

**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**MEME KANSERLİ KADINLARIN STRESE BAĞLI
GELİŞİMLERİ İLE EŞ VARLIĞI VE EVLİLİK
UYUMLARI İLİŞKİSİ**

Merve AKÇAYIR

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**DANIŞMAN
Prof.Dr. Işıl Maral**

İSTANBUL, Haziran 2014

**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**MEME KANSERLİ KADINLARIN STRESE BAĞLI
GELİŞİMLERİ İLE EŞ VARLIĞI VE EVLİLİK
UYUMLARI İLİŞKİSİ**

Merve AKÇAYIR

(10SB05092)

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ PROGRAMI**

Tezin Enstitüye Teslim Edildiği Tarih :
Tezin Savunulduğu Tarih : 02.06.2014
Tez Danışmanı : Prof. Dr. Işıl MARAL
Diğer Jüri Üyeleri : Doç. Dr. Mustafa TAŞDEMİR
Yrd. Doç. Dr. Ahmet TOSUN

İSTANBUL, Haziran 2014

I.TEŞEKKÜR

Uzun ve yorucu tez yazımımı sabırla bekleyip yardımlarını esirgemeyen akademik tecrübesiyle yolun sonuna kadar yanımda olan tez danışmanım **Prof. Dr. Işıl Maral'a**, vaka toplama konusunda en umutsuz olduğum bir zamanda Marmara Eğitim ve Araştırma Hastane'sinde araştırma yapma fırsatını veren **Prof. Dr. Bahadır Güllüoğlu'na** ve hastanede hastalara ulaşmamı sağlayıp yardımlarını asla unutamayacağım **Hemşire Yasemin Nazlı'ya**,

Beylikdüzü Medicana Hastane'sinde vaka toplamama fırsat sağlayan ve mesleki bilgilerini paylaşmanın yanı sıra araştırma konumu belirlemede de desteklerini esirgemeyen **Klinik Psikolog Pınar Önen'e**, bu hastanede sabırla vaka toplamama yardımcı olan başta **Hemşire Fulya Şen** olmak üzere onkoloji servisindeki tüm hemşire arkadaşlara, araştırmamda benimle çalışmayı kabul eden tüm katılımcılara,

İstatistik kısmındaki yardımlarından dolayı minnettar olduğum, tezimle ilgili her umutsuzluğa kapıldığım anda bıkmadan dinleyip yardımcı olan **Yard. Doç. Dr. Mehmet Harma'ya**, tezimin konusunu belirlemede yaşadığım kararsızlığı yardımlarıyla çözüp yıllardır mesleki bilgisine hayran bırakan **Doç.Dr. Özlem Sertel Berk'e**,

Desteğini hep hissettiğim her konuda yardımlarını asla esirgemeyen, beni sabırla dinleyip sadece tez yazım sürecimde değil her an yanımda olan **Psk. Özlem Arıkan'a**, her umutsuzluğa kapıldığımda desteğini esirgemeyen canım arkadaşım **Neşe Sezer Kurt'a**,

Her anımda yanımda olan, gücüyle ve enerjisiyle her zorluğu kolaylaştıran **Hakan Kuralay'a**

Her başarımın arkasında hep desteklerini hissettiğim yaşama sebeplerim **annem, babam ve kardeşime**,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

II. İÇİNDEKİLER

SAYFA

| | |
|---|-----------|
| I) TESEKKÜR..... | I |
| II) İÇİNDEKİLER..... | II-III-IV |
| III) KISALTMALAR VE SİMGELER..... | V |
| IV) TABLO LİSTESİ | VI |
| V) ŞEKİLLER LİSTESİ | VII |
| VI) ÖZET..... | VIII |
| VII) SUMMARY..... | IX |
| 1.. GİRİŞ VE AMAÇ..... | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER..... | 3 |
| 2.1.KANSER VE MEME KANSERİ..... | 3 |
| 2.1.1. Psikiyatrik Ve Psikososyal Açıdan Meme Kanseri..... | 9 |
| 2.2. STRES VE TARİHSEL GELİŞİMİ..... | 15 |
| 2.2.1. Stresle Başa Çıkma..... | 22 |
| 2.2.2. Stres Kaynağı Olarak Meme Kanseri Ve Meme Kanseri İle Baş Etme..... | 25 |

| | |
|--|-----------|
| 2.3.STRESE BAĞLI GELİŞİM..... | 29 |
| 2.3.1.Krizin Karakteristiği..... | 31 |
| 2.3.2.Bilişsel Değerlendirme Ve Baş Etme..... | 32 |
| 2.3.3.Bireysel Kaynaklar..... | 34 |
| 2.3.4.Çevresel Kaynaklar..... | 36 |
| 2.4.ÇİFT UYUMU..... | 37 |
| 3.YÖNTEM..... | 41 |
| 3.1. ÖRNEKLEM VE UYGULAMA AŞAMASI..... | 41 |
| 3.2 İZİNLER..... | 43 |
| 3.3 ARAŞTIRMANIN ZAMAN ÇİZELGESİ..... | 44 |
| 3.4. KULLANILAN ÖLÇEKLER..... | 45 |
| 3.4.1. Genel Sağlık Anketi-12..... | 45 |
| 3.4.2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği..... | 46 |
| 3.4.3.Çiftler Uyumu Ölçeği..... | 48 |
| 3.4.4.Strese Bağlı Gelişim Ölçeği..... | 49 |
| 4.BULGULAR..... | 50 |
| 4.1. BETİMLEYİCİ İSTATİSTİK..... | 51 |
| 4.2. TEMEL DEĞİŞKENLER ARASI İLİŞKİLER..... | 58 |

| | |
|---|-----------|
| 4.2.1. Demografik Değişkenler İle Temel Değişkenler | |
| Arası Farklılıklar | 58 |
| 4.2.2. Eş Varlığı İle Genel Sağlık, Stresle Baş Etme Yöntemleri, | 64 |
| Strese Bağlı Gelişim, Çiftler Uyumu Arası Farklılıklar | |
| 4.2.2.Değişkenler Arası Temel Korelasyonlar..... | 67 |
| 4.2.3.Regresyon Analizi Sonuçları..... | 70 |
| 5.TARTIŞMA..... | 72 |
| 5.1. Örneklem Grubunun Sosyodemografik Özellikler İle İlgili | |
| Bulguların Tartışılması..... | 72 |
| 5.2 Genel Sağlık İle İlgili Bulguların Tartışılması..... | 74 |
| 5.3. Eş Varlığı Ve Çift Uyumu İle İlgili Bulguların | 76 |
| Tartışılması..... | |
| 5.4. Stresle Başa Çıkma İle İlgili Bulguların Tartışılması..... | 78 |
| 5.5. Strese Bağlı Gelişim İle İlgili Bulguların Tartışılması..... | 80 |
| 5.6. Araştırma Sonuçları | 81 |
| 5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları Ve Öneriler..... | 82 |

| | |
|--------------------------|------------|
| 6. KAYNAKLAR..... | 83 |
| 7. EKLER | 94 |
| 8. ÖZGEÇMİŞ..... | 122 |

III.KISALTMA VE SİMGELER

UICC : Union International Contre le Cancer

AJCC : American Joint Commitee on Cancer

DSM : Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı

APA: American Psychiatric Association

VI. TABLOLARIN LİSTESİ

| | Sayfa |
|---|--------------|
| Tablo 2.1: Meme Kanserinde Evreleme..... | 6 |
| Tablo 3.1: SBTÖ Alt Ölçeklerinin Üç Ayrı Çalışmadan Elde Edilen Güvenirlilik Katsayıları..... | 47 |
| Tablo 3.2: SBTÖ Altölçeklerinin Güvenirlilik Katsayıları..... | 48 |
| Tablo 4.1: Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri..... | 51 |
| Tablo 4.2: Katılımcıların Hastalıkları İle İlgili Bilgileri..... | 56 |
| Tablo 4.3: Gelir Düzeyi ile Temel Değişkenler Arasındaki Farklılıklar..... | 58 |
| Tablo 4.4: Eğitim Durumu İle Temel Değişkenler Arasındaki Farklılıklar..... | 60 |
| Tablo 4.5: Çalışma Durumu İle Temel Değişkenler Arasındaki Farklılıklar.... | 61 |
| Tablo 4.6: Eş Varlığı İle Temel Değişkenler Arasındaki Farklılıklar..... | 64 |
| Tablo 4.7: Demografik ve Temel Değişkenler Arası Korelasyon Tablosu..... | 67 |

V. ŐEKİLLERİN LİSTESİ

| | Sayfa |
|--|--------------|
| Şekil 1: Lazarus ve Folkman'ın Etkileşimsel Modeli..... | 21 |
| Şekil 2: Araştırmanın Zaman Çizelgesi..... | 44 |

VI. ÖZET

AKÇAYIR, M. (2014). “MEME KANSERLİ KADINLARIN STRESE BAĞLI GELİŞİMLERİ İLE EŞ VARLIĞI VE EVLİLİK UYUMLARI İLİŞKİSİ” , OKAN ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ, KLİNİK SAĞLIK YÜKSEK LİSANS TEZİ, İSTANBUL.

Bu çalışmada eş varlığının, var olan eş ile uyumun ve demografik değişkenlerin, meme kanseri geçirmiş ve tedavisini tamamlamış olan kadınların stresle başa çıkma yöntemleri ile strese bağlı gelişimleri arasındaki ilişki üzerinde bir etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Çalışma, Beylikdüzü Medicana Hastanesi ve Marmara Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde meme kanseri tanısı sonrası tedavilerini tamamlamış yalnızca koruyucu tedavilerine ya da kontrollerine devam eden 62 kadın ile yürütülmüştür. Katılımcılara, Katılımcı Bilgi Formu, Genel Sağlık Anketi, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Strese Bağlı Gelişim Ölçeği ve Çiftler Uyum Ölçeği uygulanmıştır. Sonuçlar; SPSS istatistik programında tek yönlü varyans analizi, korelasyon analizi ve Lisrel istatistik programında Path analizi ile hesaplanmıştır. Bulgulara göre; stresle başa çıkma tarzlarından boyun eğme yaklaşımı ile strese bağlı gelişim arasında negatif yönde bir korelasyon bulgulanmış olup etkisiz sosyal destek arama yaklaşımı ile arasındaki ilişkiyi çift uyumunun yordadığı gözlenmiştir. Eşi olan ve olmayan kadınların çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, sosyal desteğe başvurma yaklaşımı bakımından birbirinden anlamlı olarak farklılaştıkları değerlendirilmiştir. Ayrıca; eşi olan kadınların olmayanlara göre daha fazla strese bağlı gelişim yaşadıkları görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Meme Kanseri, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Strese Bağlı Gelişim, Eş Varlığı, Çift Uyumu

VII. SUMMARY

AKÇAYIR, M. (2014). “THE RELATIONSHIP BETWEEN STRESS RELATED GROWTH AND PRESENCE OF A PARTNER OR DYADIC ADJUSTMENT ON WOMEN WHO HAD BREAST CANCER”, OKAN UNIVERSITY SOCIAL SCIENCES INSTITUTE, CLINICAL HEALTH PSYCHOLOGY MASTER THESIS, İSTANBUL.

In this study, presence of a partner , adjustment with a partner and demographical variables, relationship between women who has been through breast cancer or completed cancer treatment and stress related growth were examined. Study was carried out on 62 women who have completed their cancer treatment and currently having their routine controls in Marmara Research Hospital and Medicana Beylikdüzü Hospital. Attendants filled following forms; Personal Information Form, General Health Survey, Ways of coping Scale, Stress Related Growth Scale, Dyadic Adjustment Scale. Results were calculated according to one-way analysis of variance, correlation analysis in SPSS and Path Analysis in Lisrel statistics program. According to findings; obedience approach which is one of coping stress has negative correlation with stress related growth and passive social support seeking approach between dyadic adjustment. Women with partners and without partners differs meaningful interms of desperate approach, obediencie approach, applying social support approach. Moreover, Women with partners showed more stress related growth than women without partner.

KeyWords: Breast Cancer, Ways Of Coping, Stress Related Growth, Presence Of A Partner, Dyadic Adjustment.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Literatürde son zamanlarda kanser hastalığı gibi stres yaratan olaylar sonrasında oluşan olumlu yönde değişimler üzerine ilgi artmıştır (Cordova ve ark.,2001). Strese bağlı gelişim, travma sonrası gelişim ,büyüme gibi isimler alan (Tedeschi., Park,veCalhoun,1998) bu olumlu değişimlerin bir çok farklı deneyim ile ilişkisi araştırılmaktadır. Meme kanseri tanısı alıp tedavisini bitirmiş olan kadınlar ile yürütülen bu çalışmada da kanser sonrası olumlu değişimlerin ele alınması amaçlanmıştır.

Literatürde kanser sonrası olumlu değişimler ile genel olarak; baş etme yöntemleri, algılanan sosyal destek, depresyon, yaşam kalitesi, kontrol odağı, kişilik özellikleri gibi değişkenler arasındaki ilişkileri incelemektedir. Araştırmalar sonucu baş etme yöntemleri, sosyal destek ve bazı demografik değişkenlerin (yaş, eğitim durumu vb.) strese bağlı gelişim ile ilişkili olduğu bulgulanmıştır (Göral, Kesimci ve Gençöz, 2006 ; Bellizzi ve Blank, 2006; Weiss,2002). Literatürde özellikle sosyal destek ile strese bağlı gelişim arasındaki ilişki üzerinde oldukça fazla durulmuş olup bu konuda yapılmış araştırma sonuçlarında sosyal desteğin strese bağlı gelişim ile pozitif yönde ilişki olduğu gözlenmiştir (Karancı ve Erkam, 2007).

Bir eşin varlığı sosyal desteğin en anlamlı alt başlıklarından biridir (Özkan, 2007). Literatürde de eş varlığı ve var olan eş ile uyumun strese bağlı gelişim üzerinde etkisi olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur (Prezza ve Pacilli, 2002; Annak, 2005; Erbek ve ark.ları, 2005). Bu çalışmada ise literatürdeki bu bilgiler ışığında gidilerek meme kanseri geçirmiş kadınların eş varlığının, var olan bu eş ile ilişkilerindeki uyumlarının ve diğer demografik değişkenlerin stresle baş etme yöntemleri ve strese bağlı gelişimleri arasındaki ilişki üzerine etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Bu

bağlamda öncelikle meme kanseri ile ilgili detaylı bilgilendirme sonrasında stresle başa çıkma, strese bağlı gelişim, çift uyumu ve bu değişkenlerin meme kanseri ile ilişkisi hakkında gerekli bilgilendirmeler yapılacak sonrasında ise araştırma sonucu ile ilgili bulgular sunulacaktır.

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin strese bağlı gelişim literatürüne katkıda bulunması amaçlanmıştır. Ayrıca; araştırma, eş varlığının, var olan eş ile uyumun ve demografik değişkenlerin meme kanseri kadınların kanser sonrası süreçteki strese bağlı gelişim üzerine etkilerini ortaya koyacaktır. Bu sonuçlar doğrultusunda ise; kanser sonrası olumlu yönde gelişim sürecinde eşlere düşen rolün anlaşılması ve meme kanseri geçirmiş kadınlara yaklaşım konusunda literatüre katkı sağlanması hedeflenmektedir.

HİPOTEZLER

Araştırmanın amaçları şu şekilde sıralanabilir;

- 1) Genel sağlık, stresle başa çıkma yolları ve strese bağlı gelişim, meme kanseri tanısı konmuş kadınların gelir düzeyine göre, eğitim durumuna göre, çalışma durumuna göre ve eş varlığına göre değişmekte midir?
- 2) Literatürdeki bilgiler ışığında stresle başa çıkma yolları ile strese bağlı gelişim arasında olduğu varsayılan ilişkiyi;
 - a. algıladıkları genel sağlık durumları etkilemekte midir?
 - b. demografik değişkenler etkilemekte midir?
 - c. eşi olan kadınların eşleri ile uyumları etkilemekte midir?

2.GENEL BİLGİLER

2.1.KANSER VE MEME KANSERİ

“Kanser (cancer) terimi, tıbbın babası olarak bilinen Yunan fizikçi Hippocrates (MÖ 460-370) tarafından oluşturulmuştur. Hippocrates carcinos ve carcinoma terimlerini ülser oluşturan ve ülser oluşturmeyen tümörler için kullanmıştır. Kelime anlamı olarak kanser, bir organ veya dokudaki hücrelerin düzensiz olarak bölünüp çoğalmasıyla beliren kötü huylu tümörlere denir. Genel anlamda ise kanser vücudumuzun çeşitli bölgelerindeki hücrelerin kontrolsüz çoğalması ile oluşan 100'den fazla hastalık grubudur. Çok çeşitli kanser tipleri olmasına rağmen, hepsi anormal hücrelerin kontrol dışı çoğalması ile başlar” (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu,2012).

Kanserli hücre, normal hücrenin değişime uğrayarak, programlanmış şekilde vaktinde ölmek yerine bölünerek sürekli olarak çoğalır (Güllüoğlu, Aydın ve Soryano, 2009). Kanser; iyileşme ve şiddetlenme dönemleri olan, kısa ve uzun süreli uyum zorlukları yaratan kronik bir hastalıktır (Gümüş, 2006). Çağımızdaki en korkulan ve gittikçe yaygınlaşan bu hastalık erken fark edilip tanı konulmadığı ve tedavi edilmediği takdirde çoğunlukla ölüme sonuçlanmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %25'i bu hastalık sonucunda ortaya çıkarken (Lepore ve Coyne,2006); nedeni bilinen tüm ölümler arasında kalp-damar hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (Amerika Kanser Birliği, 1998). Sağlık Bakanlığı (2004) verilerine göre; Türkiye’de 2000 yılında toplam 33.419 kanser vakası tespit edilmiştir. Bu sayının; 19.982’si erkek, 13.437’si ise kadınlardan oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2004).

Amerika Kanser Birliği verilerine göre; akciğer kanserinden sonra meme kanseri kadınlarda en çok ölüme sebep olan kanser türüdür (www.cancer.org). 2002 yılında ABD’de 260.000 kadın meme kanseri tanısı almıştır (Ünal, 2003). Her yıl dünya da

yaklaşık 5 milyon kadına meme kanseri tanısı konulmaktadır. Yani, yaklaşık her 8 kadından biri hayatının bir döneminde meme kanseri ile yüzleşmek zorunda kalmaktadır. Ülkemizde ise; meme kanseri; %24.96 oranıyla kadınlarda görülen kanser türleri arasında 1. sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2004).

Meme kanseri; meme dokusu içerisindeki hücrelerin normal yapılarının bozulup, anormal şekilde çoğalmaları ile ortaya çıkan bir hastalıktır (American Cancer Society, 2012). Her meme kanserinin konumlandığı yer, tümörün büyüklüğü, kanserin yayılım hızı, yaşam süresine etkisi aynı değildir. Meme kanseri türleri konumlandığı yere göre farklı isimler almaktadır.

Meme lobüller (süt bezleri) ve ductuslar (süt kanalları) olmak üzere iki bölümden oluşur ve meme kanserinin yaklaşık %85'i süt kanallarında başlar (Lafranchi ve Brind, 2007). Meme kanseri lobüldeki anomaliden kaynaklanıyor ise lobüler kanser; duktustaki anomaliden kaynaklanıyor ise duktal kanser olarak adlandırılmaktadır (Ünal, 2003). Meme kanseri hücreleri, eğer süt kanalını çevreleyen duvarı henüz aşmamış ve kanal içerisinde çoğalmaya devam ediyor ise buna “in situ duktal kanser (duktal cacinoma in situ- DCIS)” adı verilmektedir (Güllüoğlu, Aydın ve Soryano, 2009). Duktal veya lobüler in situ kanserler henüz kan ve lenf damarlarına yayılmadığı için kan ve lenf damarlarıyla başka bölgelere sıçrama (metastaz) gerçekleştirmezler (Kebudi, 2011). Ancak meme kanseri hücrelerinin kanalı çevreleyen duvarı aşmış olması durumunda, bu tip kanserlere “invaziv kanser” adı verilmektedir (Güllüoğlu, Aydın ve Soryano, 2009). Duvarı aşmaları nedeniyle, lenf ve kan damarları ile, bölgesel lenf nodlarına ve uzak organlara metastaz yapma olasılıkları bulunmaktadır (Soyder, 2011). İnvazif meme kanserlerinin yaklaşık %15'ini lobüler, %85'ini duktal kanserler oluşturmaktadır (Ünal, 2003).

Meme kanseri tanısı almış olan hastaların, başvurdukları dönemde hastalıklarının yaygınlık derecesinin tespiti için kullanılan sınıflamaya evreleme denilmektedir. Evreleme yapılması; hastalığın yaygınlık derecesine göre tedavi planının oluşturulması, uygulanan tedavi etkilerinin takibi, hastanın prognozu, tümör araştırmaları ve benzer evrelerdeki hastaların tedavi sonuçlarının karşılaştırılması gibi konularda faydalar sağlar. Günümüzde evreleme konusunda en sık kullanılan sistem UICC (Union International Contre le Cancer) ve AJCC (American Joint Committee on Cancer) tarafından benimsenmiş olan TNM sınıflamasıdır.

Buna göre;

T: Primer Tümör (Tümör Büyüklüğü)

N: Periferik Lenf Bezleri (Lenf Bezlerinin Durumu)

M: Uzak Metastaz şeklindedir.

Meme Kanserinde 2002 Yılı TNM Sınıflandırması ve Evreleme Sistemi şu şekildedir;

Tablo 2.1: Meme Kanserinde Evreleme (Soyder, 2011).

| | | | |
|-----------------|--|---|-------------------------------|
| Evre 0 | Tis (İn situ karsinom, Duktal veya Lobüler Karsinom in situ ya da meme başında paget hastalığı) | N0 (Bölgesel Lenf Nodlarına Metastaz Yok) | M0 (Uzak Metastaz Yok) |
| Evre I | Tmic (En büyük çapı 2cm yada daha küçük olan tümör) veya | N0 | M0 |
| | T1 (En büyük çapı 0.1 cm yada daha küçük olan mikroinvaziv tümör) | N0 | M0 |
| Evre IIA | T0 (Primer tümör bulgusu yok) | N1 (İpsilateral-aynı yönlü lenf noduna metastaz varlığı) | M0 |
| | T1 (En büyük çapı 0.1 cm yada daha küçük olan mikroinvaziv tümör) | N1 | M0 |
| | T2 (Tümörün en büyük boyutu 2cm'den büyük 5cm'den küçük) | N0 (Bölgesel Lenf Nodlarına Metastaz Yok) | M0 (Uzak Metastaz Yok) |
| Evre IIB | T2 | N1 | M0 |
| | T3 (Tümörün en büyük boyutu 5 cm'den büyük) | N0 | M0 |

| | | | |
|------------------|---|---|-----------|
| Evre IIIA | T0 | N2 (Komşu dokulara henüz yayılmamış olan nodal metaztas) | M0 |
| | T1 | N2 | M0 |
| | T2 | N2 | M0 |
| | T3 | N1 | M0 |
| | T3 | N2 | N0 |
| Evre IIIB | T4 (Göğüs duvarı ya da cilde yayılmış herhangi büyüklükte tümör) | N0 | M0 |
| | T4 | N1 | M0 |
| | T4 | N2 | M0 |
| Evre IIIC | T1-4 | N3 (İpsilateral, İM ve aksiler-koltuk altı lenf nodu metaztası veya supraklaviküler-köprücük kemiğinin üstü lenf nodu metaztası) | M0 |
| Evre IV | T1-4 | N0-3 | M1 |

Uygulanacak tedaviler de kanser türlerinin her hastada farklı özellikler gösteriyor olmasının etkisiyle kişiden kişiye farklılaşmaktadır (Güllüoğlu, Aydın ve Soryano, 2009). Tedavi konusunda son yıllarda oldukça büyük ilerlemeler kat edilmiştir. Özellikle mamografinin kullanılmaya başlanmasıyla birlikte meme kanserinde erken

tanı gelişmiş ve bu sayede meme kanserine bağlı mortalite azalmaya başlamıştır (Soyder, 2011).

Meme kanserinin tedavisinde kullanılan yöntemler: cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi, koruyucu (hormonoterapi) tedavilerdir. Bu tedavi yöntemleri tek başına kullanılmanın yanı sıra kombinasyonlar halinde de hastalığın durumuna göre uygulanmaktadır (Topuz, Aydın ve Aykan, 2007).

1) **Cerrahi tedavi:** Cerrahi tedavi özellikle erken evre meme kanserinin başlangıç tedavi yöntemidir. Cerrahi tedavi iki türdür. Birincisi uzun yıllar standart tedavi yöntemi olarak benimsenmiş, memenin tamamının alınması yöntemidir. Buna mastektomi denir (Güllüoğlu, Aydın ve Soryano, 2009). Meme cerrahisinde kullanılan mastektomi yöntemleri şu şekildedir (Ünal, 2003):

Radikal Mastektomi: Bu ameliyatta meme glandı, üzerini örten cilt, meme başı, areola(meme ucunu çevreleyen pembe bölge), pektoralis major ve minör kasları, aksiller lenf nodülleri ve yağ dokusu çıkarılır.

Modifiye Radikal Mastektomi: Bu ameliyatta meme, üzerini örten cilt,meme başı ve areola, aksiller lenf nodülleri çıkarılır.

Basit Mastektomi: Bu ameliyatta meme glandı, üzerini örten cilt, areola ve meme başı çıkarılır.

Subkutan (Cilt ve/veya Memebaşı-Areola Koruyucu) Mastektomiler: Bu ameliyatta meme cildi, bazan meme başı ve areoa sağlam bırakılır, cilt altı yağdokusu ve meme glandı çıkarılır.

Diğer yöntem ise meme koruyucu cerrahidir. Bu yöntem ise; memenin sadece kanser barındıran kısmının çıkarılması işlemidir(Güllüoğlu, Aydın ve Soryano, 2009).

Lumpectomy ve Parsiyel Mastektomi sıklıkla kullanılan meme koruyucu cerrahi operasyon türlerindedir.

Lumpectomy: Memede bulunan tümör, etrafındaki bir miktar sağlıklı meme dokusu ile birlikte çıkarılır. Ancak; bu operasyonda çıkarılan tümörün etrafında hiçbir “kanser hücresi” bulunmamalıdır. Diğer bir deyişle “temiz sınır” elde edilmiş olmalıdır. Kozmetik sonuçları oldukça başarılıdır (Ünal, 2003).

Parsiyel Mastektomi: Segmental mastektomi olarak da bilinen bu cerrahi operasyon türünde memenin tümörle birlikte bir bölümünün alımı söz konusudur (Europa Donna, 2012).

2) **Kemoterapi:** Kemoterapi, kan dolaşımı yoluyla tüm vücuda dağılan, kanser hücrelerini öldüren ilaçların damar yoluyla veya hap şeklinde uygulanmasıdır. Bu ilaçlar kanser hücrelerinin yanında bazı normal hücrelere de zarar verebildiğinden yan etkilere yol açmaktadır (Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu, 2012).

3) **Radyoterapi:** Radyoterapi, vücut dışından ya da direk tümörün içine radyoaktif madde yerleştirilmesi yöntemleri ile yüksek enerjili ışınlar (x ışınları gibi) kullanılarak kanser hücrelerinin öldürülmesi veya küçültülmesi yöntemidir (Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu, 2012).

4) **Hormon tedavisi:** Hormonal tedavinin amacı cerrahi, kemoterapi, radyoterapi gibi yöntemlerden sonra vücudun herhangi bir yerinde kalmış olabilecek kanser hücrelerinin ortadan kaldırılması ve östrojen hormonunu bloke ederek, hormonun aktif duruma geçmesini ve meme kanseri hücrelerinin çoğalmasını uyarmasını engellemektir (Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu, 2012).

2.1.1. Psikiyatrik Ve Psikososyal Açıdan Meme Kanseri

Kanserin hem hastayı hem de ailesini fiziksel ve duygusal olarak etkileyen zor bir hastalık olması sebebiyle biyomedikal gelişmelere rağmen hala ölüm, ağrı ve acı çekme ile eş anlamlı olarak düşünülmektedir (Güleç ve Büyükkınacı, 2011).

Kanser hastaları tanı, tedavi ve terminal-palyatif dönemde kimi zaman normal uyuma yönelik kimi zaman ise uyumu bozan duygusal, ruhsal, davranışsal tepkiler gösterirler. Kanser hastalarının tanı sonrasında verdiği tepkileri Blound 4 aşamada açıklamıştır (Özkan, 2007; syf:27-34):

- 1) Şok Hali: Bu aşamada kişi bedenine kendine yabancılaşır, sanki söylenenleri duymuyor gibidir. En sık gösterilen tepki inkardır.
- 2) Tepki Aşaması: Artık gerçeği kabul etmiş olan hasta yok olma tehdidine, ölüm düşüncelerine, ayrılığa karşı anksiyete-kaygı duygusu geliştirir.
- 3) Direnme: Hastalığın tamamı ile kabul edilip, hastalık ile yaşamayı öğrendiği dönemdir.
- 4) Uyum: Kanser sürecine adapte olduğu dönemdir.

Kanser hastalarının psikolojik açıdan geçirdikleri evreleri açıklayan bir diğer isim ise Elizabeth Kübler Ross'tur. Buna göre :

- 1) İnkâr: Hastanın ilk tepkisidir. Bir şok durumu da denebilen bu dönem zaman içerisinde geçer ve yerini “bu bana olamaz” yanıtına bırakır. Hastalar hastalık esnasında ara ara inkara başvururlar. Bu süreç şok edici durumlarda hastanın kendisini toplamasına fırsat tanır (Kübler-Ross, 1997).
- 2) Öfke: İnkâr evresinin geçilmesi yerini “Neden ben” sorusunun sorulduğu öfke evresine bırakır. Bu evrede öfke her yöne yöneltilebildiğinden aile ve tedavi ekibi açısından baş edilmesi zor bir evredir. Öfkenin kişiselleştirilmemesi ile

hasta biraz yatıştırılabilir aksi takdirde öfkesi daha da büyür (Kübler-Ross, 1997).

- 3) Pazarlık: Hasta inkar ve öfkenin işe yaramadığını görüp pazarlık evresine geçer. Bu evrede hasta eğer Tanrı'ya olumlu davranırsa O'nun da kendisine olumlu davranacağına inanır. Olumlu davranma çabasının olduğu bu dönem uyum dönemidir (Kübler-Ross, 1997).
- 4) Depresyon: Hastanın yaşadığı ameliyatlara, tedavi süreçleri gibi yorucu durumlar sonucunda hasta gerçeklikle yüzleşir. Önceki öfkesi yerini kayıp duygusuna bırakır. Çünkü; hasta eski mesleki görevlerini, ailedeki rolünü, bazı organlarını ve sağlığını kaybettiğini anlar. Bu dönemde hastanın kendisini ifade etmesine fırsat tanınmalıdır (Kübler-Ross, 1997).
- 5) Kabullenme: Diğer evreleri atlatan hasta bu evrede artık öfke haset yerine daha sessizdir. Ancak bunu mutlu bir dönemmiş gibi algılamamak gerekir. Çünkü; hastalar bir savaştan çıkmış gibi yorgundurlar (Kübler-Ross, 1997).

Bu aşamaların süresi ve yaşanma sırası kişiden kişiye göre değişmektedir. Ayrıca; her hasta bu 5 evreyi de yaşamayabilir. Kimi hastalar bazı evreleri göstermezken bazıları bir görüşme esnasında 5 evreyi de gösterebilirler (Güleç ve Büyükkınacı, 2011).

Tedavi aşamalarında; ilk tedavi yöntemine beslenen umut oldukça fazladır. Cerrahi girişimler çoğu hastada kaygı yaratır. Yaşamsal korkular ön planda olduğu için bu girişimler esnasında beden imajı ikinci planda yer alır; beden imajının ilk planda yer aldığı hastalar ise cerrahi girişimleri erteleme davranışları gösterirler. Radyoterapi de; kaygı yaratan bir yöntemdir. Tedavi sonrasında ise; daha farklı kaygılar ortaya çıkar. Gerekli tedavileri almış ve iyileşmiş olan hastalarda bu sefer nüks korkuları ve hastalığın bir çok değişiklik yarattığı hayatlarına yeniden uyum güçlükleri çıkmaktadır.

Yeniden bir nüks tanısı alan hastalarda ise; ilk kanser tanısını aldığı dönemdekinden daha ağır tepkiler ortaya çıkabilmektedir (uykusuzluk, anoreksia, ajite, kaygı, umutsuzluk vb.) (Özkan, 2007; syf:27-34).

Meme kanseri hastalarında; kanser tedavisinin yoğun ve uzun süreli bir tedavi olması ve bu tedavilerin ağır yan etkileri nedeniyle kadınların günlük yaşam fonksiyonları olumsuz olarak etkilenmekte, hastaların özel hayatlarındaki rollerde değişimler olmakta ve bu nedenlerle de çeşitli psikososyal problemler ortaya çıkmaktadır. Bu sorunlar şu şekilde sıralanabilir (Gümüş, 2006):

- 1) Psikolojik Sorunlar: öfke, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, çaresizlik, kanserin tekrarlayacağı korkusu, yaşama isteği, ölüm korkusu
- 2) Beden İmajı, Benlik Algısı Ve Cinsellikle İlgili Sorunlar: Beden imajının bozulması, benlik saygısının azalması, dişilik özelliklerini kaybetme korkusu, over eksikliği, erken menapoza girme, hormonal bozulma ve cinsel sorunlar
- 3) Fiziksel Uyum Sorunları: Enerji kaybı, yorgunluk, ağrı, bulantı, kusma, hormonal değişimler, uyku problemleri
- 4) Aile Ve Sosyal Yaşamla İlgili Sorunlar: Sosyal geri çekilme, sosyal izolasyon, sosyal rol ve etkileşimlerde değişiklikler, damgalama (stigma)
- 5) Mesleki Ve Ekonomik Sorunlar: Sağlık güvencesinin olmaması, tekrar iş yaşamına girme, çalışma aktiviteleri ve önceliklerindeki değişimler, damgalanma, iş ayrımcılığı, ekonomik güçlükler.

Kanser hastalarında psikososyal sorunların yanı sıra psikiyatrik sorunlarla da sıklıkla karşılaşmaktadır. Yapılan araştırmalar bu sıklığın %6 ile %90 gibi oldukça geniş aralıkta değişebildiğini göstermektedir. Hastaların %90'ında psikiyatrik bozukluk

kanser sonrası ortaya çıkmış iken, yalnızca %10'unda kişilik ya da anksiyete bozuklukları gibi kanser öncesinde de bozukluklar vardır (Güleç ve Büyükkınacı, 2011). Bu oranın oldukça fazla olmasına karşın yapılan araştırmalar psikiyatrik bozukluk geliştiren 5 hastadan yalnız 1'ine tanı konulduğunu göstermektedir (Özkan, 2007).

Kanser hastalarında görülen psikiyatrik tanılar; uyum bozuklukları, majör affektif bozukluklar (depresyon), organik ruhsal bozukluklar, kişilik bozuklukları, anksiyete bozukluğu şeklindedir. Bu tanılardan en sık görülen psikiyatrik sorunların; depresyon ve anksiyete olduğu bulgulanmıştır (Gümüş,2006; Özkan, 2007; Nezu, Nezu ve Geller, 2003). Yapılan bir metaanaliz çalışmasında; kanser hastalarının %58'e yakınında depresyona rastlanmıştır (Levin ve Kisanne; 2006). Ayrıca; kanser hastalarında akut stres bozukluğu da görülmektedir. Bu da kanser hastalarının başa çıkma kaynaklarını aşan bir travmaya maruz kaldığının kanıtıdır (Lederberg, 2005). Akut stres bozukluğu 30 gün sürer. DSM-IV kriterlerine göre belirtiler 30 günden uzun sürer ise buna "travma sonrası stres bozukluğu (tssb)" denir (APA, 2000). Tokgöz ve arkadaşlarının yaptıkları araştırma sonuçlarına göre; kanser hastalarında tssb yaygınlığı %19'dur. Ayrıca; tssb ile demografik değişkenler (yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, sosyal destek, yerleşim yeri, çocuk sahibi olma) arasında anlamlı bir fark bulgulanmazken, kemoterapi alanların tssb tanısı alma oranları almayanlara göre daha fazla bulunmuştur (Tokgöz ve ark., 2008).

Meme kanserli kadınların ise; her 10'undan 4'ünde yüksek düzeyde anksiyete ya da depresyon varlığı tespit edilmiştir (Yıldırım ve ark., 2009). Ramirez ve ark.larının (1995); Grabsch ve ark.larının (2006) ve Burgess ve ark.larının (2005) yapmış oldukları araştırmalar da bunu kanıtlar niteliktedir (akt: Chen ve ark., 2009). Mastektomi kayıp

yaşantısı ile birlikte kaygı ve korkuya yol açan bir süreçtir. Mastektomi sonrası en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklar; depresyon, kaygı bozuklukları, uyum güçlükleri, fobik tepkiler, deliryumdur (zkan, 2007). Ayrıca; meme kanseri süreci ve mastektomi, kadının cinsel yaşamını da etkileyen bir süreçtir (Henson, 2002). Kennedy (1999)'nin yaptığı bir araştırmaya göre; meme kanseri geçirmiş kadınların %50'sinde libido ve uyarılmada azalma, %15'inde de orgazm olma güçlüğü ve cinsel istekte azalma bulgulanmıştır (Kennedy, 1999).

Bu araştırmalardan da görüldüğü gibi meme kanseri kadının ruhsal sağlığını etkileyici bir hastalıktır. Bu sebeple meme kanseri sürecinde ruhsal sağlığı etkileyebilecek değişkenlerin yordanması önem arz etmektedir. Gerek tedavi sürecinde gerekse tedavi sonrası süreçte ruh sağlığını koruyucu etmenlerin güçlendirilerek olumlu kazanımlara ortam sağlanabileceği düşünülmektedir.

2.2. STRES VE TARİHSEL GELİŞİMİ

“Stres” Latince’de “Estrictia” , eski Fransızca’da “Estrece” , sözcüklerinden türemiştir. İlk olarak anlamı; zorlanma, gerilme ve baskı iken; 17. yüzyıl’da bela, müsibet, dert, keder, elem anlamlarında da kullanılmıştır. 18. ve 19. Yüzyıllarda objelere, kişilere, fizyolojiye ya da ruhsal yapıya uygulanan güç, baskı, zor anlamlarında kullanılmıştır. Günümüzde “bütünlüğünü koruma” ve “esas durumuna dönmek için çaba harcama” anlamına da gelmektedir (Baltaş ve Baltaş, 2011).

“Stres” sözcüğü ilk kez; fizikçi Robert Hooke tarafından kullanılmış yüzyıl kadar sonra ise yine bir fizikçi olan Thomas Young tarafından formüle edilmiştir. Young, stresi; “maddenin kendi içinde olan bir güç ya da direnç olarak tanımlamıştır. Madde kendi üzerine uygulanan bir güce kendi direnci oranında bir tepki gösterir. Elastik kütle, bu stres tepkisi sayesinde eğilip bükülerek bu dış gücü dengelemeye, ona uyum sağlamaya çalışır. Ancak; eğer ki dış güç elastik kütleinin kendi içindeki direncinden büyük ise; dengelenme mümkün olmaz ve madde niceliksel bir değişime uğrar (kırılabilir). Dıştan gelen gücün aşırı büyük olması durumunda ise niteliksel değişimler olabilir” (Şahin, 2009, syf:2).

Stres kelimesi fizikte dıştan gelen uyara karşı maddenin (cansız) direnci şeklinde tanımlanmıştır. Ancak; insanda (canlı) stresin ortaya çıkması için her zaman dışsal bir uyarana ihtiyaç yoktur (Lazarus ve Folkman, 1984). Buna göre; stres kavramı bazen dıştaki uyarıcı (neden) ;bazen ise organizmanın tepkisi (sonuç) olarak tanımlanmaktadır. Literatürde uyarıcı ile stres aynı anlamda kullanılmaktadır. İki kavram arasındaki ayrım ise; bir uyarıcının stres verici özellik kazanabilmesi için var olan rahatlık eşliğini aşp, sistemin dengesini bozması gerekir şeklinde açıklanabilir. Buradaki

denge fizyolojik ve psikolojik temelli olabilmektedir. Canlı (insan) stres tepkisi ile tekrar eski dengesine dönme amacıyla uyum sürecine girecektir (Şahin, 2009).

Stres kavramı açıklanırken sıklıkla kullanılan terimler, stresör, gerilim ve distresstir. Bilimde stres vericiler (stresör) olarak adlandırılır. Stresör etkisi yaratan durumlar ise; “fiziksel (travma, kanser vb), psikolojik (duygusal gerilimler, iç ve dış çatışmalar, evlilikte sorunlar vb) ve ya sosyal (çevre faktörleri, kültürel değişim vb.) içerikli olabilir. “(Baltaş ve Baltaş,2011). Gerilim, stres durumunun sistem üzerindeki etkisidir. Distress (rahatsızlık/mutsuzluk) ise; gerilimi subjektif olarak yaşama biçimidir (Şahin, 2009).

Literatürdeki stres tanımlamalarından yola çıkarak stres kavramı ile ilgili bir çok araştırma yapılmıştır. Stresle ilgilenen ilk kişi Hans Selye’dir. Walter Canon; stresin dış uyaranların doğal iç dengeyi bozması ile ortaya çıktığını savunmuştur. Canon stresi; “acil durum tepkisi “ şeklinde tanımlamıştır. Var olan içsel denge yani homeostasisi tehdit eden bir uyarana gösterilen tepki ise “savaş ya da kaç” tepkisidir (Akman, 2004). Hans Selye ise; Canon’un bu görüşünü test ederek “Genel Uyum Sendromu” ‘nu ortaya atmıştır. Selye’ye göre stres çevreyle uyum sürecinde yaşadığı fizyolojik tepkidir ve 3 evreden geçerek tepki veririz. Bunlar; alarm evresi, direnç evresi, tükenme tepkisidir (Morris, 2002):

Alarm evresinde; beden stres karşısında psikolojik ve fizyolojik değişimler yaşar. Bu evrede doğrudan ya da savunucu baş etme yöntemleri kullanılır. Eğer bu yöntemler stresi azaltmada başarılı olmaz ise ikinci evreye geçilir.

Direnç evresinde; ilk evrede kullanılan baş etme yöntemleri daha yoğun bir şekilde kullanılır. Yine başarısız olunursa uygun olmayan baş etme yöntemlerine başvurulur. Bu da psikolojik ve fizyolojik kaynakların giderek yıpranmasına sebep olur.

Tükenme evresinde ise; giderek daha da etkisizleşen savunma mekanizmalarına başvurulur. Bu evrede; mide sorunları gibi fizyolojik belirtilerin yanı sıra; sinirlilik, her şeyin anlamsız olduğu hissi, dikkat toplamada güçlük gibi tükenmişlik semptomları gösterirler. Bazı insanların ise bu evrede gerçekte tamamen bağı kopar.

Canon ve Selye'nin stres üzerine yaptıkları tanımlar ve modellemeler yalnızca fizyolojik özellikler ile ilgilidir. Genel olarak stresi bireyin dışında gerçekleşen zorlayıcı durumlar karşısında verilen tepki olarak kavramsallaştırmışlardır. Ancak; Canon ve Selye'nin ardından stres kavramına ilgi artmıştır. Psikoloji alanına da giren kavram; ilk kez 1944 yılında "Psikoloji Özetleri"nde bahsedilmiştir (Akman, 2004).

1952 yılında Lazarus, Deese ve Osler'in yaptıkları çalışmalar ile bireysel farklılıkların, stres yaratan durumların değişikliği kadar önemli olduğunu bulgulamışlardır. Bu sonuç ile; stres durumuna bağlı etkilerin genellenemeyeceği ve kişilerin "beklentileri" ve "isteklerinin" önemli bir rol oynadığı görülmüştür (Baltaş ve Baltaş, 2011). Bu sonuçlar doğrultusunda Lazarus ve Folkman stresi psikolojik bir durum olarak açıklamışlardır. O güne kadar yapılmış diğer açıklamalardan farklı olarak Lazarus ve Folkman; bireyin karşılaştığı zorlayıcı uyaranlara verilen tepkinin yanında bu uyaranların birey tarafından değerlendirilmesini karşılıklı bir etkileşim içerisinde sunmuşlardır (Akman, 2004).

Lazarus ve Folkman; o güne kadar stresle ilgili yapılmış biyolojik temelli çalışmalar sonucunda; stres kavramının açıklanmasında eksik kalan bilişsel ve duygusal

faktörleri de açıklayan bir model geliştirmişlerdir (akt: Saral,2008). Lazarus ve Folkman'a göre çevre ile kişi sürekli olarak etkileşim halindedir ve bir uyarının kişide stres yaratabilmesi için bir çok faktör vardır. Bu görüşlerini de Transaksiyonel (Etkileşimsel) Model ile açıklamışlardır (Lazarus ve Folkman, 1984).

Lazarus ve Folkman'ın "Transaksiyonel Model"ine göre ; stres yaratan olayların buna maruz kalan bireyler tarafından nasıl değerlendirildikleri, bu olayların oluşumlarındaki şiddetlerinden çok daha önemlidir (Lazarus ve Folkman, 1979; akt: Kelso, French ve Fernandez, 2005). Bir kişinin olayları ve onunla başa çıkıp çıkamayacağını değerlendirmesi o olayı "stresör" ya da "stresör olmayan" olarak tanımlamasını sağlar (Appley ve Trumbull, 1967). Lazarus ve Folkman, modelde; bilişsel değerlendirme süreçleri ve baş etme kavramından ve bu kavramlar arasındaki etkileşimden bahsetmişlerdir.

Modele göre; kişinin kaynaklarını zorlayan potansiyel stresör 3 aşamalı bir değerlendirme sürecinden geçer (Blonna, 2007). Buna göre birincil değerlendirme süreci; bir uyarının birey tarafından kendisine stres yaratıp yaratmadığını sorguladığı ve duruma özgü isteğine göre; durumu yordadığı aşamadır. Değerlendirme sonucunda uyarının ilgili kişiyle ilişkisi olmayan nötr; kişide olumlu duygulanımlar yaratan, kişiyi koruyan pozitif ya da stres yaratan uyarılar olmak üzere üç farklı sonuca ulaşılır. Stres yaratan uyarılar kişinin vücut bütünlüğünü, sağlığını ya da psikolojisini bozan zararlı durumlar, kişinin sevdiklerini kaybetmesi ya da tüm olacağına dair tehdit uyarılarını içerir. Tehlike anında; durumu yönetmek için bir şeyler yapılmalıdır (Lazarus ve Folkman, 1984). İkinci değerlendirmede tehdidin şiddeti, kişinin bu tehditle baş edip edemeyeceği belirlenir ve kişinin isteklerini sonuçlara bağlayacak başa çıkma seçimleri yapılır (Palancı, 1999; akt: Tekin, 2005).Ayrıca; kişinin fiziksel, sosyal, psikolojik ve

maddi olanakları başa çıkma seçimleri üzerinde rol oynar (Lazarus ve Folkman,1984; akt: Bayraktar,2008). İkincil değerlendirme sürecinde duygu, düşünce, davranışlara yansıyan bazı belirtiler; değersizlik, yetersizlik duyguları, sigara içki kullanımının artması, alışılmış davranış biçimlerinde değişiklik, kişisel hatalar hakkında sürekli düşünmek, garanti aramak, hayal kurmak, aşırı güven ya da güvensizlik vb. şeklide olabilir (Baltaş, 2007). Kişilerin verdikleri tepkiler yaş, statü, eğitim durumu, sosyoekonomik seviyesi, sosyal faktörler vb. değişkenlerine bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Lazarus ve Folkman, 1984; Kenner, 1981). Kişilik özellikleri (Lazarus ve Folkman, 1984) ve içinde bulunulan kültür de davranışları etkileyen önemli faktörlerdir. İçinde yaşanan kültür özellikle kayıp ve tehlikeyi değerlendirme, kabul edilebilen veya edilmeyen durumlar, duygular ve ahlaki değerlerin oluşma sürecinde önemli bir faktördür (Baltaş, 2007).

Son aşamada ise; baş etme sürecinden sonra stres yaratan olay ile ilgili ilk değerlendirmeler yeni bilgiler ışığında değişir (Lazarus ve Folkman, 1984; akt: Chun,2010). Benzer olaylara verilmiş daha önceki baş etme deneyimleri de yeni değerlendirmeler üzerinde etkilidir (Kelso, French ve Fernandez,2005). Bir uyarının birincil ve ikincil değerlendirme sonucunda tehdit olarak algılanmasında rol alan psikolojik faktörler 3'e ayrılmıştır:

- 1) İhtiyaç Ve Güdüler: İhtiyaç ve güdülerle ilgili literatürde bir çok sıralama yapılmasına karşın; günümüzde en çok kabul gören sıralama Maslow'un "İhtiyaçlar Hiyerarşisi"dir. Sıralamada en altta biyolojik gereksinimler yer alır ve her bir basamağın tamamlanması ile ancak bir üst ihtiyaca geçilebilir. Buna göre; davranışlarımız ihtiyaçlarla ortaya çıkar ve güdüler tarafından yönlendir.

- 2) İnanç Sistemleri Ve Algısal Özellikler: İhtiyaçların doyurulması algıyı etkileyen en temel unsurdur. Doyurulmamış ihtiyaçlar sebebiyle olanı farklı algılama veya olmayanı algılama gibi durumlar görülebilmektedir.
- 3) Entelektüel Birikime Bağlı Zihinsel Kaynaklar: Durumun kendi zihinsel kaynakları çerçevesinde değerlendirilmesi sürecidir (Baltaş ve Baltaş, 2011,syf:34-36).

Lazarus ve Folkman'ın kişi ve çevre ilişkisi ele alarak oluşturduğu "Etkileşimsel Model"inin temelinde birincil, ikincil değerlendirme süreçleri ile birlikte baş etme yöntemlerinin de, kişinin iyi olma durumunu etkileyen stresör ile kişinin stresle ilgili yeniden değerlendirmeleri arasında mediatör bir etkiye sahip olduğu yer almaktadır (Goh, Sawang ve Oei, 2010).

2.2.1. Stresle Başa Çıkma

Başa çıkma kavramının literatürdeki tarihsel gelişimi Canon ve Selye gibi araştırmacıların ileri sürdüğü, canlıların (insan ve hayvan) stres karşısında gösterdiği, genetik olarak programlanmış bir tepki tanımıyla başlamaktadır. Daha sonra başa çıkma kavramı psikoloji alanında da ilgi çekmiş ve Freud'un psikanalitik kuramında bilinç-dışı savunma mekanizmaları (ego mekanizmaları) adıyla gündeme gelmiştir. Freud'dan sonra Erikson da baş etmeyi "yaşam dönemleri" yaklaşımında özgüven, öz yeterlilik ya da içsel kontrol gibi bireysel kaynaklar olarak ele almıştır. Bu yaklaşımlardan sonra ortaya çıkan evrim kuramı ve davranışçı akımlar da baş etme kavramı ile ilgilenmiş ve baş etmeyi problem çözme çabaları olarak tanımlamışlardır. Son olarak, bilişsel davranışsal psikoloji akımı baş etmeyi; organizmanın, kendi fizyo-psikolojik kaynaklarının zorlanıp tükenmesi karşısında gösterdiği, uyum yapmaya yönelik, sürekli değişen bilişsel davranışsal çabalar olarak tanımlamıştır (Şahin ve Durak, 1995).

Baum ve Grunberg'e göre baş etme; stresör karşısın ortaya çıkan duygusal gerilimi azaltma, yok etme ya da bu gerilime direnme amacıyla oluşan duygusal ve davranışsal çabalar bütünüdür (Baum ve Grunberg, 1991).

Sarafino'ya göre baş etme; stresli bir durumda kişilerin istekler, amaçlar ve kaynaklar arasındaki algıladıkları tutarsızlığı yönetme çabalarıdır (Sarafino, 1998).

Baş etmenin bir başka tanımı; psikolojik distressi ya da stres yaratan durumları engellemek için kullanılan bilişsel ve davranışsal kaynaklar şeklindedir. (Holahan ve Moss, 1987).

Lazarus ve Folkman ise; baş etmeyi, kişinin bilişsel kaynaklarını zorlayan dış ve iç istekleri yönetmek amacıyla sürekli olarak değişen bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlamıştır. Bu tanımla Lazarus ve Folkman, baş etmenin sürekli değişen bir

kavram olduğunu kişilik özelliği yönelimliden çok süreç yönelimli olduğu şeklinde açıklayarak vurgulamıştır (Oğul, 2004). Ayrıca; tanım içerisinde kullandığı “bilişsel kaynakları zorlayan istekler” kavramı ile baş etmeyi, çaba gerektirmeden ortaya çıkan otomatik davranış ve düşüncelerden de ayırmıştır. Tanımında “yönetmek” kelimesini çaba ile birlikte kullanması ile Lazarus ve Folkman; baş etmenin, ustalıkla ve başarılı bir şekilde olması gerekliliğini de dışlamıştır. Çünkü; yönetme çabası stresli durumları küçümseme, tolere etme, kabullenme, bu durumlardan kaçınma gibi yöntemleri de içerir (Lazarus ve Folkman, 1984).

Main (1977); Klinger (1977); Shontz (1975); Wortman ve Brehm (1975)’in çalışmalarına bakıldığında da fark edileceği üzere literatürde baş etme sürecinin aşamaları ile ilgili birçok farklı açıklama yapılmıştır (akt: Lazarus ve Folkman, 1984). Lazarus ve Folkman; literatürde var olan bu açıklamalardaki baş etme yöntemlerinin iki farklı noktada birleştiklerini fark etmiştir. Buna göre baş etme stresli sorunun ele alınması ve ya duygu durumunun düzenlenmesi olmak üzere iki farklı işleve sahiptir. Lazarus ve Folkman bunu; “problem odaklı başa çıkma” ve “duygu odaklı başa çıkma” olarak adlandırmıştır (Holdroy ve Lazarus, 1982).

Problem odaklı başa çıkma; problemleri durumu değiştirmeyi hedefler. Bu başa çıkma yöntemi; bilgi arama ve problemi çözmeyi planlama yöntemleri ile problemi çözme çabasını içerir. Örneğin; kanserli bir hastanın tedavi yöntemlerinden birini ya da bir kaçını seçmesi (lumpectomy, mastektomi vs.) problem odaklı bir baş etme yöntemi geliştirdiğini gösterir (Zeindler ve Endler, 1996). Bu başa çıkma tarzı yalnızca dış etkenlerle ilgili çözümler üretmez. Problem odaklı stratejiler içsel süreçlere de yönelebilir; kişi çevreyi değiştirecek yerde kendisiyle ilgili bir şeyi değiştirebilir. Örneğin; bu başa çıkma tarzını kullanan biri yeni olumlu duygulanımlar yaratacak

kaynak bulup yeni beceriler geliştirebilir. (Atkinson ve ark., 1999; akt: Yamaç, 2009). Sarafino'ya göre problem odaklı baş etme yöntemleri: Yüz yüze gelerek baş etme, direkt hareket etme, bilgi arama, mantıksal analizler, planlı problem çözmeye şeklinde örneklenir (Sarafino, 2006; akt: Bayraktar, 2008).

Duygu odaklı başa çıkma ise; stresörün yarattığı duygusal tepkileri yönetmeyi hedefler. Lazarus ve Folkman'a göre genel olarak; duygu odaklı baş etme; zarar veren, tehdit eden çevresel durumun değiştirilmesi için hiçbir şeyin yapılamayacağı zamanlarda ortaya çıkan yöntem iken; problem odaklı baş etme, benzer durumların değiştirilmesi muhtemel olan durumlarda ortaya çıkar. Problem odaklı başa çıkmada, direkt olarak stres yaratan durumun ortadan kaldırılması amaçlanırken; duygu odaklı başa çıkma yöntemlerinde, stresli durumun olduğu gibi kabul edilir, ancak verdiği rahatsızlığın hafifletilmesi amaçlanır (Folkman ve Lazarus,1984). Sarafino, duygu odaklı baş etme yöntemlerini; kaçınma, inkar, öfkesini başka şeylerden çıkarma, dikkati dağıtmak, duygusal yaklaşım, duyguları yok saymak, mizah, aktivitede artış, dua etmek, olumlu yaklaşım, kabullenme, anlam arama, kendini eleştirme, madde kullanımı, korkma vb. şeklinde örneklemiştir (Sarafino, 2006; akt: Bayraktar,2008).

Bu iki yöntem; bir arada kullanılmanın yanı sıra biri diğerine göre daha baskın şekilde de kullanılabilir (Lazarus ve Folkman, 1984; Folkman ve ark., 1986).Bireylerin farklı başa çıkma yollarını kullanmada esnek olmaları ve farklı yöntemler denemeleri duruma uyum düzeylerini artıran bir etken olacaktır; tam tersi ise uyum sürecini zorlaştıracaktır (Compas, 1987).

2.2.2. Stres Kaynağı Olarak Meme Kanseri Ve Meme Kanseri İle Baş Etme

“Hangi hastalıkların strese hangilerinin bakteri ya da kalıtıma bağlı olduğu konusunda uzmanlar hemfikir olmamakla birlikte, gün geçtikçe artan sayıda bilim adamı beden ile aklın karşılıklı ilişkisinin stresin hemen her fiziksel probleme doğrudan neden olmasa bile katkı yapabileceği anlamına geldiği kanısındadır. Bunun tersine fiziksel hastalık ve sakatlık durumu da strese katkı yapar. Sonuç; bir stres- hastalık- daha çok stres- daha çok hastalık girdabıdır. “ (Adamson, 2005).

Psikosomatik ve bütüncül yaklaşım; tüm hastalılarda zihin-beden ilişkisinin olduğunu savunmaktadır. Buna göre; çevreden alınan bilgilerin algılanma ve değerlendirilme şekilleri, bu algı ve değerlendirmelerin düşünce ve duygu süreçlerini nasıl etkilediği hastalık oluşumunda önemlidir. Ayrıca bu yaklaşımlara göre; bazı yaşam tarzlarının stresi kontrol etmede önemi olması nedeniyle hastalık geliştirme oranını arttırmaktadır (Dinçel, 2004; syf: 71). Literatürdeki bazı araştırmalar; yoksulluk, şiddet, sosyoekonomik seviye, yoğun stres gibi etkenlerin meme kanseri risk etmenlerinin karşılanmadığı kadınlarda dahi meme kanseri gelişme oranını artırdığı saptanmıştır (Bilge ve Çam,2008).

Literatüre göre; psikososyal stres hastalığa yakalanma riskini arttırdığı gibi var olan hastalığın da hızla ilerlemesine neden olmaktadır. Öyle ki bazı fiziksel hastalıkların başlangıcında uzun süren alarm dönemi, kronik stres, yetersiz baş etme kaynaklarının etkisi büyüktür. Kronik stres hastalıkla savaşan sistem olan bağışıklık sistemini olumsuz yönde etkiler. Bağışıklık sisteminin etkilenmesi nedeniyle yabancı ve zararlı maddeler vücuda girebilirken, var olan maddeler de güçlenebilmektedir. Araştırmalar stresin kanser hücrelerinin büyümesine yol açtığı bulgulanmıştır (Dinçel, 2004; syf:71).

Stresin fizyolojik hastalıklar üzerindeki etkisinin yanı sıra; fizyolojik hastalıkların da strese yol açtığına dair kanıtlar bulunmaktadır. Bedendeki fiziksel etkiler zihinsel geribildirimler yoluyla stresör olarak yorumlanır. Buna en iyi örnek kanser hastalığıdır. Kanser hastası olan bir kişi hastalığı stresör olarak yaşar. Bu süreçte vücudu stres ile savaşmaya çalışır. Stresle baş etme süreci olumsuz ilerleyen hastaların, hastalıklarının da ilerlediği bir döngü ortaya çıkar (Dinçel, 2004; syf:83-84). Dolayısıyla; literatüre bakıldığında , stres kanser için hem bir risk etkeni hem de bir sonuçtur (Bilge ve Çam, 2008; Dinçel, 2004).

Kanser yaşantısına verilen anlam kanserin stresör olarak yaşanması üzerinde etkilidir. Ancak; hastalık algısının yanı sıra kanser süresince belli aralıklarla yaptırılan kontroller, hastaneden kopamama, hastalığın yarattığı belirsizlik süreci kısacası kanser yaşantısının kendisi başlı başına bir stresördür (Elbi, 1997; Özkan, 2007). Literatüre bakıldığında kanser travma olarak kabul edildiği görülmektedir (Özkan, 2007; syf:91). Bu da bu sürecin ne denli yoğun stres içerdiğinin kanıtıdır.

Tüm kanser türlerinde olduğu gibi meme kanseri tanısı aşamasında hastalar belirsizlik, şaşkınlık ve distress yaşamaktadırlar. Meme kanseri tanı ve tedavi süreci oldukça stres yaratıcı ve tehdit edicidir (Ben-Zur, Gilbar ve Lev, 2001). Tanı sonrasında tedavi sürecinde karşılaşılan zorluklar da stresi artırmaktadır. Tedavi hakkında belirsizlik, fiziksel işlevsellik, beden imajında, kadın kimliğinde, aile rollerinde, cinsellikte ve duygu durumlarında bir çok değişiklik; günlük yaşam aktivitelerinde güçlükler, duygusal destek azlığı ve ölüm korkusu; ayrıca tedavi sonrasında nüks yaşama korkusu gibi sebeplerle oldukça yoğun bir stres yaşamaktadırlar (Yıldırım ve ark., 2009; Saral, 2008). Memenin hastadaki kişisel anlamı tedavi sürecinde hissedilenler üzerinde oldukça önemlidir. Hasta mastektomi ile kadınlığı ya da fiziksel

bütünlüğünü kaybedeceğine inanıyor ise stresin yoğunluğu artacaktır (Özkan ve Alçalar; 2009).

Hastalık üzerindeki algıları, içinde buldukları psikososyal ve psikolojik durum ile kansere karşı gösterdikleri baş etme süreci üzerinde etkilidir.

Greer'in; meme kanseri hastalarının kullandıkları baş etme yöntemlerini şu şekilde belirtmiştir (Greer; 1991);

- 1) İnkâr: Tanının ciddiyeti küçümsenir ya da tanı inkâr edilir. Kanser ile ilgili konuşmaktan ya da bu konuyu düşünmekten kaçınır. Kanser sözcüğünü kullanmazlar. Sanki bu tanı hiç alınmamış gibi hayatlarına devam ederler.
- 2) Çaresizlik/Umutsuzluk: Kanser tanısı ile hastaların hayatları alt üst olur. Kanser haricinde bir şey düşünemezler. Oldukça karamsar bir tablo çizerler.
- 3) Kadercilik: Hastalar tanıyı kabul ederler ancak; hastalıklarıyla ilgili hiçbir bilgi arayışına girmezler. Kadere bir tutum takınırlar. "Kanser olduğumu biliyorum ancak yapabileceğim hiçbir şey yok; her şeyi doktorlara bıraktım" gibi.
- 4) Kaygı: Hastalar hastalıklarıyla ilgili oldukça fazla kaygı duyarlar ve sürekli olarak tanı ile uğraşırlar. Kanser hakkında buldukları bilgileri olumsuz bir şekilde yorumlarlar. Ayrıca; vücutlarında hissettikleri tüm farklılıkları felaketleştirirler.
- 5) Mücadeleci Ruh: Hastalık kabul edilmiş ve aktif bir şekilde baş edilmeye başlanmıştır. Hasta farklı kaynaklardan bilgiler arar ve tedavi sürecine katılır.

Meme kanseri hastalarında kullanılan baş etme yöntemleri ile hastaların yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Kershaw ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları bir araştırma bunu kanıtlar niteliktedir. Buna göre; 189 ileri düzey meme kanseri hastası ve bu hastaların aile bireyleri ile yapılmış çalışmada; meme kanserliler

duygusal destek, dini inanç, pozitif yeniden yapılandırma, belirli işlerle oyalanma, mizah yöntemi ile baş etme gibi yöntemler kullandıkları bulgulanırken, aile bireylerinin uyumsuz davranış yöntemleri(alkol/sigara vb.) kullandıkları görülmüştür. Araştırma sonunda; aktif baş etme yöntemleri kullanan hastalarda ve hasta yakınlarında yüksek yaşam kalitesi, kaçınmacı tip baş etme kullananlarda ise düşük yaşam kalitesi bulgulanmıştır. Ayrıca; araştırmada; distress seviyesi, kullanılan baş etme yöntemleri ve yaşam kalitesi arasında moderatör bir etkiye sahiptir. Sonuç olarak düşük derece distress seviyesine sahip hasta ve hasta yakınlarının daha aktif baş etme yöntemleri kullanmaları nedeniyle yaşam kaliteleri daha yüksektir (Kershaw ve ark., 2004).

Meme kanserli kadınlarda problem odaklı baş etme yöntemlerinin yaşam kalitesine etkisinin araştırıldığı bir araştırmada ise; hastalığa uyum açısından semptomlara odaklanmanın uyumsuz (maladaptif); bilgi arayışının ise uyumlu (adaptif) yöntemler olduğu bulgulanmıştır (Ransom ve ark., 2005).

2.3. STRESE BAĞLI GELİŞİM

Literatürde genellikle travmatik ve stres yaratan olaylar sonrası oluşan negatif sonuçlara odaklanılmıştır. Olumsuz olaylar sonrası pozitif çıkarımlar ve büyümenin de söz konusu olmasına karşın stres ve baş etme araştırmalarının ana odağı stres distress ilişkisindeki negatif çıkarımlar ve bunların belirleyicileri olmuştur (Cohen, 1988).

Caplan (1964); olumsuz olaylar sonrası büyümenin kriz teorisinin temel varsayımlarından biri olduğunu belirtmiştir. Bu görüş sonrası teorisyenler strese bağlı gelişimi, stres ve baş etme modellerinde önemli bir bileşen olarak kullanmışlardır. Örneğin; Taylor (1983), bilişsel uyum modelinde, stresli deneyimler sonrası pozitif yeniden yorumlamanın adaptif değerini vurgulamıştır. Janoff-Bulman (1992) modelinde; basit bilişsel şemaların travma ve stres sonrası yıkılıp zaman içerisinde yeniden inşa edilmesinden bahsetmiştir. Antonovsky (1987); strese bağlı gelişim sonuçlarını bireyin tutarlı ve uyumlu duygularından etkilenen, stresörü anlamlı ve kabul edilebilir hale dönüştürme yeteneğini de içeren ortak deneyimler olarak ele almıştır (Park, Cohen ve Murch, 1996).

Tedeschi, Calhoun ve Gross (1993)'un bakış açısına göre ise; gelişme, ciddi bir yaşamsal olay ile mücadele sürecinin ortaya çıkan kaçınılmaz bir sonucudur. Hobfoll'un kaynakların korunumu modelinde de stres sonrası gelişim kavramı yer almaktadır. Hobfoll'a göre; stres sonrası gelişim olumsuz olaylar öncesinde, kişilerde geniş bir kaynak deposu olması ile oldukça ilişkilidir (Park, Cohen ve Murch, 1996).

Literatürdeki modeller ele alınarak strese bağlı gelişim; stres yaratan ya da travmatik bir olay ve onunla mücadele çabaları sonrasında ortaya çıkan olumlu bilişsel, duygusal, davranışsal dönüşüm olarak tanımlanabilir. Literatürde 'strese bağlı gelişim'; 'travma sonrası büyüme' , 'gelişme', 'algılanan fayda', 'fayda analizi', 'pozitif

uyum”, ”fayda bulma” gibi isimler almıştır (Tedeschi., Park ve Calhoun, 1998; Park, Cohen ve Murch, 1996; Affleck ve Tennen, 1996; akt: Linley ve Joseph, 2004).

Özellikle 1980’lerden sonra literatürde strese bağlı gelişim ile oldukça ilgilenilmiştir. Araştırmalar sonucu trafik kazaları, yangın, tecavüz, cinsel istismar, yas gibi olaylar strese bağlı gelişimi aktive eden majör yaşamsal olaylar olarak kabul görmüştür (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Sonralarda ise strese bağlı gelişim ile AIDS (Siegel ve Schrimshaw, 2000), kalp hastalıkları ve kalp krizi (Sheikh, 2004; Durak ve Ayvaşık, 2010) , MS (Pakenham, 2005) ve kanser (Widows ve ark., 2005), özellikle de meme kanseri (Bellizzi ve Blank, 2006) gibi kronik rahatsızlıkların arasındaki ilişkiler üzerine çalışılmıştır. Özellikle kanser tanı ve tedavi süreci sonrası strese bağlı gelişim oldukça yaygındır. Öyle ki; yapılan araştırmalar kanser hastalığı geçirmiş kişilerin %60-90 ‘ının kanser sonrası gelişim yaşadıklarını bulgulamıştır (Petrie, Buick, Weinman ve Booth, 1999). Meme kanseri sonrası gelişimi araştıran çalışmalardan yola çıkarak ise; hastaların %83’ünün meme kanseri sonrası gelişim alanlarından en az birinde gelişim gösterdiği bulgulanmıştır (Sears ve ark., 2003).

Schaefer ve Moss (1992), strese bağlı gelişimi açıklarken 1) sosyal kaynaklardaki gelişmeler (arkadaşlık ilişkilerindeki gelişmeler gibi) 2) kişisel kaynaklardaki gelişmeler (benlik kavramındaki gelişmeler gibi) 3) baş etme becerilerindeki gelişmeler (daha iyi mantıksal çıkarım, daha iyi problem çözme becerisi gibi) olmak üzere olumlu dönüşümün yaşandığı 3 ana başlıktan bahsetmiştir (akt: Tedeschi ve Park, 1998).

Schaefer ve Moss'un bulguları doğrultusunda yapılan araştırmalar sonucu strese bağlı gelişimin üç boyutta değişim gösterdiği belirtilmiştir:

1) Kendilik Algısında Olumlu Değişim: Buna göre; stres yaratan olayları başarıyla yönetebilen bireylerin kendini anlama, empati, özgüven ve öz yeterlilik alanlarında artış gözlenmiştir.

2) Kişilerarası İlişkilerde Olumlu Değişim: insanlara karşı daha toleranslı olma, sosyal ilişkilerde yakınlaşma, çevrenin daha olumlu olarak algılandığı gözlenmiştir.

3) Yaşam Felsefesinde Değişim: Yaşamın kıymetini anlama, manevi konularla daha fazla ilgilenme gibi davranışlarda artış ve hayata bakışlarında değişim gözlenmiştir (Tedeschi ve Park, 1998).

İnsanların yaşadıkları travmatik olayları pozitif değişimlere dönüştürmesi kolay bir işlem değildir (Milam, 2004). Bu olumlu yönde gelişimin ortaya çıkması sürecini etkileyen bir çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler de kişiden kişiye değişiklik göstermektedir. Schaefer ve Moss (1998) bu strese bağlı gelişimin ortaya çıkması sürecini belirleyen faktörleri; çevresel ve bireysel kaynaklar; stresörün karakteristiği, stresör ile ilgili bilişsel değerlendirme süreci ve baş etme şeklinde kategorize etmiştir (Park, Cohen ve Murch, 1996). Bu belirtilen faktörler, kişiden kişiye, stres yaratan olaydan olaya değişim gösteren kompleks bir mozaiğe benzetilebilir (McVeigh, 2005).

2.3.1.Krizin Karakteristiği

Schaefer ve Moss (1998) 'a göre; krizin etkisinin yoğunluğunun strese bağlı gelişim ile ilişkisi bulunmaktadır. Ani gelişen olaylar (doğal afet ya da ağır bir hastalığın tanısının konması gibi) strese bağlı gelişim ile sonuçlanmaktadır. Ayrıca;

krizin kronik şekilde yaşanması da (devam eden cinsel taciz ya da kronik bir hastalık gibi) strese bağı gelişim oluşumunu sağlar (Tedeschi ve Calhoun, 1996).

Olayın etki büyüklüğünü, kaybın derecesini ve tehdit oranını strese bağı gelişim açısından önemlidir (Schaefer ve Moss; 1998). Öyle ki; gelişim seviyesinin olayın yarattığı acı ve zorluk ile ilişkisi bulunmaktadır(Tedeschi ve Calhoun, 1995). Literatürde de strese bağı gelişim ile yaşanan olayın etkisi arasında pozitif bir ilişki saptayan araştırmalar mevcuttur (Park ve ark.ları, 1996; Tedeschi ve Calhoun, 2004; Cordova ve ark., 2001; Kesimci ve ark., 2005).

Fiziksel hastalıklarda da; hastalığın başlangıcındaki şiddeti, hastalığın kısa dönem sonuçları, hastalığın prognozu, hastalığın yarattığı etki gibi faktörler strese bağı gelişimi etkilemektedir (Schaefer ve Moss; 1998).

Cordova ve ark. (2001), metastaz geçirmemiş meme kanserli kadınlarla yaptıkları araştırmada; daha yüksek düzeyde strese bağı gelişim yaşamının, hastalığı daha tehditkar olarak değerlendirme, hastalıkla ilgili paylaşımlarda bulunma ve tanı üzerinden geçen süre ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

2.3.2.Bilişsel Değerlendirme ve Baş etme

Baş etme yöntemleri strese bağı gelişimi etkileyen önemli bir faktördür (Schaefer ve Moos, 1998; Shakespeare-Finch, Gow ve Smith, 2005). Literatürde bireyin stres yaratan durum ile strese bağı gelişim arasındaki ilişkide baş etme yöntemlerinin dinamik bir değişken olduğu kabul görmüştür(Shakespeare-Finch, Gow ve Smith, 2005). Bellizzi ve Blank (2006), yaptıkları araştırma sonucu baş etme yöntemlerinin strese bağı gelişimi varyansın %12-21 arasında yordadığını bulgulamıştır. Bu sonuç da baş etme yöntemlerinin strese bağı gelişim üzerindeki önemini kanıtlamaktadır. Baş

etme yöntemlerinden bazıları daha fazla stres sonrası olumlu çıkarımlar sebebiyle uyumlu(adaptive) yöntemler; bazıları ise daha fazla negatif çıkarımlara sebep olmaları sebebiyle uyumsuz(maladaptive) yöntemler olarak nitelendirilmektedir (Armeli, Gunthert ve Cohen, 2001).

Yapılan araştırmalar sonucu problem odaklı baş etme (Widows ve ark., 2005) ve duygusal odaklı baş etme (Linley ve Joseph, 2004) yöntemlerinin her ikisinin de stresli olayların negatif etkilerini azalttığı bulgulanmıştır. Algılanan distress düzeyinin artması uyumlu baş etme yöntemleri kullanımı ile ilişkili bulunmuştur(Park ve Helgeson, 2006). Ayrıca; pozitif yeniden yorumlama (Park, Cohen, ve Murch, 1996; Collins, Taylor ve Skokan,1990), kabullenme (Park, Cohen ve Murch, 1996), dinsel baş etme (Park ve Cohen, 1993) , aktif başa çıkma (Collins, Taylor, ve Skokan, 1990) ve kaderci baş etme (Kesimci ve ark., 2005) yöntemlerinin strese bağı gelişim ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Kaçınmacı baş etme yönteminin ise düşük düzeyde ilişkili olduğu gözlenmiştir (Carver, 1994). Yapılan başka araştırmalar ise; başa çıkma yöntemlerinden çaresizlik (Kesimci ve ark.ları, 2005) yaklaşımı, strese bağı gelişim ile ilişkili bulunmamıştır.

Göral, Kesimci ve Gençöz'ün (2006) yaptıkları araştırmada, kontrol edilebilir stresli olaylar (akademik başarı kaygısı ve arkadaş ilişkilerinde problemler gibi) ile duygusal odaklı başa çıkma yöntemleri arasında bir ilişki gözlenirken; kontrol edilemeyen (ciddi bir hastalık ve trafik kazası gibi) olaylarda kullanılan duygusal odaklı baş etme yöntemlerinin daha fazla strese bağı gelişim gösterdiği bulgulanmıştır. Ayrıca; araştırma sonucunda hem duygusal hem de problem odaklı baş etme yöntemlerinin her ikisinin de yüksek derecede strese bağı gelişim ile sonuçlandığı gözlenmiştir.

Bellizzi ve Blank (2006)'nın meme kanserli kadınlarla yapmış olduğu araştırmada ise; kişisel değişkenler(umut, optimizm gibi), hastalık ile ilgili faktörler ve meme kanserinin türü, tedavi yöntemleri ve uyumlu baş etme yöntemleri birlikte sosyal ilişkilerde gelişim, hayata bakış açısı, yaşam doyumunu etkiledikleri bulgulanmıştır.

2.3.3.Bireysel Kaynaklar

Bireysel farklılıklar strese bağlı gelişimin belirleyicilerindedir. Örneğin; yapılmış araştırmalar cinsiyetin strese bağlı gelişim üzerinde önemli bir bireysel farklılık olduğunu bulgulanmıştır. Buna göre; kadınlar erkeklerden daha yüksek düzeyde strese bağlı gelişim yaşamaktadırlar (Tedeschi ve Calhoun, 1996; Weiss, 2002, Kesimci, Göral ve Gençöz, 2005). Yaş değişkeninin etkisi ise krizin türüne göre değişiklik göstermektedir. Örneğin; genellikle yaşlı kanser hastalarının daha çok strese bağlı gelişim gösterdikleri belirtilirken (Sharon ve ark., 2004), meme kanserinde genç yaştaki hastaların daha çok gelişim yaşadıkları bulgulanmıştır (Kesimci, Göral ve Gençöz, 2005). Ayrıca; meme kanserli kadınlarla yapılmış çalışmada yüksek ekonomik gelir ile strese bağlı gelişim arasında pozitif yönlü bir ilişki bulgulanmıştır (Cordova ve ark., 2001). AIDS hastaları ile yapılmış başka bir çalışmada ise bu bulgunun tam tersine ekonomik gelir ile strese bağlı gelişim arasında bir ilişki bulgulanmamıştır (Milam, 2004).

Yapılan araştırmalar spiritüel baş etmenin strese bağlı gelişimi olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (Widows ve ark., 2005). Ayrıca; eğitim düzeyinin artması ile spiritüel baş etme arasında negatif yönde bir ilişki bulgulanmıştır (Weiss, 2002). Literatürdeki bu bulgular; yüksek eğitim seviyesi olanların düşük eğitim seviyesi olanlara göre daha az strese bağlı gelişimin alt başlıklarından olan spiritüel gelişim

yaşadıklarını göstermektedir (Durak, 2007). Literatürde optimizm ile strese bağlı gelişim arasında bir ilişki olduğu gözlemlenen araştırmalar mevcuttur (Park, Cohen ve Murch, 1996; Tedeschi ve Calhoun, 1996). Yapılan araştırmalar, optimistik insanların daha çok problem odaklı baş etme yöntemlerini kullandığını savunurken bunun sebebi olarak ise; optimizmin stres anında bilişsel, baş etme ve bağlamsal kaynakların daha iyi kullanımını sağlaması olarak göstermektedir (Carver ve ark., 1994). Ayrıca; umut da strese bağlı gelişim ile ilişkili önemli değişkenlerdendir. Ho ve ark. (2011); yaptıkları araştırmada umut ve optimizmin her ikisinin de strese bağlı gelişim ile pozitif yönde bir ilişkisi olduğunu bulgulamıştır.

Medeni durumun da strese bağlı gelişim üzerinde önemli bir faktör olduğuna dair bulgular mevcuttur. Ho ve ark. (2011), ağız boşluğu kanseri olan hastalarla yaptıkları araştırmada evli olanların evli olmayanlara göre daha yüksek derecede umut ve strese bağlı gelişim göstermişlerdir. Bellizzi ve Blank (2006)'in meme kanserlilerle yaptıkları araştırma sonuçlarına göre de; evli olan hastalar, strese bağlı gelişim alt başlıklarından sosyal ilişkilerde ve hayatın amacında daha fazla gelişme göstermişlerken yaşam doyumunda bir fark bulgulanmamıştır. Bu araştırmaların aksine medeni durum açısından strese bağlı gelişimde bir fark bulgulamayan araştırmalar da mevcuttur (Widows ve ark., 2005).

Kontrol odağı da strese bağlı gelişim ile ilişkili bulunan bir değişkendir. Yapılan araştırmalarda içe dönük kontrol odağı olan bireylerde strese bağlı gelişimin daha yüksek olduğu görülmüştür (Cohen ve ark., 1998; Calhoun ve Tedeschi, 1998; Linley, 2003).

2.3.4.Çevresel Kaynaklar

Çevresel kaynaklar ve kriz sonrası değişimler de strese bağlı gelişimi etkilemektedir. Literatüre bakıldığında; sosyal destek (O’Leary ve ark., 1998), aile desteği (O’Leary ve ark.ları, 1998), evlilik (Weiss, 2002) ve kriz sonrası çevresel değişimlerin (Schaefer ve Moos, 1998) strese bağlı gelişim ile ilişkisi bulguları görülmektedir. Bu faktörler, baş etme yöntemlerinin daha aktif kullanımını sağlayarak olayların olumsuz etkilerini azaltmaktadır (Scaefter ve Moss, 1998).

Schaefer ve Moss (1998)’a göre; kriz sonrası kişinin hayatındaki değişimler pozitif dönüşümün devamı açısından önem arz etmektedir. Kişinin hayatındaki olumlu (yeni bir iş bulma, sosyal ilişkilerde gelişim) ve olumsuz (boşanma, kayıp vs.) bu değişimler strese bağlı gelişimin devamı açısından önemli girdilerdir (Durak, 2007). Özellikle fiziksel hastalık tanı ve tedavisi sonrası değişen koşullar(sigarayı bırakmak, kilo kaybı, beslenme düzeninin değişimi vs.) ile strese bağlı gelişim arasındaki ilişki üzerine yapılmış birçok araştırma mevcuttur. Bu araştırma sonuçlarına göre; bu değişiklikler strese bağlı gelişim düzeyi ile ilişkilidir (Siegel ve Schrimshaw, 2000; Schaefer ve Moss, 1998; Sheikh, 2004).

Sosyal desteğin kanser gibi ciddi fiziksel hastalıklara verilen strese bağlı tepkiler ve sağlık üzerinde etkili bir faktör olduğu bilinen bir gerçektir (Cohen ve Syme, 1985; Pistrang ve ark., 1997; Eker ve Arker, 1995). 1970’lerin ortalarından itibaren, sosyal destek bir baş etme kaynağı olarak kabul edilmiş ve sosyal desteğin insanları stresin zararlı etkilerine karşı koruduğu öne sürülmüştür (Cohen ve Willis, 1985). Yüksek sosyal ve aile desteği, evlilik ilişkisinin kalitesi gibi çevresel faktörler strese bağlı gelişimin de belirleyicilerindedir (Durak ve Ayvaşık, 2010).

Meme kanserli kadınlarla yapılmış bir çalışmada yakın ilişkilerin, kişinin anlık düşünce-eylem repertuarını genişleterek bilişsel işlemeyi kolaylaştırıp olumlu duyguların ortaya çıkmasını tetiklediği bulgulanmıştır (Fredrickson, 2001; Skeikh, 2004). Ayrıca; literatürde sosyal destek ile strese bağlı gelişim arasında pozitif ilişki bulgulayan bir araştırma da mevcuttur (Park, Cohen ve Murch, 1996; Karancı ve Erkam, 2007; Durak ve Ayvaşık, 2010; O’Leary ve ark., 1998; Weiss, 2002; Kesimci, 2003; Cordova ve ark., 2001).

Evlilikte ilişki kalitesinin de strese bağlı gelişim üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır. Meme kanserli kadınlarla yapılan araştırmalarda kanser hastası kadar eşlerinin de bu krizden bir o kadar etkilendiğini bulgulanmıştır (Rabin ve ark., 2009; Weiss, 2002). Eşleri meme kanseri geçirmiş katılımcılarla yapılan bir araştırmada sosyal destek olarak evliliğin eşlerin strese bağlı gelişim düzeyleri ile pozitif yönde bir ilişki gösterdiği gözlenmiştir (Weiss, 2002). Çiftlerin uyumu ve bu uyumun meme kanseri ve strese bağlı gelişim üzerine etkisi bir sonraki bölümde daha detaylı verilmiştir.

2.4.ÇİFT UYUMU

Günümüzdeki anlayışa göre insan biyo-psiko-sosyal bir varlıktır. Gerek sağlık gerek ise hastalık sürecini biyo-psiko-sosyal üçlü yapısı içinde algılamak gerekir. Buna göre; biyolojik yapı ve işlevler; psikolojik durum ve sosyal konum bir arada değerlendirilmelidir. Psikososyal değişkenlerden sosyal desteğin en anlamlı alt başlıklarından birisi de medeni durum-eş varlığıdır (Özkan, 2007). Literatürde sosyal destek ile ilgili yapılmış araştırmalara bakıldığında evli olmanın algılanan sosyal destek ile ilişkili olduğu bulgulanmıştır. Buna göre; Prezza ve Pacilli (2002)’nin yaptığı

araştırmada evli ya da birlikte yaşadığı bir eşi olan bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin evli olmayanlara nazaran anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanırken, Annak'ın (2005) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı araştırma sonucunda evli olanların yaşam doyumunu ve sosyal ilişkileri açısında daha yüksek puan aldıkları bulgulanmıştır. Hoskins ve ark. (1996) ise meme kanseri kadınlarla yaptığı çalışma sonucu bu araştırma sonuçlarına paralel olarak; bir eşin kadınların derin ihtiyaçlarını karşılamada en önemli kişi olduğunu belirtmiştir.

Karşılıklı etkileşen, evlilik ve aileyi ilgilendiren konularda fikir birliği yapabilen ve sorunlarını olumlu bir şekilde çözebilen çiftlerin evliliği uyumlu bir evlilik olarak tanımlanır (Erbek ve ark., 2005). Evlilik pek çok kişiye göre en anlamlı ilişki türüdür. Yapılan araştırmalar, evlilikte yaşanan sıkıntı ve üzüntülerin, her iki çiftin de duygusal ve fiziksel sağlığı üzerinde zararlı etkisi olduğunu göstermiştir (Bloom, Asher ve White, 1978; Fincham ve Bradbury, 1987). Bu etkiler nedeniyle evliliklerde mutluluk, uyum, doyum gibi kavramlar ve bu kavramları etkileyen değişkenler son yıllarda merak konusu olmuştur (Fincham ve Bradbury, 1987).

Sorunlu bir evlilik yaşantısı stresör olarak kabul edilmiştir. Böyle bir stresör sonucu fizyolojik bir rahatsızlığın ortaya çıkma olasılığının çiftler uyumunun düşük olduğu çiftlerde düşük olmayanlara göre daha yüksek olduğu görölmüştür (O'leary, 1987).

Literatürde yer alan başka bir başlık ise evlilikle ilgili problemlerin sağlık üzerinde etkisi olmasının yanı sıra sağlıkla ilgili problemlerin de evlilikte problemler yaratabileceğidir. Özellikle son zamanlarda kanser ve kanserin aile dinamikleri üzerine etkisi ilgi görmektedir. Yapılan araştırma sonuçları kanserin hem hasta hem de ailesi için

duygusal yaşamsal bir kriz olduğunu ve ailenin rol dağılımını, işlevselliğini etkilediğini göstermektedir (Northouse, 1989; Gail ve ark., 2001).

Meme kanseri ve kanser sonrası süreç de literatürde oldukça ilgi görmüştür. Meme kanseri cerrahi müdahalesi olan mastektomi, kadında dişiliği ve cinselliği sembolize eden organın değişime uğramasına neden olur (Elbi, 1991). Bu değişim bireylerde beden imgelerinin zedelenmesine, kaygı, korku, öfke gibi duyguların ortaya çıkmasına, kilo kaybı/kilo alma ve sac kaybı sonucu kendilerini çekici hissetmemelerine ve cinsel sorunlara; dolayısıyla da yakın ilişki ve evliliklerde bozulmalara sebep olabilmektedir (Özkan, 1992; Uçar ve Uzun, 2008; Ganz, 1998). Meme kanserinin evlilik uyumu üzerine etkisinin araştırıldığı birçok çalışma mevcuttur. Örneğin; Margolis ve ark.larının meme kanseri olan evli kadınlar ile yürüttükleri çalışma sonucunda kanser sonrasında öncesine göre düşüş yaşandığı bulgulanmıştır (akt: Doğaner, 2000). Meme kanseri kadınlarla yapılan başka bir araştırmada ise kanser tanısı sonrası 8 yıl boyunca evlilik uyumları gözlemlendikten sonra, kanser tanısı sonrasındaki 3 ay boyunca evlilik uyumunun giderek düştüğü görülmüştür (Romero ve ark., 2008). Sherman ve ark.nın (2009) 45 meme kanseri tanısı almış hasta ve eşleri ile yürütülen araştırmaları sonucunda, hastaların eşleri tarafından yeterli derecede desteklendiklerini hissetmeleri kanser hastalığı ve hastalığın getirdiği sorunlarla daha aktif şekilde başa çıktıkları bulgulanmıştır. Akdeniz (2012)'de araştırmasında evlilik uyumu arttıkça daha etkili baş etme yöntemleri kullanıldığı sonucuna ulaşmıştır. Ayrıca; diğer araştırma sonuçları da evlilik uyumu ve eşden alınan desteğin meme kanserine uyum sürecinde önemli bir faktör olduğunu göstermektedir (Northouse,1989; Hoskins ve ark., 1996).

Bu bulguların tam tersine meme kanserinin evlilik uyumunu olumsuz yönde etkilemediğini saptayan araştırmalar da mevcuttur. Örneğin; Şendil (1991)'in yapmış

olduğu araştırmaya göre; mastektomi sonrası, öncesine göre kadınların evliliklerini saha sıcak ve uyumlu algıladıkları bulgulanmıştır. şendil bu sonucun sebebi olarak; olumsuz bir olay sonrası olumlu ıkarımlardaki artış olabileceği şeklinde yorumlamıştır. Ayrıca; Okanlı ve Ekinci'nin (2008) meme kanserli kadınlarla yapmış olduğu araştırma sonucunda da mastektomi öncesi ve sonrası evlilik uyumlarında anlamlı bir fark bulgulanmamıştır.

Meme kanserinin, hasta olan kadınların yanı sıra eşlerinde de önemli oranda ruhsal ve sosyal sorunlar yarattığı önemli bir konudur (Hocaoğlu ve ark., 2007). Rabin ve ark.ları (2009)'nın meme kanserli kadınlar ve eşleri ile yürüttükleri araştırma sonucunda hasta kadınlar ve eşlerinin depresyon düzeyleri ve algıladıkları yaşam kalitesi arasında bir fark bulunmamıştır. Bu da eşlerinin de hastalıktan, hasta olan kadınlar kadar çok etkilendiğinin kanıtıdır.

Eşlerin her ikisini de etkileyen meme kanseri sürecinde eşler arası iletişim de önemli bir konudur. Yapılan alışmalar sessiz kalmanın kaygıyı arttırıp hastalığa uyumu zorlaştırdığını; duyguları ifadenin ve karar sürecine eşin de dahil edilmesinin hastalığa uyumu kolaylaştırdığını göstermektedir (zkan, 1992; Anuk, 1999). Eşler arası iletişimin yeterince gelişmediği ilişkilerde meme kanseri gibi travmatik yaşantılar aileyi bunalıma sürüklediği gibi evlilik uyumunu da olumsuz yönde etkilemektedir (Akyolcu, 1991). Bu anlamda eşlere verilen danışmanlık hizmetleri sonrası mastektomi sonrası uyum ve sorunlarla başa çıkmada eşlerden her ikisinin de başarı oranının arttığı belirtilmektedir (Anuk, 1999).

3.YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM VE UYGULAMA AŞAMASI

Veri toplama sürecinde, araştırmacının yüksek lisans stajını Beylikdüzü Medicana Hastanesi'nde yapıyor olması sebebiyle hasta popülasyonuna ulaşma kolaylığı göz önünde bulundurularak Beylikdüzü Medicana Hastanesi ayrıca; daha fazla sayıda hastaya ulaşma imkanı göz önünde bulundurularak Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi tercih edilmiştir. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Bölümü ve Beylikdüzü Medicana Hastanesi Onkoloji Bölümü'nde; meme kanseri tanısı sonrası gerekli tedavileri tamamlamış (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi müdahale vs.) ve koruyucu tedavilerine devam eden ya da tüm tedavilerini bitirmiş yalnızca kontrole gelen Beylikdüzü Medicana Hastanesi'nden 28, Marmara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 34 olmak üzere 32 evli (yaş ort. 51,6), 9 bekar (yaş ort. 46,3), 11 dul (yaş ort. 62,3) ve 10 boşanmış (yaş ort. 45,9) toplam 62 meme kanseri geçirmiş kadın ile yürütülmüştür. Bu hastanelerde takip edilen meme kanseri geçirmiş ve tedavisini tamamlamış kadınlar, her iki hastanede de bölüm sorumlusu hemşireler tarafından telefon aracılığı ile hastaneye davet edilmiş ya da hastaların doktorları ile randevu tarihleri takip edilerek araştırmacı tarafından yüz yüze yapılan görüşmeler sonucu anketler doldurulmuştur. Marmara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne 40 kişi çağrılmış olup 6 kadın eş vefatı, yolun uzaklığı ve başka çeşitli rahatsızlıkları sebebiyle görüşmeye katılmamışlardır. Uygulama öncesi, öncelikle katılımcılara çalışma ile ilgili gerekli bilgiler verilmiş olup Yazılı Bilgilendirme ve Onam Formu (Ek-1) imzalatılarak uygulamaya başlanmıştır. Çalışmaya katılan bazı hastaların uygulama esnasında serum aracılığı ile gerekli tedaviler sonrası koruyucu

tedavilerine devam ediyor olmaları sebebiyle ölçekler uygulayıcı tarafından doldurulmuştur. Örneklem grubunun seçiminde belirleyici kriterler şu şekildedir;

1. Kadın olmak
2. Meme kanseri tanısı almış ve gerekli tedavileri (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi) tamamlamış olmak
3. Meme kanseri tanısının üzerinden en az 6 ay geçmiş olması
4. Türkçe anlayıp konuşabiliyor olmak
5. Zihinsel yeterliliğe sahip olması
6. Araştırma uygulamasına engel olabilecek boyutta ağır bir psikiyatrik durumunun bulunmaması
7. Günlük işlevselliği bozucu herhangi bir kronik rahatsızlığının bulunmaması

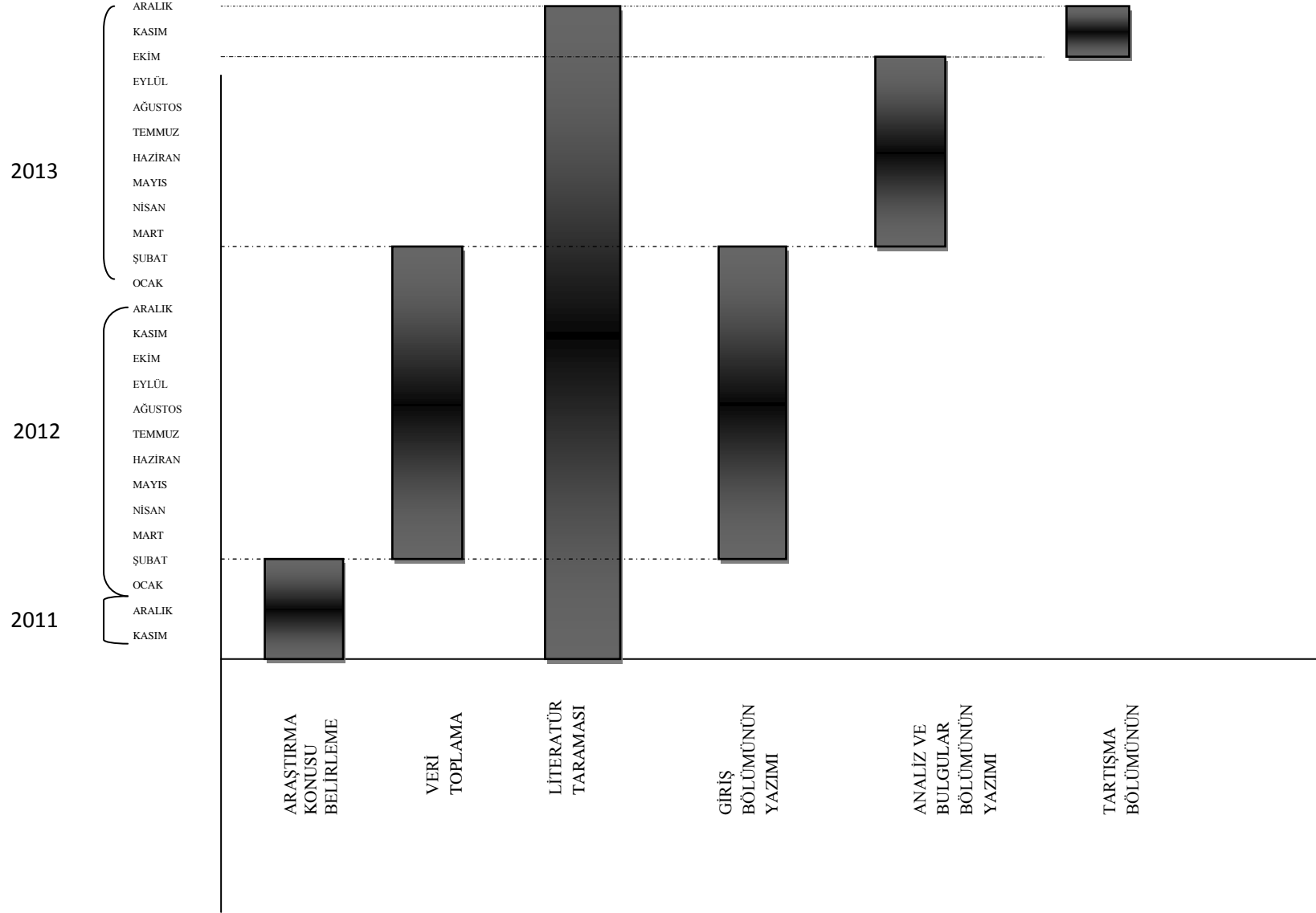
Katılımcılar seçkisiz örnekleme yoluyla uygulamaya alınmış olup verilerin değerlendirilmesi SPSS 15.0 sürümü ve LISREL 8.80 (Jöroskog & Sörbom, 2001) kullanılarak yapılmıştır.

3.2 İZİNLER

Araştırma için Okan Üniversitesi Rektörlüğü'nün oluşturmuş olduğu etik kuruldan onay alınmıştır (Ek-7). İzinler için ise araştırmanın yapılacağı hastanelerdeki ilgili servislerdeki sorumlu hekim ve yöneticilerden sözlü olarak izin alınmıştır. Ayrıca; Kasım 2011'de yayımlanan 663 sayılı kanun hükmündeki kararnameye istinaden Kamu Hastaneleri Birliği Kurumu Genel Sekreterliği kurulur kurulmaz başvurulmuş ve tarihli alınan karar ile araştırmanın Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılması uygun görülmüştür (Ek-8). Beylikdüzü Medicana Hastanesi Onkoloji Bölümü'nde vaka toplamak amacıyla da yazılı olarak başvuruda bulunulmuş ve başhekimlik onayıyla bu hastanede de araştırmanın yapılması uygun bulunmuştur (Ek-9).

3.3 ARAŞTIRMANIN ZAMAN ÇİZELGESİ

Şekil 2:Araştırmanın Zaman Çizelgesi



3.4. KULLANILAN ÖLÇEKLER

Çalışmada kullanılan ölçüm araçları altı bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde; araştırmacı tarafından hazırlanan katılımcıların, varsa eşlerinin sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, çalışıp çalışmama durumu, meslekleri vs.) ve hastalıklarına ilişkin değişkenler (meme kanseri tanısını almalarının üzerinden geçen süre, uygulanan tedavi teknikleri, cerrahi operasyon teknikleri vs.) ile ilgili soruları içeren yapılandırılmış görüşme formu olan Katılımcı Bilgi Formu (Ek-2) kullanılmıştır. Diğer bölümlerde kullanılan ölçekler ise şu şekildedir;

- Genel Sağlık Anketi (Ek-3)
- Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (Ek-4)
- Strese Bağlı Gelişim Ölçeği (Ek-5)
- Çiftler Uyum Ölçeği (Ek-6)

3.4.1. Genel Sağlık Anketi-12

Genel Sağlık Anketi; 1972 yılında David Goldberg tarafından geliştirilmiş, son bir haftaya ait ruhsal belirtileri ortaya çıkarmayı ve ruhsal rahatsızlığı ayırt etmeyi amaçlayan bir ölçektir (Kılıç, 1996). Bu anket olgu ayırt etmede en sık kullanılan 2 ölçekten biri olup (Williams ve ark., 2002) ölçeğin 12,28,30,60 maddelik olmak üzere 4 farklı formu bulunmaktadır. Genel Sağlık Anketi'nin 12 maddelik formu; yüksek duyarlılığı ve kolaylıkla uygulanabilmesi sebebiyle yaygın olarak tercih edilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,78, test tekrar test korelasyon katsayısı ise 0,84' tür.

Bu araştırmada da Kılıç (1996) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış olan Genel Sağlık Anketi'nin 12 maddelik biçimi kullanılmıştır. Her soru hiçbir zaman-her zamanki kadar- her zamankinden sık-çok sık olmak üzere 4 şıktan oluşmaktadır. Yanıtlar Likert (0-1-2-3) lçeği şeklinde veya (0-0-1-1) puanlanabilir. Bu çalışmada 0-1-2-3 şeklinde puanlanmıştır. Buna göre; verilen cevaplar sonucunda puanlar toplamının 2 puanın üzerinde olması bu kişide ruhsal bir bozukluğun olduğuna işarettir (Kılıç, 1996).

Katılımcıların ölçeğe verdikleri cevaplar baz alınarak hesaplanan cronbach alfa güvenirlik katsayısı bu çalışma için 0,87 olarak bulunmuştur.

3.4.2. Stresle Başa ıkma Tarzları lçeği

Lazarus ve Folkman (1980), kişilerin stresli durumlarda kullandıkları stresle başa çıkma durumlarını belirlemek amacıyla 66 maddelik ve 4'l Likert tipi olan "Başa ıkma Yolları Envanteri" 'ni geliştirmişlerdir. Yurt dışında geçerlik ve güvenirliği yapılarak oldukça sık kullanılan bu ölçeğin ülkemizdeki ilk standardizasyon alışması Siva (1988) tarafından gerçekleştirilmiştir. Siva bu ölçeğe kültüre özgü maddeler ekleyerek 74 maddelik bir ölçek haline getirmiş ve "Stresle Başa ıkma Tarzları lçeği (SBTÖ)" adı ile kullanılmaya başlanmıştır (Siva, 1988).

şahin ve arkadaşları (1995); lçeği tekrar değerlendirmeye alarak 5 alt ölçekten oluşan 30 maddelik şekline dönüştürmüşlerdir. SBTÖ'nn 3 ayrı çalışma sonucunda alt ölçeklerinden elde edilen Cranbach Alfa güvenirlik katsayıları şu şekildedir;

Tablo 3.1: SBTÖ Alt Ölçeklerinin Üç Ayrı Çalışmadan Elde Edilen Güvenirlik Katsayıları

| Alt Ölçekler Çalışma | 1.Çalışma | 2.Çalışma | 3. |
|--------------------------|-----------|-----------|------|
| İyimser Yaklaşım | 0,68 | 0,66 | 0,49 |
| Kendine Güvenli Yaklaşım | 0,80 | 0,77 | 0,62 |
| Çaresiz Yaklaşım | 0,73 | 0,64 | 0,68 |
| Boyuneğici Yaklaşım | 0,70 | 0,72 | 0,47 |
| Sosyal Desteğe Başvurma | 0,47 | 0,45 | - |

Geçerlik ve güvenirligi bu şekilde yeterli bulunarak günümüzde oldukça sık kullanılan bu 30 maddelik ve 4'lü Likert tipi olan bu ölçeğin alt ölçekleri ve her bir grubun maddeleri ise şu şekildedir;

Kendine Güvenli Yaklaşım : 8-10-14-16-20-23-26

Çaresiz Yaklaşım: 3-7-11-19-22-25-27-28

Boyun Eğici Yaklaşım : 5-13-15-17-21-24

İyimser Yaklaşım: 2-4-6-12-18

Sosyal Desteğe Başvurma : 1-9-29-30

Ölçeğin puanlanmasında, toplam puan yerine her bir alt ölçek için puanlar ayrı ayrı hesaplanır. Her maddeye verilen yanıtlar 4'lü Likert tipi ölçekle değerlendirilir. Her alt ölçeğin maddeleri puanlanıp madde sayısına bölünerek o alt ölçeğin toplam puanı hesaplanır. Ancak; sosyal destek arama grubundaki 1. ve 9. maddeler ters puanlanmaktadır. Bu sebeple 1 ve 9. maddeler etkisiz sosyal destek arama; 29 ve 30.

maddeler ise etkili sosyal destek arama olarak adlandırılmıştır (Şahin ve Durak, 1995). Bu çalışmada ise katılımcıların ölçeğe verdikleri cevaplar doğrultusunda hesaplanan alt ölçeklerin cronbach alfa güvenilirlik katsayıları şu şekildedir;

Tablo: 3.2. SBTÖ Altölçeklerinin Güvenirlik Katsayıları

| Alt Ölçekler | Cronbach Alfa Katsayıları |
|--------------------------|---------------------------|
| Kendine Güvenli Yaklaşım | 0,87 |
| Çaresiz Yaklaşım | 0,79 |
| Boyun Eğici Yaklaşım | 0,75 |
| İyimser Yaklaşım | 0,77 |
| Sosyal Desteğe Başvurma | 0,70 |

3.4.3.Çiftler Uyumu Ölçeği

Çift Uyum Ölçeği (Dyadic Adjustment Scale-DAS); 1976 yılında Spanier tarafından geliştirilmiş, çiftlerin tutum, davranış ve bilişsel süreçlerini ele alan çok boyutlu bir ölçektir (Spanier, 1979). Fışiloğlu ve Demir (1998), 264 evli çift ile yaptıkları araştırma sonucunda ölçeği Türkçe'ye uyarlamışlardır. Yaptıkları araştırma sonucu, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,92 ve yarı güvenilirlik ölçümünün cronbach alfa katsayısı ise 0,86 bulunmuştur (Fışiloğlu ve Demir, 1998).

Ölçek; 32 maddeden oluşup bazı maddeleri çoktan seçmeli, bazı maddeleri ise 6'lı, 5'li, 2'li Likert tipi şeklindedir. Toplam ölçüm puanları evlilik doyumu ve tatmin derecesini yansıtmaktadır. Testten alınabilecek puanların dağılımı 0-151'dir. Toplam puandaki yükselme evlilikteki uyumu göstermektedir (Fışiloğlu ve Demir, 1998).

Bu çalışmada ise; yapılan güvenilirlik ölçümü sonucu Cronbach Alfa Katsayısı 0,99 olarak bulgulanmıştır.

3.4.4. Strese Bağlı Gelişim Ölçeği

Park ve ark. (1996), stres yaratıcı olaylar sonucu ortaya çıkabilecek pozitif yöndeki gelişmeleri ölçmek amacıyla bu ölçeği geliştirmişlerdir. Park ve arkadaşları, Schaefer ve Moos'un (1992) "kişisel gelişim" kavramından etkilenerek yarattıkları "strese bağlı gelişim ölçeği" ile sosyal kaynaklar, kişisel kaynaklar ve baş etme becerilerini ölçmeyi planlamışlardır. Bu amaçla ilk olarak lise öğrencileri ile yaptıkları araştırmada öğrencilerden son 1 yıl içerisinde yaşadıkları en stres yaratıcı olayları düşünerek verdikleri 82 maddeyi cevaplamalarını istemişlerdir. Bu ölçek 3'lü Likert tipi olup; sosyal ilişkiler, kişisel kaynaklar ve baş etme becerilerindeki olumlu değişimleri ele alan maddelerden oluşmaktadır. Yapılan geçerlik güvenilirlik araştırmaları sonucunda 82 madde 50'ye düşürülmüş ve bu 50 maddenin Cronbach Alfa Katsayısı 0,94 olarak bulgulanmıştır. İki hafta sonra yapılan tekrar test sonucu güvenilirlik katsayısı yine oldukça yüksek bulunmuştur($\alpha=0,81$). Sonuçlar; ölçeğin stres yaratan olaylar sonrası olumlu gelişmeleri ölçmek amacıyla kullanılabilir bir ölçek olduğunu göstermektedir (Park, 1996; akt: Güneş, 2001).

Güneş 1999 yılı depremi sonrası hayatta kalanların algıladıkları olumlu yöndeki gelişmelerini ölçmek amacıyla yaptığı araştırması sonucu Strese Bağlı Gelişim Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlamasını da gerçekleştirmiştir. Ölçek; 50 sorudan oluşup 3'lü Likert tipi ile kendi kendine değerlendirme ölçeği türündedir. Buna göre; katılımcıların verdiği cevaplar 1=hiç uygun değil, 2=biraz uygun, 3=oldukça uygun şeklinde puanlanmaktadır. Toplam puan; strese bağlı gelişim alanında algılanan gelişim oranını

göstermekte olup puan arttıkça gelişim de artmakta olarak değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda ölçeğin Cronbach Alfa Katsayısının 0,94 olduğu belirtilmiştir (Güneş, 2000).

Bu araştırmada yapılan ölçümler sonunda ise önceki çalışmalarla benzer şekilde ölçeğin Cronbach Alfa Katsayısı 0,95 olarak bulunmuştur.

4.BULGULAR

İstatistiksel analizler öncesinde, verilerin doğru girildiği, eksik veri olmadığı, verilerin kullanılacak istatistiksel analizlerin varsayımlarına uygun olduğu kontrol edilmiştir. Varyansların normal dağılımı test edilmiş ve uygun bulunmuştur.

Bu bölümde araştırmanın amaçları doğrultusunda uygulanan istatistiksel analiz sonuçları ele alınmıştır. Öncelikle; katılımcılara özgü demografik değişkenler ve hastalıkları ile ilgili bilgileri ele alınacaktır.

İkinci bölümde ise; katılımcıların genel sağlık, stresle başa çıkma yöntemleri ve eşi olan kadınların eşleri ile uyumları olarak belirlenen temel değişkenlerin betimleyici özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadıkları ve temel değişkenler arası korelasyonlar ele alınacaktır.

Son olarak ise; literatürdeki veriler ışığında stresle başa çıkma yöntemleri ile strese bağlı gelişim arasında olduğu kabul edilen ilişkiyi araştırmada kullanılan diğer değişkenlerin etkileyip etkilemediğini saptamak amacıyla yapılan regresyon analizi sunulacaktır.

4.1. BETİMLEYİCİ İSTATİSTİK

Araştırma 62 kadın ile yürütülmüş olup katılımcıların sosyodemografik bilgileri dağılımları Tablo 4.1’de; hastalıkları ile ilgili bilgilerin dağılımları ise Tablo 4.2’de verilmiştir.

Tablo 4.1: Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri

| Sosyodemografik Bilgiler | | N | % |
|--|----------------------|----------|----------|
| Yaş | 35 altı | 5 | 8,1 |
| | 35-50 | 25 | 40,3 |
| | 51 ve üstü | 32 | 51,6 |
| Yaşamının büyük kısmını geçirdiği yer | Büyükşehir | 46 | 74,2 |
| | Şehir | 12 | 19,4 |
| | Köy-Kasaba | 4 | 6,5 |
| Eğitim Durumu | Okuryazar Değil | 1 | 1,6 |
| | Okuryazar | 8 | 12,9 |
| | İlkokul | 13 | 21,0 |
| | Ortaokul | 2 | 3,2 |
| | Lise | 24 | 38,7 |
| | Yüksekokul | 3 | 4,8 |
| | Üniversite | 7 | 11,3 |
| | Yükseklisans-Doktora | 4 | 6,5 |

| | | | |
|----------------------------------|--------------------|----|------|
| Medeni Durum | Evli | 32 | 51,6 |
| | Bekar | 9 | 14,5 |
| | Dul(Eş Ölümü) | 11 | 17,7 |
| | Boşanmış | 10 | 16,1 |
| Çocuk Sayısı | 0 Çocuk | 13 | 21,0 |
| | 1 Çocuk | 17 | 27,4 |
| | 2 Çocuk | 16 | 25,8 |
| | 3 Çocuk | 6 | 9,7 |
| | 4 Çocuk | 6 | 9,7 |
| | 5 Çocuk | 1 | 1,6 |
| | 6 Çocuk | 3 | 4,8 |
| Çalışma Durumu | Çalışıyor | 13 | 21,0 |
| | Çalışmıyor | 49 | 79,0 |
| Çalışmayan Katılımcıların | Hastalık Sebebiyle | 4 | 6,5 |
| | İşi Bırakanlar | | |
| Çalışmama Sebebi | Hastalık Sebebiyle | 1 | 1,6 |
| | Raporlu olan | | |
| | Emekli | 17 | 24,4 |
| | Ev Hanımı | 26 | 41,9 |
| Aylık Gelir | Çok Düşük | 8 | 12,9 |
| | Düşük | 13 | 21,0 |
| | Orta | 39 | 62,9 |
| | Yüksek | 2 | 3,2 |

| | | | |
|---|------------------------------------|----|------|
| Katılımcıların Birlikte Yaşadığı Kişiler | Yalnız | 5 | 8,1 |
| | Eş/Partneri İle | 10 | 16,1 |
| | Eş ve Çocuklar İle | 22 | 35,5 |
| | Diğer | 25 | 40,3 |
| Tanı Sonrası Evdeki Kişi Sayısında Hastalık Sebebiyle Bir Değişim Oldu Mu? | Evet | 16 | 25,8 |
| | Hayır | 46 | 74,2 |
| Tedavi Masraflarının Karşılama Şekli | Kendisi | 1 | 1,6 |
| | Aile Yardımı | 3 | 4,8 |
| | Sosyal Sigorta | 1 | 1,6 |
| | (ssk, bağkur, emekli sandığı vs.) | | |
| | Kendisi Ve Devlet Yardımı Birlikte | 57 | 91,9 |

Katılımcılar arasında 35 yaşının altında 5 kadın(%8,1), 35 ile 50 yaş arasında 25 kadın (%40,3), 50 yaş üstünde ise 32 kadın(%51,6) bulunmaktadır. Katılımcıların yaşamlarının büyük kısımlarını geçirdikleri yere bakıldığında; 46 hasta büyükşehirde (%74,2), 12 hasta şehirde (%19,4), 14 hasta ise köy-kasabada (%6,5) yaşadığını belirtmiştir. Eğitim durumu dağılımına bakılacak olursa; katılımcılardan 1'isinin okuryazar olmadığı (%1,6), 8'inin yalnızca okuryazar (%12,9), 13'ünün ilkokul mezunu (%21,0), 2'sinin ortaokul mezunu (%3,2), 24'ünün lise mezunu (%38,7), 3'ünün yüksekokul mezunu (%4,8), 7'sinin üniversite mezunu (%11,3) ve 4'ünün yüksek lisans- doktora mezunu (%6,5) olduğu görülmektedir. Katılımcılardan 13'ü(%21,0) çalıştıklarını, 49'u ise (%79) çalışmadıklarını belirtmiştir. Çalışmayan katılımcıların;

4'ü (%6,5) hastalık sebebiyle işi bıraktıklarını, 1'i(%1,6) hastalık nedeniyle raporlu olduğunu, 26'sı (%41,9) ev hanımı olduğunu ve 17'si (%24,4) emekli olduğunu belirtmiştir. Çalışanların ise meslek dağılımı; 1 kişi öğretmen(%1,6), 1 kişi kuaför(%1,6), 2 kişi terzi (3,2), 2 kişi içmimar (%3,2), 1 kişi hizmetli(%1,6), 1 kişi memur (%1,6), 1kişi yönetici (%1,6), 1kişi psikolog(%1,6) şeklindedir. Aylık gelir düzeylerini katılımcılardan 8'i çok düşük (%12,9), 13'ü düşük (%21,0), 39'u orta (%62,9),2'si ise yüksek (%3,2) şeklinde değerlendirmişlerdir. Katılımcıların 32'si (%52,6) evli, 9'u (%14,5) bekar,11'i (%17,7) dul, 10'u(%16,1) ise boşanmıştır. Boşanmış olan katılımcıların 5'i (%8,1) tanı öncesindeki, 7'si (%11,3) ise tanı sonrasındaki süreçte eşlerinden boşanmışlardır. Eşleri ölen katılımcıların ise 7'sinin (%11,3) eşi tanı öncesinde, 2'sinin ise (%3,2) tanı sonrasında eşleri vefat etmiştir. Evli ya da birlikte yaşadıkları bir partneri olduğunu belirten kadınlara eşlerinin de sosyodemografik özellikleri ile ilgili sorular sorulmuştur. Buna göre; eşi olan kadınların eşlerinin yaş ortalaması 27,98'dir (SS:28,21). Eşlerinin 3'ü (%4,8) okuryazar, 7'si (%11,3) ilkokul, 6'sı (%9,7) ortaokul, 6'sı (%9,7) lise, 2'si (%3,2) yüksekokul, 8'i (%12,9) üniversite ve üzeri mezunudur. Eşlerinin meslek dağılımı ise 1 (%1,6) akademisyen, 4 (%6,5) mühendis, 1 (%1,6) yazar, 12 (%19,4) serbest meslek, 2 (%3,2) muhasebe, 1 (%1,6) memur, 2 (%3,2) mimar, 8 (%12,9) emekli ve 1 (%1,6) işsiz şeklindedir. Evli olan kadınların eşleri ile ilişki süreleri ortalama 14,31 yıldır (SS=16,27). Katılımcıların kimlerle yaşadıkları ile ilgili soruya; 5 kişi (%8,1) yalnız, 10 kişi (%16,1) sadece eş ile birlikte, 22 kişi (%35,5) eş ve çocuklar ile birlikte, 25 kişi (%40,3) ise diğer seçeneğini işaretlemişlerdir. Katılımcıların 17'sinin (%27,4) 1 çocuğu, 16'sının (%25,8) 2 çocuğu, 6'sının (%9,7) 3 çocuğu, 6'sının (%9,7) 4 çocuğu, 1'inin (%1,6) 5 çocuğu, 3'ünün (%4,8) 6 çocuğu bulunmakta olup 13'ü (%21,0) çocuk

sahibi değildir. Katılımcılardan 16'sının (%25,8) tanı sonrası evindeki kişi sayısında değişim olurken, 46'sının (%74,2) olmamıştır. Hastalıkları ile ilgili tedavi masraflarını 1 kadının (%1,6) kendisi, 3 kadının (%4,8) ailesi, 1 kadının (%1,6) devlet, 57 kadının ise (%91,9) devlet ve kendisi birlikte karşılamaktadırlar.

Tablo 4.2: Katılımcıların Hastalıkları İle İlgili Bilgileri

| Hastalığa İlişkin Bilgiler | | N | % |
|--|------------------------|----------|----------|
| Meme Kanseri Haricinde Devam Eden | Var | 9 | 14,5 |
| Kronik Bir Rahatsızlık Varlığı | Yok | 53 | 85,5 |
| Meme Kanseri Tanısı Sonrası | Kemoterapi | 13 | 21,0 |
| Alınan Tedaviler | Radyoterapi | 6 | 9,7 |
| | Kemoterapi+Radyoterapi | 42 | 67,7 |
| | Cerrahi Müdahale | 58 | 93,5 |
| Estetik Cerrahi Olma Durumu | Oldum | 9 | 14,5 |
| | Olmadım | 53 | 85,5 |
| Psikiyatrik Yardım Öyküsü | Var | 16 | 25,8 |
| | Yok | 46 | 74,2 |
| Alınan Psikiyatrik Yardım Türü | İlaç Tedavisi | 12 | 19,4 |
| | Psikolojik Tedavi | 0 | 0 |
| | İlaç+Psikoterapi | 4 | 6,5 |

| | | | |
|--|-----------------------|---|-----|
| Psikiyatrik Yardım Aldığı Süreç | Kanser Tanısı Öncesi | 3 | 4,8 |
| | Almış Devam Etmiyor | | |
| | Kanser Tanısı Sonrası | 2 | 3,2 |
| | Almış Devam Ediyor | | |
| | Kanser Tanısı Öncesi | 5 | 8,1 |
| | Almış Devam Ediyor | | |
| | Tedavi Sürecinde | 6 | 9,7 |
| | Almış Devam Etmiyor | | |

Tablo 4.2.'te hastalığa ilişkin değişkenler ve dağılımları sunulmuştur. Yapılan betimleyici analiz sonuçlarına göre; katılımcıların 53'ünün meme kanseri haricinde devam eden başka bir kronik rahatsızlığı bulunmazken 9'unun bulunmaktadır. Başka bir kronik rahatsızlığı olan hastaların hastalık dağılımı; 4(%6,5) şeker hastası, 1 (%1,6) KOAH hastası, 1 (%1,6) üretra darlığı hastası, 1 (%1,6) astım hastası, 1 (%1,6) tiroid hastası şeklindedir. Meme kanseri tanısı öncesinde geçirdiği başka bir kanser öyküsü olan sadece 1 katılımcı (%1,6) bulunmaktadır. Bu katılımcının geçirdiği önceki kanser türü yine meme kanseridir. Katılımcıların meme kanseri tanısı almalarının üzerinden geçen sürenin ortalaması 45,65 aydır (SS:36,78). Tanı sonrası almış oldukları son tedavinin üzerinden geçen sürenin ortalaması ise; 32,60 ay'dır (SS:31,50). Meme kanseri tanısı sonrası 13 hasta (%21,0) kemoterapi, 6 hasta (%9,7) radyoterapi ve 42 hasta (%67,7) radyoterapi tedavisi gördüğünü belirtmiştir. Bu tedavilerin yanında cerrahi müdahale de gören 58 hasta (93,5) bulunmaktadır. Cerrahi müdahale gören hastaların; 29'u (%46,8) radikal mastektomi 5'i (%8,1) parsiyel mastektomi, 6'sı (%9,7) modifiye radikal mastektomi, 18'i (%29,0) lumpectomy türünde cerrahi müdahale görmüşlerdir. Katılımcılardan cerrahi müdahale sonrası 9'u (%14,5) estetik operasyon

yaptırırken,53'u (%85,5) yaptırmamıştır. Katılımcılardan 16 kadın (%25,8) hastalık öncesinde psikiyatrik yardım aldığını, 46 kadın(%74,2) ise psikiyatrik yardım almadığını belirtmiştir. Psikiyatrik yardım alan kadınların 12'si (%19,4) ilaç tedavisi, 4'ü ise (%6,5) ilaç tedavisi ile birlikte psikoterapi gördüğünü belirtmiştir. Psikiyatrik yardım alanların 3'ü (%4,8) psikiyatrik yardımı kanser tanısı öncesi aldığını ve artık devam etmediğini, 2'si (%3,2) kanser tanısı sonrası aldığını ve hala almaya devam ettiğini, 5'i (%8,1) kanser tanısı öncesi aldığını ve hala devam ettiğini, geri kalan 6'sı (%9,7) ise meme kanseri tedavisi sürecinde aldığını ve artık devam etmediğini belirtmiştir.

4.2. TEMEL DEĞİŞKENLER ARASI İLİŞKİLER

Bu aşamada ilk olarak çalışmada kullanılan temel değişkenlerin betimleyici özellikler bağlamında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. İkinci olarak; temel yordayıcı analizlerle değişkenler arası ilişkinin doğası ortaya konmaya çalışılmıştır.

4.2.1. Demografik Değişkenler İle Genel Sağlık, Stresle Baş Etme Yöntemleri, Strese Bağlı Gelişim, Çiftler Uyumu Arası Farklılıklar

Tabla 4.3: Gelir Düzeyi (Çok Düşük-Düşük-Orta-Yüksek) İle Genel Sağlık, Stresle Baş Etme Yöntemleri, Strese Bağlı Gelişim, Çiftler Uyumu Arasındaki Farklılığa İlişkin Anova Sonuçları

| Kaynak | Kareler Toplamı | Serbestlik Derecesi | Kareler Ortalaması | F |
|--------------------------|-----------------|---------------------|--------------------|-------|
| Genel Sağlık | | | | |
| Gruplar Arası | 1,57 | 3 | 0,52 | 0,78 |
| Toplam | 14,24 | 61 | | |
| Kendine Güvenli Yaklaşım | | | | |
| Gruplar Arası | 0,75 | 3 | 0,25 | 0,84 |
| Toplam | 17,99 | 61 | | |
| Çaresiz Yaklaşım | | | | |
| Gruplar Arası | 3,42 | 3 | 1,14 | 4,13* |
| Toplam | 19,41 | 61 | | |
| Boyun Eğici Yaklaşım | | | | |
| Gruplar Arası | 2,19 | 3 | 0,73 | 2,55 |
| Toplam | 18,79 | 61 | | |
| İyimser Yaklaşım | | | | |
| Gruplar Arası | 0,49 | 3 | 0,16 | 0,61 |
| Toplam | 16,14 | 61 | | |

| | | | | |
|-------------------------|--------|----|------|------|
| Sosyal Desteğe Başvurma | | | | |
| Gruplar Arası | 0,34 | 3 | 0,12 | 0,43 |
| Toplam | 15,49 | 61 | | |
| Strese Bağlı Gelişim | | | | |
| Gruplar Arası | 0,71 | 3 | 0,24 | 0,82 |
| Toplam | 16,78 | 61 | | |
| Çiftler uyumu | | | | |
| Gruplar Arası | 4,84 | 3 | 1,61 | 0,73 |
| Toplam | 133,37 | 61 | | |

* $P < 0,01$

Analiz öncesi yapılan Levene's Testi sonucunda anlamlı çıkmamıştır. Bu sonuç doğrultusunda parametrik bir test olan Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmaya karar verilmiştir. Tablo 4.4'te; gelir düzeylerinin diğer değişkenler açısından farklılaşp farklılaşmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları sunulmuştur. Yapılan test sonucunda; gelir durumuna göre genel sağlık , kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma, strese bağlı gelişim, çiftler uyumu değişkenleri ile anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmada kullanılan değişkenlerden yalnızca stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin alt kategorisi olan çaresiz yaklaşım ile anlamlı farklılık bulunmuştur ($F(3,58)=4,13, p < 0,01$).

Post hoc (Scheffe) analizi sonucuna göre bu farklılık sadece çok düşük ve yüksek gelir düzeyine sahip katılımcılar arasında görülmüştür. Buna göre; çok düşük gelir düzeyine sahip kişiler anlamlı olarak yüksek gelir düzeyindekilere göre daha fazla çaresiz yaklaşım göstermektedirler.

Tablo 4.4: Eğitim Durumu İle Genel Sağlık, Stresle Baş Etme Yöntemleri, Strese Bağlı Gelişim, Çiftler Uyumu Arasındaki Farklılığa İlişkin Anova Sonuçları

| Kaynak | Kareler Toplamı | Serbestlik Derecesi | Kareler Ortalaması | F |
|--------------------------|--------------------|------------------------|-----------------------|------|
| Genel Sağlık | | | | |
| Gruplar Arası | 0,45 | 2 | 0,22 | 0,96 |
| Toplam | 14,24 | 61 | | |
| Kendine Güvenli Yaklaşım | | | | |
| Gruplar Arası | 1,37 | 2 | 0,68 | 2,42 |
| Toplam | 17,99 | 61 | | |
| Çaresiz Yaklaşım | | | | |
| Gruplar Arası | 2,10 | 2 | 1,05 | 3,59 |
| Toplam | 19,41 | 61 | | |
| Boyun Eğici Yaklaşım | | | | |
| Gruplar Arası | 1,65 | 2 | 0,82 | 2,83 |
| Toplam | 18,78 | 61 | | |
| İyimser Yaklaşım | | | | |
| Gruplar Arası | 0,83 | 2 | 0,41 | 1,59 |
| Toplam | 16,14 | 61 | | |
| Sosyal Desteğe Başvurma | | | | |
| Gruplar Arası | 1,43 | 2 | 0,72 | 3,03 |
| Toplam | 15,49 | 61 | | |
| Strese Bağlı Gelişim | | | | |
| Gruplar Arası | 1,15 | 2 | 0,58 | 2,18 |
| Toplam | 16,78 | 61 | | |

| | | | | |
|---------------|--------|----|------|------|
| Çiftler uyumu | | | | |
| Gruplar Arası | 2,44 | 2 | 1,22 | 0,55 |
| Toplam | 133,37 | 61 | | |

Analiz öncesi yapılan Levene's Testi sonucunda anlamlı çıkmamıştır. Bu sonuç doğrultusunda parametrik bir test olan Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmaya karar verilmiştir Tablo 4.5'te de görüldüğü gibi yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi testi sonuçlarına göre; eğitim düzeyinin stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin alt kategorileri olan kendine güvenli yaklaşım ($F(2,59)=2,42, p<0,05$), çaresiz yaklaşım ($F(2,59)=3,59, p<0,05$), boyun eğici yaklaşım ($F(2,59)=2,83, p<0,05$), iyimser yaklaşım ($F(2,59)=1,59, p<0,05$), sosyal desteğe başvurma yaklaşımı ($F(2,59)=3,03, p<0,05$); ve diğer değişkenler olan genel sağlık ($F(2,59)=0,96, p<0,05$), strese bağlı gelişim ($F(2,59)=2,18, p<0,05$) ve evlilik uyumlarından ($F(2,59)=0,55, p<0,05$) hiç biri ile arasında anlamlı bir fark bulgulanmamıştır. Buna göre; araştırmaya katılan temel değişkenler eğitim düzeyine göre farklılaşmamaktadırlar.

Tablo 4.5: Çalışma Durumu İle Genel Sağlık, Stresle Baş Etme Yöntemleri, Strese Bağlı Gelişim, Çiftler Uyumu Arasındaki Farklılığa İlişkin Anova Sonuçları

| Kaynak | Kareler Toplamı | Serbestlik Derecesi | Kareler Ortalaması | F |
|---------------------------------|-----------------|---------------------|--------------------|-------|
| Genel Sağlık | | | | |
| Gruplar Arası | 0,38 | 1 | 0,38 | 0,159 |
| Toplam | 14,244 | 61 | | |
| Kendine Güvenli Yaklaşım | | | | |
| Gruplar Arası | 0,263 | 1 | 0,263 | 0,891 |
| Toplam | 17,993 | 61 | | |
| Çaresiz Yaklaşım | | | | |
| Gruplar Arası | 0,009 | 1 | 0,009 | 0,27 |
| Toplam | 19,409 | 61 | | |
| Boyun Eğici Yaklaşım | | | | |
| Gruplar Arası | 0,418 | 1 | 0,418 | 1,366 |
| Toplam | 18,787 | 61 | | |
| İyimser Yaklaşım | | | | |
| Gruplar Arası | 0,175 | 1 | 0,175 | 0,659 |
| Toplam | 16,139 | 61 | | |
| Sosyal Desteğe Başvurma | | | | |
| Gruplar Arası | 0,178 | 1 | 0,178 | 0,696 |
| Toplam | 15,493 | 61 | | |
| Strese Bağlı Gelişim | | | | |
| Gruplar Arası | 0,005 | 1 | 0,005 | 0,017 |
| Toplam | 16,782 | 61 | | |
| Çiftler uyumu | | | | |
| Gruplar Arası | 6,001 | 1 | 6,001 | 2,827 |
| Toplam | 133,371 | 61 | | |

Analiz öncesi yapılan Levene's Testi sonucunda anlamlı çıkmamıştır. Bu sonuç doğrultusunda parametrik bir test olan Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmaya karar verilmiştir. Tablo 4.6'te yapılan çalışma durumunun temel değişkenler bakımından farklılaşıp farklılaşmadığını ölçmek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları sunulmuştur. Çalışma durumunun; stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin alt kategorileri olan kendine güvenli yaklaşım ($F(1,60)=0,891, p<0,05$) , çaresiz yaklaşım ($F(1,60)=0,27, p<0,05$) , boyun eğici yaklaşım ($F(1,60)=1,366, p<0,05$) , iyimser yaklaşım ($F(1,60)=0,659, p<0,05$) , sosyal desteğe başvurma yaklaşımı ($F(1,60)=0,696, p<0,05$) ve diğer değişkenler olan genel sağlık ($F(1,60)=0,159, p<0,05$) , strese bağlı gelişim ($F(1,60)=0,017, p<0,05$) ve evlilik uyumlarından ($F(1,60)=2,827, p<0,05$) hiçbiri ile arasında anlamlı bir fark bulgulanmamıştır. Buna göre; araştırmaya katılan temel değişkenler çalışma durumuna göre farklılaşmamaktadırlar.

4.2.2. Eş Varlığı İle Genel Sağlık, Stresle Baş Etme Yöntemleri, Strese Bağlı Gelişim, Çiftler Uyumu Arası Farklılıklar

Meme kanseri geçirmiş eşi olan ve olmayanlar kadınların; genel sağlık, stresle baş etme yöntemleri, strese bağlı gelişim açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmış olup sonuçlar Tablo 4.7’de gösterilmiştir.

Tablo 4.6: Eş Varlığı İle Genel Sağlık, Stresle Baş Etme Yöntemleri, Strese Bağlı Gelişim, Çiftler Uyumu Arasındaki Farklılığa İlişkin Anova Sonuçları

| Kaynak | Kareler Toplamı | Serbestlik Derecesi | Kareler Ortalaması | F |
|---------------------------------|-----------------|---------------------|--------------------|--------|
| Genel Sağlık | | | | |
| Gruplar Arası | 0,29 | 1 | 0,29 | 1,246 |
| Toplam | 14,244 | 61 | | |
| Kendine Güvenli Yaklaşım | | | | |
| Gruplar Arası | 0,649 | 1 | 0,649 | 2,246 |
| Toplam | 17,993 | 61 | | |
| Çaresiz Yaklaşım | | | | |
| Gruplar Arası | 1,897 | 1 | 1,897 | 6,499* |
| Toplam | 19,409 | 61 | | |
| Boyun Eğici Yaklaşım | | | | |
| Gruplar Arası | 1,429 | 1 | 1,429 | 4,940* |
| Toplam | 18,787 | 61 | | |
| İyimser Yaklaşım | | | | |
| Gruplar Arası | 0,32 | 1 | 0,32 | 0,119 |
| Toplam | 16,139 | 61 | | |

| | | | | |
|-------------------------|--------|----|-------|--------|
| Sosyal Desteğe Başvurma | | | | |
| Gruplar Arası | 1,641 | 1 | 1,641 | 7,107* |
| Toplam | 15,493 | 61 | | |
| Strese Bağlı Gelişim | | | | |
| Gruplar Arası | 2,357 | 1 | 2,357 | 9,802* |
| Toplam | 16,782 | 61 | | |

* $P < 0,05$

Analiz öncesi yapılan Levene's Testi sonucunda anlamlı çıkmamıştır. Bu sonuç doğrultusunda parametrik bir test olan Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmaya karar verilmiştir. Yapılan Tek Yönlü Varyans Analiz sonuçlarına göre; eşi olan ve olmayan kişiler çaresiz yaklaşım ($F(1,60)=6,499, p < 0,05$), boyun eğici yaklaşım ($F(1,60)=4,940, p < 0,05$), sosyal desteğe başvurma yaklaşımı ($F(1,60)=7,107, p < 0,05$), bakımından birbirinden anlamlı olarak farklılaşmaktadırlar. Ayrıca; strese bağlı gelişme düzeylerinin de eşi olan ve olmayanlar açısından farklılaştığı görülmüştür ($F(1,60)=9,802, p < 0,05$).

Buna göre; eşi olmayan kişileri eşi olan kişilere göre daha fazla stresle başa çıkma tarzlarından çaresiz yaklaşımı kullandıkları bulgulanmıştır. Benzer şekilde; eşi olanlar, olmayanlara göre daha fazla boyun eğici yaklaşıma ve sosyal desteğe başvurdukları sonucuna ulaşılmıştır. Son olarak; eşi olanlar olmayanlara göre stres yaratan deneyimler sonrasında daha fazla strese bağlı gelişim beyan ettikleri bulunmuştur.

Temel değişkenlerden genel sağlık($F(1,60)=1,246, p<0,05$), kendine güvenli yaklaşım ($F(1,60)=2,246, p<0,05$), iyimser yaklaşım($F(1,60)=0,119,p<0,05$) ile ise aralarında bir fark bulgulanmamıştır.

4.2.3. Değişkenler Arası Temel Korelasyonlar

Tablo 4.7: Demografik Değişkenler İle Genel Sağlık, Strese Başa Çıkma Yöntemleri, Strese Bağlı Gelişim Ve Çift Uyumu Arası Korelasyon Sonuçları

| | Yaş | Aylık Gelir | G.S. Toplam | Kendine Güvenli Yaklaş. | Çaresiz Yaklaş. | Boyun Eğici Yaklaş. | İyimser Yaklaş. | Sos. Des. Bşv. Yaklaş. | S.B.G. | Ç.U.Ö. |
|---------------------|-------|-------------|-------------|-------------------------|-----------------|---------------------|-----------------|------------------------|--------|--------|
| Yaş | | | | | | | | | | |
| Aylık Gelir | -,195 | | | | | | | | | |
| G.S.Toplam | ,020 | -,289 | | | | | | | | |
| Kendine Gv. Yaklaş | ,033 | ,186 | -,331** | | | | | | | |
| Çaresiz Yaklaş. | ,034 | -,389** | ,480** | -,320* | | | | | | |
| Boyun Eğici Yaklaş. | ,266* | -,216 | ,403* | -,315* | ,667** | | | | | |
| İyimser Yaklaş. | -,017 | ,151 | -,327** | ,679** | -,415** | -,134 | | | | |
| Sos.Des.Bşv.Yaklaş. | -,056 | -,141 | ,014 | ,079 | ,352** | ,289* | ,276* | | | |
| S.B.G. Toplam | -,096 | -,015 | -,100 | ,240 | -,220 | -,294* | ,060 | ,040 | | |
| Ç.U.Ö.Toplam | -,007 | -,009 | -,106 | ,175 | -,283* | -,251** | ,024 | -,318* | ,356** | |

*P<0,05, **P<0,01

Bu aşamada demografik değişkenler ve temel değişkenler arasındaki korelasyonlar incelenmiştir. Bu nedenle tüm değişkenlerin birbiriyle gösterdikleri ilişkileri belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon Katsayıları hesaplanmış ve sonuçlar Tablo 4.8 'te gösterilmiştir.

Tabloda da görüldüğü üzere; çaresiz yaklaşım ile demografik değişkenlerden aylık gelir düzeyi arasında da negatif yönde ($r(62)=-0,389, p<0,01$); genel sağlık toplam puanları ile arasında pozitif yönde ($r(62)=0,48, p<0,01$); kendine güvenli yaklaşım ile arasında ise negatif yönde ($r(62)=-0,32, p<0,05$) bir ilişki saptanmıştır. Buna göre; aylık gelir düzeyi düştükçe çaresiz yaklaşım artmaktadır. Genel sağlık puanları arttıkça genel sağlığın düştüğü göz önüne alınacak olursa genel sağlıksızlık arttıkça çaresiz yaklaşımın da arttığı ve çaresiz yaklaşım arttıkça kendine güvenli yaklaşımın düştüğü değerlendirilmiştir. Analiz sonuçlarına bakıldığında genel sağlık toplam puanı ile kendine güvenli yaklaşım arasında ise negatif yönlü bir korelasyon olduğu bulgulanmıştır ($r(62)=-0,331, p<0,01$). Bu sonuca göre; genel sağlıksızlık arttıkça kendine güvenli yaklaşıma başvurma oranı da düşmektedir.

Yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre; boyun eğme yaklaşımı ile katılımcıların yaşı ($r(62)=0,27, p<0,01$); genel sağlıksızlık puanı ($r(62)=0,403, p<0,05$) ve çaresiz yaklaşıma başvurma oranları ($r(62)=0,67, p<0,01$) arasında pozitif yönde bir ilişki bulunurken; kendine güvenli yaklaşıma başvurma oranları ($r(62)=-0,31, p<0,05$) ile arasında negatif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Buna göre; katılımcıların yaşı, genel sağlıksızlıkları ve çaresiz yaklaşımları arttıkça boyun eğme yaklaşımı da

artarken; kendine güvenli yaklaşıma başvurma oranları arttıkça boyun eğme yaklaşıma başvurma oranlarının azaldığı değerlendirilmiştir.

İyimser yaklaşım ile genel sağlıksızlık ($r(62)=-0,33,p<0,01$) ve çaresiz yaklaşıma başvurma oranı ($r(62)=-0,41,p<0,01$) arasında negatif yönde bir ilişki saptanırken; kendine güvenli yaklaşım ($r(62)=0,68,p<0,01$) ve sosyal desteğe başvurma oranı ($r(62)=0,28,p<0,05$) arasında ise pozitif yönde bir ilişki bulgulanmıştır. Bu sonuçlar; genel sağlıksızlık oranı arttıkça ve çaresiz yaklaşıma daha çok başvurdukça katılımcıların iyimser yaklaşım yöntemine daha az başvurduklarını; ayrıca kendine güvenli ve sosyal desteğe başvurma yaklaşımlarını kullanan katılımcıların iyimser yaklaşıma başvurma oranlarının yüksek olduğunu göstermektedir.

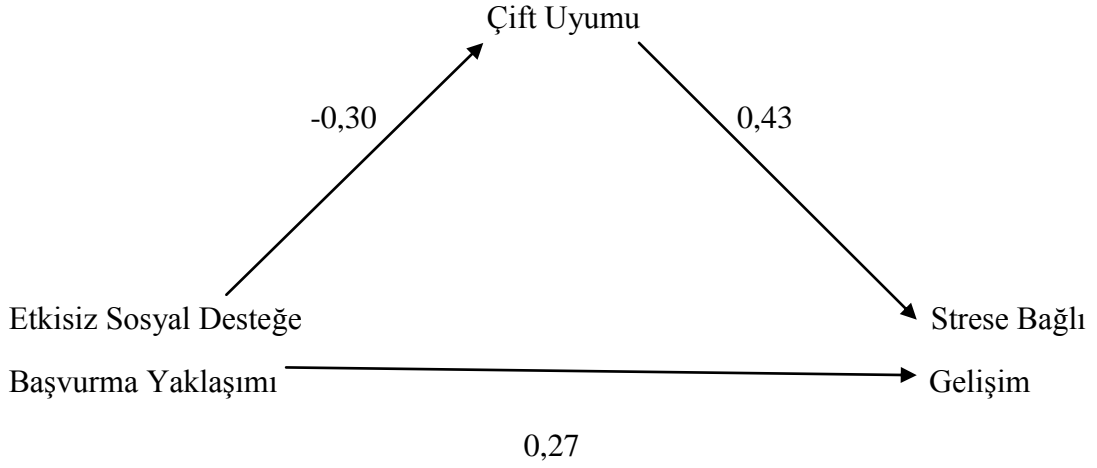
Etkisiz sosyal desteğe başvurma yaklaşımı ile; çaresiz ($r(62)=0,35,p<0,01$) ve boyun eğici yaklaşımlara başvurma oranları ($r(62)=0,29,p<0,05$) arasında pozitif; çift uyumu ile arasında ($r(62)=-0,32,p<0,05$) ise negatif yönde bir korelasyon olduğu bulgulanmıştır. Buna göre; etkisiz sosyal destek yaklaşımına başvuran katılımcıların daha çok çaresiz ve boyun eğici yaklaşım yöntemine başvurdukları; ancak çift uyumlarının diğer katılımcılara nazaran daha düşük olduğu bulgulanmıştır.

Strese bağlı gelişim ile boyun eğici yaklaşım arasında negatif yönde bir ilişki olması ($r(62)=-0,29,p<0,05$); strese bağlı gelişim oranları yüksek olan katılımcıların daha az boyun eğici yaklaşıma başvurduklarını göstermektedir.

Çift uyumu strese bağlı gelişim ($r(62)=0,36, p<0,01$) arasında pozitif yönde bir ilişki saptanırken; çaresiz ($r(62)=0,28, p<0,01$) ve boyun eğici yaklaşım ($r(62)=-0,25, p<0,05$) ile arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda; çift uyumu arttıkça strese bağlı gelişimin de arttığı; ayrıca çift uyumu düştükçe çaresiz ve boyun eğici yaklaşıma başvurma oranının arttığı söylenebilir.

4.2.4.Regresyon Analizi Sonuçları

Araştırmada önerilen model olan stresle başa çıkma yolları ile strese bağlı gelişim arasındaki ilişkiyi değişimleyen (mediation) evlilik uyumu test edilmiştir. Bu soruyu test etmek amacıyla söz konusu değişkenler kullanılarak path analizi yapılmıştır. Baron ve Keny (1986)'nin path analizindeki 4 adımı göz önüne alınarak yapılan analizde, ilk adım olarak sosyal desteğe başvurma yaklaşımının (bağımsız değişken) strese bağlı gelişim(bağımlı değişken) üzerindeki etkisi regresyon analizine tabii tutulmuştur. İkinci olarak sosyal desteğe başvurma yaklaşımının (bağımsız değişken) çift uyumuna (değişimleyici) etkisi regresyon analizi ile test edilmiştir. Üçüncü olarak; çift uyumunun (değişilmeyici) strese bağlı gelişimle (bağımlı değişken) ilişkisi regresyon analizi ile test edilmiştir. Son olarak; sosyal desteğe başvurma yaklaşımının strese bağlı gelişim ile ilişkisi çift uyumu kontrol edildikten sonra etkisi hiyerarşik regresyonla incelenmiştir. Buna göre; yapılan path analizi sonuçlarına göre; 5 farklı stresle başa çıkma yolundan sadece etkisiz sosyal destek arama ile strese bağlı gelişim arasındaki ilişkiyi çift uyumu düzeyinin değişimlediği bulunmuştur (Bknz:Şekil 2).



Şekil 2: Regresyon Analizi Sonucu

Buna göre; etkisiz sosyal destek arama (örneğin; stresle başa çıkma tarzları ölçeğindeki 1. Madde) çift uyumu ile ters yönde ilişkili bulunmuş olup ($\beta=-0,30, p<0,05$), aynı zamanda çift uyumu strese bağlı gelişim ile pozitif yönde ilişkili çıkmıştır ($\beta=0,43, p<0,01$). Elde edilen model, strese bağlı gelişimdeki varyansı etkisiz sosyal desteğe başvurma yaklaşımı çift uyumu üzerinden %13'ünü açıklamaktadır (Dolaylı Etki Büyüklüğü; Indirect Effect Size).

5.TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı giriş ve amaç bölümlerinde de belirtildiği gibi; meme kanseri geçirmiş kadınların eş varlıklarının, var olan eşleri ile uyumlarının ve diğer demografik değişkenlerin stresle başa çıkma tarzları ile strese bağlı gelişim üzerine etkisini değerlendirmektir. Bu bölümde ise; yapılan analizler doğrultusunda elde edilen bulgular literatür kapsamında tartışılmıştır.

5.1. ÖRNEKLEM GRUBUNUN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI

Schaefer ve Moss (1998) ortaya koydukları modelde, yaş, medeni durum, sosyoekonomik seviye gibi demografik değişkenlerin (bireysel kaynaklar) strese bağlı gelişim üzerinde önemli etkileri olduğunu belirtmişlerdir. Bu doğrultuda yapılmış araştırmalar çok çeşitli sonuçlar vermişlerdir. Örneğin; Widows ve ark.ları (2005)'nin kemik iliği nakli yapılan hastalarla yaptıkları araştırmada yaş ile strese bağlı gelişim arasında bir ilişki bulgulanmıştır. Buna göre; gençler daha çok strese bağlı gelişim göstermektedir. Meme kanseri geçirmiş kadınlar ile yapılan bazı araştırmalarda da benzer sonuçlara rastlanmıştır ve daha genç yaştaki meme kanseri geçirmiş kadınların daha çok strese bağlı gelişim gösterdikleri bulgulanmıştır (Belizzi ve Blank,2006; Schaefer ve Moss,1998). Bu araştırmaların aksi yönde sonuçlar bulgulayan araştırmalar da mevcuttur. Küçükaya (2010)'un meme kanserli kadınlarla yaptığı araştırmada yaş, tedavi türü, sosyal destek seviyesi, hastalık sonrası olumlu değişim ve tanı sonrası geçen süreler arasında herhangi bir ilişki saptamamıştır.

Yaptığımız araştırmada ise; yaş değişkeni ile strese bağlı gelişim arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Bunun sebebinin; katılımcıların yaşlarının geniş bir

ranj oluřturması olabileceđi dűřűnűlmektedir(31-78). Daha spesifik bir yař aralıđı ile farklı sonuçlara ulařılabileceđi űngűrűlmektedir. Arařtırmamızda yař deđiřkeni yalnızca stresle bařa çıkma tarzlarından boyun eđici yaklařım ile iliřkili bulunmuřtur ($r(62)=0,27,p<0,01$). Strese bađlı geliřim ile boyun eđici yaklařım arasında negatif yűnde bir iliřki olması ($r(62)=-0,29,p<0,05$); ancak yař ile strese bađlı geliřim arasında herhangi iliřki bulgulanmaması ranjin geniř olması problemi űzerindeki gűrűřű kuvvetlendirmektedir.

Eđitim seviyesi deđiřkeni ile ilgili de literatűrde çok çeřitli bulgular mevcuttur. Kűűkkaya (2010)'un yapmıř olduđu arařtırmada eđitim seviyesi ile hastalık sonrası olumlu geliřim arasında pozitif yűnde bir iliřki saptanmıřtır. Cordova (2007)'nın yapmıř olduđu arařtırmada da benzer sonuçlara rastlanmıřtır. Bu arařtırma sonuçlarına gűre; eđitim seviyesi arttıka strese bađlı geliřim de artmaktadır. Ancak; Widows ve ark.ları (2005) yapmıř olduđu arařtırmada eđitim seviyesi arttıka strese bađlı geliřimin dűřűgűnű bulgulamıřlardır. Weiss (2004); benzer sonuçları eđitim seviyesi yűkseldike spiritűel geliřimin dűřmesi řeklinde yorumlamıřtır. Yaptıđımız arařtırmada ise; eđitim seviyesi ile strese bađlı geliřim arasında herhangi bir iliřki bulgulanmamıřtır. Literatűrde benzer sonuçlara rastlamak műmkűndűr. Tomich ve Helgeson (2004) da yaptıkları arařtırmada eđitim dűzeyi ile strese bađlı geliřim arasında herhangi bir iliřki bulgulamamıřlardır.

Bir diđer demografik deđiřken ise sosyoekonomik seviyedir. Literatűrde sosyoekonomik seviye ile strese bađlı geliřim arasında iliřki olduđunu bulgulayan arařtırmalar mevcuttur (Cordova,2001). Ancak; bunun tam tersini bulgulayan arařtırmalar da mevcuttur (Milam,2004). Yaptıđımız arařtırmada da gelir dűzeyi, strese bađlı geliřim ile iliřkisiz bulunmuřtur. Ancak; gelir dűzeyi ile çaresiz

yaklaşım arasında negatif yönde bir korelasyon bulgulanmıştır. Beklenene paralel bir sonuçla düşük gelir düzeyli hastalar kendilerini daha çaresiz hissetmişlerdir.

Araştırmamıza dahil ettiğimiz örneklemede evli olmadan partneriyle birlikte yaşayan kadın yoktur. Ayrıca; eşi olmayan meme kanseri geçirmiş kadın bulma konusunda oldukça fazla zorlanılmıştır. Vaka toplama esnasında 30 yaş üzeri eşi olmayan kadın bulmada karşılaşılan zorluk ve evlilik haricinde partneri ile birlikte yaşayan kadın olmaması konuları üzerinde Türk kültürünün bir etkisi olabileceğini düşündürmektedir.

5.2. GENEL SAĞLIK İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI

Literatürde genel sağlık anketi, olası depresyon ve anksiyete belirtilerini yakalamanın yanı sıra ruhsal sağlığın, psikolojik iyi olma halinin de ölçülmesinde kullanılan kısa bir ankettir (Tabolli ve ark.ları, 2013). Daha önce de belirtildiği gibi meme kanseri, kadınların ruhsal sağlığını etkileyen ciddi bir stresör kaynağıdır. Bu sebeple literatürde meme kanserli kadınların ruhsal sağlığı ile ilişkisinin araştırıldığı birçok çalışma mevcuttur. Baş etme yöntemleri bunlardan biridir. Örneğin; Bigatti ve ark.larının (2012) yapmış olduğu bir araştırmaya göre meme kanserli kadınlarda kaçınmacı yaklaşımın ruhsal durumu etkileyerek depresyona sebep olduğu bulgulanmıştır. Cohen (2002)'in yapmış olduğu araştırmada ise meme kanserli kadınlarda duygu odaklı baş etme yöntemlerinin depresyon ve genel sağlığın %8'ini; iyimserliğin ise anksiyetenin %11'ini yordadığı bulgulanmıştır. Buna göre; iyimser yaklaşım ve duygu odaklı baş etme yöntemleri arttıkça kişi kendisini daha sağlıklı hissetmektedir.

Holland ve Holahan (2003) yaptıkları araştırmada; pozitif yeniden yorumlama, problem çözüme ve sosyal desteğe başvurma gibi etkili baş etme stillerinin iyi olma hali ile pozitif yönde; kaçınmacı, boyun eğici gibi etkisiz baş etme yöntemleri ile ise negatif yönde korelasyon göstermiştir (akt: Li ve ark.ları, 2007).

Yapılan bu araştırmada da meme kanseri geçirmiş kadınlarda genel sağlık; çaresiz ve boyun eğme yaklaşımları ile pozitif; kendine güvenli ve iyimser yaklaşımlarda ise negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Genel sağlık puanlarının arttıkça kişinin kendisini sağlıklı hissetme oranının da arttığını göz önünde bulunduracak olursak; bu sonuçlar, çaresiz ve boyun eğici yaklaşımları kullanan kadınların kendilerini, kendine güvenli ve iyimser yaklaşımlara başvuranlardan daha sağlıklı hissettiklerini göstermektedir. Belirtilen araştırmalardan da görüleceği üzere bu sonuçlar literatüre paralel sonuçlardır.

Literatürde genel sağlık ile ilişkisi araştırılan diğeri bir konu ise demografik değişkenlerdir. Cohen (2002) 'in yapmış olduğu araştırmada eğitim düzeyi, gelir durumu, medeni durum gibi sosyodemografik değişkenler ile genel sağlık arasında bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde bunun tersini gösteren araştırmalar da mevcuttur (Mccaul ve ark.ları,1999; akt: Cohen,2002). Yapılmış bu çalışmada da demografik değişkenlerden hiç biri genel sağlıkla ilişkili bulunmamıştır.

Son olarak; genel sağlık ile strese bağı gelişim arasında herhangi bir ilişki bulgulanmamıştır. Ayrıca; yapılan regresyon analizinde de genel sağlık strese bağı gelişim ile stresle başa çıkma arasındaki ilişkide herhangi bir etkiye sahip bulunmamıştır. Literatürde genel sağlık ile strese bağı gelişim arasında ilişki bulgularan araştırmaların yanı sıra (Urcuyo ve ark.ları, 2005) araştırma sonuçlarıyla

paralel olarak kanser hastalarında genel sağlık ile strese bağlı gelişim arasında ilişki saptamayan çalışmalar da mevcuttur (Sears, 2003, McGregor ve ark.ları,2004, akt: Barskova ve Oesterreich, 2009).

5.3. EŞ VARLIĞI VE ÇİFT UYUMU İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI

Kanser hastalarının birçoğu hastalık ve tedavi süreçlerinden bahsederken eşlerini en önemli destekçileri olarak tanımlarlar (Manne ve Glassman,2000). Bu araştırmanın vaka toplama esnasında araştırmacı ; “Eşim olmasa bu hastalıkla baş edemezdim”, “Allah eşimden razı olsun en büyük destekçim oydu”, “Göğüslerimin alınması benim için çok büyük bir yıkımdı, bunun üstesinden gelmem eşim sayesinde oldu” gibi eş varlığının ve onlar ile uyumlarının önemini vurgulayan cümlelere tanık olmuştur. Ancak; bunun tam tersi “eşim hiç destek olmadı”, “her şeyi kendi başıma yaşadım” gibi cümleler de söylenmiştir. Bu cümleler meme kanseri gibi ciddi stresör kaynaklarında sosyal destek olarak bir eşin önemini vurgulayan cümlelerdir. Literatürde sağlık problemi gibi stresörler ile baş etme sürecinde eş varlığının önemini gösteren araştırmalar mevcuttur (Prezza ve Pacilli, 2002; Annak, 2005). Bu araştırmada ise; eşi olan ve olmayan kişiler çaresiz yaklaşım($F(1,60)=6,499, p<0,05$), sosyal desteğe başvurma yaklaşımı($F(1,60)=7,107, p<0,05$) açısından farklılaşmaktadır. Araştırma sonucuna göre; eşi olanlar olmayanlara göre daha fazla sosyal desteğe başvurma yöntemini kullanırken; eşi olmayanlar olanlara göre kendilerini daha fazla çaresiz hissetmişlerdir. Liteatürdeki diğer araştırmalara bakıldığında eşi olmayan (boşanmış, dul veya hiç evlenmemiş) kadınlar, kanser ile baş etmede evli olan hastalara göre daha fazla zorlandıklarını belirtmişlerdir (Sherman ve ark. , 2009). Bu bulgular araştırma sonuçlarımız ile paraleldir.

Ayrıca; eşi olan ve olmayan kadınlar strese bağlı gelişme düzeyleri açısından da farklılaşmaktadırlar ($F(1,60)=9,802,p<0,05$).Yapılan araştırma sonucuna göre; eşi olanlar olmayanlara göre daha yüksek derecede strese bağlı gelişim göstermişlerdir.

Strese bağlı gelişim ile sosyal destek arasındaki ilişkiyi araştıran ve sosyal desteğin strese bağlı gelişim üzerinde çok önemli bir etkisi olduğunu bulgulayan birçok çalışma mevcuttur (Karancı ve Erkam, 2007). Literatürde özellikle sosyal destek ile strese bağlı gelişim arasındaki ilişkiye eşten gelen duygusal desteğe nazaran daha fazla ağırlık verildiği gözlenmiş olup bu araştırmanın duygusal ilişki varlığı ve strese bağlı gelişim ilişkisi ile ilgili literatüre katkı sağladığı düşünülmektedir.

Eş varlığının yanı sıra var olan eş ile uyumun da önemli olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur. Wimberly ve ark.larının 2005 yılında yaptıkları araştırmada; meme kanseri kadınların eşlerinden gelen duygusal desteğin iyi olma hallerini etkilediğini bulgulamışlardır. Ballentyne ise 2004 yılında yaptığı araştırmada duygusal açıdan destekçi olmayan eşlere sahip olan meme kanserli kadınların kansere uyumlarının düşük olduğunu ayrıca; hastalıktan daha fazla olumsuz yönde etkilendiklerini bulgulamıştır. Meme kanseri sonrası mastektomi gibi tedaviler sonucu oluşan yarattığı fiziksel değişimler sebebiyle kadında beden imajı sorunları ve cinsel fonksiyon bozukluklarına sebep olabilmektedir. Literatürde çift uyumu yüksek ilişkilere sahip kadınların bu sorunlarla daha etkin baş edebildikleri görülmüştür (Akt: Akdeniz,2012).

Yaptığımız bu araştırma sonucunda ise; çift uyumu ile strese başlı gelişim arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır ($r(62)=0,36,p<0,01$). Çift uyumlarını yüksek olarak algılayan meme kanseri geçirmiş kadınların düşük olarak algılayanlara nazaran strese bağlı gelişimlerinin daha yüksek olduğu değerlendirilmiştir. Ayrıca;

çaresiz ($r(62)=0,28,p<0,01$) ve boyun eğici yaklaşım ($r(62)=-0,25,p<0,05$) ile strese bağlı gelişimleri arasında negatif yönde bir ilişki bulgulanmıştır. Buna göre; araştırmamızda katılımcıların çift uyumu düştükçe boyun eğici ve çaresiz yaklaşıma daha fazla yöneldikleri gözlenmiştir. Akdeniz (2012) 'in yapmış olduğu araştırmada çift uyumu arttıkça meme kanseri olan evli kadın hastaların kanser sürecinde daha kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma gibi daha etkili baş etme yöntemlerine başvurdukları; çaresiz ve boyun eğici yaklaşım gibi etkisiz baş etme davranışlarına daha az yöneldikleri görülmektedir. Bu araştırma ile meme kanseri geçirmiş kadınların bu stresle süreçte eşlerini sosyal destek olarak algıladıkları bu sebeple de daha fazla etkili baş etme yöntemlerinden olan sosyal destek arama baş etme yöntemine başvurdukları sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar araştırmamızın bu konudaki literatüre paralel sonuçlar verdiğini göstermektedir.

Eşi olan katılımcıların araştırma esnasında doldururken en çok zorlandıkları ölçeğin "Çiftler Uyumu Ölçeği" olduğu gözlenmiştir. Özellikle cinsel hayatları ile ilgili sorulara (23. ve 29. sorular) cevap verme konusunda oldukça zorlandıkları değerlendirilmiştir. Ayrıca; eğitim durumu görece yüksek kadınların bu sorulara daha kolay cevap verdikleri de gözlenmiştir. Bu gözlemler; cinsellik konusuna bakışın eğitim ve kültürün etkisi ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

5.4. STRESLE BAŞA ÇIKMA İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI

Göral, Kesimci ve Gençöz (2006)'nın yapmış oldukları araştırmada strese bağlı gelişim problem ve duygu odaklı baş etme yöntemlerinin her ikisiyle de ilişkili bulunmuştur. Ayrıca yine Göral, Kesimci ve Gençöz (2005) yılında yaptıkları bir araştırmada problem odaklı başa çıkma ve kaderci (fatalistic) yaklaşım ile strese bağlı gelişim arasında ilişki saptamışlardır. Sheikh (2004) 'de yapmış olduğu araştırma da

duygu odaklı baş etme yöntemini strese bağlı gelişim ile ilişkili bulmuştur. Widows ve ark.ları (2005) da kemik iliği nakli olan hastalarla yaptıkları araştırmada olumlu yaklaşım, problem çözme ve alternatif ödülleri arama baş etme yöntemlerini kullananların nakil sonrası daha fazla strese bağlı gelişim yaşadıklarını bulgulamıştır. Sears ve ark.ları (2003)'nin yapmış olduğu başka bir araştırma da strese bağlı gelişimin iyimser yaklaşım ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Görüldüğü gibi literatürde baş etme ve strese bağlı gelişim arasındaki ilişkiyi inceleyen çok çeşitli sonuçlara ulaşılmış araştırmalar mevcuttur. Bu araştırmaların baş etme yöntemleri konusunda aynı nitelikte sonuçlar vermediği dikkat çekmektedir. Ancak genel olarak; strese bağlı gelişim ile baş etme yöntemleri arasında bir korelasyon olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Yapılan bu araştırmanın sonuçlarının da kendi içinde genel olarak literatüre paralel sonuçlar verdiği düşünülmektedir. Araştırma sonuçlarına göre; 5 farklı baş etme yönteminden yalnızca boyun eğici yaklaşım ile strese bağlı gelişim arasında ters yönlü bir korelasyon olduğu bulgulanmıştır ($r(62)=-0,29, p<0,05$). Yapılan regresyon analizi sonucunda ise; etkisiz sosyal destek ile strese bağlı gelişim arasında bir ilişki olduğu ve çift uyumunun bu ilişkinin %13'ünü yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç beklenene paralel bir sonuçtur. Ayrıca; regresyon analizinde etkisiz sosyal destek arama ile çift uyumu ters yönde ilişkili bulunmuştur. Yani; "içinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem" yönündeki soruların (1 ve 9. Sorular) kendisine uyduğunu belirten evli kadınların çift uyumlarının düşük olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Analiz sonuçlarında strese bağlı gelişimin diğer baş etme yöntemleriyle ilişkili bulunmaması, katılımcı sayısının az olmasının bir sonucu olabileceğini düşündürmektedir.

5.5. STRESE BAĞLI GELİŞİM İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırma örneklemini vermiş oldukları cevaplar doğrultusunda en yüksek 150 puan alınabilecek olan strese bağlı gelişim ölçeğinde vermiş oldukları cevaplar doğrultusunda ortalama 101,47 puan almışlardır. Ortalamanın oldukça yüksek olması meme kanseri geçirmiş kadınların hastalık sonrası yüksek oranda strese bağlı gelişim yaşadıklarını göstermektedir. Bu sonuç; strese bağlı gelişim teorisinin doğasına uygun ve literatürdeki strese bağlı gelişim ile ilgili araştırmalara (örneğin; Karancı ve Erkam, 2007; Kesimci, 2003; Güneş,2001) paralel bir sonuçtur.

Literatüre bakıldığında strese bağlı gelişim ile ilişkili bulunan ve strese bağlı gelişimi etkileyen birçok değişkene rastlanmaktadır. Giriş bölümünde daha detaylı bahsedilen bu değişkenlerden bazıları şu şekilde özetlenebilir; hastalık algısı (Bayraktar,2008; Cordova ve ark.ları,2001), baş etme yöntemleri (Belizzi ve Blank,2006), olayın kontrol edilebilirliği (Göral, Kesimci ve Gençöz, 2006), kontrol odağı (Cohen ve ark.ları,1998), sosyal destek (Karancı ve Erkam,2007), medeni durum (Ho ve ark.ları,2011), evlilik kalitesi (Weiss,2002) vb.

Yapılan bu araştırmada ise; stresle başa çıkma tarzlarından yalnızca boyun eğici yaklaşım ile ters yönde ilişkili bulunmuş olup, yapılan regresyon sonucunda da etkisiz sosyal destek arama ile var olan ilişkisini çift uyumunun etkilediği bulgulanmıştır. Bu sonuçların literatüre paralel sonuçlar olduğu değerlendirilmektedir. Araştırma ile ilgili sınırlılıklar ve analizde diğer baş etme yöntemleriyle ilişkili olduğu beklentisine ulaşamaması ile ilgili düşünülen problemler “Araştırmanın Sınırlılıkları Ve Öneriler” kısmında detaylandırılacaktır.

5.6. ARAŞTIRMA SONUÇLARI

Yapılan araştırmanın amaçları doğrultusunda belirtilen sorulara cevap olarak bulunan sonuçlar şu şekildedir:

- 1) Genel sağlık ve strese bağlı gelişim değişkenleri gelir düzeyine göre farklılaşmazken; gelir düzeyinin çok düşük olduğunu belirten katılımcıların stresle başa çıkma yöntemlerinden yalnızca çaresiz yaklaşımda farklılaştığı gözlenmiştir. Ayrıca; genel sağlık, strese bağlı ve gelişim ve stresle başa çıkma yöntemlerinin eğitim düzeyi ve çalışma durumuna göre farklılaşmadığı bulgulanmıştır. Son olarak; eş varlığı değişkeni strese bağlı gelişim ve stresle başa çıkma tarzlarından çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma yaklaşımı bakımından farklılaşmakta olup diğer stresle başa çıkma tarzları ve genel sağlık bakımından farklılık göstermemiştir.
- 2) Literatürdeki bilgiler ışığında stresle başa çıkma yolları ile strese bağlı gelişim arasında olduğu varsayılan ilişkiyi araştırma sonuçlarına göre;
 - a. genel sağlık değişkeni etkilememektedir.
 - b. demografik değişkenler etkilememektedir.
 - c. eşi olan kadınların eşleri ile uyumları etkilemekte olup bu ilişkiyi %13 oranında yordadığı bulgulanmıştır.

5.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE ÖNERİLER

Araştırmanın sınırlılıkları şu şekilde sıralanabilir:

- 1) Katılımcıların yaş ranjının çok geniş olması
- 2) Eşi olmayan meme kanseri geçirmiş kadın katılımcı bulmada zorlanması sebebiyle katılımcıların meme kanseri tanısı alma sınırının 6 ay ile 12 yıl gibi geniş bir ranjda toplanmak zorunda kalması. Bu durumun analiz sonuçları üzerinde etkisi olabileceği düşünülmektedir. Sonraki araştırmalarda ranjin daha spesifik tutulması önerilmektedir.
- 3) Katılımcı azlığı sebebiyle “Genel Sağlık Ölçeği” puanları yüksek olanların yani; kendilerini genel olarak sağlıksız algılayan kişilerin analiz dışı edilememesi ve bu durumun analiz sonuçları etkileyebilme olasılığı
- 4) Örneklem, evrene genellenememesi
- 5) Araştırmanın güvenilirliği; kullanılan ölçeklerin geçerlik güvenilirliği ve katılımcıların verdikleri cevaplar ile sınırlıdır. Benzer değişkenlerle niteliksel çalışmalar da yapılması önerilmektedir.
- 6) Araştırma; meme kanseri geçirmiş ve tedavisini tamamlamış olan kadınlar ile yürütülmüş olup eşleri olanların tanı- tedavi sonrası çift uyumlarına bakılmış yani tanı- tedavi öncesi dikkate alınmamıştır. Tanı-Tedavi öncesi uyumlarının da dikkate alınarak bu araştırmanın tanı-tedavi öncesi, sırası, sonrası şeklinde birkaç aşamalı olarak yapılması önerilmektedir.
- 7) Araştırma sonucunda eşi olmayanların daha fazla risk altında olduğu değerlendirilmiş olup meme kanseri tedavisi sırasında verilen psikososyal destek sırasında bunun dikkate alınması önerilmektedir.

6.KAYNAKÇA

- Adamson, E.(2005). Stres yönetimi. İstanbul: Morpa Kültür Yayınları.
- Akdeniz, E.B. (2012). Meme kanseri olan evli kadın hastaların eşler arası uyum ve baş etme biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*, 3(2):53-60.
- Akman, S. (2004). Stresin nedenleri ve açıklayıcı kuramlar. *Türk Psikoloji Bülteni*, Cilt 10, sayı 34-35.
- Akyolcu , N. (1991). Ailenin meme kanseri ile başa çıkma yolları. *Hemşirelik Bülteni*, 5, 29–37.
- American Psychiatric Association(2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4.basım). Washington, DC.: American Psychiatric Association.
- Amerikan Kanser Birliği. (1998). *Hemşireler İçin Kanser El Kitabı*. (2. baskı), Ankara: 4. Akşam Sanat Okulu Matbaası.
- Annak, B. B. (2005). *Sosyal Destek, Sosyal Ağ, Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyumu: Duygu-Durum ve Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Kişiler ve Düzenli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastalar Açısından Bir Karşılaştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Mersin: Mersin Üniversitesi.
- Anuk D. (1999). Kanser, kanserli hasta ailesi ve tedavi ekibi iletişimi. İstanbul: *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı*, 166–173.
- Appley, M. H. ve Trumbull,K. (1967). On the concept of psychological stres. *İçinde: Psychological Stress: Issues in Research* (Editörler: M. H. Appley ve R. Trumbull), New York: *Appleton-Century-Crofts*. 21-33.
- Armeli, S., Gunthert, K.C. ve Cohen, L.H. (2001). Stressor appraisals, coping, and post-event outcomes: The dimensionality and antecedents of stress-related growth. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 366–395.
- Balantyne,P.J.(2004). Social context and outcomes for the ageing breast cancer patient: considerations for clinical practitioners.*Journal of Clinical Nursing*. Volume 13, issue 1, 11-21.
- Baltaş, Z. (2007). *Sağlık psikolojisi* (3.baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Baltaş, Z. , Baltaş, A. (2011). *Stres ve başa çıkma yolları* (27.baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.

- Barskova, T. , Oesterreich, R. (2009). Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 31 (21) : 1709–1733.
- Baum, A. ve Grunberg, N. E. (1991). Gender, stress and health. *Health Psychology*, 10(2),80-85.
- Bayraktar,S.(2008). Kanser Hastalarında Travma Sonrası Gelişim Olgusunun ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi,İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Yayımlanmamış yüksek lisans tezi.
- Bellizzi, K. M., ve Blank, T. O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 25, 47–56.
- Ben-Zur, H. , Gilbar, O. ve Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: Patient, spouse and dyad models. *Psychosomatic Medicine*, 63, 315–326.
- Bigatti, S. M . , Steiner, J. L. , Miller, K.D. (2012), Cognitive Appraisals, Coping and Depressive Symptoms in Breast Cancer Patients, *Stress and Health*, John Wiley & Sons, 28: 355–361.
- Bilge, A. , Çam, O. (2008). Kanseri önlemede önemli bir faktör olarak kadınların stres ile başa çıkma tarzları ve sağlık inanışlarının incelenmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 9, 16-21.
- Blonna, R. (2007). *Coping with stres in a changing word* (4.baskı). New York:McGraw-Hill.
- Bloom, B.L. , Asher, S.J. ve White, S.W. (1978). Marital disruption as a stressor; a review and analysis. *Psychological Bulletin*, 85, 867-894.
- Carver, C. S., Pozo-Kaderman, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S. ve Clark, K. C. (1994). Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer*, 73, 1213–1220.
- Cerrahi Tedavi Yöntemi. (b.t.). 17.07.2013,
[http// www.europadonnaturkiye.org/index.php?cat=36](http://www.europadonnaturkiye.org/index.php?cat=36)
- Chen, X., Zheng, Y.,Zheng, W., Gu, K., Chen, Z., Lu, W., Shu, X. O. (2009). Prevalence of depression and its related factors among Chinese women with breast cancer. *Acta Oncol.*; 48(8): 1128-1136.
- Chun,J (2010). Application of stres and coping models runaway youths. *Asia Pacific Journal Of Social Work And Development*. 20(2), 7-20.
- Cohen, L. H. (1988). Measurement of life events. Cohen, L.H. (Ed.), *Life Events And Psychological Functioning: Theoretical And Methodological Issues*. içinde (11-30). Newbury Park, CA: Sage.

- Cohen, L. H., Hettler, T. R. ve Pane, N. (1998). Assessment of posttraumatic growth. Tedeschi, R.G., Park, C.L. ve Calhoun, L.G. (Ed). Posttraumatic Growth: Positive Changes In The Aftermath Of Crisis. içinde (23-42). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Cohen, M. (2002). Coping and Emotional Distress in Primary and Recurrent Breast Cancer Patients, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, Vol. 9, No. 3.
- Cohen, S. ve Syme, S. L. (ed) (1985). *Social Support and Health*. New York: Academic Press.
- Cohen, S. ve Willis, T.A.(1985). Stress, social support and buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 77, 152-171.
- Collins, R. L., Taylor, S. E. ve Skokan, L. A. (1990). A better world or a shattered vision? Changes in life perspectives following victimization. *Social Cognition*, 8, 263–285.
- Compas, B.E. (1987). Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*. 7, 275-302.
- Cordova, M. , Cunnigham, L. , Carlson, C. ve Andrykowski, M. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176–185.
- Cordova, M.J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., Spiegel, D. (2007). Breast cancer as a trauma: post-traumatic stress and post-traumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14, 308–319.
- Diñçel, E. (2004). Stresin psikofizyolojisi ve strese bağlı bedensel hastalıklar. *Türk psikoloji Bülteni* , 10, 34-35.
- Doğaner, M.(2000). Meme kanserinde farklı tedavi tekniklerinin psikososyal etkileri. *Türk Psikoloji Bülteni*, 16-9.
- Durak, E.S. ve Ayvaşık, H.B. (2010). Factors associated with posttraumatic growth among myocardial infarction patients: perceived social support, perception of the event and coping. *J Clin Psychol Med Settings*, 17:150–158.
- Durak, E.Ş. (2007). Environmental And Individual Resources, Perception Of The Event, Cognitive Processing And Coping As Factors Leading To Posttraumatic Growth Among The Survivor Of Myocardial Infarction Patients And Their Spouses. Üniversitesi Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Orta Doğu Teknik Üniversitesi.

- Eker, D. ve Arker, H.(1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikologlar Derneği Dergisi*, 10(34), 45-55.
- Elbi, H. (1991). Kanserin psikolojik yönleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2, 60–64.
- Elbi, H. (1997). Kanser ve psikiyatrik sorunlar. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 2(2), 173-187.
- Erbek, E. , Beştepe, E. , Akar, H. , Eradamlar, N. ve Alpkan, R.L.(2005). Evlilik uyumu. *Düşünen Adam*, 18 (1), 39-47.
- Fışıloğlu, H. ve Demir, A.(2000). Applicability of the dyadic adjustment of marital quality with Turkish couples. *European J Psychol Assessment*, 16, 214-8.
- Fincham, E D. ve Bradbury, T. N. (1987). The impact of attributions in marriage: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. 53, 481-489.3, 5
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotions. *American Psychology*, 56, 218–226.
- Gail, P.J, Harriet, S.C. ve Kim, E.B. (2001). Family coping, styles and challenges nursing. *Clinics of North America*, 36, 795-807.
- Ganz P.A., Rowland H., Desmond K., Meyerowitz B.E.(1998). Life after breast cancer: understanding women’s health-related quality o life and sexual functioning. *J Clin Oncol*, 16:501-514.
- Goh, Y. W. , Sawang, S. ve Oei, T. (2010). The Revised Transactional Model (RTM). Goldberger, L. ve Breznist, S. (ed). *Handbook Of Stress: Theoretical And Clinical Of Occupational Stress And Coping: An Improved Process Approach*. içinde(13-20). *The Australian And New Zealand Journal Of Organisational Psychology*, 3.
- Göral, F. S. , Kesimci, A. ve Gençöz, T. (2006). Roles o f the controllability of the event and coping strategies on stress - related growth in a Turkish sample. *Stress and Health*, 22, 297-303.
- Greer, S. (1991). Psychological response to cancer and survival. *Psychological Medicine*, 21,43-49.
- McGregor, B.A. , Antoni, M.H. , Boyers, A. , Alferi, S.M. , Blomberg, B.B. , Carver, C.S. (2004). Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *J Psychosom Res ; 56: 1–8*.
- Güleç, G. ve Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3(2), 343-367.

- Güllüoğlu, B.M., Aydın, E. Ve Soryano, V. (2009) Meme kanseriyle baş etme rehberi tedavide mediko-psikolojik açılımlar. Amerikan Hastanesi Yayınları, 9, İstanbul.
- Gümüş B.A. (2006). Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. Meme Sağlığı Dergisi, 2(3), 108-117.
- Gümüş, A. B. (2006). Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. Meme Sağlığı Dergisi, 2(3).
- Güneş, H. (2001). Gender differences in distress levels, coping strategies, stress-related growth and factors associated with psychological distress and perceived growth following the marmara earthquake. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Orta Doğu Teknik Üniversitesi.
- Henson, H. K. (2002). Breast cancer and sexuality. *Sexuality And Disability*, 20 (4), 261-275.
- Ho, S., Rajandram, R.K. , Chan, N., Samman, N. , McGrath, C., Zwahlen, R.A.(2011). The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients. *Oral Oncology*.47, 121–124.
- Hocaoğlu, Ç., Kandemir, G., Çivil, F. (2007), “Meme Kanserinin Aile İlişkilerine Etkileri”, *Meme Sağlığı Dergisi* ,Cilt: 3 Sayı: 3.
- Holland K. , Holahan C. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychol. Health* ; 18: 15–29.
- Holahan, C. ve Moss, R.(1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 52(5), 964-955.
- Holdroyd, K. A. ve Lazarus, R. S. (1982). Stress, coping and somatic adaptation. L.Goldberger ve S. Breznitzs (Ed.), *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*, içinde(21-35), New York: Free Press.
- Hoskins, C.N, Baker, S. , Budin, W. , Ekstrom, D. , Maislin, G. , Sherman, D. , Steelman-Bohlander, J. , Bookbinder, M. ve Knave, C. (1996). Adjustment among husbands of women with breast cancer. *Journal of Psychological Oncology* 14: 41-69.
- House, J. S. , Landis, K. R. ve Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science* 241.
- Kanser nedir.(b.t.). 30 Ağustos 2012, <http://www.thsk.gov.tr/tr/index.php/kanser-nedir/312-kanser-genel-tanimi>.
- Karancı, N., Erkam,A., (2007). Variables Relates To Stress-Related Growth Among Turkish Breast Cancer Patients. *Stress And Health* 23: 315–322.

- Kebudi, A. (2011). Non-invazif (in-situ) meme kanserleri. S.Aydın ve T. Akça (Ed.). Tüm Yönleriyle Meme Kanseri. içinde (243-258), Adana, Nobel Kitabevi.
- Kelso.T. , French. D. Ve Fernandez, M. (2005). Stress and coping in primary caregivers of children with a disability: a qualitative study using the Lazarus and Folkman Process Model of Coping. *Journal of Research in Special Educational Needs*. 5(1),3–10.
- Kennedy, S. H. (1999). Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *J. Affect Disord*, 56, 210–218.
- Kenner, A. D. , Coyne, J. C. , Schaefer, C. ve Lazarus, R. S.(1981). Comparison two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal Of Behavioural Medicine*, 4, 1-39.
- Kershaw, T. , Northouse, L. , Kritpracha, C. ve Schafenacker, A.D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology ve Health*, 19(2).
- Kesimci, A. (2003). Perceived Social Support, Coping Strategies and Stress-Related Growth As Predictors of Depression And Hopelessness İn Breast Cancer Patients. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Orta Doğu Teknik Üniversitesi.
- Kesimci, A., Göral, S. ve Gençöz, T. (2005). Determinants of stress-related growth among Turkish breast cancer patients. *Current Psychology*, 24(1), 68–75.
- Kılıç, C.(1996). Genel Sağlık Anketi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7, 3-11
- Kübler-Ross, E. (1997). Ölüm ve Ölmek Üzerine. (B.Büyükkal,çev.). İstanbul: Boyner Holding Yayınları.
- Küçükkaya, P.G. (2010). An exploratory study of positive life changes in Turkish women diagnosed with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 166–173.
- Lafranchi, A. ve Brind, J. (2007). Breast cancer risks and prevention(4.basım) Breast Cancer Prevention Institute. USA.
- Lazarus, R.S. ve Folkman, S.(1984). *Stres Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lederberg, M. S. (2005). *Psychooncology*. Sadock, B. J. ve Sadock, V. A. (ed.) Kaplan ve Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*(8.baskı), Philadelphia: Lippincott Williams ve Wilkins, 2196-2225.

- Lepore, S.J. ve Coyne, J.C.(2006). Psychological Interventions For Distress İn Cancer Patients: A Review Of Reviews. *Ann Behav Med.* 32, 85-92.
- Levin, T. , Kisanne, D.W.(2006). Psychooncology- the state of its development in 2006. *European Journal Psychiatry*, 20(3), 183-197.
- Li, J. , Lambert, V.A. (2007). 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.
- Linley, P. A. ve Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11–21.
- Linley, P.A. ve Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11–21.
- McCaul, K., Sandgren, A. K., King, B., O’Donnell, S., Branstetter, A. ve Foreman, G. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 230–236.
- McGregor, B. A. , Antoni, M. H. , Boyers, A. , Alferi, S. M. , Blomberg, B. B. , Carver, C. S. (2004). Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *J Psychosom Res* ;56:1–8.
- Milam, J. E. (2004). Posttraumatic growth among HIV/AIDS patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(11), 2353-2376.
- Morris, C. G.(2002). Psikolojiyi Anlamak: Psikolojiye Giriş. (3.basım).(İhsan Dağ çev.). Türk Psikologlar Derneği, Ankara.
- Nezu, A. M. , Nezu, C. M. , Geller, P. A. (2003). Psychosocial oncology. *Handbook of Psychology*. içinde (267-286). Canada: John WileyveSons.
- Northouse, L.L. (1989). The impact of breast cancer on patients and husbands. *Cancer Nursing* ,12: 276-284.
- O’leary, K.D. (1987). The emergency of marital assesmesment. *Assessment of Marital Discord: An İntegration For Research and Clinical Practice*. İçinde (1-12). New Jersey: Lawrence Erlbaum As. Inc.
- Oğul, M. (2004). Bilişsel yaklaşıma göre kontrol algısı ve stresle başa çıkma. *Türk Psikoloji Bülteni* .Cilt 10, 34-35.
- Okanlı, A. ve Ekinci, M.(2008). Meme kanserli hasta ve eşlerinin yaşam doyumları duygu kontrol düzeyleri ve evlilik uyumlarının mastektomi öncesi ve sonrası karşılaştırılması. *New/Yeni Symposium Journal*, 1(1).

- O'Leary, V. E., Alday, C. S. ve Ickovics, J. R. (1998). Models of life change and posttraumatic growth. Tedeschi, R.G., Park, C.L. ve Calhoun, L.G. (Ed). Posttraumatic Growth: Positive Changes In The Aftermath Of Crisis. İçinde (127-152). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Özkan, S. , Alçalar, N. (2009). Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisine Psikolojik Tepkiler. Meme Sağlığı Dergisi,5(2).
- Özkan, S. ve Armay, Z. (2007). Psiko-Onkoloji. İstanbul: Novartis.
- Özkan, S. ve Turgay, M. (1992). Mastektomi olgularında psikiyatrik morbitite psikososyal uyum ve kanser, organ kaybı psikopatoloji ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 29, 207–215.
- Park, C. L. ve Helgeson, V. S. (2006). Introduction to the special section: Growth following highly stressful life events-current status and future directions. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74, 791–796.
- Park, C.L. , Cohen, L.H. ve Murch, R.L.(1996). Assessment and Prediction of Stress-Related Growth. Journal of Personality, 64(1), Duke University Press.
- Petrie, K. J., Buick D. L., Weinman, J., ve Booth, R. J. (1999). Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients. Journal of Psychosomatic Research, 47, 537–543.
- Pistrang, N. ,Barker, B. ve Rutter, C.(1997). Social support as conversation: analysing breast cancer patients' interactions with their partners. Soc. Sci. Med.,45(5),773-782.
- Prezza, M. ve Pacilli, M.G. (2002). Perceived social support from significant others, family and friends and several sociodemographic characteristics. Journal of Community and Applied Social Psychology, 12(6), 422-429.
- Rabin, E.G. , Heldt, E. ve Hirakata, V.N. (2009). Depression and perceptions of quality of life of breast cancer survivors and their male partners. Oncology Nursing Forum, 36(3).
- Ransom, S., Jacobsen, P.B., Schmidt, J.E. ve Andrykowski, M.A. (2005). Relationship of problem-focused coping strategies to changes in quality of life following treatment for early stage breast cancer. Journal of Pain and Symptom Management, 30(3).
- Romero, C. , Lindsay, J.E, Dalton, W.T. ve Nelson, D.V.(2008). Husbands' perceptions of wives' adjustment to breast cancer: the impact on wives' mood. Psychooncology, 17, 237-43.
- Sarafino, E. P. (1998). Health Psychology (3. basım). USA: John WileyveSons.

- Saral, K. E. (2008). Meme kanseri hastalarının kansere uyumlarının belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Schaefer, J. A. ve Moos, R. H. (1998). The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. Tedeschi, R.G., Park, C.L. ve Calhoun, L.G.(Ed). Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis. içinde (99-126). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Sears, S. R., Stanton, A. L. ve Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22, 487–497.
- Shakespeare-Finch, J.E., Smith, S.G., Gow, K.M., Embelton, G. ve Baird, L. (2003). The Prevalence of post-traumatic growth in emergency ambulance personnel. *Traumatology*, 9(1), 58 -72.
- Sharon, M, Jamie,O., Gary, W., Lori, G., Kevin, F., ve Generosa, G. (2004). Posttraumatic Growth After Breast Cancer: Patient, Partner, and Couple Perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 66, 442-454.
- Sheikh, A. I. (2004). Posttraumatic growth in the context of heart disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11, 265–273.
- Sherman, D.W. , Haber, J. , Hoskins, C.N. ve Budin, W.C. (2009). Differences in physical, emotional, and social adjustment of intimate, family, and nonfamily patient-partner dyads based on a breast cancer intervention study. *Oncol Nurs Forum*, 36, 185-97.
- Siegel, K. ve Schrimshaw, E.W. (2000). Perceiving benefits in adversity: Stress- related growth in women living with HIV/AIDS. *Social Science and Medicine*, 51, 1543-1554.
- Siva, A.(1988). SBÖ ve KKÖ faktör analizi ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış çalışma.
- Soyder, A. (2011). İnvazif meme kanserleri. Tüm Yönleriyle Meme Kanseri. içinde(261-269) Adana: Nobel Kitabevi.
- Soyder, A.(2011). Meme kanserinde evreleme. Tüm Yönleriyle Meme Kanseri. içinde (227-232), Adana: Nobel Kitabevi.
- Spanier, G.B.(1979). The measurement of marital quality. *J Sex Marital Therapy*, 5, 288-300.
- Şahin, N.H. (1994). Stres nedir? Ne değildir?. Stresle başa çıkma: olumlu bir yaklaşım. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2(4), Ankara. (Basım:Ocak 2010).

- Şahin, N.H. ve Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 56-73.
- Şendil, G.(1991). Mastektomi Geçirmiş Kadınların Evlilik Uyumlarının İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.İstanbul: İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü.
- Tabolli, S. , Sampogna, F. , Pietro, C. , Mannooranparampil, T. J. , Ribuffo, M. , Abeni, D. (2013). Health status, coping strategies, and alexithymia in subjects with androgenetic alopecia, *Am J Clin Dermatol*, 14 :139–145.
- T.C.Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Kanser İstatistikleri. 26.11.2012
<http://www.saglik.gov.tr/KSDB/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAC8287D72AD903BE00EA04F0B1B62666>
- Tedavi İle İlgili Bilgiler. (b.t.). 18.12.2012,
http://kanserleyasamak.org/genel_bilgiler.php?content=9#content
- Tedeschi, R. G. ve Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth:Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1–18.
- Tedeschi, R.G. , Park, C.L. ve Calhoun, L.G. (1998). Posttraumatic Growth: Pozitive Changes İn The Aftermath Of Crisis. USA: Lawrence Earlbaum Associates Publishers.
- Tedeschi, R.G. ve Calhoun, L.G. (1996). The posttravmatic growth inventory. Measuring the positive legacy of travma. *J Trauma Stress*, 9, 455-471.
- Tekin, F. (2005). Stresle Başa Çıkmada Din Eğitiminin Rolü. Yayınlanmamış Doktora Tezi Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Tokgöz, G. , Yaluğ, İ. , Özdemir, S. , Yazıcı, A. , Uygun, K. ve Aker, T. (2008). Kanserli hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ruhsal gelişim. *Yeni Symposium* , 46(2), 51-61.
- Tomich, P.L., Helgeson, V.S., 2004. Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology* 23 (1), 16–23.
- Topuz,E. , Aydınır, A. ve Aykan, F.(2007). Meme Kanseri; Tanı-Tedavi-Takip. İstanbul: Nobel Kitabevi.
- Uçar, T. ve Uzun, Ö.(2008). Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisinin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4 Sayı: (3).

- Urcuyo, K.R. , Boyers, A. E. , Carver, C. S. , Antoni, M. H. (2005). Finding benefit in breast cancer: relations with personality, coping and concurrent well-being. *Psychol Health* ; 20: 175–192.
- Ünal, H. (2003). Meme Kanserinin cerrahi Tedavisi.. *Güncel Klinik Onkoloji Sempozyum Dizisi*, 37, 169-177.
- Weiss, T. (2002). Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husband: An inter subjective validation study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20, 65-80.
- Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23 (5), 733–746.
- What are the risk factors for breast cancer. (b.t). 26.11.2012, <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-risk-factors>
- Widows, M. R., Jacobsen, P. B., Booth-Jones, M. ve Fields, K. K.(2005). Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychology*, 24, 266–273.
- Williams, J.W. , Pignone, M. , Ramirez, G. (2002). Identifying depression in primary care: a literature synthesis of case-finding instruments. *General Hospital Psychiatry*, 24:225–237.
- Wimberly, S. R., Carver, C. S., Laurenceau, J-P, Harris, S. D. ve Antoni, M. H. (2005). Perceived partner reactions to diagnosis and treatment of breast cancer: Impact on psychosocial and psychosexual adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 300-311.
- Yamaç, Ö. (2009). Üniversite öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek ile stresle başa çıkma stilleri arasındaki ilişki. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yıldırım, N. K. , Özkan, M. , Özkan, S. , Özçınar, B. , Güler, S. A. 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.
- Zeidler, M. ve Endler, N. (1996). *Hanbook of Coping*. Canada: John Wiley and Sons Inc.

7.EKLER

EK-1

YAZILI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma yüksek lisans bitirme tezi kapsamında yapılmaktadır. Çalışmada kadınların meme kanseri ile baş etme durumları ve kanser sonrası psikolojik iyilik halleri incelenmektedir. Araştırma sonuçları bu kadınlara yaklaşım konusunda yol gösterici olacaktır.

Bu çalışmaya katılımda gönüllülük esastır, bu konuda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Uygulama sırasında kendinizi iyi hissetmediğiniz takdirde sebep göstermeksizin araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırma sırasında beş adet soru formu yanıtlamanız gerekmektedir. Soruları yanıtlarken bazı suların cevaplarını yanlarındaki boşluklara yazmanız gerekmektedir. Şıklı sorularda ise size yakın gelen cevabın yanına x işareti koymanız yeterli olacaktır. Soru formlarını yanıtlamak yaklaşık otuz dakika sürecektir. Soruları içtenlikle yanıtlamanız araştırmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Lütfen tüm soruları boş bırakmadan cevaplandırınız. Elde edilecek olan veriler sadece araştırma amacıyla kullanılıp kimlik bilgileriniz izniniz olmadan hiçbir kurum veya kişi ile paylaşılmayacaktır. Yardımlarınız için teşekkür ederim.

Araştırmacı:

Merve AKÇAYIR

merveakcayir@yahoo.com

EK-2

KATILIMCI BİLGİ FORMU

Aşağıda hastalığınıza ve sizin sosyodemografik bilgilerinize yönelik bazı sorular bulunmaktadır. Soruları dikkatlice okuyup boş bırakmadan cevaplamanızı rica ederim. Katıldığınız için teşekkür ederim.

A) Sosyodemografik Özellikler

| | |
|---------------|--|
| 1. Doğum Yılı | |
|---------------|--|

| | | |
|---|---------------------------------------|--|
| 2. Yaşamınızın büyük bir kısmını nerede geçirdiniz? | Büyük şehir (İstanbul, Ankara, İzmir) | |
| | Şehir | |
| | Köy-Kasaba | |

| | | |
|------------------|---------------------------|--|
| 3. Eğitim Durumu | 1. Okur-Yazar | |
| | 2. Okur-yazar değil | |
| | 3. İlkokul | |
| | 4. Ortaokul | |
| | 5. Lise | |
| | 6. Yüksekokul | |
| | 7. Üniversite | |
| | 8. Yüksek Lisans, Doktora | |

| | |
|---------------------|----------|
| 4.Çalışıyor musunuz | 1. Evet |
| | 2. Hayır |

| | | |
|-------------------|--------------------------------------|--|
| 5.Çalışıyorsanız; | 1. Mesleğiniz nedir? | |
| | 2. Ne kadar zamandır çalışıyorsunuz? | |

| | | |
|--------------------|--|--|
| 6.Çalışmıyorsanız; | 1. Ne zamandır çalışmıyorsunuz? | |
| | 2. Çalışmama nedeniniz?(emeklilik, hastalık nedeniyle, raporlu olmak , ev hanımı olmak.) | |

| | | |
|--------------------------|---------------|--|
| 7.Aylık gelir düzeyiniz; | 1. Çok düşük | |
| | 2. Düşük | |
| | 3. Orta | |
| | 4. Yüksek | |
| | 5. Çok Yüksek | |

| | | |
|--------------------------------------|---|--|
| 8.Sağlık giderlerini kim karşılıyor? | 1. Kendimiz | |
| | 2. Aile yardımıyla | |
| | 3. Özel sigorta | |
| | 4. Devlet desteği ile(ssk, bağkur, emekli sandığı vs.) | |

| | | |
|----------------|--------------------------------------|--|
| 9.Medeni Durum | 1. Evli | |
| | 2. Bekar | |
| | 3. Dul(eş ölümü) | |
| | 4. Boşanmış | |
| | 5. Birlikte yaşadığı bir partner var | |

| | | |
|---------------------|----------------------|-------------------|
| 10.Boşanmış iseniz; | Ne zaman boşandınız? | 1.Tanı öncesinde |
| | | 2.Tanı sonrasında |

| | | |
|-----------------------------|----------------------|-------------------|
| 11. Eş ölümü gerçekleşiyse; | Ne zaman vefat etti? | 1.Tanı öncesinde |
| | | 2.Tanı sonrasında |

| | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------|--|
| 12.Evli iseniz veya birlikte yaşadığınız bir partneriniz var ise | 1. Ne kadar zamandır birliktesiniz? | | |
| | 2. Partnerinizin yaşı? | | |
| | 3. Partnerinizin eğitim durumu? | 1.okur-yazar | |
| | | 2.okur-yazar değil | |
| | | 3.ilkokul | |
| | | 4.ortaokul | |
| | | 5.lise | |
| | | 6.yüksekokul | |
| 7.üniversite ve üstü | | | |
| 4. Partnerinizin mesleği? | | | |

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--|
| 13.Evde kimlerle yaşıyorsunuz? | 1. Yalnız | |
| | 2. Sadece eş yada partner ile | |
| | 3. Eş ve çocuklarla | |
| | 4. Diğer | |

| | |
|--|---------|
| 14. Tanı sonrasında evde yaşadığınız kişi sayısında bir değişim oldu mu? | 1.evet |
| | 2.hayır |

| | | |
|---|-----------------------------|--|
| 15.Halen devam etmekte olan kronik bir hastalığınız var mı? | 1. Evet ; belirtiniz lütfen | |
| | 2. Hayır | |

| | | | |
|---|----------|------------------------|--|
| 16.Daha önce geçirmiş olduğunuz bir kanser öyküsü var mı? | 1. Evet | 1.Türünü belirtiniz | |
| | | 2.Ne zaman geçirdiniz? | |
| | 2. Hayır | | |

| | | |
|--------------------------|---|--|
| 17.Doğurganlık Özgeçmişi | 1. Kaç canlı doğumunuz oldu? | |
| | 2. Şuan hayatta olan kaç çocuğunuz var? | |

B) Tıbbi Duruma Yönelik Özellikler

Şimdi size hastalığımız ile ilgili bazı sorular soracağım.

| | |
|--|--|
| 18.Meme Kanseri Tanısından İtibaren Geçen Süre(ay) | |
|--|--|

| | | | |
|---|---------------------------|--|--|
| 19.Meme Kanseri Tanısı Sonrasında Almış Olduğunuz Tedavi ve Tedaviler | 1. Kemoterapi | | |
| | 2. Radyoterapi | | |
| | 3. Kemoterapi+Radyoterapi | | |
| | 4. Cerrahi | 1.Radikal Mastektomi(Tüm meme ve meme altı kasların alımı) | |
| | | 2.Parsiyel Mastektomi(memenin bir bölümünün alımı) | |
| | | 3.Modifiye Radikal Mastektomi(tüm meme alımı) | |
| 4.Lumpectomy(yanlıca tümörün alımı) | | | |
| 5. Diğer | | | |

| | |
|--|--|
| 20.En son almış olduğunuz tedavi veya tedavilerin üzerinden geçen süre(ay) | |
|--|--|

| | | |
|--------------------|------------|--|
| 21.Estetik Cerrahi | 1. Oldum | |
| | 2. Olmadım | |

C) Psikiyatrik Özgeçmiş

| | | |
|---|----------|--|
| 22.Daha önceden psikiyatrik yardım aldınız mı/alıyor musunuz? | 1. Evet | |
| | 2. Hayır | |

| | | |
|--------------|----------------------|--|
| 23.Evet ise; | 1. İlaç tedavisi | |
| | 2. Psikolojik Tedavi | |
| | 3. ilaç+psikoterapi | |

| | | |
|---|---|--|
| 24.Psikolojik yardım aldıysanız/alıyorsanız | 1. Kanser tanısı öncesi almıştım, artık almıyorum | |
| | 2. Kanser tanısı sonrası aldım, almaya devam ediyorum | |
| | 3. Kanser tanısı öncesi almıştım, hala devam ediyorum | |
| | 4. Tedavi sürecimde aldım ancak şuan devam etmiyorum | |

EK-3

GENEL SAĞLIK ANKETİ

Aşağıdaki sorular **son birkaç hafta içinde** herhangi bir tıbbi şikayetiniz olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek için hazırlanmışlardır. Bütün soruları, size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplandırınız. **Geçmişteki değil, yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi** sorduğumuzu unutmayınız. **Soruların hepsini cevaplandırmanız çok önemlidir.**

1. Endişeleriniz nedeni ile uykusuzluk çekiyor musunuz?

- a. Hayır hiç çekmiyorum
- b. Her zamanki kadar
- c. Her zamankinden sık
- d. Çok sık

2. Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?

- a. Hayır hissetmiyorum
- b. Her zamanki kadar
- c. Her zamankinden sık
- d. Çok sık

3. Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?

- a. Her zamankinden iyi
- b. Her zamanki kadar
- c. Her zamankinden az
- d. Her zamankinden çok daha az

4. İŖe yaradıđınızı dűŖünűyor musunuz?

- a. Her zamankinden çok
- b. Her zamanki kadar
- c. Her zamankinden az
- d. Her zamankinden çok daha az

5. Sorunlarınızla uđraŖabiliyor musunuz?

- a. Her zamankinden çok
- b. Her zamanki kadar
- c. Her zamankinden az
- d. Her zamankinden çok daha az

6. Karar vermekte gűlűk çekiyor musunuz?

- a. Hayır hiç çekmiyorum
- b. Her zamanki kadar
- c. Her zamankinden sık
- d. Çok sık

7. Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?

- a. Hayır hiç hissetmiyorum
- b. Her zamanki kadar
- c. Her zamankinden sık
- d. Çok sık hissediyorum

8. Değişik yönlerden baktığımızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?

- a. Her zamankinden çok**
- b. Her zamanki kadar**
- c. Her zamankinden az**
- d. Her zamankinden çok daha az hissediyorum**

9. Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?

- a. Her zamankinden çok**
- b. Her zamanki kadar**
- c. Her zamankinden az**
- d. Her zamankinden çok daha az**

10. Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz?

- a. Hayır hiç hissetmiyorum**
- b. Her zamanki kadar**
- c. Her zamankinden çok**
- d. Çok sık**

11. Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?

- a. Hayır hiç kaybetmiyorum**
- b. Her zamanki kadar**
- c. Her zamankinden fazla**
- d. Çok fazla**

12. Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?

a. Hayır hiç görmüyorum

b. Her zamanki kadar

c. Her zamankinden fazla

d. Çok fazla

EK-4

STRESLE BAŞA ÇIKMA 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 sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini (X) koyarak işaretleyin. **Bir sıkıntı olduğunda;**

| | Hiç Uygun Değil | Uygun Değil | Uygun | Tamamen Uygun |
|---|-----------------|-------------|-------|---------------|
| 1.Kimsenin bilmesini istemem. | | | | |
| 2.İyimser olmaya çalışırım. | | | | |
| 3.Bir mucize olmasını beklerim. | | | | |
| 4.Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım. | | | | |
| 5.Başta gelen çekilir diye düşünürüm. | | | | |
| 6.Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım. | | | | |
| 7.Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim. | | | | |
| 8.Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım. | | | | |
| 9.İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem. | | | | |
| 10.Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum. | | | | |
| 11.Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam. | | | | |
| | | | | |

| | Hiç Uygun Değil | Uygun Değil | Uygun | Tamamen Uygun |
|--|--------------------|----------------|-------|------------------|
| 12.Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım. | | | | |
| 13.İş olacağına varır diye düşünürüm. | | | | |
| 14.Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım. | | | | |
| 15.Problemin çözümü için adak adarım. | | | | |
| 16.Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum. | | | | |
| 17.Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım. | | | | |
| 18.Olaydan/olaylardan olumlu bir şeyler 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.Hakkımı savunabileceğimi düşünürüm. | | | | |
| 24.Olaylar karşısında “kaderim buymuş” derim. | | | | |
| 25.”Keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşünürüm. | | | | |
| 26.Bir kişi olarak iyi yönde geliştiğimi ve olgunlaştığımı hissediyorum. | | | | |
| 27.”Benim suçum ne?” diye düşünürüm. | | | | |
| 28.”Hep benim yüzümden” oldu diye düşünürüm. | | | | |

| | Hiç Uygun Değil | Uygun Değil | Uygun | Tamamen Uygun |
|---|--------------------|----------------|-------|------------------|
| 29.Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım. | | | | |
| 30.Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır. | | | | |

EK-5

STRESE BAĞLI GELİŞİM ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki hastalık gibi stresli yaşam olaylarından sonra insanların duygu ve düşüncelerimde meydana gelebilecek değişikliklerle ilgili ifadeler vardır. Sizden istenilen her bir maddede yer alan durumun sizin için ne derece geçerli olduğunu aşağıda verilen düzeylerden birini seçerek belirtmenizdir.

| 1 | 2 | 3 |
|------------------|-------------------|-----------------|
| Bana hiç uymuyor | Bana biraz uyuyor | Bana çok uyuyor |

Bu olaydan (hastalık yaşantısından dolayı);

| | | | | |
|----|--|---|---|---|
| 1. | Bana destek olan kişilerle yeni ilişkiler geliştirdim. | 1 | 2 | 3 |
| 2. | Hayat hakkında yeni bilgiler öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 3. | Düşündüğümde daha güçlü olduğumu öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 4. | Başkalarını daha kabul edici oldum. | 1 | 2 | 3 |
| 5. | Başkalarına verebileceğimden daha çok şeyim olduğunu öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 6. | Başkalarının duygu ve düşüncelerine saygı göstermeyi öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 7. | Başkalarına karşı daha iyi olmayı öğrendim. | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|-----|--|---|---|---|
| 8. | Hayatımı nasıl yaşamak istediğimi yeniden düşündüm. | 1 | 2 | 3 |
| 9. | Hayatta daha çok başarmak istediğimi öğrendim. | | | |
| 10. | Şimdi hayatım daha anlamlı ve doyumlu. | 1 | 2 | 3 |
| 11. | Olaylara daha olumlu bakmayı öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 12. | Duygularımı ifade etmek için daha iyi yollar öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 13. | Her şeyin bir nedeni olduğunu öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 14. | Allah'a olan inancım arttı/gelişti. | 1 | 2 | 3 |
| 15. | Günlük sıkıntıların beni eskiden olduğu kadar çok rahatsız etmelerine izin vermemeyi öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 16. | Yaptıklarım için daha fazla sorumluluk almayı öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 17. | Bugün için yaşamayı öğrendim çünkü; yarın ne olacağını hiçbir zaman bilemiyorsun. | 1 | 2 | 3 |
| 18. | Artık pek çok şeyi garanti olarak görmüyorum. | 1 | 2 | 3 |
| 19. | Allah'a olan güvenim arttı/gelişti. | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|-----|---|---|---|---|
| 20. | Kararlarımı vermede çok daha özgür olduğumu hissediyorum. | 1 | 2 | 3 |
| 21. | Başkalarına, hayat hakkında öğretebileceğim değerli şeyler olduğunu fark ettim. | 1 | 2 | 3 |
| 22. | Allah'ın bazı şeylerin olmasına neden izin verdiğini daha iyi anlıyorum. | 1 | 2 | 3 |
| 23. | Zor bir yaşama sahip olan insanların gücünü takdir etmeyi öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 24. | Kötü bir şey olunca hemen pes etmemeyi öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 25. | Davranışlarımın sonuçları hakkında daha fazla düşünmeyi öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 26. | Olanlara daha az kızmayı öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 27. | Daha iyimser bir insan olmayı öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 28. | Hayata daha sakin bakmayı öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 29. | Başkalarının istediği gibi değil de kendim gibi olmayı öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 30. | Kendimi mükemmel olmadan da kabul etmeyi öğrendim. | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|-----|---|---|---|---|
| 31. | Hayatı daha ciddiye almayı öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 32. | Hayatı daha ciddiye almayı öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 33. | Hayattan daha fazla anlam çıkarmayı öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 34. | Hayattaki hedeflerimi daha iyileri ile değiştirdim. | 1 | 2 | 3 |
| 35. | Başkalarına nasıl ulaşacağımı ve yardım edebileceğimi öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 36. | Kendine daha fazla güvenen bir kişi olmayı öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 37. | Beden sağlığıma garanti gözüyle bakmamayı öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 38. | Başkaları benimle konuşurken daha dikkatli olmayı öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 39. | Yeni bilgi ve düşüncelere daha açık olmayı öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 40. | Anne- babamın yıllar önce neden bazı şeyleri söylediklerini/ yaptıklarını şimdi daha iyi anlıyorum. | 1 | 2 | 3 |
| 41. | Başkaları ile daha dürüst bir şekilde iletişim kurmayı öğrendim. | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|-----|--|---|---|---|
| 42. | Belirsizlikle daha iyi başa çıkmayı öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 43. | Dünyada bir etki bırakmak istediğimi öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 44. | Başkalarından yardım istemenin normal olduğunu öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 45. | Beni eskiden üzen şeylerinin çoğunun, aslında üzülmeğe değmeyecek şeyler olduğunu öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 46. | Kişisel haklarımı savunmayı öğrendim. | 1 | 2 | 3 |
| 47. | Bir başkasıyla daha önceden olan ilişkim daha anlamlı bir hale geldi. | 1 | 2 | 3 |
| 48. | Anne-babamı sadece “ebeveyn” olarak değil birer insan olarak görebilmeye başladım. | 1 | 2 | 3 |
| 49. | Düşündüğümde çok daha fazla kişinin bana değer verdiklerini fark ettim. | 1 | 2 | 3 |
| 50. | Bir topluluğa ait olma ve büyük bir grubun bir parçası olduğum konusunda daha güçlü bir duygu geliştirdim. | 1 | 2 | 3 |

ÇİFT UYUMU ÖLÇEĞİ

BÖLÜM I. Lütfen aşağıdaki maddelerin her biri için, siz ve eşiniz arasındaki anlaşma veya anlaşamama ölçüsünü aşağıda verilen alt düzeyden birini seçerek belirtiniz.

| | Her zaman anlaşırız | Hemen hemen her zaman anlaşırız | Nadiren anlaşamayız | Sıkça anlaşamayız | Hemen hemen her zaman anlaşamayız | Her zaman anlaşamayız |
|--|----------------------------|--|----------------------------|--------------------------|--|------------------------------|
| 1. Aileyle ilgili parasal işlerin idaresi | | | | | | |
| 2. Eğlenceyle ilgili konular | | | | | | |
| 3. Dini konular | | | | | | |
| 4. Muhabbet-sevgi gösterme | | | | | | |
| 5. Arkadaşlar | | | | | | |
| 6. Cinsel yaşam | | | | | | |
| 7. Geleneksellik (doğru veya uygun davranış) | | | | | | |
| 8. Yaşam felsefesi | | | | | | |
| 9. Anne baba yada yakın akrabalarla ilişkiler | | | | | | |
| 10. Önemli olduğuna inanılan amaçlar, hedefler ve konular | | | | | | |
| 11. Birlikte geçirilen zaman miktarı..... | | | | | | |
| 12. Temel kararların alınması..... | | | | | | |
| 13. Ev ile ilgili görevler | | | | | | |
| 14. Boş zaman ilgi ve uğraşları | | | | | | |
| 15. Mesleki kararlar | | | | | | |

| | Her zaman | Hemen hemen her zaman | Zaman zaman | Ara sıra | Nadiren | Hiçbir zaman |
|--|-----------|-----------------------|-------------|----------|---------|--------------|
| 16. Ne sıklıkla boşanmayı, ayrılmayı ya da ilişkinizi bitirmeyi düşünür ya da tartışırsınız? | | | | | | |
| 17. Ne sıklıkla siz veya eşiniz kavgedan sonra evi terkedersiniz? | | | | | | |
| 18. Ne sıklıkla eşinizle olan ilişkinizin genelde iyi gittiğini düşünürsünüz? | | | | | | |
| 19. Eşinize güvenir misiniz? | | | | | | |
| 20. Evlendiğiniz (ya da birlikte yaşadığınız) için hiç pişmanlık duydunuz mu? | | | | | | |
| 21. Ne sıklıkla eşinizle münakaşa edersiniz? .. | | | | | | |
| 22. Ne sıklıkla birbirinizin sinirlenmesine neden olursunuz?..... | | | | | | |

| | Her gün | Hemen hemen her gün | Ara sıra | Nadiren | Hiçbir zaman |
|---------------------------------|---------|---------------------|----------|---------|--------------|
| 23. Eşinizi öper misiniz? | | | | | |

| | Hepsine | Çoğuna | Bazılarına | Çok azına | Hiçbirine |
|--|---------|--------|------------|-----------|-----------|
| 24. Siz ve eşiniz ev dışı ilgilerinizin-etkinliklerinizin ne kadarına birlikte katılırsınız? | | | | | |

Aşağıdaki olaylar siz ve eşiniz arasında ne sıklıkta geçer?

| | Hiçbir zaman | Ayda birden az | Ayda bir veya iki defa | Haftada bir veya iki kere | Günde bir defa | Günde birden fazla |
|--|--------------|----------------|------------------------|---------------------------|----------------|--------------------|
| 25. Teşvik edici fikir alışverişinde bulunmak. | | | | | | |
| 26. Birlikte gülmek..... | | | | | | |
| 27. Birşeyi sakince tartışmak | | | | | | |
| 28. Bir iş üzerinde birlikte çalışmak..... | | | | | | |

Eşlerin bazı zamanlar anlaşabildikleri bazen anlaşamadıkları konular vardır. Eğer aşağıdaki maddeler son birkaç hafta içinde siz ve eşiniz arasında görüş farklılığı veya problem yarattıysa belirtiniz. (Evet veya Hayır'ı işaretleyiniz)

| | Evet | Hayır |
|-------------------------------------|------|-------|
| 29. Seks için çok yorgun olmak..... | | |
| 30. Sevgi göstermemek..... | | |

31. Aşağıda ilişkinizdeki farklı mutluluk düzeyleri gösterilmektedir. Orta noktadaki, "mutlu" birçok ilişkide yaşanan mutluluk düzeyini gösterir. İlişkinizi genelde değerlendirdiğinizde mutluluk düzeyinizi en iyi şekilde belirtecek olan seçeneği lütfen işaretleyiniz.

Aşırı mutsuz Oldukça mutsuz Az mutsuz Mutlu

Oldukça mutlu Aşırı mutlu Tam anlamıyla mutlu

32. Aşağıda belirtilen cümlelerden ilişkinizin geleceği hakkında ne hissettiğinizi en iyi şekilde tanımlayan ifadeyi lütfen işaretleyiniz.

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

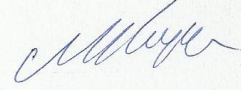
- A. İlişkimin başarılı olmasını çok fazla istiyorum ve bunun için yapamayacağım hiç birşey yoktur.
- B. İlişkimin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için yapabileceklerimin hepsini yapacağım.
- C. İlişkimin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için payıma düşeni yapacağım.
- D. İlişkimin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapamam.
- E. İlişkimin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapmayı reddederim.
- F. İlişkim asla başarılı olmayacak ve ilişkinin yürümesi için benim daha fazla yapabileceğim bir şey yok.



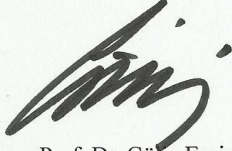
Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy
(Başkan)



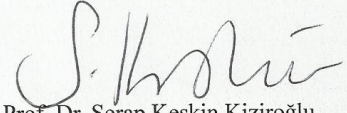
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye)



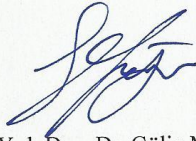
Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Üye)



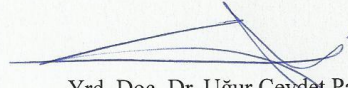
Prof. Dr. Güliz Erginsoy
(Üye)



Prof. Dr. Serap Keskin Kızıroğlu
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Uğur Cevdet Panayıcı
(Üye)

Ek-8



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 35778018-770-17659
Konu : Araştırma İzni Hk.

17/07/2013

SAYIN MERVE AKÇAYIR
(Olgunlar Sokak Olgunlar Apt. No:20 D:15 Bakırköy/ İstanbul)

"Meme Kanseri Kadınların Strese Bağlı Gelişimleri ile Eş Varlığı ve Evlilik Uyumu İlişkisi" konulu tez çalışmanız Bilimsel Araştırma ve Değerlendirme Komisyonumuz tarafından incelenmiş olup 02/04/2013 tarihli alınan karar ve Üniversite Rektörlüğü ile imzalanan 03/07/2013 tarihli Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü' ne istinaden çalışmanızı talebiniz üzere Genel Sekreterliğimize bağlı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nde yapmanız uygun görülmüştür. Çalışmanın 17/07/2013 tarihinden itibaren 3 (üç) ay içerisinde tamamlanması ve bitiminde bir nüshasının tarafımıza iletilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uz.Dr. E.Ersin ŞİMŞEK
Genel Sekreter a
İdari Hizmetler Başkanı

Eğitim ve Staj Birimi
Başbinyük Mah. Atatürk Cad.No:1 Maltepe/İSTANBUL
Telefon:0216 421 26 26 Faks:0216 421 00 05
e-Posta: egitimsaj.aguney@gmail.com

Ayrıntılı bilgi için irtibat: İlknur MEŞE

Ek-9

03.10.2013

İlgili Makama,

Okan Üniversitesi Klinik Sağlık Yüksek Lisans Öğrencisi Merve Akçayır' ın "MEME KANSERLİ KADINLARIN STRESE BAĞLI GELİŞİMLERİ İLE EŞ VARLIĞI VE EVLİLİK UYUMLARI İLİŞKİSİ" adlı araştırması haastanemiz Akademik- Etik kurul tarafından uygun bulunmuş ve Medicana International İstanbul Hastanesi' nden hastaların izni alınarak veri toplamasına izin verilmiştir.

Başhekim
Rüya ŞİŞMAN
Dr. Rüya ŞİŞMAN
Mesul Müdür
Medicana International
İstanbul Hastanesi

8.ÖZGEÇMİŞ

Merve AKÇAYIR

E-mail: merveakcayir@yahoo.com

Cep tel: 0532-490 23 88

Kişisel Bilgiler

Uyruğu: T.C.

Doğum yeri: İstanbul

Doğum tarihi: 10/08/1988

Medeni durum: Bekar

Eğitim

| <u>Eğitim Düzeyi</u> | <u>Kurum</u> | <u>Süre (yıl-yıl)</u> |
|-----------------------------|--|------------------------------|
| Yüksek Lisans | Okan Üniversitesi Klinik Sağlık Yüksek lisans Programı | 2010-2014 |
| Lisans | İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü | 2006-2010 |
| Lise | Adile Mermerci Anadolu Lisesi | 2002-2006 |

İş deneyimleri

| <u>Görevi</u> | <u>Kurum</u> | <u>Süre (yıl-yıl)</u> |
|----------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| Psikolog | Şıpka&Şıpka Aile Danışmanlık Merkezi | 2009-2012 |
| Psikolog | Gelincik Anaokulu | 2010-2011 |
| Psikolog | Mine Anaokulu | 2011-2012 |
| Psikolog | Türk Silahlı Kuvvetleri | 2013-..... |

Yabancı Dil

| <u>Yabancı Dil</u> | <u>Okuma*</u> | <u>Yazma*</u> | <u>Konuşma*</u> |
|---------------------------|----------------------|----------------------|------------------------|
| İngilizce | Çok iyi | İyi | İyi |

Bilgisayar Bilgisi

| <u>Program Adı</u> | <u>Kullanabilme Derecesi*</u> |
|---------------------------|--------------------------------------|
| Ms Office | Çok iyi |
| SPSS | Orta |

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirilmiştir.