hastalık sonuçları değişkenleri ile hastalık temsilleri boyutu arasında örtüşmeler olması nedeniyle çalışmaya dahil edilmediği görülmektedir. Ayrıca, sonuçlar alt boyutunun Cronbach-Alfa değeri .56 olarak hesaplanmış ve .70'den düşük olduğu için çalışmaya dahil edilmemiştir. Dolayısıyla, çalışmada HAÖ'nün hastalık algısı boyutunda yer alan beş alt boyut çalışmaya dahil edilmiştir. Bu alt boyutlar; süre akut, süre kronik/döngüsel, kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve hastalık tutarlılığıdır.

Araştırmanın nitel bölümünde yüz yüze görüşme tekniklerinden yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Nitel araştırma yaklaşımında kullanılan veri toplama yöntemleri doğrudan gözlem, yüz yüze bireysel görüşme, odak grup görüşmesi ve döküm incelenmesidir (Howitt ve Cramer, 2011; Hays ve Singh, 2012). Bu çalışmada yüz yüze görüşme tekniği kullanılmıştır. Yüz yüze görüşme tekniği, katılımcının kendi kelimeleriyle anlamlı ve önemli olanları tanımlamasına, araştırmacıya detaylara yönelik daha fazla soruşturma yapmasına ve katılımcıdan beklenmeyen ve ilginç fikir ve temaları ortaya çıkarmasına olanak sağlamaktadır (Hays ve Singh, 2012).

Alan yazında zaman zaman nitel görüşme olarak da adlandırılan (Mason, 2002) yarı yapılandırılmış görüşme, önceden belirlenmiş soruların

uygulanmasının yanı sıra, görüşmecinin soruların dışına çıkarak yanıtlara yönelik sondalar kullanmasını içermektedir. Yarı yapılandırılmış görüşme, verinin kapsamını arttırmakta ve aynı zamanda her katılımcı için veri toplamayı sistematik hale getirmektedir (Fraenkel, Wallen, ve Hyun, 2012). Yürütülen çalışma için oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formu toplam 6 sorudan oluşmaktadır (Ek 6). Bu sorular, tanı ve tedavilerde yaşanan psiko-sosyal sorunları, gereksinim duyulan kişileri ve desteğin içeriği ile kadın hastaların psikolojik destek gereksinimleri ile ilgili sorulardan oluşmaktadır.

Görüşme formunu oluşturma sürecinde öncelikle ilgili alan yazın incelemesi sonucunda taslak olarak hazırlanan sorular uzman görüşüne sunulmuştur. Bu amaçla, Mersin Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü'nde görevli ve nitel araştırma yöntemleri konusunda deneyimli üç öğretim üyesinden taslak görüşme formu ile ilgili soruların kapsamı, açık ve anlaşılır olması gibi konularda geri bildirimler alınmıştır. Alınan geribildirimler sonucunda soruların sıraları değiştirilmiştir. Böylece, yeniden düzenlenen görüşme formu üzerinden dört meme kanserli kadın ile bir pilot çalışma gerçekleştirilmiş ve hazırlanan formdaki açık uçlu sorular sıralanışları, içeriği ve yazımı açısından test edilmiştir. Pilot çalışma sonucunda, 6 açık uçlu soru içeren forma son şekli verilmiştir. Diğer yandan, yapılan pilot çalışma esnasında hastanede yapılan görüşmelerin mekân olarak uygun olmadığı belirlenmiştir. Bunun üzerine 5 meme kanserli kadınla ikinci bir pilot çalışma yapılmıştır. İkinci pilot çalışmada önce katılımcıların telefon numaralarına ulaşılmış ve kendilerine çalışmanın kapsamı ile ilgili bilgi verilerek görüşmeyi hangi mekânda yapmak istedikleri sorulmuştur. Katılımcıların kendilerini iyi/rahat hissettikleri yerlerin çoğunlukla kendi evleri olduğu belirlenmiştir ve görüşmeler bu mekânlarda yapılmıştır. Görüşme formu aracılığıyla gerçekleştirilen görüşmeler, herhangi bir veriyi kaybetmemek amacıyla ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmıştır. Görüşme

sürecinde kayıt cihazı kullanımı konusunda gizlilik etiği üzerinde önemle durulmuş ve gerekli bilgilendirmeler yapılarak katılımcılardan izin alınmıştır. Görüşmeler yaklaşık 40'ar dakika sürmüştür.

2.4. Veri Toplama Süreci

Örnekleme grubunun özelliklerine karar verildikten sonra araştırma verilerinin toplanması amacıyla öncelikle Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (Ek 7.), ardından Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başhekimliği (Ek 8.), Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu - Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Ek 9.), Özel Acıbadem Hastanesi Başhekimliği (Ek 10.) ve Mersin Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden (Ek 11.) gerekli izinler alınmıştır. Ardından, Eylül 2012-Nisan 2013 tarihleri arasında çalışmaya dâhil edilme kriterlerine uyan meme kanserli kadınlarla uygulamalar gerçekleştirilmiştir. Her uygulama öncesi katılımcılara araştırmacının kimliği, araştırmanın hangi üniversite ve bölüme bağlı olarak yürütüldüğü, araştırmanın amacı, katılımcı bilgilerinin gizliliği, araştırma için alınan izinler ile ilgili bilgiler sunulduktan sonra araştırmaya katılma isteği ile ilgili onay istenmiştir. Bunlara ek olarak, araştırma ile ilgili bilgi isteyen hasta yakınlarına da gerekli bilgiler sunulmuştur. Her katılımcıya uygulama öncesi tekrar araştırmanın amacı anlatılarak Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek 12) okutulmuş, karşılıklı olarak imzalanmış ve bir kopyası katılımcıya teslim edilmiştir. Ardından, ilgili hastanelerin kemoterapi ve radyasyon onkolojisi bölümlerinde çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve gönüllü olarak çalışmaya katılmak isteyen meme kanserli kadınlara ölçekler araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Uygulama sonrasında katılımcılara katkılarından dolayı teşekkür edilmiştir.

Çalışmanın nitel yaklaşımla yürütülen diğer bölümünde ise öncelikle pilot çalışmalar yürütülmüştür. İlk pilot çalışma 04-11 Kasım 2011 tarihleri arasında kemoterapi biriminde ilaç tedavisi gören her hangi bir kanser tanısı almış dört kadınla gerçekleştirilmiştir. Bu uygulama sonrası tedavi ünitelerinde görüşme yapmanın hem katılımcı hem de uygulamacı açısından zorluklar yarattığı fark edilmiştir. Yaşanan bu zorluklar gizliliği sağlayamama, çok fazla gürültü olması ve hastaların tedavi sırasında yaşadığı çeşitli fiziksel sıkıntıların görüşmenin içtenliğini engellemesidir. İkinci pilot çalışma ise çalışmaya gönüllü katılmak isteyen dört meme kanserli kadınla 21-29 Aralık 2011 tarihleri arasında katılımcıların kendilerini rahat hissettiği, kendi evleri gibi mekanlarda gerçekleştirilmiştir. Bu uygulamalar sonrası görüşme formunda yer alan soruların uygun olduğuna ve görüşme mekanlarını katılımcının kendisinin belirlemesinin uygun olacağına karar verilmiştir. Böylece 18 görüşme katılımcıların evlerinde, 2 görüşme ise katılımcıların istediği diğer mekânlarda Eylül 2012-Nisan 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Yaklaşık 40-50 dakika süren görüşmelerde veri kaybını önlemek amacıyla ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Ses kayıt cihazının kullanılması ile ilgili katılımcılardan izin istenmiş, araştırmanın gizliliği ile ilgili etik kurallar üzerinde durulmuştur. Ayrıca, görüşmelerde ortaya çıkabilecek karışıklıkları önlemek ve veriler üzerinde önemli olabileceği düşünülen katılımcıların sözel olmayan ifadeleri yazılı olarak not edilmiştir. Her görüşmenin sonunda katılımcılara katkılarından dolayı teşekkür edilmiştir.

2.5. Verilerin Analizi

Bu çalışmanın nicel bölümünde birincil meme kanseri tanısıyla tedavi gören kadınların hastalık temsilleri ile depresyon ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkileri ve başa çıkma stratejilerinin bu süreçteki aracı rolünü test etmeye yönelik olarak yapısal eşitlik modeli (YEM) kullanılmıştır. YEM analizleri LISREL 8 (Jöreskog ve Sörbom, 1993) programı kullanılarak yapılmıştır. Bu araştırmada öngörülen modelin veri tabanına uygunluğunu (model fit) değerlendirmek için çeşitli model uyum indeksleri kullanılmıştır. Ki kare (χ^2), oluşturulan modelin veri tabanına mutlak uygunluğunu değerlendiren önemli bir testtir (Bollen, 1989), ancak ki kare testi örneklem büyüklüğüne duyarlıdır ve örneklem sayısı 200'ün üstüne çıktığında genellikle güvenilir sonuçlar vermemektedir (Schumacker ve Lomax, 1996). Bununla birlikte, ki karenin sık kullanılan bir ölçüt olması nedeniyle χ^2/df oranının 2'nin altında olması model uygunluğunu gösteren önemli bir ölçüt olarak değerlendirilmektedir (Kline, 1998). Öngörülen modelin veri tabanına uygunluğunu test etmek için ayrıca GFI (Goodness-of-fit index; Jöreskog ve Sörbom, 1989; Tanaka ve Huba, 1984), AGFI (Adjusted goodness-of-fit index; Jöreskog ve Sörbom, 1989), CFI (Comparative fit index; Bentler, 1990), SRMR (Standardized root mean square residual; Bentler, 1995) ve RMSEA (Root mean squared error of approximation; Steiger, 1990) gibi araştırmalarda sık kullanılan ölçütlerden de yararlanılmıştır. Öngörülen modelin veri tabanına uygunluğunun kabul edilebilmesi için GFI, AGFI ve CFI değerlerinin .90 üzerinde, SRMR ve RMSEA değerlerinin ise .05 altında olması gerekmektedir (Schumacker ve Lomax, 1996).

Nitel araştırma yaklaşımında nitel ham veri genellikle görüşme dökümleri, gözlem notları ya da yazılı diğer dokümanlardır (Ritchei ve Lewis, 2003). Bu çalışmada ham veriler, kaydedilen görüşmelerin yazıya aktarılması sonucu elde edilen dökümlerden oluşmaktadır. Elde edilen ham veri daha sonra içerik analizine tabi tutulmuştur. İçerik analizi yazılı dokümanlardaki içerik ve temaları

inceleme sürecidir (Hays ve Singh, 2012). Bu süreç, verinin analiz için hazırlanması ve organize edilmesi, kodlama ile verinin ilk keşfinin yapılması, kodlamaları kullanarak veri ile ilgili genel bir çerçevenin çizilmesiyle temaların ve kategorilerin geliştirilmesi hikâyelerle ve görsellerle sunulması ve sonuçların anlamının yorumlanmasından oluşmaktadır (Creswell, 2012). Verilerin analizinde, ilk önce kaydedilen görüşmeler dinlenerek yazılı döküm haline getirilmiştir. Elde edilen ham veriler daha sonra meme kanseri ile ilgili alan yazın, araştırma soruları ve görüşme formunda yer alan sorular dikkate alınarak 15 kategoride toplanmıştır. İlk kategorileştirmenin ardından veriler tekrar gözden geçirilmiş ve tekrar tema ve kategoriler oluşturulmuştur. Son olarak veriler tekrar gözden geçirilmiş, benzer ve farklı örüntüler belirlenmiş ve verilerle ilgili son temalar, kategoriler, alt kategoriler ve boyutlar belirlenmiştir.

Veri analizi sürecinin güvenilirlik ve geçerliliğini test etmek amacıyla “çeşitleme” (triangulation) yapılmıştır. Çeşitleme nitel araştırma sürecinin çeşitli bölümlerinde bulguları daha iyi tanımlamak ve desteklemek için çeşitli kanıtların kullanılmasıdır. En çok kullanılan çeşitleme yöntemleri farklı özelliklere sahip katılımcıların araştırmaya katılmasını içeren veri kaynakları çeşitlemesi; birden çok araştırmacı ya da araştırma takımının veri toplama, veri analizi ya da bulguları yazma aşamalarından birine ya da bir kaçına katılmasını içeren araştırmacı çeşitlemesi; araştırmanın her hangi bir aşamasında farklı bakış açılarının kullanılmasını içeren kuramsal bakış açısı çeşitlemesi ve temaları ortaya çıkarmak için birden çok yöntemin kullanıldığı veri yöntemlerinin çeşitlenmesidir (Hays ve Singh, 2012)

Bu çalışmada araştırmacı çeşitlemesi kullanılmıştır. İki farklı katılımcının dökümleri tesadüfi olarak seçilerek Mersin Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümünde görevli ve nitel araştırma konusunda

deneyimli üç öğretim üyesine analizlerin yapılması için verilmiştir. Her üç öğretim üyesine verilen görüşme dökümleri aynı zamanda araştırmacı tarafından da analiz edilmiştir. Analizlerdeki farklılıklar ve benzerlik için her üç öğretim üyesi ile görüşülerek karşılaştırmalar yapılmıştır. Karşılaştırmalar sonucunda öğretim üyeleriyle benzer kodlamalar yapıldığı görülmüştür. Daha sonra araştırmacı tarafından karşılaştırmalar göz önünde bulundurularak son kategorileştirilme yapılmıştır.

BÖLÜM III

BULGULAR

Bu bölümde, araştırma sorularının test edilmesi sonucu elde edilen bulgulara yer verilmektedir. Nicel verilerin analizinde, öncelikle yapısal eşitlik modeli sayıtları incelenmiştir. İnceleme sonucunda, araştırmada kullanılan tüm ölçeklerden elde edilen puanların normal bir dağılım gösterdiği ve değişkenler arasındaki ilişkilerin doğrusal olduğu görülmüştür. Sonrasında, değişkenler arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları hesaplanmış ve yapısal eşitlik modeli kapsamında değişkenler arasındaki ilişkiler detaylı bir şekilde incelenmiştir. Nitel verilerin analizinde ise meme kanserli kadınlarla gerçekleştirilen yüz yüze görüşmeler aracılığıyla elde edilen veriler, içerik analizi yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir. Her iki araştırma yönteminin kullanılması sonucu elde edilen bulgular aşağıda ayrı başlıklar altında sunulmaktadır.

3.1. Nicel Çalışma Bulguları

3.1.1. Betimsel İstatistikler

Çalışma grubunu oluşturan 103 meme kanserli kadın için ilgili değişkenler arasındaki Pearson korelasyon katsayıları Tablo 10.'da verilmektedir.

Tablo 10.

Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar ile Değişkenlerin Aritmetik Ortalama, Standart Sapma ve Cronbach Alfa Katsayıları

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Süre-akut/kronik	-								
2. Süre-döngüsel	.09	-							
3. Kişisel kontrol	-.09	-.04							
4. Tedavi kontrolü	-.49**	-.13	.29**						
5. Hastalık tutarlığı	-.11	-.27**	.17	.26**					
6. Problem odaklı başa çıkma	-.19	-.13	.20*	.16	.19				
7. Duygu odaklı başa çıkma	.23*	.13	.05	-.15	-.28**	-.35**			
8. Kaygı	.05	.17	.06	-.08	-.05	-.31**	.32**		
9. Depresyon	.21*	.19*	.03	-.23*	-.18	-.43**	.48**	.61**	
Aritmetik ortalama	15.49	10.52	22.11	20.74	9.52	36.14	19.63	17.99	13.41
Standart sapma	5.76	2.97	4.09	3.63	3.50	6.48	8.06	10.92	8.58
Cronbach alfa	.85	.69	.68	.74	.82	.77	.78	.89	.85

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

Tablo 10.'da görüldüğü gibi, çalışma kapsamında ele alınan değişkenler arasında .19 ile .61 arasında değişen anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Yakından incelendiğinde, çalışma grubunun *depresyon* düzeyi ile hastalık algıları arasında yer alan *süre akut/kronik* ($r = .21, p < .01$) ve *süre-döngüsel* ($r = .19, p < .01$) değişkenleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler belirlenirken, *depresyon* düzeyi ile *tedavi kontrolü* ($r = -.23, p < .01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna ek olarak, *depresyon* ile *problem odaklı başa çıkma* arasında ($r = -.43, p < .001$) orta düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki belirlenirken, *depresyon* ile *duygu odaklı başa çıkma* ($r = .48, p < .001$) arasında orta düzeyde ve *depresyon* ile *kaygı* ($r = .61, p < .001$) arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır.

Kaygı değişkeni açısından incelendiğinde, hastalık algısı değişkenleri ile çalışma grubunun *kaygı* düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki ortaya çıkmamıştır. Diğer yandan, *kaygı* ile *problem odaklı başa çıkma* arasında ($r = -.31, p < .001$) negatif yönde anlamlı ilişki belirlenirken, *duygu odaklı başa çıkma* ($r = .32, p < .001$) ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

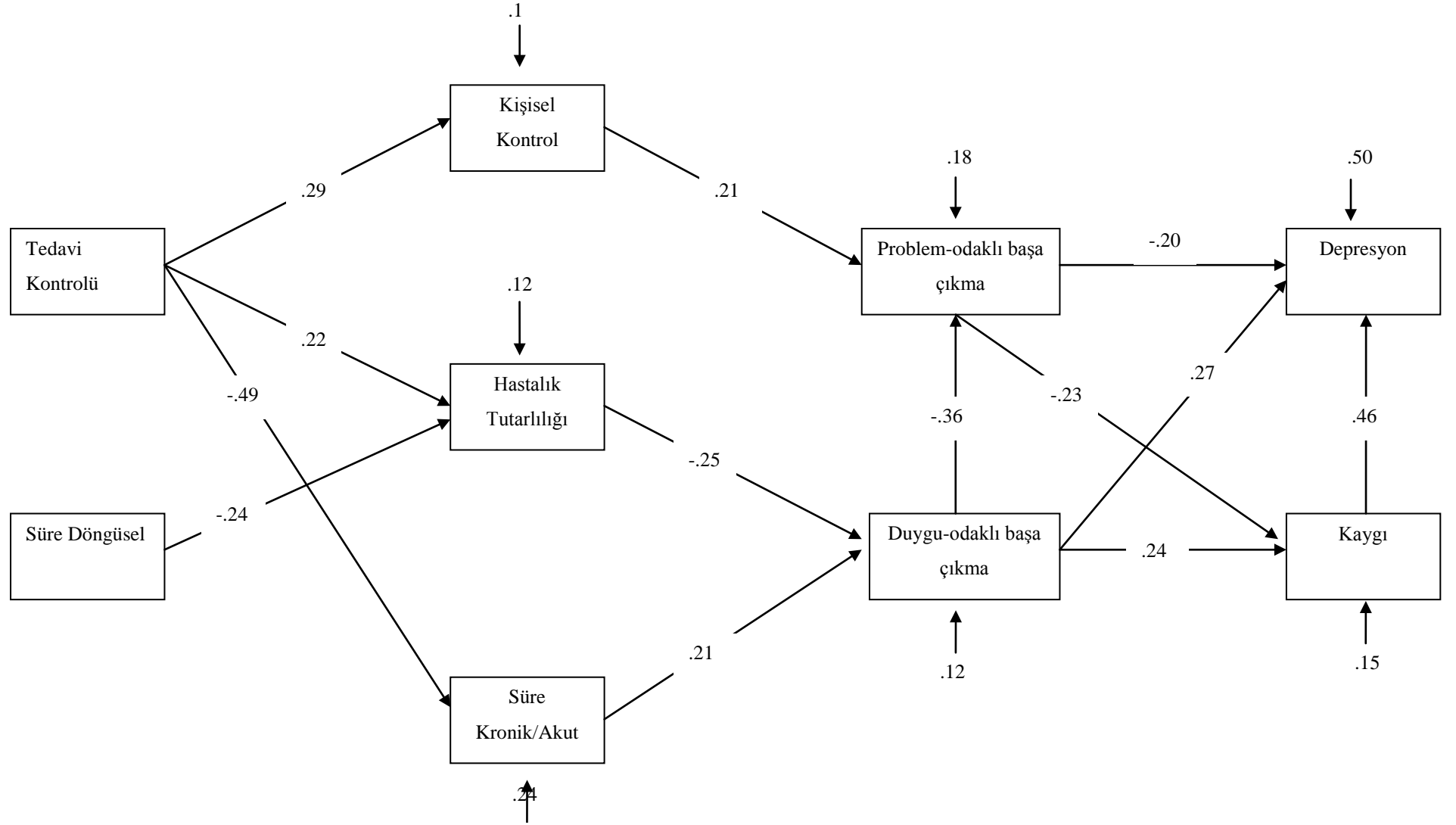
Baş çıkma değişkenleri açısından ele alındığında ise *problem odaklı başa çıkma* ile *duygu odaklı başa çıkma* ($r = -.35, p < .001$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Buna ek olarak, hastalık algısı değişkenleri arasında yer alan *kişisel kontrol* ile *problem odaklı başa çıkma* arasında ($r = .20, p < .01$) ve *süre-akut/kronik* ile *duygu odaklı başa çıkma* arasında ($r = .23, p < .01$) pozitif yönde anlamlı ilişkiler belirlenmiştir.

Bununla birlikte, çalışma kapsamında ele alınan beş hastalık algısı değişkeni arasında da çeşitli düzeyde anlamlı ilişkiler elde edildiği görülmektedir. Bu ilişkiler arasındaki en yüksek ve anlamlı ilişki *süre-akut/kronik* ile *tedavi*

kontrolü ($r = -.49$, $p < .001$) arasında saptanırken, en düşük ilişki ise *hastalık tutarlığı* ile *tedavi kontrolü* arasında ($r = .26$, $p < .001$) belirlenmiştir.

3.1.2. Yapısal Eşitlik Modeli

Ortak Algı Modeli temelinde oluşturulan ve Şekil 4’de gösterilen yapısal eşitlik modeli LISREL 8 (Jöreskog ve Sörbom, 1993) programı kullanılarak test edilmiştir. YEM analizi sürecinde kuramsal ve istatistiksel olarak en uygun ve doğru modeli belirlemek amacıyla, kuramsal yapı, model uyum belirteçleri (*model fit indices*), değişiklik belirteçleri (*modification indices*) ve faktörler arası korelasyonlar dikkate alınarak, gerekli görülen değişiklikler model üzerinde gerçekleştirilmiştir. Yapılan YEM analizi sonucunda ortaya çıkan model, $\chi^2_{(249)} = 441.40$, $\chi^2/sd = 1.77$, RMSEA = .036, SRMR = .049, GFI = .94, AGFI = .93 ve CFI = .96 uyum indeksi değerlerine sahiptir. Elde edilen bu değerler, test edilen modelin yüksek düzeyde kabul edilebilir olduğuna işaret etmektedir. Her bir ilgili değişken açısından ele alındığında analiz sonucunda elde edilen toplam varyans depresyon için % 50, kaygı için % 15, problem odaklı başa çıkma için % 18, duygu odaklı başa çıkma için % 12 şeklinde sıralanmıştır.



Şekil 4. Ortak Algı Modeli Kapsamında Test Edilen Sonuç Modeli

3.1.2.1. Test Edilen Modeldeki Değişkenler Arasındaki Doğrudan İlişkiler

Modelde kullanılan değişkenler arasındaki ilişkilerin yönünü ve gücünü gösteren katsayılar (Lowercase Beta [β] ve Lowercase Gamma [γ]) Tablo 11.'de sunulmaktadır. Yakından incelendiğinde, test edilen modelde yer alan değişkenler arasındaki standardize edilmiş yol katsayıları (standardized path coefficients) .20 ile .46 arasında değişmektedir. Cohen'e göre (aktaran Kline, 1988; Schoon, Sacker, ve Bartley, 2003) standardize edilmiş yol katsayısının .10'un altında olması ele alınan değişkenler arasında düşük düzeyde etki, .30 düzeyinde olması orta düzeyde etki, .50'den fazla olması ise yüksek düzeyde etki olduğuna işaret etmektedir. Bu kriter çerçevesinde ele alındığında, test edilen modelde yer alan değişkenler arasında anlamlı ilişkilerin olduğu belirlenmiştir.

Tablo 11.

Test Edilen Modeli Oluşturan Değişkenler Arasındaki Doğrudan İlişki Katsayıları

Değişkenler								
	Tedavi Kontrolü	Süre (Döngü)	Kişisel Kontrol	Süre (A/K)	Hastalık Tutarlığı	Problem odaklı başa çıkma	Duygu odaklı başa çıkma	Kaygı
Kişisel Kontrol	0.29 (3.01)	---	---	---	---	---	---	---
Süre (A/K)	-0.49 (-5.71)	---	---	---	---	---	---	---
Hastalık Tutarlığı	0.22 (2.38)	-0.24 (-2.53)	---	---	---	---	---	---
Problem odaklı başa çıkma	---	---	0.21 (2.39)	---	---	---	-0.36 (-4.05)	---
Duygu odaklı başa çıkma	---	---	---	0.21 (2.20)	-0.25 (-2.71)	---	---	---
Kaygı	---	---	---	---	---	-0.23 (-2.31)	0.24 (2.39)	---
Depresyon	---	---	---	---	---	-0.20 (-2.55)	0.27 (3.44)	0.46 (6.01)

Not: t değerleri parantez içinde verilmiştir.

Modele göre, depresyon açısından incelendiğinde, *kaygı* ile *depresyon* arasında ($\beta=0.46$) doğrudan, pozitif yönde ve güçlü bir ilişki ya da etkinin olduğu gözlemlenmiştir. Buna ek olarak, *depresyon* ile *duygu odaklı başa çıkma* ($\beta=0.27$) arasında pozitif, *problem odaklı başa çıkma* ($\beta=-0.20$) ile arasında ise negatif ve orta düzeyde bir etkinin olduğu söylenebilir. Elde edilen modelde ele alınan bu üç değişken, ortak olarak depresyon toplam varyansının %50'sini açıklamaktadırlar.

Kaygı açısından incelendiğinde ise yine *kaygı* ile *duygu odaklı başa çıkma* ($\beta=0.24$) arasında pozitif, *problem odaklı başa çıkma* ($\beta=-0.23$) ile arasında ise negatif ve yaklaşık orta düzeyde bir etkinin olduğu belirlenmiştir. Elde edilen modelde ele alınan bu iki değişken, ortak olarak kaygı toplam varyansının % 15'ini açıklamaktadırlar.

Buna ek olarak, *duygu odaklı başa çıkma* ile hastalık algısı değişkenleri içinde yer alan hastalık tutarlılığı ve süre-akut/kronik değişkenleri arasında da anlamlı ilişkiler gözlemlenmiştir. Buna göre, *duygu odaklı başa çıkma* ile *hastalık tutarlılığı* ($\beta=-0.25$) arasında negatif, süre-akut/kronik ($\beta=0.21$) değişkeni arasında ise pozitif ve orta düzeye yakın bir etkinin olduğu belirlenmiştir. Yine, hastalık tutarlılığı ve süre-akut/kronik değişkenleri birlikte *duygu odaklı başa çıkma* toplam varyansının % 12'sini açıklamaktadırlar.

Diğer yandan, hastalık algısı değişkenleri içinde yer alan kişisel kontrol, *problem odaklı başa çıkma* ile anlamlı bir ilişki içinde bulunan tek değişken olarak göze çarpmaktadır. Buna göre, *kişisel kontrol* değişkeninin ($\beta=0.21$) *problem odaklı başa çıkma* üzerinde kısmen orta düzeyde ve pozitif bir etkisinin olduğu ifade edilebilir. Ayrıca, *duygu odaklı başa çıkmanın* da ($\beta=-0.36$) *problem odaklı başa çıkma* üzerinde dolaylı, negatif yönde ve orta düzeyde bir etki gücüne

sahip olduğu görülmüştür. Sözü edilen bu iki değişken, problem odaklı başa çıkma toplam varyansının % 18'sini açıklamaktadırlar.

Bununla birlikte, hastalık algısı değişkenleri açısından değerlendirildiğinde, *tedavi kontrolü* ($\gamma=-0.22$) ve *süre-döngüsel* ($\gamma=-0.24$) değişkenlerinin *hastalık tutarlığı* üzerinde orta düzeyde ve anlamlı etkisi bulunmuştur. Bu iki değişken birlikte hastalık tutarlığı değişkeni toplam varyansının % 12'sini açıklamaktadırlar. Yine, *tedavi kontrolü* değişkeninin *kişisel kontrol* ($\gamma=0.29$) üzerinde pozitif yönde ve orta düzeyde, *süre-akut/kronik* ($\gamma=-0.46$) değişkeni üzerinde ise negatif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı etkisi ortaya çıkmıştır. Bu açıdan ele alındığında, tedavi kontrolü tek başına kişisel kontrol değişkeninin toplam varyansının % 1'ini, süre-akut/kronik değişkeninin toplam varyansının ise % 24'ünü açıklamaktadır.

3.1.2.2. Test Edilen Modeldeki Değişkenler Arasındaki Dolaylı İlişkiler

Test edilen modeldeki değişkenler arasında yer alan doğrudan etkilerin yanı sıra, ilgili değişkenler arasında dolaylı ilişki ya da etkiler de gözlemlenmektedir. Analiz bulguları temelinde değişkenler arasında bulunan dolaylı ilişkiler Tablo 12.'de sunulmaktadır.

Tablo 12.

Test Edilen Modeli Oluşturan Değişkenler Arasındaki Dolaylı İlişki Katsayıları

Değişkenler							
	Tedavi Kontrolü	Süre (Döngü)	Kişisel Kontrol	Süre (A/K)	Hastalık Tutarlılığı	Problem odaklı başa çıkma	Duygu odaklı başa çıkma
Problem odaklı başa çıkma	0.12 (2.91)	-0.02 (-1.68)	---	-0.07 (-1.93)	0.09 (2.25)	---	---
Duygu odaklı başa çıkma	-0.16 (-2.79)	0.06 (1.85)	---	---	---	---	---
Kaygı	-0.06 (-2.56)	0.02 (1.63)	-0.05 (-1.66)	0.07 (1.85)	-0.08 (-2.12)	---	0.08 (2.01)
Depresyon	-0.10 (-2.92)	0.03 (1.76)	-0.06 (-1.96)	0.10 (2.05)	-0.12 (2.25)	-0.10 (-2.16)	0.22 (3.65)

Not: t değerleri parantez içinde verilmiştir.

Test edilen model depresyon açısından incelendiğinde, *tedavi kontrolü* değişkeninin kişisel kontrol ve problem odaklı başa çıkma üzerinden *depresyon* üzerinde ($\beta=-0.10$) dolaylı, negatif yönde ve düşük düzeyde bir etki gücünün olduğu gözlemlenmiştir. Buna ek olarak, *hastalık tutarlığı* ($\beta=-0.12$) ve *süre-akut/kronik* ($\beta=0.10$) değişkenlerinin duygu odaklı başa çıkma aracılığıyla *depresyon* üzerinde düşük düzeyde dolaylı etkilerinin olduğu söylenebilir. Yine, *duygu odaklı başa çıkma* ($\beta=0.22$) değişkeninin problem odaklı başa çıkma ve kaygı aracılığıyla *depresyon* ile pozitif yönde ve kısmen orta düzeyde bir dolaylı ilişkisi bulunduğu ortaya çıkmış, *problem odaklı başa çıkma* ($\beta=-0.10$) değişkeninin ise kaygı aracılığıyla *depresyon* ile negatif yönde ve düşük düzeyde bir dolaylı ilişkisi olduğu belirlenmiştir.

Kaygı açısından incelendiğinde ise *tedavi kontrolü* ($\beta=-0.06$) değişkeninin hastalık tutarlığı, süre-akut/kronik ve duygu odaklı başa çıkma aracılığıyla *kaygı* üzerinde negatif ve düşük düzeyde bir etkiye sahip olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, *hastalık tutarlığı* ($\beta=-0.08$) değişkeninin duygu odaklı başa çıkma üzerinden *kaygı* ile ilgili olarak dolaylı, negatif ve düşük düzeyde bir etki gücüne sahip olduğu gözlemlenirken, *duygu odaklı başa çıkma* ($\beta=-0.06$) değişkeninin ise problem odaklı başa çıkma aracılığıyla *kaygı* üzerinde dolaylı, pozitif yönde ve düşük düzeyde bir etki gösterdiği belirlenmiştir.

Buna ek olarak, *tedavi kontrolü* değişkeninin yine hastalık tutarlığı ve süre-akut/kronik değişkenleri üzerinden *duygu odaklı başa çıkma* ($\beta=-0.16$) ile negatif ve düşük düzeyde; kişisel kontrol değişkeni üzerinden ise *problem odaklı başa çıkma* ($\beta=0.12$) ile pozitif yönde ve yine düşük düzeyde bir dolaylı ilişkisinin olduğu ortaya çıkmıştır.

3.1.2.3. Test Edilen Modeldeki Değişkenler Arasındaki Toplam Etkiler

Test edilen modeldeki değişkenler arasında yer alan dolaylı ve doğrudan ilişkiler birlikte ele alındığında elde edilen toplam etki katsayıları Tablo 13’de gösterilmektedir.

Tablo 13.

Test Edilen Modeli Oluşturan Değişkenler Arasındaki Toplam Etki Katsayıları

Değişkenler								
	Tedavi Kontrolü	Süre (Döngü)	Kişisel Kontrol	Süre (A/K)	Hastalık Tutarlığı	Problem	Duygu	Kaygı
Kişisel Kontrol	0.29 (3.01)	---	---	---	---	---	---	---
Süre (A/K)	-0.49 (-5.71)	---	---	---	---	---	---	---
Hastalık Tutarlığı	0.22 (2.38)	-0.24 (-2.53)	---	---				---
Problem	0.12 (2.91)	-0.02 (-1.68)	0.21 (2.39)	-0.07 (-1.93)	0.09 (2.25)	---	-0.36 (-4.05)	---
Duygu	-0.16 (-2.79)	0.06 (1.85)	---	0.21 (2.20)	-0.25 (-2.71)	---	---	---
Kaygı	-0.06 (-2.56)	0.02 (1.63)	-0.05 (-1.66)	0.07 (1.85)	-0.08 (-2.12)	-0.23 (-2.31)	0.32 (3.40)	---
Depresyon	-0.10 (-2.92)	0.03 (1.76)	-0.06 (-1.96)	0.10 (2.05)	-0.12 (-2.44)	-0.30 (-3.43)	0.49 (5.63)	0.46 (6.01)

Not: t değerleri parantez içinde verilmiştir.

Test edilen modele göre elde edilen bulgular incelendiğinde, sırasıyla *duygu odaklı başa çıkma* ($\beta=0.49$) ve *kaygı* ($\beta=0.46$) değişkenlerinin *depresyon* üzerinde pozitif yönde ve yüksek düzeyde; *problem odaklı başa çıkma* ($\beta=-0.30$) değişkeninin ise *depresyon* üzerinde ($\beta=-0.30$) negatif yönde ve orta düzeyde toplam etkilerinin bulunduğu belirlenmiştir. Buna ek olarak, hastalık algısı değişkenleri arasında yer alan tedavi kontrolü ($\beta=-0.10$), *hastalık tutarlılığı* ($\beta=-0.12$) ve *Süre-akut/kronik* ($\beta=0.10$) değişkenlerinin *depresyon* üzerinde düşük düzeyde toplam etkilerinin olduğu görülmüştür.

Kaygı açısından incelendiğinde ise *duygu odaklı başa çıkma* ($\beta=0.32$) değişkeninin kaygı üzerinde pozitif ve orta düzeyde, *problem odaklı başa çıkma* ($\beta=-0.23$) değişkeninin ise kaygı üzerinde negatif ve kısmen orta düzeyde bir toplam etkilerinin olduğu söylenebilir. Yine, hastalık algısı değişkenleri arasında yer alan tedavi kontrolü ($\beta=-0.06$) ve *hastalık tutarlılığı* ($\beta=-0.08$) değişkenlerinin *kaygı* üzerinde düşük düzeyde toplam etkilerinin olduğu gözlemlenmiştir.

Duygu odaklı başa çıkma değişkeni açısından ele alındığında, hastalık algısı değişkenleri içinde yer alan *tedavi kontrolü* ($\beta=-0.16$), *hastalık tutarlılığı* ($\beta=-0.25$) ve *Süre-akut/kronik* ($\beta=0.21$) değişkenlerinin *duygu odaklı başa çıkma* üzerinde düşük ya da kısmen orta düzeyde toplam etkilerinin olduğu belirlenmiştir.

Benzer şekilde, hastalık algısı değişkenlerini oluşturan *tedavi kontrolü* ($\beta=0.12$) ve *hastalık tutarlılığı* ($\beta=0.09$) değişkenlerinin *problem odaklı başa çıkma* üzerinde pozitif yönde ve düşük düzeyde, *kişisel kontrol* ($\beta=0.21$) değişkeninin ise *problem odaklı başa çıkma* üzerinde pozitif ve orta düzeyde toplam etkilerinin olduğu görülmüştür. Diğer yandan, *duygu odaklı başa çıkma* ($\beta=-0.36$) değişkeninin *problem odaklı başa çıkma* üzerinde negatif ve orta düzeyde bir toplam etkisinin olduğu gözlemlenmiştir.

Hastalık algısı değişkenleri arasındaki ilişkilere yönelik toplam etkiler incelendiğinde ise ele alınan değişkenler arasında orta ve yüksek etkilerin olduğu göze çarpmaktadır. Buna göre, içinde yer alan kişisel kontrol, problem odaklı başa çıkma ile anlamlı bir ilişki içinde bulunan tek değişken olarak göze çarpmaktadır. Buna göre, *tedavi kontrolü* değişkeninin *kişisel kontrol* ($\gamma=0.29$) ve *hastalık tutarlığı* ($\gamma=0.22$) değişkenleri üzerinde pozitif yönde ve orta düzeyde bir toplam etkiye sahip olduğu belirlenirken, *Süre-akut/kronik* ($\gamma=-0.49$) değişkeni üzerinde ise negatif yönde ve yüksek düzeyde bir toplam etkisinin bulunduğu ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte, *Süre-döngüsel* ($\gamma=-0.24$) değişkeninin de *hastalık tutarlığı* üzerinde negatif yönde ve kısmen orta düzeyde bir toplam etkisi bulunmuştur.

III.2. Nitel Çalışma Bulguları

Bu bölümde, meme kanserli kadınlarla yapılan görüşmeler aracılığıyla elde edilen nitel verinin analizi sonucunda ulaşılan bulgulara yer verilmektedir. İçerik analizi sonucunda dört temanın belirgin olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Bu temalar, *tanı ve tedaviye yönelik tepkiler*, *başa çıkma stratejileri*, *koruyucu ve engelleyici etmenler* ve *psiko-sosyal kaynaklar ve ihtiyaçlar* olarak adlandırılmışlardır. Bu bölümde her bir tema altında yer alan ana-kategoriler, alt kategoriler, boyutlar ve alt boyutlar ayrı ayrı ele alınarak sunulmaktadır.

3.2.1. Tanı ve Tedaviye Yönelik Tepkiler

Analiz sonucunda, kadınların meme kanseri tanı ve tedavisine yönelik belirgin tepkiler verdikleri ve bu tepkilerin tanı ve tedavi sürecinde farklılaştığı gözlemlenmiştir. Dolayısıyla *tanı ve tedaviye yönelik tepkiler* ana teması, *tanıya yönelik tepkiler* ve *tedaviye yönelik tepkiler* olarak iki ana kategori altında ele alınmıştır. Ayrıca katılımcıların verdikleri bu tepkilerin, hem tanı ve hem de tedavi dönemlerinde *bilişsel*, *duygusal*, *davranışsal* ve *kişilerarası tepkiler* olarak isimlendirilen alt kategorilere ayrıldığı gözlenmiştir. Analiz sonucunda elde edilen tema, ana kategoriler, alt kategoriler, boyutlar ve katılımcı kodları Tablo 14.'de sunulmaktadır.

Tablo 14.

Tanı ve Tedaviye Yönelik Tepkiler

Ana Kategoriler	Alt Kategoriler	Boyutlar	Katılımcıların kodları
Tanıya Yönelik Tepkiler	Bilişsel tepkiler	Şok	ACB1,MDH1, MDH2,MÜ3,BŞK1,ACB4, ACB20,MÜ6,MÜ7,MÜ8
		İnanamama	MÜ1,ACB3, MDH1,MÜ3,BŞK1, MÜ6, MDH3,ACB6
	Duygusal tepkiler	Üzüntü	ACB, ACB3, MDH1, MDH2, MÜ3, MÜ5, MÜ6, MDH4, MÜ7, MÜ8
		Korku	ACB2, MÜ2, MDH2, ACB4, MÜ5, ACB6,
		Yalnızlık	MÜ5, MDH4, ACB6
		Öfke	MDH3, ACB4
	Davranışsal tepkiler	Suçluluk	MÜ7, ACB6
		Ağlama	MÜ1, ACB3,MDH1, MDH2, MÜ4, MDH4, MÜ9
		Sosyal destek arama Dua etme	ACB1, ACB2, ACB5, ACB6 MÜ4, BŞK1
	Kişilerarası tepkiler	Üzmemeye çalışma, Gizleme	ACB1, ACB2, MÜ1, ACB3, MDH1, MÜ2, MDH, ACB4, ACB5, ACB6
Yalnız kalma		ACB2, MDH1, ACB4	
Tedaviye Yönelik Tepkiler	Bilişsel tepkiler	İnkar	MÜ1, MÜ9
		Öfke, Üzüntü, acı	ACB1, ACB2, MDH1, MÜ2,MÜ, BŞK1, MDH3, MÜ5 MÜ7 ACB1, MÜ2, MDH2, MÜ,MDH3, MDH4
	Duygusal tepkiler	Korku	MDH2, MDH4, ACB6
		Karamsarlık	ACB1, MÜ1, MÜ6
		Boşluk	ACB2, MDH1, ACB6
		Endişe	MDH1, ACB6
	Davranışsal tepkiler	Kayı	ACB4, MÜ5
		Uykusuzluk	Tüm Katılımcılar
		Sosyal geri çekilme	ACB1, ACB2
	Kişilerarası tepkiler	Üzmemeye çalışma	MÜ1, MDG, MÜ7, MÜ8
Kaçınma Sosyal geri çekilme		MÜ, BŞK1, MÜ7, MÜ8 MDH1, MÜ8	

3.2.1.1. Tanıya Yönelik Tepkiler

Veri analizi sonucunda, katılımcıların tanı döneminde diğer dönemlerden farklı tepkiler gösterdikleri ve bu tepkilerin *bilişsel*, *duygusal*, *davranışsal* ve *kişilerarası tepkiler* başlıkları altında incelenebileceği görülmüştür. Bunlara ek olarak, her bir alt kategorinin belli boyutlardan oluştuğu gözlenmiştir. *Bilişsel tepkiler* alt kategorisinin *şok* ve *inanamama* boyutlarından oluştuğu, *duygusal tepkiler* alt kategorisinin ise *üzüntü*, *korku*, *yalnızlık*, *öfke* ve *suçluluk* boyutlarından, *davranışsal tepkiler* alt kategorisinin *ağlama*, *sosyal destek arama* ve *dua etme* boyutlarından oluştuğu görülmüştür. *Kişilerarası tepkiler* alt kategorisinin ise *üzmemeye çalışma* ve *gizleme* ile *yalnız kalma* boyutlarından oluştuğu gözlenmiştir.

Meme kanseri tanısının beklenmedik bir şekilde ortaya çıkmasından dolayı katılımcıların tanıya yönelik belli *bilişsel tepkiler* verdikleri gözlemlenmiş ve bu tepkilerin katılımcılar tarafından *şok* ve *inanama* olarak ifade edildiği görülmüştür. Katılımcıların yarıya yakını meme kanseri tanısını ilk öğrendiklerinde şok yaşadıklarını ve yine yarıya yakını tanıya inanamadıklarını belirtmişlerdir. Örneğin bir katılımcı yaşadığı şoku “*Şok oldum. Başımdan aşağı sıcak su dökülür derler ya benim ayaklarımdan kafamdan çıktı ateş hani öyle bir şekil oldum. Oldum işte iyimi oldu kötümü oldu bilmiyorum ama sonuçta oldu*” (MDH2) şeklinde ifade ederken, başka bir katılımcı inanamama tepkisini “*Yani ilk duyunca böyle zaten inanamıyorsun. Hiç beklemediğin bir olay çünkü. Zaten hiç başına gelmeyecekmiş gibi şey yapıyorsun*” (MDH1) şeklinde ifade etmiştir.

Benzer şekilde, katılımcıların meme kanseri tanısı aldıklarında belli *duygusal tepkiler* verdikleri gözlenmiştir. Katılımcıların verdikleri bu tepkilerin *üzüntü*, *korku*, *yalnızlık*, *öfke* ve *suçluluk* boyutlarından oluştuğu belirlenmiştir.

En çok gözlemlenen *duygusal tepkinin* katılımcıların yarısı tarafından ifade edilen *üzüntü* olduğu görülmektedir. Yaşanan üzüntüyü katılımcılardan biri şu cümlelerle belirtmiştir: “*Öyle bir şey olduğuna yağ bezesi diye söylediler, duyunca biraz haliyle kendi kendime ağladım üzüldüm. Birden duyunca*” (MÜ4).

Taniya verilen diğer bir duygusal tepkinin *korku* olduğu görülmektedir. Yaşanan korku tepkisinin kanserin vücutta ne kadar yayıldığı ile ilgili ya da kanserin yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak algılanmasından kaynaklandığı görülmektedir. Bir katılımcı kanserin vücuttaki yaygınlığı ile ilgili korkusunu şu şekilde ifade etmiştir: “*Derecesi nedir vücutta yayılmış mıdır? Tek korkum oydu. Yayılmış mı yayılmamış mı?*” (MÜ5). Bir başka katılımcı ise kanseri yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak algılaması sonucunda yaşadığı korkuyu şöyle belirtmiştir: “*Diyorum ya sanki böyle ölecekmişsin gibi son günlerini yaşıyormuşsun gibi hissediyorsun. Benim çok az sürem kaldı diye hissettim*” (ACB2). Bunun yanı sıra, alınan meme kanseri tanısında bazı kadınlar *yalnızlık* hissi yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bir katılımcı “*Doktor ağlama dedi; teyzem ağlama bir şey olmaz diyor bunun gibi çok hastalar ameliyat oldu iyi oldular. Ben ona ağlamıyorum da dedim kimsesizlikten ağlıyorum dedim*” (MÜ5) şeklinde yalnızlık duygusunu belirtmiştir.

Meme kanseri tanısına verilen diğer bir duygusal tepki *öfke* olarak ifade edilmiştir. Öfke duygusunun ise başkalarına yönelik ya da kişinin kendisine yönelik olduğu görülmektedir. Örneğin doktor ya da diğer sağlık çalışanlarına yönelen öfkesini bir katılımcı şöyle belirtmiştir: “*Eeee tanı konulani, konmadı daha doğrusu koyamadılar..... Neden beni o kadar oyaladın bilmiyorsan ben bilmiyorum git başka yerde bunu yaptır desene. Bana böyle beni oyaladılar ve de bana verilen raporda hastanesine orda maling veya beling açısından doku tanısı önerilir diye yazılmıştı. Ona rağmen hiç biri göndermedi...*” (MDH3). Öfke tepkisinde, katılımcılar kişinin kendisine yönelen öfkesinin kaynağının hayat boyu her şeyi doğru yapıldığı inancıyla ya da kanserin nedenleriyle ilgili olduğu

görülmüştür. Yaşanan bu tepkilerin katılımcılar tarafından isyan olarak tanımlandığı ve “niye ben” sorusuyla birlikte ifade edildiği görülmüştür. Katılımcılardan bir tanesinin açıklamaları şöyle olmuştur:

“Kötü bir şey yapmadığıma eminim. Her şey saatinde bir insanım ama neden o ilk anda bir haftalık neden ben..... İlk niye ben dedim. Her şeyi doğru yaptım sigara içmedim, alkol zaten yok. Titizlik, hijyen konusunda da çok ciddi şeylerim vardır. Beslenme sebze türü. Her şeyi yapmaya çalıştım. Baharatlar desen, kefir desen, süt desen bunların hepsi benim evimde vardır ve yaparım da. Yani hiçbir şeyi aksatmam yürüyüşlerimi de yapıyordum buraya taşınasıya kadar. İşte bunları yaptığım halde o zaman sorduğum soru niye ben? Buydu yani neden ben Allahım dedim nerede bir yanlışlığım var diye kendi kendime onu sordum sadece” (ACB4).

Bu duyguların yanı sıra birkaç katılımcı suçluluk duygusu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların vurguladıkları suçluluk duygusunun kişinin kendisinden kaynaklanan ve kansere neden olabilecek davranışlarından dolayı ya da kişilik özellikleri ile ilgili algılarıyla ilgili olduğu gözlenmiştir. Yaşadığı suçluluk duygusunu katılımcılardan biri şöyle ifade etmiştir:

“Eee yani bu bende nasıl çıkar; bu suçluluk duygusu ama nasıl olur niye benim başıma değil hani bir trafik kazası geçirsem böyle şaşırمام, olabilir. İşte bu benim kendi kontrolümün dışında olması beni çok şaşırttı. Onun için ben ciddi bir böyle hani kanserden korkmaktan çok ben bu kadar bazı şeyleri düzene koymaya çalışırken nasıl oluyor da bu düzeni ben sağlayamıyorum düşüncesinin getirdiği bir sarsıntı oldu” (ACB6).

Diğer bir alt kategori olarak ortaya çıkan *davranışsal tepkiler*, katılımcıların meme kanseri tanısı aldıktan sonra davranışsal olarak ne tür tepkiler verdiklerini içermektedir. Analiz sonucunda, katılımcıların *ağlama, dua etme* ve *sosyal destek arama* gibi davranışsal tepkiler gösterdikleri belirlenmiş ve bu tepkiler *davranışlar tepkiler* alt-kategorisinin boyutları olarak ele alınmışlardır. Katılımcıların yarıyı yakını tanıyı aldıktan sonra ağladıklarını belirtmişlerdir. Konuyla ilgili bir katılımcının ifadeleri şöyledir: “*Bir ağlamak istedim acaba böyle boşalmak deşarj olmak istedim*” (MÜ9). Tanıya yönelik verilen bir diğer *davranışsal tepkinin* ise *dua etmek* olduğu görülmüştür. Dua etme ile ilgili bir katılımcı “*Kitap okudum, Kuran okudum. Kuranlar okudum. Salavatlar şeyler çektim; salavatlar çekmeye çalıştım, devamlı ayetler okumaya çalıştım*” (MÜ4) şeklinde davranışlarını dile getirmiştir. Sosyal destek arama, bir diğer davranışsal tepki olarak belirlenmiştir. Katılımcıların bir bölümü, tanımın hemen ardından tanıyı paylaşmak istediklerini ya da destek arayışı içine girdiklerini belirtmişlerdir. Örneğin bir katılımcı bu durumu şu cümlelerle dile getirmiştir:

“Tıp fakültesinin orda bir park var ya oraya. Parka gittim oturdum; dedim ki doktorun yanından çıktım bana böyle böyle söyledi dedim inanamadım dedim ama öyleymiş dedim ne yapacağım ben şimdi dedim.....Sadece birine anlatma ihtiyacı duydum. İlk eşimi aradım; sonrada arkadaşımı aradım. Ama arkadaşıma söylemedim. Ne yapıyorsun dedim, çalışıyorum dedi. Ya ben çok kötüyüm yanıma gelebilir misin dedim. Şimdi değil akşama gelsem olur mu dedi. Bende tamam dedim. Ama konuşmadım” (ACB2).

Kişiler arası tepkiler alt kategorisi meme kanserli kadınların sosyal ağlarına yönelik verdikleri tepkileri içermektedir. Analiz sonucunda katılımcıların sosyal ağlarının aile üyelerinden ve yakın çevrelerinden oluştuğu gözlenmiştir. Katılımcıların ailelerine yönelik olarak sergiledikleri tepkiler *üzmemeye çalışma*

ve *gizleme* olarak adlandırılırken, yakın çevrelerine yönelik verdikleri tepkiler *yalnız kalma* olarak nitelendirilmiştir.

İçerik analizi sonucunda tanı konmasının ardından katılımcılar, aile üyelerinin (çocuklar, anne-baba, kardeşler ve eş) duygu ve beklentilerini yönetmeye yönelik ve/veya kanserin aile üyelerinde yaratacağı etkiyi azaltmaya yönelik davranışlar sergilediklerini vurgulamışlardır. Aileye yönelik tepkiler olarak ele alınan bu tepkiler, katılımcıların meme kanseri tanısının aile üyelerini üzeceğinin farkında olmalarını ve bundan dolayı aile üyelerini *üzmemek* için kanser tanısını onlardan *gizlemeye* çalışmalarını içermektedir. Bir katılımcı çocuklarına yönelik tepkisini “*Fakat çocuklarıma söylemedim en son çocukların haberi oldu. Çocuklara söylemeden kendi işimi kendim halletmeye çalıştım ama olmadı.... Onları üzmemek. Tatillerini zehir etmemek için, yaza geldi*” (MDH3) cümlesiyle belirtirken, bir başka katılımcı anne-babasına yönelik tepkisini “*Pek yansıtmadım üzülmesinler diye*” (ACB3) cümlesiyle belirtmiştir.

Katılımcıların yakın çevrelerine (arkadaş, komşu, iş arkadaşları vb.) ise aile üyelerine verilen tepkilerden farklı olarak *yalnız kalma* isteğinden söz ettikleri görülmektedir. Bir katılımcı yakın çevreye yönelik tepkilerini şu cümlelerle anlatmıştır:

“*Yook anca geçmiş olsuna giden gelen. Geçmiş olsun geçmiş olsun. Herkes bişey söylüyor; 30 sene yaşadı bizim akrabalar diyorlar. Böyle geliyorlar diyorlar. Bizim akrabada oldu bir sene yaşadı o böyle geliyordu bizim akraba oldu beynine sızradı öbürü geliyor herkes bir şey söylüyor yani kötü şeyler söylüyorlar*” (MÜ2). *Yalnız kalma* tepkisini bir başka katılımcı ise “*Yani diyorum ya ilk başta kimseyi görmek istemiyordum. Kimseye şey yapmak istemiyordum*”(MÜ3).

3.2.1.2. Tedaviye Yönelik Tepkiler

Analiz sonuçlarına göre, katılımcıların tedavi dönemindeki tepkileri tanı dönemindeki tepkilerinden farklılaşmakla birlikte tedavi dönemindeki tepkilerin, meme kanseri tanısına tepkiler alt kategorisinde olduğu gibi *bilişsel, duygusal, davranışsal* ve *kişilerarası tepkiler* olarak sınıflandırılabilceği görülmüştür. Bilişsel tepkilerin *şok, inkar* ve *inanamama* boyutlarından; duygusal tepkilerin *öfke, üzüntü* ve *acı, korku, karamsarlık, boşluk, endişe* ve *kaygı* boyutlarından; davranışsal tepkilerin *uykusuzluk, ağlama* ve *sosyal geri çekilme* boyutlarından oluştuğu gözlenmiştir. Kişilerarası tepkiler alt kategorisinin de yine *üzmemeye çalışma, kaçınma* ve *sosyal geri çekilme* alt boyutlarından oluştuğu görülmüştür.

İçerik analizi, tedavi döneminde de katılımcıların bir kısmı tarafından *inkar* tepkisini yaşamaya devam ettiklerini göstermektedir. Örneğin, bir katılımcının yaşadığı inkarı şöyle dillendirdiği görülmektedir:

“Öğrendikten hemen kısa süre sonrada ameliyat oldum zaten memem alındı, sol memem. O zaman da yanlışlıkla benim mememi kestiler ben hasta değilim. Çünkü bir hastalık belirtisi falan kendimde görmüyordum. Sadece yorgun hissediyordum. O da eşimden dolayı okul ev işleri ondan yorgun hissediyordum. Yani kış boyu hep yorgundum belki kanserin belirtisiydi. Yanlışlıkla kestiler” (MÜ1).

Tedavi döneminde en çok gösterilen duygusal tepkinin, sağlık çalışanlarına yönelen *öfke* olduğu görülmüştür. Yaşanan diğer duyguların ise sırasıyla, *üzüntü, acı, korku, karamsarlık, boşluk, endişe* ve *kaygı* olduğu

görülmektedir. Bir katılımcı öfkesini ve var olan yaşam rollerinin kaybı ile ilgili üzüntüsünü şöyle dile getirmiştir:

“Bu hastalık olmadan da insanlarda mesela ben altı ay evvel kadın doğuma gittim mamografi çektirdim kadın doğumda bana temiz dediler hiçbir şeyin yok her annede süt kanalları 3 tane var. Ama her annede süt kanalları bir tanesi 3 cm korkulacak bir şey yok dediler mesela. Yine öyle değil de ben cahil bir insanım benden daha cahilleri de olabilir biz anlamıyoruz beni o genel cerraha göndermesi gerekirdi. Mesela o kadın doğumdaki biri büyük diyene kadar beni göndermesi gerekirdi. Ben 6 ay sonra mememi kaybettim mesela. Ben 6 ay önce çektirdim mamografi temiz diye beni gönderdiler 6 ay sonra benim gel kansersin memeni alıyoruz dediler. Ben çünkü çok sinirliyim” (MÜ2).

Katılımcıların tedavi dönemindeki *davranışsal tepkilerinin* tedavilerden kaynaklanan *uykusuzluk* ve birkaç katılımcının belirttiği *sosyal geri çekilmeden* oluştuğu gözlenmiştir. Bir katılımcı yaşadığı uykusuzluğu şu cümlelerle ifade etmiştir: *“Ben çok ağır geçirdim ilk kemoterapiyi özellikle çok ağır geçirdim o gece kesin öleceğim ben bu gece diye öyle bi gece yaşadık” (MÜ7)*. Başka bir katılımcı sosyal olarak neden geri çekildiğini şu cümlelerle ifade etmiştir: *“İlk zamanlar ben eve kimseyi sokmuyordum mikrop almamak için. Zaten şu anda da tokalaşmanın dışında hiç bir şey yapmıyorum. Ne öpüşme ne sarılma hiçbir şey yok. Kendi çocuklarım ve eşimde dahil. Kimseyle öyle temasta yok; bulunmuyorum. Ne biliyim komşular geliyordu benim odama girmiyorlardı. Kapıdan geçmiş olsun” (ACB1)*.

Kişilerarası tepkiler alt kategorisi içinde, tanı dönemine benzer şekilde, kadınların aile üyelerini *üzmemeye çalışmaları* yer almaktadır. Bir katılımcı aile

üyelerine yönelik bu davranışını şöyle ifade etmiştir: “*Annemi üzmemeliyim annem çünkü çok üzülüyor*” (MÜ7). Yakın çevreye yönelik tepkiler ise *kaçınma* ve *sosyal geri* çekilmeden oluşmaktadır. Katılımcıların bir bölümü yakın çevrenin kanserli bir birey olarak kendilerine olumsuz yaklaşımları olduğunu algıladıklarını belirttikleri görülmektedir. Bu konuyla ilgili dile getirilen bir ifade şöyledir:

“Ya aslında bakıyorum ben ismen kötü olduğu için bakış açıları daha farklı oluyor. X’e [akrabaların yaşadığı şehir] daha gitmedim. Bütün herkesin haberi var ondan dolayı uzak kalmaya çalıştım. O yüzden buraya doğrudan yazlığa geldim. Kaçtım açıkçası yani, o şeyi kaldıramayacağımı anladığım için oradan uzaklaşmaya çalıştım. Yani çok farklı şekilde bakıyorlar. Acır şekilde bakıyorlar. Şu anda değil ama genel anlamda öyle” (ACB3).

3.2.2. Başa Çıkma Stratejileri

İçerik analizi sonucunda elde edilen bulgular katılımcıların belli başa çıkma stratejileri kullandıklarını göstermiş ve *başa çıkma stratejileri* teması olarak ele alınmıştır. Ayrıca, kadınların meme kanserinin tanı ve tedavi dönemlerinde karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmada farklı stratejiler kullandıkları görülmektedir. Dolayısıyla katılımcıları başa çıkma stratejileri, *tanı dönemi başa çıkma stratejileri* ve *tedavi dönemi başa çıkma stratejileri* olarak iki ana kategori altında ele alınarak incelenmiştir. Tanı dönemi başa çıkma stratejileri, *olumlu yeniden yorumlama* ve *dini açıklamalarda bulunma* alt kategorileri ile tanımlanırken, tedavi dönemi başa çıkma stratejileri *dini açıklamalarda bulunma*, *iyimser bekleme*, *düşünsel uzaklaşma* ve *espri yapma* alt

kategorileri altında incelenmiştir. Elde edilen kategoriler, alt kategoriler ve katılımcı kodları Tablo 15’ de sunulmaktadır.

Tablo 15.

Başa Çıkma Stratejileri

Ana Kategoriler	Alt kategoriler	Katılımcıların kodları
Tanı Dönemi Başa Çıkma Stratejileri	Olumlu yeniden yorumlama	ACB1,ACB2, ACB4, MDH1, MÜ9, MÜ2, MÜ, MÜ5
	Dini açıklamalarda bulunma	MÜ1, BŞK1, MÜ4, MÜ5
Tedavi Dönemi Başa Çıkma Stratejileri	Dini açıklamalarda bulunma	MÜ2, MÜ3,BŞK1, ACB4, MÜ4, MD5, MÜ6, MÜ7, ACB4
	İyimser bekleyiş	MÜ2, BŞK1, BŞK1, MDH, MÜ6, MÜ5, MÜ6, ACB6, MÜ4
	Düşünsel uzaklaşma	ACB1, ACB, ACB4, ACB3, MDH2, MÜ3, MÜ9
	Esprî yapma	ACB1, ACB2, ACB4

3.2.2.1. Tanı Dönemi Başa Çıkma Stratejileri

Analiz sonucunda katılımcıların tanı döneminde kullandıkları başa çıkma stratejilerinin iki alt kategoride ele alınabileceği görülmüş ve bu alt kategoriler *olumlu yeniden yorumlama* ve *dini açıklamalarda bulunma* olarak isimlendirilmiştir. Katılımcıların yarıya yakınının kanser tanısının ardından kullandıkları başa çıkma stratejisi *olumlu yeniden yorumlama* olarak adlandırılmıştır. Katılımcılar tarafından kendini cesaretlendirme olarak

nitelendirilen bu stratejide, kanserle başa çıkabilecekleri yönünde kendi kendileriyle konuştuklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, kadınların kendilik algılarıyla ilgili olumlu değerlendirmelerde buldukları gözlenmiştir. Yine katılımcılar, kanser ve tedavileriyle ilgili olumlu düşüncelere odaklandıklarını belirtmişlerdir. Diğer bir ifadeyle, katılımcılar tedavi yöntemlerinin meme kanserini iyileştirdiğine ve kanserin herkesin başına gelebilecek bir hastalık olabileceğini düşündükleri görülmüştür. Bir katılımcının konu ile ilgili ifadeleri şöyledir: *“Kendi kendime konuşuyorum tabii. Tıp ilerledi ben bunu yeneceğim dedim”* (ACB1).

Birkaç katılımcı ise kanser tanısı aldıktan sonra bu hastalığın bir sınav olduğunu, Tanrı’dan gelen bir şey olduğunu veya kader olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Tanıdan sonra *dini açıklamalarla* meme kanseri ile başa çıkmaya çalıştığını belirten bir katılımcı, bu strateji ile ilgili açıklamalarını şöyle ifade etmiştir:

“Ne yapmak istedim ben zaten kendimi biraz inançlı biriyim ya inanç olunca Allah’a sığındım öyle düşündüm yani...Sonra kendime, yani cesaret verdim yani, üzülmemeye çalıştım, Allah’tan gelen şey olduğunu düşündüm. Hep Allah’a sığındım öyle düşündüm yani...Kitap okudum, Kuran okudum. Kuranlar okudum. Salavatlar çekmeye çalıştım, devamlı ayetler okumaya çalıştım” (MÜ4).

3.2.2.. Tedavi Dönemi Başa Çıkma Stratejileri

Analiz sonucunda tedavi döneminde kullanılan başa çıkma stratejileri *dini açıklamalarda bulunma, iyimser bekleyiş, düşünsel uzaklaşma ve espri*

yapma alt kategorileri olarak ele alınarak incelenmiştir. Meme kanseri tedavisine başlayan kadınların gerek tanının gerçekliği gerekse tedavilerin yan etkileriyle başa çıkmada kullandıkları en sık stratejinin dini açıklamalarda bulunma olduğu gözlenmiştir. Katılımcılar Tanrı'ya sığındıklarını ya da Tanrı'nın kendilerine yardım ettiğine inandıklarını belirtmişlerdir. Bir katılımcının görüşleri şöyledir: *“Yeter ki Rabbim çocuklarımla, canımla imtihan etmesin. Yani ağır şekilde, ağrı fazla verip de beni de isyankar etmesin...Belki Rabbimin kendi verdi bakıyım bu sabır ediyor mu etmiyor mu ona sonsuz şükürler olsun...dedim. Evvel Allah'ın izniyle kendi verdi”* (BŞK1).

Katılımcıların yarıya yakınının özellikle tedavilerin yan etkileriyle başa çıkmada kullandıkları diğer bir başa çıkma stratejisi *iyimser bekleyiş* olarak adlandırılmıştır. Katılımcıların sabretme olarak nitelendirdikleri bu stratejide, katılımcılar tedavilerin sonunun olduğunu bildiklerini ve tedaviler sonrası iyileşeceklerine inandıklarını belirtmişlerdir. Konu ile ilgili bir katılımcının ifadeleri şöyle olmuştur:

“Yani ben başaracağım, ben değişmedim; 2013 her zaman diyorum Allah ömür verir yaşarsam diyorum 2013 benim yılım olacak. Kemoterapim, radyoterapim biter bitmez ilk işim botoks yaptıracağım, spora gideceğim çünkü aşırı şekilde yumuşama oldu. Spora gideceğim, kendime bakacağım yine eski [ben] olarak ortaya çıkacağım. Arkadaşlarımla eski ben olarak kendimi göstereceğim. Kendi kendimi öyle telkin ediyorum” (MÜ5).

Tedavi döneminde kadınların kullandıkları diğer bir stratejinin ise kanserle ilgili düşüncelerden uzaklaşma olduğu görülmektedir. *Düşünsel uzaklaşma* stratejisi olarak nitelendirilen bu stratejide, kadınlar kafaya takmama, düşünmemeye çalışma, aklına getirmeme ya da unutmaya çalışarak gerek kanserli

birey olma düşüncesiyle gerekse tedavilerin yan etkilerinden uzaklaşmaya çalıştıklarını belirtmişlerdir. Bir katılımcı konu ile ilgili düşüncelerini şöyle belirtmiştir: “*Ne bileyim ben aklıma zaten getirmiyorum ki kanser hastasıyım ben işte şöyle işte böyle diye düşünmüyorum*” (MDH2). Diğer başa çıkma stratejisinin ise birkaç katılımcı tarafından ifade edilen *espri yapma* olduğu gözlenmiştir. Katılımcılar özellikle ameliyat döneminde espriyi çok sık kullandıklarını ifade etmişlerdir. Bir katılımcının ifadeleri şöyle olmuştur: “*İlk sürede dalga geçiyordum. Hatta şaka yapıyordum. Bu meme sarkık işte bunu da yaptırırım, onu da ona göre yaparlar işte daha güzel bir memeye sahip olurum dedim*” (ACB2).

3.2.3. Koruyucu ve Engelleyici Etmenler

Analiz sonucunda katılımcılar tarafından kanser yaşantısını olumlu ya da olumsuz yönde etkilediğini algıladıkları belli etmenler olduğu gözlenmiştir. Bu etmenler *koruyucu ve engelleyici etmenler* teması altında incelenmiştir. Dolayısıyla, bu tema *koruyucu etmenler* ve *engelleyici etmenler* olarak iki ayrı ana kategoride ele alınmış ve her bir ana kategori *içsel ve dışsal etmenler* olarak ayrı alt kategorilerde incelenmiştir. Sonuç olarak, *koruyucu etmenler* kategorisi, *içsel koruyucu etmenler* ve *dışsal koruyucu etmenler*; engelleyici etmenler ise *içsel engelleyici etmenler* ve *dışsal engelleyici etmenler* alt kategorilerinden oluşmuştur. Bunlara ek olarak, içsel koruyucu etmenler alt kategorisi *olumlu kendilik algısı* boyutundan, dışsal koruyucu etmenler alt kategorisi ise *çocukları için kendini toplama* ve *doktorun olumlu yaklaşımı* boyutlarından oluştuğu gözlenmiştir. *İçsel engelleyici etmenler* alt kategorisi *duyguları bastırma*, dışsal engelleyici etmenler ise *var olan yaşam sıkıntıları*, *algılanan yakın çevrenin olumsuz yaklaşımları* ve *kötü haber verme şekli* boyutlarından oluştuğu

gözlenmiştir. Ele edilen alt kategoriler, boyutlar ve katılımcı kodları Tablo 16.'de sunulmaktadır.

Tablo 16.

Koruyucu ve Engelleyici Etmenler

Ana Kategoriler	Alt kategoriler	Boyutlar	Katılımcı kodları
Koruyucu Etmenler	İçsel Koruyucu Etmenler	Olumlu kendilik algısı	ACB2,ACB4,MÜ1, MÜ3, MÜ7, MÜ9
	Dışsal Koruyucu Etmenler	Çocuklar için toparlanma	MÜ2, MÜ3, MDH2, MÜ6, MÜ7, ACB4
		Hekimin olumlu yaklaşımı	ACB1, ACB, MÜ2, MÜ7
Engelleyici Etmenler	İçsel Engelleyici Etmenler	Duyguları bastırma	ACB1,MÜ2, MÜ8
	Dışsal Engelleyici Etmenler	Yaşamsal sıkıntılar	MÜ1, ACB4, MÜ3, MÜ5, MÜ6
		Yakın çevrenin algılanan olumsuz yaklaşımları	ACB2, ACB, MÜ2, MDH2
		Kötü haber verme şekli	MDH1, MÜ6

3.2.3.1. Koruyucu Etmenler

Koruyucu etmenler ana kategorisi, katılımcıların tepkilerinin şiddetinde, başa çıkma yöntemlerinde ve psiko-sosyal ihtiyaçlarında farklılık meydana getiren kolaylaştırıcı etmenlerden oluşmaktadır. Analiz sonucunda, koruyucu etmenlerin *içsel koruyucu* ve *dışsal koruyucu etmenler* olarak iki alt kategori altında incelenebileceği görülmüştür. *İçsel koruyucu etmenler* katılımcının kişilik

özellikleri ya da diğer ifadeyle bireysel özelliklerinden; *dışsal koruyucu* etmenler ise katılımcıların çevresel etmenlerle ilgili kanser yaşantısını kolaylaştırıcı algılarından oluşmaktadır.

Katılımcıların önemli bir kısmı, gerek tanı sürecinde gerekse tedavilerde kendilerini güçlü, iyi ve sevilen bir insan olarak ve kendilerini birer araştırmacı olarak tanımlamışlar ve ayrıca kanserin üstesinden geleceklerine inandıklarını vurgulamışlardır Bu tanımlamalar, katılımcıların olumlu kendilik algıları olarak nitelendirilmiş ve *içsel koruyucu etmenler* olarak değerlendirilmiştir. Tanı aşamasında bir katılımcının kanser yaşantısını kolaylaştırdığını belirttiği kendisi ile algısı şöyle olmuştur: “*Beni en çok cesaretlendiren nasıl diyeyim; ben her şeyi kendim yapıyorum. Çevremdeki hiç kimseden yardım almadım. Eşim dahil bu konudaVe ben bu hastalığımı kendi başıma her şeyi kendi başıma takip ettim. Biraz daha araştırmacı olunca. Doktorumu da kendim buldum, hastanemi de kendim buldum.*” (ACB4).

Görüşme yapılan meme kanserli kadınlar, çocuklarının küçük yaşta ya da yetişkin olmaları fark etmeden, kanser yaşantısını kolaylaştırıcı etkilerinden söz etmişleridir. Kadınlar, yetişkin çocukların tanı ve tedavi aşamasında kendilerini sahiplendiklerini belirtmişler ve çocukları küçük yaşta olanların ise çocuklarının kendilerini toparlamalarında yardımcı olduklarını ifade etmişlerdir. Böylece, sahip olunan çocuklar, olumlu bir etken olarak değerlendirilmiş ve *dışsal koruyucu etmenler* alt kategorisinde değerlendirilmiştir. Yetişkin çocuklarıyla ilgili düşüncelerini katılımcılardan bir tanesi şöyle anlatmıştır:

“Özellikle benim bu hastalıktan sonra daha huzurlu bir aile ortamı oldu. Daha beni üzmemek için bana şey yapmamak için hepsi yani çocuklarım gayet iyi davrandılar....Yok çocuklarım yaptılar yani bana baktılar. Hala yapıyorlar, yemek yaptırmıyorlar bana, yemeğimi

yapıyorlar. Kızım, büyük kızım yapıyor o olmazsa öbür kız geliyor, işleri güçleri yaptırmıyorlar; benimle kavga ediyorlar, yapmayacaksın diye. Ben alışmışım, diyor ki sen bugün işimi yaptın sabah ablasının evinde bayağı kızdı bana bir sürü” (MÜ2).

Yaşı küçük olan çocuğunun tanı ve tedavideki etkisini bir başka katılımcı şöyle dile getirmiştir:

“Gitmeyeceğim dedim. Tedaviyi bile ret ettim bir ara. İstemiyorum dedim. Gitmeyeceğim dedim, tedavi de olmayacağım. Boş ver, böyle ne kadar gidebilirim dedim. Sonra baktım kızım var.....Hasta değilmişim gibi davranıyor, normal, aynı geçmişteki gibi. Geçen seneki gibi, hastaymışım gibi davranırsa o kadar kendimi iyi hissetmeyeceğim. Normal bir anneyim ben, hasta değilim. Bana öyle belli ediyor ama içinde bir şeyler yaşıyor mu bilmiyorum” (MÜ3).

Katılımcıların bir bölümü gerek tanı aşamasında gerekse tedavi aşamasında genel cerrah ya da onkoloğun meme kanseri yaşantısını kolaylaştırıcı etkisinin olduğunu belirtmişlerdir. Böylece genel cerrahın ya da onkoloğun algılanan olumlu yaklaşımları *dışsal koruyucu etmenler* boyutunun altında *doktorun olumlu yaklaşımı* olarak adlandırılmış ve bir alt boyut olarak belirlenmiştir. Tanı ve tedavi döneminde zorluk yaşamadığını belirten bir katılımcı zorluk yaşamama nedeni şöyle açıklamıştır: *“Yok zorluk falan yaşamadım. Birazda doktorlara bağladım... İlgileri açıkçası” (ACB3).*

3.2.3.2. Engelleyici Etmenler

Engelleyici etmenler meme kanseri tanısı ve tedavisinde katılımcıların tepkilerinin şiddetini, başa çıkma yöntemlerini ya da psiko-sosyal ihtiyaçlarını farklılaştıran ve meme kanseri yaşantısını zorlaştıran ya da riske sokan etmenlerden oluşmaktadır. *İçsel engelleyici etmenler* katılımcının duygularını yönetmede ya da düzenlemede yaşadığı bireysel yaşantıları; *dışsal engelleyici etmenler* ise katılımcının çevresel etmenlerinin kanser yaşantısını zorlaştıran ya da riske sokan algılarından oluşmaktadır. Analiz sonucunda *içsel engelleyici etmenler* kategorisinin *duyguları basturma* alt boyutundan, *dışsal engelleyici etmenler* alt kategorisinin *yaşamsal sıkıntılar*, *yakın çevrenin algılanan olumsuz yaklaşımları* ve *kötü haber verme şekli* alt boyutlarından oluştuğu görülmüştür.

Katılımcıların bir kısmının tanı ve tedavi sürecinde duygularını, kendi içinde yaşadıklarını ya da bastırdıklarını vurguladıkları görülmüş ve bu durum kanser yaşantısını zorlaştıran bir etmen olarak ele alınmıştır. Böylece, *duyguları basturma* olarak adlandırılan bu boyut *içsel engelleyici etmen* olarak değerlendirilmiştir. Bir katılımcının konu ile ilgili ifadeleri şöyle olmuştur: “*Duygunu hapis ediyorsun... Acı veriyor. Ama hapis ediyorsun. Yaşlı insanlar. 84 yaşında insanlar, nasıl kaldırırsınlar onlar. Onu şey yapıyorsun. Duygularını basturmaya çalışıyorsun*”(ACB1).

Dışsal engelleyici etmenler alt kategorisi içinde kanserle ilişkili olmayan fakat kanser yaşantısını olumsuz etkileyen, tanıdan önce de var olan ve etkisi devam eden varolan *yaşam sıkıntıları* yer almaktadır. Bu sıkıntıların tanıdan önce eşin de kanser olması, boşanma ya da eski eşle süren çatışmalar, geçmişte ailede kayıp yaşanması ve maddi sıkıntılar olarak belirtildiği görülmektedir. Bir katılımcının yaşadığı kanser dışı sıkıntıyla ilgili ifadeleri şöyle olmuştur: “*Yani*

çok kötü şeyler yaşadım. Son beş yıldır yaşadıklarım çok kötü şeyler. Babamı kaybettim, kanser olmak falan neymiş ki; 16 yaşında oğlumu kaybettim. Şu camdan düşerek öldü. Ve ben bu evde oturuyorum gidemiyorum bir yere... Beni hastalık yormuyor”(MÜ3).

Meme kanser yaşantısını olumsuz etkileyen engelleyici bir diğer dışsal etmenin *yakın çevrenin algılanan olumsuz yaklaşımları* olduğu görülmektedir. Gerek tanıdan sonra gerekse tedavilerde bazı arkadaş, komşu ya da akrabaların konuşmaları ve algılanan olumsuz beden dillerinin engelleyici etmenler olduğu görülmektedir. Katılımcılardan biri, tanı dönemindeki çevresinin davranışlarına yönelik algısını şöyle ifade etmiştir: *“Yanınıza gelenlerden kimi acıyarak bakıyor. İnsan kendini garip hissediyor. Sanki ölmeye hazır kişinin de şimdi ne olacağın belli değil aslında. Onlar da haklı. Çünkü o gördüğünü bilir”* (ACB2). Bir başka katılımcı ise tedavi aşamasındaki algısını şu şekilde ifade etmiştir:

“Evet mesela ben bugün hastaneye gittim. Gelişte bir arkadaşla uğradım...Misafir geldi kadının ilk şeyi göğsüme bakmak oldu. Yani, ben ondan biraz şey oldum ister istemez; insan biraz uyuzlanıyor kendi kendine. Böyle olmak, kışın kapatıyorsun da bir şekilde yazın ne yapacağım bilmem. Yani bu hasta mı acaba? Kanser hastası mı gibisine. Yani gözlerinden öyle okuyorsun... Yani üzülüyorum. İnsan hasta olsa da bir şekilde bir ortamın içine girdiğin zaman sohbet ediyorsun. Bir yabancı geliyor, seni o şekil gördü mü veya o hareketle sana baktığı zaman aklına hastalığın geliyor. En azından, unutuluyor hastalığımı bir şekilde... Tabii farklı hissediyorsun; niye diyeceksin. Sana bakış tarzlarımı acaba yani nasıl deyim işte acaba seni dışlıyorlar gibi mi öyle oluyorsun. Hani dışlanıyormuş gibisin. Öyle geliyor bana, bilmem” (MDH2).

İçerik analizi sonucunda katılımcıları olumsuz etkileyen bir başka etmenin kanser tanısının ani ve duygusal etkileşim olmadan iletilmesi olarak belirtilmiştir. Tanının ilk verilme yöntemiyle ilgili algılanan bu davranış *kötü haber verme şekli* olarak nitelendirilmiş ve *dışsal engelleyici etmenler* alt kategorisinin altında bir boyut olarak yer almıştır. Bir katılımcı, kötü haber verilme yöntemiyle ilgili ifadeleri şöyle olmuştur:

“İlk başta asistan yapacağımı yapmıştı. Öncelikle geçmiş olsun, hiç unutmam o cümleyi. Öncelikle geçmiş olsun diyorum, kansersiniz dedi...İlk anlatım çok önemli. Hani size dedim ya doktor bana dedi ki işte öncelikle geçmiş olsun diliyorum o kişiyi de ve kullandığı o cümleyi de hiç unutmam. Hayatım boyunca hiç unutmam artık o cümle çok önemli. Dediğim gibi ilk baştaki konuşma çok önemli belki onu bana daha başka şekilde şey yapsaydılar belki o gün o şekilde şey yapmazdım” (MDH1).

3.2.4. Psiko-Sosyal Kaynaklar ve İhtiyaçlar

İçerik analizi, katılımcıların kanser yaşantısında kendilerine destek sunan ve karşılıklı etkileşimde buldukları kişiler olduğunu göstermiştir. Katılımcılar ayrıca, etkileşim içinde oldukları bu kişilerin, meme kanseri yaşantısıyla başa çıkmayı ya da yönetmeyi kolaylaştıran belli eylemlerde bulduklarını ve önemli bir destek sağladıklarını belirtmişlerdir. Buna ek olarak, katılımcıların da bu kişilerden kanser yaşantısını kolaylaştıracağını düşündükleri belli eylem ve destek beklentileri olduğu görülmüştür. Böylece, tüm bu bulgular *psiko-sosyal kaynaklar ve ihtiyaçlar* teması altında toplanmıştır. Verilerin analizi

sonucunda oluşturulan temada *psiko-sosyal kaynaklar* ve *psiko-sosyal ihtiyaçlar* birer ana kategori olarak değerlendirilmiştir. İlgili tema içinde yer alan ana kategoriler, alt kategoriler, boyutlar ve katılımcı kodları Tablo 17’de sunulmaktadır.

Tablo 17.

Psiko-Sosyal Kaynaklar ve İhtiyaçlar

Ana Kategoriler	Alt Kategoriler	Boyutlar	Alt boyutlar	Katılımcı kodları	
Psiko-Sosyal Kaynaklar	Resmi Olmayan Kaynaklar	Tam Dönemi Resmi Olmayan Kaynaklar	Eş	ACB1,ACB2,ACB4, ACB5, MÜ1, MÜ4, MÜ7, MDH1, MDH2	
			Akrabalar	ACB2, ACB4, MDH3, MDH4, MÜ9, MÜ4	
			Çocuklar	BŞK1, MÜ4, MDH3, MDH4, MÜ9	
			Anne-baba	ACB1, ACB3, MÜ2, ACB4, MÜ7	
			Kardeşler,	MDH2, MÜ3, MÜ4, ACB6	
			Tanıdık doktor	ACB1, MDH3	
			Kız kardeşler	ACB2, ACB3, MÜ2, MDH2, MÜ3, BŞK1, MDH3, MÜ6, MÜ9, ACB6	
			Ailedeki kadınlar	ACB1, MDH1, MÜ2, MÜ6, MÜ8, MÜ9	
			Eş	ACB1, MÜ1, ACB3, MDH1, MDH3, ACB4, MDH4	
			Akrabalar	ACB2, MDH1, MÜ2, MÜ3, ACB4, MÜ6	
	Anne-baba	ACB1, MÜ1, MÜ3, MDH4 ACB1, MÜ, MDH4			
	Arkadaşlar	MDH1, MÜ2, MÜ7, ACB4			
	Çocuklar	ACB1-4, MÜ1, MÜ4-9, MDH1, MDH3-4			
	Resmi Kaynaklar	Tıbbi sağlık çalışanları Psikolojik destek sunabilecek kişi		ACB1-6, MÜ1-9, MDH2-4	
	Psiko-Sosyal İhtiyaçlar	Duygusal Destek İhtiyacı	Resmi olmayan kaynaklarından beklenen duygusal destek ihtiyacı	Manevi destek	ACB1-4, MÜ1, MÜ4-9, MDH1, MDH3-4
			Resmi kaynaklarından beklenen duygusal destek ihtiyacı	Hissedilen olumsuz duygularla başa çıkma	ACB1-6, MÜ1-9, MDH2-4
		Doğru Bilgi İhtiyacı	Resmi olmayan kaynaklarından beklenen doğru bilgi ihtiyacı	Tıbbi sağlık çalışanlarıyla etkileşim	MDH1, MÜ2, MÜ7, ACB4
			Resmi kaynaklarından beklenen doğru bilgi ihtiyacı	Bilgi ve yönlendirme	ACB1-3, ACB6, MDH1, MDH3, MÜ2-3, MÜ7, BŞK1
			Bilgilendirilme ve önleyici çalışmalar	ACB1-3, ACB6, MDH1, MDH3, MÜ2-3, MÜ7, BŞK1	

3.2.4.1. Psiko-Sosyal Kaynaklar

Analiz sonuçları, katılımcıların *psiko-sosyal kaynaklar* olarak, aile ve yakın çevrelerini ve ayrıca psikolojik destek sunabilecek bir kişi ile hekim ve hemşire gibi tıbbi sağlık çalışanlarını algıladıklarını göstermiştir. Analiz sonucunda, aile ve yakın çevre *resmi olmayan kaynaklar* olarak değerlendirilmiş, psikolojik destek sunabilecek kişi ile hekim ve hemşire gibi tıbbi sağlık çalışanları ise *resmi kaynaklar* olarak değerlendirilmiştir. Bununla birlikte, resmi olmayan kaynakların tanı ve tedavi dönemlerinde farklılaştığı gözlemlenmiştir. Dolayısıyla, resmi olmayan kaynaklar alt kategorisi *tanı dönemi resmi olmayan kaynaklar* ve *tedavi dönemi resmi olmayan kaynaklar* iki boyut olarak değerlendirilmiştir. Sonuç olarak, tanı dönemi resmi olmayan kaynaklar boyutu ayrıca *eş, akrabalar, çocuklar, kardeşler, tanıdık ve tanıdık doktor* alt boyutlarından oluştuğu, tedavi dönemi resmi olmayan kaynaklar ise *ailedeki kadınlar ve kız kardeş, eş, akrabalar, anne-baba, arkadaşlar ve çocuklar* alt boyutlarından oluştuğu görülmüştür. Ayrıca, resmi destek kaynakları alt kategorisi de *tıbbi sağlık çalışanları ve psikolojik desteği sunabilecek bir kişi* olarak iki boyutta ele alınmıştır.

Katılımcıların *tanı dönemi resmi olmayan destek kaynakları* evli olan katılımcılar için ilk önce eşleri ve medeni durumları fark etmeden sırasıyla yakın akrabalar, çocuklar, anne-baba, kardeşler, tanıdık meme kanserli kadınlar ve tanıdık hekimlerden oluştuğu görülmüş ve bu destek kaynakları birer alt boyut olarak ele alınmıştır. Bir katılımcı, tanı dönemindeki destek kaynaklarını şöyle açıklamıştır: “Eşim her desteği sağladı. Bana moral verdi. İşte şunu yapacağız bunu yapacağız şöyle olacak böyle olacak falan. Başka annem vardı, ablam vardı ondan sonra ablam geldi [Şehir]’den biraz kaldı. Çocuklarım vardı” (MÜ4). Tedavi dönemi resmi olmayan destek kaynaklarının başta kız kardeş olmak üzere

ailedeki kadınlar olarak algılandığı görülmektedir. Diğer destek kaynakları olarak katılımcılar, kardeşlerden sonra sırasıyla eş, yakın akrabalar, anne-baba, arkadaşlar ve çocuklar belirtilmiştir. Bir katılımcı kız kardeşinin verdiği desteği şöyle ifade etmiştir: *“Geldi evinin işini gücünü bıraktı. 4 aydır bende kalıyor. Üç pantolon, üç tişörtle geldi öylede duruyor. Üç aydır yıkayıp yıkayıp giyiyor. Daha ne yapsın kocasını çocuklarını her şeyini bıraktı geldi yani”* (ACB6).

Katılımcılar gerek tanı aşamasında gerekse tedavi döneminde genel cerrah, onkolog, asistan hekimler ve hemşireleri kendileri için birer destek kaynağı olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Bir katılımcının konuyla ilgili ifadeleri şöyle olmuştur: *“Yok zorluk falan yaşamadım. Birazda doktorlara bağladım... İlgileri açıkçası”* (ACB3). Görüşmelerde katılımcılar psikolojik desteğin kanser yaşantıları için önemli ve gerekli olduğunu belirtmelerine rağmen psikolojik desteği bekledikleri profesyonellerin meslek adlarını belirtmemişler ama içeriğinin nasıl olması gerektiğini sıkça vurgulamışlardır. Buna göre kadınların bekledikleri psikolojik destek *“Karşılıklı bir şekilde tüm sorunlarını konuşup....”*(ACB3) ve *“İlaçla olmamalı bir kere. İlaç tedavisine karşıyım insanlara ilaç veriyorlar ondan sonra belki de onun için gitmiyorum doktorlara psikiyatlere işte şu ilacı içeceksin sabah akşam ben öyle istemiyorum”* (MÜ3) şeklinde ifade edilirken, destek veren kişinin özellikleri *“Kesinlikle anlaması gerekiyor dinlemesi gerekiyor. İnsanın içindeki yürek kabartısını dinlemeli mutlak”* (MÜ7) şeklinde vurgulanmıştır.

3.2.4.2. Psiko-Sosyal İhtiyaçlar

Analiz sonucunda *psiko-sosyal ihtiyaçlar* ana kategorisinin *duygusal destek ihtiyaç* ve *doğru bilgi ihtiyaç* olarak iki alt kategoride ele alınabileceği görülmüştür. Ayrıca *duygusal destek ihtiyaç* resmi ve resmi olmayan destek kaynaklarına göre farklılaştığı görülmüş ve *resmi olmayan kaynaklarından beklenen duygusal destek ihtiyaç* ve *resmi kaynaklarından beklenen duygusal destek ihtiyaç* olarak iki boyutta ele alınabileceği görülmüştür. Sonuç olarak, resmi olmayan kaynaklarından beklenen duygusal destek ihtiyaç boyutunun *manevi destek* alt boyutundan; resmi kaynaklarından beklenen duygusal destek ihtiyaç boyutunun ise hissedilen *olumsuz duygularla başa çıkma* ve *tıbbi sağlık çalışanlarıyla etkileşim* alt boyutlarından meydana geldiği gözlenmiştir. Ayrıca, *doğru bilgi ihtiyaç* alt kategorisinin de benzer şekilde *resmi olmayan ve resmi kaynaklardan beklenen doğru bilgi ihtiyaç* olarak ayrıldığı görülmüştür. Resmi olmayan destek kaynaklarından beklenen doğru bilgi ihtiyaç, *bilgi ve yönlendirme* alt boyutundan; resmi destek kaynaklarından beklenen doğru bilgi ihtiyaç ise *bilgilendirilme* ve *önleyici çalışmalar* alt boyutlarından oluşmaktadır.

Görüşmeye katılan meme kanserli kadınların yarısı, tanı ve tedavi döneminde resmi ve resmi olmayan kaynaklardan karşılanan ya da karşılanmasını bekledikleri *duygusal destek ihtiyaçları* olduğunu belirtmişlerdir. Resmi olmayan kaynaklarından beklenen veya karşılanan duygusal desteğin olumlu ve kanseri atlatacağına dair umut aşıl原因an cümleler ile birlikte teselli ve güven verilmesi olarak nitelendirildiği gözlenmiştir. *Manevi destek* olarak adlandırılan bu alt boyutla ilgili bir katılımcının cümleleri şöyledir:

“Çocuklarım zaten yanımdaydı, oldu hepsi de. Allah’a çok şükür hepsi benimle oldular. Cesaret verdiler; eşim şey yaptı, destek oldu. Cesaret verdi yani. O oluyor, destek veriyor. Çocuklarım yani mesela anne sen üzülme yani. Kafanı takma iyi olacaksın. Öyle bir şey kötü düşünme diye söylediler. İlgilendiler, daha çok ilgi gösterdiler, yapacağım şeyi yapma otur onları söylediler; destek oldular yani. İyi olacaksın, kötü düşünme, iyi düşün diye destek oldular yani” (MÜ4).

Resmi sağlık kaynaklarından psikolojik desteği veren kişiden beklenen duygusal destek ihtiyacı, öfkeyi ve duyguları yatıştırmak, değerlilik duygusunun hissettirmek ve karamsarlıktan kurtulmaya yardımcı olmak olarak ifade edilmiştir. Böylece bu beklentiler *olumsuz duygularla başa çıkma* olarak adlandırılmış ve bir alt boyut olarak değerlendirilmiştir. Konu ile ilgili bir katılımcının ifadeleri şöyle olmuştur *“Duygularımı yatıştıracak sözler veya şeyler olsaydı giderdim...Sinirlerine hakim olabilmeleri için destek almaları gerekiyor diye düşünüyorum ben”* (MDH2). Bir başka katılımcının psikolojik destek ile ilgili düşünceleri ise şöyle olmuştur:

“Yani çok sıkıntılı olduğum anda gidip akıl danışabileceğim, bana ne yapmam gerektiğini öğretecek, yol gösterecek ya da bana bazı şeyleri öğretmeli. Sen şöylesin böylesin deyip; ha diyeceksiniz ki yaşınız gereği bunları siz zaten bilirsiniz ama insan bazen karşısındakine o kadar güvenmek istiyor ki psikoloğunu bana değerli bir birey olduğu hissettirecek o tur bir konuşma” (ACB1).

Resmi kaynaklar içinde yer alan tıbbi sağlık çalışanlarından ise duygusal destek ihtiyacının karşılıklı etkileşimin niteliği ile ilgili olduğu gözlenmiştir. *Tıbbi sağlık çalışanlarıyla etkileşim* alt boyutu altında değerlendirilen bu ihtiyaçlar, hekimlerin ciddi yaklaşımları, sağlık çalışanlarından güler yüz ve

sağlık çalışanlarına güven ile ilgili olduğu görülmektedir. Katılımcılardan birinin sağlık çalışanları ile olan etkileşimi ve bu etkileşimin etkisini şöyle anlatmıştır:

“Yani ben şimdi cerrahi işlemde burada çok memnum kaldım. Hastanede ki, hemşireler olsun, doktor asistanlar olsun yani ben onlara belki pozitif davranınca onlar bana bir kat daha pozitif davrandılar. Sabah geliyorlardı, gülen hastamız diye. Yani böyle. Diyorum ya, ameliyata girerken bile bir hemşire sen ağlıyor musun gülüyor musun dedi. Yo dedim, gülüyorum dedim. Allah Allah diyor, ilk defa gülen bir hasta geldi. Niye ağlayayım dedim. Ben güveniyorum bunlara dedim. Baktım bey karşıladı beni “ooo neredesin” falan diye gülererek girdim yani. Çok güvendim. Mesela bey bana bunları bunları söyledi. Evime telefon edildi; gelin işlemler başlayacak diye. Ben işlemler yapılırken asistan gitti bana çok güzel açıklamalarda bulundu. Hatta elini sıktım, çok teşekkür ederim dedim. Bana pozitif elektrik verdin, rahatlayarak çıktım. O güldü, ben güldüm. Yani hep böyle iyi yönlerden aldık elimize” (MÜ2).

Katılımcılar tıbbi sağlık çalışanlarından ve resmi olmayan kaynaklardan meme kanserinin ne olduğu ve meme kanserinin tedavileri ve tedavilerle ilgili neler yapılması gerektiği ile ilgili doğru bilgiye ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Böylece, diğer bir alt kategori olarak *doğru bilgi ihtiyacı* belirlenmiştir. Bununla birlikte, katılımcıların resmi olmayan kaynaklardan bekledikleri doğru bilgi ihtiyacı ile resmi destek kaynaklarından bekledikleri doğru bilgi ihtiyacının farklılaştığı gözlenmiştir. *Resmi olmayan kaynaklardan beklenen doğru bilgi ihtiyaçları* bir boyut olarak değerlendirilmiştir. Bu boyut içinde, beklenen ya da karşılanan ihtiyaçların *bilgi ve yönlendirme* olduğu görülmüş ve bir alt boyut olarak ele alınmıştır. Bir katılımcı, tanı döneminde

meme kanseri ile ilgili gelen bilgiyle kendini daha iyi hissettiğini şöyle ifade etmiştir:

“Evet birkaç saat sonra tekrar konuştuk. Bir şey olmaz, hani ne yapılması o da olunca öyle olunca o şeye bakmış hani ne olur ne olmaz etrafında arkadaşlarında da olanlara sormuş şey yapmış o hazırlıklı gelmiş bana. İşte bir şey olmaz meme kanserinde hiçbir problem yaşanmaz, iç organlar değil hiçbir şey değil bunun evreleri var onları anlattı. Şey yaptı ilk başka bir rahatladım o şekilde” (MDH1).

Doğru bilgi ihtiyacı kategorisi altında *resmi kaynaklardan beklenen doğru bilgi ihtiyacı* ayrı bir boyut olarak ele alınmıştır. Katılımcılar resmi kaynaklardan beklediği doğru bilgi ihtiyacının, hastalığın kendisi, tedavilerin etkileri kadar toplumun bilgilendirilmesi ve tüm toplumun hastalıkla ilgili bilgilendirilmesi olarak ifade edildiği görülmüştür. Böylece *resmi kaynaklardan beklenen doğru bilgi ihtiyacı* boyutunun *bilgilendirme ve önleyici çalışmalar* olarak adlandırılan alt boyut içerdiği bulgusuna ulaşılmıştır. Bir katılımcı, önleyici bilgi ihtiyacı şöyle belirtmiştir: *“Bir ikincisi de aslında hasta olunmadan böyle bir toplu konuşulma falan daha iyi olur. Hastalığa karşı insanın kendini hazırlaması (MÜ2)”*. Tedavi döneminde ihtiyaç duyulan doğru bilgiyle ilgili bir başka katılımcı da şunları belirtmiştir:

“Her sorduğum doktor, bekle göreceksin bekle göreceksin; bekleyerek görmek istemiyorum neyle karşılaşacağımı bilmek istiyorum. Neyle mücadele edeceğimi bilmek istiyorum. Bir kez bana öyle dedi yani tedavin bittikten sonra normal hayatına döneceksin ama benim etrafımdaki herkes sanıyor ki tamam bitti artık menopoz oluyorsun şöyle oluyor böyle oluyor. İşte cevapsız sorular dikkat edin bakın izleyin lütfen onkolojiye gittiğin Süre herkes ölecekmışsiniz gibi

bakıyor. Hatta bir kez polikliniğe gittiğimde konuştuk tamam dedim ben tedavileri alıp dönüyorum ondan sonra siz neyle karşı karşıya olduğunuz bilmiyorsunuz dedi bana. Hastanede de mesela bir gülücük sadece bir gülücük istedi. Hastalar inanın buna hemşirelere onun için yalvarıyor herkes diyor ki ne olur bana bir şeyler anlatın. Ne yiyeyim?. Herkes birbirinden. Benim gittiğimde hep bir şeyler bekliyorlardı, bir şeyler öğrendin mi yeni bir şeyler diye. Ne incir geliyor bağışıklık sistemini yükseltiyor ne geliyor pekmez yersen işte şu geliyor. İlk hastalığa karşılaştığımda ilk soracağım şey ne yapacağız? Beş yıllık bir tedavi süreci veriyorlar sana, ne olacak peki hep belirsizliklerle gidiyor. Tedavi sekizinci ayda bitiyor, şu ana kadar kontrol sırasında aldığım bir cevap var. O kadar arayış içerisindeyim. Ne yapacağım, ne olacak?İnsan aklına bir şey takıldığı Süre evet ben bu insan bana yardımcı olur buradan ben bir destek alabilirim” (ACH3).

BÖLÜM IV.

TARTIŞMA VE YORUM

Bu bölümde nicel ve nitel araştırma yöntemleriyle yürütülen her iki çalışmanın bulgularıyla ilgili tartışma ve yorumlara yer verilmektedir. İlk olarak, birincil meme kanseri tanısıyla tedavi gören kadınların hastalık algıları, başa çıkma stratejileri ile kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkileri test etmeye yönelik olarak kullanılan YEM sonucunda ulaşılan bulgularla ilgili tartışma ve yorumlara yer verilmiştir. Daha sonra, nitel veri analizi sonucunda katılımcıların belirlenen psiko-sosyal ihtiyaçlarına yönelik tartışma ve yorumlar sunulmaktadır. Son olarak çalışmanın bulguları özet olarak sunularak, çalışmanın bulguları doğrultusunda uygulamaya ve gelecekte yürütülecek çalışmalara yönelik önerilerden söz edilmektedir.

4. 1. Nicel Çalışma Bulgularına İlişkin Tartışma

Bu araştırma çerçevesinde ele alınan çalışma grubunun hastalık algıları, başa çıkma stratejileri ile kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkilere yönelik analiz sonuçları ele alınan dokuz değişken arasında doğrudan ve dolaylı ilişkiler olduğunu göstermiştir. Bu bölümde,

öncelikle OAM çerçevesinde ortaya çıkan doğrudan ilişkiler, daha sonra da dolaylı ilişkilerle ilgili bulgular ilgili alanyazın çerçevesinde tartışılmaktadır.

4.1.1. Test Edilen Modelde Ele Alınan Değişkenler Arasındaki Doğrudan İlişkiler

Model testi sonucunda elde edilen doğrudan ilişkiler incelendiğinde, *kaygı*, *duygu odaklı başa çıkma* ve *problem odaklı başa çıkmanın* depresyon ile doğrudan ilişkili olduğu gözlenmiştir. En yüksek ilişkinin *kaygı* ve *depresyon* arasında olduğu görülmektedir. Bu bulguya göre kaygı ve depresyon arasında doğrudan, pozitif yönde ve güçlü bir etki bulunmaktadır. Kaygı, çok boyutlu bir kavramdır ve bilişsel olarak kuruntu ve korku duygularıyla birleşmiş yoğun endişe ve belirsizlik, fiziksel olarak kalp atış hızının artması ve kaçma ve kaçınma gibi davranışsal boyutlardan oluşmaktadır (Norman ve diğerleri, 2003). Kaygı durumu gelecekte gerçekleşecek ya da gerçekleşeceği düşünülen olay ya da duruma yönelmiş bir duygudur (Jacobsen ve Donovan, 2011). Bireyin kaygı düzeyi yüksekken, olay ya da durumu kontrol edilemez olarak algılamakta ve durum ya da olayın önemli yaşam amaçlarına yönelik tehdit içerip içermediğiyle ilgili belirsizlik yaşamaktadır (Clark ve Beck, 2010). Diğer bir ifadeyle, kaygı bir tehdidin ön görülmesidir ve beklenen tehlide hazırlanmayı içermektedir (American Psychiatric Association, 2013). Depresyon ise olumlu duygulanım eksikliği ile birlikte düşük

duygu durum ve duygusal, bilişsel, fiziksel ve davranışsal belirtileri içermektedir. Ağlamaklı olma, sosyal geri çekilme, uykusuzluk gibi davranışlar, iştah azalması gibi fiziksel belirtilerle birlikte, suçluluk hissi, değersizlik, cezalandırılmayı bekleme, düşük öz-saygı, düşük öz-güven ve çaresizlik hissi depresyonda görülen belirtilerdir (National Clinical Practice Guideline 91, 2010). Bununla birlikte, kaygının ve depresyonun belirtileri incelendiğinde örtüşen ve ayrışan yönlerinin olduğu görülmektedir. Örneğin, her iki durumda da bilişsel olarak birey çaresizlik, takıntılar, olumsuz bilişsel çarpıtmalar yaşarken, kaygıda daha çok tehdit ve tehlike algısı, depresyonda ise umutsuzluk ve kayıp algısı baskın olarak yaşamaktadır (Özen ve Temizsu, 2010). Ayrıca, belirtiler açısından değerlendirildiğinde, her iki durumda da korku, aşırı endişe, konsantrasyon güçlüğü, uyku bozukluğu, intihar düşünceleri ya da fiziksel olarak ağrı görülebilirken, kaygı aşırı uyarılma hali, takıntılı ritüeller gibi belirtilerden, depresyon ise ilgi kaybı, zevk alamama, kilo kaybı ya da alımı gibi farklı belirtilerden oluşmaktadır (Türkçapar, 204).

Kaygı ve depresyon belirtileri arasında örtüşen özellikler yürütülen çok çeşitli çalışmalarla kanıtlanmıştır (Blazer ve diğerleri, 1988; Goldberg ve Lecrubier, 1995; Katon ve Roy-byrne, 1991; Lepine ve diğerleri, 1993). Örneğin, 15 ülkede, genel sağlık hizmetlerine başvuran örnekleme Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar (The World Health Organization (WHO) Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care) adı altında yürütülen araştırmada, depresyon ve kaygının psikolojik rahatsızlıklar içinde en çok birlikte ortaya çıkan bozukluklar olduğu ve her iki bozukluğun ilişkili olduğu

bildirilmiştir (Goldberg ve Lecrubier, 1995). Daha çok kadınlarda olmak üzere genel popülasyondan 60.869 örnekleme gerçekleştirilen bir başka çalışmada, kaygı-depresyonun birlikte görülme oranı %6 olarak gözlenmiştir (Rennes, Mykletun ve Dahl, 2005). ayrıca, çalışmalar meme kanserinde de kaygı ve depresyon belirtilerinin birlikte görüldüğünü göstermektedir (Bugess ve diğerleri, 2005; Kocaman-Yıldırım ve diğerleri, 2009; Lesley ve diğerleri, 1986; Tünel, 2011).

Buna ek olarak, kaygı düzeyi yüksekliğinin sonradan depresyon belirtilerinin ortaya çıkması için temel oluşturan bir etmen olduğu çeşitli araştırma bulgularıyla da ortaya konmuştur (Hirschfeld, 2001 Merikangas ve diğerleri, 2003; Murphy ve diğerleri, 2004). Örneğin, Merikangas ve diğerleri (2003) 15 yıl süren çalışmalarında kaygı durumu tespit edilen bireylerin yetişkinlikte depresyon belirtileri geliştirme eğiliminde olduklarını bildirmişlerdir. On yıl süren başka bir boylamsal çalışma sonucunda ise Mathew, Pettit, Lewinsohn, Seeley ve Roberts (2011), temel kaygının depresyonun başlamasını yordadığını belirtmişlerdir. Breslau, Schultz ve Peterson (1995) ise depresyon bozukluklarının gelişiminde kaygı bozukluklarının rolünün cinsiyetler açısından farklı olduğunu ifade etmektedirler. Araştırmalarının bulguları, erken yaşlarda kaygı bozukluğunun ortaya çıkmasının kadınlarda majör depresyon için risk yarattığını göstermiştir. Ayrıca, kronik hastalıkları olan bireylerde, örneğin kas-iskelet sisteminde ağrıları olan hastalarda, temel kaygı belirtilerinin sonraki depresif belirtileri yordadığı vurgulanmaktadır (Bair ve diğerleri, 2013).

Wittchen, Kessler, Pfister ve Lieb (2000) kaygının depresyon için bir risk etmeni olmasının nedenini, kaygının varlığının, ani ya da kademeli olarak, bilişsel süreçte moral çöküntüsüne (demoralization) ya da bilişsel çarpıtmalara neden olma ya da davranış ve sosyal yaşantı örüntülerinde değişimler hatalardan (örneğin, yaşam biçimi ve yaşam olaylarında kritik değişimlerle sonuçlanan kaçınmacı davranışlar) kaynaklandığını belirtmektedirler. Kaygının depresyon için bir risk olduğu çaresizlik-umutsuzluk modeline göre de açıklanmaktadır. Bu modele göre, kaygı ve depresyon çaresizlik (örneğin, gelecekteki olumsuz sonuçlar kontrol edilemez) özelliğini taşıırken, sadece depresyon umutsuzluk (örneğin, gelecekteki olumsuz sonuçlar, olumsuz olayların sürekli ve birçok yaşam olayını etkileyeceği değerlendirmesinden meydana gelecek) özelliğini taşımaktadır. Bir başka deyişle kaygı, umutsuzluk olmadan sadece çaresizlikle açıklanabilirken, depresyon umutsuzluk ve çaresizlik ile birlikte açıklanmaktadır. Bu modele göre, kaygı olumsuz olaya yönelik ilk duygu durum tepkisidir ve depresyona doğru birey olumsuz olayın nedeninin sürekli olacağına ve hayatın tüm alanlarını kapsayacağına yönelik bir inanç geliştirmektedir (Swendsen, 1997).

Fiziksel hastalığı, özellikle kanser hastalığı olan bireylerde moral çöküntüsü yaşandığı ve bu moral çöküntüsünün çaresizlik ve umutsuzluk içerdiği alanyazında görgül çalışmalarla da kanıtlanmıştır (Clarke ve diğerleri, 2000; Clarke, Trauer ve Smith, 2005). Yaşamı tehdit eden bir hastalık tanısı almak, bireyde kaygı tepkisine yol açarken (Clarke, 2011), meme kanseri açısından değerlendirildiğinde kaygının en sık görülen psikiyatrik bozukluk olduğu da görülmektedir (Kang ve diğerleri, 2014).

Ayrıca, meme kanserli kadınlarda kaygı düzeyinin yüksekliği ile birlikte çaresizliğin de yüksek olduğu bildirilmektedir (Watson, Homewood, Haviland ve Bliss, 2005). Bu anlamda, meme kanserli kadınlar açısından çaresizliğin, umutsuzluğa yol açan bir etmen olarak (Clarke, 2011), umutsuzlukla özelleşen depresyon belirtilerinin yükselmesinde etkili olabileceği söylenebilir. Dolayısıyla, bu çalışmada ortaya çıkan meme kanserli kadınlarda kaygı düzeyinin artmasının depresyon düzeyinin artması için önemli bir risk etmeni (vulnerability factor) olduğu bulgusu alanyazındaki çalışmalarla büyük oranda benzerlik göstermektedir.

Duygu odaklı başa çıkma stratejisiyle depresyon arasındaki ilişkiye bakıldığında ise ilişkinin pozitif yönde olduğu görülmektedir. Diğer bir ifadeyle, uyumlu olmayan başa çıkma stratejisinin depresyon belirtilerinin artmasında etkili olduğu söylenebilir. Duygu odaklı başa çıkma stratejisi, probleme yönelik duygusal tepkileri düzenlemeye yönelmiş başa çıkma stratejisidir ve zararlı, tehdit edici ya da meydan okuyucu çevresel duruma karşı yapacak bir şey olmadığı değerlendirildiğinde ortaya çıkmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984). Ayrıca, bu çalışmada kullanılan STBÇÖ'nün duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin çaresizlik ve boyun eğici yaklaşım alt boyutlarından oluştuğu bildirilmektedir (Şahin ve Durak, 1995). Bu noktada, meme kanserli kadınlar için, karşılaştıkları problemler karşısında çaresiz ve boyun eğici yaklaşım içinde bulunmalarının depresyon düzeylerini arttırdığı söylenebilir. Bunlara ek olarak, bu çalışmada elde edilen bu bulgunun alanyazınla da paralellik gösterdiği görülmektedir. Sütçü (2010), çaresiz ve boyun eğici başa çıkma stratejisinin bireylerin depresyon düzeyleriyle

olumlu yönde ilişkili olduğunu belirtmektedir. Ben-Zur ve diğerleri (2001) ise meme kanserli kadınlarda, duygu odaklı başa çıkma stratejisinin Kısa Semptom Envanteri ile ölçülen psikolojik sorunlarla ilgili belirtilerin fazlalığını yordadığını bildirmektedirler. Aydoğan ve diğerleri (2012) çeşitli kanser türlerinden oluşan örneklem grubuyla yürüttükleri çalışmada, işlevsel olmayan başa çıkma olarak adlandırdıkları soruna odaklanma, duyguları açığa vurma ve davranışsal boş vermenin depresyonla olumlu yönde ilişkili olduğunu bildirmişlerdir.

Problem-odaklı başa çıkma stratejisiyle depresyon arasındaki ilişkinin ise negatif yönde ve doğrudan olduğu gözlenmiştir. Lazarus ve Folkman (1984) problem-odaklı başa çıkma stratejisini sıkıntıya neden olan problemi yönetmeye ya da değiştirmeye yönelmiş başa çıkma stratejisi olarak tanımlamışlardır. Bu başa çıkma stratejisi, hem bireyin kendisine hem de çevreye yönelmiş stratejileri içeren problemi tanımlama, alternatif çözümler üretme, yarar zarara göre alternatifleri değerlendirme, bu değerlendirmelerden bir seçim yapma ve harekete geçmeyi içermektedir. Bu anlamda, iyimser yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşım alt boyutlarını içerdiği belirtilen (Şahin ve Durak, 1995) problem odaklı başa çıkma stratejisinin, özellikle depresyonun belirtilerinden olan olumsuz duygulanımları ve düşünceleri değiştirmede etkili olduğu söylenebilir. Ayrıca, elde edilen bu bulgunun alanyazınla da paralellik gösterdiği görülmektedir. Sütçü (2010) meme kanserli kadınlarda problem odaklı başa çıkma stratejisi ile depresyonun olumsuz yönde ilişkili olduğunu belirtmektedir. Schlegela ve diğerleri (2009) de aktif başa çıkma

ve olumlu yeniden değerlendirme stratejilerinin düşük depresyonla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir.

Kaygı açısından bulgular incelendiğinde, *duygu odaklı başa çıkma* ve *problem odaklı başa çıkmanın kaygı* ile doğrudan ilişkili olduğu gözlenmiştir. Bu ilişkilerin de depresyonda olduğu gibi, duygu odaklı başa çıkma ile pozitif, problem odaklı başa çıkma ile negatif yönde olduğu görülmektedir. Bu çalışmada test edilen model bulguları, meme kanseri tedavisi gören kadınlarda tehdit algısını arttıran ve belirsizlik yaratan uyumlu olmayan başa çıkma stratejisinin yani duygu odaklı başa çıkma stratejisinin (Lazarus ve Folkman, 1984) kullanılmasıyla kadınların kaygı düzeylerinin arttığını, problem odaklı başa çıkma, uyumlu başa çıkma stratejisinin (Lazarus ve Folkman, 1984) kullanılmasıyla ise azaldığını göstermektedir. Gerek ulusal gerekse uluslararası alanda çeşitli kanser hastaları veya kronik hastalıkları olan bireylerin yer aldığı örneklem gruplarıyla yürütülen çalışmaların bulguları da, başa çıkma stratejilerinin kaygıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (Aydoğan ve diğerleri, 2012; Evens ve Norman, 2009; Karabulutlu, Bilici, Çayır, Tekin ve Kantarcı, 2010; Knowles ve diğerleri, 2011). Örneğin, Aydoğan ve diğerleri, (2012) soruna odaklanma, duyguları açığa vurma, davranışsal boş verme ve kaçınma başa çıkma stratejilerinden oluşan uyumlu olmayan başa çıkma stratejisi ile kanserli bireylerin kaygı düzeyleri arasında pozitif ilişki olduğu bulgusuna ulaşmışlardır. Benzer şekilde Knowles ve diğerleri (2011), Chron hastalarında duygu odaklı başa çıkma stratejisi ile kaygı düzeylerinin pozitif yönde ilişkili olduğunu gözlemlemişlerdir. Meme kanserli kadınlarla yürütülen çalışmaların bulguları incelendiğinde,

uyumlu olmayan başa çıkma stratejilerinden olan kaçınmacı başa çıkma stratejisinin kadınların kaygı düzeyleriyle pozitif, aktif başa çıkma stratejilerinin ise negatif yönde ilişkili olduğunu göstermektedir (Wang ve diğerleri, 2012). Saniah ve Zainal (2010) Malezya’da kemoterapi sırasında kaygı belirtileri gösterenlerin kadın hastaların reddetme, davranışsal kaçınma ve duyguları açığa vurma gibi duygu odaklı başa çıkma stratejileri kullandıklarını belirtmektedirler.

Daha önce söz edildiği gibi, duygu odaklı başa çıkma zararlı, tehdit edici ya da meydan okuyucu çevresel duruma karşı yapacak bir şey olmadığı değerlendirildiğinde ortaya çıkmaktadır (Lazarus v Folkman,1984). Kaygı ise bir olay ya da durumla ilgili tehdit algısını içermektedir (American Psychiatric Association, 2013). Her iki tanımda tehdit algısı ile ilgili değerlendirmelerin ön plana çıktığı görülmektedir. Çalışma grubu açısından bakıldığında, tedavi gören meme kanserli kadınlarda bir olay ya da duruma karşı yapacak bir şey olmadığına dair bir değerlendirmeye girmeleri, çaresizlikle özelleşen kaygı durumlarının (Swendsen, 1997) yükselmesinde etkili olduğu söylenebilir. Problem odaklı başa çıkma ise yaşanan sorunla ilgili hem bireyin kendisine hem de çevresine yönelmiş, problemi yönetmeye ya da değiştirmeye yönelik stratejileri içermektedir (Lazarus ve Folkman,1984). Buradan hareketle çalışma grubunda yer alan meme kanserli bireylerin, problemle başa çıkmaya yönelik stratejilerinin belirsizlikle özelleşen kaygı düzeylerinin (Clark ve Beck, 2010) azalmasında etkili olduğu söylenebilir.

Araştırma bulguları ayrıca, duygu odaklı ve problem odaklı başa çıkma ile kaygının, depresyon toplam varyansının %50'sini açıkladığını göstermektedir. Bu bulguya göre, çalışma grubu açısından, yaşanan depresyon düzeyinin artmasında, kadınların kaygı düzeylerinin yükselmesi, duygu odaklı başa çıkma stratejisini yüksek ve problem odaklı başa çıkma stratejisini ise düşük düzeyde kullanmalarının etkili olduğu söylenebilir. Kaygı için bakıldığında ise duygu odaklı ve problem odaklı başa çıkmanın kaygı toplam varyansının % 15'ini açıkladığı görülmektedir. Diğer bir ifadeyle, katılımcıların kaygı düzeylerinin artmasında, duygu odaklı başa çıkma stratejisini daha fazla, problem odaklı başa çıkma stratejisini ise daha az kullanmaları etkili olmaktadır. Elde edilen bu bulguların aksine, Rutter ve Rutter (2009) tedavi görmekte olan meme kanserli kadınlarda ruhsal sağlığı başa çıkma stratejilerinin açıklamadığını gözlemlemişlerdir. Tedavi gören meme kanserli kadınlarla yürütülen her iki çalışmanın bulguları arasındaki bu farklılığın, kullanılan ölçme araçlarından kaynaklandığı söylenebilir. Rutter ve Rutter (2009) çalışmalarında hastalık sonucu olarak ruh sağlığını yaşam gücü, sosyal işlevsellik, duygusal nedenlerden dolayı rol kısıtlaması gibi alt ölçeklerden oluşan bir ölçme aracıyla değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada ise hastalık sonuçları, genel anlamda ruhsal sağlık düzeyi olarak değil, ruhsal sağlıkla ilgili depresyon ve kaygı gibi spesifik sorunlarla ele alınmıştır. Buradan hareketle, tedavi gören meme kanserli kadınlarda, başa çıkma stratejileri ile ruhsal belirtiler arasındaki ilişkilere yönelik çalışmaların, farklı ölçme araçlarıyla tekrarlanmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Buna ek olarak, test edilen model sonucunda elde edilen bulgular *hastalık tutarlılığı* ile *duygu odaklı başa çıkma* stratejisi arasında negatif, *süre-akut/kronik* değişkeni ile *duygu odaklı başa çıkma* stratejisi arasında ise pozitif ve orta düzeye yakın bir etkinin olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Diğer bir ifadeyle, meme kanseri tedavisi gören kadınların hastalığı anlama ve anlamlandırma düzeyleri azaldıkça ve bu süreçte kanserin uzun süreli (kronik) olduğuna yönelik inançları yükseldikçe, daha çok duygu odaklı başa çıkma stratejisi kullandıkları söylenebilir. Bireyler genellikle duyumsadıkları stresli yaşam olaylarını anlamlandırmaya çalışmaktadırlar (Aldwin, 2007). Stresli bir yaşam olayı olan kronik hastalık deneyimi ile ilgili anlamlandırma yapmak, hastaların yaşamlarında hastalığın var olan rollerini nasıl algıladıkları ve bu algıların zaman içinde nasıl değiştiği kadar bireylerin hastalığa olan tepkilerinin nasıl geliştiği, sürdüğü ve değiştiğini de içermektedir (Warner ve Hauser, 2009). Hastalıkla ilgili anlamlandırma yapmayı içeren hastalık tutarlılığı kavramı ise Antonovsky'nin tutarlılık hissi (sense of coherence) ile ilgili çalışmalarına dayanmaktadır (Leventhal, Weinman, Leventhal ve Phillips, 2008). Antonovsky (1987; Akt. Fok, Chair ve Lopez, 2005) riskli yaşam olaylarında insanların neden sağlıklı kaldıklarını araştırmış ve sonuç olarak tutarlılık algısının oldukça önemli olduğunu belirlemiştir. Ayrıca Antonovsky, tutarlılık algısının üç bileşenden oluştuğunu gözlemlemiştir. Bu bileşenler, bireylerin yaşamlarında içsel ve dışsal uyaranları anlayabilmeleri, bu uyaranlarla ilgili talepleri karşılayabilecek ve yönetebilecek kaynaklarının olması ve yaşadıkları duruma yönelik bir anlam bulabilmelerinden oluşmaktadır. Bu yaklaşıma göre, güçlü tutarlık hissi olan kişiler en iyi başa çıkma kaynaklarını seçebilmekte ve yaşam

kaliteleri artmaktadır. Bu yaklaşım temelinde, bireylerin hastalıkla ilgili uyarınları anlayamadıklarında, hastalıkla ilgili talepleri karşılayabilecek kaynakları olmadığında ya da neden hasta olduklarına yönelik bir anlamlandırma gerçekleştiremediklerinde, uyumlu olmayan olarak da adlandırılan duygu odaklı başa çıkma stratejisini kullandıkları söylenebilir. Bu çalışmanın bulgularında gözlenen hastalık tutarlığı ve duygu odaklı başa çıkma stratejisi arasındaki negatif ilişki, Gould ve diğerlerinin (2010) çalışmasıyla da benzerlik göstermektedir. Jinekolojik kanserli kadınlarla yürütülen bu çalışmada Gould ve diğerleri, hastalık tutarlığının inkar ve uzaklaşma başa çıkma stratejisiyle doğrudan ilişkili olduğunu, diğer bir ifadeyle, jinekolojik kanserli kadınların hastalıklarını anlama ve anlamlandırmaları azaldıkça, inkâr ve uzaklaşma stratejisini daha fazla kullandıklarını bildirmektedirler.

Süre akut/kronik algısı hastalığın ne kadar süreceği ve nasıl bir seyir izleyeceği ile ilgili bakış açısını içerirken (Heijmans ve De Ridder, 1998), hastalığın uzun süreceği ya da kronik olduğu algısı hastalıkların fizyolojik ve psikolojik olumsuz sonuçlarıyla ilişkilendirilmektedir (Knibb ve Horton, 2008; Vaughan ve diğerleri, 2003). Dolayısıyla, kanser hastalığının uzun süreceğine inanmanın, bu çalışmada yeralan meme kanserli kadınlarda çaresizlik ve boyun eğici bir yaklaşıma neden olarak, duygu odaklı başa çıkma stratejilerini kullanmalarında artmaya neden olduğu söylenebilir. Ayrıca, *süre akut/kronik* algısıyla, uyumlu olmayan başa çıkma stratejisi olan *duygu odaklı başa çıkma* stratejisi arasındaki doğrudan ve olumlu ilişki de, kanser türleri ve kronik hastalıklarla yürütülen çalışmaların bulgularıyla büyük oranda benzerlik

göstermektedir. Rozema ve diğerleri (2009) tanının üzerinden iki yıl geçmiş olan 119 meme kanserli kadınla yürüttükleri çalışmada, süre/kronik temsilinin uyumlu olmayan davranışçı kaçınma başa çıkma stratejisini yordadığını bildirmişlerdir. Moss-Morris ve diğerleri (1996) ise 233 kronik yorgunluk sendromu olan hastayla yürüttükleri çalışmada, hastalığın kronik olduğuna yönelik inancın olayları bastırma ve davranışsal uzaklaşma başa çıkma stratejileri ile ilişkili olduğunu rapor etmişlerdir. Benzer şekilde Addison hastalarında da, hastalığı kronik olarak algılayanların, bilişsel kaçınma başa çıkma stratejini daha fazla kullandıkları bildirilmektedir (Heijmans, 1999).

Bulgular, *problem odaklı başa çıkmayı* doğrudan etkileyen tek hastalık algısı değişkeninin ise kişisel *kontrol* olduğunu göstermiştir. Kişinin hastalığı üzerinde kendi kontrolünün olduğu inancının, diğer kanser türlerinde ve kronik hastalıklarda da uyumlu başa çıkma stratejileriyle ilişkili olduğu alanyazında sıkça vurgulanmaktadır. Örneğin, jinekolojik kanserli kadınlarda kişisel kontrollerinin olduğu inancının kabul/büyüme başa çıkma stratejisiyle ilişkili olduğu bildirilmektedir (Gould ve diğerleri, 2010). Ayrıca alerjileri üzerinde kişisel kontrolleri olduğu inancı, kişilerde aktif başa çıkma, planlama, araçsal sosyal destek arama ve olumlu yeniden yorumlama başa çıkma stratejilerinin kullanımını etkilemektedir (Knibb ve Horton, 2008). Sağlık psikolojisi alanyazınında en çok araştırılan konulardan biri olan denetim odağı ile ilgili çalışmalar da, elde edilen bu bulguyu destekler niteliktedir. Meme kanserli ve kolorektal kanserli hastalarıyla yürütülen bir çalışmada, kişinin sağlığıyla ilgili iç denetiminin olduğu inancının yüzleşmeci ve uyumlu

başa çıkma stratejileriyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (Goli, Scheidt, Gholamrezaei ve Farzanegan, 2014). Problem odaklı başa çıkma stratejisi problemi tanımlama ve problemle ilgili çözümler üreterek, plan yapma ve bu planları uygulamayı kapsamaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984). Bireyin hastalığını kontrol edebileceği inancının, özyetkinlik inancı (Moss-Morris ve diğerleri, 2002) ve kişisel kaynakları olduğu inancından oluştuğuna (Hagger ve Orbell, 2005) yönelik bilgiler de göz önüne alındığında, bu araştırmanın çalışma grubunu oluşturan meme kanserli kadın hastaların kişisel kontrol inançlarına bağlı olarak problem odaklı başa çıkma stratejilerini kullanmaya yönelmeleri manidar görünmektedir.

Bu sonuca ek olarak, *problem odaklı başa çıkma* ile doğrudan ancak negatif yönde ilişkili diğer bir değişkenin *duygu odaklı başa çıkma stratejisi* olduğu görülmektedir. Diğer bir ifadeyle, meme kanserli kadınların zararlı, tehdit edici ya da meydan okuyucu çevresel duruma karşı yapacak bir şeyleri olmadığı yönünde bir değerlendirme içine girmeleri, yani duygu odaklı başa çıkma stratejisini kullanmaları, bireyin problemi yönetme ya da değiştirmeye odaklanan olumlu başa çıkma stratejisi kullanmalarını olumsuz yönde etkilemektedir. Alanyazın incelendiğinde, Chron ve duyarlı bağırsak sendromu olan hastalarda da duygu odaklı başa çıkma ile problem odaklı başa çıkma stratejilerinin ilişkili olduğu gözlenmesine rağmen (Knowles ve diğerleri, 2011; Knowles ve diğerleri, 2013), bu çalışmalarda her iki değişkene ilişkin doğrudan ilişkiler olduğu bildirilmemiştir. Folkman ve diğerleri (1986), bireylerin kullandıkları başa çıkma stratejileri arasında ilişki olduğunu ve stresli durumlarda kişilerin çoklu başa çıkma stratejileri kullandıklarını

belirtmektedirler. Bu doğrultuda, çalışmanın örneklemini oluşturan meme kanserli kadınlarda duyguları yönetmeye yönelmiş duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin (Lazarus ve Folkman, 1984) kullanımının, problemi yönetmeye ya da değiştirmeye yönelmiş problem odaklı başa çıkma davranışlarını azalttığı söylenebilir.

Bununla birlikte araştırma bulguları, tedavi gören meme kanserli kadınlarda hastalık tutarlılığı ve süre akut/kronik algısının duygu odaklı başa çıkmayı birlikte açıklama oranının %12 olduğunu göstermiştir. Ayrıca, tedavi gören meme kanserli kadınlarda problem odaklı başa çıkma stratejisinin %18'lik varyansını ise kişisel kontrol ve duygu odaklı başa çıkmanın açıkladığı bulgusuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde Fowler (2007), antiviral terapi alan Hepatit C hastalarında duygu odaklı başa çıkmayı kişisel kontrol ve duygusal temsillerin ($R^2 = .40$), problem odaklı başa çıkmayı ise yine kişisel kontrol ve kimlik (hastalık belirtileri) boyutlarının ($R^2 = .28$) açıkladığını rapor etmiştir. Yürütülen bu çalışma ile Foler'in (2007) çalışması farklı bir hasta gruplarıyla gerçekleştirmelerine rağmen, her iki çalışmada elde edilen sonuçlardaki benzerlikler göze çarpmaktadır. Bir başka deyişle, kişisel kontrol değişkeni her iki çalışmada da problem odaklı başa çıkma stratejisini açıklayan önemli bir değişken olarak görünmektedir. Bu durum, kontrol algısının aktif ya da uyumlu başa çıkma stratejisi için önemli bir yordayıcı faktör olduğunu göstermektedir.

Bu sonuçlara ek olarak, hastalık algısı boyutları açısından bakıldığında çalışma bulguları, *tedavi kontrolü* ve *süre döngüsel* değişkenlerinin *hastalık tutarlılığı* üzerinde orta düzeyde ve doğrudan

etkileri olduğunu göstermektedir. Nitekim, kanserin oluşumu ve gelişimi üzerindeki kontrol inançları, kanserli bireylerin yeni yaşamlarına uyum sağlamalarında önemli psiko-sosyal faktörlerden biri olarak görülmekte ve kanserli bireyler hastalıkla ilgili kontrol hissini olumlu sonuçlar elde etme ve olumsuz sonuçlardan kaçınmak için geliştirmektedirler (Neipp, López-Roig ve Pastor, 2007). Daha önce söz edildiği üzere, bireyin hastalık ya da tedaviyle ilgili inançları, çevrelerindeki insanlardan duydukları, uygulayıcıların kendilerine söylediklerinden anladıkları, başka insanlarla ilgili gözlemleri ve kendilerinin fiziksel ve duygusal durumuyla ilgili deneyim ve algılarından oluşmaktadır (Leventhal, Benyamini ve Shafer, 2007). Günümüzde, hastalıkları yönetme ya da iyileşme sağlama sürecinde kullanılan tıbbi yöntemlerin ve tedavilerin önemi oldukça fazla vurgulanmaktadır (Martin ve diğerleri, 2003). Özellikle kanserin iyileştirilmesi sürecinde kontrolün doktor ve tedavilerde olduğu sık sık belirtilmektedir (Taylor, Lichtman, ve Wood, 1984). Ayrıca, kanser gibi kronik hastalıklarda bireyler, hastalığı iyileştirme ya da kontrol etme çerçevesinde sadece tedavilerin etkililiğini değerlendirmek ya da tedaviyi seçmekle kalmayıp, tedavi ve kontrol etme sürecinde kendi potansiyellerini de değerlendirmektedirler. Örneğin, kanserli bireyler ameliyatı, kanserli organın ya da tümörün kesilerek alınmasını kanserden kurtulma, vücudun onarılması ve/ya hayati organa tekrar kavuşulması gibi mekanik bir imgeleme ele alabilmekte ve bu nedenle ameliyatı etkili bir yöntem olarak görebilmektedirler (Leventhal ve diğerleri, 2005). Buradan hareketle, bu çalışmaya katılan araştırma grubunun, tedavilerinin hastalıklarını kontrol edebileceği inancını özellikle dışsal uyaranlardan yola çıkarak geliştirdikleri ve bu durumun hastalıklarıyla ilgili algıya

dayalı değişkenler üzerinde etkili olduğu söylenebilir. Bir başka deyişle, bu çalışmada yer alan katılımcıların, meme kanseri tedavisinin hastalığı kontrol etmede önemli olduğuna yönelik inançlarının meme kanserini anlama ve anlamlandırmalarını arttırdığı görülmektedir. Bu sonuç, diğer kronik hastalıklarla yapılan çalışmalarda elde edilen her iki değişken arasındaki pozitif ve doğrudan ilişkiye dair sonuçları desteklemektedir (Evans ve Norman, 2009; Hagger ve Orbell, 2005; Moss-Morris ve diğerleri, 2002; Philip ve diğerleri, 2009).

Döngüsel süre algısı ise, hastalığın belirtilerinde dalgalanmalar olduğu ya da hastalığın belirtilerinin değiştiiğine olan inanç olarak tanımlanmaktadır (Hagger ve Orbell, 2005). Hastalık tutarlılığı ise yukarıda sözü edildiği üzere hastanın var olan hastalığını ya da sürdürülen tedavileri ne oranda anladığını içermektedir (Moss-Morris ve diğerleri, 2002). Bu tanımlardan yola çıkarak, çalışmaya katılan meme kanserli kadınların, kanserin ya da kanserin belirtilerinin zaman zaman değiştiiğine yönelik algılarının, meme kanserini anlama ya da anlamlandırmalarını olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. Ayrıca, çalışmaya katılan grubun meme kanseri tedavisi gören kadınlardan oluştuu göz önüne alındığında, katılımcılardan yarıya yakınının kemoterapi (%47.6), yaklaşık beşte birinin ise radyoterapi görmekte (%22.3) olan hastalardan oluştuu görülmektedir. Özellikle kemoterapi başta olmak üzere meme kanseri tedavileri kısa ve uzun süreli yan etkileri olan tedavi yöntemleridir (Ogden, 2004; Phipps ve Li, 2010). Bununla birlikte, Riche ve Ezer (2002) kemoterapi alan meme kanserli kadınların tedavilerinin yan etkileriyle birlikte hem hastalıklarını ve tedaviyi, hem de kendilerini ve

yaşam hedeflerini tekrar gözden geçirmekte ya da tekrar tanımlamaya başladıklarını belirtmektedirler. Örneğin, sözü edilen bu çalışmada kusma gibi kemoterapinin yan etkisiyle yüzleşen kadınların hastalıklarıyla yüzleştiklerini, kemoterapinin yan etkileri azaldığında ise meme kanseri oldukları gerçeğinden uzaklaştıkları gözlemlenmiştir. Döngüsel süre algısının hastalık tutarlılığı algısı üzerindeki olumsuz etkisi, özellikle kemoterapi sırasında ve sonrasında zaman zaman meydana gelen farklı fiziksel değişimlerin kadınların bir hastalık olarak kanseri anlama ya da kavramsallaştırmada zorluklar yarattığı şeklinde yorumlanabilir.

Çalışma bulguları arasında yer alan bir diğer doğrudan ilişki ise, hastalık algısı değişkenleri arasında yer alan *tedavi kontrolü* ile *kişisel kontrol* arasındaki olumlu ve doğrudan ilişkidir. Hastalık algısının alt boyutlarıyla ilgili yapılan ilk çalışmalarda temel olarak hastalık algısı boyutları kimlik, nedenler, süre, sonuçlar ve tedavi/kontrol boyutlarından oluşturulmuştur (Weinman ve diğerleri, 1996). Bu çalışmalarda tedavi kontrolü algısı, kişinin hastalığının kontrol ya da tedavi edilebilirliğine yönelik inançları olarak tanımlanmıştır. Horne (1997) ile Horne ve Weinman (1999) tarafından daha sonra yürütülen çalışmalar, kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarıyla ilgili önerilen ilaç tedavilerine yönelik çeşitli inançlar geliştirdiklerini ve bu inançlarının hastaların önerilen tedavilere uyumlarını (adherence) etkilediğini ortaya koymuştur. Örneğin Horne ve Weinman (1999), onkoloji ve diyabet hastalarının astım ve kalp rahatsızlığı olan hastalara oranla tedavinin hastalıkları üzerindeki yararının daha fazla olacağına inandıklarını belirtmişlerdir. Dolayısıyla, kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarıyla ilgili geliştirdikleri kontrol

inançlarının, tedavinin hastalığın kontrol edebileceğine yönelik ya da bireyin hastalığı kontrol edebileceğine yönelik öz-yetkinlik inançlarına yönelik algıları olarak iki şekilde belirlenebileceği ifade edilmiştir (Moss-Morris ve diğerleri, 2002). Bu çalışmada elde edilen bulguların Horne ve Weinman'ın (1999) çalışmasıyla benzerlik gösterdiği ve meme kanserli kadınların hastalığa yönelik uygulanan tedavilerle ilgili inançlarının artmasıyla, hastalık üzerindeki kişisel kontrollerinin de arttığına yönelik bir algı geliştirdikleri söylenebilir.

Benzer şekilde Hagger ve Orbel (2005), servikal taramaya giren anormal servikal smear testi sonucu olan kadınlarda, kişisel kontrollerinden çok, durumlarının tedavi edilebilir olduğu algısının önemli olduğunu vurgulamışlardır. Ayrıca, kolposkopi kliniklerinde kadınların, var olan problemin tedavi edilebilirliğinin derecesi ile ilgili kontrolün daha çok sağlık personelinde olduğuna yönelik bir algı geliştirdiklerini belirtmişlerdir. Diğer yandan, kronik hastalığı olan bireylerin bedenleri, çalışabilme yeteleri ve genel olarak yaşamları üzerindeki kontrollerini kaybettikleri vurgulanmaktadır (Helgeson ve Reynolds, 2002). Buradan hareketle, meme kanserli kadınların kanser tedavilerinin, hastalıklarını kontrol etmede etkili olacağına yönelik inançlarının, hastalıkları üzerindeki kişisel kontrollerine yönelik algılarında da artış sağlaması olası görünmektedir.

Bu çalışmada elde edilen bir diğer bulgu ise *tedavi kontrolü* değişkeni ile *süre akut/kronik* değişkeni arasında yüksek, negatif yönde ve doğrudan bir ilişkinin var olduğu yönündedir. *Süre akut/kronik* algısı,

bireyin hastalığının ne kadar süreceği ve bu sürede nasıl bir seyir izleyeceği ile ilgili bakış açısını içermektedir (Heijmans ve De Ridder, 1998). Bununla birlikte, hastalığın uzun süreceği ya da kronik olduğu algısı hastalıkların, bireylerin fizyolojik ve psikolojik olumsuz sonuçlarıyla ilişkilendirilmektedir (Knibb ve Horton, 2008; Vaughan ve diğerleri, 2003). Dolayısıyla, çalışma grubunda yer alan meme kanserli kadınlar açısından, tedavinin hastalığın iyileştireceği inancının hastalığın kısa süreceği inancı üzerinde etkili olduğu belirtilebilir. Nitekim, alınan tedavinin hastalığın seyri üzerinde etkili olacağı ve hastalığı iyileştirebileceği inancı ile süre algısı arasındaki negatif yönlü ilişki Hagger ve Orbell'in (2003; 2005) çalışmalarını destekler niteliktedir.. Hagger ve Orbell (2003), bu konuda gerçekleştirilen 45 çalışmanın sonuçları üzerinde yürüttükleri meta-analiz çalışmasında, tedavi kontrolü ile süre algısı arasında negatif bir ilişkinin varolduğunu bildirmektedirler. Buna ek olarak, servikal taramaya giren kanserli hastalarda da tedavinin hastalığı iyileştirmede etkili olacağı inancıyla hastalığın kısa süreli olduğu inancı arasında negatif bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Hagger ve Orbell, 2005). Sonuç olarak, bu çalışmadan elde edilen bulguların, yukarıda sözü edilen araştırma bulgularını desteklediği görülmektedir.

4.1.2. Test Edilen Modelde Ele Alınan Değişkenler Arasındaki Dolaylı İlişkiler

Bu çalışma bulguları depresyon açısından incelendiğinde, *tedavi kontrolü* değişkeninin kişisel kontrol ve problem odaklı başa çıkma üzerinden meme kanserli kadın hastaların *depresyon* düzeyleri üzerinde dolaylı ve negatif yönde bir etki gücünün olduğu görülmektedir. Bir başka deyişle, tedavi ve kişisel kontrol algılarının meme kanserli kadınlarda depresyon düzeylerinin düşük olmasını problem odaklı başa çıkmayla dolaylı olarak etkilediği görülmektedir. Her ne kadar ele alınan hastalıkla ilgili sonuç değişkeni farklı olsa da Rutter ve Rutter (2002) duyarlı bağırsak sendromlu hastalarda tedavi kontrolünün aktif başa çıkma aracılığı ile sağlıkla ilgili doyumunu yordadığını belirtmektedir. Sonuç olarak, tedavi ve kişisel kontrol algısının uyumlu ya da problem çözme odaklı başa çıkma stratejileri üzerinden meme kanserli kadınların depresyon düzeylerini azaltıcı bir etki sağladığı söylenebilir.

Yine depresyon açısından incelendiğinde, hastalık algısı değişkenleri arasında yer alan *tedavi kontrolü*, *hastalık tutarlılığı* ve *süre-akut/kronik* değişkenlerinin duygu odaklı başa çıkma aracılığıyla *depresyon* üzerinde düşük düzeyde dolaylı etkilerinin olduğu belirlenmiştir. Bir başka deyişle, çalışma grubunda yer alan meme kanserli kadınların, aldıkları tedavinin hastalığı kontrol edebileceğine yönelik inançları ve hastalığı anlamlandırma düzeyleri azaldıkça duygu odaklı başa çıkma stratejilerini daha sık kullanmaya başladıkları ve

dolaylı olarak depresyon düzeylerinin arttığı söylenebilir. Diğer yandan, kadınların hastalıklarının kronik olduğuna yönelik algılarının artmasına bağlı olarak, yine duygu odaklı başa çıkma stratejilerine yöneldikleri ve dolaylı olarak depresyon düzeylerinin artmasına etki ettiği belirtilebilir. Elde edilen bu bulgular, Gould ve diğerleri (2010) tarafından jinekolojik kanserli hastalarla yürütülen çalışmanın sonuçlarına benzerlik göstermektedir. Gould ve diğerleri (2010), hastalık tutarlığının uyumlu olmayan başa çıkma stratejisi olan inkar ve uzaklaşma üzerinden psikolojik sıkıntı ile dolaylı olarak ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Aynı hasta grubunda ayrıca, döngüsel süre algısının inkar ve uzaklaşma aracılığıyla psikolojik sıkıntı ile dolaylı bir ilişkisi olduğunu vurgulamışlardır. Dolayısıyla, Gould ve diğerlerinin (2010) çalışması ile bu çalışmanın bulgularında ele alınan değişkenler arasındaki dolaylı ilişkilerde önemli benzerlikler olduğu ve hastalık algısının uyumlu olmayan başa çıkma stratejileri aracılığıyla hastalık sonuçları üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Test edilen modelde ele alınan değişkenler arasındaki dolaylı ilişkilere yönelik bulgular *kaygı* değişkeni açısından incelendiğinde, depresyon ile benzer şekilde, *tedavi kontrolü* değişkeninin hastalık tutarlığı, süre-akut/kronik ve duygu odaklı başa çıkma üzerinden meme kanserli kadın hastaların *kaygı* düzeyleri üzerinde dolaylı ve negatif bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, *hastalık tutarlığı* algısının tek başına duygu odaklı başa çıkma üzerinden *kaygı* düzeyi ile yine dolaylı ve negatif bir etki gücüne sahip olduğu görülmüştür. Bu bulguların, ele alınan sonuç değişkeni açısından farklılık olsa da, Gray ve Rutter'ın

(2006) çalışmalarında ortaya konan kronik yorgunluk sendromunda tedavi kontrolünün belirtilere odaklanma başa çıkma stratejisi üzerinden yaşam kalitesiyle olan dolaylı etkisi ile benzerlik gösterdiği düşünülebilir. Aynı çalışmada, hastalık tutarlığı değişkeninin yaşam kalitesi üzerinde belirtilere odaklanma aracılığı ile dolaylı bir ilişki sergilediği gözlenmiştir. Bir başka deyişle, kronik yorgunluk sendromunda tedavinin hastalığı iyileştirmede etkili olmayacağı inancı, hastalıkla ilgili belirtilere daha fazla odaklanmaya ve sonuçta düşük yaşam kalitesine neden olmaktadır. Bu çalışmada da, meme kanserli kadınların, aldıkları tedavinin hastalığı kontrol edebileceğine yönelik inançları ve hastalığı anlamlandırma düzeyleri azaldıkça duygu odaklı başa çıkma stratejilerine yöneldikleri ve dolaylı olarak kaygı düzeylerinin yükseldiği söylenebilir.

Sonuç olarak, OAM çerçevesinde düzenlenen, hastalık algılarının ve başa çıkma stratejilerinin hastalık sonuçları üzerinde doğrudan ve dolaylı etkileri olduğu önermesi bu çalışma bulgularıyla büyük oranda desteklenmiştir. Aynı zamanda, çalışma bulguları, OAM temelinde yürütülen diğer çalışmalarla da (Carlisle ve diğerleri, 2005; Evans ve Norman, 2009; Gray ve Rutter, 2006; Gould ve diğerleri, ;2010; Knibb ve Horton, 2008; Rutter ve Rutter, 2002) tutarlık göstermektedir. Diğer yandan, Rozema ve diğerlerinin (2009) meme kanserli kadınlarla yürüttükleri çalışmanın sonuçlarının aksine, bu çalışmada hastalık algılarının başa çıkma stratejileri üzerinden hastalık sonuçlarını etkilediği kanıtlanmıştır. Rozema ve diğerleri (2009) çalışmalarında meme kanserli kadınlarda OAM modelini test etmişler ancak hastalık algılarıyla başa çıkma stratejileri üzerinden fiziksel ve ruhsal sağlıkla ilgili dolaylı

ilişkilerine dair kanıtlar elde edememişlerdir. Bununla birlikte, hastalığını kronik ve kontrol edilemez olarak algılayanların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını düşük algıladıkları bulgusuna ulaşarak, meme kanserli kadınlarda hastalığın sonuçlarıyla ilgili algıda hastalık algısı boyutlarının başa çıkma stratejilerinden daha önemli bir rolü olduğunu bildirmişlerdir.

4. 2. Nitel Çalışma Bulgularına İlişkin Tartışma

Bu araştırma çerçevesinde ele alınan çalışma grubunun psiko-sosyal ihtiyaçlarının dört tema çerçevesinde ele alınabileceği gözlenmiştir. Bu bölümde tanı ve tedaviye yönelik tepkiler, başa çıkma stratejileri, koruyucu ve engelleyici etmenler ile psiko-sosyal kaynaklar ve ihtiyaçlar olarak belirlenen temalara ilişkin tartışma ver yorumlara yer verilmektedir.

4.2.1. Tanı ve Tedaviye Yönelik Tepkiler

Birincil meme kanseri tanısıyla tedavi gören kadınlara yapılan görüşmelerin nitel verilerinin içerik analizi sonucunda dört tema belirlenmiştir. Bu temalar *tanı ve tedaviye yönelik tepkiler*, *başa çıkma stratejileri*, *koruyucu ve engelleyici etmenler* ve *psiko-sosyal kaynaklar ve ihtiyaçlar*dır. Bu bölümde her bir temanın altında belirlenen kategoriler,

alt kategoriler, boyutlar ve alt boyutlarla ilişkili yorumlara yer verilmektedir.

Tanı ve tedaviye yönelik tepkiler teması ile ilgili bulgular alanyazınla paralel olarak kadınların meme kanseri yaşantılarının belli aşamalardan oluştuğunu göstermiştir. Hewit ve diğerleri (2004) meme kanserindeki aşamaların tanı, birincil tedavi, sistematik tedaviler, tedaviyi tamamlama ve olağan yaşama yeniden girme, sağkalım, tekrarlama ve ilerleyen kanserde palyatif aşamalarından oluştuğunu belirtmişlerdir. Yürütülen bu çalışmanın sadece tedavi gören meme kanserli kadınlara yönelik olmasından dolayı, *tanı ve tedaviye yönelik tepkiler* teması *tanı dönemi* ve *tedavi dönemi tepkiler* olarak kategorileştirilmiştir.

Tanı döneminde katılımcılar tarafından meme kanseri tanısına yönelik verilen *şok*, *inanamama* ve *şaşkınlık* tepkileri *bilişsel tepkiler* olarak adlandırılmıştır. Katılımcıların verdikleri bu tepkilerin, ilgili alanyazında yer alan diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği görülmektedir. Ayrıca, gerek nitel yaklaşımla gerekse nicel yaklaşımla yürütülen çalışmaların sonuçları, farklı kültürlerdeki kadınların da tanıyla ilgili benzer tepkiler verdiklerini göstermektedir. Örneğin, *şok* ve *inanamama* tepkilerinin Norveçli (Landmark ve diğerleri, 2002), Amerikalı (Blow ve diğerleri, 2011), Afrika kökenli Amerikalılar (Morgan, Mock, Rose, ve Fogel, 2004), Avustralyalı (Coyne ve Borbasi, 2009) ve Çinli (Fu, Xu, Liu, ve Haber, 2008) kadınlar tarafından da veildiği bildirilmektedir. Benzer şekilde, meme kanseri tanısı sonrası katılımcılar tarafından ifade edilen *üzüntü*, *korku*, *yalnızlık*, *öfke* ve *suçluluk* duygusal tepkiler alanyazınla paralellik göstermektedir. Ayrıca alanyazın taraması bu tepkilerin *bilişsel tepkiler* boyutunda olduğu gibi,

farklı kültürlerdeki meme kanseri tanısı alan kadınların verdikleri tepkilerle benzer olduğunu göstermiştir. Amerikalı (Bennett, Compas, Beckjord, ve Judith, 2005; Blow ve diğerleri, 2011), Çinli (Fu ve diğerleri, 2008) ve Avustralyalı (Beatty ve diğerleri, 2008; Bitsikaa ve diğerleri, 2010) meme kanseri tanısı almış kadınların tanıdan sonra üzüntü, korku, öfke ve suçluluk yaşadıkları bildirilmektedir. Davranışsal tepkiler olarak ortaya çıkan *ağlama*, *sosyal destek arama* ve *dua etme* tepkileri ise Morgan ve diğerlerinin (2004) 66 Afrikalı Amerikalı kadınla yürüttükleri görüşmelerin sonuçlarıyla benzerlik gösterdiği görülmektedir. Sözü edilen bu çalışmada Afrikalı Amerikalı kadınların da tanıdan sonra ağlama, Tanrıya ve kadere güvenme ve arkadaş ya da aileden destek arama davranışları içine girdikleri bildirilmektedir.

Tanıdan sonraki dönemde ise katılımcıların kişilerarası tepkilerinin aileye ve yakın çevreye yönelik değiştiği görülmektedir. Aileye yönelik verilen üzmeme çalışma ve tanıyı gizleme tepkisi, farklı kültürlerle yürütülen çalışmaların bulgularıyla örtüşmektedir. Örneğin, Afrikalı Amerikalı (Morgan ve diğerleri, 2004) ve Çinli (Fu ve diğerleri, 2008) kadınların da meme kanseri tanısını aile üyelerini üzmemek için gizlemeye çalıştıklarını görülmektedir. Fu ve diğerleri (2008), aile üyelerine yönelik verilen gizleme ve üzme tepkilerinin kültüre özgü olduğunu vurgulamaktadırlar. Fakat hem bu çalışmada elde edilen ve hem de alanyazında yer alan bulgular tanıya yönelik verilen tepkilerin farklı kültürlerde de gözlenebileceğini göstermektedir. Diğer yandan, sözü edilen çalışmalar dikkate alındığında, aileyi üzmemeye çalışma tepkisinin bireyselleşmenin ön planda olduğu batı kültürlerine oranla doğu kültürü

temelli, aile bağlarına önem veren ve daha gelenekselci toplumlara özgü bir olgu olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bunlara ek olarak, bu çalışma kapsamında yürütülen alanyazın taraması sonucunda, kadınların meme kanseri sonrasında yakın çevrelerine yönelik sergiledikleri yalnız kalma tepkisi ile ilgili her hangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Çalışma sürecinde katılımcıların meme kanseri sonrasında yakın çevrelerindeki bireylerin çeşitli sözel ya da sözel olmayan tepkilerine maruz kalmalarına bağlı olarak, henüz şok ve inkar döneminde olabilecekleri de göz önüne alındığında, yaşadıkları travmatik durumu anlamlandırma sürecinde öncelikle yalnız kalmak istemeleri manidar görünmektedir.

Tedavi dönemi tepkileri ile ilgili bulgular, katılımcıların çok azı tarafından ifade edilen bilişsel tepkilerin en başında *inkar* tepkisinin geldiğini göstermiştir. Alanyazın taraması sonuçları, yaşanan bu tepkinin, bu çalışmada olduğu gibi, daha çok ameliyat döneminde yaşandığını göstermektedir. Örneğin, Bitsikaa ve diğerleri (2010) meme kaybının ardından kadınların şok yaşadıklarını ve inanamadıklarını, Watson, Greer, Blake ve Shrapnell (1984) ise ameliyata giren kadınların inkar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Meme kanserinin tanısı ile cerrahi müdahale arasında kısa bir süre geçmektedir. Böylece tanı dönemindeki bilişsel tepkilerin bazı katılımcılar için tedavi döneminde de devam ettiği ileri sürülebilir. Bunlara ek olarak, meme kanseri tanısı genellikle genel cerrahi kliniklerinde konmakta ve birincil tedaviler cerrahi kliniklerinde tamamlanmaktadır. Sistemik ve diğer lokal tedaviler daha sonra tıbbi onkoloji birimlerinde devam etmektedir. Dolayısıyla, meme kanserli kadınların onkoloji bölümlerinde tedavilerini sürdürecektir sağlık

çalışanlarıyla tanışmalarına dek geçen sürede kanser tansının gerçekliğine inanamama ya da inkar yaşamaları olası bir durum olarak değerlendirilmektedir.

Tedavi döneminde *öfke* duygusunun katılımcıların yarısından fazlası tarafından ifade edilen *duygusal tepki* olduğu ve kadınların tanı döneminden farklı olarak daha fazla olumsuz duygu ifade ettikleri görülmüştür. *Üzüntü* ve *acı*, *karamsarlık*, *boşluk*, *endişe* ve *kaygı* sırasıyla en çok belirtilen diğer *duygusal tepkiler* olmuştur. Yürütülen bu çalışmanın sonuçlarının alanyazınla paralellik gösterdiği ve verilen bu tepkilerin birçok farklı kültürde de var olduğu görülmektedir. Banning, Hassan, Faisal ve Hafeez (2010) Pakistan'da tedavi gören Müslüman inancına sahip meme kanserli kadınlarla yürüttükleri çalışmada, kemoterapi sırasında kadınların *öfke*, depresyon, mutsuzluk ve *üzüntü* yaşadıklarını bildirmişlerdir. Doumit, El Saghir, Abu-Saad Huijjer, Kelley ve Nassar (2009) tedavi gören 10 Lübnanlı meme kanserli kadınla yaptığı görüşmelerde, kadınlar tarafından çocuklarına ya da torunlarına genetik yatkınlığa neden oldukları ve ailede meme kanseri başlattıklarından dolayı suçluluk yaşadıklarını vurgulamışlardır. Kemoterapi sırasında Koreli kadınların *üzgün*, *depresif* ve *ürkmüş* oldukları, geçmişteki sağlıklı olmayan davranışlardan dolayı suçluluk yaşadıkları (Kim ve diğerleri, 2012), Avustralyalı meme kanserli kadınların depresyon ve çaresizlik yaşadıkları (Beatty, ve diğerleri, 2008) ve Afrika kökenli Amerikalı kadınların tedavilerin yan etkilerinden korktukları (Morgan ve diğerleri, 2004) bildirilmektedir. Nicel araştırma yaklaşımıyla yürütülen çalışmalar da meme kanseri tedavisi gören kadınların duygu durumlarında belli

bozulmalar olduğunu göstermektedir. Fafouti ve diğerleri (2010) Yunanistan'da meme kanseri tedavisi gören kadınlarla sağlıklı memeye sahip kadınların psikiyatrik hastalık durumlarını (morbidisini) karşılaştırdıkları çalışmada, meme kanserli kadınların öfke/saldırganlık boyutunda diğerlerine göre yüksek düzeyde puanlara sahip oldukları bulgusuna ulaşmışlardır. Meyer ve Salovey de (1996) İsveçli kadınların, meme kanseri ameliyatı öncesi ve sonrasında psikiyatrik durumlarını karşılaştırmışlar ve kadınların ameliyat sonrasında ameliyat öncesine göre daha fazla kaygı ve duygu durum bozukluğu yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Tanı ve tedavi dönemindeki bilişsel ve duygusal tepkilerin içerikleri incelendiğinde, verilen tepkilerde bazı farklılaşmalar olduğu görülmektedir. Tanı döneminde şok ve inanamama gibi bilişsel tepkilerin daha baskın yaşandığı görülürken, tedavi aşamasında öfke duygusunun daha baskın olarak yaşandığı görülmektedir. Tanı ve tedavi arasındaki fark olarak görülen bu karşılaştırma, Kübler-Ross (2010) tarafından tanımlanan ölümcül hastalık tanısı almış bireylerin beş evreli yas sürecinin ilk iki evresine benzediği görülmektedir. İnkâr ve yalnızlaşma evresi olan ilk aşamada, bireyler ilk olarak “hayır, ben değil, bu doğru olamaz” şeklinde ifade edilen kısa süreli geçici bir savunma mekanizması yaşamakta ve bu durum şok evresi olarak tanımlanmaktadır. İkinci evre öfke evresidir ve “hayır ben olamam” tepkisinin ardından bireyin taniyi kabullenmesinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmanın bulgularından olan tedavi döneminde yaşanan yoğun öfke duygusunun, tanının gerçekliğinin kabullenildiğinin bir göstergesi olarak ele alınabilir.

Tedavi aşamasında davranışsal tepkilerin katılımcıların tümü tarafından yaşanan uykusuzluk ve bir bölümü tarafından yaşanan sosyal geri çekilme olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. İlgili alanyazında da benzer bulgular yer almaktadır. Shimozuma ve diğerleri (1999) kemoterapi alan kadınlarda uyku sorunları olduğunu; Banning ve diğerleri (2010) kadınların özellikle tedaviden sonraki birkaç gün için aile, arkadaş, komşu ve akrabalarından kendilerini izole ettiklerini gözlemlemiştir. *Kişilerarası tepkilerle* ilgili bulgular incelendiğinde kadınların ailelerini üzmemeye çalışmaları Çinli kadınlarda da görülen davranışlar olduğu görülmektedir (Fu ve diğerleri, 2008). Bu davranışın hem tanı hem de tedavi döneminde ortaya çıktığı görülmektedir. Kadınların bu tepkilerinin Taylor, Klein, Lewis, ve Gruenewald (2000) tarafından kadınların strese verdikleri tepkilerle ilgili geliştirdikleri tanımlamalara benzerlik gösterdiği ileri sürülebilir. Taylor ve diğerleri (2000) biyo-davranışsal kuramlarında, kadınların stres altındayken yaklaşım ve dostluk (tend-and-befriend) tepkileri verdiklerini belirtmektedirler. Yaklaşım tepkisi, kadınların kendini ve yavrularının güvenliğini sağlamak ve stresi azaltmak için korumaya yönelik besleyici etkinliklerden oluşurken, dostluk tepkisi bu süreci korumak için sosyal ağlar yaratma ve kalıcılığını sürdürmeyi içermektedir. Bu tepkilerin altında yatan mekanizmalar üreme hormonuyla ilişkili oksitolsindir. Bu kuram temeline bakıldığında, kadınların, aile üyelerini korumaya yönelik tepkilerinin cinsiyet farklılığından kaynakladığı ve kadınlara özgü bir tepki olduğu belirtilebilir. Ayrıca, kadınların yakın çevreye yönelik gösterdikleri kaçınma ve sosyal geri çekilme tepkileri alanyazında sıkça söz edilen

diğer bulgular olduğu gör÷lmektedir (Bitsikaa ve diğerleri, 2010; Kim & diğerleri, 2012; Shimosuma ve diğerleri, 1999).

Bunlara ek olarak, tanı ve tedavi döneminde verilen bu tepkilerin belli yaşantılarla ilgili olduğu da söylenebilir. Öncelikle meme kanseri tanısının diğer kronik ve yaşamı tehdit eden hastalıklara benzer şekilde belli tehditler içerdii bilinmektedir. Gerek meme kanserli kadınlarla (Blow ve diğerleri, 2011; Büchi, 2010; Ogden, 2004b; Sharpley ve Christi, 2010) gerekse diğer kronik hastalıklarla ilgili yürüt÷len çalışmaların sonuçları (Ahlström, 2007; Falvo, 2005; Helgeson ve Reynolds, 2002) tanı anında kadınların ilk düşüncelerinin ölüm olduğunu ve çocukları olanların çocuklarının geleceklerini göremeyecekleri algısının geliştiğini göstermektedir. Dolayısıyla, kadınların yaşam bütünlüğüne ve gelecek ile ilgili yatırımlara yönelik tehditler algıladıkları gör÷lmektedir. Ayrıca kadınların tanı ve tedavi döneminde verdikleri tepkileri belirleyen etmenlerden bir diğerinin, algılanan kayıplarla ilgili olduğu gör÷lmektedir. Tanı döneminde kadınların algıladıkları kayıpların -özellikle kısmi ya da radikal mastaktomi geçirecek kadınlar için- meme kaybı ve rutin hayat olduğu gözlenmiştir. Bunlara ek olarak kadınların tanı dönemi tepkilerinin arka planında, kadınların bir bölümü tarafından “isyan” olarak tanımlanan ve alanyazınla paralellik gösteren “niye ben” (Coyne ve Borbasi, 2009) sorusunun yer aldığı değerlendirilmektedir.

Tedavi döneminde ise algılanan kayıp ve tehditlerin daha çok rutin hayat ile hayal edilen hayatın gerçekleşmeyeceğine yönelik algıyla ilgili olduğu gözlenmektedir. Tanı dönemindeki tepkiler ve yaşantılar

katılımcıların meme kanseri ve tedavisi ile ilgili öngörülerinden oluşurken, tedavi döneminde kanseri ve tedavileri yaşantılamaya başlamakta ve tedaviyi yönetmeye çalışmaktadırlar. Dolayısıyla bu aşamada kadınlar tedavi olmaya çalışırken aynı zamanda tedavilerin yan etkilerini de yönetmektedirler. Böylece kadınlar rutin hayatlarından uzaklaşmaktadırlar. Bu anlamda tedavilerini yönetmek için sosyal olarak geri çekilirken, özellikle saç dökülmesi, kaş dökülmesi ve meme kaybından dolayı beden imgesinde düşme meydana gelmekte (Akın, 2007; Fobair ve diğerleri, 2006; Rogers ve Turner, 2011; Knobf, 1986; Schmid-Büchi ve diğerleri, 2010) ve sosyal hayattan uzaklaşmaktadırlar (Ucok, 2005).

Bununla birlikte alanyazın incelendiğinde, meme kanseri tanısının travmatik bir yaşantı ve bir kriz durumu olup olmadığı yönünde bir tartışmanın sürdüğü görülmektedir. Tjemsland, Søreide ve Malt (1996a) Norveç'te meme kanseri tanısının üstünden ortalama iki hafta geçmiş kadınların, travma belirtilerinden olan yüksek düzeyde istenmediği halde tekrarlayan düşünce ve anılarla (intrusive thoughts) ve kaçınma belirtilerinin oldukça yüksek düzeyde yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bu kapsamda, tanı aşamasındaki tepkiler akut travmatik belirtiler olarak tanımlanmaktadır. Aynı katılımcılarla yürütülen izlem çalışmasında ise ameliyat öncesiyle karşılaştırıldığında kadınlarda istenmediği halde tekrarlayan düşünce ve anılar ve kaçınma belirtilerinde anlamlı düzeyde düşme meydana gelirken, genel sağlık belirtilerinde olumlu yönde artış olduğu sonucuna varılmıştır (Tjemsland, Søreide ve Malt, 1996b). İlgili araştırmacılar, bu durumun kadınların iyi uyum sağladıklarının bir

göstergesi olduğunu ileri sürmüşlerdir. Ayrıca, Andersen ve diğerleri'nin (1989) meme kanseri tanısını akut stres olarak tanımladıkları görülmektedir. Landmark (2002) ise yaşanan duygusal tepkilerden yola çıkarak tanı dönemini “duygusal kriz” olarak tanımlamış ve kadınlar için tanı aşamasını travmatik kriz olarak yorumlamışlardır. Yine, kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalık tanısı almayı, Doka (2009) ‘akut kriz’, Wainrib ve Bloch (1998) ‘evrensel yaşam krizi ve travmatik deneyimler’; Moos ve Holahan (2007) ise ‘kriz’ olarak tanımlamaktadır.

4.2.2. Başa Çıkma Stratejileri

Araştırma bulgularına göre, katılımcıların meme kanseri yaşantısında belli başa çıkma stratejileri kullandıkları ve tanı ve tedavi döneminde bu stratejilerin farklılaştığı görülmektedir. Katılımcıların meme kanseri tanısının sonrasında en sık kullandıkları başa çıkma stratejisinin *olumlu yeniden değerlendirme* olduğu görülmektedir. Ortaya çıkan bu bulgunun alanyazınla (Buick 2002; D89anhauer ve diğerleri, 2009; Henderson ve diğerleri, 2003; Li ve Lambert, 2009) paralellik gösterdiği görülmektedir. Nitel araştırma yaklaşımıyla Norveçli kadınlarla yürütülen çalışmada kadınların tanıdan sonra kullandıkları başa çıkma stratejisinin, olumlu kendilik algısı ve geçmiş başa çıkma stratejileri düşünülerek oluşturulan olumlu odak olduğu bildirilmiştir (Drageset, Lindstrøm, ve Underlid, 2010). Ummanlı, Çinli ve İranlı kadınların kullandıkları başa çıkma stratejilerinin, meme kanserinin tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu fark etme, tedavi ve tıbbi işlemlere olan güven ve

inanç ile son olarak kanserle ilgili olumlu düşüncelerden oluştuğu görülmüştür (Al-Azri, Al-Awisi, Al-Rasbi ve Al-Moundhri, 2013; Fu ve diğerleri, 2008; Taleghani, Parsa ve Nasrabadi, 2006). Tanı döneminde katılımcıların bir kısmı tarafından kullanılan *dini açıklamalarda bulunma*, yine meme kanseri tanısının olumsuz etkileriyle başa çıkmada kullanılan bir strateji olarak ortaya çıkmıştır. Benzer bulguların hem Müslüman (Cebeci, Yangın ve Tekeli, 2012; Taleghani ve diğerleri, 2006) hem de Hıristiyan (Henderson ve Gore, 2003) inancına sahip kadınlarla yürütülen çalışmalara benzerlik gösterdiği ve kanserin Tanrının iradesi olduğuna inanmanın meme kanseri tanısı alan kadınlar tarafından sıklıkla kullanılan stratejilerden birisi olduğu görülmektedir.

Buna paralel olarak nitel araştırma bulguları, katılımcıların meme kanseri tedavisinde kullandıkları başa çıkma stratejilerden bir diğerinin *dini yönelim* olduğunu göstermiştir. Bu çalışmanın bulgularına benzer Ummanlı, Şilili ve Afrika kökenli Amerikalı kadınların da dua ederek ve Tanrı'nın kendilerine yardım ettiğine inanarak tedavi döneminin olumsuz etkileriyle başa çıktıkları görülmektedir (Al-Azri ve diğerleri, 2013; Choumanova, Wanat ve Koopman, 2006; Henderson ve Gore, 2003). Bu bulgulara ek olarak, tanı ve tedavi dönemindeki kategorilerde yer alan katılımcı kodlarının sıklığı incelendiğinde, tanı aşamasında birkaç katılımcı tarafından kullanılan dini açıklamalarda bulunma, tedavi döneminde en sık kullanılan başa çıkma stratejisi olmaktadır. Howard, Balneaves ve Bottorff (2007) gerçekleştirdikleri meta-analiz çalışmasında, dini inançlardan bağımsız olarak etno-kültürel kadınlarda, meme kanseri ile birlikte tinselliğin ve duanın, meditasyonun, kilise devam etme ve

tinsel liderlere danışmanın arttığı bulgusuna ulaşmışlardır. Ayrıca, kadınların ölümlülük ile ilgili endişelerinin dini başa çıkmada önemli bir etken olduğunu vurgulamışlardır. Bu konuda Gall, Guirguis-Younger, Charbonneau ve Florack (2009) meme kanserli kadınların tedavi döneminde daha fazla dini açıklamalar kullanarak başa çıkmalarının bir nedeninin kadınların meme kanseri deneyimini bütünleştirme ve anlamlandırma çabasından kaynaklanabileceğini belirtmektedirler. Bir başka açıdan, başa çıkma stratejisi olarak dini açıklamalarda bulunma, bağlanma kuramı açısından da ele alınabilmektedir. Bağlanma kuramına göre, Tanrı bir bağlanma figürüdür ve Tanrı'ya yakın hissetme bireylere stresli durumlarda güvenli bağlanma ilişkisi sağlamakta ve kişiye güç ve güven kazandırmaktadır (Hill ve Pargament, 2003). Diğer yandan Danhauer ve diğerleri (2009), tanıdan yaklaşık bir yıl sonra meme kanserli kadınların kullandıkları tinsel başa çıkma stratejisinde azalma meydana geldiğini vurgulamışlardır. Yürütülen bu çalışmada ise katılımcıların tedavi aşamasında kullandıkları başa çıkma yöntemleri üzerinde durulmuştur. Ancak Heim, Valach ve Schaffner (1997), bireylerin başa çıkma stratejilerinde meydana gelen değişimlerin tanıdan sonra geçen zamana göre değil, “hastalık aşamalarına” göre açıklanabileceğini belirtmişlerdir. Dolayısıyla, meme kanserli kadınların başa çıkma stratejileri konusunda elde edilen bulgunun sadece tanı ve tedavi dönemine yönelik olarak ele alınması gerektiği açıktır.

Katılımcılar tarafından görüşmelerde sabretme olarak anlatılan, tedavilerin sonunun olduğu ve tedavilerinin iyileşmede etkili olacağı inancı iyimserlik olarak ele alınmış ve tedaviyle başa çıkmak için

kullandıkları bir başa çıkma stratejisi *iyimser bekleyiş* olarak nitelendirilmiştir. Türkiye’de yürütülen bir çalışmada da meme kanserli kadınların iyimser yaklaşım başa çıkma stratejisi kullandıkları rapor edilmiştir (Sütçü, 2010). Fu ve diğerleri (2008) nitel araştırma yaklaşımıyla yürüttükleri bir başka çalışmada Çinli kadınların da tedavi sürecinde yine iyimser yaklaşım başa çıkma stratejisini kullandıklarını gözlemişlerdir. Çinli kadınların iyimser yaklaşımlarının kendilerini iyimser olmak için zorlamaları ile olumsuzluklardan uzak durmayı içerdiği gözlenmiştir. İyimserlik genel olarak bireylerin gelecekte kendilerine iyi şeyler olmasını beklmelerini kapsamaktadır (Carver, Scheier ve Segerstrom, 2010). Gelecek ile ilgili iyi şeyleri beklemek, özellikle kronik hastalıkla ilgili tedavileri devam eden bireylerde, algılanan iyilik hallerini olumlu yönde etkilediği alan yazında sıkça vurgulanmaktadır (Fitzgerald, Tennen, Affleck, ve Pransky, 1993; Allison, Guichard ve Gilain, 2000). Meme kanserli kadınlar açısından da iyimserlik sıkıntıyı azaltan önemli bir başa çıkma stratejisi olarak değerlendirilmektedir (Carver ve diğerleri, 1993). Çalışma grubunda yer alan meme kanserli kadınlar açısından, meme kanseri tedavilerinin biteceği ve iyi olacakları beklentilerinin iyimser bir yaklaşım olarak nitelenebileceği ve bu nitelendirmenin alan yazınla paralel olduğu görülmektedir.

Tedavi döneminde katılımcıların kullandıkları bir başka başa çıkma stratejisi *düşünsel uzaklaşma* olarak adlandırılmıştır. Bu stratejide katılımcıların, kafaya takmama, düşünmemeye çalışma, aklına getirmeme ya da unutmaya çalışarak kanserli birey olma düşüncesinden ve

tedavilerin yan etkilerinden uzaklaşmaya çalıştıkları görülmektedir. Düşünsel uzaklaşma bir başa çıkma stratejisi olarak, bireyin bir çok etkinlikle var olan olumsuz durumla ilgili düşünmemek için dikkatini dağıtmasıdır ve bu stratejide kullanılan taktikler alternatif etkinliklerde bulunma, hayallere dalma, uyuma ya da TV seyretmek olabilmektedir (Carver ve diğerleri, 1989). Düşünsel uzaklaşma stratejisinin meme kanserli kadınların sık kullandıkları başa çıkma stratejisi olduğu görülmektedir (Heim ve diğerleri, 1997; Li ve Lambert, 2009; Thomas ve Marks, 1995). 64 meme kanseri ameliyatında girecek katılımcıyla gerçekleştirilen çalışmada, kadınların en sık kullandığı başa çıkma stratejisinin meşguliyetler bulma, televizyon seyretme, dikiş dikme gibi uzaklaşma stratejileri olduğu bildirilmektedir (Ali and Khalil, 1991). Bununla birlikte, alanyazında uzaklaşmanın kanser yaşantısına etkileriyle ilgili çelişkili araştırma bulgularının olduğu görülmektedir. Bazı çalışmalarda düşünsel uzaklaşma başa çıkma stratejisinin uyumlu olmayan bir başa çıkma stratejisi olduğu iddia edilirken (Carver ve diğerleri, 1989), meme kanserli kadınların kanser yaşantısıyla ilişkili psiko-sosyal uyumlarını olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (Ben-Zur ve diğerleri, 2001; Carver ve diğerleri, 1993; Compass ve diğerleri, 2006). Bununla birlikte başka çalışmalar kemoterapinin kaygı gibi psikolojik, kusma gibi fizyolojik yan etkileriyle başa çıkmada, yönlendirilmiş imgelem, hikaye anlatma gibi uzaklaşma stratejilerinin olumlu etkileri olduğu da bildirilmektedir (Ali and Khalil, 1991; Kolcaba ve Fox, 1999; Schneider, Paul, Allen, Silverman ve Talaba, 2010; Vasterling, Jenkins, Tope ve Burish, 1993). Wong, Reker ve Peacock (2006) ise uzaklaşma stratejilerinin stresli yaşam olaylarını kabullenme ve anlamlandırma için

süre tanınmasından dolayı uyumlu bir başa çıkma stratejisi olarak ele alınabileceğini iddia etmektedir. Alan yazında yer alan birbiriyle çelişkili bulgular ışığında uzaklaşma stratejilerinin özellikle bilişsel uzaklaşma stratejilerinin meme kanseri yaşantısında ve tedavisinde hangi örüntülerden oluştuğu ve meme kanseri yaşantısına etkilerine yönelik daha kapsamlı çalışmalara gerek duyulduğu söylenebilir.

Katılımcıların tedavi döneminde kullandıkları diğer bir başa çıkma stratejisi *espri yapmak* olarak adlandırılmıştır. Katılımcıların bu stratejiyi özellikle ameliyat öncesi ve sonrası meme kaybıyla ilgili kullandıkları görülmektedir. Mizah, stresli durumlara tepkide bilişsel alternatifleri araştırma ve gerçek ya da algılanan tehditin olumsuz sonuçlarını azaltmak için kullanılmaktadır (Abel, 2002). Meme kaybı kadınlar için tüm kadınlık kimliği ilişkili olarak kendine bakış açısında, kendini anlamala biçiminde ve yakın ilişkilerine yönelik algısını değiştirmekte (Landmark ve diğerleri, 2002) ve fiziksel bütünlüğüne bir tehdit oluşturmaktadır (Falvo, 2005). Kadınların yaşadıkları kayıpla ilgili kullandıkları *espri yapmanın* tehditin etkisini azaltmaya yönelik kullanılan bir strateji olduğu iddia edilebilir. Bunlara ek olarak, yurt dışında yürütülen çalışmalarda, mizah meme kanserli kadınların sık kullandıkları ve hastalık ve tedaviyle ilişkili psiko-sosyal sonuçlara olumlu etkisi olan önemli bir başa çıkma strateji olarak ele alınmaktadır (Ben-Zur ve diğerleri, 2001; Fillion ve diğerleri, 2002; Roussi ve diğerleri, 2007; Schroevers ve Teo, 2008). Bu çalışmaların ülkemizde de yürütülerek, *espri yapma* ya da mizahın kanser yaşantısına olan etkisinin incelenmesi meme kanseri ile ilgili alanyazına katkı sunacaktır.

4.2.3. Koruyucu ve Engelleyici Etmenler

Bu çalışmanın bulguları arasında yer alan bir diğer tema *meme kanseri yaşantısında koruyucu ve engelleyici etmenler* olduğunu ve bu etmenlerin *içsel ve dışsal etmenler* olarak tanımlanabileceğini göstermiştir. Elde edilen bulgular meme kanseri ile ilgili alanyazınla paralellik göstermesinin yanı sıra travma, kriz ve psikolojik sağlamlık alanyazınıyla da benzerlik göstermektedir. Örneğin, Wainrib ve Bloch (1998) kriz ve travma tepkilerini belirleyen bireysel ve çevresel çeşitli faktörlerin olduğunu belirtmektedirler. Psikolojik sağlamlık alanyazınında da psikolojik sağlamlığı yordayan çeşitli içsel ve dışsal koruyucu faktörlerin olduğu ifade edilmektedir (Gizir, 2007). Kanserle ilgili alanyazında da duygusal sıkıntıyı azaltan ve uyumu etkileyen içsel (ör. Kişisel yüklemeler) ve dışsal (ör. sosyal destek) etmenlerin sosyal destek etmenlerin sıklıkla incelenen değişkenler olduğu görülmektedir (Hubert, Williams, Neal, Hood ve Wilkonson, 2012; Min ve diğerleri, 2013).

Bu bakış açısıyla ele alındığında, *olumlu kendilik algısı* bu çalışmadaki en önemli *içsel koruyucu etmen* olarak ortaya çıkmıştır. Benzer şekilde ilgili alanyazında, kişilik özellikleri arasında yer alan öz-saygı düzeyinin yüksekliği depresif belirtileri azaltan bir faktör olarak bildirilmektedir (Wong-Kim ve Bloom, 2005). Ayrıca öz-yeterlilik inancının, diğer bir ifadeyle bireylerin kanserle ilgili sorunları çözebilecek becerilere sahip olduklarına yönelik geliştirdikleri inancın, tanıdan altı ay sonraki psiko-sosyal iyi oluşu olumlu yönde yordadığı vurgulanmaktadır (Gallagher, Parle ve Cairns, 2002). Bu araştırma kapsamında ele alınan

dışsal koruyucu etmenler göz önüne alındığında ise, özellikle çocuk sahibi olan katılımcılar açısından, çocuk sahibi olmanın meme kanserli kadınların psiko-sosyal uyumlarında başa çıkmayı kolaylaştırıcı bir etmen olduğu gözlemlenmiştir. Alanyazında bazı çalışmalarda da çocukların meme kanserli kadınların depresif belirtilerini azaltmadaki yordayıcı etkisine (Gorman, Malcarne, Roesch, Madlensky ve Pierce, 210) ve aynı zamanda psiko-sosyal risk etmeni içermediğine (Gallagher ve diğerleri, 2002) yönelik bulgular bulunmaktadır. Türkiye’de yürütülen bir başka bir çalışmada da çocukları olan meme kanserli kadınlar hastalıklarının çocuklarının bakımını etkilemediği bildirilmişlerdir (Şener, Günel, Akçalı, Şenol ve Koçkar, 1999). *Dışsal koruyucu etmenlerden* bir diğeri katılımcılar tarafından algılanan *hekimin olumlu yaklaşımı* olarak belirlenmiştir. Katılımcıların bir bölümü gerek tanı aşamasında gerekse tedavi aşamasında genel cerrah ya da onkoloğun meme kanseri yaşantısını (tanı ve tedavi sürecine uyumu) kolaylaştırıcı etkisinin olduğunu belirtmişlerdir. Benzer bir bulguyu Engel, Kerr, Schlesinger-Raab, Eckel ve Sauer (2003) Almanya’da tanıdan altı ay sonra hasta-hekim iletişimde (hastalık, tıbbi muayene, tedavi, iyileşme, tanı, hasalık seyri ve yan etkiler) hasta tarafından algılanan ilişki doyumunun, meme kanserli kadınların yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini bildirmişlerdir.

Araştırma bulgularına göre, kanser yaşantısını olumsuz etkileyen içsel ve dışsal etmenler de bulunmaktadır. Nitekim katılımcıların bir bölümü tarafından *duyguları bastırma* olarak adlandırılan ve alanyazınla benzerlik gösteren duyguları ifade edememe, kanser yaşantısını olumsuz

olarak etkileyen *içsel engelleyici etmen* olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada alanyazınla paralel olarak duyguları bastırma, öfke, kaygı ve üzüntü gibi olumsuz duyguları ifade etmeyi kontrol etme yönelimi olarak ele alınmıştır (Gross ve Levenson, 1993). Andreua, Galdón, Dura, Martinez, Pəroz ve Murgui (2012) İspanya’da birincil meme kanseri tedavisi gören kadınlarda gerek tanı döneminde gerekse tedavi sürecinde duyguları bastırmayı önemli bir psiko-sosyal risk faktörü olarak belirlemiştir. Yapılan bu boylamsal çalışmada, tanı döneminde duyguları bastırma, kadınların kemoterapi sürecinde yaşadıkları duygusal zorlukları yordayan en önemli değişkenlerden biri olarak bildirilmiştir. Kanser yaşantısını olumsuz etkileyen bir diğer *dışsal engelleyici etmen* de kadınların yaşamlarında varolan *yaşam sıkıntılarıdır*. Elde edilen bu bulgu, alanyazınla yine büyük ölçüde paralellik göstermektedir. Örneğin Tjemsland ve diğerleri (1996b), geçmişteki sağlık problemleri ve olumsuz yaşam olaylarının (özellikle yakın birisinin kaybının) ameliyat sonrası kanser tanısı almış bireylerdeki istenmediği halde tekrarlayan düşünce ve anılarları ve kaygı düzeyini arttırdığını bildirmişlerdir. Yine, maddi sıkıntıların (finansal zorluklar) kemoterapi alan hastalarda yaşam kalitesini düşürdüğü bildirilmektedir (Safae, Moghimi-Dehkordi, Zeighami ve Pourhoseingholi, 2008). Ayrıca, bir yakını kaybetmek ve ailede kronik bir hastalık olması gibi yaşam olayları yaşam kalitesini düşüren ve bireylerin depresyon düzeylerini yükselten etmenler olarak rapor edilmektedir (Lehto, Ojanen ve Kellokumpu-Lehtinen, 2005).

Dışsal engelleyici etmenler incelendiğinde ise yakın çevrenin, tanıdan sonra ve tedavi aşamalarında meme kanserli kadınlara yönelik

bazı davranışlarının kadınlar tarafından olumsuz yönde algılandığı görülmektedir. *Dışsal engelleyici etmenler* alt kategorisi altında yer alan *yakın çevrenin algılanan olumsuz yaklaşımları* olarak adlandırılan bu tutum ve davranışlar acıma, ölecekmiş gibi davranma ya da meme kanserli kadınların dış görünüşlerindeki değişimlerden dolayı dışlanma olarak ifade edilmektedir. Konuyla ilgili alanyazın incelemesinde, meme kanserli kadınların yakın çevrelerindeki bireylerin tutum ve davranışlarına yönelik algılarını inceleyen çalışmaların sınırlı sayıda olduğunu göstermektedir. Bu çalışmaların birinde Daher (2012) Ortadoğu ülkelerinde kanserle ilgili belli mitlerin ve damgalamaların olduğunu ve bu damgalamaların arka planında bireylerin kansere yönelik ölüm, korku, ağrı, kontrol ve özerklik kaybı, çaresizlik ve dışlanma gibi algıların olduğunu belirtmiştir. Kore’de yürütülen diğer bir çalışmada (Cho ve diğerleri, 2013) ise çalışmaya katılan sağlıklı bireylerin kansere yönelik olumsuz tutumlar sergiledikleri ve kanserli kişilere karşı basmakalıp bir bakış açıları olduğu belirtilmektedir. Bir başka deyişle, çalışmaya katılan sağlıklı bireyler, kanseri tedavi edilemez bir hastalık olarak nitelendirdiklerini ve kanserli bireyleri sosyal ve fiziksel olarak engelli bireyler olarak tanımladıklarını belirtmişlerdir

Woertman ve Dunkel-Schetter (1979), bireylerin kanser hastalarına yönelik olumsuz tutumlarının iki etmenden kaynaklandığını belirtmişlerdir. Bunlardan birincisi, kanserli bireylerin diğerlerinde korku ve incinebilirlik (vulnerability) duygusu yaratması, kanser hastası olma olasılık algısını artırması ve geleceğe yönelik kaygıları uyandırmasıdır. İkinci etmen ise kanser hastalarına nasıl davranılması gerektiği ile ilgili

bazı inançlardır. Bu inançlar temelde, bireylerin kanser ve kanser hastalarına karşı olumsuz tutumları olmalarına rağmen olumsuz duygularını dışa vurmamaları gerektiğini içermektedir. Bu durum psikanaliz açısından ele alındığında, karşıt tepki geliştirme savunma mekanizmasını anımsatmaktadır. Dolayısıyla, bireylerin yaşadıkları bu içsel çatışmanın kanser hastalarına yönelik tutum ve davranışların nicelik ve niteliğini olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu tutum ve davranışlar, kanser hastalarına yönelik fiziksel ve hastalıkla ilgili açık konuşmalardan kaçınmayı beraberinde getirmekte, duygu ve inançlar arasındaki farklılıklardan dolayı ise sözel ve sözel olmayan etkileşimde tutarsızlıklar oluşturmaktadır. Fakat bu çalışma kapsamında Türkiye’de konu ile ilgili herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Dolayısıyla, Türkiye’de bireylerin kanser ve kanserli bireylere özellikle meme kanseri ve meme kanserli kadınlara yönelik tutum ve davranışlarına yönelik çalışmalara gereksinim duyulduğu düşünülmektedir. Bir diğer dışsal engelleyici etmen olarak ortaya çıkan bulgu *kötü haber verme şekli* olarak adlandırılan ve hekimler tarafından kanser tanısının ani ve duygusal etkileşim olmadan iletilmesidir. Nitekim, meme kanseri tanı sürecinde algılanan hekim davranışları, özellikle hekimlerin kanser hastalarına yönelik şefkatli davranışları, uzun dönem depresyon, kaygı ve travma tepkilerini azaltan önemli bir değişken olarak belirtilmektedir (Mager ve Andrykowski, 2002).

4.2.4. Psiko-Sosyal Kaynaklar ve İhtiyaçlar

Çalışma bulguları, meme kanserli kadınların gerek sağlık çalışanlarından gerekse sosyal ağları tarafından karşılanmasını bekledikleri çeşitli psiko-sosyal ihtiyaçları olduğunu göstermiştir. Bu anlamda meme kanserli kadınların bu ihtiyaçlarını sağlayan ya da sağlayacak kişi veya kişiler destek kaynakları olarak nitelendirilmiştir. Burada sözü edilen destek kavramı alanyazınla paralel olarak, kişinin desteklendiğini, sevildiğini ve değerli olduğunu algılaması olarak kullanılmıştır (Bloom ve Speigel, 1984; Akt. Lindop ve Cannon, 2001). Bu tanımlamadan yola çıkarak *meme kanserli kadınların psiko-sosyal destek kaynakları*, kanserli bireylerin etkileşimde buldukları ve belirlenen ihtiyaçları karşılayan ya da bu ihtiyaçları karşılaması beklenen kişiler olarak değerlendirilmiştir.

Bu bakış açısıyla ele alındığında, hem tanı hem de tedavi aşamasında katılımcıların *resmi olmayan kaynaklar* kategorisinde yer alan en önemli destek kaynaklarının öncelikli olarak aile üyelerinden oluştuğu görülmektedir. Benzer şekilde ilgili alanyazında da kanserli bireylerin en önemli destek kaynaklarının aile bireyleri olduğu sıklıkla vurgulanmaktadır (Cebeci, Yangın ve Tekeli, 2012; Drageset ve diğerleri, 2011; Figueiredo, Fries ve Ingram, 2004; Fridfinnsdottir, 1997; Büchi, (2010); Taleghani ve diğerleri, 2006). Örneğin, Sağlık Araştırmaları Enstitüsü (The Institute for Health Research, 2001) tarafından hazırlanan bir raporda kanserli hastaların destek bekledikleri ağların başında aile üyelerinin (%89) geldiği bildirilmiştir. Bunlara ek olarak, Türkiye’de

yürütülen bir başka çalışmada meme kanserli kadınların desteği en çok aile ve arkadaşlardan bekledikleri rapor edilmiştir (Erci ve Karabulut, 2007). Bununla birlikte, katılımcı kodlarının sıklığı ve alt boyutlar incelendiğinde tanı döneminde en çok destek alınan ya da beklenen kaynak eş olarak algılanırken, tedavi döneminde bu kaynağın kız kardeş ya da ailedeki diğer kadınlar olarak algılandığı gözlenmektedir. Tedavi döneminde ise fiziksel, duygusal ve sosyal destek kaynağının öncelikle kız kardeş ve ailedeki diğer kadınlardan oluştuğu gözlenmiştir. Alanyazında yer alan çalışmalarda eşler önemli bir destek kaynağı olarak nitelendirilmekle birlikte (örn., The Institute for Health Research, 2001), bu çalışma kapsamında ele alındığı üzere tanı ve tedavi dönemindeki farklılığın çalışıldığı farklı bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bununla birlikte, meme kanserinde ve diğer kanser türleri kapsamında kanserli bireylere bakım hizmeti sunanlara yönelik yapılan çalışmalarda, bakım veren ve destek sağlayanların genel olarak ailedeki kadınlar olduğuna yönelik çeşitli bulgular yer almaktadır (Chantler, Podbilewicz-Schuller ve Mortimer, 2006; Pınar, Pınar ve Ayhan, 2012; Uğur, 2006; Uğur ve Fadiloğlu, 2012).

Çalışma bulgularına göre, meme kanserli kadınların *resmi kaynaklar* kategorisinde yer alan destek kaynakları arasında ise tıbbi sağlık çalışanları ile psikolojik yardım sağlayacak uzmanlar bulunmaktadır. Elde edilen bu bulgu alanyazınla paralellik göstermekle birlikte (The Institute for Health Research, 2001), yürütülen diğer çalışmalarda katılımcıların kanser toplulukları, bakım servisleri, hastane, sosyal servis ofisleri ve dini destek toplulukları vb. gibi oldukça fazla

resmi destek kaynağından söz ettikleri görülmektedir (Landmark ve diğerleri, 2002; Lugton, 1997). Bu durum, Türkiye’de kanserli bireylere sunulan resmi sosyal destek kaynaklarının sınırlılığını ortaya koyması açısından önem arz etmektedir. Buna ek olarak, katılımcıların çoğunluğu meme kanseri yaşantısında psikolojik desteğin önemi ve gerekliliğini sıklıkla ifade etmiş, ancak bu hizmeti alabilecekleri uzman ya da uzmanlar grubunu bir profesyonel meslek adıyla tam olarak tanımlayamamışlardır. Bunun yerine katılımcılar, almak istedikleri psikolojik desteğin niteliğini ve psikolojik destek verecek uzmanların özelliklerini tanımlamışlardır. Bu özelliklerin sözel iletişim ve dinleme becerileri olan, ilaç tedavisi yerine konuşarak psikolojik müdahalede bulunabilme olduğu gözlenmiştir. Bu özellikler incelendiğinde, meme kanserli kadınlara ihtiyaç duydukları psikolojik desteğin sağlık odaklı danışma ve sağlık odaklı psikoterapi uygulayıcıları tarafından verilebileceği görülmektedir.

Meme kanserli kadınların resmi ve resmi olmayan kaynaklardan beklenen ya da *karşılanan duygusal destek ihtiyaçları* alanyazında çok sık vurgulanan ihtiyaçlar olduğu görülmektedir (Girgis ve diğerleri, 2000; McIllmurray ve diğerleri, 2001; The Institute for Health Research, 2001). Sözü edilen bu çalışmalarda duygusal destek ihtiyaçlarının, bu çalışmada da gözlemlendiği üzere, genellikle kaygı, korku, öfke, utanma ve üzüme gibi travma sonrası yaşanabilecek çeşitli duygularla ilgili olduğu belirtilmektedir.

Alanyazında, psikolojik desteği verecek uzmanlardan beklenen temel uygulamaların öfke yönetimi, karamsarlıkla başa çıkma ve değerlik

duygusunu artırma gibi ihtiyaçlara özgü olduğu sıklıkla vurgulanmaktadır (Lindop ve Cannon, 2001; Thewes, Butow, Girgis, ve Pendlebury, 2004). Bu noktada, meme kanserli kadınların sağlık danışmanlığı uygulamaları odağında temel psikolojik danışma becerilerinin sergilenmesi (Cormier ve Cormier, 1998; Sperry ve Lewis, 2005), tanı döneminde akut ya da travmatik stres, tedavi döneminde ise yas ve buna bağlı duygusal tepkiler ile ilişkili olduğu söylenebilir. Çalışma grubunun halen tedavileri devam etmekte olan kadınlardan oluştđu göz önüne alındığında, tedavi döneminde artan öfke ve diğer duyguların ön plana çıktığı ve bu süreçte özellikle yas ve duygu odaklı danışma yaklaşımlarının önem kazandığı sonucuna varılabilir. Buna ek olarak, meme kanserli kadınların hekim ve hemşirelerden beklediklerini ifade ettikleri tutum ve davranışlar, alanyazındaki diğer çalışma sonuçları ile büyük oranda benzerlik göstermektedir. Örneğin, Washington’lu meme kanserli kadınların tıbbi sağlık çalışanlarından açık ve somut olma, umut aşılama, iyimserlik ve dürüstlük içeren iletişim becerileri sergileme gibi beklentileri olduğu belirtilmektedir (Chantler, Podbilewicz-Schuller ve Mortime, 2006)

Son olarak, meme kanserli kadınların *doğru bilgi ihtiyaçları* alanyazında en çok vurgulanan diğer bir ihtiyaç olarak bildirilmektedir (Beatty ve diğerleri, 2008; Girgis ve diğerleri, 2000; Schmid-Büchi ve diğerleri, 2008; The Institute for Health Research, 2001). Bu kapsamda, doğru bilginin, kadınlara kişisel kontrol hissi kazandırdığı ve tedavi sürecindeki duygusal tepkilerini azalattığı bildirilmektedir (Chantler, Podbilewicz-Schuller ve Mortime, 2006). Bu açıdan ele alındığında, meme kanserli kadınların doğru bilgi ihtiyaçlarının karşılanmasına

yönelik hizmetler sağlık danışmanlığı çeşitlerinden tıbbi bakım danışmanlığı ve hasta bakım danışmanlığı ile ilişkilendirilebilir.

4. 3. Sonuçlar

Bu çalışma iki amaç temelinde yürütülmüştür. Çalışmanın birinci amacı, tedavi görmekte olan birincil meme kanseri tanısı almış kadınlarda, hastalık algıları, başa çıkma stratejileri ile depresyon ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkileri incelemektir. Bu doğrultuda yürütülen yapısal eşitlik modeli analizleri sonucunda ele alınan 9 değişken arasında OAM kapsamında doğrudan ve dolaylı ilişkileri olduğu gözlenmiştir. Depresyon açısından incelendiğinde, kaygı ile duygu odaklı ve problem odaklı başa çıkmanın meme kanserli kadınların depresyon düzeyleri ile doğrudan ilişkili olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Aynı zamanda, tedavi kontrolü ile depresyon arasında kişisel kontrol ve problem odaklı başa çıkma üzerinden dolaylı ve negatif yönde bir ilişki belirlenirken; hastalık tutarlığı ve süre akut/kronik hastalık algısının duygu odaklı başa çıkma stratejisi üzerinden depresyon düzeyi ile yine dolaylı ilişkileri olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Buna ek olarak, duygu odaklı başa çıkma değişkeninin problem odaklı başa çıkma ve kaygı aracılığıyla depresyon ile pozitif yönde; problem odaklı başa çıkma değişkeninin ise kaygı aracılığıyla depresyon ile negatif yönde dolaylı ilişkisi olduğu belirlenmiştir.

Kaygı açısından incelendiğinde ise yine kaygı ile duygu odaklı baş etme arasında pozitif, problem odaklı baş etme ile arasında ise negatif ve yaklaşık orta düzeyde doğrudan bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte, tedavi kontrolü algısının hastalık tutarlığı, süre-akut/kronik ve duygu odaklı başa çıkma aracılığıyla kaygı ile negatif yönde; hastalık tutarlığının ise duygu odaklı başa çıkma üzerinden kaygı ile yine negatif yönde dolaylı ilişkileri olduğu görülmüştür. Bunlara ek olarak, duygu odaklı başa çıkma stratejisinin problem odaklı başa çıkma aracılığıyla kaygı üzerinde dolaylı ve pozitif yönde bir etkisi olduğu bulgusuna ulaşılmıştır

Yine, hastalık tutarlığı ile duygu odaklı başa çıkma arasında negatif, süre-akut/kronik algısıyla duygu odaklı başa çıkma arasında ise pozitif yönde doğrudan ilişki olduğu görülmüştür. Buna ek olarak, tedavi kontrolü değişkeninin hastalık tutarlığı ve süre-akut/kronik değişkenleri üzerinden duygu odaklı başa çıkma ile negatif yönde dolaylı ilişkisi olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Diğer yandan, kişisel kontrol değişkeninin problem odaklı başa çıkmanın ile doğrudan ve pozitif bir ilişkisi olduğu, tedavi kontrolünün ise kişisel kontrol üzerinden yine problem odaklı başa çıkmayla pozitif yönde dolaylı ilişki olduğu belirlenmiştir.

Hastalık algıları değişkenleri arasındaki ilişkiler göz önüne alındığında ise tedavi kontrolü ile ve süre-döngüsel değişkenlerinin hastalık tutarlığı ile doğrudan; tedavi kontrolünün kişisel kontrol ile pozitif, süre akut/kronik ile negatif yönde doğrudan ilişkileri olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Bunlara ek olarak, tedavi kontrolü değişkeninin hastalık tutarlığı ve süre-akut/kronik değişkenleri üzerinden duygu odaklı başa çıkma ile negatif ve düşük düzeyde; kişisel kontrol değişkeni üzerinden ise problem odaklı başa çıkma ile pozitif yönde ve yine düşük düzeyde bir dolaylı ilişkisinin olduğu belirlenmiştir.

Çalışmanın ikinci amacı tedavi görmekte olan birincil meme kanseri tanısı almış kadınların psiko-sosyal ihtiyaçlarını belirlemektir. Katılımcılarla yapılan görüşmelerin dokümanları üzerinde yürütölen içerik analizi sonucunda, bu ihtiyaçların tanı ve tedaviye yönelik tepkiler, başa çıkma stratejileri, koruyucu ve engelleyici etmenler ve psiko-sosyal kaynaklar ve ihtiyaçları olmak üzere dört temadan oluştuğu gözlenmiştir. Tanı ve tedaviye yönelik tepkiler ana teması, tanıya tepkiler ve tedaviye tepkiler olarak iki ana kategori altında ele alınmıştır. Her iki dönemde de verilen tepkilerin bilişsel, duygusal, davranışsal ve kişilerarası tepkiler alt kategorilerden oluştuğu gözlenmiştir. Her iki dönemde de yer alan kişiler arası tepkiler alt kategorisinin ise aileye yönelik tepkiler ve yakın çevreye yönelik tepkiler boyutlarından oluştuğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Tanı dönemi bilişsel tepkilerin şok ve inanama; duygusal tepkilerin üzüntü, korku, yalnızlık, öfke ve suçluluk; davranışsal tepkilerin ağlama, dua etme ve sosyal destek arama; kişilerarası tepkilerin ise aileye yönelik tepkilerin üzmemeye çalışma ve gizleme ve yakın çevreye yönelik tepkilerin yalnız kalma boyutlarından oluştuğu gözlenmiştir. Tedavi dönemi açısından ele alındığında ise bilişsel tepkilerin şok, inkar ve

inanamama; duygusal tepkilerin öfke, üzüntü ve acı, korku, karamsarlık, boşluk, endişe ve kaygı; davranışsal tepkilerin uykusuzluk, ağlama ve sosyal geri çekilme; kişilerarası tepkilerin aileye yönelik tepkilerin üzmemeye çalışma ve yakın çevreye yönelik tepkilerin kaçınma ve sosyal geri çekilme boyutlarından oluştuğu gözlenmiştir.

Başa çıkma stratejileri ana teması tanı dönemi başa çıkma stratejileri ve tedavi dönemi kullandıkları başa çıkma stratejileri kategorilerine ayrılmıştır. Tanı döneminde kullanılan başa çıkma stratejilerinin olumlu yeniden yorumlama ve dini açıklamalarda bulunma, tedavi döneminde kullanılan başa çıkma stratejilerinin ise dini açıklamalarda bulunma, iyimser bekleme, düşünsel uzaklaşma ve espri yapma alt kategorilerinden oluştuğu gözlenmiştir.

Koruyucu ve engelleyici etmenler teması koruyucu etmenler ve engelleyici etmenler olarak iki ayrı kategoride ele alınmıştır. Bu kategoriler içsel ve dışsal etmenler olarak ele alınmıştır. Böylece, koruyucu etmenler kategorisi, içsel koruyucu etmenler ve dışsal koruyucu etmenler; engelleyici etmenler kategorisi ise içsel engelleyici etmenler ve dışsal engelleyici etmenler alt kategorilerinden oluşmuşlardır. İçsel koruyucu etmenler olumlu kendilik algısı boyutundan, dışsal koruyucu etmenler alt kategorisinin ise çocukları için kendin toparlama ve doktorun olumlu yaklaşımı boyutlarından oluştuğu gözlenmiştir. Diğer yandan, içsel engelleyici etmenler alt kategorisi duyguları bastırma, dışsal engelleyici etmenlerin ise var olan yaşam sıkıntıları, algılanan yakın

çevrenin olumsuz yaklaşımları ve kötü haber verme şekli boyutlarından oluştuğu gözlenmiştir.

Son olarak, psiko-sosyal destek kaynaklar ve psiko-sosyal ihtiyaçlar ana teması psiko-sosyal destek kaynaklar ve psiko-sosyal ihtiyaçları olarak iki kategoride ele alınmıştır. Psiko-sosyal kaynaklar kategorisi resmi olmayan destek kaynakları ve resmi destek kaynakları alt kategorilerinden oluşmuştur. Tanı dönemi resmi olmayan kaynaklar eş, akrabalar, çocuklar, kardeşler, tanıdık ve tanıdık doktor, tedavi dönemi resmi olmayan kaynaklar ise ailedeki kadınlar ve kız kardeş, eş, akrabalar, anne-baba, arkadaşla ve çocuklar alt boyutlarını içermektedir. Ayrıca resmi destek kaynakları alt kategorisi de tıbbi sağlık çalışanları ve psikolojik desteği sunabilecek bir kişi olarak adlandırılmıştır. Psiko-sosyal ihtiyaçlar kategorisi ise duygusal destek ihtiyacı ve doğru bilgi ihtiyacı olarak iki alt kategoriye kapsamaktadır. Resmi olmayan kaynaklarından beklenen duygusal destek ihtiyacı manevi destek, resmi kaynaklarından beklenen destek ihtiyacı olumsuz duygularla başa çıkma ve tıbbi sağlık çalışanlarıyla etkileşim olarak belirlenmiştir. Resmi olmayan destek kaynaklarından beklenen doğru bilgi ihtiyacı bilgi ve yönlendirme, resmi destek kaynaklarından beklenen doğru bilgi ihtiyacı bilgilendirilme ve önleyici çalışmalar alt boyutlarından oluşmuştur.

4. 4. Uygulamaya Yönelik Öneriler

Bu bölümde çalışmanın her iki amacı doğrultusunda ulaşılan bulgular ışığında uygulamaya yönelik öneriler yer almaktadır. Bir başka deyişle, öncelikle OAM çerçevesinde ulaşılan bulgular çerçevesinde geliştirilen öneriler, daha sonra ise katılımcıların belirlenen psiko-sosyal ihtiyaçları doğrultusunda uygulamaya yönelik öneriler sunulmaktadır.

McAndrew ve diğerleri (2008), kronik hastalıklar temelinde yürütülen çalışmalarda OAM kullanımının iki yolu olduğunu vurgulamaktadırlar. Bu yollardan ilki, yukardan aşağıya olan soyut/bilişsel stratejilerle, ikincisi ise aşağıdan yukarıya somut/davranışsal stratejilerle yürütülecek uygulamalardır. Yukarıdan aşağıya yürütülecek çalışmalarda, öncelikle hastalığın kapsamlı bir bilişsel algısı (temsilini) oluşturulmakta, daha sonra hastaların eylemleriyle ortaya çıkabilecek sonuçları ve bu sonuçlara yönelik bir süre algısı geliştirmelerini sağlayacak bir model oluşturmaları sağlanmaktadır. Aşağıdan yukarı stratejide ise ilk önce hastalıkla ilgili kapsamlı bir bakış açısı geliştirmeye yönelik davranışlara odaklanılmaktadır. Yürütülen bu çalışmada OAM testi sonucunda, meme kanserinde öncelikle tedavinin hastalığı kontrol edeceği inancı, hastalıkla ilgili süre, kişisel kontrol algısı ve hastalığı anlamaya yönelik müdahalelerin kendini düzenlemeye yönelik hazırlanacak programlarda ele alınması gereken önemli değişkenler olduğu söylenebilir. Bu bulgulardan yola çıkarak, meme kanserli kadınlarla yürütülecek etkili psiko-sosyal destek çalışmalarında yukardan

aşağıya yani soyut/bilişsel stratejiler kullanmanın yararlı olabileceğini göstermektedir.

Bunlara ek olarak, kanserli bireyler gibi kronik ya da yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip bireylerle yürütülecek çalışmalarda bilişsel-davranışçı terapilerin önemi sıkça vurgulanmaktadır (Moorey ve Greer, 2002; Doka, 2009). Örneğin Sperry (2009), kronik hastalıklara yönelik olarak bilişsel-davranışçı müdahaleler arasında yer alan bilişsel yapılandırılma sürecinde hastalık temsillerinin özellikle ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır. Dolayısıyla, bilişsel-davranışçı yaklaşım kapsamında meme kanserli kadınların hastalıklarına yönelik geliştirdikleri olumsuz algı, düşünce ya da tutumlarını yeniden gözden geçirme ve değerlendirmeye yönelik bilişsel müdahalelerin gerçekleştirilmesi önem arz etmektedir. Bu sayede, meme kanserli kadınların hastalıklarının kontrol ve tedavi edilebilirliğine yönelik inanç geliştirmenin ve hastalıkları üzerinde kişisel kontrol sağlamanın önemini anlamaları ve yaşadıkları süreci sağlıklı bir bakış açısıyla anlamlandırmalarına önemli bir destek sağlanabilir.

Bununla birlikte Cameron ve Jago (2008), OAM'da iki temel sistem olduğunu ve bu model temelinde ele alınacak müdahalelerin bireylerin uyguladıkları başa çıkma stratejileri göz önüne alınarak yürütülmesi gerektiğini belirtmektedirler. Bu sistemlerden ilki olan bilişsel süreç, nesnel sağlık tehdidini düzenlemeyi ele almakta, duygusal süreç ise varolan kaygı ve korkuyu düzenlemeyi öngörmektedir. Bu sistemlerden problem odaklı bilişsel sistem olumlu bir hastalık temsili

geliştirmeye ve hastalığı kontrol etmek için uygun stratejiler oluşturmaya rehberlik etmekte olup kendini düzenleme olarak adlandırılmaktadır. Duygusal sistem ise kaygı ve korkuyu kontrol etmeye yönelik davranışların motive edilmesini içermek ve duyguları düzenleme olarak adlandırılmaktadır. Duyguları düzenleme etkinlikleri açısından değerlendirildiğinde, meme kanserli kadınlara yönelik olarak, yönlendirilmiş tartışmalar, duyguları açığa çıkaran yazma etkinlikleri, kişisel gelişim ve amaç önceliğini geliştirmeye yönelik bilişsel yapılandırma alıştırmaları, gevşeme, imgeleme ve meditasyon gibi kaygıyı azaltıcı çalışmaların önemi ve yararı üzerinde durulmaktadır (Cameron, Booth, Schlatter, Ziginkas ve Harman, 2007). Bununla birlikte Cameron ve Jago (2008), hangi tür bilişsel değerlendirmelerin, diğer bir ifadeyle hangi bilişsel değerlendirmelerin duygusal başa çıkma stratejilerini değiştirdiği ya da pekiştirdiğinin ve hastalık algılarının duygusal düzenleme stratejileri kullanımına ne şekilde etki ettiğinin belirlenmesinin önemini belirtmektedirler. Dolayısıyla, bireylerin hastalık algılarının onların kullandıkları başa çıkma stratejilerini de yakından etkilediği görülmektedir. Nitekim bu çalışmada da, meme kanserli kadınların hastalıklarını anlamlandırma konusunda zorluk yaşamalarına ve hastalıklarının kronik olduğuna yönelik inanç geliştirmelerine bağlı olarak daha çok duygu odaklı başa çıkma stratejilerini tercih ettikleri ve bu durumun da kaygı ve depresyon düzeylerini artırdığı görülmektedir. Bu bulgulardan yola çıkılarak meme kanserli kadınlarla yürütülecek duyguları düzenleme müdahalelerinde bu hastalık algılarının bilişsel yapılandırma alıştırmalarına yer verilmesi önemli görülmektedir. Bu noktada, bilişsel müdahalelerin yanı sıra, meme kanserli kadınların

yaşadıkları sürecin psikolojik travma ve yas temelinde de değerlendirilmesi yararlı olacaktır. Bu süreçte özellikle, kadınların yaşayabilecekleri üzüntü, acı, çaresizlik, engellenmişlik vb. duygular temelinde oluşan kaygı ve çökkünlük duyguları ile yüzleşmelerine imkan sunacak çeşitli duygu odaklı müdahalelerin uygulanması da hastalık sürecinin bütüncül bir bakış açısıyla yeniden değerlendirilmesi ve anlamlandırılmasına katkı sunacaktır.

Bir başka açıdan ele alındığında, araştırma bulguları duygu odaklı başa çıkmanın meme kanserli kadınların kaygı ve depresyonu düzeylerini artırdığını, problem odaklı başa çıkmanın ise tam aksine kadınların kaygı ve depresyon düzeylerini azaltıcı bir role sahip olduğunu göstermektedir. Buradan hareketle, meme kanserli kadınların hastalık sürecinde kullandıkları gerek problem odaklı, gerekse duygu odaklı başa çıkma stratejileri yeniden gözden geçirmeleri önem arz etmektedir. Böylece, bu stratejilere yönelik geliştirecekleri farkındalık temelinde kullandıkları baş etme becerilerini yeniden düzenlemeleri ya da yeni baş etme becerileri geliştirmeleri konusunda desteklenmeleri sağlanmış olacaktır.

Çalışmanın nitel bölümü göz önüne alındığında ise meme kanserli kadınların belirli psiko-sosyal ihtiyaçları olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular sağlık danışmanlığında ikincil ve üçüncül önleme çalışmalarına yönelik yürütülecek hizmetlerine yönelik kuramsal ve pratik bilgiler sunmanın yanı sıra, birincil önleme çalışmalarına da ışık tutmaktadır. Bununla birlikte, çalışmanın meme kanserli kadınların psiko-sosyal ihtiyaçlarını belirlenmesi bölümü, meme kanseri yaşantısında, aile, yakın

çevre ve sağlık çalışanlarının da önemli rolleri olduğunu ortaya koymuştur. Bu bağlamda elde edilen bulgular katılımcıların bu ihtiyaçlarını karşılayacak psiko-sosyal bakım hizmetlerinin farklı disiplinlerden profesyonellerin çok-disiplinli çalışmalarıyla karşılanabileceğini göstermektedir. Ayrıca, bu hizmetlerin sunumlarının bireyin kendisine ve bireyin iletişimde bulunduğu kişilere de verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Alan yazında meme kanserli, kanserli ve yaşamı tehdit eden hastalıklarda bireylere yönelik psiko-sosyal hizmetlerin kriz danışmanlığı, tinsel danışmanlık (spiritual counseling / pastoral counseling), aile ve evlilik danışmanlığı (Hewitt ve diğerleri, 2004), bilişsel-davranışçı terapiler (Sperry, 2009), destekleyici-dışa vurumcu terapiler (Hewitt ve diğerleri, 2004), stresle başa çıkma müdahaleleri (Antoni, 2003; Sharoff, 2004,), akran destek grupları (IOM, 2008) ve psiko-eğitim (Doka, 2009) olarak uygulandığı ya da önerildiği görülmektedir. Meme kanserli kadınlara yönelik yrtlecek bu çalışmaların içerikleri ve ele alınacak temalar bu çalışmanın bulguları doğrultusunda hazırlanabileceği görülmektedir. Örneğin, kriz danışmanlığında ele alınması gerekli konuları Doka (2009) hastalığı anlama, sağlığı ve yaşam biçimini inceleme ve geliştirme, başa çıkma becerilerini geliştirme, hastalıktan kaynaklanan konularla ilgili stratejiler geliştirme, hastalığın bireyin kendisine ve başkalarıyla olan ilişkilerine etkilerini inceleme, duygu ve düşünceleri açığa vurma, hastalığın o anki gerçekliği ile geçmişi ve geleceği bütünleştirme şeklinde sıralamaktadır. Yine, tanı sonrası yrtlecek psiko-eğitim ve bilgilendirme çalışmaları destekleyici terapi,

davranışsal eğitim, başa çıkma stratejileri ve bilgilendirme olarak sıralanmaktadır (Fawzy ve Fawzy, 2011). Yürütülecek bu tür çalışmaların meme kanserli kadınların duygusal destek ihtiyacı ve doğru bilgi ihtiyacını karşılamada etkili olacağı öngörülmektedir.

Bununla birlikte yürütülecek bu çalışmalarda diğer sağlık çalışanlarının örneğin, genel cerrah, tıbbi onkolog, radyasyon onkoloğu, onkoloji hemşiresi, asistanlar, birinci basamak doktorları, psikolojik danışmanlar ve diğer ruh sağlığı çalışanlarından oluşturulması daha uygun görülmektedir. Kaldı ki OAM ile ilgili model testi, özellikle tedavinin hastalığı kontrol etmede etkili olacağı inancının diğer değişkenler üzerinde hem doğrudan hem de dolaylı olarak etkisi olduğunu göstermiştir. Bu bulgudan yola çıkarak, tanı sonrası tıbbi sağlık çalışanları tarafından verilecek tıbbi bakım danışmanlığı ve hasta bakım danışmanlığı çerçevesinde verilecek bilgilendirme çalışmaları meme kanseri yaşantısını kolaylaştırıcı bir etmen olarak görülebilir.

Bununla birlikte meme kanserinde kolaylaştırıcı etmenlerden birinin hekimin olumlu yaklaşımı, engelleyici etmenlerden birinin ise kötü haber verme şekli olduğu ve psiko-sosyal ihtiyaçlardan birinin ise tıbbi sağlık çalışanlarıyla etkileşim olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular ışığında, kanserli bireylerle iletişimde bulunan sağlık personellerinin de özellikle kriz durumlarında iletişimin nasıl olması gerektiği ile ilgili becerilerinin güçlendirilmesi gerektiği görülmektedir. Bu çalışmanın bulguları ve alan yazında yer alan öneriler (Doka, 2009; IOM, 2008; National Breast Cancer Centre Psychosocial Working Group, 1999) doğrultusunda genel

cerrahi ve onkoloji bölümlerinde sağlık danışmanlığı alanında yetkin olan psikolojik danışman ya da klinik psikologların da yer aldığı krize müdahale ekiplerinin bulunması gerektiği görülmektedir.

Bunlara ek olarak, yürütülecek diğer psiko-sosyal müdahalelerin içeriklerini belirlerken, psikolojik sağlamlık (resilience) bakış açısıyla meme kanserli kadınların tanı ve tedavindeki dirençlerini artıracak bireysel ve çevresel koruyucu faktörlerin göz önünde bulundurulması önemli bir konudur. Bu bakış açısıyla ele alındığında, araştırma bulgularının ortaya koyduğu ve içsel koruyucu etmenlerden olan olumlu kendilik algısı ve özyetkinlik inançlarını geliştirmeye odaklanan stratejilerin ele alınan psikolojik müdahalelere eklenebileceği öngörülmektedir. Yine, meme kanserli kadınlara yönelik stresle başa çıkma programlarının içeriklerinin hazırlanma sürecine tanı ve tedavi döneminde kullanılan başa çıkma stratejileri -olumlu yeniden değerlendirme ve iyimser bekleme- eklenebilir. Bunlara ek olarak, içsel engelleyici bir etmen olarak ortaya çıkan duyguları bastırma destekleyici-dışa vurumcu terapiler kapsamında ele alınabilecek bir etmen olarak görülmektedir. Aile ve evlilik danışmanlığı, yine psiko-sosyal destek kaynakları olan aile üyeleri ve koruyucu dışsal etmen olarak belirtilen çocuklarla yürütülerek kanser yaşantısının aileye yönelik olumsuz etkilerini azaltmada etkili olacaktır.

Bu çalışmada meme kanserli kadınların bilgiyi ve duygusal destek ihtiyaçlarını resmi olmayan kaynaklardan da bekledikleri ya da aldıkları belirlenmiştir. Ayrıca, dışsal engelleyici etmenlerden olan yakın çevrenin

algılanan olumsuz yaklaşımları olduğu belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Kanser Daire Başkanlığı, meme kanseriyle ilgili olarak Halk Eğitim Merkezleri ya da medya aracılığı ile bilgilendirme çalışmaları yürütmektedir (Kanser Daire Başkanlığı, 2014). Bu çalışmalara, birincil önleme çalışmaları kapsamında meme kanserinin psiko-sosyal yönü ile ilgili bilgilerin eklenmesi gerektiği açıktır. Yine, bu süreçte meme kanserli hastaların psikososyal ihtiyaçları üzerine çeşitli bilgilendirme broşürü, kitapçık vb. gibi kendine yardım materyallerinin geliştirilmesi ve ilgili Onkoloji polikliniklerinde hastalara dağıtılması yararlı olacaktır.

Son olarak, meme kanserli kadınların eş, çocuk, akraba ve arkadaşlar gibi yakın çevresindeki bireylerin de özellikle tanı ve tedavi sürecinde ikincil travmaya maruz kalan bireyler olarak değerlendirilmeleri gerektiği düşünülmektedir. Bu süreçte yakın akrabaların da öncelikle yaşayabilecekleri travmatik süreçler konusunda bilgilendirilmelerine ve duygusal boşalım sağlamalarına imkan sağlayacak kısa süreli psikolojik danışma etkinliklerinin planlanması önem arz etmektedir. Yine, meme kanserli kadınlar açısından önemli bir destek kaynağı oldukları düşünüldüğünde, yakın akrabaların bu süreçteki desteklerini geliştirmelerine imkan sağlayacak çeşitli basılı destek materyallerinin hazırlanması, çoğaltılması ve ilgili bireylere dağıtılması gerekmektedir. Bu sayede doğru bilgi paylaşımı sağlanabilecek ve yakın akrabaların meme kanserli kadınlara sağlayacağı sosyal desteğin niteliği artırılacaktır.

4. 5. Gelecek Araştırmalara Yönelik Öneriler

Kendini düzenleme çatısının, bireyin içinde bulunduğu kültürel ve sosyal bağlamın özelliklerden etkilenecek yönler (pathways) oluşturduklarını vurgulayan Leventhal ve diğerleri (2005), bu çatı altında yürütölen çalışmalarda genel ölçümler kullanılmaması gerektiğini, hastalık ve bağlama özgü olması gereken yeni ölçme araçlarının kullanılması gerektiğini vurgulamaktadırlar. Örneğin, bu araçların kişinin gün gün kronik hastalığa uyum sağlamayı nasıl yönettiğini kayıt eden ölçme araçları olabileceğini belirtmektedirler. Bununla birlikte, Stanton ve diğerleri (2000) meme kanserli kadınlarda kullanılan başa çıkma stratejisinin uyumlu olup olmadığının bağlama göre değiştiğini vurgulamalarına rağmen, Dunkel-Schetter ve diğerleri (1992) kansere özgü özel nitelikte başa çıkma stratejilerinin olmadığını vurgulamaktadırlar. Buradan hareketle, OAM'a yönelik yürütölecek çalışmalarda duruma, hastalığa ve hastalığın aşamasına özgü kullanılan başa çıkma stratejilerinin olup olmadığı araştırılmalı ve bu stratejilerin rolünü belirlemeye özgü ölçme araçları kullanılarak modelin test edilmesi gerektiği söylenebilir. Örneğin, karışık modellerle yürütölecek çalışmalarda, nitel araştırma yöntemiyle öncelikle katılımcıların başa çıkma stratejilerini belirlenebilir daha sonra nicel araştırma yöntemiyle model test edilebilir. Ayrıca, kültüre uygunluğuna yönelik kanıtlar ortaya konabilmesi için modelin farklı örneklem gruplarıyla tekrarlanması uygun olacaktır.

Yürütülen bu çalışma kesitsel bir çalışmadır. Bu çalışmada kullanılan başa çıkma ölçeği sıkıntılar karşısında genellikle neler yapıldığı ya da düşünüldüğünün hatırlanarak davranışların uygunluk derecelerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Penley, Tomaka ve Wiebe (2002) meta analiz çalışmalarında, başa çıkma stratejileriyle ilgili yapılan çalışmalarda çoğunlukla enlemesine desenler ve geriye dönük ölçümler kullanıldığını ve bu durumun bazı problemler ortaya çıkardığını belirtmektedirler. Bu yöntemin katılımcıların bellek hatalarından ve/ya katılımcıların gerçek başa çıkma çabalarını çarpıtmalarından etkilendiğini ve başa çıkmanın gelişen ve evrişen (evolving) bir süreç olarak zaman içindeki değişimleri vurgulamadığını belirtmektedirler. Benzer şekilde Hagger ve Orbel (2003), OAM ile ilgili meta analiz çalışmasında, model testinin kanıtının araştırmalarda çok az bulunmasının nedenleri olarak bu durumu vurgulamışlardır. Ayrıca, araştırmalarda oluşturulan örneklem genellikle homojen bir yapı oluşturmasına rağmen, meme kanseri tedavisinde fizyolojik ve psikolojik tepkilerin her bir birey için bile sık sık değişebileceği öngörülmektedir. Nitekim Shapiro ve diğerleri (1997), evre II meme kanserli kemoterapi gören kadınlarda, kemoterpinin genel ve fizyolojik etkilerinin üçüncü günde azaldığını ve bireylerin yedinci günde normal seviyeye geri döndüklerini belirtmektedirler. Bu bağlamda, özellikle kanserle ilgili çalışmalarda, OAM'ı test etmek için enlemesine çalışmalar yerine boylamsal çalışmaların yürütülmesi daha uygun gözükmektedir. Örneğin, bu tür boylamsal çalışmalarda şu sıra izlenebilir: Genel cerrahi ya da jinekoloji kliniklerinde meme kanseri taramasına giren ve/veya riski olanlar, meme kanseri tanısı alan, meme cerrahisinde ameliyata giren ya da girmekte olan, ilk kemoterapi tedavisini alacak olan

ve kemoterapi tedavisini bitirmiş olan, ilk radyoterapi tedavisini alacak olan ve kemoterapi tedavisini bitirmiş olan, diğer tedavilere başlayan ve bitirmiş olanlar. Yine bu çalışmalar, tanı öncesi, tanı alındıktan sonra, tedavi aşaması, tedavilerini tamamlayanlar, metastaz ve palyatif bakımda olanlar şeklinde sıralanabilir.

Meme kanserli kadınların psiko-sosyal ihtiyaçları katılımcıların kendi değerlendirmeleriyle belirlenmeye çalışılmıştır. İlerleyen dönemlerde yürütülecek çalışmalarda, nitel araştırma yaklaşımında kullanılan diğer veri toplama yöntemleri olan doğrudan gözlem ve odak grup görüşmesi (Howitt ve Cramer, 2011; Hays ve Singh, 2012) kullanılabilir. Bu ihtiyaçları belirlemeye yönelik hastane ortamlarında yürütülecek doğrudan gözlem çalışmaları meme kanserli kadınların psiko-sosyal ihtiyaçlarının gerçek ortamlarla gözlemlenerek belirlemesini sağlayacaktır. Odak grup görüşmesi ise meme kanserli kadınların ihtiyaçlarının derinlemesine incelenmesine katkı sağlayacaktır. Bunun yanı sıra bakım verenler ya da ailelerle ve/veya tıbbi sağlık çalışanlarıyla da yürütülecek çalışmalarla da meme kanserli kadınların psiko-sosyal ihtiyaçları daha bütüncül bir yaklaşım çerçevesinde belirlenebilir. Böylece, meme kanserli kadınların psiko-sosyal ihtiyaçları daha geniş bir kapsamda ele alınmış olacaktır.

Bu araştırmanın verileri, Çukurova Bölgesi'ndeki hastanelerde tedavi gören 103 meme kanserli kadından elde edilmiştir. Çeşitli ard-yöresel özelliklere sahip bireylere ulaşabilmek için farklı bölgelerdeki hastanelerde tedavi gören hasta gruplarıyla bu ve benzeri

çalışmaların yürütülmesi, meme kanserli kadınların kaygı ve depresyon düzeyleri ile ilişkili faktörlerin gruplar arasında farklılık gösterip göstermediğine ilişkin veriler elde edilmesine katkı sunabilir.

Aynı zamanda, OEM bakış açısıyla bu araştırmada sınırlı sayıda değişken ile bir çalışma yapılmıştır. Gelecekteki çalışmalarda, meme kanserli kadınların kaygı ve depresyon düzeylerini yordayan faktörleri belirlemeye yönelik farklı araştırma yöntemleri kullanılabilir ve ilgili alanyazın kapsamında farklı değişkenler ele alınabilir. Bununla birlikte, bu çalışmada kullanılan ölçme araçlarıyla benzer niteliklere sahip farklı ölçme araçlarının da ilerleyen benzer model çalışmalarında kullanılması temeline ortaya çıkan vurguların ilgili alanyazına önemli katkılar sunacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Abel, M. H. (2002), Humor, stress and coping strategies. *Humor: International Journal of Humor Research*, 15 (4) 365-381.
- Ahlström, G. (2007). Experiences of loss and chronic sorrow in persons with severe chronic illness. *Journal of Clinical Nursing* , 16 (3a), 76–83.
- Akın, S. (2007). *Meme kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve öz-etkililiklerinin değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış doktora tezi), İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Al-Azri, M. H., Al-Awisi, H., Al-Rasbi, S. ve Al-Moundhri, M. (2013). Coping with a diagnosis of breast cancer among Omani women. *Journal of Health Psychology* , 0 (0), 1-11.
- Albery, I. P., and Munafó, M. (2008). *Key concepts in health psychology*. London: Sage Publications.
- Aldwin, C. M. (2007). *Stress, coping, and development: An integrative perspective (Second edition)*. New York: The Guilford Press.
- Ali, N.S. ve Khalil, H.Z. (1991). Identification of stressors, level of stress, coping strategies, and coping effectiveness among Egyptian mastectomy patients. *Cancer Nursing*, 14, 232–239.
- Allison, P. J., Guichard, C. ve Gilain, L. (2000). A prospective investigation of dispositional optimism as a predictor of health-related quality of life in head and neck cancer patients. *Quality of Life Research*, 9, 951–960.
- American Cancer Society (2012). *cancer facts and figure 2012*. Atlanta: American Cancer Society.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Amirkhan, J. H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: the coping strategy indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 1066-1074 .

- Andersen, B. L. ve Tewfik, H. H. (1985). Psychological reactions to radiation therapy: reconsideration of the adaptive aspects of anxiety. *J Pers Soc Psychol* , 48 (4), 1024-1032.
- Andersen, B. L., Anderson, B. ve Prosse, C. D. (1989). Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: II. psychological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 37 (6), 692-697.
- Andersen, B., Kiecolt-Glaser, J. ve Glaser, R. (1994). A biobehavioral model of cancer stress and disease course. *American Psychologist* , 49, 389-404.
- Anderson, J. W. (2010). *Stand by her: A breast cancer guide for men*. New York: American Management Association.
- Anderson, R. F. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care* , 24 (6), 1069-78.
- Andreu, Y., Galdón, M. J., Dura, E., Martínez, P., Pərez, S. ve Murgui, S. (2012). A longitudinal study of psychosocial distress in breast cancer: prevalence and risk factors. *Psychology and Health* , 27 (1), 72-87.
- Antoni, M. H. (2003). *Stress management intervention for women with breast cancer: Therapist manual*. Washington: American Psychological Association.
- Armitage, C. J ve Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review, *Psychology & Health*, 15(2), 173-189.
- Avis, N. E., Crawford, S. ve Manuel, J. (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 295-308.
- Avis, N. E., Crawford, S. ve Manuel, J. (2005). Quality of life among younger women with breast cancer. *Journal Of Clinical Oncology* , 23 (15), 3322-3330.
- Aydoğan, Ü., Doğaner, Y. C., Borazan, E., Komurcu, Ş., Kocak, N., Ozturk, B., Ozet, A. ve Sağlam, K. (2012). Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 16(2), 55-60.
- Bair, M. J., Poleshuck, E. L., Wu, J., Krebs, E., Damush, T., Tu, W. ve Kroenke, K. (2013). Anxiety but not social stressors predict 12-month depression and pain severity. *Clinical Journal of Pain*, 29, 95-101.
- Baldwin. (1978). A paradigm for the classification of emotional crises: Implications for crisis intervention. *American J Orthopsychiatry*, 48, 538-51.

- Banning, M., Hassan, M., Faisal, S. ve Hafeez, H. (2010). Cultural interrelationships and the lived experience of Pakistani breast cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing* , 14, 304-309.
- Barber, M. D., Thomas, J. S ve Dixon, J. M. (2008). *Breast cancer: An atlas of investigation and management*. Oxford: Clinical Publishing.
- Bard, M. (1952). The sequence of emotional reactions in radical mastectomy patients. *Public Health Reports* , 67 (11), 1144-1148.
- Barg, F. K., Cronholm, P.F., Straton, J. B., Keddem, S., Knott, K., Grater, J., Houts, P. ve Palmer, S.C. (2007). Unmet psychosocial needs of pennsylvanians with cancer: 1986--2005. *Cancer* , 110 (3), 631-639.
- Barth, J., Schumacher, M. ve Herrmann-Lingen, C. (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine* , 66, 802-813.
- Bauer, I. M. ve F.Baumeister, R. (2011). Self-regulatory. In K. D. Vohs ve R. F. Baumeister (Edt.), In *Handbook of self-regulation: Research, theory and applications* (s. 64-82). New York: The Guilford Press.
- Baumeister, R. F. Ve Vohs, K. D. (2003). 2003). Self-regulation and the executive function of the self. In M. R. Leary ve J. P. Tangney (Edt.), *Handbook of self and identity* (p. 197-217). New York: Guilford Press.
- Bayraklı, H. (2010). *Zihinsel engelli çocuğu olan ve engelli çocuğu olmayan annelerde yılmazlığa etki eden değişkenlerin incelenmesi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Beatty, L., Oxlad, M., Koczwara, B. ve Wade, T. D. (2008). The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: A qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives. *Health Expectations* , 11, 331-342.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. ve Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 56, 893-897.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. ve Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. ve Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4, 561-571.
- Beck, A., Emery, G. ve Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

- Bennett, K. K., Compas, B. E., Beckjord, E. ve Judith, G. G. (2005). Self-blame and distress among women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine* , 28 (4), 313-3323.
- Benyamini, B., Gozlan, M. ve Kokia, E. (2004). On the self-regulation of a health threat: cognitions, coping, and emotions among women undergoing treatment for infertility. *Cognitive Therapy and Research*, 28 (5), 577-592
- Ben-Zur, H., Gilbur, O. ve Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: patient, spouse, and dyad models. *Psychosomatic Medicine*, 63, 32-39.
- Berkarda, B. (2000). *Meme kanseri*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi.
- Bilge, U. (2008). *Bazı kronik hastalıklarda ruhsal bozuklukların sıklığı ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi*. (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi), Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
- Bishop, G. D. ve Converse, S. A. (1986). Illness representations: A prototype approach. *Health Psychology*, 5(2), 95-114.
- Bitsikaa, V., Sharpley, C. F. ve Christi, R. (2010). 'What made me unhappy'. experiences of, and responses to, lifestyle changes in breast cancer patients. *British Journal of Guidance ve Counselling* , 38 (2), 179-189.
- Blazer, D., Swartz, M., Woodbury, M. Manton, K. G., Hughes, D. ve George, L. K. (1988). Depressive symptoms and depressive diagnoses in a community population: use of a new procedure for analysis of psychiatric comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*, 45, 1078-84.
- Bleikera, E. M. A, Pouwer, F., van der Ploeg, H. M., Leer, J. H. ve Ader, H. J. (2000). Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: frequency and prediction. *Patient Education and Counseling* , 40, 209-217.
- Blonna, R. W. (2005). *Health counseling: A microskilled approach*. Sudbury: Jones and Barlet.
- Blow, A. J., P. Swiecicki, P. H., Haan P., Osuch J.R., Symonds L.L., Smith S.S., Walsh K. ve Boivin, M. J. (2011). The emotional journey of women experiencing a breast abnormality. *Qualitative Health Research* , 21 (10), 1316-1334.
- Boekaerts, M., Pintrich, P.R. ve Zeidner, M. (2000). Self-regulation: An introductory overview. In M. Boekaerts, P.R. Pintrich ve M. Zeidner (Edt.), *Handbook of self-regulation* (s. 1-9). Burlington: Academic Press.

- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: John Wiley & Sons
- Bottomly, A. ve Jones, L. (1997). Social support and the cancer patient –A need for clarity. *European Journal of Cancer Care* , 6, 72-77.
- Braun, V. ve Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* , 3 (2), 77-101.
- Bray, F., Ren, J., Masuyer, E. ve Ferlay, J. (2013). Estimates of global cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *International Journal of Cancer*, 132 (5), 1133-1145.
- Breslau, N., Schultz, L. ve Peterson, E. (1995). Sex differences in depression: A role for preexisting anxiety. *Psychiatry Research*, 58, 1-12.
- Buick, D. (1997). Illness representations and breast cancer: Coping with radiation and chemotherapy. In K. J. Petrie ve J. A. Weinman (Edt.), *Perceptions of Health and Illness: Current research and applications*. (s. 379-410). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Buick, D. L. ve Petrie, K. J. (2002). "I know just how you feel": the validity of healthy woman's perceptions of breast cancer patients receiving treatment. *Journal of Applied Social Psychology*, 32 (1), 110-123.
- Bultz, B. D. ve Carlson, L. E. (2006). Emotional distress: The sixth vital sign: future directions in cancer care. *Psycho-Oncology* 15: 93–95 .
- Burgess, A. W. ve Roberts. A. R. (2005). Crisis intervention for persons diagnosed with clinical disorders based on the stress-crisis continuum. In A. R. Roberts (Edt.) *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment and research (Third edition)*. New York: Oxford University Press.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. ve Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330:702.
- Büchi, S. S. (2010). *Psychosocial needs of breast cancer patients and their relatives*. Doctoral dissertation, Maastricht University, Zürich.
- Cameron, L. D., Booth, R. J., Schlatter, M. S., Ziginskis, D ve Harman, J. (2007). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 171–180.
- Cameron, L. D ve Jago, L. (2008). Emotion regulation interventions: A common-sense model approach. *British Journal of Health Psychology*, 13, 215–221.

- Can, G. (2001). *Meme kanserli hastalarda yorgunluğun ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış doktora tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Carlisle, A. C., John, A. M., Fife-Schaw, C. ve Loyd, M. (2005). The self-regulatory model in women with rheumatoid arthritis: relationships between illness representations, coping strategies, and illness outcome. *British Journal of Health Psychology*, 10, 571–587.
- Carlsson, M. V. (1994). Psychological and psychoosocial aspects of breast cancer and breast cancer treatment. *17* (5), 418-428.
- Carrier, J. (2009). *Managing long-term conditions and chronic illness in primary care: A guide to good practice*. New York: Routledge.
- Cartwright, T., Endean, Nve Porter, A. (2009). Illness perceptions, coping and quality of life in patients with alopecia. *British Journal of Dermatology*, 60, 1034–1039.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S.,...Clarck, K. C. (1993). How Coping Mediates The Effect of Optimism On Distress: A Study of Women With Early Stage Breast Cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375–390.
- Carver, C. S. ve Scheier, M. F. (2011). Self-regulation. In K. D. Vohs and R. F. Baumeister (Edt.), *Handbook of self-regulation research, theory, and applications* (s. 3-21). New York: The Guilford Press.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. ve Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 56 (2), 267-283.
- Cebeci, F., Yangın, H. Bve Tekeli, A. (2012). Life experiences of women with breast cancer in south western Turkey: a qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing* , 16, 406-412.
- Chantler, M., Podbilewicz-Schuller, Y. ve Mortime, J. (2006). Change in need for psychosocial support for women with early stage breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology* , 23 (2-3), 65-77.
- Chapman, D. Dve Goodman. (1997). Breast cancer. In M. H. Susan and L. Groenwald (Edt.), *Cancer nursing principles and practice* (Fourth edition). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

- Charmaz, K. (1983). Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health and Illness*, 5 (2), 1665-195.
- Cho, J., Smith, K., Choi, E., Kim, I., Chang, Y., Park, H. ve Shim, Y. (2013). Public attitudes toward cancer and cancer patients national survey in Korea. *Psycho-Oncology*, 22, 605-613.
- Choumanova, I., Wanat, Sve Koopman, C. (2006). Religion and spirituality in coping with breast cancer perspectives of Chilean women. *The Breast Journal*, 12 (4), 349-352.
- Clark, D.A., & Beck, A.T. (2010). *Cognitive therapy for anxiety disorders; science and practice*. New York: Guilford Press.
- Clarke, D. M. (2011). Psychological adaptation, demoralization and depression in people with cancer. In D.W. Kissane, M. Maj ve N. Sartorius (Edt.). *Depression and cancer*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Clarke, D.M., Kissane, D.W., Trauer, Tve Smith, G.C. (2005) Demoralization, anhedonia and grief in patients with severe physical illness. *World Psychiatry*, 4, 96-105.
- Clarke, D.M., Mackinnon, A.J., Smith, G.C., McKenzie, D. Pve Herrman, H. E. (2000) Dimensions of psychopathology in the medically ill: a latent trait analysis. *Psychosomatics*, 41, 418-425.
- Cohen, L., Hack, T. F., de Moor, C., Katz, J ve Goss, P. E. (2000). The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in women after breast cancer treatment *Annals of Surgical Oncology*, 7, 427-434.
- Compas, B. E., Beckjordb, E., Agochac, B., Shermant, M. L., Langrocke, A., Grossmanf, C.I., Dauschf, B., Glinderf, J., Kaiserf, C., Anderson-Hanleyg, C ve Luecken, L. (2006). Measurement of coping and stress responses in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 1038-1054.
- Compas, B. E ve Luecken. (2002). Psychological adjustment to breast cancer. *Current Directions in Psychological Science*, 11 (3), 111-114.
- Conell, S. (2005). Young Australian woman with breast cancer: perspectives of their of illness experinces. (Doctoral dissertation). Retrieved from <http://eprints.qut.edu.au/16054/>.
- Cormier, L. S ve Cormier, W. H. (1998). *Interviewing strategies for helpers: fundamental skills and cognitive behavioral interventions* (Fourth Edition). Pacific Grove: Brooks/Cole.

- Costanzo, E., Lutgendorf, S. K ve Roeder, S. L. (2011). Common-sense beliefs about cancer and health practices among women completing treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology* 20, 53–61.
- Courtenay, B., Merriam, S. B ve Patricia, M. (1998). The centrality of meaning-making in transformational learning: how HIV-positive adults make sense of their lives. *Adult Education Quarterly* , 48 (2), 65-84.
- Coyne, E ve Borbasi, S. (2009). Living the experience of breast cancer treatment:the younger women's perspective. *Australian Journal of Advanced Nursing* , 29 (4), 6-13.
- Creswell, J. (2012). *Educational research: planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research*, (Fourth edition). Boston: Pearson Education, In
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five design*. Thousand Oaks: Sage Publication.
- Cukier, D., Gingerelli, F., Makari-Judson, G ve Mccullough, V. (2005). *Coping with chemotherapy and radiation*. New York: The McGraw-Hill Companies.
- Culver, J., Arena, P., Antoni, M ve Carver, C. (2002). Coping and distress among women under treatment for early stage breast cancer: comparing african americans, hispanics, and non-hispanic whites. *Psychooncology*, 11, 495–504.
- Curtis, A. J. (2000). *Health psychology*. London; New York: Routledge.
- Daher, M. (2012). Cultural beliefs and values in cancer patients. *Annals of Oncology* , 23 (3), 11166-11169.
- Danhauer, S. C., Crawford, S. L., Farne, D. F ve Avis, N. E. (2009). A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *J Behav Med* , 32, 371–379.
- Dausch, B. M., Compas, B. E., Beckjord, E ve Lueck, L. (2004). Rates and correlates of DSM-IV diagnoses in women newly diagnosed with breast cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* , 11 (3), 159-169.
- Davidson, J. R., MacLeana, A. V., Brundage, M. D., Schulze, K ve MacLeana, B. (2002). Sleep disturbance in cancer patients. *Social Science ve Medicine* , 54, 1309–1321.

- De Ridder, D ve Witt, J. (2006). Self-regulation in health behavior: concepts, theories, and central issues. In D. De Ridder ve J. De Witt (Edt.), *Self-regulation in health behavior*. West Sussex: John Wiley ve Son.
- De Ridder, D., Geenen, R., Kuijper, R ve Middendorp, H. v. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet* , 372, 3246–55.
- Denollet, J., Vaes, J., Brutsaert, D. L ve Brutsaert, V. (2000). Inadequate response to treatment in coronary heart disease : adverse effects of type d personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation* , 102, 630-635.
- Denzin, N. K. ve Lincoln, Y. S. (2005). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. In N. K. Denzin ve Y. S. Lincoln (Edt), *The Sage handbook of qualitative research*. California: Sage Publications.
- Derogatis, L., Morrow G. R., Fetting J., Penman D., Piasetsky S., Schmale A. M., Henrichs M ve Carnicke C.L.(1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 249, 751–757.
- Dervan, P. A. (2001). *Understanding breast cancer*. North Carolina: Mcfarland and Company, Inc.
- Ditto, P. H., Jemmot, J. B ve Darley, J. M. (1988). Appraising the threat of illness: a mental representational approach. *Health Psychology*, 7(2), 183-201.
- Doka, K. J. (2009). *Counseling individuals with life-threatening illness*. New York: Springer Publishing Company.
- Doumit, M., El Saghir, N., Abu-Saad Huijjer, H., Kelley, J ve Nassar, N. (2009). Living with breast cancer, a lebanese experience. *European Journal of Oncology Nursing* , 14, 42-48.
- Drageset, S., Lindstrøm, T. C., Giske, T ve Underlid, K. (2011). “The support I need”: women’s experiences of social support after having received breast cancer diagnosis and awaiting surgery. *Cancer Nursing* , 00 (0), 1-9.
- Drageset, S., Lindstrøm, T ve Underlid, K. (2010). Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing* , 66 (1), 149-158.
- Duffy, S. W. (2010). Epidemiology of female breast cancer. In M. Michell (Edt.). *Breast cancer*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E ve Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11(2), 79-87 .

- Duric, V. M., Butow, P. N., Sharpe, L., Boyle, F., Beith, J., Wilcken, N R.C ve Heritie, S. (2007). Psychosocial factors and patients' preferences for adjuvant chemotherapy in early breast cancer. *Psycho-Oncology* 16, 48–59.
- Egehan, İ. (2005). Meme Kanseri sağaltımında multi-disipliner yaklaşım, algoritma ve etik problemler. İçinde E. Topuz (Edt.). *Meme Kanseri: Biyoloji, Tanı, Evreleme ve Tedavi*, (ss.17- 25). İstanbul:İstanbul Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü Yayınları.
- Elwood, L. S ve Olatunji, B. O. (2008). Asthma in anxiety and its disorders: Overview and synthesis. M. J. Zvolensk ve J. A. J. Smits, *Anxiety in health behaviors and physical illness* (s. 237-270). New York: Springer.
- Endler, N. S ve Kocovski, N. L. (2001). State and trait anxiety revisited. *Anxiety Disorders* , 15, 231-245.
- Endler, N. S ve Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Endler, N. S ve Parker, J. D. (1994). Assessment of multidimensional coping: task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6, 50-60.
- Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Eckel, R ve Sauer, H. (2003). Predictors of quality of life of breast cancer patients. *Acta Oncologica* , 42, 710-718.
- Erkuş, A. (2009). *Davranış bilimleri için bilimsel araştırma süreci*, (2. baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Ernstmann, N., Neumann, M., Ommen, O., Galushko, M., Wirtz, M., Voltz, R., Hallek, M ve Pfaff, H. (2009). Determinants and implications of cancer patients' psychosocial needs. *Support Care Cancer* 17,1417–1423.
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M. ve Şimşek, Z. (1998). *Türkiye ruh sağlığı profili raporu*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Evans, D. R ve Kazarin. (2001). Health promotion, disease prevention, and quality of life. In S. S. Evans (Edt.). *Handbook of cultural health psychology* (s. 85–112). San Diego: Academic Press.
- Evans, D ve Norman, P. (2009). Illness representations, coping and psychological adjustment to parkinson's disease. *Psychology and Health* , 24 (10), 1181-1196.

- Evers, A. W ve Kraaimaat, G. V. (1997). Determinants of psychological distress and its course in the first year after diagnosis in rheumatoid arthritis patients. *Journal of Behavioral Medicine* , 20 (5), 489-504.
- Evers., W. M., Kraaimaat, W., van Lankveld, W., Jongen, P. J., Jacobs, J. W ve Biijsma, J. W. (2001). beyond unfavorable thinking: The illness cognition questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 69 (6), 1026-1036.
- Fadıloğlu, Ç., Cantilav, Ş., Kuzeyli-Yıldırım, Y., ve Tokem, Y. (2006). Meme kanserli kadınlarda umutsuzluk düzeyi ve başetme davranışları arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* , 22 (2), 147-160.
- Fafouti, M. Paparrigopoulos, T., Zervas, Y., Rabavilas, A., Malamos, N., Liappas, I ve, Tzavara C..(2010). Depression, anxiety and general psychopathology in breast cancer patients: A cross-sectional control study. *In Vivo* , 24, 803-810.
- Fallowfield, L. J., Baum, M., and Maguire, G. P. (1987). Addressing the psychological needs of the conservatively treated breast cancer patient: discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine* , 80, 696-700.
- Falvo, D. (2005). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. (Third edition). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers. .
- Faulkner, A ve Maguire, P. (1994). *Talking to cancer patients and their relatives*. Oxford: Oxford University.
- Fawzy, F. I ve Fawzy, N. W. (2011). A short term, structured, psychoeducational intervention for newly diagnosed cancer patients. In D. Kissane ve M. Watson (Edt.). *Handbook of psychotherapy in cancer care*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Ferlay, J., Shin, H., Bray, F., F. D., Mathers, C ve Parkin, D. (2010). GLOBOCAN 2008 v2.0, cancer incidence and mortality worldwide: IARC cancer base No. 10 [Online]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. <http://globocan.iarc.fr> adresinden 11.02.2012 tarihinde indirilmiştir.
- Figueiredo, M. I., Fries, E ve Ingram, K. M. (2004). The role of disclosure patterns and unsupportive social interactions in the well-being of breast cancer patients. *Psycho-Oncology* , 13, 96-105.
- Filazoglu, G ve Griva, K. (2008). Coping and social support and health related quality of life in women with. *Health ve Medicine Psychology*, 13 (5), 559-573.

- Fillion, L., Kovacs, A. H., Gagnon, P ve Endler, N. S. (2002). Validation of the shortened cope for use with breast cancer patients undergoing radiation therapy. *Current Psychology: Developmental Learning Personality Social, 21 (1)*, 17-34.
- Fingerman, K. L., Berg, C. A., Smith, J ve Antonucci, T. C. (2011). *Handbook of life-span development*. New York: Springer.
- Fitzgerald, T. E., Tennen, H., Affleck, G ve Pransky, G. S. (1993). The relative importance of dispositional optimism and control appraisals in quality of life after coronary artery bypass surgery. *Journal of Behavioral Medicine, 16*, 25-43.
- Floyd, S. (2008). *Crisis counseling: A guide for pastors and professionals*. Grand Rapids, MI: Kregel Publications.
- Fobair, P., Stewart S.L., Chang S., D'Onofrio C., Banks P.J ve Bloom J.R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology, 15*, 579-594.
- Folkman, S., ve Lazarus, L. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, Vol. 21, No. 3* , 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A ve Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50(5)*, 992-1003 .
- Fordyce, D. C., Roueche, R. J., Prigatano, G. P ve Prigatano, R. (1983). Enhanced emotional reactions in chronic head trauma patients. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry , 46*, 620-624.
- Fowler, C. L. (2007). *Illness representations, coping, and quality of life in patients with hepatitis C undergoing antiviral therapy*. (Doctoral dissertation). Retrieved fom https://etd.ohiolink.edu/ap/10?0::NO:10:P10_ETD_SUBID:81476.
- Fraenkel, J., Wallen, N ve Hyun, H. (2012). *How to design and evaluate research in education*. New York: McGraw-Hill.
- France, K. (2007). *Crisis intervention: A handbook of immediate person-to-person help* (Fifth Edition). Illinois: Charles C Thomas Publisher.
- Fridfinnsdottir, E. B. (1997). Icelandic women's identifications of stressors and social support during the diagnostic phase of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing , 25*, 526-531.

- Friedman, H. S. ve Adler, N. E. (2007). The history and background of health psychology. In H. S. Friedman (Edt.), *Foundation of health psychology*. New York: University Press.
- Fu, M., Xu, B., Liu, Y., ve Haber, J. (2008). 'Making the best of it': chinese women's experiences of adjusting to breast cancer diagnosis and treatment. *Journal of Advanced Nursing* , 63 (2), 155-165.
- Gall, T. L., Guirguis-Younger, M., Charbonneau, C ve Florack, P. (2009). The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology* , 18, 1165–1178.
- Gallagher, J., Parle, M ve Cairns, D. (2002). Appraisal and psychological distress six months after diagnosis of breast cancer. *British Journal of Health Psychology* , 7, 365-376.
- Gallagher, J., Parle, M ve Cairns, D. (2002). Appraisal and psychological distress six months after diagnosis of breast cancer. *British Journal of Health Psychology* , 7, 365-376.
- Gandubert, C., Carrière, I., Escot, C., Soulier, M., Hermès, A., Boulet, P., Ritchie, K ve Chaudieu, I. (2009). Onset and relapse of psychiatric disorders following early breast cancer: a case–control study. *Psycho-Oncology* , 18, 1029-1037.
- Ganz, P. (2008). Psychological and social aspects of breast cancer. *Oncology* , 22 (6), 1-9.
- Giannousi, Z., Manaras, I., Georgoulas, V ve Samonis, G. (2011). Illness perceptions in greek patients with cancer: A validation of the revised-illness perception questionnaire. *Psycho-Oncology* 19: 85–92 (2010) .
- Gilbar, O ve HevroniI, A. (2007). Counterfactuals, coping strategies and psychological distress among breast cancer patients. *Anxiety, Stress, ve Coping*, 20(4), 383_392.
- Girgis, A., Boyers, A., Sanson-Fisher, R ve Burrws, S. (2000). Perceived needs of woman diaognesed with breast cancer: rural versus urban location. *Australian and New zealand Journal of Public Helath* , 24, 166-173.
- Gizir, C. A. (2007). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* , 28, , 113-128.
- Goldberg, D. P. ve Lecrubier, Y. (1995). Form and frequency of mental disorders across centres. In T. B. Üstün ve N. Sartorius (Edt.). *Mental illness in general health care: An international study* (p. 323-335). Chichester: John Wiley & Sons.

- Goodheart, C. D ve Lansing, M. (1996). Treating people with chronic disease: a psychological guide. Washington: American Psychological Association.
- Gorman, J. R., Malcarne, V. L., Roesch, S. C., Madlensky, L ve Pierce, J. P. (2010). Depressive symptoms among young breast cancer survivors: the importance of reproductive concerns. *Breast Cancer Res Treat.* , 123 (2), 477-485.
- Gould, R. V., Brown, S. L ve Bramwell, R. (2010). *Psychological* adjustment to gynaecological cancer: patients' illness representations, coping strategies and mood disturbance. *Psychology ve Health*, 25(5), 633 — 646.
- Grace, A. L., K. S., Brooksd, D., Arthure, H., Scholel, P., Suskin, N., Jaglal, S., Abramson, B. ve Stewart D. (2005). Illness perceptions among cardiac patients: Relation to depressive symptomatology and sex. *Journal of Psychosomatic Research* , 59 (3), 153-160.
- Grimsey, E. (2011). An overview of the breast and breast cancer. In V. Harmer (Edt.) *Breast cancer nursing care and management*. West Sussex: A John Wiley ve Sons.
- Griva, K., Jayasena, D., Davenport, A ve Harr, M. (2009). Illness and treatment cognitions and health related quality of life in end stage renal disease. *British Journal of Health Psychology*, 14, 17–34.
- Groarke, A., Curtis, J., Clan, R ve Gsel, A. (2005). The impact of illness representations and disease activity on adjustment in women with rheumatoidarthritis: a longitudinal study. *Psychology and Health* 2005, 20(5): 597–613 .
- Groves, M. S ve Muskin, v. (2005). Psychological responses to illness. In J. L. Levenson (Edt.), *Textbook of psychosomatic medicine*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Gross, J. J ve Levenson, R.W. (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(6), 970–986.
- Gültekin, N. O. (2009). *Kadınların meme kanserine ilişkin algıları: Bir fokus grup çalışması*. (Yayımlanmamış yüksekisans tezi). Ege Üniversitesi, İzmir.
- Gültekin, M. ve Boztaş, G. (Edt.). (2014). *Türkiye kanser istatistikleri*. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, http://www.kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2009kanseraporu.pdf adresinden 15.02.2014 tarihinde indirilmiştir.

- Hack, T. F ve Degner, L. F. (2004). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment. *Psychooncology*, 13(4), 235-47.
- Haes, M. S. (2007). Denial in cancer patients, an explorative review. *Psycho-Oncology*, 16, 12-25.
- Hagger, M ve Orbell, S. (2003). A meta analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18, 141-184.
- Hagger, M. S ve Orbell, S. (2006) Illness representations and emotion in people with abnormal screening results, *Psychology & Health*, 21(2), 183-209,
- Hammond, L. C. (2000). *A qualitative study of treatment issues of eight women with breast cancer*. (Doctoral dissertation). Retrieved from http://wvusolar.wvu.edu:8881/exlibris/dtl/d3_1/apache_media/L2V4bGlicmlzL2R0bC9kM18xL2FwYWNoZV9tZWRpYYS80OTkz.pdf.
- Harcourt, D., Rumsey, N ve Aambler, N. (1999). Same-day diagnosis of symptomatic breast problems: psychological impact and coping strategies. *Psychology, Health and Medicine*, 4 (1), 57-71.
- Harms, S., Harms, E ve Sally, S. (2006). New imaging techniques. In G. N. Gianni Bonadonn (Edt.). *Textbook of breast cancer: A clinical guide to therapy*. London: Taylor ve Francis Group.
- Haydaroğlu, A. D., Dubova, S., Özşaran, Z., Bölükbaşı, Y., Yılmaz, R., Kapkaç, M. ve Özdedeli, E. (2005). Ege üniversitesinde meme kanserleri: 3897 olgunun değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 1 (1), 6-11.
- Hays, D. G ve Singh, A. A. (2012). *Qualitative inquiry in clinical and educational settings*. New York: The Guilford Press.
- Heijmans, M. (1999). The role of patients' illness representations in coping and functioning with addison's disease. *British Journal of Health Psychology*, 4, 137-149.
- Heijmans, M ve De Ridder, D. (1998). Assessing illness representations of chronic illness: Explorations of their disease-specific nature. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 485-503.
- Heim, E., Valach, L ve Schaffner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: Longitudinal effects in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59, 408-418.
- Heim, E., Valach, L ve Schaffner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: Longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59, 408-418.

- Helgeson, V. S ve Reynolds, K. (2002). Social psychological aspects of chronic illness. In A. Christensen ve M. Anton (Edt.), *Chronic Physical Disorders: Behavioral Medicine's Perspectives*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Henderson, P. D., Fogel, J ve Edwards, Q. T. (2003). Coping strategies among African American women with breast cancer. *Southern Online Journal of Nursing Research*, 3(4), 641-647 .
- Henderson, P. D ve Gore, S. V. (2003). African American women coping with breast cancer: A qualitative analysis. *Oncology Nursing Forum* , 30 (4), 641-647.
- Hernandez, A. M. (2010). *Illness representations of breast cancer among Hispanics*. Unpublished (Doctoral dissertation). Retrieved from <https://scholarworks.iupui.edu/handle/1805/2481>.
- Héry, A. V. ve Ferlay, J. H. (2010). Global burden of breast cancer. In C. I. Li (Edt.), *Breast cancer epidemiology*. New York: Springer.
- Hewitt, M., Herdman, R. ve Holland, J. (2004). *Meeting psychosocial needs of women with breast cancer/national cancer policy board*. Washington: The National Academies Press.
- Hill, P. ve Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist* , 58 (1), 64-74.
- Hirschfeld, R. M. (2001) The comorbidity of major depression and anxiety disorders: Recognition and management in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 3, 244-254.
- Hisli, N. (1988). Beck depresyon envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi* , 6 (22), 118-122.
- Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* , 7, 3-13.
- Holahan, C. J., Moos, R. H. ve Schaefer, J. A. (1996). Coping, stress resistance, and growth: conceptualizing adaptive functioning. In M. Zeidner ve N. S. Endler (Edt.), *Handbook of coping: theory, research, application*. New York: John Wiley ve Sons.
- Hopwood, P., Howell, A. ve Maguire, P. (1991). Screening for psychiatric morbidity in patients with advanced breast cancer: validation of two self-report questionnaires. *Br. J. Cancer* , 64, 353-356.

- Horne, R. (1997). Representations of medications and treatment: advances in theory and measurement. In K. P. Weinman (Edt.), *Perceptions of health and illness*. Amsterdam: OPA.
- Howard, A. F., Balneaves, L. G. ve Bottorff, J. L. (2007). Ethnocultural women's experiences of breast cancer. *Cancer Nursing* , 30 (4), 27-35.
- Howitt, D ve Cramer, D. (2011). *Introduction to research methods in psychology* (Third edition). Essex: Pearson.
- Hoyle, R. H. (2010). Personality and self-regulation In R. H. Hoyle (Edt.) *Handbook of personality and self-regulation*. West Sussex; Blackwell Publishing.
- Hulbert-Williams, N., Neal, R., Hood, K. ve Wilkonson, C. (2012). Anxiety, depression and quality of life after cancer diagnosis: what psychosocial variables best predict how patients adjust? *Psycho-Oncology* , 21, 857-867.
- Husain, M. O., Dearman, S. P., Chaudhry, I. B., Rizvi, N. ve Waheed, W. (2008). The relationship between anxiety, depression and illness perception in tuberculosis patients in Pakistan. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* , 4-4.
- Institute of Medicine (IOM). (2008). *Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs*. Washington: The National Academies Press.
- Jacobsen, P. B. ve Donovan, K. A. (2011). Psychological co-morbidities of cancer psychological. In P. Sherry (Edt.). *Co-morbidities of physical illness a behavioral medicine perspective*. New York: Springer.
- Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., Ferlay, J., Ward, E. veForman, D. (2011). Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* , 61, 69-90.
- Johnson, J. E. ve Leventhal, H. (1974). Effects of accurate expectations and behavioral instructions on reactions during a noxious medical examination. *Journal of Personality and Social Psychology* , 29 (5), 710-718.
- Jopson, N. M. ve Moss-Morris, R. (2003). The role of illness severity and illness representations in adjusting to multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research* , 54, 503– 511.
- Jöreskog, K ve Sörbom, D. (1993). *Structural equation modeling with the simplis command language*. Hillsdale, NJ: Lawrance Erlbaum Associates.

- Kabataş-Saral, E. (2008). *Meme kanseri hastalarının kansere uyumlarının belirlenmesi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Gazi üniversitesi, Ankara.
- Kanel, K. (2007). *A guide to crisis intervention (Third edition)*. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Kang, J. I., Sung, N.Y., Park, S. J., Lee, C. G. ve Lee, B. O. (2013). The epidemiology of psychiatric disorders among women with breast cancer in south korea: analysis of national registry data. *Psychooncology*, 23(1), 35-39.
- Kanser Daire Başkanlığı (2014). Meme kanseri bilinçlendirme ayı etkinlikleri. http://kanser.gov.tr/Dosya/resmiyazilar/resmiyazilar/memcaBilinclendirmeAy_iEtkinlikleri.pdf adresinden 13.05.2014 tarihinde alınmıştır.
- Karabulutlu, E. Y., Bilici, M., Çayır, K., Tekin, S. B. ve Kantarcı, R. (2010). Coping, anxiety and depression in turkish patients with Cancer. *Eur J Gen Med*, 7(3), 296-302.
- Kaptein, A. A. ve Broadbent, E. (2007). Illness cognition assessment. In S. Ayers, A. Baum, C. Mcmanus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman ve R. West (Edt.). *Cambridge handbook of psychology, health and medicine, (Second edition)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kaptein, A. A., Helder, D. I., Scharloo, M. ve Godfried, M. (2006). Illness perceptions and coping explain well-being in patients with huntington's disease. *Psychology and Health*, 21(4), 431-446.
- Kaptein, A., Scharloo, M., Helder, D. I., Kleijn, W. C., van Korlaar, I. M. ve Woertman, M. (2003). Representations of chronic illness. In L. Cameron ve H. Leventhal (Edt.). *The self-regulation of health and illness behaviour*. London: Routledge.
- Katon, W ve Roy-Byrne, P. P. (1991). Mixed anxiety and depression. *J Abnorm Psychol*, 100:/337_45.
- Kazarian, S. S ve Evans, D. R. (2001). Health psychology and culture: embracing the 21st century. S. S. Evans ve D. R. Kazarian , *Handbook of cultural health psycholog* (s. 3-43). San Diego: Academic Press.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs. Vol. 1. A theory of personality*. New York: Norton.
- Kierkegaard, S. (2004). *Kaygı kavramı (Çev. Vefa Taşdelen)*. Ankara: Hece Yayınlar. (Eserin orijinali 1844'de yayımlandı).
- Kim, I.R., Cho J., Choi, E.K., Kwon, I.G., Sung, Y.H., Lee, J.E., Nam, S. J. ve Yang, J.H. (2012). Perception, attitudes, preparedness and experience

of chemotherapy-induced alopecia among breast cancer patients: A qualitative study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* , 13, 1383-1388.

- Kleinman, A ve Mendelson, E. (1978). Systems of medical knowledge: A comparative approach. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 3(4) 314-330.
- Kline, R. B. (1988). *Principles and practice of Structural Equation Modeling*, New York: Guilford Press, 1998
- Knibb, R. C ve L.Horton, S. (2008). Can illness perceptions and coping predict psychological distress amongst allergy sufferers? *British Journal of Health Psychology* 13, 103–119.
- Knobf, M. T. (1986). Physical and psychologic distress associated with adjuvant chemotherapy in women with breast cancer. *J Clin Oncol* , 4, 678-684.
- Knowles, S., Cook, S ve Tribbick, D. (2013). Relationship between health status, illness perceptions, coping strategies and psychological morbidity: A preliminary study with IBD stoma patients. *Journal of Crohn's and Colitis* , 7, 471-478.
- Knowles, S., Wilson, J., Connell, W ve Kamm, M. (2011). Examination of the relations between disease perceptions, coping strategies, and morbidity in crohn's disease guided sense model of illness. *Inflamm Bowel Dis* , 17, 2551–2557.
- Kocaman-Yıldırım, N., Okanlı, A., Yılmaz-Karabulutlu, E., Karahisar, F. ve Özkan, S. (2013). hemodiyaliz hastalarının anksiyete ve depresyon belirtilerine hastalık algısının etkisi: Çok merkezli bir çalışma. *Anatolian Journal of Psychiatry* , 14, 252-259.
- Kocaman-Yıldırım, N., Özkan, M., Özkan, S., Özçınar, B., Güler, S. ve Özmen, V. (2009). Meme kanserli hastaların tedavi öncesi ve sonrası anksiyete,depresyon ve yaşam kalitesi: bir yıllık prospektif değerlendirme sonuçları. *Nöropsikiyatri Arşivi* , 46, 175-181.
- Kolcaba, K ve Fox, C. (1999). The effects of guided imagery on comfort of women with early stage breast cancer undergoing radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*, 26, 67–72.
- Koopman, C., Angell, K., Kreshka, M. A., Donnelly, P., McCoy, R., Turkseven, A., Graddy, K. ve Spiegel, D. (2001). Distress, coping, and social support among rural women recently diagnosed with primary breast cancer. *The Breast Journal*, 7(1), 25–33.

- Koopman, C., Butler, L. D., Classen, C. ve Giese-Davis, J. (2002). Traumatic stress symptoms among women with recently diagnosed primary breast cancer. *Journal of Traumatic Stress* , 4, 277-287.
- Kroenke, C. H., Rosner, B., Chen, W. Y., Kawachi, I., Colditz, G. A. ve Holmes, M. D. (2004). Functional impact of breast cancer by age at diagnosis. *Journal of Clinical Oncology* , 22, 1849-1856.
- Kübler-Ross, E. (2010). *Ölüm ve ölmek üzerine*. Ankara: April (Eserin orijinali 1980'de yayımlandı).
- Lam, W. T. (2010). Trajectories of psychological distress among Chinese women diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 19, 1044-1051.
- Lam, W. W., Au, A. H., Wong, J. H., Lehmann, C ve Koch, U. (2011). Unmet supportive care needs: a cross-cultural comparison between Hong Kong Chinese and German Caucasian women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* , 130, 531-541.
- Lam, W.W., Chan, M., Hung, W. K., Amy, O. ve Fielding, R.(2009). Social adjustment among Chinese women following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology* , 18, 1189-1198.
- Landmark, B. T., Strandmark, M. ve Wahl, A. (2002). Breast cancer and experiences of social support: In-depth interviews of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 216-223.
- Landmark, B. T., Bøhler, A., Loberg, K. ve Wahl, A. K. (2008). Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (7b), 192-200.
- Lane, D. C., ve diğerleri, v. (2001). Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: Effects of depression and anxiety. *Psychosomatic Medicine* , 63, 221-230.
- Lau, R. R. ve Hartman, K. A. (1983). Common sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 2, 167-185.
- Lau, R. R., Bernard, T. M. ve Hartman, K. A. (1989). Further explorations of common-sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 8, 195-219.
- Lawrence, B. B. (2001). *Qualitative research methods for social sciences (Fourth edition)*. Neeham Heights: Allyn ve Bacon.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.

- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A New Synthesis*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S ve Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing.
- Lee, V. (2008). The existential plight of cancer: meaning making as a concrete approach to the intangible search for meaning. *Support Care Cancer* , 16, 779-785.
- Leech, N. L ve Onwuegbuzie, A. J. (2009). A typology of mixed methods research designs. *Quality Quantity* (43), 265-275.
- Legard, R., Keegan, J ve Ward, K. (2003). In-depth interviews. In J. Ritchie, ve J. Lewis (Edt.), *Qualitative research practice: A guide for social science and researcher*. London: Sage Publication.
- Lehto, U. S., Ojanen, M. ve Kellokumpu-Lehtinen, P. (2005). Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Annals of Oncology* , 16, 805-816.
- Lesley, F. J., Baum, M. ve Maguire, G. P. (1986). Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer. *British Medical Journal* , 293, 1331-1334.
- Leventhal, H ve Niles, P. (1964). A field experiment on fear arousal with data on the validity of questionnaire measures. *Journal of Personality*, 32, 459-479.
- Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. *Advances in Experimental Social Psychology*, 5, 119-186.
- Leventhal, H ve Watts, J. C. (1966). Sources of resistance to fear-arousing communications on smoking and lung cancer. *Journal of Personality*, 34(2), 155-175.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller, L. ve Robitaille, C. (1997). Illness representations: Theoretical foundations. In K. J. Petrie and J. Weinman (Edt.). *Perceptions of health and illness: Current research and applications*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Leventhal, H., Breland, J. Y., Mora, P. A. ve Leventhal, E. A. (2010). Lay representations of illness and treatment: a framework for action. In A. Steptoe (Edt.), *Handbook of behavioral medicine: Methods and applications*. New York: Springer.
- Leventhal, H., Brissette, I. ve Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation in health and illness. In L. D. Cameron ve H.

- Leventhal (Edt.), *The self-regulation of health and illness behaviour*. New York: Routledge.
- Leventhal, H., Halm, E., Horowitz, C., Leventhal, E. A. ve Özakıncı, G. (2005). Living with chronic illness: A contextualized, self-regulation approach. In Sutton, S., Baum, A. ve Johnston M. (Edt.), *The Sage handbook of health psychology*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A. ve Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. In A. Baum, T. A. Revenson ve J. E. Singer (Edt.), *Handbook of health psychology*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A. ve Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health, and behavior: a perceptual-cognitive approach. *Psychology ve Health*, 13(4), 717-733.
- Li, J. ve Lambert, V. A. (2009). Coping strategies and predictors of general well-being in women with breast cancer in the people's Republic Of China. *Nursing and Health Sciences*, 9, 199–204 .
- Liang, L. P., Dunn, S. M., Gorman, A. ve Stuart-Harris, R. (1990). Identifying priorities of psychosocial need in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 62, 1000-1003
- Lichtman, M. (2006). *Qualitative reserach in education: A user's guide*. Thousand Oaks: Sage Publication.
- Lindop, E. ve Cannon, S. (2001). Evaluating the self-assessed support needs of women. *Journal of Advanced Nurs* , 34 (6), 760-771.
- Lindop, E. ve Cannon, S. (2001). Evaluating the self-assessed support needs of women with breast cancer. *Journal of Advanced Nursing* , 34 (6), 760-771.
- Linley, P. V. ve Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress* , 17 (1), 11–21.
- Lipowski, Z. J. (1983). Psychosocial reactions to physical illness. *Canadian Medical Association Journal* , 128, 1069-1072.
- Lisa Beatty, M. O. (2008). The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: A qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives . *Health Expectations* , 11, 331-342.
- Livneh, H. (2002). Psychosocial adaptation to cancer: The role of coping stregeties. *Journal of Rehabilitation* , 66 (2), 40-49.

- Livneh, H. V. ve Antonak, R. A. (2005). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a primer for counselors. *Journal of Counseling ve Development* (83), 12-20.
- Livneh, H ve Martz, E. (2007). An introduction to coping theory and research. In E. Martz and H. Livneh (Edt), *Coping with chronic illness and disability theoretical, empirical, and clinical aspects*. New York: Springer.
- llewellyna, C. D., McGurk, M. ve Weinman, J. (2007). Illness and treatment beliefs in head and neck cancer: is leventhal's common sense model a useful framework for determining changes in outcomes over time? *Journal of Psychosomatic Research*, 63 (1), 17-26.
- Lowe, R., Vedhara, K., Bennett, P., Brookes, E., Gale, L., Munnoch, K.,... Farndon, J. (2003). Emotion-related primary and secondary appraisals, adjustment and coping: Associations in women awaiting breast disease diagnosis. *British Journal of Health Psychology*, 8, 377-391.
- Lugton, L. (1997). The nature of social support as experienced by women treated for breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1184-1191.
- Luutonen, S. V. (2011). Breast cancer patients receiving postoperative radiotherapy: distress, depressive symptoms and unmet needs of psychosocial support. *Radiotherapy and Oncology*, 100, 299-303.
- Lyons, C. A. ve Chamberlain, K. (2005). *Health psychology: A critical introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mager, W. M. ve Andrykowski, M. A. (2002). Communication in the cancer 'bad news' consultation: Patient perceptions and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*, 11, 35-46.
- Mark, T. J. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: A meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, 14 (2), 101-108.
- Maslow, H. A. (1970). (1970). *Motivation and personality (Second edition)*. New York: Harper ve Row.
- Maslow, H. A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396 .
- Mason, J. (2002). *Qualitative researching (Second edition)*. London: Sage Publications.
- Matarazzo, J.D. (1982) Behavioural health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37. 1-14.

- Mathew, A. R., Pettit, J. W., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R. ve Roberts, R. E. (2011). Co-morbidity between major depressive disorder and anxiety disorders: Shared or direct causation? *Psychological Medicine*, 41(10), 2023-2034.
- Matthew, J. B., Poleshuck, E. L., Wu, J., Krebs, E. K., Damush, T. M., Tu, W. ve Kroenke, K. (2013). anxiety but not social stressors predicts 12-month depression and pain severity. *Clinical Journal of Pain*, 29(2), 95-101.
- McAndrew, L. M., Musumeci-Szabo, T. J., Mora, P. A., Vileikyte, L., Burns, E., Halm, E. A., Leventhal, E. A. ve H. Leventhal, H. (2008). Using the common sense model to design interventions for the prevention and management of chronic illness threats: From description to process. *British Journal of Health Psychology*, 13, 195–204.
- McIlmurray, M., Thomas, C., Francis, S. B., Morris, S., Soothill, K ve Al-Hamad, A. (2001). The psychosocial needs of cancer patients: Findings from an observational study. *European Journal of Cancer Care*, 10, 261-269.
- McInnes, R. A. (2003). Chronic illness and sexuality. *MJA*, 179, 263–266.
- McMillan, B ve Conner, M. (2007). Health cognition assessment. In S. Ayers, A. Baum, C. Mcmanus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman ve R. West (Edt.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*, (Second edition). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mehnert, A ve Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: A prospective study. *Psycho-Oncology*, 16, 181-188.
- Mete, H. E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11, 3-18.
- Meyer, A ve Salovey, P. (1996). Psychosocial sequelae of breast cancer and its treatment. *Annals of Behavioral Medicine*, 18, 110-125.
- Meyer, D., Leventhal, H ve Gutmann, M. (1985). Commonsense models of illness - The example of hypertension. *Health Psychology*, 4(2), 115-135.
- Millara, K., Purushothamb, A. D., McLatchie, E., Georgec, W. D. ve Murray, G. D. (2005). A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research* 58, 335– 342 .
- Miller, N. E. (1983). Behavioral medicine: Symbiosis between laboratory and clinic. *Ann Rev Psychology*, 34, 1-31.

- Min, J.A., Yoon, S., Lee, C.U., Chae, J.H., Lee, C., Song, K.Y ve Kim, T.S. (2013). Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Support Care Cancer*;21(9), 2469-76.
- Montgomery, M ve Mccrone, S. (2010). Psychological distress associated with the diagnostic phase for suspected breast cancer: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing* , 66 (11), 2372-2390.
- Montgomery, M ve McCrone, S. (2010). Psychological distress associated with the diagnostic phase for suspected breast cancer: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing* , 66 (11), 2372–2390.
- Moodley, L. C. (2011). *Existential reflections of South African women with breast cancer*. (Master thesis). Retrieved from <http://wiredspace.wits.ac.za/handle/10539/11327>.
- Moorey, S ve Greer, S. (2002). *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. Newyork: Oxford University Press.
- Moos, R. H ve Holahan. (2007). Adaptive tasks and methods of coping with illness and disability. In E. Martz and H. Livneh (Edt), *Coping with chronic illness and disability theoretical, empirical, and clinical aspects*. New York: Springer.
- Morewitz, S. J. (2006). *Chronic diseases and health care: new trends in diabetes, arthritis, osteoporosis, fibromyalgia, low. back pain, cardiovascular disease, and cancer*. New York: Springer.
- Morgan, P. D., Mock, V., Rose, L ve Fogel, J. (2004). African american women's emotional responses to breast cancer. *Women's Health and Urban Life*, 3(1), 56-73.
- Morris, T. P ve Haybittle, P. V. (1992). Psychological response to cancer diagnosis and disease outcome in patients with breast cancer and lymphoma. *Psycho-oncology* , 1, 105-114.
- Morrison, V. ve Bennet, P. (2006). *An introduction to health psychology*. Harlow: Pearson Education Limited.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R. ve Cameron, L. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1–16.
- Murphy, H., Dickens, C., Creed, F. ve Bernstein, R. (1999). Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, , 46 (2), 155–164.
- Nemiah, J. C. (2005). Anxiety disorders: Psychodynamic. In B. J. Sadock ve V. A. Sadock (Edt.), *Kaplan ve Sadock's comprehensive textbook of*

psychiatry (Eight Edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Nerenz, D. R., Leventhal, H. ve Love, R. R. (1982). Factors contributing to emotional distress during cancer chemotherapy. *Cancer*, 50(5), 1020-1027.
- Norman, R.T., Burrows, G. D ve Olver, J. S. (2003). Theories of the etiology of anxiety. In S. Kasper, J. A. den Boer ve J. M. Ad. Sitsen (Edt.), *Handbook of depression and anxiety: A biological approach*. New York: Marcel Dekker.
- Norman, R. A ve Ruesche. (2011). *100 questions and answers about chronic illness*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Ogden, J. (2004). *Health psychology: A Textbook*. Bershire: Open University Press.
- Ogden, J. (2010). *Understanding breast cancer*. West Sussex: John Wiley ve Sons Ltd.
- Olson, J. S. (2002). *Bathsheba's breast: Women, cancer and history*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Özbaş, A. A. (2008). *Meme kanseri hastalarının distres ve algılanan sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Özen, D. Ş. ve Temizsu, E. (2010). Anksiyete ve depresif bozukluklarda örtüşen ve ayrılan belirtiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2(1), 1-14
- Özkorumak, E., Tiryaki, A., Arslan, F. C. ve Yavuz, M. N. (2012). Psychological distress of women with breast cancer: Remission versus treatment. *Meme Sağlığı Dergisi*, 8 (1), 29-34.
- Öztürk, O. (1994). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. 5. baskı. Ankara: HYB.
- Packham, J. C. ve Hall. (2002). Long-term follow-up of 246 adults with juvenile idiopathic arthritis: social function, relationships and sexual activity. *Rheumatology*, 41, 1440-1443.
- Palabıyıkoglu, R. (2000a). Gelişimsel yaşam krizleri. İçinde I. B. Sayıl (Edt.), *Kriz ve krize müdahale* (ss. 61-96). Ankara: Ankara Üniversitesi, Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları No: 6.
- Palabıyıkoglu, R. (2000b). Durumsal yaşam krizleri: Travmatik deneyimler. İçinde I. B. Sayıl (Edt.), *Kriz ve krize müdahale* (ss. 97-122). Ankara: Ankara Üniversitesi, Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları No: 6.

- Palmer, E. C., Kagee, A., Coyne, J. C. ve Demichele, A. (2005). Experience of trauma, distress, and posttraumatic stress disorder among breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine* , 66, 258–264.
- Pargament, K. (1999). The psycholog of religion and spirituality? Yes or no. *International Journal for the Psychology of Religion* , 9 (1), 3-16.
- Pargament, K., Feuille, M ve Burdzy, D. (2011). The brief RCOPE: Current psychometric status of measure of religious coping. *Religions* , 2, 51-76.
- Park, C. L. (2009). Overview of theoretical perspectives. In C. L. Park, S. C. Lechner, M. H. Antoni ve A. L. Stanton, (Edt.), *Medical illness and positive life change: Can crisis lead to personal transformation?* Washington: American Psychological Association.
- Parker, J. N ve Parker. (2002). *The official patient's sourcebook on maternal breast cancer*. San Diego: ICON Group International.
- Paschalides, C., Wearden, A. C., Dunkerley, R., Bundy, C., Davies, R. ve Dickens, C. M. (2004). The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with Type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research* , 57, 557–564.
- Peterson, C ve Stunkard, A. (1989). Personal control and health promotion. *Social Science Medicine* , 819-828.
- Pettingale, K., Morris, T., Greer, S. ve Haybittle, J. (1985). Mental attitudes to cancer: an additional prognostic factor. *Lancet*, I, 750.
- Phipps, A. I. (2010). Breast cancer biology and clinical characteristics. In C. I. Li (Edt.). *Breast cancer epidemiology*. New York: Springer.
- Pinar, G., Pinar. ve Ayhan, A. (2012). The strain and hopelessness in family caregivers of patients with gynecologic cancer receiving chemotherapy. *International Journal of Hematology and Oncology* , 3 (22), 170-180.
- Poal, P. (1990). Introduction to the theory and practice of crisis intervention. *Quaderns de Psicologia*, 10, 121-140.
- Power, P. W. ve Orta, D. (2004). *Families living with chronic illness and disability: Interventions, challenges and opportunities*. New York: Springer Publishing Company.

- Radnitz, C. L ve Tiersky, L. (2007). Psychodynamic and cognitive theories of coping. In E. M. Livneh (Edt.), *Coping with chronic illness and disability theoretical, empirical, and clinical*. New York: Springer.
- Rayter, Z. (2003). History of breast cancer therapy . in Z. Mansi (Edt.), *Medical therapy of breast cancer*. New York: Cambridge University Press.
- Reuter, K., Classen, C. C., Roscoe, J. A., Morrow, G. R., Rosenbluth, R., Flynn, P. J., Shedlock, K. ve Spiege, D. (2006). association of coping style, pain, age, and depression with fatigue in women with primary breast cancer. *Psycho-Oncology* 15, 772–779.
- Reynolds, P. V. (2007). Coping with chronic illness. In S. Ayers, A. Baum, C. Mcmanus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman ve R. West (Edt.). *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Richer, M ve Eze, H. (2002). Living in it, living in it, and moving on: dimension of meaning during chemotherapy. *Richer*, 29 (1), 113-119.
- Ritchei, J ve Lewis, J. (2003). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. London: Sage Publication Ltd.
- Roberts, A. R. (2005). Bridging the past and present to the future of crisis intervention. In A. R. Roberts (Edt.). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatmentand research*, (Third Edition). New York: Oxford University Press.
- Rogers, J. V ve Turner. (2011). Psychological issues for the patient with breast cancer. In V. Harmer (Edt.), *Breast cancer nursing care and management*. West Sussex: Blackwell Publishing.
- Rolland, J. S. (1987). Chronic illness and the life cycle: A conceptual framework. *Fam Proc* , 26, 203-221.
- Ronnes, A., Mykletun. A. ve Dahl. A. A. (2005). Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta Psychiatr Scand*, 111, /51-8.
- Roos, S. ve Neimeyer, R. A. (2007). Reauthoring the self: chronic sorrow and posttraumatic stress followingthe onset of CID. In E. Martz ve H. Livneh (Edt.), *Coping with chronic illness and disability theoretical, empirical, and clinical aspects*. New York: Springer.
- Rosedale, M ve R.Fu, M. (2010). Confronting the unexpected: Temporal, situation and attributive dimensions of distressing symptom experience for breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 37 (1), 28-33.

- Roussi, P., Krikeli, V., Hatzidimitriou, C. ve Koutri, I. (2007). Patterns of coping, flexibility in coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer. *Cognitive Therapy Research*, 31, 97–109.
- Rowland, J. H., Desmond, K. A., Meyerowitz, B. E. ve Thomas, R. (2000). Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *Journal of the National Cancer Institute*, 92 (17), 1422-1429.
- Royer, A. (1998). *Life with chronic illness: Social and psychological dimensions*. Westport: Praeger Publishers.
- Rozema, H., Völink, T ve Lechner, L. (2009). The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psycho-Oncology* 18, 849–857.
- Rutter, C. L ve Rutter, D. R. (2002). Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). *British Journal Of Health Psychology*. 7, 377-391.
- Sadock, B.J., Kaplan, H. I ve Sadock, V. A. (1998). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry*. Giza: Mass Publishing.
- Safae, A., Moghimi-Dehkordi, B., Zeighami, B. Tabatabaee, H. ve Pourhoseingholi, R. (2008). predictors of quality of life in breast cancer under chemotherapy. *Indian Journal of Cancer*, 45 (3), 107-111.
- Saniah, A. ve Zainal, M. (2010). Early anxiety, depression and coping strategies in breast cancer. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 19(2)
- Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Boyes, A., Bonevski, B., Burton, L. ve Cook, P. (2000). The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Cancer* 88, 226–237.
- Sarafino, E. P ve Smith. (2011). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley&Sons.
- Schain, W., Edwards, B. K., Gorrell, C.R., de Moss, E.V., Lippman, M.E., Gerber, L. H. ve Lichter, A. S. (1983). Psychosocial and physical outcomes of primary breast cancer therapy: mastectomy vs excisional biopsy and irradiation. *Breast Cancer Research and Treatment*, 3, 3377-382.
- Scharloo, M ve Kaptein, A. (1997). Measures with chronic somatic illnesses of illness perception in patient: A review. *Perceptions of health and illness: Current research and applications*. (p. 103-154). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

- Schlegela, R. J., Talleya, A. E., Molixb, L. A. ve Bett, B. A. (2009). Rural breast cancer patients, coping and depressive symptoms: A prospective comparison study. *Psychology and Health Vol. 24* (8), 933–948.
- Schoon, I., Sacker, A ve Bartley, M. (2003) Socio-economic adversity and psychosocial adjustment: a social developmental-contextual perspective. *Science & Medicine 57* (6), 1001-1015.
- Schroevers, M. C ve Teo, I. (2008). The report of posttraumatic growth in malaysian cancer patients: relationships with psychological distress and coping strategies. *Psycho-Oncology, 17*: 1239–1246 .
- Schoua, Ø ve Ekeber, C. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology, 13*, 309-320.
- Schussler, G. (1992). Coping strategies and individual meanings of illness. *Social Science & Medicine, 34*, 427-432.
- Shapiro, C. E., Boggs, S. R., Rodrigue, J. R., Urry, H. L., Algina, J. J., Hellman R. ve Ewen, F. (1997). Stage II breast cancer: differences between four coping patterns in side during adjuvant chemotherapy. *Journal of Psychosomatic Research, 43*(2), 143–157.
- Sharoff, K. (2004). *Coping skills therapy for managing chronic and terminal illness*. New York: Springer Publishing Co.
- Shimozuma, K., Ganz, P., Petersen, L. ve Hirji, K. (1999). Quality of life in the first year after breast cancer surgery: Rehabilitation needs and patterns of recovery. *Breast Cancer Research ve Treatment , 56*, 45-57.
- Shockney, L. V ve Shapiro. (2009). *100 questions and answers about advanced and metastatic breast cancer*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Sidell, N. L. (1997). Adult Adjustment to chronic illness: a review of the literature. *Health & Social Work , 22* (1), 5-11.
- Silverman, M. N ve Nutini, M. S. ((2009)). “Is it half full or half empty?” Affective responses to chronic illness. *J Cross Cult Gerontol , 24*, 291–306.
- Sperry, L. (2009). *Treatment of chronic medical conditions: Cognitive-behavioral therapy strategies and integrative treatment protocols*. Washington: American Psychological Association
- Sperry, L ve Carlson, J. (2002). What is health counseling? In J. Donnelly (Edt.), *Health counseling: application and theory*. Belmont: Wadsworth/Thomson Learning.

- Sperry, L., Lewis, J., Carlson, J. ve Englar-Carlson, M. (2005). *Health promotion and health counseling: effective counseling and psychotherapeutic strategies*. Boston: Allyn & Bacon
- Stake, R. E. (2010). *Qualitative research : Studying how things work*. New York: The Guilford Press.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Sworowski, L. A. ve Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68 (5), 875-882.
- Stewart, D., Cheung, A., Duff, S., Wong, F., McQuestion, M., Cheng, T., Purdy L. ve Bunston, T. (2001). Attributions of cause and recurrence in long-term breast cancer survivors. *Psycho- Oncology* 10(2):179-183.
- Susan Tross, J. H. (1996). Psychological symptoms and disease-free and overall survival in women with stage II breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute* , 88 (10), 661-667.
- Swendsen, J. D. (1997). Anxiety, depression, and their comorbidity: an experience sampling test of the helplessness-hopelessness theory. *Cognitive Therapy and Research*, 21(1), 97-114.
- Sütçü, G. (2010). *Tanı ameliyat süresi yakın zamanlı olan hastaların öfke, depresyon, stresle başa çıkma ve sosyal destek değişkenleri açısından incelenmesi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Şener, Ş., Günel, N., Akçalı, Z., Şenol, S. ve Koçkar, A. (1999). Meme kanserinin ruhsal ve sosyal etkileri üzerine bir çalışma. *Klinik Psikiyatri* , 2, 254-260.
- Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P ve Gruenewald, T. R. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review* , 107 (3), 411-429.
- Teleghani, F., Yekta, Z. P ve Nasrabi, A. N. (2006). Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *Journal of Advanced Nursing* , 54 (3), 265-273.
- The Institute for Health Research (2001). *What are the psychosocial needs of cancer patients and their main carers?: A study of user experience of cancer services*. Lancaster: The Institute for Health Research.
- Thewes, B., Butow, P., Girgis, A ve Pendlebury, S. (2004). The psychosocial needs of breast cancer survivors; a qualitative study of the shared and

- unique needs of younger versus older survivors. *Psycho-Oncology* , 13, 177-189.
- Thomas, S. F ve Marks, D. F. (1995). The measurement of coping in breast cancer patients. *Psycho-onchology*, 4, 231-237.
- Tjemsland, J. L., Søreide, J., Matre, R ve Fredrik, U. (1997). Preoperative psychological variables predict immunological status in patients with operable breast cancer. *Psycho-Oncology* , 6, 311-320.
- Tjemsland, L., Søreide, J. A. ve Malt, U. F. (1996). Traumatic distress symptoms in early breast cancer : Acute response to diagnosis. *Psycho-Oncology* , 5 (1), 1-8.
- Tjemsland, L., Søreide, J. A. ve Malt, U. F. (1996b). Traumatic distress symptoms in early breast cancer. II: outcome six weeks post surgery. *Psycho-Oncology* , 5 (4), 295-303.
- Tobin, D., Holroyd, K. A., Reynolds, R.V ve Wigal, J. K.(1989). The hierarchical factor structure of the coping strategies inventory. *Cognitive Therapy Research*, 13, 343-61.
- Topuzlu, C. (2005). *Meme kanseri tedavisinin tarihçesi*. İçinde K. Engin ve S. Kahraman-Çetintaş (Edt.) Meme kanserleri, (ss.7-15), İstanbul: Nobel tıp Kitapları.
- Truelsen, M. (2003). The Meaning Of ‘reconstruction’ within the lived experience of mastectomy for breast cancer, *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research With Practice*, 3 (4), 307-314.
- Tuncer, M. (Edt.). (2009). *Ulusal kanser programı 2009-2015*. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Bakanlık Yayın No: 2009.
- Turkingon, C. V. (2005). *The encyclopedia of breast cancer*. New York: Facts On File.
- Turner, J., Kelly, B., Swansonc, C., Allison, R. ve Wetzig, N. (2005). Psychosocial impact of newly diagnosed advanced breast cancer. *Psycho-Oncology*, 14, 396-407.
- Tünel, M. (2011). *Meme kanserli hastalarda cerrahi tedavi öncesi ve sonrası anksiyete ve depresyon düzeyi*. (Tıpta uzmanlık tezi), Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, Ek 4: 12-16.
- Türkçapar, H. (2009). *Depresyon*. Ankara: HYB.

- Ucok, O. (2005). The meaning of appearance in surviving breast cancer. *Human Studies* , 28, 291-316.
- Uçar, T., ve Uzun, Ö. (2008). Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisinin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4 (3), 162-168.
- Uğur, Ö. (2006). *Onkoloji hastalarında evde bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi*. (Yayımlanmamış doktora tezi), Ege Üniversitesi, İzmir.
- Uğur, Ö. ve Fadiloğlu, Z. Ç. (2012). Kanser hastasına bakım verenlere uygulanan planlı eğitim bakım veren yükü üzerine etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 1(2), 53-58.
- Ulusoy, M., Şahin, N. T ve Erkmek, H. (1998). Turkish version of Beck anxiety inventory: Psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy* , 12, 193-172.
- Vahdaninia, M., Omidvari, S. ve Montazeri, A. (2010). What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, (45), 355-361.
- Vasterling, J., Jenkins, R.A., Tope, D.M ve Burish, T.G. (1993). Cognitive distraction and relaxation training for the control of side effects due to cancer chemotherapy. *Journal of Behavioral Medicine*, 16(1), 65–80.
- Vaughan, R., Morrison, L. ve Miller, E. (2003). The illness representations of multiple sclerosis and their relations to outcome. *British Journal of Health Psychology* , 8, 287-301.
- Vivar, C. G ve McQueen, A. (2005). Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing* , 51 (5), 520-528.
- Wainrib, B. R. ve Bloch, E. L. (1998). *Crisis intervention and trauma response: Theory and practice*. New York: Springer Publication.
- Wallston, K. A., Wallston, A. S. ve DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Educ Behav March*, 6(1), 160-170.
- Walsh, S. R., Manuel, J. C ve Avis, N. (2005). The impact of breast cancer on younger women's relationships with their partner and children. *Families, Systems, ve Health* , 23, 80-93.
- Wang, X., Wang, S., Peng, R., Qin, T., Shi., Teng, X., Liu, D., Chen, W. ve Yuan, Z. (2012). Interaction of coping styles and psychological stress on anxious and depressive symptoms in chinese breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Prevention*, 13(4):1645-1649

- Watson, M., Greer, S., Blake, M. S. ve Shrapnell, K. (1984). Reaction to a diagnosis of breast cancer: relationship between denial, delay and rates of psychological morbidity. *Cancer* , 1;53(19), 2008-2012.
- Watson, M, Homewood, J., Haviland , J. ve Bliss, J. M. (2005). Influence of psychological response on breast cancer survival: 10-year follow-up of a population-based cohort. *Eur J Cancer*. 41(12), 1710-1714.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R. ve Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health*, 11(3), 431-445.
- Westman, B., Bergenmar, M. ve Anderson, L. (2006). Life, illness and death—existential reflections of a swedish sample of patients who have undergone curative treatment for breast or prostatic cancer. *European Journal of Oncology Nursing* , 10, 169-176.
- Wittchen, H-U., Kessler, R. C., Pfister, H. ve Lieb, M. (2000). Why anxiety disorders become depressed? a prospective-1 community study. *Acta Psychiatry Scan*. 102, 14-23.
- World Health Organization [WHO]. (2011). *Noncommunicable diseases country profiles 2011*. Geneva: World Health Organization [WHO] Press.
- World Health Organization [WHO]. (2005). *Preventing chronic diseases: A vital investment: who global report*. Geneva: World Health Organization [WHO] Press.
- Williams, D. A. ve Thron, B. E. (1989). An empirical assessment of painbeliefs. *Pain*, 36 (3), 351–358 .
- Woertman, C. B. ve Dunkel-Schetter, C. (1979). Interpersonal relationships and cancer: a theoretical analyses. *Journal of Socail Isiives* , 35 (1), 120-154.
- Wong-Kim, E. C. ve Bloom, O. R. (2005). Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology* , 14, 564–573.
- Wong, P. T., Reker, G. T ve Peacock, E. J.(2006). A resource-congruence model of coping and the development of the coping schema inventory . in P. T. Wong ve L. Wong (Edt.), *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping*. New York: Springer.
- Yalom, I.(2001). *Varoluşçu psikoterapi*. İstanbul: Kabalıcı Yayınevi. (Eserin orijinali 1969'da yayımlandı).

Yeo, W., Kwan, W.H., Teo, P.M., Nip, S., Wong, E., Hin, L. Y. ve Johnson, P.J. (2004). Psychosocial impact of breast cancer surgeries in chinese patients and their spouses. *Psycho-Oncology* , 13, 132–139.

EKLER

Emekli

10. Şu anda evde kim(ler)le yaşadığınızı seçeneklere göre belirtiniz.

Yalnız

Eş ile

Eş ve çocuklarla

Çocuk(lar)la

Eşim-çocuklarım ve bir yakınım

Diğer (belirtiniz):.....

11. Herhangi bir sosyal güvenceniz var mı?

Emekli Sandığı

Bağ-Kur

SSK

Yeşil Kart

Güvencem yok

12. Tedavi masraflarını nasıl karşılıyorsunuz?

Bağlı olduğum sosyal güvencem ile

Ailem tarafından

Kendim

Hem sosyal güvence hem de kendim

Hem sosyal güvence hem de ailem

Diğer (belirtiniz):.....

Tıbbi bilgiler

13. İlk tanının üzerinden geçen süre (ay olarak belirtiniz):.....

14. Meme ile ilgili ne tür ameliyat geçirdiniz? (Ameliyat tipi)

Sadece tümör alındı

Memenin bir kısmı alındı

Tek meme ve koltuk altı alındı

Her iki meme ve koltuk altı alındı

Diğer belirtiniz:.....

15. Tanıdan sonra uygulanan ve biten tedavileriniz nelerdir?(Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

Cerrahi müdahale (ameliyat)

- Radyoterapi
 Hormon tedavisi
 Radyoterapi
 Diğer (açıklayınız):.....

16. Şu anda görmekte olduğunuz tedavi ya da tedaviler nelerdir? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz).

- Kemoterapi
 Radyoterapi
 Hormon tedavisi
 Diğer belirtiniz:.....

17. Tanıdan önce menopoza girmiş miydiniz?

- Evet Hayır

18. Hastalığınızda bakımınıza yardımcı olan kişi(ler) var mı?

- Evet Hayır

Eğer cevabınız Evet ise bu kişi(ler) kimlerdir?:.....

19. Başka fiziksel bir hastalığınız var mı?

- Evet Hayır

Eğer cevabınız Evet ise hastalığınızın adını yazınız:.....

20. Şu psikolojik yardım alıyor musunuz?

- Evet Hayır

Eğer cevabınız Evet ise:

Kimden yardım alıyorsunuz?

Herhangi bir tanı verildi mi?

21. Meme kanseri tanısı aldıktan sonra bilgilendirme yapıldı mı?

- Evet Hayır

Eğer cevabınız Evet ise:

Kim tarafından bilgilendirme yapıldı?.....

Hangi konularda bilgilendirme yapıldı?.....

EK- 2- STRESLE BAŞÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların size uygunluk derecesini işaretleyiniz.

Herhangi bir davranış size hiç uygun değilse %0' in altındaki kutunun, çok uygun ise %100' ün altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz. Diğer cevaplar için öteki seçenekleri (%30 ve %70) kullanınız.

Sizi Nasıl Tanımlıyor?
Size Ne kadar Uygun?

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA.....		%0	%30	%70	%100
1	Kimsenin bilmesini istemem.				
2	İyimser olmaya çalışırım.				
3	Bir mucize olmasını beklerim.				
4	Olayı/ olayları büyütmeyp üzerinde durmamaya çalışırım				
5	Başa gelen çekilir diye düşünürüm.				
6	Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7	Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim				
8	Olayın, olayların değerlendirmesini yaparım.				
9	İçinde bulunduğum kötü durumun kimse tarafından bilinmesini istemem.				
10	Ne olursa olsun direnme ve mücadele gücümü kendimde bulurum.				
11	Olayları kafama takip sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12	Kendime kari hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13	Olacağına varır diye düşünürüm.				

14	Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır bu yolda uğraşırım.				
15	Problemin çözümü için adak adarım.				
16	Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.				
17	Elimden hiçbir ey gelmeyeceğine inanırım.				
18	Olaydan/ Olaylardan olumlu bir ey çıkarmaya çalışırım.				
19	Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.				
20	Problemi/ Problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21	Mücadeleden vazgeçerim.				
22	Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23	Hakkimi savunabileceğime inanırım.				
24	Olaylar karışında kaderim buymuş derim.				
25	Keşke daha güçlü bir insan olsaydım diye düşünürüm.				
26	Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim.				
27	Benim suçum ne diye düşünürüm.				
28	Hep benim yüzümden oldu diye düşünürüm.				
29	Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için hep başkalarına danışırım.				
30	Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

EK-3-HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER		Kesinlikle böyle düşünmüyorum	Böyle düşünmüyorum	Kararsızım	Böyle düşünüyorum	Kesinlikle böyle düşünüyorum
1	Hastalığım kısa sürecek					
2	Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3	Bu hastalık uzun sürecek					
4	Bu hastalık çabuk geçecek					
5	Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6	Ciddi bir hastalığım var					
7	Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8	Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9	Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10	Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11	Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12	Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok ey var					
13	Yaptığım eyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14	Hastalığımın seyri bana bağlı					
15	Yaptığım hiçbir ey hastalığımı etkileyemez					
16	Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17	Yaptıklarım hastalığımın sonucunu					

	etkilemeyecek					
18	Hastalığım zamanla iyileşecek					
19	Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az ey var					
20	Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21	Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22	Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23	Benim durumuma hiçbir ey yardım edemez.					
24	Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor.					
25	Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26	Hastalığımı anlamıyorum					
27	Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28	Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29	Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30	Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok					
31	Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)					
32	Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33	Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34	Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35	Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36	Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37	Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38	Hastalığım beni korkutuyor					

EK-4-BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (x) işareti koyunuz.

1.	(a) Kendimi üzgün hissetmiyorum. (b) Kendimi üzgün hissediyorum. (c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum. (d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2.	(a) Gelecekten umutsuz değilim. (b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum. (c) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok. (d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3.	(a) Kendimi başarısız görmüyorum. (b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır. (c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum. (d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4.	(a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum. (b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum. (c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum. (d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
5.	(a) Kendimi suçlu hissetmiyorum. (b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor. (c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum. (d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6.	(a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum. (b) Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum. (c) Cezalandırılmayı bekliyorum. (d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7.	(a) Kendimden hoşnudum. (b) Kendimden pek hoşnut değilim. (c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum. (d) Kendimden nefret ediyorum.
8.	(a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum. (b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum. (c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum. (d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9.	(a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

	<p>(b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapamam.</p> <p>(c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.</p> <p>(d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.</p>
10.	<p>(a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.</p> <p>(b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.</p> <p>(c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.</p> <p>(d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.</p>
11.	<p>(a) Her zamankinden daha sinirli değilim.</p> <p>(b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.</p> <p>(c) Çoğu zaman sinirliyim.</p> <p>(d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.</p>
12.	<p>(a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.</p> <p>(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.</p> <p>(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.</p> <p>(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.</p>
13.	<p>(a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.</p> <p>(b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.</p> <p>(c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.</p> <p>(d) Artık hiç karar veremiyorum.</p>
14.	<p>(a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.</p> <p>(b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.</p> <p>(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.</p> <p>(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.</p>
15.	<p>(a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.</p> <p>(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.</p> <p>(c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.</p> <p>(d) Hiçbir iş yapamıyorum.</p>
16.	<p>(a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.</p> <p>(b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.</p> <p>(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.</p> <p>(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.</p>
17.	<p>(a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.</p> <p>(b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.</p> <p>(c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.</p> <p>(d) Öyle yorgunum ki hiç bir şey yapamıyorum.</p>
18.	<p>(a) İştahım eskisinden pek farklı değil.</p> <p>(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.</p> <p>(c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.</p>

(d) Artık hiç iştahım yok.
19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum. (b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim. (c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim. (d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim. Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet () Hayır ()
20. (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor. (b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var. (c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntıları beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor. (d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.
21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok. (b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum. (c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim. (d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

EK-5-BECK ANKSİYETE ENVANTERİ

Aşağıda anksiyetenin sık görülen belirtileri yazılıdır. Lütfen listedeki her maddeyi dikkatlice okuyun. BUGÜN DE DAHİL OLMAK ÜZERE GEÇEN HAFTA BOYUNCA bu belirtilerin sizi ne kadar rahatsız ettiğini her belirtinin karşısında yer alan satırdaki ifadeden size uyanı işaretleyerek belirtin.

0. Yok

1. Hafif (Çok fazla rahatsız etmedi.).
2. Orta (Çok rahatsız ediciydi ama dayanabildim.).
3. Şiddetli (Dayanılamayacak kadar kötüydü.).

		Yok (0)	Hafif (1) (Çok fazla rahatsız etmedi)	Orta (2) (Çok rahatsız ediciydi ama dayanabildim)	Şiddetli (3) (Dayanılamayacak kadar kötüydü)
1	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2	Sıcaklık/ateş basmaları				
3	Bacaklarda halsizlik, titreme				
4	Gevşeyememe				
5	Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6	Baş dönmesi veya sersemlik				
7	Kalp çarpıntısı				
8	Dengeyi kaybetme duygusu				
9	Dehşete kapılma				
10	Sinirlilik				
11	Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12	Ellerde titreme				

13	Titrelik				
14	Kontrolü kaybetme korkusu				
15	Nefes almada güçlük				
16	Ölüm korkusu				
17	Korkuya kapılma				
18	Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19	Baygınlık				
20	Yüzün kızarması				
21	Terleme (sıcağa bağlı olmayan)				

EK-6-GÖRÜŞME SORU FORMU


1. Meme kanseri olduğunuz ilk söylendiğinde;
 - a)Aklınızdan neler geçti? (Aklınıza gelen ilk düşünce ne idi?)
 - b) Ne hissettiniz?
 - c) Ne yapmak istediniz?
2. Tanıyı ilk öğrendiğinizde kime ihtiyaç duydunuz?
 - a)Bu kişi o günden bu yana size ihtiyacınız olan desteği sağladı mı?
 (Evet: Hangi konularda ondan destek istediniz/beklediniz? Bu konularda destek sağladı mı?)
 (Hayır: Hangi konularda ondan destek sağlamasını isterdiniz/beklerdiniz? Bu konularda destek alamamış olmak sizi nasıl etkiledi?)
 - b) Bu konularda size destek olan başka kişi(ler) oldu mu?
 (Evet: Hangi konularda destek sağladı(lar)?)
 (Hayır: Bu konularda hiç kimseden destek alamamış olmak sizi nasıl etkiledi?)
3. Meme kanseri tedavisi sürecinde (ameliyat, radyo-terapi, kemoterapi vb. dahil);
 - a) Fiziksel olarak
 - b) Psikolojik olarak
 - c) Sosyal ilişkileriniz
 - d) Aile ilişkileriniz konusunda ne tür zorluklar yaşadınız?
4. Bu zorluklarla nasıl baş ettiniz?
(Zorluk yaşamadıysa: Bunu neye bağlıyorsunuz?)
5. Tanıyı öğrendiğinizden bu yana herhangi bir uzmandan psikolojik destek aldınız mı?
(Evet: Bu uzman desteği size ne gibi bir yarar sağladı?)
(Hayır: Bir uzmandan psikolojik destek almama nedenleriniz neler?)
6. Sizce meme kanserli kadınlara yönelik psikolojik destek olmalı mı?
Evet: Nasıl bir psikolojik destek olmalı?
Hayır: Neden psikolojik destek olmamalı?


T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
07/06/2012	11	2012/225

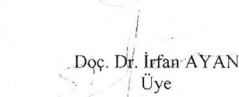
Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Cem Ali GİZİR'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Meme Kanseri Tanısı Almış Kadınların Hastalık Temsilleri ve Başa Çıkma Stratejileri İle Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi ile Psikososyal İhtiyaçlarının Belirlenmesi" adlı araştırma için hazırlanmış olan ve 29/05/2012 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.



Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan

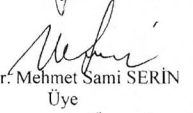

Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ
Başkan Yrd.



Yrd. Doç. Dr. Gülçin YAPICI
Raportör

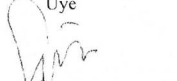

Prof. Dr. Lülüfer TAMER GÜMÜŞ
Üye



Doç. Dr. İrfan AYAN
Üye


Prof. Dr. Aylin ERTEKİN YAZICI
Üye



Doç. Dr. Mehmet Sami SERİN
Üye


Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN
Üye


Doç. Dr. Sabire YURTSEVER
Üye


Yrd. Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE
Üye


(Katılmadı)
Yrd. Doç. Dr. Oya ÖGENLER
Üye


Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK
Üye

(Katılmadı)
Uzm. Dr. Oğuz KARDAŞ
Üye

Hürrem Betül LEVENT ERDAL
Üye

(Katılmadı)
Lale DAĞLI
Üye


Aslıgibian. B.T. 06/09/2012
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN

T.C
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	
	ARAŞTIRMACILARIN ÖZGEÇMİŞİ	<input checked="" type="checkbox"/>
	ANKET FORMLARI	<input checked="" type="checkbox"/>
	3 ADET LİTERATÜR	<input checked="" type="checkbox"/>
	İZİN YAZILARI	<input checked="" type="checkbox"/>
Karar No: <u>2012/225</u>	Tarih: <u>09.06.2012</u>	

Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıda katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

MERSİN ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN	Farmakoloji	MEÜ Eczacılık Fakültesi Meslek Bilimleri Bölümü Farmakoloji Ab.D.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ab.D.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülşin YAPICI	Halk Sağlığı	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Ab.D.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Lülüfer TAMER GÜMÜŞ	Biyokimya	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Biyokimya Ab.D.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İrfan AYAN	Ortopedi ve Travmatoloji	MEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Ortopedi ve Travmatoloji Ab.D.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Aylin ERTEKİN YAZICI	Psikiyatri	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Psikiyatri Ab.D.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mehmet Sami SERİN	Mikrobiyoloji	MEÜ Eczacılık Fakültesi Farmasötik Mikrobiyoloji Ab.D.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN	Biyoistatistik	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Ab.D.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sabire YURTSEVER	İç Hastalıkları Hemşireliği	MEÜ Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Ab.D.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE	Biyomühendislik	MEÜ Mühendislik Fakültesi Kimya Mühendisliği Bölümü	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Oya ÖGENLER	Tıp Tarihi ve Etik	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Tıp Tarihi ve Etik Ab.D.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK	Farmakoloji	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Farmakoloji Ab.D.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Oğuz KARDAŞ	Üroloji	Mersin Devlet Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yüksek Şehir Plancısı Hürem Betül LEVENT	Şehir ve Bölge Planlama/uluslararası Proje Yönetimi	Mersin Ticaret ve Sanayi Odası Proje Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat Lale DAĞLI	Hukuk	Serbest	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Başhekimlik



Sayı : B.30.2.MEÜ.0.H1.70.02-774- 8258
Konu: Anket Çalışması

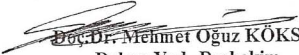
Tarih : 06 Ekim 2012

REKTÖRLÜK MAKAMINA
(Genel Sekreterlik)

İlgi : 19.07.2012 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.70.03.00-605.01-978/10668 sayılı yazı.

İlgi yazınızda belirtmiş olduğunuz Aygül TUNÇ'un anket çalışması ile ilgili Dahili Tıp Bilimleri Bölümü İç Hastalıkları Anabilim Dalı Onkoloji Bilim Dalı Başkanlığımdan alınan 31.07.2012 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.20.11.10.09/58-2009 sayılı yazının fotokopisi ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.


Doç. Dr. Mehmet Oguz KÖKSEL
Dekan Yrd.-Başhekim

EK: Yazı Fotokopisi (1 Sayfa)



15133
Yazı Baş

ADRES: İhsaniye Mah. 4935 Sk. No: 3 33079 MERSİN ☎ 0 324 337 43 00 Fax: 0 324 337 43 05

Form No: BŞH-FR-48 Form Yay. Tarihi: 12.07.2004 Form Rev. Tarihi: 14.06.2007 Form Rev. N: 03



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanlığı

Sayı : B.30.2.MEÜ.0.20.11.10.09/58-2009
Konu : Anket Çalışması

Tarih: 21.11.2012

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İLGİ: 10.07.2012 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.H1.70.02-622.03 /7173 sayılı yazınız.

Üniversitemiz Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim doktora öğrencisi Ayşe TUNÇ'UN "Meme Kanseri Tanımlanmış Kadınların Hastalık Temsilleri ve Başa Çıkma Stratejileri ile Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi ile Psiko-Sosyal İhtiyaçların Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının anketi ile ilgili gerekli izin verilmiştir, gereğini

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.Ali ARICAN
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanı

Prof.Dr.Ali ARICAN
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkan V.

Prof.Dr.Ahmet İLVAN
Danışli Tıp Bilimleri Bölüm Başkanı

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
ÇALIŞAN EVRAK

TARİHİ	02 Aralık 2012
NOCU	7469



1993

Başkent Üniversitesi

**Tıp ve Sağlık Bilimleri
Araştırma Kurulu**

Dr. Hakan Özkardeş
Dr. A. Eftal Yücel
Dr. Feride İ. Şahin
Dr. Şule Bulut
Dr. Fuat Büyüklü
Dr. Emine Aksoydan
Dr. Tolga R. Aydos
Dr. Elif Durukan
Dr. Şebnem İlhan

Başkent Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı
16. Sokak No. 11
Bahçelievler, 06490
Ankara

Tel : 0312 212 90 65
Faks : 0312 221 37 59

arastirma@baskent.edu.tr

Sayı:B.30.2.BŞK.0.05.05.05/050.01.08.01-525
Konu: Proje onayı

04/06/2012

Mersin Üniversitesi
Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı / Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bilim Dalı
Başkanlığına,

Bilim Dalımızda görev yapmakta olan Aygül Tunç tarafından yürütülecek olan KA11/162 nolu "Meme kanseri tanısı almış kadınların hastalık temsilleri, başa çıkma stratejileri, kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi ile psikososyal ihtiyaçlarının belirlenmesi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 31/05/2012 tarih ve 12/75 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma
Kurulu Başkanı


LD


İşlemlerinizi hızlandırmak için anabilim dalı üzerinden resmi yazışma ve imza gerektirmeyen her türlü bilgi alışverişinde arastirma@baskent.edu.tr e-posta adresimizi kullanınız (Bağlantı- Araştırma Kurulu Sekreteri: Lilifer Demirağ).

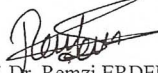
KARAR

KARAR TARİHİ	KARAR SAYISI	PROJE NO
31/05/2012	12/75	KA11/162

Mersin Üniversitesi / Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı / PDR Bilim Dalında görev yapmakta olan Aygül Tunç tarafından yürütülecek olan KA11/162 nolu ve "Meme kanseri tanısı almış kadınların hastalık temsilleri, başa çıkma stratejileri, kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi ile psikososyal ihtiyaçlarının belirlenmesi" başlıklı araştırma projesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.



• Prof. Dr. Meral TUNCER


• Prof. Dr. Feride İ. ŞAHİN



• Prof. Dr. Remzi ERDEM


• Prof. Dr. Neslihan B. TÜTÜNCÜ


• Prof. Dr. Alpay Turan SEZGİN


• Prof. Dr. Derya ALDEMİR


(Katılmadı)
• Prof. Dr. Mete ÜNGÖR


• Prof. Dr. Murat DERBENT


• Prof. Dr. Bülent ÖZTÜRK

(Katılmadı)
• Prof. Dr. Hamdi AKAN

(Katılmadı)
• Doç. Dr. Ayşe Canan YAZICI


• Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇÖKELİLER


• Yrd. Doç. Dr. Reyhan DEMİRCİOĞLU

• Yrd. Doç. Dr. Didem SEVGİLİ GENÇAY

• Öğr. Gör. Dr. Rifat Vedat YILDIRIM





ACIBADEM

Özel Acıbadem Adana Hastanesi

Sayı : 2012 /410
Konu: Tez Çalışması Hk

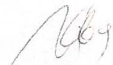
18/04/2012
ADANA

T.C
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Genel Sekreterlik

İlgi: 18.04.2012 tarihli yazınız.

İlgide kayıtlı yazınız gereğince, Üniversitenizin Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı doktora öğrencisi Aygün Tunç' un "Meme Kanseri Tanısı Almış Kadınların Hastalık Temsilleri, Başa Çıkma Stratejileri, Kaygı ve Depresyon Düzeyleri arasındaki İlişkilerin İncelenmesi ile Psikososyal İhtiyaçlarının Belirlenmesi" tezine veri toplamak amacıyla Hastanemizde çalışma yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.


Prof. Dr. Mustafa KIBAR
Başhekim

T.C
MERSİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : B.10.4 İSM.4.33.00.07 /
Konu : Anket Çalışması.

12 EYLÜL 2012

31342

AKDENİZ KAYMAKAMLIĞINA
(İlçe Sağlık Müdürlüğü)

Mersin Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı Doktora öğrencisi Aygül TUNÇ'un "Meme Kanseri Tanımlı Kadınların Hastalık Temsilleri ve Başa Çıkma Stratejileri ile Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi ile Psiko-Sosyal İhtiyaçların Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını Mersin Devlet Hastanesi Tıbbi Onkoloji ve Radyasyon Onkoloji Bölümünde tedavi gören meme kanserli kadınlara yönelik uygulanmasının uygun görüldüğüne dair alınan Valilik Onayı ekte gönderilmiştir.

Bilgi ve gereğini rica ederim.

Dr.K.Çağlar ÇATAK
Vali a.
İl Sağlık Müdürü

EKİ :
1- Valilik Onayı (1 Adet)
2- Dilekçe (1 sayfa)
3- Etik Kurul Onayı (4 sayfa)
4- Ölçü Formu (12 sayfa)
6- Tez Özeti (5 sayfa)

7.../2012 Şef : N.YÜKSEL
7.../2012 Şb. Md : Dr.M.DAYAN
7.../2012 Md.Yrd. : Dr.N.YAZICIOĞLU

Cami Şerif Mah. İsmet İnönü Bulvarı Anadolu Hayat Binası Posta Kodu :33115 Akdeniz/ MERSİN
Tel: 0-324-2382810 (pbx) Fax:2385116 Ayrıntılı Bilgi İçin: Arş.ve Sağ.Gel.Şub. Dah Tel:157



Giden Evrak Servisi
Giden Evrak No: 716
Giden Evrak Tarihi: 03.01.2013
Güvenlik Kodu: 439033
İşlem Takip No: 812575

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
İlaç Biyolojik ve Tıbbi Ürünler Başkan Yardımcılığı

Sayı : 26247029-99
Konu : Anket Çalışması

MERSİN ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı
Yenişehir Kampüsü/MERSİN

İlgi : Bakanlık evrak kayıt 26.12.2012 tarih 155415 sayılı ve 812575 e-takip numaralı yazınız

Yrd. Doç. Dr. Cem Ali GİZİR sorumluluğunda yapılması planlanan “meme kanseri tanısı almış kadınların hastalık temsilleri ve başa çıkma stratejileri ile kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi ile psikososyal ihtiyaçlarının belirlenmesi” başlıklı çalışma ile ilgili olarak,

19 Ağustos 2011 tarih ve 28030 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik madde 2’de “Gözlemsel ilaç çalışmaları ve gözlemsel tıbbi cihaz çalışmaları hariç, girişimsel olmayan tüm klinik araştırmalar bu Yönetmeliğin kapsamı dışındadır” ifadesi yer almaktadır. Söz konusu araştırma, ilgili yönetmeliğin kapsamı içinde yer almadığından, Kurumumuz onayı gerekmeksizin, ilgili Etik Kurul onayı ile gerçekleştirilebilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Ecz. Güven ARTIRAN
Kurum Başkanı a.
Kurum Başkan Yardımcısı

Dr- Cem Ali Gizir
06.01.2013
[Signature]

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu uyarınca elektronik olarak imzalanmıştır.
<https://e-ismeler.iegm.gov.tr/eimza/eimzkontrol.aspx> adresinden kontrol edilebilir.
Güvenli Elektronik İmzalı Asli İle Aynıdır

EK-12-BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bilimsel araştırma amaçlı klinik bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınız ya da belirtilemediğini fark ettiğiniz noktalar olursa hekiminize sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce araştırmacı size zaman tanıyacaktır. Kararınız ne olursa olsun, hekimleriniz sizin tam sağlık halinizin sağlanmasına ve korunmasına yönelik görevlerini bundan sonra da eksiksiz yapacaklardır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formu imzalarınız

1. ARAŞTIRMANIN ADI

Meme Kanseri Tanısı Almış Kadınların Hastalık Temsilleri ve Başa Çıkma Stratejileri İle Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.

2. KATILIMCI SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı 200'dür.

3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Araştırmada yer almanız için öngörülen süre 60 dakikadır.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın iki amacı bulunmaktadır. Bunlardan birincisi tedavi gören meme kanserli kadınların hastalıklarını algıma biçimleri, kullandıkları başa çıkma

stratejileri ile kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki karşılıklı ilişkileri incelemeyi amaçlamaktadır. İkincisi ise meme kanserli kadınların psiko-sosyal ihtiyaçlarını belirlemektir.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI

Çalışmaya katılabilmemiz için yakın tarihte teşhis almış, teşhisin arkasından ameliyat geçirmiş, diğer tedavilere devam ediyor olmanız ve 18 yaş üstünde olmanız gerekmektedir.

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz, sizden, araştırmacı tarafından hazırlanan beş anketi doldurmanız ve son bölümde psiko-sosyal ihtiyaçlarınız ile ilgili sorulara cevaplamanız istenecektir. İlk anket sizinle ilgili demografik bilgileri, ikinci anket hastalığınızı nasıl algıladığınızı, üçüncü anket hastalığınızla nasıl başa çıktığınızı ve son anket ise depresyon ve kaygı düzeylerinizi ölçmek için hazırlanmıştır. Son bölümdeki görüşme soruları ise hastalığınız ile ilgili psiko-sosyal ihtiyaçlarınızı belirlemeye yöneliktir. Görüşme bölümünde verdiğiniz cevapları daha iyi değerlendirebilmek için sizin onayınıza bağlı olarak kayıt edilecektir.

7. KATILIMCININ SORUMLULUKLARI

Çalışmaya katılmanız herhangi bir sorumluluk içermemekle birlikte, sizden sadece soruları içtenlikle cevaplamanız beklenmektedir.

8. ARAŞTIRMADAN BEKLENEN OLASI YARARLAR

Bu çalışmaya katılmak size doğrudan bir yarar sağlamamakla birlikte, sorulara cevap verirken hastalığınızla ilgili yaşadıklarınız hakkında çeşitli farkındalıklar kazanabileceksiniz. Ayrıca bu çalışmanın sonuçları, gerek toplumun meme kanserli kadınların psikolojik durumlarını anlamalarına gerekse ileride meme kanserli kadınlara yönelik hazırlanabilecek psikolojik destek çalışmaların önemli bir katkı sunacaktır.

9. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Bu çalışmaya katılmakla herhangi bir fiziksel risk altına girmeyeceksiniz. Fakat sorulara cevap verirken, hastalığınız ve hastalığınızla ilişkili etmenleri düşünmeniz isteneceğinden zaman zaman olumsuz duygular hissedebileceksiniz. Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır.

10. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

Uygulama süresince veya uygulama sonrasında araştırmaya katılımınızla ilişkili sorularınız olursa, adresi ve telefonu aşağıda belirtilen ilgili araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

İstediğinizde Araştırmacının Adres ve Telefonları:

Mersin Üniversitesi Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı Yenişehir Kampüsü Mersin

12. GİDERLERİN KARŞILANMASI VE ÖDEMELER

Bu araştırmaya katılmanız için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.

14. KATILIMCIYA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILIP YAPILMAYACAĞI

Bu araştırmaya katılmanızla size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

15. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, Etik Kurul, Bakanlık ve resmi makamlar bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabileceksiniz.

16. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA KOŞULLARI

Sorularda verdiğiniz cevaplarda tutarsızlık olduğunda araştırma dışı bırakılabileceksiniz.

18. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME VEYA AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Ayrılma isteğinizi araştırmacıya bildirmeniz yeterli olacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

GÖNÜLLÜ		İM ZASI
<i>Adı Soyadı</i>		
<i>TARİH</i>		

ARAŞTIRMACI		İM ZASI
<i>İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ</i>	Aygül Tunç- Psikolojik Danışman	
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

EK-13. MODEL TESTİ KOMUT DOSYASI

Ilness Model

Observed Variables

ANXIETY DEPRESSI PROBLEM EMOTIONA CONTROL1

TIME1 COHERENC CONSEQU CONTROL2 TIME2

Covariance Matrix From File aygul1.cov

Sample Size 103

Latent Variables: kayg depresyon problem duygusal kontrol1 zaman1 tutar sonuc kontrol2 zaman2

Relationships:

ANXIETY = 1*kayg

DEPRESSI = 1*depresyon

PROBLEM = 1*problem

EMOTIONA = 1*duygusal

CONTROL1 = 1*kontrol1

TIME1 = 1*zaman1

COHERENC = 1*tutar

CONTROL2 = 1*kontrol2

TIME2 = 1*zaman2

zaman1 = kontrol2

kontrol1 = kontrol2

tutar = zaman2

tutar = kontrol2

problem = kontrol1

problem = duygusal

duygusal = tutar

duygusal = zaman1

depresyon = problem

depresyon = duygusal

depresyon = kayg

kayg = duygusal

kayg = problem

Set to Error Variance of ANXIETY to 0

Set to Error Variance of DEPRESSI to 0

Set to Error Variance of PROBLEM to 0

Set to Error Variance of EMOTIONA to 0

Set to Error Variance of CONTROL1 to 0

Set to Error Variance of TIME1 to 0

Set to Error Variance of COHERENC to 0

Set to Error Variance of CONTROL2 to 0

Set to Error Variance of TIME2 to 0

Path Diagram

Wide Print

Print Residuals

Admissibility Check = 100

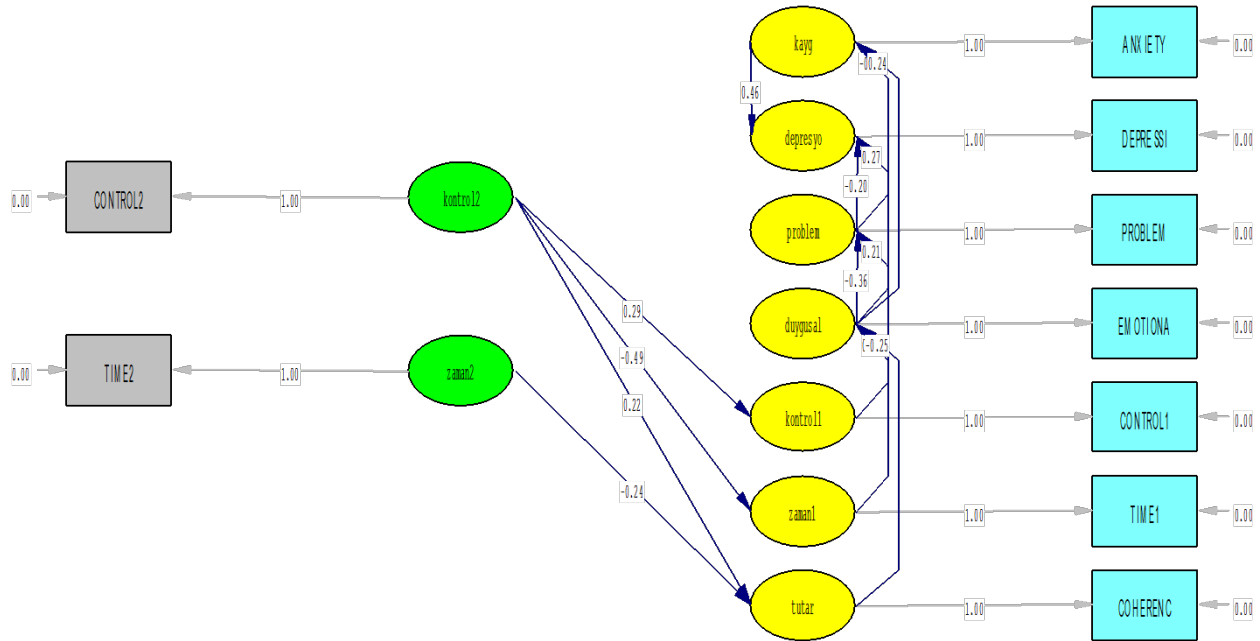
Iterations = 100

Method of Estimation = Maximum Likelihood

Lisrel Output: EF SS SC

End of Problem

EK 14. TEST EDİLEN YAPISAL MODELİN STANDART KATSAYILARI



EK 15. ÖZGEÇMİŞ

AYGÜL TUNÇ

Eğitim Bilgileri

Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Mersin Üniversitesi	Eğitim Fakültesi	Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık	Doktora	Tez savunmasına girilecek
Ankara Üniversitesi	Dil Ve Tarih Coğrafya Fakültesi	Çocuk Tiyatrosu ve Oyun-Tiyatro-Drama YI	Yüksek Lisans	2007
Orta Doğu Teknik Üniversitesi	Eğitim Fakültesi	Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık	Yüksek Lisans	2002
Orta Doğu Teknik Üniversitesi	Eğitim Fakültesi	Eğitim Bilimleri	Lisans	1994

Yüksek Lisans Tez Başlığı ve Tez Danışman(lar)ı:

Tez Konusu: Çocuk Yetiştirme Stilleri ile Benlik Saygısı Arasındaki İlişki, Tez Danışmanı: Prof. Dr. Esin Tezer

Tez Konusu: Ergenlerin Olumsuz Beden İmgelerine Yönelik Geliştirilen Bilişsel-Davranışçı ve Değiştirilmiş Sanat Terapisi Programlarının Etkiliklerinin Karşılaştırılması, Tez Danışmanları: Yrd.Doç.Dr. Tülin Sağlam, Doç.Dr. Tümer Türkbay

Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler

Gündüz, B., Çapri, B., Akbay, S.E. ve **Tunç, A.** (2013). Attachment

styles, abuse experiences and depression. *Educational Research and Reviews*, 8(17),1604-1612. DOI: 10.5897/ERR2013.1541 (ERIC).

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında

(Proceedings) Basılan Bildiriler :

Tunç, A. ve Gündoğdu, H. M. (2011). Efectiveness of 3Z weight loss program. 7th International Congress of Cognitive Psychotherapy, İstanbul.

Ulusal Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler:

Tunç, A. ve Gündüz, B. (2010). Tükenmişliğe müdahale çalışmalarının incelenmesi: Bir alanyazın taraması, *Ege Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 11(1), 84-106.¹

Gökçakan, N., Büyükşahin-Çevik, G.ve **Tunç, A.** (2010) Mersin İlinde 2005-2009 Yılları Arasında Çocuk Suçları Oranının İncelenmesi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Cilt 6, Sayı 1, ss. 52-59.

Tunç, A. ve Tezer, E. (2006). Çocuk yetiştirme stilleri ve benlik saygısı arasındaki ilişki. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, III, 25, 37-44.

Alanında Yayımlanan Kitap İçinde Bölüm Yazarlığı

Tunç, A. ve Gündoğdu, M. (2013). Eğitim psikolojisine giriş. B. Gündüz. ve B. Çapri (Editörler). *Eğitim psikolojisi*, Adana: Karahan Kitapevi, ss. 1-12.

Alanında Yayımlanan Kitap İçinde Bölüm Çevirileri

Tunç, A. (2014). Akılcı duygusal davranışçı terapi. *Psikoterapi ve psikolojik danışma kuramları: Kavramlar ve örnek olaylar* (N. V. Acar, Çeviri Editörü), Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, ss. 295-326. (S. S. Sharf, Theories of psychotherapy and counseling: Concepts and cases).

Tunç, A. (2009). Özgül fobi. *Depesyon ve anksiyete bozukluklarında tedavi planları ve girişimleri* (Çeviri Editörleri: S. Aslan, H. Türkçapar ve E.

¹ 05 Haziran 2012 tarihinde elektronik olarak yayımlanmıştır.

Köröglü), Ankara: HYB Yayıncılık, ss. 197-220. (R. L. Leahy ve S. J. Holland, Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders).

Tunç, A. (2009). Sağlık bakımı yönetimi bağlamında tedavi. *Depresyon ve anksiyete bozukluklarında tedavi planları ve girişimleri* (Çeviri Editörleri: S. Aslan, H. Türkçapar ve E. Köröglü), Ankara: HYB Yayıncılık, ss. 1-10. (R. L. Leahy ve S. J. Holland, Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders).

Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Özet Basılan Bildiriler:

Tunç, A. ve Gündüz, B. (2013). Lise öğrencilerinde siber zorbalık ve siber mağduriyeti yordayan değişkenler, XII. Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, Boğaziçi Üniversitesi, 8-11 Eylül, İstanbul.

Tunç, A. (2013). *Psychosocial needs of breast cancer women and health counseling*, XII. Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, Boğaziçi Üniversitesi, 8-11 Eylül, İstanbul.

Gündoğdu, M. H. ve **Tunç,, A.** (2010). Psikolojik danışma felsefi temelleri: Gelişimsel felsefi danışma ve terapi. 12. Rehberlik Sempozyumu, İstanbul.

Tunç, A. ve Can, H. İ. (2006). Ergenler arasında problem yaratan cep telefonu ve internet kullanımı. VI. PDR Öğrencileri Kongresi, Ankara.

Tunç, A. ve Akfırat-Önalın, F. (2003). Yaparık yaşayarak öğrenme: Yaratıcı drama. VII. Ulusal Rehberlik ve Psikolojik Kongresi, Malatya.