

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI**

**MEME KANSERLİ HASTALARDA STİGMANIN (DAMGALANMANIN)
PSİKIYATRİK MORBİDİTE VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME İLE
İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. NEVZAT ÇAMLI

**DANIŞMAN
PROF. DR. GÜLFİZAR VARMA**

DENİZLİ - 2019

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI**

**MEME KANSERLİ HASTALARDA STİGMANIN (DAMGALANMANIN)
PSİKIYATRİK MORBİDİTE VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME İLE
İLİŞKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. NEVZAT ÇAMLI**

**DANIŞMAN
PROF. DR. GÜLFİZAR VARMA**

DENİZLİ - 2019

Prof. Dr. Gülfizar VARMA danışmanlığında Dr. Nevzat Çamlı tarafından yapılan “Meme Kanserli Hastalarda Stigmanın (Damgılanmanın) Psikiyatrik Morbidite ve Travma Sonrası Büyüme ile İlişkisi” başlıklı tez çalışması 20.05.2019 tarihinde tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından Psikiyatri Anabilim Dalı’nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN

Prof. Dr. Feride Figen CULHA ATEŞÇİ



ÜYE

Prof. Dr. Gülfizar VARMA



ÜYE

Doç. Dr. İnci Meltem ATAY



Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım. 23.07/2019

Prof. Dr. Osman ÇİFTÇİ

.....Dekan.....

Pamukkale Üniversitesi

Tıp Fakültesi Dekanı



TEŞEKKÜR

Psikiyatri Anabilim Dalında aldığım eğitimim boyunca ilgi ve desteğini aldığım, tez çalışmamın başlangıcından sonuna kadar her adımda bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım danışman hocam Prof. Dr. Gülfizar VARMA'ya;

Tıpta uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım hocalarım Prof. Dr. Nalan KALKAN OĞUZHANOĞLU, Prof. Dr. Figen ÇULHA ATEŞCİ, Prof. Dr. Osman ÖZDEL, Prof. Dr. Selim TÜMKAYA, Doç. Dr. Ayşe Nur İNCİ KENAR, Öğr. Üyesi Dr. Tuğçe TOKER UĞURLU, Öğr. Üyesi Dr. Bengü YÜCENS ve aramızda olmayan diğer hocalarıma eğitime yaptıkları katkılar için;

Tezimin istatistik çalışmaları konusunda bana destek olan Dr. Hande ŞENOL'a, eğitimim süresince birlikte görev yaptığım ve desteklerini esirgemeyen bütün çalışma arkadaşlarıma, uzmanlık eğitimim süresince destek ve anlayışlarından dolayı hemşirelerimize, psikolog arkadaşlarıma, sekreterlerimize ve personellerimize;

Başta çalışmaya katılan gönüllüler olmak üzere her birinden çok şey öğrendiğim hastalarım;

Hayatımın her anında varlıklarıyla güç veren, desteklerini ve sevgilerini hep yanımda hissettiğim, özellikle yazım aşamasında bıkmadan her an teknik ve moral desteğine başvurduğum ve bana her konuda destek olan kardeşim Mesut ÇAMLI başta olmak üzere tüm aileme;

Ve bana bütün hayatımı şekillendirecek olan Denizli'ye gelme kararımın en güzel armağanı olan, hayatımın her alanında olduğu gibi tez yazım sürecinde de anlayış, destek ve hayatımı güzelleştiren sevgisiyle hep destek olan sevgili eşim Burcu'ya;

Sonsuz ve gönülden teşekkürler...

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	1
KISALTMALAR	4
ÖZET.....	5
ABSTRACT	6
GİRİŞ	7
GENEL BİLGİLER.....	10
KANSER TANISI VE RUHSAL DURUM İLİŞKİSİ.....	10
<i>Kanser ve psikiyatrik onkoloji</i>	<i>10</i>
<i>Meme kanseri.....</i>	<i>11</i>
<i>Meme kanserinin psikolojik etkileri.....</i>	<i>12</i>
<i>Meme kanserinde uyumu etkileyen diğer faktörler.....</i>	<i>16</i>
<i>Bir travma olarak meme kanseri.....</i>	<i>18</i>
<i>Meme kanseri ve psikiyatrik komorbidite.....</i>	<i>19</i>
STİGMA	22
<i>Kanser hastalarında stigma</i>	<i>23</i>
TRAVMA SONRASI BÜYÜME KAVRAMI.....	25
<i>Travma sonrası büyüme mi? Travma sonrası stres mi?.....</i>	<i>25</i>
<i>Travma sonrası büyüme kavramını açıklayan modeller</i>	<i>27</i>
<i>Travma sonrası büyüme kavramı ve ilişkili faktörler.....</i>	<i>29</i>
GEREÇ VE YÖNTEM	32
ÖRNEKLEM.....	32
ÇALIŞMANIN AŞAMALARI	33
VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	34
<i>Sosyodemografik Veri Formu.....</i>	<i>34</i>
<i>Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi (KİTÖA)-Hasta Versiyonu.....</i>	<i>34</i>
<i>Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi (KİTÖA)-Toplum Versiyonu.....</i>	<i>34</i>

<i>Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)</i>	35
<i>Kanser Hastası Sosyal Destek Algısı Ölçeği (KHSDAÖ)</i>	35
<i>Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği (BİYNEÖ)</i>	36
<i>Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE)</i>	37
VERİLERİN İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRMESİ	38
BULGULAR	39
SOSYODEMOGRAFİK VERİLER	39
KLİNİK ÖZELLİKLERLE İLGİLİ VERİLER	41
KLİNİK ÖLÇEK VERİLERİ	43
KORELASYON ANALİZLERİ	45
<i>Travma sonrası büyümede sosyodemografik ve klinik faktörlerin etkisi</i>	45
<i>Travma sonrası büyüme ve klinik ölçek verilerinin karşılaştırılması</i>	48
<i>Meme kanserinde travma sonrası büyüme ve stigma ilişkisi</i>	50
<i>Meme kanseri hastalarında psikiyatrik komorbidite ve stigmanın büyüme ile ilişkisi</i>	54
TARTIŞMA	57
HASTALIK İLE İLGİLİ BAZI DEĞİŞKENLERİN TRAVMA SONRASI BÜYÜME İLE İLİŞKİSİ	60
DEPRESİF VE ANKSİYETE SEMPTOMLARININ TRAVMA SONRASI BÜYÜME İLE İLİŞKİSİ	63
SOSYAL DESTEK VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME İLİŞKİSİ	67
BEDEN İMGESİ VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME İLİŞKİSİ	69
STİGMA, PSİKİYATRİK KOMORBİDİTE VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME	71
SONUÇ	79
KAYNAKLAR	81
EKLER	102

TABLÖLAR ÇİZELGESİ

Tablo 1: Hasta yakını grubunun hastaya yakınlık durumu	40
Tablo 2: Hasta ve hasta yakınlarının sosyodemografik Verileri	40
Tablo 3: Hastaların klinik verileri.....	42
Tablo 4: Hastaların klinik ölçek puanları.....	44
Tablo 6: Hasta ve Kontrol Stigma Ölçek Verileri	44
Tablo 7: Hasta sosyodemografik veri-TSBE ilişkisi	46
Tablo 8: Hasta çalışma durumu-TSBE ilişkisi	46
Tablo 9: Hastanın bazı klinik verileri-TSBE ilişkisi.....	47
Tablo 10: Hasta klinik ölçekleri ve TSBE ilişkisi	49
Tablo 11: Hasta yakını HAD ve TSBE ile Hasta TSBE ilişkisi.....	49
Tablo 12: Hasta KİTÖA-TSBE ilişkisi	51
Tablo 13: Hasta yakını KİTÖA-TSBE ilişkisi	52
Tablo 14: Hasta yakını KİTÖA-Hasta TSBE ilişkisi.....	53
Tablo 15: HADÖ ve TSBE ilişkisi	55
Tablo 16: KİTÖA ve HAD ilişkisi.....	56

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome

BIQLI: Body Image Quality of Life Inventory

BİYNEÖ: Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HAD-A: Hastane Anksiyete ve Depresyon-Anksiyete alt ölçeği

HAD-D: Hastane Anksiyete ve Depresyon-Depresyon alt ölçeği

HAD: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

HIV: Human Immunodeficiency Virus

HT: Hipertansiyon

KİTÖA: Kanserle İlişkin Tutumları Ölçme Anketi

KHSDAÖ: Kanser Hastası Sosyal Destek Algısı Ölçeği

KT: Kemoterapi

MS: Multipl Skleroz

RT: Radyoterapi

SVH: Serebrovasküler Hastalık

TSB: Travma Sonrası Büyüme

TSBE: Travma Sonrası Büyüme Envanteri

TSSB: Travma Sonrası Büyüme Envanteri

USI: Unsupportive Ssocial Interaction

WHO: World Health Organisation

ÖZET

Meme kanserli hastalarda stigmanın (damgalanmanın), psikiyatrik morbidite ve travma sonrası büyüme ile ilişkisi

Son yıllarda meme kanseri görülme sıklığının ve sağkalım oranlarının artması, hastaların tanı sonrasını yaşamlarını etkileyen birçok faktörün daha fazla tanınması ihtiyacını da arttırmaktadır. Gittikçe daha tanınır hale gelen kansere ilişkin stigma kavramı da bu faktörlerin başında gelmektedir. Travma sonrası büyüme de stigma gibi yaşamı tehdit eden kanser ve diğer kronik hastalıklarda araştırılmaya başlanan başka bir kavramdır. Çalışmamızda, meme kanserli hastaların bazı sosyodemografik ve klinik özellikleri ile birlikte stigmanın psikiyatrik komorbidite ve travma sonrası büyüme ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmamıza 100 meme kanseri tanılı hasta ve 100 hasta yakını dahil edilmiştir. Katılımcıların tümüne; sosyodemografik veri formu, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi, hastalara ek olarak; Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği ve Kanser Hastası Sosyal Destek Algısı Ölçeği uygulanmıştır. Hastalarda; genç yaş, genç yaşta tanı alma ve çalışma gibi değişkenlerin travma sonrası büyümeyi olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir. Sosyal destek algısının iyi olması ve beden imgesi ile ilgili olumlu algıların da travma sonrası büyümeyle pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Hastaların psikiyatrik komorbid hastalıklarının ya da belirtilerinin travma sonrası büyümenin bazı alanları ile negatif korele ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Hasta ve hasta yakınlarında stigmanın bazı türlerinin depresif ve anksiyete belirtilerini arttırdığı, travma sonrası büyümenin bazı alanlarını olumsuz etkilediği bulunmuştur. Aynı zamanda hasta ve yakınları arasında, travma sonrası büyümenin bazı alanlarında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bulgularımız meme kanseri hastalarında travma sonrası büyüme ve psikiyatrik bozuklukların bir arada görülebileceğini, stigmanın travma sonrası büyümeyi olumsuz etkilerken, psikiyatrik semptomlara neden olabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte hastaların travma sonrası büyümesinde sosyal destek ve beden imgesi algısının önemine işaret etmektedir.

Anahtar kelimeler: travma sonrası büyüme, stigma, sosyal destek, psikiyatrik komorbidite

ABSTRACT

The relationship between stigma, psychiatric morbidity and post-traumatic growth in breast cancer patients

In recent years, the incidence of breast cancer and the increase in survival rates have increased the need for patients to recognize the many factors that affect their life after diagnosis. The concept of cancer stigma, which has become more recognizable in recent years, is one of these factors. Posttraumatic growth is another concept that is being investigated in chronic and life-threatening diseases such as cancer, as well as stigma. In our study, we aimed to investigate the sociodemographic and clinical characteristics of breast cancer patients and the relationship between stigma and psychiatric comorbidity and posttraumatic growth. 100 patients with breast cancer and 100 relatives of patients were included in the study. All participants; sociodemographic data form, Hospital Anxiety Depression Scale, Post Traumatic Growth Inventory and Cancer Related Attitudes Survey, in addition to patients; Body Image Quality of Life Inventory and Scale of Social Support Perception of Cancer Patients were applied. It has been determined that variables such as young age, early diagnosis age and employment have positive effects on post-traumatic growth. Positive perception of social support and positive perceptions of body image were found to be positively correlated with post-traumatic growth. Psychiatric comorbid diseases or symptoms of patients were found to be negatively correlated with some domains of post-traumatic growth. It was found that some types of stigma increased symptoms of depression and anxiety in the patients and their relatives, and affected some domains of post-traumatic growth. There was also a positive correlation between the patients and their relatives in some areas of post-traumatic growth. Our findings show that post-traumatic growth and psychiatric disorders can be seen together in breast cancer patients and that stigma may have negative effects on post-traumatic growth and may cause psychiatric symptoms. However, it indicates the importance of social support and body image perception in post-traumatic growth of patients.

Key words: Posttraumatic growth, stigma, social support, psychiatric comorbidity

GİRİŞ

Travma, ölüm veya tehdidinin bulunduğu, fiziksel veya yaşamsal bütünlüğe yönelik ciddi bir tehdidin ortaya çıktığı ve kişinin kendisinin yaşadığı, tanıklık ettiği veya sevdiği bir kişinin başına geldiğini öğrendiği süreçler olarak tanımlanabilir [1]. İnsanlar yaşam boyu özellikle sağlıkla ilgili; ölüm, kronik hastalık ya da ölümcül olarak nitelendirilen hastalık tanısı alma, kaza, hastane yatışları gibi çeşitli travmalar yaşamakta ve travmalar sonucunda hayatları çeşitli şekillerde etkilenmektedir. Sağlık sorunları da hem hasta hem de yakınları için önemli bir travmatik deneyimdir. Bu açıdan değerlendirildiğinde kanserin en önemli travmatik yaşantılardan biri olduğu varsayılabilir.

Kanser, ölümü ve yaşam üzerindeki kontrolün sınırlılığını sembolize eden kronik bir hastalıktır [2]. Kanser doğrudan doğruya ölümle ilişkili olması, yavaş ve sessizce ilerlemesi, etyolojisinin tam olarak açıklanamaması, ilerledikçe kontrolünün güçleşmesi, dayanılması güç acılara neden olması, bireylerin sosyal açıdan damgalanması/ayrımcılığa neden olması sebebiyle diğer kronik hastalıklardan daha tehdit edici ve travmatik bir hastalık olarak tanımlanabilir [3]. Tanı konulmasından, sağlıklı kendiliğin kaybına, zorlu tedavi çeşitlerine ve tedavi sürecinden sonra tekrarlama riski nedeniyle, kanser tek bir travma değil, pek çok travmayı da içeren zorlu bir süreçtir [2].

Travmatik deneyimlerin fiziksel sonuçlarının yanında anksiyete, depresyon belirtileri, alkol ve madde bağımlılığı veya kötüye kullanımı, intihar ve travma sonrası stres bozukluğu gibi çeşitli psikolojik sonuçları da olmaktadır [4]. Son yıllarda meme kanseri ile ilgili tedavi protokolleri gelişmekte olup, gelecek yıllarda meme kanseri sonrası yaşam süresinin artması öngörülmekte ve daha fazla hasta iyileştikçe hastalıkla ilişkili psikolojik sorunların öneminin artacağı öngörülmektedir [5]. Meme kanserinin her aşamasında psikiyatrik komplikasyonların görülme sıklığı konusunda farkındalığın artışı, erken psikiyatrik ve psikososyal müdahalenin gerekliliğini de kaçınılmaz hale getirmektedir [6]. Yani fiziksel sağlık üzerine olan etkisi kadar, ciddi bir travmatik deneyim olması sebebiyle kanser önemli psikolojik stres, kaygı ve depresyon gibi ciddi ruhsal sağlık hizmeti gereksinimi ile ilişkili görünmektedir [7].

Fakat bunun yanı sıra travma deneyimi; öncelikler, yaşamın anlamı, ilişkilerin iyileştirilmesi, kişisel güçlenme algısı gibi önemli olumlu değişikliklere de neden

olabilir [8]. Yani travmatik deneyimin, kişiyi travma öncesi durumdan daha güçlü hale getirmesi de mümkün olabilmektedir. Travmanın ardından kişide oluşan olumlu değişimler “algılanan yarar”, “strese bağlı büyüme” veya “travma sonrası büyüme” olarak tanımlanmaktadır [9]. Travma sonrası büyüme, travmatik deneyim sonrasında, yaşamın belirli alanlarında daha iyi işlevsellik görülmesi ve kişinin kendini gerçekleştirmesine doğru adımlar atması şeklinde açıklanmaktadır [9]

Travma sonrası büyüme; yaşamın daha fazla takdir edilmesi ve önceliklerin yeniden değerlendirilmesi, daha yakın ilişkiler geliştirilmesi, kişinin kendi gücünün farkına varması, yaşamındaki yeni olasılıkların farkına varması ve ruhsal gelişim olarak, Tedeschi ve Calhoun tarafından, aşırı zorlayıcı yaşam olayları ile mücadele sonucu beş farklı alanda oluşan olumlu değişiklikler şeklinde tanımlanmaktadır [10].

Travma deneyimi tek başına her zaman travma sonrası büyüme olacağı anlamına gelmemekte, üstesinden gelinemeyen travmatik deneyim genellikle, gelişim için bir fırsat olmaktan çok stres kaynağı olmaktadır [11]. Travmatik bir deneyim olarak ciddi bir hastalık ve tedavi süreci ile mücadele etmenin zorluğu yanında, bu durumun hasta birey ve ailesinde yarattığı olumsuz psikolojik durum, travmatik olayla baş etmeyi daha da güçleştirmektedir [11]. Travma sonrası büyümenin oluşması veya düzeyi, bireysel özellikler (baş çıkma stratejileri, kendine güven), çevresel kaynaklar (sosyal destek, maddi kaynaklar) ve travmatik olay ile ilgili değişkenler gibi bazı faktörlerden etkilenmektedir [10]. Ancak öncelikli olarak travmatik yaşantı sonucu büyümenin meydana gelebilmesi için olayın sarsıcı bir olay olması ve kişinin bu travma ile mücadele etmiş olması gerekmektedir [9].

Travma sonrası büyüme, kanserli kişiler arasında oldukça yaygındır ve birçok kanser hastası bu deneyimin bir sonucu olarak kendilerine, başkalarına, geleceğe ve hayata karşı daha iyi tutumlar geliştirdiklerini bildirmektedir [12]. Meme kanseri kadınlar arasında en sık görülen kanser türü olması hem sıklığının hem de sağkalım oranlarının giderek artması nedeniyle travma sonrası büyüme konusunda en çok çalışılan grup olmuştur. Travma sonrası büyüme; büyüme ile ilgili faktörler, iyimserlik ve dayanıklılık gibi kişisel faktörler, sosyal destek gibi çevresel faktörler, olayın ortaya koyduğu tehdit ve bunun değerlendirmesi ve nihayetinde kullanılan baş çıkma stratejileri gibi olaya ilişkin faktörler gibi birçok değişkenden etkilenmektedir [13, 14].

Stigma (damgalama/damgalanma) bireyi; istenmeyen bir sosyal kategorinin parçası olarak tanımlayan, görünür veya görünür olmayan bir nitelik anlamına gelmekte olup, kişinin olumsuz niteliklerle etiketlenerek toplumdan dışlanması, değersizleşmesi olarak ifade edilmektedir [15-17]. Kanseri tanısı aldıktan sonra, süreç ile baş etmeye çalışan kişilerde kansere bağlı damgalanma hastalık yükünü artırır, fiziksel, sosyal ve psikolojik morbiditeye yol açabilir [18]. Örneğin, stigma, özgüvenin azalmasına neden olabilir [19], sosyal ilişkileri zorlayarak, izolasyonu artırabilir [20] ve hastaların semptomlarını saklamasına veya geç ifade etmelerine neden olabilir [21]. Bu nedenle kanser hastaları için hem hastalıkla mücadele etme süreçlerinde hem de olası travma sonrası büyüme gelişiminde önemli bir değişken gibi görünmektedir.

Kanser tanısı sonrasında birçok kişisel, çevresel ve toplumsal faktör psikiyatrik komorbid hastalık ve yaşam krizlerinden, travma sonrası büyüme deneyimine geniş bir yelpazede kişiyi etkilemektedir. Bu faktörlerin kapsamlı olarak değerlendirilmesi ve anlaşılması yaygınlığı görece sık olan meme kanserinin tanısal sürecinden zorlu tedavi sürecine hastaların yaşamsal koşullarını iyileştirmek adına oldukça önemlidir. Bu çalışmada, kanser tanısıyla ilişkili stigma ve ilişkili bazı faktörlerin, psikiyatrik morbidite ve travma sonrası büyüme ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Sosyodemografik bilgiler, kansere ilişkin tutumlar, sosyal destek ve beden imgesinin yaşam niteliğine etkisi gibi değişkenlerin tanı sonrasında meme kanseri hastalarının ruhsal sağlığına ve travma sonrası büyüme açısından etkilerine ışık tutulması amaçlanmaktadır. Elde edilen veriler ölümcül olabilen bir hastalıkla karşılaşmanın yarattığı kriz durumunun nasıl yönetilebileceğine dair yol gösterici olacaktır. Mevcut literatür gözden geçirildiğinde bu çalışmada; kanser tanısıyla ilgili stigma algısı yüksek olan hastalarda psikiyatrik morbiditenin yüksek olması, buna karşın travma sonrası büyümenin olumsuz yönde etkilenebileceği, sosyal destek algısı düşük olan hastalarda psikiyatrik morbiditenin yüksek olması, yakınlarında stigma algısı yüksek olan hastalarda travma sonrası büyümenin olumsuz yönde etkilenebileceği hipotezleri oluşturulmuş ve metodoloji planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

KANSER TANISI VE RUHSAL DURUM İLİŞKİSİ

Kanser ve psiko-onkoloji

Kanser, 21. yüzyılda da başlıca sağlık sorunu olmaya devam etmekte ve çoğu ülkede olduğu gibi ülkemizde de ölüme sebebiyet veren hastalıklar arasında ikinci sırada yer almaktadır (%13). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre kanser yükü geçtiğimiz 30 yılda iki kat artmıştır. 2020 yılında dünyada yıllık yeni kanser vakası sayısının 2000 yılına göre %65'lik bir artışla 17 milyona çıkacağı öngörülmüştür. 2030 yılında ise dünya nüfusunun 8,7 milyara yükseleceği, yıllık 27 milyon yeni kanser vakası tanımlanacağı, kanserden kaynaklanan yıllık 17 milyon ölüm ile birlikte son 5 yıl içinde yeni kanser tanısı konmuş 75 milyonluk rakamlara yükseleceği öngörülmektedir [22-24]. Kansere bağlı ölümler çoğunlukla ve sırasıyla; erkeklerde akciğer, mide, karaciğer, kolon, özefagus, kadınlarda ise meme, akciğer, mide, kolon ve uterus kanserinden kaynaklanmaktadır [22]. Ülkemizde toplum tabanlı kanser verilerinin toplandığı bölgelerin rakamları, yurtdışı verilerinin değerlendirilmesi ve ulusal istatistikler dikkate alındığında kanser insidansının 200-220/100.000 olduğu; yılda 145-160 bin yeni kanser tanısı konduğu kabul edilmektedir [25].

Herhangi bir kanser teşhisi; hasta, akrabaları ve toplum için ciddi psikososyal sorunların yanı sıra önemli iş gücü kayıplarına da eşlik eder [26]. Günlük yaşamda “kanser” kelimesi bile olumsuz çağrışımlara sebep olur, kanser olma olasılığı söz konusu olduğunda ya da olası bir tanı sürecinde ise olumsuz duygu ve düşüncelerin gelişmesi neredeyse kaçınılmazdır [27]. Kanser; korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, terk edilme düşünceleriyle bir yıkım gibi algılanır ve kişinin kriz yaşamasına ve ruhsal sağlık sorunları ile yüz yüze kalmasına neden olur [27]. Bu hastaların süreçte yaşayabilecekleri psikososyal problemler arasında; kaygı, huzursuzluk, yas, çaresizlik, yorgunluk, konsantrasyon bozukluğu, uyku bozuklukları, bilişsel bozukluklar, cinsel işlev bozukluğu, gibi bozukluklar sayılabilir [28]. Hastalarda meydana gelen psikiyatrik komplikasyon ve psikolojik krizler hastanın tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini bozmanın yanı sıra hastalığın seyrini ve tedaviye cevabını da olumsuz etkilemektedir [29].

1940'lı yıllardan itibaren psikosomatik tıp anlayışının gelişimi ile kansere yatkın kişilik, yaşam olaylarının kanser gelişimindeki etkilerine yönelik araştırmalar

da hızlanmış, süreçte kanserde hastaların psikolojik etkilenmeleri dikkati çekmiş ve 1970’li yıllardan itibaren de psiko-onkoloji kavramı oluşmaya başlamıştır [30]. Kanser; hasta, aile ve tedavi ekibi üzerindeki psikolojik etkilerini, psikolojik ve davranışsal faktörlerin kanser risk ve seyrindeki etkilerini araştıran ve kanser hastalarına psikiyatri çatısı altında ruhsal sağlık hizmetlerini sunan psiko-onkoloji disiplini insan sağlığına ve varoluşuna ilişkin tüm çalışmaları gündeme getirir [27].

Meme kanseri

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser olması, kadınlığı ve cinselliği sembolize eden bir organa karşı tehdit oluşturmamasından dolayı, bugüne kadar kanserler arasında ruhsal ve psikososyal yönleri açısından en çok araştırılan kanser türü olmuştur [31, 32]. Kadınlarda görülen tüm kanserlerin %33’ünden ve kanserle ilişkili ölümlerin akciğer kanserinden sonra %20’sinden sorumlu olup ikinci sırada yer almaktadır [33]. Gün geçtikçe meme kanseri tanısında artış olmakla birlikte erken tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelerle birlikte mortalite oranlarında düşüş görülmektedir [27]. Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye’de meme kanseri insidansının kadınlar arasında %35 olduğu rapor edilmektedir [34].

2005 yılında ABD’de yapılan bir çalışmada kanser tanısı alan her 3 kadından biri meme kanseri tanısı almış ve tahmini 231840 kadına 2015 yılında meme kanseri teşhisi konmuştur [35]. Meme kanseri, ABD’de kadınlarda kansere bağlı ölümlerin, akciğer kanserinden sonra ikinci sırada nedeni olmaya devam etmekte ve kadınlar için erken ölümlerin önde gelen nedenleri arasında bulunmaktadır [36]. Avrupa’da 2018’de yaklaşık 3,9 milyondan fazla yeni kanser vakasının % 47’si kadınlarda teşhis edilmiş olup, en sık görülen tüm kanser vakalarının %13,4’ü ile kadın meme kanseri olmuştur [37]. Batı Avrupa ve Kuzey Avrupa’daki tahmini insidans; coğrafi konuma göre 100.000’de 60 ile 155 arasında büyük farklılıklar gösterirken, Doğu Avrupa ülkelerindeki oranların daha düşük olduğu bildirilmiştir [37]. Ölüm oranı, Balkan Yarımadası ülkelerinde en yüksek oranlarla 100.000’de 15 ile 32 arasında değişirken, en düşük ölüm oranlarının 100.000’de 15–16 ile Güney Avrupa’da ve İskandinav ülkelerinde olduğu tahmin edilmektedir [37]. Dünya genelinde meme kanseri ile ilgili bu veriler göz önüne alındığında, hastalığın önemli bir maddi ve manevi toplumsal yük oluşturduğu gerçeği ile karşı karşıya kalınmaktadır. Hastalık bireysel ve toplumsal etkileri nedeniyle Avrupa’da “we disease” olarak tanımlanmaktadır [38].

Meme kanserinin etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir ancak yapılan geniş kapsamlı çalışmalar neticesinde genetik, çevresel, hormonal ve psikososyal etkenlerin rol aldığı genel görüşü kabul görmektedir. Meme kanseri gelişiminde önemli risk faktörleri vardır. Bu risk faktörlerine demografik özellikler açısından bakıldığında kadın cinsiyeti en büyük risk faktörüdür ve 100 kat artmış riski ifade eder [27].

Hormonal faktörlerden östrojene maruziyet süresinin uzun olmasının meme kanseri gelişme riskinde artışla ilişkili olduğu, kısalmasının ise koruyucu olduğu düşünülmektedir. Gebelik döneminde meme dokusunun terminal farklılaşmasının koruyucu olduğu, bu nedenle ilk canlı doğumun ileri yaşta yapılmış olması ve hiç doğum yapmamış olmanın meme kanseri riskinde artışla ilişkili olduğu bulunmuştur [39].

Meme kanseri olgularının %5-10'unun ailesel olduğu bilinmektedir [40, 41]. Aile öyküsünde birinci derece akrabalarından bir kişinin meme kanseri olması, meme kanseri riskini 1,80 kat, iki kişide meme kanseri olması 2,9 kat artırmaktadır. Birinci derece akraba meme kanseri tanısını 30 yaşından önce almış ise risk 2,9 kat, 60 yaşından sonra almış ise 1,5 kat artmaktadır [42].

Memenin aktif gelişim dönemi olan ergenlik çağında radyasyona maruz kalma, hayatın ilk 3 dekadında göğüs bölgesine yapılan radyoterapi meme kanseri riskini artırmaktadır [43]. Bağımsız bir risk faktörü olarak değerlendirilmemek koşuluyla yüksek sosyoekonomik düzeyde meme kanseri gelişimi açısından 2 kat artmış riski ifade etmektedir [44].

Meme kanseri mekanizmalarının farklılaşması ve çoğalmasına dayanarak meme kanseri ile ilişkili 4 faktörün sistematik derleme ve meta analizlerinin yapıldığı kapsamlı çalışmada; OK kullanımı, HRT ve DM'nin meme kanseri riskini önemli ölçüde arttırdığı görülmüştür. Kadınlar için bu faktörlere maruz kalma meme kanseri riskini, bu faktörlere maruz kalmayanlara kıyasla %10 ila %23 artırmaktadır. Aksine, emzirme meme kanseri riskini yaklaşık %10 azaltmaktadır [45].

Meme kanserinin psikolojik etkileri

Meme kanserinden sağ kalım çoğu kanser hastasında olduğu gibi bireyi olumlu ve olumsuz olarak; fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarda etkilemektedir [46]. Fakat tüm kanser hastalarının psikiyatrik sorunlar yaşayacağı ya da tüm tepkilerin normal olarak kabul edilmesi gerektiği düşüncesi de yanlıştır. Kansere karşı ortaya çıkan

tepkiler; kanserin özelliklerine, hastanın kişisel özelliklerine, psikososyal çevredeki farklılıklara bağlı olarak normal veya psikolojik bir sorun olarak değerlendirilebilir ve bu nedenle hastanın duygusal ve davranışsal tepkilerinin, hastalığın tanı, tedavi ve tedavi sonrası gibi değişik evrelerine göre ele alınmasının daha uygun olacağı yönünde görüşler vardır [27, 29]. Bu durumda belki de kişi için henüz hastalık ile ilgili ilk duygulanım ve deneyimlerini yaşayacağı tanı aşaması çok önemli hale gelmektedir. Sağlıklı kendiliğin, ölümle eşdeğer anlam yüklenen kanser ile ilk karşılaşması belki de sürecin en önemli belirleyicisi konumunda olacaktır. Bu nedenle tanı aşamasında kanser hastalarının biyopsikosozal bütünsel değerlendirmesinde psikososyal bileşenleri daha kapsamlı ele almak ve anlamak, daha çok odaklanmak gerekecektir. Kanser tanısının hastada oluşturduğu ilk tepki genellikle “korku” olmaktadır ve bu korkular; ölüm (“death”), bakıma muhtaç olma (“dependency”), bedeninde şekil bozukluğu olma (“disfigurement”), başarısızlık ve işlevsellik kaybı (“disability”), kişilerarası ilişkilerde bozulma (“disruption”) ve ileri evrelerde yaşam kalitesinin bozulması (“discomfort”) şeklinde “6D belirtisi” olarak tanımlanmıştır [47]

Elisabeth Kübler Ross, kanserde psikolojik aşamaları hastanın kanser tanısını nasıl karşıladığından, izleyen tepkilerin sürecine dek; inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak 5 aşamada tanımlamıştır [48].

İnkâr: Kanser tanısını takiben hastanın sıklıkla ilk yanıtı hastalığı kabullenmeme ve inkâr olmaktadır ve bu sadece tanı sürecinde değil, sonrasında da zaman zaman kullanılmaktadır. İnkâr, aniden karşılaşılan şok edici olaylara karşı, ilk tepki olarak tampon görevi görmekte ve bireye baş etme sürecini kolaylaştıracak daha uyum sağlayıcı savunmalar geliştirene kadar zaman tanımaktadır. İnkâr, sıklıkla geçici bir savunmadır ve yerini kısmi kabullenmeye bırakır.

Öfke: İnkâr zamanla yerini öfkeye bırakır. Bu evrede birey kanserin neden kendisinde ortaya çıktığı ile ilgili sorgulama sürecindedir. Bu evrenin atlatılması hasta, hasta yakınları ve tedavi ekibi için oldukça zordur, çünkü öfke sıklıkla rastgele olarak her yere yönlendirilebilmektedir. Hasta sürekli taleplerde bulunacak, birçok şeyden şikâyet edecek, dikkatin sürekli üstünde olmasını isteyecek ve sıklıkla ağlamaları olacaktır. Bu dönemde hastanın tepkilerinin ve öfkesinin kişisel algılanmaması ve mümkün olduğunca kendisine saygı duyulduğunun ve anlaşıldığının hissettirilmesi

uygun olacaktır. Böylelikle zamanla hastanın öfkesi ve döneme özgü yıkıcı davranışları azalacaktır.

Pazarlık: ilk olarak üzücü ve travmatik gerçeklerle yüzleşemeyen ve sonrasında sorumlu olduğunu düşündüğü her şeye karşı öfkeli olan birey, kaçınılmaz olanı ertelemek için bir uzlaşma çabasına girdiğinde pazarlık evresini yaşayabilir. Bu dönem tedaviye uyum ve çaba gösterme dönemidir ve hasta “Eğer tanrı onu yeryüzünden alma kararı verdiyse ve öfkeli taleplerini kabul etmiyorsa belki nazikçe isterse daha olumlu yanıt verebilir” inancında olabilir [48]. Bu evrede sıklıkla yaşamın uzaması, ağrısız ve rahat birkaç gün, ev almak, ailesine belirli bir ekonomik birikim bırakmak, çocuklarının mezuniyet ve düğünlerini görebilmek gibi maddi ve manevi yatırımlarının sonuçlarını alabileceği zamanı elde etme isteği gibi beklenti ve istekler olur. Pazarlık bir erteleme çabasıdır, olumlu tutum ve davranışlar için bir ödül talebinin yanında aslında birey tarafından belirlenen bir “son” tarihi de içerir ve içinde eğer erteleme olursa başka bir istekte bulunmayacağına dair üstü kapalı bir söz barındırır. Ama hiçbir hasta bu konuda sözünü tutmaz ya da tutamaz.

Depresyon: Hastalık ile ilgili belirtiler arttığında ve güçsüzleştikçe hasta daha fazla inkâr edemez ve öfkesi büyük bir kayıp hissi ile yer değiştirir. Bu kayıp hissi; beden imajı, kadınlık-erkeklik hissi, ekonomik kayıplar, iş ve daha birçok maddi ve manevi faktörlerle ilişkili olarak kendini belli eder. Hastalara bakım verenler ve yakınları tarafından iyi bilinen bu reaktif depresyon nedenlerinin yanında, bireyin kendisini vedaya hazırlaması için katlanmak zorunda olduğu hazırlayıcı yas/depresyon unutulmaktadır [2]. Kanseri hastası bu dönemde, yakın zamanda yaşaması muhtemel kayıplar için kendi yasını tutar. Kabullenmeyi kolaylaştıran bir süreç olduğundan, bireyin bu dönemi olağan biçimde yaşamasına ve hüznünü dışa vurmasına izin verilmesi, üzgün olmamasının söylenmesinden daha faydalı olacaktır.

Kabullenme: Eğer hastanın yeterince zamanı olduysa ve önceki evreleri olağan bir şekilde atlatabildiyse, kaybedeceğini düşündüğü ve hissettiği her şeyin yasını tutmuş olacaktır. Hastalar genellikle bu evrede yorgun ve zayıf olmakta ve vazgeçmekten daha ziyade daha fazla savaşılmayacakları duygusu yaşamaktadırlar. Eğer hasta mücadele etmeyi bırakırsa hiçbir zaman kabullenme evresine ulaşamayacaktır. Fakat bu evreye gelindiği takdirde kabullenme, mutlu bir evre gibi

yanlış değerlendirilmemelidir. Hasta bu dönemi çoğunlukla duygudan yoksunmuş gibi yaşar ve kendisinden daha çok ailesinin desteğe ve anlaşılmaya ihtiyaç duyduğu bir evre olarak değerlendirilebilir. Terminal dönemde olan hasta kabullenme evresine girdiğinde ilgi ve istek kaybı yaşar, genellikle yalnız bırakılmayı ister, ziyaretçi kabul etmez ve gelirlirse de çok konuşkan değildir. Sıklıkla iletişim sözel olandan sözel olmayana doğru değişir.

Kübler Ross, bu evrelerin birbirini takip etmek ya da tamamlanmak zorunda olmadığını, bir arada iç içe yaşanabileceğini ya da herhangi bir evrede bireyin takılıp kalabileceğini, zaman zaman daha önce geçmiş olduğu evreye dönebileceğini belirtmiştir [49].

Meme kanseri ile mücadele eden hasta için sosyokültürel iklim geniş ölçüde değişmiştir. Tanı ve tedavi aşamasında değişen ve gelişen yaklaşımlar hastaların zaman içinde karşılaştıkları problemlerin farklılaşmasına neden olurken, ne kadar değişirse değişsin hasta için karşılaşılan problemler halen aynı derecede zorlayıcıdır [27]. Meme kanserinin teşhisi ve tedavisi, endişe, depresyon, öfke, gelecekle ilgili belirsizlik, umutsuzluk, isteksizlik, kanserin tekrarlama korkusu, yakınlarından ayrılma korkusu, ağrı korkusu, özgüveninin azalması, beden imgesinin bozulması, cinsel sorunlar, sevilme veya ilgi görmeme endişesi ve ölüm korkusu gibi bir çok psikolojik zorluklara neden olabilir [50]. Bu belirtileri yaşayan bir hasta, şok, inkar, öfke, depresyon, psikolojik gerileme, umutsuzluk, yorgunluk ve patolojik bağımlılık gibi çeşitli şekillerde tepki gösterebilir [51]. Yapılan birçok çalışma meme kanseri hastalarının bu tür psikolojik tepki ve sorunlar yaşadığını göstermektedir [51-53].

Yaş, cinsiyet, kişilik, hastalığın prognozunu ve tedaviye yanıtı etkileyen semptomlar, kanserin yeri, ağrı, yaşam kalitesinin azalma derecesi, hayattan beklentiler, kariyer, medeni durum, sosyal destek durumu, duygusal destek sağlayan birilerinin varlığı, sosyoekonomik durum gibi birçok değişkenin, kanser tanısı ile mücadele etme ve başa çıkma üzerine çeşitli etkileri vardır [28, 54, 55]. Meme kanserli hastalar; tedavi konusundaki belirsizlik, fiziksel belirtiler, tekrarlama ve ölüm korkusu, kadın kimliğinde değişiklik algısı, beden imgesi ve cinsellik, günlük yaşam aktivitelerindeki zorluklar, aile ile ilişkili sorunlar ve duygusal destek eksikliği gibi çeşitli nedenlerden dolayı önemli psikolojik sorunlar yaşamaktadır [56, 57].

Kronik hastalıklarla ilgili araştırmalar, depresif bozukluk gibi psikiyatrik hastalıkların, sosyal desteğin yetersiz olduğu durumlarda daha kolay geliştiğini göstermektedir. Ayrıca, psikososyal stresin sosyal destek sistemleri zayıf olan ya da hiç olmayan hastaların tıbbi durumları üzerine olumsuz etkisi olduğu; daha güçlü destek sistemleri olan hastaların durumunu ise çok az etkilediği ya da hiç etkisi olmadığı gösterilmiştir [28]. Kanserli hastalarda duygusal ve maddi destek eksikliği, özellikle anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik hastalıklar için risk faktörü olarak kabul edilmektedir [58].

Meme kanserli hastaların yakınları da sıklıkla psikolojik sorunlar yaşamaktadır. Bu süreçte eşlerin yaşadığı sorunların başında, genellikle evle ilgili rol ve sorumlulukların değişmesi ve hasta eşin duygusal sorunları karşısında hissedilen yetersizlik ve çaresizlik duyguları gelmektedir. Aynı zamanda çocuklar, gelişimsel düzeylerine bağlı olarak farklı korku ve kaygılar yaşamakta ve bu zorlu süreçten birçok kişiye göre hassasiyetleri nedeniyle kolayca etkilenebilmektedir [27]. Meme kanserinin kalıtsal özellik gösteriyor olması aile üyelerini kaygılandıran diğer en önemli etkenlerden biridir [59].

Meme kanserinde uyumu etkileyen diğer faktörler

Meme kanseri nedeniyle cerrahi geçiren hastaların psikolojik etkilenmeleri ile ilgili yapılmış bir çalışmada, psikolojik işlev bozukluğu oranı, yapılan cerrahi tipleri arasında anlamlı bir fark olmaksızın %30-47 arasında bulunmuştur. Ameliyattan 1 yıl sonra hastaların % 20-45'inin 6 yıl sonra % 10'unun psikiyatrik sorunlarının hala ciddi şekilde devam ettiği gösterilmiştir [60]. 303 hastadan oluşan bir çalışmada cerrahi uygulanan meme kanseri hastalarının %45'inin çeşitli psikiyatrik bozukluklarının olduğu bunlardan; %42'sinde depresyon ve anksiyete, %27'sinde minör depresyon, %9,6'ında major depresyon, %8,6'sında anksiyete, %6,9'unda fobik bozukluk ve %20'sinde 2 veya daha fazla bozukluk olduğu gösterilmiştir [61].

Kemoterapi, radyoterapi ve hormon tedavileri de tam açıklanamayan mekanizmalarla kanser hastalarını psikolojik olarak olumsuz etkileyebilmektedir. Kemoterapi alan meme kanserli hastalar ve kontrol grubu ile yapılan bir araştırmada, hasta grubunun bilişsel işlevlerinin kontrol grubundan daha bozuk olduğu gösterilmiştir. Kemoterapi alan hastalar genellikle bilişsel işlevlerinde değişiklikler bildirir. Bu durum aynı zamanda “kemo-beyin” olarak da adlandırılır ve günlük yaşam

aktiviteleri yaparken hafıza kaybı, dalgınlık ve konsantrasyon eksikliği gibi semptomları içerir. [62]. Kemoterapi hem duygusal sıkıntıya hem de mide bulantısı, saç dökülmesi, tat alamama, kusma ve ishal gibi fiziksel yan etkilere neden olmaktadır. Kusma ve mide bulantısı, diğer yan etkilere göre en sık görülen iki yan etki olup; %90 duygusal strese, %75 sosyal yaşamda bozulma ve %81 iş hayatında olumsuz etkilenme gibi yaşam kalitesini azaltan etkilere sahiptir [63].

Meme kanseri, hastaların sosyoekonomik olarak da önemli sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Sağlık güvencesi, işe geri dönememe, çalışma aktiviteleri ve önceliklerindeki değişimler gibi sorunlar hastanın baş etme sürecini oldukça zorlamaktadır [51]. Mali sorunlar birçok hasta için sorun teşkil etmektedir ve hastalar; evlerinden atılma, kirayı ya da evin borcunu ödeyememe, ev ve diğer eşyaların masraflarını karşılayamama, yemek gibi konularda ekonomik anlamda zorlanma gibi sorunlar yaşayacaklarını düşünmektedir [64]. Yapılan bazı çalışmalar sosyoekonomik dezavantajı olan hastaların, tanı ve tedavi sürecinde baş etme konusunda zorluk yaşadıklarını göstermektedir [64]. Başka bir çalışma, ücretli çalışmanın bir kadının kendine güvenini, başa çıkma yeteneklerine inancını ve genel refah duygusunu arttırdığını; kadınların ekonomik durumu iyileştikçe, pozitif başa çıkma yöntemlerini kullanıma kabiliyetinin arttığı ve dolayısıyla refahının arttığını göstermiştir [65]. Ayrıca, eğitilmiş kadınların başa çıkma stratejilerinin daha iyi olduğu ve daha az eğitilmiş, bekar, boşanmış veya dul kadınların inkâr gibi bilişsel savunmaları daha fazla kullandıkları görülmüştür. Eğitilmiş kadınların, duygu odaklı başa çıkma stratejilerini kullanımının daha fazla ve sıkıntı seviyelerinin az olduğu da gösterilmiştir [65].

Gastrointestinal kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada, kanser hastalarının %47,2'sinde anksiyete ve %57'sinde depresyon ölçeklerinde yüksek puan aldıkları görülmüştür. Psikolojik rahatsızlık oranlarının, kanser teşhisini bilenlerde daha yüksek olması da çalışmanın önemli bir bulgusu olarak tespit edilmiştir. Bu doğrultuda kültürel sorunların ve kanser hastalarına bilgi sağlama yöntemlerinin psikolojik durumunun iyileşmesinde veya sıkıntılarının azalmasında önemli bir rol oynadığı sonucuna varılmıştır [66]. Yine kanser tanısının bilinmesinin psikolojik etkilerini inceleyen başka bir çalışmada; kanser tanısını bilen hastalarda psikiyatrik bozukluk oranı %35, tahmin edenlerde %41,4, bilmeyenlerde ise %21 olarak tespit edilmiş ve

tanının bilinmesi ile eğitim düzeyleri ve hastalığın süresi arasında anlamlı ilişki gösterilememiştir [67].

Bir kadının meme ile ilk teması bebeklik döneminde emzirilmesi ile başlar. Ergenlik ile birlikte kızlarda memelerin gelişmesi cinsel kimliği destekler ve genç kızlığa geçmeyi sağlar. Kadının kendi çocuğunu emzirmesi de annelik duygularının oluşmasına ve bebeğiyle karşılıklı iletişime girmesine yardımcı olur [68]. Kadın için meme süt verme fonksiyonu dışında, kadınlık, çekicilik ve cinsellik sembolüdür ve bu nedenle meme hastalıkları, etkilenen organın boyutlarının ötesinde duygusal ve psikolojik etkilere sahiptir [26].

Kadının memeleri hakkındaki tutum ve deneyimleri ne olursa olsun, meme kadının kişiliğinin önemli bir parçasıdır. Meme, kendi bedenimizin zihnimizde şekillendirdiğimiz ve bize nasıl görüldüğü ile ilgili olan beden imgesinin önemli bir parçasıdır. Beden bir bütünlük halindedir ve bu durum organlarının zihinsel tasarımının bütünlüğü ile ilişkili olup, tam olmanın ifadesi olan beden imgesi “ben” fikrinin oluşmasında ve biçimlenmesinde temel bir öneme sahiptir [69].

Tüm bu etkenler meme kanseri hastalarının, tanı ve tedavi sonrası süreçlerini ruhsal ve fiziksel olarak en iyi şekilde atlatmaları açısından önemle ele alınmak durumundadır.

Bir travma olarak meme kanseri

İnsanlar hayatlarının her döneminde çeşitli travmatik deneyimler yaşayabilirler. Belki de sağlıkları ile ilgili; kayıp, hastaneye yatış, kronik veya ölümcül olarak nitelendirilen hastalık tanısı alma gibi yaşantılar travmatik deneyimlerin başında gelmektedir. Travmanın tanımlamasına bakıldığında, hastalık yaşantısı veya hastaneye yatma fiziksel ve yaşamsal bütünlüğe yönelik ciddi bir tehdit olarak düşünülmektedir. Dolayısıyla hastalık yaşantısı hem hasta birey, hem de ailesi için travmatik bir deneyimdir [11].

Çoğu kültürde olduğu gibi özellikle batı kültürlerindeki, kendiliğin temel olarak iyi olduğu, kontrol gücünün olduğu, ölüme ve hastalıklara karşı dayanıklı olduğu, dünyanın koruyucu, adil, anlamlı bir yer olduğu ve olaylardan mantıklı sonuçların çıkarılabileceği yönündeki inanış kanser tanısı söz konusu olduğunda kesin bir yıkıma uğramaktadır [70, 71].

Travmatik yaşantıdan sonra olayla ilgili bilgilerin yüklenmesiyle beyin, travmatik olaya dair algı, düşünce ve anıları temel inanışlarla dengelemeye çalışırken zorlanır. Travmaya ilişkin stres belirtileri, aslında travma deneyimi sonrasında oluşan yeni bilginin, temel inanışları içeren eski bilgiyle bütünleştirilmesi sürecinde yaşanan çatışma ve mücadeleyi temsil eder. Bu süreçte girici (intruzif) anılar, gece kâbusları, olayı tekrar yaşantılamama hissi gibi belirtilerin, bilişsel işleme ve bütünleşmeyi sürdürmeye yardımcı olduğu öne sürülmektedir. Travma ile ilişkili bilgi, temel inanışlar ile başarılı bir şekilde bütünleştirildiğinde, travmatik stres belirtilerinin zamanla azalacağı düşünülmektedir. Travma sonrası stres bozukluğu, bu bütünleşme gerçekleşmediğinde ortaya çıkmaktadır [71].

Daha önce de bahsedildiği gibi, tanı konulmasından, sağlıklı kendiliğin kaybına, farklı ve zorlu tedavi çeşitlerine ve bazen tedavi sonrası tekrarlama riski nedeniyle, kanser tek bir travma değil, pek çok travmayı da içeren zorlu bir süreçtir [2].

Meme kanseri ve psikiyatrik komorbidite

Son yıllarda, meme kanserinin tüm evrelerinde psikiyatrik komplikasyonların sık görülmesi konusunda farkındalık giderek artmaktadır ve bu da erken psikiyatrik ve psikososyal müdahalenin öneminin tanınmasına neden olmuştur. [6]. Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar, hastanın yaşam kalitesi, kişisel bakım, tedaviye uyum ve kanserin ciddiyeti ve prognozunun yanı sıra tedaviye yanıt üzerinde de önemli bir etkiye sahiptir [72, 73].

Kanser tanısı aldığı anda insanlar, ilk olarak durumu kabullenmekte zorlanmakta ve çok üzgün olmaktadır. Birkaç hafta sonra, yas ve alışma çabalarına, umutla beraber mücadele etme isteği eklenir [28]. Fakat bazen yas süresi uzayabilir, sıkıntı ve kaygı, depresyona dönüşebilir [55].

Bu konuyla ilgili yapılmış olan ilk çalışmalardan birinde görüşülen 215 hastanın %53'ü, normal olarak kabul edilenlerin ötesinde semptomlar olmadan kansere yeterince uyum sağladığını bildirmiş; %47'sinde ise psikiyatrik bozukluk tanısı koyduracak düzey ve ciddiyette psikiyatrik semptom olduğu görülmüştür. Psikiyatrik tanı alanların yaklaşık %50'sinde, en sık görülen bozukluklar depresyon, anksiyete veya her ikisiyle birlikte seyreden uyum bozuklarıdır. Bu komorbid durumlar “normal” olarak kabul edilen deneyimlerden daha fazla yoğunluk ve süreyle

seyretmiştir [74]. Yapılan çalışmaların çoğunda da benzer şekilde kanser hastalarında %50 oranında depresif semptomların olduğu bildirilmiştir [75, 76].

Türkiye’de, farklı kanser tanımlı hastalarla yapılan bir çalışmada; hastaların %28,7’sinde psikiyatrik bozukluk olduğu tespit edilmiştir. Tüm psikiyatrik bozuklukların %48,8’ini depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğu, %39,5’ini majör depresif bozukluk, %7’sini anksiyete ile giden uyum bozukluğu, %2,3’ünü yaygın anksiyete bozukluğu ve yine %2,3’ünü somatizasyon bozukluğu olduğu görülmüştür [67]. Yine aynı çalışmada, hastaların %8,7’sinde önceden geçirilmiş bir psikiyatrik bozukluk olduğu ve buna bağılı olarak geçirilmiş psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda, görüşme sırasında saptanan psikiyatrik bozukluklar %69,2 oranında anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur [67].

Depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklar, kanserin tüm aşamalarında yaygın görülmekte ve kanserin evresi ilerledikçe yaygınlıkları artmaktadır. Psikiyatrik komorbidite için en riskli hastalar; geçirilmiş psikiyatrik bozukluk öyküsü olan, başa çıkma stratejileri zayıf olan ve sosyal desteğı az olan hastalar olarak değerlendirilmiştir [6].

Kanser hastalarında klinik olarak anlamlı depresyon yaygınlığı, farklı tanı koyma yöntemlerine göre %1 gibi düşük bir orandan %50 gibi yüksek oranlara kadar değişmektedir [76].

Birçok çalışmayla paralel olarak bir gözden geçirme çalışmasında, kanserli hastalarda %10-25 oranlarında majör depresyon, depresif belirtilerin eşlik ettiği uyum bozukluğu ve genel tıbbi duruma bağılı depresyon saptandığı bildirilmiştir. Bu oranlar göz önüne alındığında kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığının genel popölasyona göre 2-3 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Kanser hastalarında depresyonun izole depresif belirtilerden majör depresif bozukluğa kadar değişen geniş bir yelpazede görüldüğü de gözlenmiştir [77].

Yapılan çalışmalar doğrultusunda kanser hastalarında klinisyenler için, kanser nedeniyle oluşan normal üzüntü veya sıkıntının, klinik olarak anlamlı bir depresif bozukluğa dönüştüğü noktanın belirlenmesinin önemli olduğu görülmektedir. Depresif bozuklukların farkına varılması ve tedavisi, kanser tedavisine uyumu arttırması, yaşam kalitesini iyileştirmesi ve intihar riskini azaltması açısından önemlidir [78].

Belirlenebilir bir stresörün ortaya çıkışından itibaren üç ay içinde görülen, klinik olarak beklenenin üzerinde anlamlı duygusal veya davranışsal belirtilere ya da sosyal bozulmaya yol açan ve bu belirtilerin stresörün ortadan kalkmasını takiben altı ay içinde ortadan kalktığı “uyum bozukluğu” tanısı, kaygılı veya depresif duygu durum ile birlikte giden alt tipleri ile birlikte kanser hastalarında en sık görülen psikiyatrik bozukluklardandır [1, 79]

Akut stres bozukluğu kanser sürecinde en hızlı gelişen ve en kısa süren ruhsal bozukluktur. Yaşanan travmatik olayı takiben hatırlatıcılardan kaçınmayla birlikte, bir veya daha fazla disosiyatif veya anksiyöz belirtinin eşlik etmesiyle kendini gösterir. Travmatik olaydan sonra bir ay içinde gelişen bulgular için akut stres bozukluğu; bir aydan fazla süreyle devam eden bulgular için de travma sonrası stres bozukluğu düşünülmelidir. Kanser hastalarında akut stres bozukluğu oranından söz etmek için yeterli çalışma olmasa da %32’ye varan oranlarda travma sonrası stres bozukluğu, %80’e varan oranlarda ise kısmi travma sonrası stres bozukluğu belirtileri yaşama olasılığından bahsedilmiştir [78, 80]. Uzun, zahmetli tedaviler uygulanan hastaların veya kanserin seyri veya tedavisi sırasında deliryum yaşayan hastaların PTSS bulguları geliştirmeleri daha olası olabilir [27].

Bir çalışmada depresyon tanısı almış kanser hastalarının eş zamanlı olarak %24 oranında yaygın anksiyete bozukluğu, %18 panik bozukluk, %30 travma sonrası stres bozukluğu tanı ölçütlerini karşıladıkları bildirilmiştir. Eş tanılı durumlarda tek bir tanıya kıyasla daha ağır belirtiler, sağaltıma daha fazla direnç ve daha fazla yeti yitimi görülmektedir [81].

Yaygın bir tedavi yaklaşımı olan mastektomi nedeniyle, meme kanseri diğer birçok kansere göre daha fazla cinsel disfoksiyona neden olmaktadır [82]. Ayrıca meme kanserli hastaların cinsel yaşamlarının, fiziksel iyilik hallerinin bozulmasına neden olan; cerrahi müdahale, radyoterapi, kemoterapi veya hormonal tedavi gibi yaklaşımlar nedeniyle de olumsuz etkilendiği bildirilmektedir [83]. Başka bir çalışmada, aktif tedavi alan hastaların %82’sinin cinsel kaygılarını sağlık çalışanlarıyla paylaştığı, geri kalanı ise cinselliğin tedavi sırasında aklındaki son şey olduğunu belirttiği tespit edilmiştir [84]. Meme kanserli hastaların cinsel işlev sorunları yaşamasına neden olan diğer önemli faktörlerin meme dokusundaki kayıp,

saç dökülmesi, ağrı, vücut görüntüsü, doğum kapasitesi ve tıbbi durum algısındaki değişiklikler olduğu bildirilmiştir [85].

Kanserli hastalarda en sık görülen semptomlardan biri uykusuzluktur [86, 87]. Kanser hastalarında uyku bozukluğu prevalansı %50 olarak bildirilir, kadınlarda daha sık ve diğer kanserlere göre meme kanseri olan hastalar arasında daha sık görülmektedir [88]. Kanser hastalarının yaşadığı akut veya kronik ağrı, anksiyete, bulantı-kusma, depresyon, deliryum, yorgunluk, enfeksiyonlar ve yüksek ateş gibi yakınmalar genellikle uyku bozukluklarına neden olabilmekte ve yapılan çalışmalarda kanserli hastalarda uyku bozukluklarının mortaliteyi arttırdığı bildirilmektedir [89]. Psikolojik semptomların ve uykusuzluğun birbirinden bağımsız olmadığı ve uykusuzluğun depresyon ve anksiyetenin belirleyici bir semptomu olduğu gerçeği göz önüne alındığında, bu semptomlarla uykusuzluk arasındaki ilişkinin kanser hastalarında tedavi süreci için oldukça önemli olduğu görülmektedir [90].

Yapılan başka bir çalışmada kadınların %63 gibi büyük bir çoğunluğu bir veya daha fazla uyku bozukluğu tipi bildirmiş olup, son 30 günde %37'si uyku hapi kullanmakta olduğunu söylemiştir. Uykuya dalmakta zorluk, daha fazla ağrı ve depresif semptomlarla anlamlı şekilde ilişkilirken, gece yarısı uyanma ile ilgili problemlerin depresyon ve düşük eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu görülmüştür. Depresif belirtilerin fazlalığının ve yetersiz sosyal desteğin, uyku sorunları için önemli yordalayıcılar olduğu gösterilmiştir [91].

Kanserli hastalarda psikiyatrik komorbidite açısından değerlendirilmesi ve ele alınması gereken oldukça fazla değişken olduğu ve bu değişkenlerin ciddi psikiyatrik bozukluklar açısından risk teşkil ettiği görülmektedir. Meme kanseri tedavisinden sorumlu olan ekibin bu değişkenleri ve olası eşlikçi psikiyatrik sorunları kapsamlı olarak ele alması ve bakım standartları geliştirebilmesi gerekmektedir. Kanser hastalarına psikososyal destek sağlama ve yaşam kalitelerini arttırmak açısından da hastaya katkı sağlamak mümkün olabilecektir. Tedavi sürecine uyumu etkileyen her türlü ruhsal değişikliğe zamanında müdahale edilmeli ve sosyal ve tıbbi destek yeniden gözden geçirilmelidir.

STİGMA

Latince “stigmat” kelimesinden türeyen ve etiketleme/damgalama/işaretleme gibi birçok anlamda kullanılan “stigma” terimi ilk olarak bir sosyolog olan Goffman

tarafından; “kişiyi istenmeyen kalıplaşmış durumlara bağlayan, diğer insanlar tarafından değersiz ve önemsiz hale getiren bir nitelik” olarak tanımlanmıştır [16]. Goffman’a göre stigma, kişi diğer insanların gözünden düştüğünde meydana gelir. Daha sonra etiketleme (“mark”) terimi bir toplum tarafından sapkın bir tanımlayıcı olarak ifade edilmiştir [15]. Brakel’e göre stigmanın; etkilenen gruplara yönelik toplumsal yönleri, kurumsal damgalama, fiili ayrımcılık deneyimleri, algılanan ya da kendi kendine damgalanmayı kapsayan, etkileşime dayanan bir yapı olduğu tanımlanmaktadır [92]. Bazı araştırmalar stigmatı; etiketleme, basmakalıplaşma, etiketleyen ve etiketlenenin ayrılması, etiketlemede ayrımcılık deneyimi ve statü kaybı ve son olarak da güç kullanımı olarak beş kategoriye ayırmışlardır [93]. Yani stigma, bireyin toplumsal kabulünün yetersizliği ve azalması olarak damgalanan bireyin toplumdan izole olmasına neden olmaktadır.

Stigma ve ayrımcılık, Dünya Sağlık Örgütü gündeminde akıl sağlığı hizmet standartlarının iyileştirilmesi için öncelikli bir konudur (WHO, 2001). Birçok çalışmada zihinsel hastalık, tüberküloz, cüzzam, kanser ve HIV/AIDS gibi bazı hastalıkların damgalayıcı nitelikleri incelenmiştir ve araştırmalar çoğunlukla zihinsel hastalık ve bu hastalıkların bireyler üzerindeki etkileri ile ilgilidir. Bu nedenle, toplumun zihinsel hastalığı olan insanlara yönelik damgalayıcı davranışlarını inceleyen çok sayıda çalışma vardır [94].

Kanser hastalarında stigma

Stigmanın kanser gibi fiziksel hastalıkları olan insanlar üzerindeki etkilerine odaklanan az sayıda ampirik çalışma vardır ve literatürdeki az sayıda çalışma kanserin sıklıkla damgalanmış hastalıklar arasında olduğunu göstermektedir [95].

Bazı çalışmalar, kanserin gizlenmesi ve ölümle olan ilişkisi nedeniyle arkadaşları ve yakınlarının kanser hastasından kaçınmalarını bir çeşit stigma olarak tanımlamaktadır [96]. Peters-Golden, 100 meme kanseri tanılı ve 100 kontrol grubu ile yaptığı çalışmada, meme kanseri hastalarının %52'sinin bazen arkadaşlarının veya aile üyelerinin onlardan uzak durduğunu ifade ettiklerini bildirmiştir. Bu durum, kanserli insanlardan kaçındığını itiraf eden “sağlıklı” bireylerin %61'inin, kanserli hastalarla birlikte olmanın, hastalık ve ölüme karşı kendi savunmasızlık duygularını arttırdığını açıklaması ile de desteklenmiştir [20]. Kanser sonrası yaşam sürelerinin artmasına rağmen yapılan son çalışmalar bu tutumların hala devam ettiğini ve

insanların kanserden, diğer yaşamı tehdit eden hastalıklara göre daha fazla korktuklarını göstermektedir [97].

Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, araştırmalar, kanserin gözle görülür belirtilerini taşıyan bireylerin damgalanmasının çok daha muhtemel olduğunu ortaya koymaktadır [98]. Kemoterapi sırasında saç dökülmesi olan meme kanseri hastalarıyla yapılan görüşmeler, kansere bağlı görünür belirtilerin varlığının, istenmeyen ilgi ve müdahaleci sorulara yol açabileceğini doğrulamaktadır [99].

Bir çalışmada, teşhisten sonraki 15 haftayı takiben meme kanserli kadınlarla yapılan görüşmelerin ikincil analizinde; “uzaklaşmak”, “etkileşimi en aza indirmek” ve “yoğun duygularla tepki vermek” bileşenleri ile “destekleyici olmayan sosyal etkileşim” tanımlanmıştır. Bu “destekleyici olmayan sosyal etkileşim” durumu genellikle hastaları diğer insanlarla iletişim kurmaktan kaçınmaya, kendini açmayı sınırlandırmaya ve endişelerini paylaşmayı azaltmaya yönlendirmektedir. Niyetten bağımsız olarak, sosyal etkileşimler her zaman kanserli hastalar tarafından destekleyici olarak algılanmaz. Stresöre özgü destekleyici olmayan sosyal etkileşimler, kanser teşhisi gibi bir olay bağlamında “diğerlerinden aldıkları üzücü veya destekleyici olmayan tepkiler” olarak tanımlanmıştır [100].

Şu an için üzülmenin yanı sıra, USI (destekleyici olmayan sosyal etkileşim) psikolojik iyi oluş üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilir. Yapılan bazı çalışmalarda kanser tanılı kadınların, eşleri eleştirel olduğunda ve uzak durma eğiliminde olduklarında, psikolojik uyum ve iyileşmeye katkı sağlayacak davranış ve tutumlardan kaçınma eğiliminde oldukları gösterilmiştir [101, 102].

İnsanlar damgalayıcı tutum ve davranışları dışsal etkenlere bağlı olarak yaşadıkları gibi, kendileri de damgalanma/etiketlenme algısı içinde olabilirler. Diğer insanların kendilerini küçük düşürecekleri, dışlayabilecekleri veya ayırmacılığa uğrayacakları inancı algılanan damgalamayı tanımlar. Bu anlamda, algılanan damgalama, başkalarının damgalanmış kimlikleri hakkında bilgi sahibi olması durumunda insanların, başkalarının onları damgalayacağı yönündeki beklentisini ifade eder [94, 103].

Farklı kanser türleri hastalığa özgü etkenlerden dolayı damgalanabilir. Örneğin, akciğer kanserinde, sigara içmek ve kanser arasında bir bağlantı olduğu gerçeği göz önüne alındığında hastalar suçluluk ve utanç hissedebilir. Meme

kanserinde, memenin cinselliğin bir sembolü olması sebebiyle memeyle ilgili kaybı yaşayan hasta daha az arzu edilen bir nesneye dönüşebilir. Ayrıca, bir kadın akranlarından farklı hissedebilir. Bu durum suçluluk duygusuna neden olabilir ve tedaviye karşı direnç gibi olumsuz duyguların oluşmasına, sonuç olarak da tedavi başarısızlığına neden olabilir [104].

Toplum, kanserin nedenleri, olası tedavileri ve süreci hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığından dolayı çoğunlukla kanser hakkında yanlış algılara sahiptir. Bunların başında belki de en önemlisi, kanser teşhisinin “ölüm” ile eşdeğer olduğu düşüncesi gelmektedir. Diğer önemli bir durum da çoğunlukla mesleki damgalanmalarla ilgili olan, kanserli hastaların üretken olmadıkları ve kanserin bulaşıcı olduğu mitidir [105].

Kanserin tanı aşamasından tedavisine tüm süreçle ilgili bütün yanlış anlamalar ve olası her türlü damgalanma hasta bireylerin hayatının her alanındaki işlevselliklerini bozabilir, toplumdaki olağan rollerini ve sorumluluklarını yerine getirmelerini engelleyebilir. Damgalanma hastanın; toplumsal kabulünü zorlaştırarak, sosyal izolasyonla sonuçlanan ve tedavi sürecini oldukça olumsuz etkileyen deneyimler yaşamasına neden olabilir. Bu nedenle, hastalıkla ilişkili damgalama psikolojik durumu etkiler ve yaşam kalitesini ve hastaların fiziksel iyilik halini etkiler. Bütün bu etkilerinden ve kanserin tüm süreçlerinin önemli faktörlerinden biri olması sebebiyle damgalanma mutlak her yönüyle ele alınması ve değerlendirilmesi gereken bir fenomen gibi görünmektedir. Kanser hastaları için damgalanmanın tanınması, hastalığın olumsuz fizyolojik ve psikolojik etkilerinin sağaltımı açısından elzem gibi görünmektedir.

TRAVMA SONRASI BÜYÜME KAVRAMI

Travma sonrası büyüme mi? Travma sonrası stres mi?

Travmatik olaylar karşısında tepkiler kişiden kişiye oldukça farklılık gösterebilmektedir. Bazı durumlarda kişiler travmatik olay sonucunda, anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gibi ciddi psikiyatrik sorunlar yaşayabilmektedir. Diğer taraftan bazı kişilerde travma deneyimi; öncelikler, yaşamın anlamı, ilişkilerin iyileştirilmesi, kişisel güçlenme algısı gibi önemli olumlu değişikliklere yol açabilir [11].

Bir psikiyatrik bozukluk olarak tanınan travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), 1980 DSM-III'den bu yana DSM tanılama sistemine dahil edilmiştir. Travmatik deneyim yaşamış olmanın TSSB'nin temel nedeni olmasa da tetikleyici bir faktör olabileceği konusunda ortak kanaat mevcuttur. Bununla birlikte, 1994'e yani DSM-IV'e kadar, kanser gibi hayati tehlike taşıyan hastalıklar, TSSB'yi tetikleyici durumlar dışında tutulurken şimdi dahil edilmiş durumdadır [106].

Her zaman ya da çoğunlukla olmasa da stresli deneyimlerin veya travmatik olayların olumlu sonuçları da olabilmektedir. Bu fikir, sadece kanserden kurtulmuş olanlar tarafından değil, ciddi ve potansiyel olarak yaşamı tehdit eden hastalıkları yaşamış ve hayatta kalmış insanlarla birlikte çalışan ya da çalışmış olanlar tarafından da destek almıştır [106]. Bir insanda bazı olumlu değişikliklerin, kanser olma ve bunlarla başa çıkma deneyimlerinden ortaya çıkma olasılığı üzerine bir literatür uzun zamandır gelişim aşamasındadır. Bu alan, farklı yapılardan oluşan bir küme ile karakterize ve genellikle olumsuzluktan sonra büyüme veya pozitif değişim fikrini içeren çeşitli tanımlayıcılarla ifade edilegelmektedir. Bunlardan bazıları “fayda bulma”[107], “mücadele ruhu”[108], “pozitif büyüme”[109] veya “pozitif değişim”[110], “travma sonrası büyüme”[9] ve “stresle ilişkili büyüme”[111] tanımlamalarıdır ve odak olumlu değişimdir.

Kanser tanısı sonrasında insanlarda herhangi bir olumlu değişiklik görülebilir mi sorusu artık daha fazla merak konusudur. Olumlu değişim ve travma sonrası büyüme nosyonları gerçek bir olguya mı atıfta bulunmakta, yoksa fakir bilim, abartılı iddialar ve arzulu düşüncenin olası ürünleri midir [112]?

Kanser tanısı sonrası olumlu birtakım açıklamaların var olduğu anlaşılmaktadır. İlk olarak, eğer yaşanırsa, kansere bağlı TSSB'de herhangi bir iyileşme, kanserli kişi tarafından olumlu bir değişiklik olarak yorumlanabilir ve bu şekilde rapor edilebilir. İkincisi, olumlu değişim, kanserli kişiye verilen tedavi ve bakımdan kaynaklanabilecek veya ilişkilendirilebilecek görünüşte iyi olan şeylerin tanınmasını yansıtabilir. Bunlar, davranışlarının doğası gereği, özenli görünebilecek başkalarıyla artan veya daha fazla destekleyici temas şeklinde olabilir. Üçüncüsü, olumlu değişim, kişinin yolculuğu ile ilgili olarak gerçek ve dinamik bir ilişkiyi temsil edebilir ve bunun sonucunda kanser tecrübesi ve bununla başa çıkma ve baş etme sonucu ortaya çıkan temel psikolojik değişiklikler ortaya çıkabilir. Bu değişiklik,

önemli bilişsel yeniden yapılanmayı içerebilir ve bu deneyime anlam verme ve bu deneyime anlam verme ihtiyacı ile ilgili bir veya daha fazla süreçten kaynaklanabilir veya ondan bir şekilde fayda elde etmek isteyebilir [106]. Mantıksal olarak, bu üç pozitif değişim açıklamasının hepsinin doğru olmasının ve bir arada oluşması şartı yoktur. Bu karmaşık model, pozitif değişim ve travma sonrası büyümenin üç süreci de içerebileceğini veya yansıtabileceğini öne sürmektedir ve tek ortak yönleri stres deneyimindeki azalmadır [106].

Kanser tanısının kişide neye yol açacağı çok bilinmeyenli bir problem olarak ifade edilebilir. Tanı sonrası, tedavi süreci ve sonrası bilinmeyenler farklılaşmakta ve etkileri de değişebilmektedir. Travma olarak deneyimlenen kanser ile yüzleşme anı ve sonrasında psikolojik olarak bir büyümeye ya da strese yol açması mutlak iki seçenek olmadığı gibi, hastalık sonrası yaşam süresi ve kalitesinin iyileştirilmesi açısından, travma sonrası büyüme tabelasını işaret eden ipuçlarının ve göstergelerin tanınması ve aynı zamanda travma sonrası stres yoluna götüren işaretlerin de tanınması ve uygun yaklaşımların geliştirilmesi önem arz etmektedir.

Travma sonrası büyüme kavramını açıklayan modeller

Travma sonrası büyüme modellerinin birçoğu bilişsel şemaların yeniden yapılandırılması üzerinde durmaktadır [113]. Janoff-Bulman'ın (1992) tanımladığı şemanın yeniden yapılanmasına göre, insanların; dünyanın iyi ve anlamlı bir yer olduğu, kendisinin değerli ve dayanıklı olduğu gibi temel inanışları vardır [114]. Yani insanlar, olayların kontrollerinde olduğuna, başlarına kötü şeylerin gelmeyeceğine, hayatın tahmin edilebilir ve anlamlı olduğuna inanırlar. Ancak travmatik deneyim bu varsayımlarla örtüşmez [115]. Bu durumda insanların varsayımlarını gözden geçirmeleri ve yenilemeleri gerekmektedir. Travma deneyimi sonrası kişinin kendisi ve dünya ile ilgili olumlu ve kalıplaşmış varsayımlarının yıkılması ya da değişmek zorunda kalması onları travmanın gerçeği ile yüzleşmek durumunda bırakır [11]. Bu yüzleşme kişinin yaşamının çeşitli alanlarında değişiklikler yapmasını sağlayabilir.

Travma sonrası büyümeyi açıklayan modellerden ilki işlevsel-betimsel modeldir [116]. Bu modele göre travma sonrası büyüme, travmanın doğrudan sonucu olarak değil, travma ile mücadele sonucu ortaya çıkar. Tedeschi ve ark. (1998) bu durumu deprem metaforu ile açıklamaktadırlar.

Depremelerin yol açtıkları çevresel hasarlar gibi büyük yaşam krizlerini temsil eden olaylar da, bireyin dünyayı ve onun içindeki yerini anlama şeklini ciddi şekilde sarsabilir [117]. Travma sonrası büyümeyi belirleyecek olan kişinin bu yaşantıdan sonraki mücadelesidir [116]. Fakat bu modelde büyümenin oluşması için travmatik deneyimin; kişilerin kim olduklarını, etraflarındaki insanların nasıl olduklarını, nasıl bir dünyada yaşadıklarını, geleceklerinin nasıl olacağına dair temel varsayımlarını yeniden düşünmeye zorlamalarına neden olacak kadar büyük olması gerektiği vurgulanmaktadır [116]. Bunun için “sismik” terimi kullanılır. Deprem sonrası zarar görmedikçe binada yenilikler yapılmadığı gibi, travmatik deneyimler de sarsıcı olmadıkça kişinin yaşamında ve inanç sisteminde değişiklikler yapmamaktadır [116].

İşlevsel-betimsel modele göre, travma öncesi kişilik özellikleri travma sonrası büyümeyi etkileyen önemli bir etkidir. Yapılan çalışmalarda, özellikle dışadönüklük ve yeni deneyimlere açık olma gibi kişilik özelliklerinin travma sonrası büyümenin oluşmasını kolaylaştırabileceği ifade edilmektedir [10]. Ayrıca kişinin olumsuz koşullarda dahi olumlu duyguların farkında olması ve bilgiyi iyi işleyebilmesi de travma sonrası süreçte uyumu olumlu etkileyebilecek özellikler olarak gösterilmektedir. Travma sonrası büyümenin meydana geldiği durumlarda, travmatik deneyimin bir milat gibi kişinin yaşamını ikiye böldüğünü söylemek mümkündür. Travma ile birlikte kişi önceki amaç, inanç ve davranışlarının işlevsiz olduğuna karar verirse yaşamında değişiklikler yapmaya başlar. Başka bir deyişle kişi travmatik deneyimden sonra kişisel hayat hikâyesini değiştirmeye başlar [10].

Travma sonrası büyümeyi açıklayan diğer bir model ise Schaefer ve Moss’un (1992) modelidir. Bu modele göre, çevresel ve kişisel faktörler travma deneyimi ve sonrasını, bilişsel değerlendirme süreçlerini ve baş etme biçimlerini belirler. Bu modelde tüm bileşenler birbirleri ile etkileşim halindedir [14].

Kişisel özellikler içinde; sosyodemografik değişkenler, öz yeterlilik, sağlamlık, iyimserlik, özgüven, uyumlu mizaç özellikleri, motivasyon, fiziksel sağlık durumu ve daha önceki travma deneyimleri yer almaktadır. Çevresel faktörler; kişiler arası ilişkiler, yakınlarından alınan sosyal destek, maddi durum ve yaşam koşullarından oluşmaktadır. Olayın şiddeti, etki süresi, zamanlaması ve kişide yarattığı etki ise olaya özgü faktörleri oluşturmaktadır [14].

Bu modelde büyüme baş etme biçimine göre, kaçınan baş etme ve aktif baş etme olarak iki şekilde oluşabilmektedir. Aktif baş etme; krizi mantıklı yollarla analiz etmeyi, daha olumlu bir bakış açısı ile yeniden değerlendirmeyi, destek aramayı ve problem çözmek için harekete geçmeyi tanımlarken, kaçınan baş etme: kişinin problemin çözümünün olmadığına odaklanmasını, alternatif yatıştırıcı ya da rahatlatıcı yönelimlerde bulunmasını ve duygularını dışa vurmasını tanımlar [14].

Travma sonrası büyüme kavramı ve ilişkili faktörler

Travma sonrası büyümenin, travma deneyiminin türünden bağımsız olarak birçok çalışmada farklı değişkenler arası karşılaştırmalı analizleri mevcuttur. Bu çalışmalar en azından multifaktöriyel bir durum olan büyüme deneyimine genel bir bakış açısı kazandırması açısından önemlidir.

Bir çalışma genç kadınların daha fazla büyüme gösterdiğini, evli olmanın kadınların travma sonrası büyüme algısında önemli bir değişken olduğunu ve partneri olan hastalarda travma sonrası büyüme düzeyinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Aynı zamanda, eğitim düzeyi düşük meme kanserli kadınların daha fazla travma sonrası büyüme gösterdiğini de ifade etmiştir [118].

Siyah kadınların beyaz kadınlara, azınlık üyelerin beyaz ırka kıyasla daha fazla büyüme gösterdiğini bildiren çalışmalarda mevcuttur [119]. Hegelson ve ark. travma sonrası büyüme ile hastalığın şiddeti arasında anlamlı düzeyde ilişki saptamışlardır [107]. Kanser yerleşim bölgesine göre yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada; bölgesel veya metastatik kanseri olan hastalar, travma sonrası büyümenin alt değerlendirme biçimlerinden kişiler arası ilişkiler ve yaşamın anlamı açısından karşılaştırılmış, bölgesel kanseri olan hastalarda travma sonrası büyüme düzeyi daha yüksek bulunmuştur [112, 120]. Bu durum, bölgesel kanseri olanlarda 5 yıllık yaşam oranının %96 olması nedeniyle, hastalığın yeterince tehdit edici algılanmamış olmasına bağlanmıştır. Fakat travma sonrası büyüme modellerinin açıklamalarına bakıldığında, travmanın büyümeye yol açması için yeterince sarsıcı olması gerektiği argümanı ile de çelişen bir durum gibi görünmektedir. Bu konuda literatür incelendiğinde, tanı konulmasından sonra geçen zaman ile büyüme arasındaki ilişki hakkında çelişkili sonuçlar olduğu görülmekte, bu durum hastalıktan sonra geçen sürenin yanında birçok farklı etkenin katkısı ile açıklanmaya çalışılmaktadır. Fakat yine de meme kanseri

hastalarıyla yapılan kesitsel birçok çalışmada, büyümenin tanıdan sonra geçen süre ile pozitif korelasyon gösterdiği bildirilmektedir [121-123].

Bir çalışma, kanser hastalarının, cerrahiden 4-8 hafta sonra travma sonrası büyüme bildirmeye başladığını, büyümenin tanıdan sonraki ilk 18 hafta içinde arttığını ileri sürmüştür [119].

Travmanın tek başına olumlu değişikliğe yol açmayacağı, kişinin travmayı temel inançlarını ve baş etme becerilerini yeterli derecede tehdit edici algılıyor olması gerektiği büyüme modelleri kısmında da ifade edilmişti. Travmatik olayla en iyi başa çıkabilenler, deneyimleri üzerinde düşünen, bilişsel, duygusal ve kişilerarası işleme süreçlerini kullanan bireylerdir [10]. İşleme süreçlerinin erken başlaması sonuçları belirleyici olabilir. Bir deneyimin başında baş etmeye yönelik girici düşüncelerin gelişmesi ve işlenmesi, direnç gösterilmesi ya da bastırılmasından daha olumlu psikolojik süreçlerle sonuçlanabilir.

Çok sayıda araştırmada, sosyal destek travma sonrası büyümeyle ilişkili bulunmuştur [2, 110, 116]. Sosyal destek, travma sonrası büyüme için önemli yordayıcı iken; sosyal baskı ve sosyal aktivitelerin azalması, sosyal destek azlığı da büyümenin gelişmemesi için önemli faktörlerdir [124, 125].

Hastanın hastalığı nasıl öğrendiği, hastalığıyla ilgili bilgi düzeyi, hastalığı nasıl algıladığı travma sonrası büyümeyi etkileyebilmektedir. Yakın çalışmalar, hekimlerin hastalardan önce ailelerini bilgilendirdiğini ortaya koymaktadır. Bir çalışma hastaların sadece %37'sinin teşhisi doğrudan öğrendiğini göstermektedir, ancak bu bilgilendirme eksikliğinin büyümeyi nasıl etkilediği bilinmemektedir [71].

Bedensel belirtilerin varlığı kanser deneyimine dair belleği canlı tutabilir ve bu da hastalığın olası tekrarlama korkusunu arttırabilir, aynı zamanda bakış açısındaki değişimleri de güçlendirebilir [71].

Erken evre meme kanseri hastalarında; aktif baş etme yöntemlerini kullananlar, sosyal çevresine duygu ifadesinde bulunabilen kadınlar, daha fazla büyüme göstermişlerdir [126] Dışadönüklük, deneyimlere açık olma, uyumluluk, vicdanlı ve dürüst olmanın büyümeyle olumlu yönde ilişkili olduğu ileri sürülmüştür [2]. Kanser tipi, evresi, tedavi şekli, tedavinin zorluğu, fiziksel etkilerin tamamı hastaların bu

deneyimi nasıl yaşadıklarını, stres seviyelerini, kişisel büyümelerini ve yaşam kalitelerini etkileyebilir [127].

Kanser, hastanın fiziksel ve psikososyal işlevselliğini, dolayısıyla da genel yaşam kalitesini büyük ölçüde etkileyen, sonuç olarak ağır ruhsal-toplumsal sorunların yaşanmasına neden olan bir travmadır ve bu açıdan ciddi bir toplum sağlığı sorunu olarak önümüzde durmaktadır. Giderek daha sık görülmekte olan kanserin birey üzerindeki psikososyal sonuçlarının anlaşılması ve gerekli müdahalenin yapılması çok önemlidir.

Bu çalışmada meme kanseri tanısı alan hastaların travma sonrası büyüme açısından değerlendirilmesi, stigma, sosyal destek, beden algısı ve psikiyatrik morbiditenin travma sonrası büyüme ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

ÖRNEKLEM

Çalışmaya Haziran–Aralık 2018 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ve Onkoloji polikliniklerine başvuran, meme kanseri tanısı alan ve tanı alma sürecinden 1 yıl geçmiş olan vakalar alınmıştır. Aynı zamanda çalışmaya hastaların 18 yaşından büyük eş, anne, baba, kardeş, çocuk ya da hastaların kendilerine yakın hissettikleri sosyal çevresinden kişiler de dahil edilmiştir. Hasta yakınlarında hastanın tanı ve sonrasında hastalık sürecine şahit olmuş olmaları kriteri gözetilmiştir. Hastalıkla ilgili değişkenler katılımcıların kendi ifadelerinden alınmıştır.

Hasta ve hasta yakınları çalışma hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilmiş, gönüllü olanlardan sözel ve yazılı onam alınarak çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma projesi Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul onayına sunulmuş, 10.04.2018 tarih ve 60116787-020/25167 sayılı karar yazısıyla etik kurul onayı alınmıştır.

Gönüllüler için çalışmaya alınma ölçütleri:

Hasta grubu:

1. Meme kanseri tanısı almış olması ve tanı alınması üzerinden 1 yıl süre geçmiş olması
2. 18-65 yaş aralığında olması
3. Çalışmanın amacı ve süreci anlatıldıktan sonra katılmak için onay veren hastalar

Hasta yakını:

1. Yukarıda çalışma koşullarını karşılayan hastaların birinci dereceden bir yakını (eş, anne, baba, kardeş, ya da 18 yaşını geçmiş çocuk, hastaların kendilerine yakın hissettikleri sosyal çevresinden kişiler)

Gönüllüler için çalışmadan dışlanma ölçütleri:

Hasta grubu:

1. Yapılacak psikiyatrik değerlendirme ve ölçekleri etkileyebilecek nörolojik bir hastalık bulunması (MS, SVH, demans, gibi)
2. Klinik olarak mental retardasyon olması

3. Kafa travması öyküsü olması
4. Kronik psikiyatrik bir bozukluk (şizofreni, bipolar bozukluk gibi) olması

Hasta yakını:

1. Kendisi kanser tanısı almış olmak,
2. Kronik psikiyatrik bir bozukluk (şizofreni, mental retardasyon, bipolar bozukluk gibi) olması
3. Yapılacak psikiyatrik değerlendirme ve ölçekleri etkileyebilecek bilişsel işlev bozukluğuna yol açan bir hastalık bulunması (SVH, demans, gibi)

ÇALIŞMANIN AŞAMALARI

Çalışmaya katılma ölçütlerini karşılayan, çalışma ile ilgili bilgilendirilen ve onam veren kanser hastalarının ve hasta yakınlarının psikiyatrik görüşme ve muayeneleri yapıldı ve hastalık dışı psikososyal stresör açısından değerlendirmesi yapıldı. Araştırmacı tarafından hem hastalar hem de hasta yakınları için ayrı ayrı oluşturulan sosyodemografik ve klinik özelliklerin sorgulandığı veri formu uygulandı. Takiben hastalara depresyon ve anksiyete varlığının değerlendirilmesi için Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, meme kanseri tedavi sürecinde meydana gelen bedensel değişikliklerin yaşamları üzerine etkisini ölçmek için Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği, hastalık sürecindeki sosyal destek durumunu ölçmek için Kanser Hastası Sosyal Destek Algısı Ölçeği, kansere ilişkin damgalanma/damgalamaya yönelik düşünceleri değerlendirmek için Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi-hasta versiyonu ve travma sonrası büyüme durumunu değerlendirmek için Travma Sonrası Büyüme Envanteri kullanıldı. Hasta yakınları için; depresyon ve anksiyete varlığının değerlendirilmesi için Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, kansere ilişkin damgalanma/damgalamaya yönelik düşünceleri değerlendirmek için Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi-toplum versiyonu ve travma sonrası büyüme durumunu değerlendirmek için Travma Sonrası Büyüme Envanteri kullanıldı

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini sorgulamaya yönelik olarak olguların sosyodemografik verilerinin toplanması amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan bir bilgi formudur. Form hasta ve hasta yakınları için ayrı olarak hazırlanmıştır. Çalışmaya alınan hasta ve hasta yakınlarına yüz yüze görüşme yapılarak uygulanmıştır.

Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi (KİTÖA)-Hasta Versiyonu

Kanserli hastalara yönelik hastalık ile ilgili damgalanmayı ölçmeye yönelik Cho ve arkadaşlarının 2013 yılında geliştirdiği Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi bulunmaktadır [128]. Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi'nin hasta versiyonunun Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması 2017 yılında Yılmaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [129]. Ölçek *iyileşmenin imkânsız olması, kanser hastalarının etiketlenmesi, sosyal ayrımcılık yaşama* olmak üzere üç alt ölçek ve 12 maddeden oluşmaktadır. Ankette yer alan maddeler (1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Katılıyorum, (4) Kesinlikle katılıyorum, şeklinde cevaplanmaktadır. Medyan 2,5 ve üzerinde olan puanlar kansere ilişkin olumsuz (negatif) tutumları göstermektedir.

Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi (KİTÖA)-Toplum Versiyonu

Kanserli hastalara yönelik toplumun tutumunu ölçmeye yönelik Cho ve arkadaşlarının 2013 yılında geliştirdiği Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi bulunmaktadır [128]. Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi'nin Toplum versiyonunun Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması 2016 yılında Yılmaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [130]. Ölçek *iyileşmenin imkânsız olması, ayrımcılık, kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma* olmak üzere üç alt ölçek ve 12 maddeden oluşmaktadır. Ankette yer alan maddeler (1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Katılıyorum, (4) Kesinlikle katılıyorum, şeklinde cevaplanmaktadır. Medyan 2,5 ve üzerinde olan puanlar kansere ilişkin olumsuz (negatif) tutumları göstermektedir.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

Ölçek Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında ruhsal hastalığı olmayan hastalar üzerinde depresyon ve kaygıyı ölçmek için geliştirilmiştir [131]. Ölçek yedisi depresyon yedisi anksiyeteyi ölçmek üzere toplam on dört maddeden oluşmaktadır. Derecelendirme kısmında ise 4'lü Likert tipi derecelendirme kullanılmaktadır. Ölçekteki 2, 4, 6, 8, 10, 12 ve 14 numaralı maddeler depresyonu; 1, 3, 5, 7, 9, 11 ve 13 numaralı maddeler ise anksiyeteyi ölçmektedir. Ölçekteki 2, 4, 7, 9, 12 ve 14 numaralı maddeler düz maddeler olup a=0, b=1, c=2 ve d= 3 şeklinde puanlanırken; 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 ve 13 numaralı maddeler ters maddelerdir ve a=3, b=2, c=1 ve d= 0 şeklinde puanlanır. Muhtemel kaygı ve depresyon için kesme puanı 8 ya da daha yukarıdır. Tanı için ise gereken puan depresyon alt ölçeği ve anksiyete alt ölçeği için 10 puan veya üzeridir. Yapılan çalışmalarda ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1997 yılında Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [132].

Kanser Hastası Sosyal Destek Algısı Ölçeği (KHSDAÖ)

Bu ölçek ülkemizde kanser hastalarının algıladıkları sosyal desteği ve bu sosyal desteğin biçimini ölçmek amacıyla Eylen (2002) tarafından geliştirilmiştir. Başta 76 maddelik olan ölçek varyans analizleri sonucunda 35 maddelik son halini almıştır. Ölçekte 5'li Likert tipi derecelendirme kullanılmaktadır. Ölçek 13 ters madde (4.9.13.14.21.22.26.27.29.30.31.32.33 numaralı maddeler) ve 22 düz maddeden (1.2.3.5.6.7.8.10.11.12.15.16.17.18.19.21.23.24.25.28.34.35 numaralı maddeler) oluşmaktadır. Katılımcıların her bir maddeye; benim durumuma çok uygun (5), benim durumuma uygun (4), benim durumuma kısmen uyuyor (3), benim durumuma uygun değil (2), benim durumuma hiç uygun değil (1) seçeneklerinden kendileri için en uygun olanı işaretleyerek yanıt vermeleri gerekmektedir. Katılımcıların verdiği yanıtlar düz maddeler için 5=5, 4=4, 3=3, 2=2, 1=1 şeklinde ters maddeler için ise 5=1, 4=2, 3=3, 2=4, 1=5 şeklinde puanlanmaktadır. Alınan yüksek puanlar hastanın algıladığı sosyal desteğin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Ölçek kapsam geçerliliğinin değerlendirilmesi amacıyla 6 uzman tarafından incelenmiş ve maddelerin sosyal desteği ölçebileceği sonucuna varılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliğinin belirlenmesi için ise faktör analizi yapılmış ve 3 faktör belirlenmiştir. Üç faktörden ilki **güven desteği**, ikincisi **duygusal destek** ve sonuncusu da **bilgi desteği**

olarak adlandırılmıştır. Güven desteği alt ölçeği toplam 13 maddeden (1.3.6.7.8.10.11.12.17.19.24.34.35 numaralı maddeler), duygusal destek alt ölçeği toplam 12 maddeden (2.9.13.15.16.18.20.23.26.27.28,33 numaralı maddeler) ve bilgi desteği alt ölçeği ise toplam 10 maddeden (4.5.14, 21,22,25,29,30,31,32 numaralı maddeler) oluşmaktadır [133].

Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği (BIYNEÖ)

Beden imgesinin kişinin yaşamının yönleri üzerindeki etkisini ölçmek için Cash ve Fleming tarafından geliştirilen Body Image Quality of Life Inventory (BIQLI, Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği) kullanımı kolay ve kısa bir öz bildirim tarzı ölçektir [134]. Bu ölçek, kişinin beden imgesinin öz güvenine, kişilerarası ilişkilerine, günlük yaşamına, duygu durumuna, yeme davranışına, genel yaşam doyumuna nasıl etki ettiğini değerlendirir. Ölçek tek başına beden imgesini değil, beden imgesi deneyimlerinin psikososyal yaşam niteliğine etkisini ölçer. Ölçek, 19 maddenin temsil ettiği 7 puanlı iki uçlu bir ölçek olup, her madde +3 'ten -3'e kadar puanlanır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan +57, en düşük puan -57'dir. Ölçekten alınacak pozitif değerdeki puanlar beden imgesinin yaşam niteliğini olumlu düzeyde etkilediğini gösterirken, negatif değerdeki puanlar beden imgesinin yaşam niteliğini olumsuz düzeyde etkilediğini gösterir. Ölçekten '0' puan alınması, beden imgesinin yaşam alanları üzerinde etkisi olmadığını gösterir. Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeğinin alt faktörleri *kendilik değeri üzerine etki* (1-2-3-5- 6-7 ve 8. madde), *günlük yaşantı üzerine etki* (9-10-17-18 ve 19. madde), *karşı cinsle etkileşime etki* (4-12-11 ve 16. madde) ve *davranış /tutum üzerine etkidir* (13-14 ve 15. madde). Alt faktörlerin her biri, madde sayısı ile orantılı olarak yukarıda açıklandığı şekilde puanlanır ve değerlendirilir. Örneğin, 'davranış /tutum üzerine etki' faktörü üç maddeden oluşmaktadır, bu faktörden alınabilecek en yüksek puan +9, en düşük puan ise -9'dur. Ölçeğin kesme puanı yoktur. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2015 yılında Meral Demiralp ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [135].

Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE)

Travma Sonrası Büyüme Envanteri (Posttraumatic Growth Inventory) Tedeschi ve Calhoun tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinal hali 21 maddeden oluşmakta ve 0 (bu değişikliği yaşamadım) ve 5 (bu değişikliği çok büyük oranda yaşadım) arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 0-105 arasındadır. Bu ölçekten alınan yüksek puan travmatik yaşantı sonrasında kişinin yüksek düzeyde travma sonrası büyüme gösterdiğine işaret etmektedir. Travma Sonrası Büyüme Envanteri ***başkaları ile ilişkiler, yeni fırsatlar, kişisel güçlülük, manevi değişim ve yaşamı takdir etme*** olmak üzere beş alt ölçekten oluşmaktadır [9].

Ölçeğin farklı Türkçe formları bulunmaktadır. Kılıç tarafından Türkçeye çevrilen ilk ölçekte orijinali altılı değerlendirme yerine beşli değerlendirme şekli kullanılmış ve seçenekler orijinalinden farklı değerlendirilmiştir [136]. Ölçeğin başka bir Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kağan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [137]. Bu çalışmada altılı değerlendirme şekli kullanılmıştır. Alt ölçekleri de ***benlik algısında değişim*** (5-10-11-12-13-15-16-17-18 ve 19. Madde), ***yaşam felsefesinde değişim*** (1-2-3-4-7 ve 14. Madde) ve ***başkalarıyla ilişkilerde değişim*** (6-8-9-20 ve 21. Madde) olarak orijinalinden farklı olarak 3 bölümden oluşmaktadır [138].

VERİLERİN İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRMESİ

İstatistiksel değerlendirmeler “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0” paket programında yapılmıştır. Kesikli verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında Pearson Ki-kare testi (X^2) kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin dağılımının normal olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. İki grup arası karşılaştırmalarda sürekli değişkenlerin normal dağılım göstermesi durumunda Student t testi, normal dağılım göstermediğinde ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Üç grup arasındaki karşılaştırmalarda sürekli değişkenlerin normal dağılım göstermesi durumunda tek yönlü varyans analizi (ANOVA), normal dağılım göstermediğinde ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin birbiriyle ilişkisinin incelenmesinde Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. Analizlerde %95 güven aralığında anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

Çalışmamıza 18–65 yaş aralığında meme kanseri olan 100 hasta ve kanser tanısı olmayan ve sürece tanıklık eden 100 hasta yakını dahil edilmiştir. Çalışma grubunun tamamı meme kanseri tanılı kadın hastalardan oluşurken, hasta yakınlarının büyük çoğunluğunu erkek bireyler ve eşler oluşturmuştur. Hasta ve yakınlarının büyük çoğunluğu evli ve genellikle birlikte yaşayan bireylerdi. Hastaların yaş ortalaması yakınlarının yaş ortalamasından biraz daha yüksek iken, hasta yakınlarının ortalama eğitim süresi hastalardan yaklaşık olarak %20 daha yüksek bulunmuştur. Hastaların yaklaşık yarısının eğitim durumu ilköğretim düzeyinde iken hasta yakınlarının eğitim durumu ilköğretim, ortaokul, lise ve üniversite için yaklaşık olarak eşit dağılım göstermektedir. Hasta ve yakınlarının yarısının çekirdek aile yapısında eş ve çocukları ile birlikte yaşadığı öğrenilmiştir. Hastaların yarısından fazlası çalışmazken çalışma ya da hastalık nedeniyle işi bırakma oranlarının yaklaşık %20 oranında eşit olduğu tespit edilmiştir. Hasta yakınlarının ise yaklaşık yarısının çalışıp yarısının çalışmadığı görülmüştür. Hastaların çoğunluğu ev hanımı, yakınlarının çoğunluğu emekli ve serbest çalışmaktadır. Hasta ve hasta yakınlarına ait sosyodemografik veriler Tablo 1 ve Tablo 2’de özetlenmiştir.

Tablo 1: Hasta yakını grubunun hastaya yakınlık durumu

		Hasta yakını	
		N	%
Hastaya yakınlık derecesi	Anne	3	3
	Baba	1	1
	Çocuk	20	20
	Eş	60	60
	Kardeş	8	8
	Diğer	8	8
Hastanın bakım ihtiyacı	Var	18	18
	Yok	82	82

Tablo 2: Hasta ve hasta yakınlarının sosyodemografik Verileri

DEĞİŞKENLER		Hasta		Hasta yakını	
		Ortalama ± SS			
Yaş		49,17 ± 9,88		44,87 ± 15,19	
Eğitim yılı		8,76 ± 4,84		10,49 ± 4,36	
		(N=100)	%	(N=100)	%
Cinsiyet	Kadın	100	100	28	28
	Erkek	0	0	72	72
Medeni durum	Evli	79	19	78	78
	Bekar	1	1	19	19
	Dul	20	20	3	3
Eğitim durumu	Okur-yazar	5	5	1	1
	İlköğretim	46	46	23	23
	Ortaokul	4	4	18	18
	Lise	27	27	28	28
	Üniversite ve üstü	18	18	30	30
Kiminle yaşadığı	Yalnız	9	9	5	5
	Anne-baba	4	4	15	15
	Eş-çocuk	53	53	50	50
	Yakını	8	8	3	3
	Eş-çocuk-yakın	3	3	6	6
	Eş	23	23	21	21
Çalışma durumu	Çalışıyor	22	22	51	51
	Çalışmıyor	60	60	46	46
	Bıraktı*	18	18	3	3
Meslek	Memur	7	7	10	10,1
	İşçi	19	19	23	23,2
	Serbest	11	11	20	20,2
	Emekli	19	19	30	30,3
	Ev hanımı	44	44	8	8,1
	Öğrenci	0	0	8	8,1

***hasta:** hastalık nedeniyle bıraktım, **hasta yakını:** bakım vermekten dolayı bıraktım

KLİNİK ÖZELLİKLERLE İLGİLİ VERİLER

Çalışmaya katılan hastaların hastalıkla ilgili değişkenleri Tablo 3'te sunulmuştur. Hastaların yaklaşık %38'inin kanserin hangi evrede olduğunu bilmediği, diğerlerinin sırasıyla evre 2, evre 3, evre 4 ve evre 1 tanılı oldukları görülmüştür. Kanser tanısı aldıktan sonra geçen ortalama süre ise $58,53 \pm 49,70$ ay olarak bulunmuştur. Hastaların %95'inin cerrahi operasyon (total ya da parsiyel mastektomi) geçirdiği ve çoğunluğunun cerrahiden genel olarak memnun olduğu, sadece %10'unun meme onarımı için plastik ve rekonstrüksif cerrahi operasyonu geçirdiği öğrenilmiştir. Meme kanseri için en çok uygulanan tedavinin kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavi kombinasyonu olduğu, ikinci sıklıkta ise bu protokole hormon tedavisi eklendiği tespit edilmiştir. Hastaların %59'unun halen almakta olduğu bir tedavisi olduğu, devam eden tedavilerin çoğunlukla kemoterapi şeklinde olduğu saptanmıştır. Hastaların %11'i tanı sürecinde hastalık ve tedavi ile ilgili olarak hiç bilgilendirilmediğini ifade etmiştir. Hastaların yaklaşık %40'ının en az bir fiziksel kronik hastalığı olduğu, yaklaşık %30'a yakınının meme kanseri tanısı almadan önce psikiyatrik bir hastalığı olduğu ve yaklaşık %30'unun da son 1 yılda hastalık dışı stresör tariflediği tespit edilmiştir.

Hastalarla yapılan psikiyatrik görüşme ve ruhsal durum değerlendirmesi sonucunda, hastaların %40'ında psikiyatrik bir bozukluk bulunduğu belirlenmiştir. DSM-V tanı ölçütlerine göre hastalardan %22'sinde majör depresif bozukluk, %7'sinde anksiyete bozukluğu, %6'sında depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu, %4'ünde kaygı ile giden uyum bozukluğu ve %1'inde konversiyon bozukluğu tanıları olduğu tespit edilmiştir. Hasta yakınları ile yapılan psikiyatrik görüşme ve ruhsal değerlendirme sonrasında ise %7'sinde major depresif bozukluk, %8'inde anksiyete bozukluğu tanıları olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3: Hastaların klinik verileri

		Hasta	
		N	%
Meme kanseri evre	Evre 1	5	5
	Evre 2	23	23
	Evre 3	19	19
	Evre 4	15	15
	Bilinmiyor	38	38
Cerrahi tedavi	Var	95	95
	Yok	5	5
Alınan tedaviler	KT	4	4
	KT+HT	2	2
	KT+Cerrahi	15	15
	KT+HT+Cerrahi	3	3
	KT+RT+Cerrahi	44	44
	KT+RT+HT+Cerrahi	32	32
Cerrahiden memnuniyet	Çok memnun	57	60,6
	Oldukça memnun	28	29,8
	Kararsız	6	6,4
	Pek değil	2	2,1
	Hiç değil	1	1,1
Plastik cerrahi	Var	10	10
	Yok	90	90
Tedavi devamı	Evet	59	59
	Hayır	41	41
Devam eden tedavi tipi	KT	35	59,3
	RT	2	3,4
	HT	17	28,8
	KT+HT	3	5,1
	KT+RT	2	3,4
Tanıyı kimden öğrendi	Hekim	84	84
	Yakını	4	4
	Diğer	1	1
	Hiç kimse bilgi vermedi	11	11
Kronik hastalık öyküsü	Var	38	38
	Yok	62	62
Meme kanseri öncesi psikiyatrik hastalık	Var	27	27
	Yok	73	73
Şu an psikiyatrik hastalık	Var	40	40
	Yok	60	60
Son bir yılda stresör	Var	32	32
	Yok	68	68

KT: kemoterapi, RT: radyoterapi, HT: hormonoterap

KLİNİK ÖLÇEK VERİLERİ

Katılımcılardan hastalara uygulanan Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ), Beden İngesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği (BİYNEÖ), Kanser Hastası Sosyal Destek Algısı Ölçeği (KHSDAÖ), Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi-hasta versiyonu (KİTÖA) ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE) hasta yakınlarına uygulanan Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ), Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi-toplum versiyonu (KİTÖA) ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE) klinik ölçeklerine ait veriler Tablo 4, Tablo 5 ve Tablo 6’da özetlenmiştir.

Hastaların hem HAD-A hem de HAD-D için ortalama puanları kesme değeri olan 8’in altında bulunmuştur.

Hastaların toplam TSBE puan ortalaması 56,60; *benlik algısında değişim* alt ölçeğinde 30,40; *yaşam felsefesinde değişim* alt ölçeğinde 14,52; *başkalarıyla ilişkilerde değişim* alt ölçeğinde ise 12,43 olarak tespit edilmiştir.

Hastalar BİYNEÖ tüm alt ölçekler için ve toplamda beden ingesinin yaşam niteliğine olumlu etkisini ifade eden pozitif ortalama puanlar almıştır.

Hastaların kansere ilişkin tutumları ölçme anketinin (KİTÖA) iyileşmenin imkânsız olması alt ölçeğinde %69, kanser hastalarının etiketlenmesi alt ölçeğinde %39 ve toplamda yaklaşık %30’a yakın negatif tutum varlığı belirttiği tespit edilmiştir.

Hasta yakınlarının da HAD-A ve HAD-D alt ölçekleri için kesme puanı olan 8’in altında ve yaklaşık olarak birbirine eşit ortalama puanlar aldıkları tespit edilmiştir. Hasta yakınlarının toplam TSBE puan ortalaması 54,44; *benlik algısında değişim* alt ölçeğinde 29,88; *yaşam felsefesinde değişim* alt ölçeğinde 13,36 ve *başkalarıyla ilişkilerde değişim* alt ölçeğinde 11,30 olarak bulunmuştur. Hasta yakınlarında KİTÖA için sadece *kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma* alt ölçeğinde %17 oranında negatif tutum varlığı tespit edilirken diğer alt ölçekler ve toplamda yaklaşık %95 oranında negatif tutum olmadığı görülmüştür.

Tablo 4: Hastaların klinik ölçek puanları

ÖLÇEKLER		Hasta		
		Ortalama $\pm$ SS	Min.	Max.
HAD	HAD-A	6,96 $\pm$ 4,77	0	19
	HAD-D	5,65 $\pm$ 4,93	0	18
	Toplam	12,61 $\pm$ 9,09	0	36
TSBE	Benlik algısında değişim	30,40 $\pm$ 10,54	4	50
	Yaşam felsefesinde değişim	14,52 $\pm$ 7,18	0	30
	Başkalarıyla ilişkilerde değişim	12,43 $\pm$ 5,82	0	25
	Toplam	56,60 $\pm$ 21,48	6	105
BİYNEÖ	Kendilik değeri	8,19 $\pm$ 9,52	-19	21
	Günlük yaşantı üzerine etkisi	5,38 $\pm$ 7,13	-15	15
	Karşı cinsle etkileşime etkisi	2,16 $\pm$ 5,51	-12	12
	Davranış ve tutum üzerine etkisi	2,24 $\pm$ 4,49	-9	9
	Toplam	17,94 $\pm$ 23,55	-47	57
KHSDAÖ	Güven desteği	53,67 $\pm$ 12,22	13	65
	Duygusal destek	46,62 $\pm$ 10,85	16	60
	Bilgi desteği	35,86 $\pm$ 7,80	14	50
	Toplam	136,18 $\pm$ 27,84	52	175

HAD: hastane anksiyete depresyon ölçeği, TSBE: travma sonrası büyüme envanteri, BİYNEÖ: beden imgesinin yaşam niteliğine etkisi ölçeği, KHSDAÖ: kanser hastası sosyal destek algısı ölçeği, Min: minimum, Max: maximum

Tablo 5: Hasta yakınlarının klinik ölçek puanları

ÖLÇEKLER		Hasta yakını		
		Ortalama $\pm$ SS	Min.	Max.
HAD	HAD-A	5,99 $\pm$ 4,02	0	21
	HAD-D	5,34 $\pm$ 4,57	0	21
	Toplam	11,33 $\pm$ 7,92	0	42
TSBE	Benlik algısında değişim	29,88 $\pm$ 10,19	0	49
	Yaşam felsefesinde değişim	13,36 $\pm$ 6,50	0	30
	Başkalarıyla ilişkilerde değişim	11,30 $\pm$ 6,26	0	25
	Toplam	54,44 $\pm$ 20,34	0	96

HAD: hastane anksiyete depresyon ölçeği, TSBE: travma sonrası büyüme envanteri, Min: minimum, Max: maximum

Tablo 6: Hasta ve Hasta Yakını Stigma Ölçek Verileri

		Negatif tutum			
		Var		Yok	
		N	%	N	%
KİTÖA Hasta	İyileşmenin imkânsız olması	69	69	31	31
	Kanser hastalarının etiketlenmesi	39	39	61	61
	Sosyal ayrımcılık yaşama	17	17	83	83
	Toplam	28	28	72	72
KİTÖA Hasta yakını	İyileşmenin imkânsız olması	7	7	93	93
	Ayrımcılık	3	3	97	97
	Kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma	17	17	83	83
	Toplam	5	5	95	95

KİTÖA: kansere ilişkin tutumları ölçeği anketi

KORELASYON ANALİZLERİ

Travma sonrası büyümede sosyodemografik ve klinik faktörlerin etkisi

Çalışmamızda hastaların yaş ve hastalık başlangıç yaşı ile travma sonrası büyüme arasında bütün alt ölçekler ve toplamda negatif korelasyon saptanmıştır. Hastalık başlangıç yaşı ile TSBE'nin *başkalarıyla ilişkilerde değişim* alt ölçeği dışındaki korelasyonlar anlamlı bulunmuştur. Hastalık süresi ve ameliyat olan hastaların ameliyattan sonra geçirdikleri süre ile travma sonrası büyüme arasında negatif korelasyon saptanırken, eğitim yılı ile pozitif korelasyon olduğu tespit edilmiş fakat bu 3 değişken ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkinin anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür (Tablo-7).

Hastalar çalışma durumu açısından değerlendirildiğinde; çalışan çalışmayan ve hastalık nedeniyle çalışmayı bırakan 3 grup arasında, *benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim* alt ölçekleri ve toplam TSBE puanlarında anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu iki alt ölçek ve toplam TSBE puanlarında çalışan ve çalışmayan gruplar arasında da anlamlı farklılık saptanmış, çalışan hastaların TSBE'den daha yüksek büyüme puanları aldığı tespit edilmiştir (Tablo-8).

Meme kanseri nedeniyle halen daha devam eden ya da yeni başlanan tedavisi olan hastalar ile tedavisi devam etmeyen hastalar arasında TSB açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Medeni durumun TSB ile ilişkisine bakıldığında evli ve evli olmayan hasta grupları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Son 1 yılda hastalık dışı stresör varlığı tarifleyen hastalar, TSBE'nin *benlik algısında değişim* alt ölçeğinde stresör tariflemeyenlere göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olup, aralarındaki bu fark anlamlı bulunmuştur. Psikiyatrik bir hastalığı olduğu tespit edilen hastaların ise olmayanlara göre anlamlı bir farkla TSBE'nin *benlik algısında değişim* alt ölçeğinde daha düşük puan ortalaması aldıkları görülmüştür. Meme kanseri tanısı almadan önce psikiyatrik bir bozukluk olup olmaması, plastik ve rekonstrüktif cerrahi ameliyatı olup olmamak ya da meme kanseri tanısı aldığı dönem bu konuda bilgilendirilmiş olup olmamak ise TSBE puanları açısından anlamlı farklılıklar göstermemektedir (Tablo-9).

Tablo7: Hasta sosyodemografik veri-TSBE ilişkisi

DEĞİŞKENLER	Hasta TSBE							
	Benlik algısında değişim		Yaşam felsefesinde değişim		Başkalarıyla ilişkilerde değişim		Toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Yaş	-.242	0,015	-.271	0,006	-.235	0,018	-.269	0,007
Tanı aldığı yaş	-.219	0,029	-.212	0,034	-.184	0,068	-.235	0,018
Hastalık süresi	-.138	0,171	-.171	0,088	-.181	0,072	-.162	0,108
Ameliyattan sonra geçen süre	-.113	0,276	-.094	0,365	-.121	0,245	-.108	0,300
Eğitim yılı	.066	0,515	.146	0,148	-.039	0,703	.078	0,440

Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır

Tablo 8: Hasta çalışma durumu-TSBE ilişkisi

		TSBE							
		Benlik algısında değişim		Yaşam felsefesinde değişim		Başkalarıyla ilişkilerde değişim		Toplam	
		A.O.+ss (med)	p	A.O.+ss (med)	p	A.O.+ss (med)	p	A.O.+ss (med)	p
Çalışma durumu	Çalışıyor	35,82 ± 7,65 (37)	0,015 ¹	18,36 ± 5,17 (17)	0,014 ¹	13,55 ± 5,83 (14,5)	0,294 ¹	67,27 ± 16,54 (64)	0,023 ¹
	Çalışmıyor	27,80 ± 11,46 (28)		13,22 ± 7,32 (14,5)		11,68 ± 5,89 (12)		52,72 ± 21,85 (56)	
	Bıraktı*	32,44 ± 7,327 (34)		14,17 ± 7,46 (12)		13,56 ± 5,49 (14,5)		56,50 ± 22,17 (58,5)	
p1	Çalışan-çalışmayan	0,015 ²		0,010 ¹²		0,406 ²		0,017 ²	
p2	Çalışan-bırakan	0,608 ²		0,143 ²		1,000 ²		0,241 ²	
p3	Çalışmayan bırakan	0,491 ²		0,867 ²		0,456 ²		0,779 ²	

¹ANOVA, ²Post Hoc Test, A.O.: aritmetik ortalama, ss: standart sapma med.: medyan

Tablo 9: Hastaların bazı klinik verileri-TSBE ilişkisi

		TSBE							
		Benlik algısında değişim		Yaşam felsefesinde değişim		Başkalarıyla ilişkilerde değişim		Toplam	
		A.O.+ss (med)	p	A.O.+ss	p	A.O.+ss	p	A.O.+ss	p
Meme kanseri ile ilgili devam eden tedavi	Evet	31,15 ± 9,40 (32)	0,599 ¹	15,27 ± 6,88 (16)	0,211 ²	12,69 ± 5,49 (13)	0,588 ²	57,85 ± 20,17 (61)	0,489 ²
	Hayır	29,32 ± 12,04 (31)		13,44 ± 7,64 (14)		12,05 ± 6,32 (12)		54,80 ± 23,38 (57)	
Medeni durum	Evli	30,58 ± 10,66 (32)	0,550 ¹	14,57 ± 7,57 (15)	0,861 ²	15,87 ± 5,80 (12)	0,211 ²	57,19 ± 22,43 (60)	0,564 ²
	Dul	29,20 ± 10,30 (30)		14,25 ± 5,73 (15)		11,05 ± 5,72 (12)		54,05 ± 18,18 (55,5)	
Son 1 yılda hastalık dışı stresör varlığı	Var	33,72 ± 8,44 (34,5)	0,043 ¹	15,59 ± 6,63 (16,5)	0,150 ¹	13,00 ± 5,02 (12)	0,505 ²	60,56 ± 20,51 (62,5)	0,207 ²
	Yok	28,84 ± 11,11 (30)		14,01 ± 7,41 (14)		12,16 ± 6,18 (13)		54,74 ± 21,82 (55,5)	
Şu an psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	27,92 ± 10,93 (29)	0,032 ¹	13,58 ± 7,68 (14)	0,285 ²	11,38 ± 6,03 (11)	0,140 ²	51,50 ± 22,91 (54,5)	0,052 ²
	Yok	32,05 ± 10,02 (35)		15,15 ± 6,82 (16)		13,13 ± 5,62 (14)		60,00 ± 19,95 (61,5)	
Meme kanseri tanısı öncesi psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	29,11 ± 9,21 (30)	0,292 ¹	15,15 ± 6,53 (15)	0,597 ²	12,52 ± 4,37 (13)	0,914 ²	54,37 ± 19,40 (56)	0,531 ²
	Yok	30,88 ± 11,01 (33)		14,29 ± 7,43 (15)		12,40 ± 6,30 (12)		57,42 ± 22,27 (60)	
Plastik cerrahi öyküsü	Var	30,80 ± 11,34 (35)	0,900 ²	15,30 ± 6,04 (15,5)	0,743 ¹	12,40 ± 5,60 (14)	0,895 ¹	58,50 ± 21,40 (64,5)	0,629 ¹
	Yok	30,36 ± 10,52 (32)		14,43 ± 7,32 (15)		12,43 ± 5,88 (12)		56,39 ± 21,60 (59)	
Meme kanseri tanısı hakkında bilgilendirilme	Evet	30,64 ± 10,48 (32)	0,519 ²	14,93 ± 7,09 (15)	0,158 ¹	12,51 ± 5,88 (13)	0,783 ¹	57,24 ± 21,40 (60)	0,509 ¹
	Hayır	28,45 ± 11,38 (32)		11,18 ± 7,36 (12)		11,82 ± 5,58 (12)		51,45 ± 22,47 (58)	

¹Mann Whitney U test, ²T-test, A.O.: aritmetik ortalama, ss: standart sapma med.: medyan

Travma sonrası büyüme ve klinik ölçek verilerinin karşılaştırılması

Hastaların, HAD puanları ile travma sonrası büyüme envanteri (TSBE) puanları arasında negatif korelasyon saptanmıştır. HAD-A ve HAD toplam puanı ile TSBE'nin *başkalarıyla ilişkilerde değişim* alt ölçeği arasındaki korelasyon anlamlı bulunmuştur. Beden imgesinin yaşam niteliğine etkisi ölçeği ve TSBE puanları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. BİYNEÖ'nün *kendilik değeri, günlük yaşantı üzerine etkisi* alt ölçekleri ve toplam puan ortalamaları ile TSBE'nin tüm alt ölçekleri ve toplam puanları arasındaki ilişki genel olarak anlamlı bulunmuştur. Kanser hastası sosyal destek algısı ölçeğinin (KHSDAÖ) *bilgi desteği* alt ölçeği dışındaki tüm alt ölçekler ve toplam puanlar ile TSBE'nin tüm alt ölçekleri ve toplam puanları arasında pozitif korelasyon bulunmuş ve bu ilişkinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Tablo-10).

Hasta yakınlarının HAD ve TSBE puanları ile hastaların TSBE puan ilişkisine bakıldığında, hastaların HAD puanları ile hastaların TSBE puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiş, TSBE'nin *başkalarıyla ilişkilerde değişim* alt ölçeği ve toplam puanları ile HAD alt ölçekleri ve toplam puanları arasında negatif korelasyon olduğu, TSBE'nin *benlik algısında değişim* ve *yaşam felsefesinde değişim* alt ölçekleri ile pozitif korelasyon olduğu görülmüştür. Hasta ve hasta yakınlarının TSBE ölçekleri arasında da genel olarak pozitif korelasyon saptanmıştır. Hastaların TSBE'nin *başkalarıyla ilişkilerde değişim* alt ölçeği ve toplam puanları ile hasta yakınlarının *benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim* alt ölçek puanları ve toplam puanları arasındaki korelasyon ilişkisi anlamlı bulunmuştur. Aynı zamanda her iki grubun benlik algısında değişim alt ölçek puanları arasındaki korelasyon ilişkisi de anlamlı bulunmuştur (Tablo-11).

Tablo 10: Hastaların klinik ölçekleri ve TSBE ilişkisi

		Hasta grubu TSBE							
		Benlik algısında değişim		Yaşam felsefesinde değişim		Başkalarıyla ilişkilerde değişim		Toplam	
		r	p	r	p	r	p	r	p
HAD	HAD-A	-.103	0,307	-.082	0,420	-.239	0,017	-.123	0,224
	HAD-D	-.080	0,428	-.075	0,456	-.162	0,108	-.079	0,436
	Toplam	-.092	0,365	-.084	0,407	-.202	0,044	-.102	0,311
BİYNEÖ	Kendilik değeri	.265	0,008	.278	0,005	.226	0,024	.271	0,006
	Günlük yaşantı üzerine etkisi	.271	0,006	.295	0,003	.179	0,075	.271	0,006
	Karşı cinsle etkileşime etkisi	.122	0,226	.223	0,026	.142	0,158	.162	0,106
	Davranış ve tutum üzerine etkisi	.087	0,389	.179	0,075	.061	0,545	.143	0,157
	Toplam	.211	0,036	.280	0,005	.166	0,098	.238	0,017
KHSDAÖ	Güven desteği	.289	0,004	.233	0,020	.321	0,001	.349	0,000
	Duygusal destek	.283	0,004	.233	0,019	.315	0,001	.319	0,001
	Bilgi desteği	.045	0,654	.060	0,551	.158	0,116	.097	0,337
	Toplam	.230	0,021	.182	0,070	.274	0,006	.271	0,006

Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. HAD: hastane anksiyete depresyon ölçeği, TSBE: travma sonrası büyüme envanteri, BİYNEÖ: beden imgesinin yaşam niteliğine etkisi ölçeği, KHSDAÖ: kanser hastası sosyal destek algısı ölçeği

Tablo 11: Hasta yakını HAD ve TSBE ile Hasta TSBE ilişkisi

HASTA YAKINI GRUBU ÖLÇEK DEĞERLERİ		Hasta grubu TSBE							
		Benlik algısında değişim		Yaşam felsefesinde değişim		Başkalarıyla ilişkilerde değişim		Toplam	
		r	p	r	p	r	p	r	p
HAD	HAD-A	.010	0,921	.049	0,628	-.132	0,190	-.049	0,625
	HAD-D	-.008	0,935	.068	0,501	-.054	0,597	-.014	0,893
	Toplam	.028	0,782	.088	0,384	-.075	0,458	-.001	0,994
TSBE	Benlik algısında değişim	.218	0,029	.128	0,206	.205	0,041	.258	0,010
	Yaşam felsefesinde değişim	.194	0,053	.168	0,094	.268	0,007	.244	0,014
	Başkalarıyla ilişkilerde değişim	-.009	0,930	.011	0,913	.171	0,089	.085	0,402
	Toplam	.161	0,110	.130	0,198	.250	0,012	.240	0,016

Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. HAD: hastane anksiyete depresyon ölçeği, TSBE: travma sonrası büyüme envanteri

Meme kanserinde travma sonrası büyüme ve stigma ilişkisi

Hastaların ve yakınlarının kansere ilişkin tutumları ile travma sonrası büyümeleri arasındaki ilişkiye ve hasta yakınlarının kansere ilişkin tutumları ile hastaların travma sonrası büyüme ilişkisine bakılmıştır. Kansere ilişkin tutumları ölçme anketinin (KİTÖA) *iyileşmenin imkânsız olması* alt ölçeğinde negatif tutumu olan hastaların olmayanlara göre TSBE'nin tüm alt ölçekleri ve toplamında daha yüksek ortalama puan aldıkları görülmüş ve *yaşam felsefesinde değişim* ve *başkalarıyla ilişkilerde değişim* alt ölçekleri açısından iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. KİTÖA'nın diğer alt ölçeklerinde negatif tutumu olan ve olmayan hastalar TSBE'nin tüm alt ölçeklerinde birbirine yakın ortalama puanları almışlar ve gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. KİTÖA toplamında kansere ilişkin negatif tutumu olan hastaların TSBE'nin *başkalarıyla ilişkilerde değişim* alt ölçeğinde negatif tutumu olmayanlara göre daha düşük ortalama puan aldıkları ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Hastaların KİTÖA sonuçları ve TSBE puanları arasındaki ilişki Tablo-12'de özetlenmiştir.

Hasta yakınlarında, KİTÖA'nın toplamında ve tüm alt ölçeklerinde kansere ilişkin negatif tutumu olmayan bireylerin olanlara göre TSBE'nin toplamı ve tüm alt ölçeklerinde daha yüksek ortalama puanlar aldıkları görülmüştür. KİTÖA iyileşmenin imkânsız olması alt ölçeğinde TSBE'nin toplamı ve tüm alt ölçeklerinde iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo-13).

Hasta yakınlarının kansere ilişkin tutumlarının, hastaların TSBE puanları ile ilişkisine bakıldığında, hasta yakınlarının kansere ilişkin negatif tutumları olup olmamasının hastalarının büyümesine etkisi açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo-14).

Tablo 12: Hasta KİTÖA-TSBE ilişkisi

STİGMA (DAMGALAMA) ÖLÇEKLERİ		NEGATİF TUTUM	HASTA TSBE							
			Benlik algısında değişim		Yaşam felsefesinde değişim		Başkalarıyla ilişkilerde değişim		Toplam	
			A.O ± SS (med)	p	A.O ± SS (med)	p	A.O ± SS (med)	p	A.O ± SS (med)	p
KİTÖA	İyileşmenin imkânsız olması	VAR	31,55±9,53 (33)	0,140 ¹	15.64±6,76 (16)	0,019 ²	13.23±5,72 (14)	0,039 ²	59.32±20,12 (61)	0,059 ²
		YOK	27.84±12,30 (29)		9.26±7,57 (12)		10.65±5,74 (10)		50.55±23,46 (50)	
	Kanser hastalarının etiketlenmesi	VAR	30.18±9,35 (31)	0,641 ¹	13.97±6,58 (14)	0,546 ²	12.85±5,77 (13)	0,570 ²	56.74±18,73 (62)	0,958 ²
		YOK	30.55±11,31 (32)		14.87±7,57 (15)		12.16±5,89 (12)		56.51±23,22 (58)	
	Sosyal ayrımcılık yaşama	VAR	31.00±10,82 (33)	0,858 ¹	14.88±6,83 (15)	0,821 ²	10.82±5,66 (10)	0,213 ²	53.47±24,03 (60)	0,512 ²
		YOK	30.28±10,55 (32)		14.45±7,29 (15)		12.76±5,83 (13)		57.24±21,02 (60)	
	Toplam	VAR	28.29±12,91(30,5)	0,365 ¹	13.18±8,12 (13)	0,246 ²	10.50±5,65 (10)	0,038 ²	50.00±25,88 (49)	0,097 ²
		YOK	31.22±9,44 (32)		15.04±6,77 (16)		13.18±5,75 (13,5)		59.17±19,10 (60)	

¹Mann Whitney U test, ²T-test, KİTÖA: kansere ilişkin tutumları ölçme anketi, TSBE: travma sonrası büyüme envanteri, A.O.: aritmetik ortalama, ss: standart sapma med.: medyan

Tablo 13: Hasta yakını KİTÖA-TSBE ilişkisi

STİGMA (DAMGALAMA) ÖLÇEKLERİ		NEGATİF TUTUM	HASTA YAKINI TSBE							
			Benlik algısında değişim		Yaşam felsefesinde değişim		Başkalarıyla ilişkilerde değişim		Toplam	
			A.O ± SS (med)	p	A.O ± SS (med)	p	A.O ± SS (med)	p	A.O ± SS (med)	p
KİTOA (HASTA YAKINI)	İyileşmenin imkânsız olması	VAR	22,29±9,86 (25)	0,040 ¹	8,57±4,65 (9)	0,026 ²	6,43±4,47 (5)	0,033 ¹	37,29±17,29 (40)	0,020 ²
		YOK	30,45±10,03 (32)		13,72±6,49 (14)		11,67±6,24 (12)		55,73±20,04 (56)	
	Ayrımcılık	VAR	24,00±8,54 (25)		9,33±1,15 (10)		8,67±5,13 (10)		42,00±12,49 (46)	
		YOK	30,06±10,22 (32)		13,48±6,56 (14)		11,38±6,29 (11)		54,82±20,45 (55)	
	Kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma	VAR	28,82±8,34 (30)	0,432 ¹	11,65±7,09 (10)	0,109 ¹	8,82±6,55 (7)	0,073 ²	49,29±17,72 (44)	0,214 ²
		YOK	30,10±10,56 (32)		13,71±6,36 (15)		11,81±6,11 (12)		55,49±20,77 (58)	
	Toplam	VAR	24,00±9,30 (25)	0,148 ¹	10,60±2,07 (10)	0,264 ¹	7,00±4,85 (5)	0,121 ¹	41,60±15,19 (41)	0,091 ¹
		YOK	30,19±10,18 (32)		13,51±6,62 (14)		11,53±6,26 (11)		55,12±20,41 (55)	

¹Mann Whitney U test, ²T-test, KİTÖA: kansere ilişkin tutumları ölçme anketi, TSBE: travma sonrası büyüme envanteri, A.O.: aritmetik ortalama, ss: standart sapma med.: medyan

Tablo 14: Hasta yakını KİTÖA-Hasta TSBE ilişkisi

STİGMA (DAMGALAMA) ÖLÇEKLERİ		NEGATİF TUTUM	HASTA TSBE							
			Benlik algısında değişim		Yaşam felsefesinde değişim		Başkalarıyla ilişkilerde değişim		Toplam	
			A.O ± SS (med)	p	A.O ± SS (med)	p	A.O ± SS (med)	p	A.O ± SS (med)	p
KİTÖA (HASTA YAKINI)	İyileşmenin imkânsız olması	VAR	35,29±7,70 (34)	0,273 ¹	16.00±6,59 (15)	0,574 ²	13.43±5,65 (13)	0,640 ²	56.71±28,59 (62)	0,988 ²
		YOK	30,03±10,67 (32)		14.41±7,24 (15)		12.35±5,86 (12)		56.59±21,05 (58)	
	Kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma	VAR	32.47±7,38 (32)	0,693 ¹	15.82±5,75 (16)	0,414 ²	12.00±5,14 (10)	0,740 ²	56.47±20,12 (60)	0,978 ²
		YOK	29.98±11,07 (32)		14.25±7,44 (15)		12.52±5,98 (13)		56.63±21,87 (60)	
	Ayrımcılık	VAR	23.00±9,54 (24)		16.0±3,61 (15)		9.33±1,15 (10)		29.67±20,79 (38)	
		YOK	30.63±10,53 (32)		14.47±7,27 (15)		12.53±5,88 (13)		57.43±21,06 (60)	
	Toplam	VAR	37.40±7,50 (37)	0,150 ¹	16.00±8,46 (15)	0,639 ²	13.20±5,81 (10)	0,763 ²	55.40±34,01 (62)	0,899 ²
		YOK	30.03±10,58 (32)		14.44±7,15 (15)		12.39±5,85 (12)		56.66±20,90 (60)	

¹Mann Whitney U test, ²T-test, KİTÖA: kansere ilişkin tutumları ölçme anketi, TSBE: travma sonrası büyüme envanteri, A.O.: aritmetik ortalama, ss: standart sapma med.: medyan

Meme kanseri hastalarında psikiyatrik komorbidite ve stigmanın büyüme ile ilişkisi

Hasta ve hasta yakınlarına uygulanan HAD, anksiyete ve depresyon alt ölçekleri için kesme puanı olan 8'in altı ve üstünde alınan puanlar için TSBE ile karşılaştırılmıştır. Hastaların hem **anksiyete** hem de **depresyon** alt ölçeklerinde kesme puanının altında ve üstünde olan grupları arasında TSBE'nin tüm alt ölçekleri ve toplam puan ortalamalarında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Hasta yakınlarında ise **anksiyete** ve **depresyon** alt ölçeklerinde 8 ve üzeri puan alan bireylerin TSBE'nin bütün alt ölçek ve toplamında 8'in altında puan alan bireylere göre daha düşük puanlar aldıkları fakat bu iki grup arasındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Hasta ve hasta yakınlarının HAD-A ve HAD-D kesme puanlarına göre TSBE ile ilişkisi Tablo 15'te özetlenmiştir.

Hastalardan KİTÖA'nın **iyileşmenin imkânsız olması** ve **kanser hastalarının etiketlenmesi** alt ölçeklerinde negatif tutumu olanların olmayanlara göre HAD anksiyete, depresyon alt ölçeklerinde ve toplamda daha düşük puan ortalamaları aldıkları görülmüş ve iki grup arasındaki bu ilişki anlamlı bulunmuştur. KİTÖA'nın **sosyal ayrımcılık yaşama** alt ölçeğinde ve toplam değerlendirilmesinde negatif tutumu olan hastalar negatif tutumu olmayanlara göre HAD'ın alt ölçekleri ve toplamında daha yüksek puan ortalamaları almışlar ve gruplar arasındaki bu fark anlamlı bulunmuştur (Tablo-16).

Hasta yakınlarında KİTÖA'nın tüm alt ölçekleri ve toplamında negatif tutumu olanların olmayanlara göre HAD'ın tüm alt ölçekleri ve toplamında daha yüksek puan ortalamaları aldıkları tespit edilmiştir. KİTÖA'nın **ayrımcılık** ve **hastalık tanısını ortaya çıkarma/yayma** alt ölçeklerinde gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuş, KİTÖA'nın diğer alt ölçeklerinde gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo-16).

Tablo 15: HADÖ ve TSBE ilişkisi

		KESME PUANI	TSBE							
			Benlik algısında değişim		Yaşam felsefesinde değişim		Başkalarıyla ilişkilerde değişim		Toplam	
			A.O ± SS (med)	p	A.O ± SS (med)	p	A.O ± SS (med)	p	A.O ± SS (med)	p
HAD HASTA YAKINI	HAD-A	8'in altı	30.51± 10.38 (32)	0.324 ¹	13,93±6,40 (15)	0.205 ²	12,07±6,40 (12)	0.071 ²	56,37±20,68 (58,5)	0.168 ²
		8 ve üstü	28.53 ± 9.80 (30)		12,16±6,65 (11)		9,66±5,69 (8,5)		50,34±19,26 (47,5)	
	HAD-D	8'in altı	30.84 ±10.63(32)	0:103 ¹	14,15±6,80 (16)	0.084 ²	11,73±6,66 (12)	0.320 ¹	56,57±21,33 (58)	0.137 ²
		8 ve üstü	27,94 ± 9,07 (30)		11,76±5,59 (10)		10,42±5,34 (10)		50,12±17,66 (51)	
HAD HASTA	HAD-A	8'in altı	31,62±9,08 (32)	0,273 ¹	14,86±7,10 (15)	0,543 ²	13,56±5,68 (14)	0,011 ²	58,83±20,54 (61)	0,178 ²
		8 ve üstü	28,32±12,51 (32)		13,95±7,38 (15)		10,51±5,62 (10)		52,81±22,79 (60)	
	HAD-D	8'in altı	30,54±9,70 (31,5)	0,804 ¹	14,43±7,41 (15)	0,850 ²	12,69±5,75 (12,5)	0,516 ²	56,54±20,82 (58)	0,970 ²
		8 ve üstü	30,09±12,31 (34)		14,72±6,76 (15)		11,88±6,03 (12)		56,72±23,18 (61,5)	

¹Mann Whitney U test, ²T-test, HADÖ: hastane anksiyete depresyon ölçeği, TSBE: travma sonrası büyüme envanteri, A.O.: aritmetik ortalama, ss: standart sapma med.: medyan

Tablo 16: KİTÖA ve HAD ilişkisi

STİGMA (DAMGALAMA) ÖLÇEKLERİ		NEGATİF TUTUM	HAD					
			HAD-A		HAD-D		TOPLAM	
			A.O ± SS (med)	p	A.O ± SS (med)	p	A.O ± SS (med)	p
KİTÖA HASTA YAKINI	İyileşmenin imkânsız olması	VAR	7,86±6,64 (7)	0,528	7,71±7,06 (9)	0,371	15,57±13,67 (16)	0,478
		YOK	5,85±3,77 (5)		5,16±4,32 (4)		11,01±7,34 (10)	
	Kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma	VAR	9,24±5,74 (10)	0,004	7,82±6,07 (9)	0,078	17,06±11,14 (16)	0,013
		YOK	5,33±3,24 (5)		4,83±4,05 (4)		10,16±6,58 (9)	
	Ayrımcılık	VAR	13,67±6,35 (10)	0,015	12,67±7,23 (9)	0,050	26,33±13,58 (19)	0,026
		YOK	5,75±3,73 (5)		5,11±4,32 (4)		10,87±7,32 (10)	
	Toplam	VAR	9,40±7,30 (8)	0,216	9,00±7,78 (9)	0,260	18,40±14,98 (16)	0,258
		YOK	5,781±3,76 (5)		5,15±4,32 (4)		10,96±7,33 (10)	
KİTÖA HASTA	İyileşmenin imkânsız olması	VAR	10,52±4,63 (10)	<0,001	8,90±5,91 (10)	<0,001	19,42±9,64 (22)	<0,001
		YOK	5,36±3,92 (5)		4,19±3,61 (3)		9,55±6,97 (8)	
	Kanser hastalarının etiketlenmesi	VAR	7,77±4,77 (7)	0,017	6,74±5,30 (5)	0,009	14,51±9,40 (13)	0,008
		YOK	5,69±4,55 (4)		3,95±3,77 (3)		9,64±7,80 (7)	
	Sosyal ayrımcılık yaşama	VAR	11,47±5,03 (10)	<0,001	9,29±5,30 (10)	0,001	20,71±9,70 (22)	<0,001
		YOK	6,04±4,18 (6)		4,90±4,54 (3)		10,95±8,06 (8)	
	Toplam	VAR	10,68±4,68 (10)	<0,001	9,14±5,72 (10)	<0,001	19,82±9,37 (20)	<0,001
		YOK	5,51±3,98 (5)		4,29±3,85 (3)		9,81±7,30 (8)	

Mann Whitney U testi kullanılmıştır. HADÖ: hastane anksiyete depresyon ölçeği, KİTÖA: kansere ilişkin tutumları ölçeği, A.O.: aritmetik ortalama, ss: standart sapma med.: medyan

TARTIŞMA

Bu çalışmada, kanser tanısıyla ilişkili stigma ve bazı faktörlerin, psikiyatrik morbidite ve travma sonrası büyüme ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Çalışmamızda hasta grubunun yaş ortalaması ve meme kanseri tanı alma yaşı ile travma sonrası büyüme (TSB) arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır. Literatürdeki bazı çalışmalarla uyumlu olarak [118, 121, 126, 139, 140], hastaların yaşı ve tanı aldıkları yaş ne kadar büyükse TSBE için o kadar düşük puanlar aldıkları yani daha genç olan ve daha genç yaşta tanı alan hastaların daha fazla TSB gösterdikleri görülmektedir. Bu durum, kanser tanısının genç hastalar için daha stresli ve travmatik olabileceği ve bu nedenle daha büyük bir yaşamsal tehdit algısının daha fazla büyümeye yol açabileceği veya genç hastaların daha esnek olmaları ve yaşamsal değişikliklere daha açık olmaları şeklinde açıklanabilir. Daha önceki çalışmalarda da gösterildiği gibi yaşça daha büyük hastaların komorbid hastalıklarının daha fazla olması, sosyal destek açısından genç hastalara göre daha fazla kayıp yaşamış olma ihtimalleri, baş etme becerilerinin görece azalmış olması gibi faktörler travma sonrası büyüme gelişmesi açısından engel teşkil ediyor olabilir [141]. Buna karşın literatürde ileri yaş hastaların daha fazla büyüme gösterdiklerine dair çalışmalar da bulunmakta yaş aldıkça baş etme kapasitesinin yaşamsal deneyimlere bağlı olarak artacağını ileri sürmektedirler [142-144]. Yaş ve TSB arasında anlamlı ilişkinin gösterilemediği çalışmalar olsa da [123, 145], bizim sonuçlarımız yaşın genç olmasının TSB için olumlu bir sosyodemografik faktör olduğunu düşündürmektedir.

Kanser tanısından sonra geçen süre ve cerrahi operasyon geçiren hastaların ameliyattan sonra geçirdikleri süre ile hastanın TSBE puanları arasında tüm alt ölçekler ve toplamda negatif korelasyon saptanmış olup, tanı ya da ameliyat üzerinden ne kadar uzun süre geçerse hastalarda TSB görülme olasılığının azalmakta olduğu ya da bir diğer deyişle tanı ve ameliyat sonrası erken dönemlerde travma sonrası büyümenin daha fazla olduğu görülmektedir. Fakat bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. TSB ile ilgili ilk çalışmaları yapan Tedeschi [9] olumlu değişikliklerin, zamanın geçişi ile ilgili olmadığını, travmayı deneyimleyenlerin özellikleri gibi değişkenlerin ve iyileşirken karşılaşılan koşulların, fayda algılarını belirlemede travma sonrası geçen zamandan daha önemli olduğunu ifade etmektedir. Tanı sonrası geçen süre arttıkça travma sonrası büyümenin arttığını gösteren

alışmalar [123, 146-148] ise hastaların tanıdan bu yana geçen zamanda hastalıkları hakkında konuşmalarının travma sonrası büyüme ile ilişkili olarak, pozitif değişimi teşvik edebileceğini, bilişsel, duysal ve kişilerarası süreçlere katılma fırsatlarını artırabileceğini ifade etmektedir. Yine aynı çalışmalarda başkalarıyla konuşmanın, kanser deneyiminin yeniden değerlendirilmesi ve bütünleşmesini sağlayabileceği, hastaların hayatlarını tekrar değerlendirmelerine fırsat sağlayıp, aidiyet duygularını destekleyebileceği, anlam bulma ve travma sonrası büyüme gelişmesine zemin oluşturabileceği üzerinde durulmaktadır. Bunu yanı sıra literatürde azımsanmayacak sayıda tanı sonrası geçen sürenin TSB ile ilişkili olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır [9, 149-152]. Bütün bu çalışmalar göz önüne alındığında kanser sonrası geçen süre ile TSB ilişkisi çelişki gibi görünmekte, kişisel, çevresel ve sosyal birçok etken bağlamında çalışmalara göre farklı sonuçlar vermektedir.

Çalışmamızda hastaların yaklaşık yarısı ilköğretim eğitim düzeyinde olup, ortalama eğitim süreleri 9 yıla yakın bulunmuştur. Eğitim yılı ile TSB arasında zayıf pozitif korele bir ilişki görünse de bazı çalışmalarla benzer olarak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır [71, 153]. Bazı alışmalar düşük eğitim düzeyinin TSBE'nin *kişiler arası ilişkiler* alt ölçeği ile ilişkili olduğunu ve bu durumu daha düşük eğitim seviyesine sahip kadınların, ilişkilerinde büyüme geliştirmek için daha fazla alanı olması ile ilişkili olabileceği ile açıklarken [118], bazı çalışmalarda ise bizim çalışmamızda kullanmadığımız *inanç sistemi* alt ölçeği ile eğitim düzeyi arasında negatif korele bir ilişki olduğu ve eğitim düzeyi arttıkça inanç sisteminin olumsuz yönde değiştieği ifade edilmektedir [146]. Bazı çalışmalarda eğitim durumu ile TSB arasında pozitif korelasyon saptanmış eğitim düzeyi arttıkça büyümenin de artacağını tespit etmiştir [154]. Eğitim düzeyi ile TSBE alt ölçekleri ilişkisini değerlendiren çok çalışma bulunmamakta ve bu alanda yapılmış çalışmalar genellikle toplam TSBE puanları bakılarak değerlendirilmiş ve çoğunda bizim de çalışmamızda olduğu gibi anlamlı ilişki gösterilmemiştir [119, 155]. Bu durum çalışmamızda hastaların yaklaşık 50 yaş ortalamasına sahip olmaları ve çoğunluğunun eğitim durumunun ilköğretim düzeyinde olması ve eğitim aldıkları süre ile travmatik deneyim olarak yaşadıkları hastalıkla karşılaşma süresi arasındaki zamanın uzun olması ve eğitim durumunun TSB üzerine etkisinin diğer faktörlere göre belirleyiciliğinin az olması ile açıklanabilir. Keza çalışmanın yapıldığı ülkenin eğitim sistemi, hastaların

farklılık gösteren diğer değişkenleri de bu çelişkili sonuçların ortaya çıkmasına sebep olabilir.

Travma sonrası büyüme ile anlamlı derecede ilişkili bulunan bir diğer faktör de hastaların çalışma durumu olarak tespit edilmiştir. Çalışma durumunun; *çalışıyor*, *çalışmıyor* ve *hastalık nedeniyle bıraktı* olarak 3 grup olarak değerlendirildiği çalışmamızda hem 3 grup arasında hem de daha belirgin olmak üzere çalışan ve çalışmayan hasta grupları arasında TSB açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Çalışan hasta grubunun TSBE'nin *başkalarıyla ilişkilerde değişim* alt ölçeği dışındaki tüm alt ölçekler ve toplamında çalışmayan hasta grubuna göre daha yüksek büyüme puanları aldıkları tespit edilmiştir. Benzer çalışmalarda yarı zamanlı ya da tam zamanlı çalışan kanser hastalarının çalışmayanlara göre daha yüksek TSBE puanları aldıkları görülmekte ve ilişki, çalışmanın; hastaların çeşitli yaşam hedeflerine odaklanmalarına ve mesleki yaşamlarından da anlam çıkarmaya yardımcı olmalarına yardım eden, strese karşı koruyucu bir faktör olabileceği şeklinde yorumlanmaktadır [118, 156, 157]. Çalışmamızda hastaların sosyal destek algısı ile TSB puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmış olup, ülkemizde çalışan kadınların sosyal destek sistemleri açısından çalışma alanlarındaki ilişkilerinin TSB deneyimi açısından olumlu katkısı olabilir. Ayrıca bir işle meşgul olmak hastaların, TSB oluşumunu engelleyen olumsuz girici düşüncelerden uzaklaşmasına katkı sağlıyor olabilir. Bu bağlamda işlevselliğin psikiyatrik bozukluklarda da en önemli tanı koydurucu faktörlerden olduğu göz önüne alındığında kanser hastalarının hem psikiyatrik komorbid durumlardan korunması hem de olası bir TSB deneyimi yaşama ihtimalleri açısından çalışma ya da çalışabilme durumlarının önemle değerlendirilmesi ve işlevselliğinin düzeltilmesi oldukça önemli gibi görünmektedir.

Sosyodemografik değişkenlerden medeni durumun hastaların TSBE puanları ile anlamlı ilişkisi bulunmamıştır. Evli, dul ve bekar olarak değerlendirilen medeni durum, sadece bir bekar hastanın dul hastalara dahil edilmesi ile evli ve dul hastaların TSBE puanlarına bakılmış ve her iki grubun bütün alt ölçek ve toplamda birbirine yakın puanlar aldıkları tespit edilmiştir. Bu da medeni durumun TSB gelişiminde etkileyici bir faktör olmadığı yönünde bulgular elde eden çalışmalarla [71, 153, 155] benzer bir bulgudur. Literatürde evli olmanın strese karşı koruyucu olması ve sosyal destek sisteminin bir parçası olarak TSB gelişmesini olumlu yönde etkide

bulunduğuna dair çalışmalarda bulunmakta [118, 158] fakat genel olarak bulgular anlamlı bir ilişkisi olmadığı yönündedir.

HASTALIK İLE İLGİLİ BAZI DEĞİŞKENLERİN TRAVMA SONRASI BÜYÜME İLE İLİŞKİSİ

Hastaların meme kanseri tanısı ile ilgili bazı klinik değişkenlerinin TSB ile ilişkisi incelendiğinde meme kanseri nedeniyle halen tedavisi devam etmekte olanların tedavisi tamamlanmış olan hastalara göre daha yüksek TSBE puan ortalamasına sahip oldukları görülmektedir. Fakat istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç olarak değerlendirilmemiştir. Devam eden tedavi sürecinin TSB ile ilişkisine değinen az sayıda çalışmada, tedavinin devamının hastaların psikoterapist ve onkoloji profesyonelleri ile temas ihtimalini artıracak ve bu durumun hastaların sıkıntılarının uyumu bozucu klinik belirtilerinin tanınmasını kolaylaştıracağı ve sadece uyumu bozan ve süreci olumsuz etkileyen bir faktör olmaktan ziyade aynı zamanda olası büyüme durumuna katkı sağlayacak bir faktör de olabileceği ifade edilmektedir [152, 156]. Çalışmamız kesitsel olarak 6 aylık süreçte onkoloji ve psikiyatri kliniğine başvuran ve genellikle tedavisi devam eden ya da tedavi sonrası izlem nedeniyle kontrolleri devam eden hasta grubundan oluştuğu ve belki de bu nedenle uzun süredir tedavi almayan ya da izlem sıklığı seyrek olan hastalara ulaşamadığı için tedavinin TSB ile ilişkisi anlamlı bulunmamış olabilir. Fakat yine de çok belirgin bir fark olmasa da hastaların tedavi eden kurumu ile ilişkisinin sıklığı olası TSB geliştirmesi açısından önemli gibi görünmektedir. Bu sonuçlar, ülkemizde sağlık hizmetine ulaşım konusunda yaşanan gelişmelere rağmen halen daha bu konuda toplum genelinde özellikle kanser gibi hastalıkların tanı konması endişesinden dolayı tanı ve tedavi ile ilgili eksikliklerin varlığının görmezden gelinmesine neden olmamalıdır. Görünen o ki tedavi süreci içinde olmak TSB gibi yaşam kalitesini olumlu etkileyen faktörlerin gelişiminde olumlu bir etken olmaktadır.

Travma sonrası büyümede travmatik deneyimin şiddetinin ve ek stresörlerin varlığının büyümenin derecesine etkisi açısından hastaların kanser tanısı dışında son 1 yılda stresör varlığı sorgulandığında; %32'sinin hastalık dışı herhangi bir stresör tariflediği tespit edilmiştir. Stresör tarifleyen hastalarında stresör olmayan hastalara göre az bir fark olsa da daha yüksek TSBE puan ortalamasına sahip oldukları görülmüştür. Bu fark sadece benlik algısında değişim alt ölçeğinde istatistiksel olarak

anlamalı bulunmuştur. Hastaların çoğu kanser nedeniyle ya da başka sebeplerden ötürü yakın kaybı yaşamalarını stresör olarak ifade etmişlerdir. Bu durum Tedeschi'nin TSB ile travmatik kayıpların ilişkisini açıklaması ile örtüşmektedir. Tedeschi kayıplarla karşı karşıya kalanların, ölümle ve yaşamın amacı ile ilgili temel varoluşsal sorularla bilişsel olarak meşgul olma olasılıklarının daha yüksek olabileceğini ifade etmektedir [159]. Yaşanan kayıplar sonrasında yaygın olarak bildirilen bir değişiklik, bireyin yaşamındaki küçük şeylere örneğin; ailesine, arkadaşları ve küçük günlük zevklerine öncekinden daha önemli olarak görmesi ve ilişkilerine daha fazla değer vermesidir [159].

Stresin TSB ile ilişkisini değerlendiren başka bir çalışma hem genel yaşamla ilgili hem de meme kanseriyle ilişkili stresi yönetmenin önemli olabileceğini ifade etmektedir. Genel yaşam stresörlerini azaltmanın ve bunlarla başa çıkmaya yardımcı olacak kaynaklar sağlamanın, meme kanseri hastalarının refahını sağlamak için önemli olduğu vurgulanmaktadır. Çalışmada ayrıca meme kanseri ile ilgili devam eden sıkıntının normal olduğu ve kansere özgü stresin olumlu değişikliklerin ortaya çıkma olasılığına açık olmalarını sağlamak bakımından hastalar için müdahalenin önemli bir bileşeni olabileceği de söylenmektedir [154].

Çalışmalarda travma sonrası büyüme ile psikolojik rahatlık duygusu ya da stres arasındaki ilişki tutarsız ve çelişkili sonuçların olduğu bir alandır [160]. Travma sonrası büyüme ve psikolojik sıkıntı ve rahatlık deneyiminin temelde ayrı boyutlar olabileceği düşünülmektedir. Bu durum, klinik bağlamla ilgili görünmekte ve çalışmaların önemli bir kısmında önemli düzeyde travma sonrası büyüme yaşayan kişilerin, sıkıntı seviyelerinde orantılı bir düşüş ya da mutluluk seviyelerinde bir artış yaşamadıkları görülmektedir [159]. Keza çalışmamızda da HAD puanları ile TSBE puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında bazı alt ölçeklerde anksiyöz ya da depresif belirtileri yüksek olan hastaların TSBE puanlarının da yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Stres-psikolojik sıkıntı ve TSB birlikteliği yaşanan büyümenin sürdürülmesi için, kaybedilen şeylerden hoş olmayan periyodik bilişsel hatırlatıcılar gerekebileceği düşüncesi ile açıklanmaktadır [159]. Travma sonrası büyüme daha doyurucu ve anlamlı bir yaşama yol açabilir, ancak sadece kaygısız olmak, mutlu olmak veya iyi hissetmekle aynı şey değildir. Daha derin bir kişisel, kişilerarası ve ruhsal farkındalık düzeyinde yaşamak, mutlaka iyi hissetmekle aynı şey değildir.

Çalışmamızda hastaların %95'i cerrahi tedavi gördüğü için cerrahinin TSB ile ilişkisini değerlendirilmemiştir, çünkü cerrahi operasyon geçirmediğini ifade eden sadece 5 hasta olup iki grubun istatistiksel değerlendirmesi yapılamamıştır. Cerrahi tedavi gören hastalarinsa sadece %10'u plastik ve rekonstrüksiyon cerrahide meme onarımı almış olup rekonstrüksiyon cerrahisi olmayan hasta grubu ile TSBE puanları açısından aralarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Her iki grubun hem alt ölçeklerde hem de toplamda yaklaşık aynı TSBE puan ortalamalarına sahip olduğu görülmüştür. Kanser hastalarının, cerrahi tedaviden kısa süre sonra TSB bildirmeye başladığını [119], hastaların olası bir cerrahi sonrası meme kanseri nedeniyle damgalanmış hissetmesine neden olarak ameliyatın hastalıkla ilgili uyumunu bozup yaşam kalitesini düşürdüğünü [161, 162], cerrahiye bağlı yaşam kalitesi değişikliklerinin ya da damgalanmanın cerraha ve postoperatif bakıma bağlı olarak değişebileceğini [163, 164] tespit eden çalışmalar bulunmaktadır. Fakat yine de meme kanseri hastalarında cerrahi tipinin, plastik ve rekonstrüktif cerrahi ameliyatların TSB ile ilişkisi ile ilgili çelişkili bulgular çoğunlukta gibi görünmektedir. Keza anlamlı bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar vardır [146, 165]. Çalışmamızda plastik cerrahide ameliyat olan hasta sayısının az olması bu konuda yorumu güçleştirmektedir.

Çalışmamızın temel hedeflerinden olan stigma ve TSB ilişkisini anlamak açısından bakıldığında, neredeyse tedavinin kaçınılmaz bir parçası olarak meme kanseri teşhisi konan kadınların ameliyat kararı almak zorunda kalmaları oldukça önemli gibi görünmektedir. Çok sayıda katılımcı ile yapılan bir çalışmada kadınların meme kanseri ameliyatını takiben yaşam kalitesi ve stigma ilişkisi incelenmiş, özellikle sadece mastektomi geçiren kadınlar arasında, ameliyat sonrası yaşam kalitesiyle ilgili ölçek puanlarının oldukça düşük olduğu tespit edilmiş ve uygulanan meme kanseri ameliyatı ile ilgili stigma ölçek puanları önemli ölçüde yüksek tespit edilmiştir [162]. Çalışmamızda örneklem dağılımından dolayı cerrahi ile TSB ve stigma ilişkisinin istatistiksel değerlendirilmesi yapılamasa da beden imgesinin yaşam niteliğine etkisi ile TSB ilişkisi değerlendirilmiş ve ileride tartışılacağı üzere beden imgesi ile TSB arasında birçok alanda anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bu sonuçtan yola çıkarak çelişkili sonuçlara rağmen cerrahi tedavi ve tipinin TSB ya da psikiyatrik bozukluk açısından önem verilmesi gereken bir etken olduğu düşünülebilir.

Bütün kronik hastalıklarda olduğu gibi kanser hastaları ve elbette meme kanseri hastalarında da tanı alma sürecinde hastanın bilgilendirilmesi ve tanının hastaya nasıl söyleneceği konusu oldukça önemlidir. Çalışmamızda hastalarla yapılan görüşmelerde hemen hemen her hasta ve hatta yakını “kanser” kelimesini duyduğunda akıllarına gelen ilk şeyin ölüm olduğunu ifade etmişlerdir. Bu durumda bir hastaya kanser olduğunu söylemek bir anlamda onu ölümle yüzleştirmekle eş değer bir durum gibi görünmektedir. Bu nedenle hastaların tanı aşamasında herhangi birinden (sağlık profesyoneli, bir yakını...vb) hastalıkları ile ilgili bilgi alıp almamış olmamalarının TSB ile ilişkisini incelediğimizde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da bilgilendirilmiş olan hastaların biraz daha yüksek TSBE puan ortalamasına sahip olduklarını gördük. Anlamlı bir fark olmasa da daha önceki çalışmalarda TSB’nin çoğunlukla tanı sonrası akut dönemde daha çok geliştiği yönündeki bulgular göz önüne alındığında tanı koyma sürecinde hastanın süreç ile ilgili bilgilendirilmesi TSB gelişimi, olası psikiyatrik sorunların yaşanmasının önlenmesi ya da şiddetinin azaltılması açısından önemli olabilir. Bu konuyla ilgili literatürde çok fazla çalışmaya rastlanmamış olup bir çalışma hastalıkla ilgili bilgilendirme ile TSB arasında ilişki olmadığını [71] gösterirken, ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise tanısını bilen kanser hastalarının tanısını bilmeyenlerden daha fazla psikiyatrik komorbid bozukluğa sahip olduğu tespit edilmiştir [67]. Hem çalışmamızdan hem de az sayıda önceden yapılmış çalışmaların sonuçlarından yola çıkarak meme kanser hastalarının tanı aşamasında bilgilendirilmesi ve bunun nasıl yapıldığı hastaların psikolojik durumları açısından önemli ve ileri araştırmalara muhtaç gibi görünmektedir.

DEPRESİF VE ANKSİYETE SEMPTOMLARININ TRAVMA SONRASI BÜYÜME İLE İLİŞKİSİ

Çalışmamızda TSB ile psikiyatrik semptomların ilişkisi, çoğu çalışmada kullanılan, Ateşçi ve ark. (2003) çalışmasında kanser hastalarındaki psikiyatrik belirtileri tanımadaki etkinliği gösterilmiş olan [67] HAD ile değerlendirilmiştir [142, 146, 166-168]. Hastaların hem ortalama anksiyete ve depresyon ölçek puanları ile TSBE’nin korelasyonu hem de anksiyöz ve depresif belirti varlığı için HAD ölçeğinin kesme puanı olan 8’in altında ve üstünde puan alan grupların TSBE ortalama puanları arasındaki farklılık incelenmiştir. Hastalar HAD’ın hem anksiyete hem de depresyon alt ölçeklerinde kesme puanın altında ortalama puanlar almış olsalar da anksiyöz ve

depresif belirtilerle TSBE'nin tüm alt ölçekleri ve toplamı arasında negatif korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Yapılan korelasyon analizinde HAD toplam ve anksiyete alt ölçeği ile TSBE'nin *başkalarıyla ilişkilerde değişim* alt ölçeği arasındaki ilişki anlamlı bulunmuş ancak *benlik algısında değişim*, *yaşam felsefesinde değişim* alt ölçeklerinde anlamlı korelasyon saptanmamıştır. Ek olarak HAD-A ve HAD-D kesme puanlarına göre anksiyete alt ölçeğinde kesme puanının altında kalan hastaların, anksiyete belirtileri olan hastalara göre anlamlı düzeyde olmasa da biraz daha yüksek TSBE puan ortalamaları olduğu görülmüş, bu fark sadece TSBE'nin *başkalarıyla ilişkilerde değişim* alt ölçeğinde anlamlı bulunmuştur. Depresyon alt ölçeğinde ise kesme puanına göre her iki grup arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır.

Birçok çalışmada TSB'nin düşük depresif belirtilerle ilişkili olduğu bildirilmektedir [165]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada depresif belirti şiddetinin arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı ve TSB'nin olumsuz etkilendiği sonucuna varılmıştır [12]. Yakın zamanda yapılmış başka bir çalışmada, depresif semptomlarla TSBE'nin *kendilik algısında değişim* ve bizim envanterimizde olmayan *yeni olanaklar* alt ölçeği arasında negatif korelasyon saptanmış, bu bulgular yapılan başka çalışmalarla da desteklenmiştir [156, 169, 170]. Diğer taraftan, bazı çalışmalarda ise kanser hastalarının depresif ya da anksiyöz semptomlarının yaşam kalitesi yada TSB ile ilişkisi gösterilememiştir [107, 123]. Çalışmamızda, hastaların anksiyete belirtilerinin özellikle TSBE'nin başkalarıyla ilişkilerde değişim alt ölçeğinde gelişimi olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Birey travmatik yaşantı sonrası stres ve kayıpla başa çıkabilmek için, ailesinden ve arkadaşlarından yardım ve destek arayışına girebilmekte, kişisel olumsuz deneyimleri hakkındaki kendini yakınlarına ve destek aldığı kişilere açmasının bir sonucu olarak, diğerleriyle daha yüksek bir duygusal bağ, yakınlık ve samimiyet duygusu algılayabilmektedir. Bu durum diğerlerinden gelen yardıma daha açık olmayı ve sosyal ilişkilerden daha iyi yararlanmayı ya da yeni ilişkilere yatırım yapmayı sağlamaktadır. İlişkiler hakkında daha esnek olan birey bazı ilişkilerini güçlendirirken bazılarını bitirebilmektedir (Duman 2019). Sonuçlarımız, anksiyete belirti şiddetinin bireyin bu alanda gelişim göstermesini olumsuz olarak etkilediğini göstermektedir. Diğer taraftan anksiyete belirtileri ile diğer alt ölçekler arasında ve depresif belirti şiddeti ile TSBE arasında ilişki olmaması travma sonrası

büyüme ile psikiyatrik belirti varlığı arasındaki ilişkinin sınırlı olduğuna işaret etmektedir.

TSB gelişim mekanizmalarında daha önce de bahsedildiği üzere kişinin düşünce sistemi ve kognitif durumu birçok diğer etken gibi oldukça önemli bir yer tutmakta ve psikiyatrik bozuklukların seyrinde hastaların kognitif yetilerinde bozulmalar olduğu bilinmektedir. Hatta psikiyatrik semptomlarını “bozukluk” düzeyine ilerleten işlevsellik bozulmasının da önemli bir parçası hastanın kognitif durumudur ve bu bozulma TSB oluşumunu olumsuz etkileyen etmenlerden biri olabilir. Bu bağlamda kanser hastalarının tanı aşamasından itibaren bütün süreçlerinde psikiyatrik olarak da destek almaları tedavinin önemli bir parçası olarak ele alınmalıdır.

Çalışmamızda hastaların %40’ında halen bir psikiyatrik bozukluk tanısı bulunduğu, %22 ile en sık görülen tanının majör depresif bozukluk olduğu, takiben anksiyete bozukluğu, depresif duygudurum ve anksiyete ile gıdem uyum bozukluğu ve konversiyon bozukluğu tanılarının olduğu belirlenmiştir. Psikiyatrik tanı oranımızın hastanemizde Eylül 2000-Mayıs 2002 tarihleri arasında yapılan ve farklı kanser türlerinden 150 hastayı kapsayan çalışmanın sonuçlarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu çalışmada psikiyatrik tanı oranı %28,7 bulunurken, en sık görülen tanımlar çalışmamızla uyumlu olarak depresif duygudurumla giden uyum bozukluğu ve majör depresif bozukluk olmuştur. Söz konusu çalışmada kanser tanısını bilmeyen hasta oranı %21, kanser olduğunu tahmin edenler %41 olarak vurgulanmıştır [67]. Bizim çalışmamızda tüm hastaların meme kanseri olduğunu biliyor olması daha yüksek psikiyatrik tanı oranı ile ilişkilendirilebilir.

Kanser hastalarında klinik olarak anlamlı depresyon yaygınlığı, farklı tanı koyma yöntemlerine göre %1 ila %50 arasında değişmektedir [76]. Depresyonun izole depresif belirtilerden majör depresif bozukluğa kadar değişen geniş bir yelpazede görüldüğü gözlenmiştir [77]. Yapılan çalışmalarda %47 oranında psikiyatrik bozukluk tanısı koyduracak düzey ve ciddiyette psikiyatrik semptom olduğu [74]; %50 oranında depresif semptomların olduğu bildirilmiştir [75, 76]. Depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklar, kanserin tüm aşamalarında yaygın görülmekte ve kanserin evresi ilerledikçe yaygınlıkları artmaktadır [6]. Çalışmalar göz

önüne alındığında kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığının genel popölasyona göre 2-3 kat daha fazla görüldüğü söylenebilir. Kanser hastalarında psikiyatrik komorbiditenin mortalite üzerine etkisini inceleyen uzunlamasına bir izlem çalışmasında, hastaların 12 aylık izleminde depresyonun %34 ile %50 arasında değişen oranlarda tespit edildiği ve kontrol grubundan yüksek olduğu saptanmıştır [171]. Kanser hastalarında psikiyatrik komorbidite ile ilgili yapılmış başka bir çalışmada ise hastaların %47'sinde psikiyatrik bozukluk olduğu; bunların %68'ini depresif ya da anksiyöz duygudurum ile giden uyum bozukluğu, %13'ünü major depresyon, %8'ini kişilik bozukluğu, %7'sini organik mental bozukluk ve %4'ünü anksiyete bozukluğu tanılarının oluşturduğu bulunmuştur [76]. Kanser türleri arasında psikiyatrik tanı oranları açısından farklılık olduğu, aynı kanser hasta gruplarında da zaman geçtikçe komorbid tanı oranlarının değiştiği görülmektedir. Bu farklılık; kanser türü, kanserin evresi, tedavi süresi, tedavi çeşidi, sosyal destek sistemi, kişisel özellikleri, sosyodemografik özellikler gibi hastalara göre değişiklik gösteren birçok faktörden kaynaklanıyor olabilir. Bu nedenle kapsamlı bir psikososyal değerlendirme yapmak ve psikiyatrik değerlendirmede birçok faktör açısından hastaların sorgulanması oldukça önemlidir.

Meme kanserli kadınların yakınları da anksiyete, belirsizlik, çaresizlik gibi psikolojik sorunlar yaşamaktadır [27]. Bu süreçte hasta yakınlarından özellikle eş ve çocukların etkilenmesi daha fazla olmakta, eşler genellikle evle ilgili rol ve sorumlulukların değişmesi ve hasta eşin duygusal sorunları karşısında hissedilen yetersizlik ve çaresizlik duyguları yaşarken; çocuklar, gelişimsel düzeylerine bağlı olarak farklı korku ve kaygılara sahip olabilmekte ve bu zorlu süreçten hassasiyetleri nedeniyle kolayca etkilenebilmektedir [27]. Meme kanserinin kalıtsal geçiş özelliği olması da hasta yakınlarında korkuya neden olmakta, anksiyöz ve depresif semptomlara neden olabilmektedir [59]. Başka bir deyişle meme kanseri tanısından sonra hastanın olduğu kadar hasta yakınları da süreçten psikolojik olarak etkilenmekte ve psikolojik sorunlar yaşamaktadır. Bazen bu sorunlar psikiyatrik bozukluklar düzeyinde olup hasta ve yakınlarının hastalığa uyum sürecini karşılıklı etkileşim biçiminde etkileyebilmektedir.

Çalışmamızda hasta yakınlarının %7'si major depresif bozukluk, %8'i anksiyete bozukluğu olmak üzere %15'inde psikiyatrik bozukluk tanısı olduğu tespit

edilmiştir. Hasta yakınlarının psikiyatrik bozukluklarının hastaların travma sonrası büyümeleri ile ilişkisine bakıldığında ise hasta yakınlarının HAD ölçek puan ortalamaları ile hastaların TSBE puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Hasta yakınları HAD-A ve HAD-D kesme puanlarıyla anksiyete ve depresyon varlığına göre gruplandırarak yapılan değerlendirmede de aynı şekilde hastaların travma sonrası büyümesinde gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yani hastaların kanser tanısı alması yakınlarının psikiyatrik bozukluk yaşaması ile ilişkili olabilirken, hastaların travma sonrası büyümesinin yakınlarının ruhsal sağlık durumundan etkilenmediği görülmektedir. Hastalar tanı sonrasında ya sürece uyum sağlama ya da psikolojik sorunlar yaşama durumundayken ileride bahsedileceği üzere yakınlarının sosyal desteğinden etkilendikleri halde psikiyatrik sorunlarından etkilenmemeleri, yakınlarının sorunlarını kendi yaşadıkları yanında ihmal edilecek düzeyde önemsememelerinden kaynaklanıyor olabilir. Hastalar hayatının belki de en travmatik deneyimini yaşarken yakınlarının olumsuz psikolojik yaşantıları ya da ruhsal sorunları kendilerinin de çoğunlukla ifade ettikleri gibi “bunlarda sorun mu ben ölümle karşı karşıyayım” derecesinde ihmal edilebilir ya da fark edilmez gibi görünmektedir.

SOSYAL DESTEK VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME İLİŞKİSİ

Kanser hastalarının travma sonrası büyümesi ile ilgili literatür incelendiğinde en çok çalışılan faktörlerden birinin hastaların sosyal destek sistemi olduğu görülmektedir. Sosyal desteğin, yakın desteği ya da toplam sosyal destek olarak farklı şekillerde ele alındığı çok sayıda çalışmanın incelendiği bir gözden geçirmede, sosyal destek ile TSB arasında genellikle pozitif yönde ilişkinin olduğu sonucu bildirilmektedir [142]. Çalışmamızda hastaların sosyal destek algısı, **güven desteği**, **duygusal destek**, **bilgi desteği** ve **toplam** olarak değerlendirilmiştir. Güven desteği ve duygusal destek algısı ile hastaların TSBE'nin tüm alt ölçekleri ve toplamı arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Bilgi desteği ile TSBE arasında pozitif korelasyon saptanmış fakat bu ilişki anlamlı bulunmamıştır. Toplam sosyal destek algısı ile TSBE'nin yaşam felsefesinde değişim alt ölçeği dışındaki alt ölçeklerde ve toplamında pozitif korelasyon saptanmış ve bu ilişki de anlamlı bulunmuştur. Yani hastaların sosyal destek sistemleri ne kadar iyiye o kadar çok travma sonrası büyüme gösterdikleri anlaşılmaktadır. Tedeschi ve Calhoun'un (2004)

işlevsel-betimsel modeline göre, sosyal destek travma deneyimi yaşayan kişinin kendini ifade etmesi ile duygusal stresin azaltılmasına, olumlu ruminasyonun artmasına ve etkili başa çıkma tarzları geliştirilmesine katkı sağlamaktadır [10]. Benzer şekilde Schaefer ve Moos'un (1998) modelinde de kişisel ve çevresel kaynaklar, olayın özelliklerinin de etkisi ile bilişsel değerlendirmeyi ve başa çıkma tepkilerini belirlediği ifade edilmektedir [172]. Yapılan çalışmalarda farklı ölçme ve değerlendirme araçları kullanılmış olsa da duygusal desteğin ve yakın desteğinin kanser hastalarının yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğu görülmektedir.[173-176]. Duygusal destek algısının TSB ile ilişkisinin incelendiği uzunlamasına yapılmış bir çalışmada, bizim çalışmamızda da olduğu gibi duygusal destek ile TSB arasında anlamlı bir pozitif korelasyon saptamıştır [176]. Yine yapılan çalışmalarda erken dönem duygusal desteğin hastanın TSB gelişimi ile korele olduğu görülmüştür [124, 177]. Tanı sonrası ortalama sürenin 2-3 yıl olduğu bazı çalışmalar sosyal desteğin tanıdan sonraki erken dönemde yaşam kalitesi ve TSB oluşumu açısından pozitif etkili olduğunu, uzun dönemde ise TSB üzerine etkisi olmadığını göstermektedir [123, 178].

Sosyal destek hastaların sadece travma sonrası büyüme deneyimi yaşaması için değil aynı zamanda psikiyatrik sorunlar yaşamaması açısından da önemlidir [179]. Bu bağlamda algılanan sosyal destek ve başa çıkma süreçleri ile ilişkisinden dolayı psikiyatrik komorbidite tedavisinin önemi vurgulanmaktadır [180]. Bazı çalışmalarda sağlık profesyonelleri, duygusal / bilgilendirici destekle güçlü şekilde bağlantılı kaynaklar olarak tanımlanmıştır [180].

Kanser hastaları arasında, başkalarından gelen desteğin bilişsel işlemeyi ve anlam arayışını teşvik ederek psikolojik refahı artırabileceğine dair kanıtlar vardır [181]. Bilişsel işlemenin, travma sonrası büyümenin gelişimi için çok önemli olduğunu farz edersek, sadece başkalarının gerektiğinde kullanılabilir olduğunu algılamanın bu tür süreçleri teşvik etmek için yeterli olmadığı düşünülebilir. Travma sonrası büyümeyle sosyal etkileşimler arasındaki ilişkilerin alternatif bir açıklaması, kanser deneyiminin bu olumlu sonuçlarını bildirerek, daha fazla sosyal etkileşime sahip olan kanser hastalarının, çevrelerindeki insanların ve toplumun beklentileri karşılaması olabilir. Olumlu bir tutum olumlu ve işlevsel bir hayat için oldukça değerlidir.

BEDEN İMGESİ VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME İLİŞKİSİ

Meme kanseri hastalarının yaşam kalitesini etkileyen belki de en önemli faktörlerden birisi beden imgeleriyle ilgili algılarıdır. Meme kanseri sonrası kaçınılmaz olarak tümör kitlesinin ve tutulum olan lenfatik bölgelerin eksizyonu için hastaların neredeyse tamamı meme cerrahisi olmaktadır. Bu durum genellikle meme kanseri nedeniyle tedavi gören hastaların, tedavi sırasında vücutta kendini ilgilendiren birçok olumsuz değişiklik yaşamalarına ve tedavi bitiminden sonra, daha az pozitif öz algı etkisiyle mücadele etmelerine neden olmaktadır. Bu bağlamda hastaların beden algısındaki değişikliklere duyarlı olmalarının TSB oluşumunu etkileyebilecek başka bir değişken olabileceği düşünülebilir. [182]. Bu nedenle meme kanseri hastalarının TSB'si ve beden imgesi ile ilgili algılarını değerlendirmek, hastaların tedavi uyum ve yaşam kalitesi açısından oldukça önemlidir. Çok sayıda çalışma, hastaların vücutlarındaki değişikliklerle nasıl başa çıktıklarını ve tedavi sırasında ve hastalık sonrası işlevlerini nasıl etkilediğini belirleyen birçok değişken olduğunu bildirmektedir [183]. Çalışmamızda beden imgesinin; kendilik değeri, günlük yaşam, karşı cinsle etkileşim, tutum ve davranış gibi faktörler üzerine etkisini değerlendiren ***beden imgesinin yaşam niteliği üzerine etkisi ölçeği*** kullanılmıştır. Bulgularımızda hastaların beden imgeleri ile ilgili algılarının kendilik değeri üzerine ve günlük yaşam üzerine etkisi ile TSBE'nin alt ölçekleri ve toplamı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Yani ölçekte hastaların kendilik değeri ve günlük yaşamla ilgili aldıkları puanlar ne kadar pozitifse travma sonrası büyümelerinin o kadar fazla olduğu görülmüştür. Başka bir deyişle, travma sonrası büyüme ne derecede yüksekse beden imgesinin yaşam niteliğine etkisi o derece olumludur. Hastaların tanı ve cerrahi sonrası cinsel hayatları ve cinsellikle ilgili düşünce ve algılarını değerlendiren karşı cinsle etkileşim üzerine etkisi alt ölçeği ile sadece TSBE'nin yaşam felsefesinde değişim alt ölçeği arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu durum ülkemizde özellikle kadınların cinsellikle ilgili konuşmaktan kaçınmaları, cinselliğin bir tabu olarak algılanması ile ilgili olabilir. Hastalarla görüşmemizde beden imgesi ile ilgili ölçek doldurulması esnasında hastaların genellikle ölçeğin cinsel yaşamla ilgili maddelerini çabuk geçtikleri hatta bazen doldurmaktan kaçındıkları gözlenmiştir. Bu nedenle belki olası olumsuz cinsel algı ve düşüncelerini ifade etmekten kaçındıkları da görülmüştür. Beden imgesinin karşı cinsle etkileşim üzerine etkisi ile TSBE

arasındaki korelasyon ilişkisi bu nedenle daha dikkatli ele alınması gereken bir faktördür.

Meme kanseri tedavisi sonrası memenin, yumurtalıkların ve / veya uterusun çıkarılması, saç dökülmesi ve yara izi gibi beden imgesi ile ilgili değişiklikler kadınlık ve kadın cinselliği ile ilgili evrensel çağrışımlara sahip vücut bölümlerini ve işlevlerini etkilemektedir [184]. Bu beden imgesi bozukluğu sıklıkla ciddi bedensel utanç ve memnuniyetsizlik, fiziksel çekicilikte azalmaya bağlı olumsuz duyguları ve öz saygı ve kadınlık duygusunda azalma ile karakterizedir [185, 186]. Cinsellikle ilgili kültürel ve inançla ilgili faktörler ülkemizde de olduğu gibi kadın cinselliğini ve etkileyen faktörleri konuşmayı zorlaştırabilmektedir. Bu nedenle meme kanseri gibi kadın olmakla ilgili bedensel bütünlüğü hem fiziksel hem de ruhsal olarak önemli derecede etkileyen hastalıkların biyopsikosozal bütünlük içinde hassasiyetle ele alınması gerekmektedir. Beden imgesinin davranış ve tutum üzerine olan etkisi ile TSBE arasında yine pozitif korele bir ilişki saptanmış fakat bu ilişki anlamlı bulunmamıştır. Beden imgesinin yaşam niteliğine etkisinin toplamı ile TSBE'nin yaşam felsefesinde değişim dışındaki alt ölçekleri ve toplamı arasında anlamlı düzeyde pozitif körele bir ilişki saptanmıştır. Sonuç olarak meme kanseri hastalarında beden imge algısının TSB ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu, olumsuz beden algısının TSB deneyimi azalttığı açıkça görülmektedir. Literatür çalışmaları çoğunlukla meme kanseri hastalarının bedensel algılarının cinsel fonksiyonları ve hastaların partnerleri ile ilişkisine odaklanmış olsa da tedavi sonrasında meydana gelen bedensel değişiklikler hastanın yaşam kalitesi ve işlevselliğini birçok alanda etkiliyor gibi görünmektedir. Çalışma grubumuzun çoğu görüşmelerimiz esnasında, meme cerrahisinin etkisi kadar, saçlarının dökülmüş olması, dışarıya çıkarken ya da hastaneye gelirken toplum içinde maske takmak durumunda kalmaları, alınan tedaviler nedeniyle zayıflamış ya da kilo almış olmaları, ameliyat sonrası lenfödeme bağlı kollarının şişmiş olması gibi dışarıdan bakıldığında kanser hastası olduklarını belli eden bir çok bedensel değişikliğin sosyal hayatlarını, evlilik hayatlarını insanlarla kurdukları ilişkilerin niteliğini olumlu veya olumsuz bir şekilde etkilediğini ifade etmişlerdir.

STİGMA, PSİKİYATRİK KOMORBİDİTE VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME

Çalışmamızın temel hedeflerinden biri kansere bağlı stigmanın kanser hastalarının ruhsal durum ve TSB'si üzerine olan etkilerinin araştırılmasıdır. Stigmayı ölçmek için, katılımcıları kansere ilişkin negatif tutumları olup olmamalarına göre gruplama imkânı veren kansere ilişkin tutumları ölçme anketi kullanılmış ve oluşan iki grubun yani negatif tutumu olanların ve olmayanların TSBE açısından farklılığına bakılmıştır. Hastalarda, KİTÖA'nın İran'da yapılan bir çalışma da olduğu gibi [187] en yüksek negatif tutum varlığı tespit edilen *kanser hastalarının etiketlenmesi* ve *sosyal ayrımcılık yaşama* alt ölçeklerinde negatif tutumu olan ve olmayan gruplar arasında TSBE açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu iki alt ölçekte kansere ilişkin tutumu negatif olan ve olmayan her iki grupta TSBE'den ortalama aynı büyüme puanlarını almışlardır. Stigma ve ayrımcılık açısından olumsuz tutumu olan ve olmayan hastalarda TSBE toplam puan açısından farklılık saptanmamıştır. Ancak KİTÖA *iyileşmenin imkânsız olması* alt ölçeği ile TSBE alt ölçeklerinden *yaşam felsefesinde değişim*, *başkalarıyla ilişkilerde değişim* alt ölçeklerinde gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Negatif tutumu olan bireylerde TSB daha yüksek bulunmuştur. KİTÖA toplam puanı ile TSBE *başkalarıyla ilişkilerde değişim* alt ölçeklerinde anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Negatif tutumu olanlarda büyümenin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yani kanserde iyileşmenin imkânsız olması açısından olumsuz tutumu olan hastalarda travma sonrası büyüme daha fazla bulunurken toplam stigma puanları açısından TSBE toplam puanlarında gruplar arasında fark saptanmamıştır.

Goffman'ın (1963) belki çok daha geçmişe dayanan “kanser, hastaların toplumdan dışlanması ve değersizleşmesine neden olan stigma taşıma potansiyeline sahip bir hastalıktır” ifadesi günümüzde daha iyi tanınması ve ele alınması ile birlikte geçerliliğini halen korumaktadır [16]. 1970'lerden bu yana kanser teşhisi sıklıkla ölüm ile eş değer görülmektedir [188]. Günümüzde erken tanı ve tedavi imkanlarının artmasıyla birçok kanser türü tedavi edilebilir hale gelmiştir. Ayrıca kanser hastası destek grupları, rehabilitasyon programları ve destekleyici çalışma ortamları gibi faktörlerin artmasıyla kanserden kurtulanlara yönelik sosyal ve sistemik destek de artmaktadır [189, 190]. Bununla birlikte kanser tanısının stigmatize edici bir hastalık

olduğu birçok çalışmada bildirilmektedir [19, 191-193]. Kemoterapiyle ilişkili saç dökülmesini inceleyen bir çalışma, kanser tedavisinin bu görünür yan etkisinin, hastaların sosyal olarak değersizleşmesine, diğerleriyle etkileşimlerinde damgalanmasına yol açabileceği sonucuna varmıştır [194]. Genel olarak görünür belirti ve semptomlarla giden kanser hastalarının daha fazla stigmaya uğradıkları sonucuna ulaşan bir çalışma hastaların görünür belirtileri konusunda tedavi öncesi, sırası ve sonrasında değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır [98].

Meme kanseri hastaları da stigmatizasyondan en çok etkilenen hasta gruplarının başında gelmektedir. Meme kanseri hastalarının tedavi süreci ve sonrası yaşadığı görünür fiziksel değişikliklerin toplumsal rolleriyle ilişkilendirilmesi, belki de birçok hastalıktan daha fazla yapılmaktadır. Keza ölüm gerçeğiyle yüzleşme nesnesi haline gelen hastaya karşı toplumun aldığı konumla birlikte stigma meme kanseri hastaları için neredeyse kaçınılmaz bir süreç gibi görünmektedir. Yapılan çalışmalar farklı yönleriyle meme kanseri hastalarında stigmatı ele almakta ve giderek bu alanda çalışma sayısı artmaktadır [19, 191-193]. Bir çalışmada bedensel değişikliğe bağlı stigmatın meme kanseri hastaları tarafından bedenlerinin onları “kırılmış”, “değiştirmiş”, “hayal kırıklığına uğratmış” hale getirdikleri şeklinde ifade edildiğine değinilmiştir [184]. Stigmatın hastalarda sadece vücudundan utanmaya yol açmadığı aynı zamanda kaçınan davranışlara neden olduğu ve bu nedenle cinsel fonksiyon sorunlarına neden olduğu ifade edilmektedir [186].

Literatürde bu alanda yapılmış yani kansere ilişkin stigma ile TSB ilişkisini değerlendiren az sayıda çalışma olup daha çok stigma ve hastaların yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır [195, 196]. Bir çalışma akciğer kanseri hastalarının kansere ilişkin stigmatı ile TSB arasındaki ilişkiyi değerlendirmiş ve TSB deneyimi yaşayan hastalarda kansere ilişkin stigma ile psikolojik stres arasındaki negatif korelasyonun daha az olduğu sonucunu bildirmiştir [197]. İnsanların mesleki ve sosyal nedenlerden dolayı kanser teşhisini açıklamak konusunda endişeleri olduğu bildirilmektedir. ABD'de genç kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada, kanser teşhisinin açıklanmasının aile üyeleri ile sınırlı olduğu, hastaların farklı muamele görmeleri, akranları tarafından dışlanmaları veya damgalanmaları korkusuyla tanılarını söylemekten kaçındıkları gösterilmiştir [198]. Yine başka benzer çalışmalar stigmatizasyon ile hastaların yaşam kalitesi arasında önemli negatif korelasyon

olduğunu göstermektedir [199, 200]. Bu bulgular doğrultusunda hastanın TSB deneyimini yaşaması açısından sosyal destek, duygusal dışavurum, düşünce paylaşımı gibi kognitif işlemeyi kolaylaştıran sistemlere engel olacağından stigmanın TSB gelişimine engel teşkil ettiği söylenebilir. Bazı çalışmalar tanıdan sonra geçen süre arttıkça stigmanın azaldığını ileri sürmektedir [201]. Çalışmamızda stigma ile TSB arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış olması hasta grubumuzun tanıdan sonra geçen süresinin ortalama 5 yıl olması ve bu nedenle toplumdan dışlanma ve ayrımcılık yaşama durumunun bu süreçte üstesinden gelinmesi, hastalığı ve toplumsal kabulü ile ilgili baş etme sürecinin tamamlanması ile açıklanabilir. Yanı sıra toplumsal yapı, kültürel faktörler, kalabalık aile ortamında yaşama geleneği gibi etkenler en azından örneklem grubumuzun ayrımcılık ve dışlanma gibi damgalayıcı tutumlarla karşılaşmamasını sağlamış olabilir. Hastaların ortalama %25'inin bu alt ölçeklerde negatif tutumu olması da gruplar arası karşılaştırmayı istatistiksel olarak zayıflatmış olabilir.

Örneklemimizde etiketlenme ve sosyal ayrımcılık yaşama algısının TSB'yi etkilemediği sonucuna varılmıştır. İran'da yapılan bir çalışmada da benzer olarak KİTÖA'nın en yüksek negatif tutum varlığı tespit edilen *kanser hastalarının etiketlenmesi* ve *sosyal ayrımcılık yaşama* alt ölçeğinde negatif tutumu olan ve olmayan gruplar arasında TSBE açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır [187]. Çalışmamızda hastaların en çok *iyileşmenin imkânsız olması* alt ölçeğinde negatif tutumu olduğu tespit edilmiş ve bu alt ölçekte negatif tutumu olan hastaların olmayanlara göre daha yüksek büyüme puanları aldığı görülmüştür. Bu fark TSBE'nin *yaşam felsefesinde değişim* ve *başkalarıyla ilişkilerde değişim* alt ölçeklerinde anlamlı bulunmuştur. Travma sonrası büyümede travmatik deneyimin şiddeti ve buna bağlı kognitif işleme süreçleri göz önüne alındığında iyileşmenin imkânsız olması düşüncesi hastaların, hastalığın travmatik etki algısını artırmış ve daha fazla büyüme yaşamalarını sağlamış olabilir. Hastaların kansere ilişkin genel tutumlarının ise %28 oranında negatif olduğu ve genel tutumu negatif olmayanların alt ölçekler ve toplamda daha yüksek TSBE puanları aldıkları tespit edilmiştir. Fakat gruplar arasındaki fark sadece başkalarıyla ilişkilerde değişim alt ölçeğinde anlamlı bulunmuştur. Sonuç olarak çalışmamızda kansere ilişkin negatif tutumun (stigmanın) TSB deneyimini olumsuz yönde etkilediği çıkarımı yapılabilir. Keza yapılan çalışmalar stigma algısı

olan hastaların kanser ile ilgili daha olumsuz süreçler yaşadığını hatta İngiltere'de yapılmış bir çalışmada, araştırmacılar, göçmen ve azınlıktaki kadınlarda kanser stigmatının kanser tarama davranışlarını etkileyen sıkıntı ile ilişkili olduğunu ve genellikle daha yüksek mortalite ile sonuçlandığını ortaya çıkarmıştır [190]. Fakat stigmaya ilişkin hangi faktörlerin büyüme üzerine nasıl etkisi olduğuna dair daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır keza literatür bu konuda yetersiz görünmektedir.

Hasta yakını grubunda ise KİTÖA'nın sadece *hastalık tanısını ortaya çıkarma/yayma* alt ölçeğinde %17, diğer alt ölçekler ve toplamda en fazla %7'lik bir negatif tutum varlığı saptanmıştır. Yani hasta yakınlarının kansere ilişkin damgalayıcı tutumları hastalara göre oldukça az görünmektedir. Bulgularımız Güney Kore kökenli bir çalışmanın katılımcıların yarısından fazlasının kanserli kişilere karşı negatif tutuma sahip olduğu sonucuna göre oldukça düşük görünmektedir [128]. Toplumun genel olarak kanser hastalığına karşı daha açık olduğu Batı ülkelerinde etnik azınlıklarla yapılan çalışmalarda da kanser hastalarına karşı negatif ve damgalayıcı tutumun yüksek olduğu görülmektedir [202]. Benzer şekilde, yapılmış birçok çalışma insanların kanserli kişilerden kaçınma veya onlarla etkileşime girmeme eğiliminde olduğunu ve bu nedenle kanser tedavisinden sonra işe geri dönmekte güçlük çeken birçok hasta olduğunu desteklemektedir [203-206]. Çalışmamızda hasta ve yakınlarının kansere ilişkin negatif tutumları arasındaki fark, kanser tanısı hasta ve yakınları için ortak travmatik yaşantı olsa da hasta yakınlarının kanser hastalığını bizzat yaşamamış olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Stigmatizasyonun önemli etkenlerinden olduğu bahsedilen hastalıkla ilgili bedensel değişiklikleri yaşamamış olmak hasta yakınlarının daha az negatif tutum sergilemelerini açıklayabilir. Hasta yakınlarının negatif tutumu olan ve olmayan grupları arasında istatistiksel değerlendirme yapmak sayısal fark nedeniyle güç olsa da, *iyileşmenin imkânsız olması* alt ölçeğinde gruplar arasında TSBE'nin tüm alt ölçekleri ve toplamı açısından fark anlamlı bulunmuştur. Kanser hastalığının tedavi edilebilir ya da yakını olan hastanın iyileşebilir olduğunu düşünen hasta yakınları daha fazla büyüme puanları almıştır. Hasta grubunda iyileşmenin imkânsız olduğuna dair negatif tutumu olanlarda daha fazla büyüme gözlenirken hasta yakınları için tam tersi sonuçlar elde edilmiştir. Diğer alt ölçekler ve toplamda gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmasa da negatif tutumu olmayanların daha fazla büyüme puanları alması, kanser hastaları ile kanser

tanısı olmayan yakınları ya da sosyal çevreleri arasındaki olası stigmanın önemine dikkat çekmekte, toplumsal ve bireysel damgalayıcı tutumların hastaların yaşam kalitesi ve toplumsal işlevselliğinin önemli bir etkileyicisi olarak dikkate alınmasını gerektirmektedir.

Bazı çalışmalar kanser hastalarının işe geri dönebilse de stigmaya sebep olabilecek fonksiyonellikteki değişikliklerle, işverenlerinin ve iş arkadaşlarının tutumlarıyla ve duygusal veya pratik destek ve iş esnekliği ile ilgili zorluk ve sorunlarla baş etmek zorunda kalabileceklerini ileri sürmektedir [204, 207]. Mevcut çalışmada hasta yakınlarının kansere ilişkin tutumlarının hastaların büyümesi ile ilişkisi incelendiğinde, yakınlarının damgalayıcı tutumlarının olup olmasının hastalarını büyümelerini etkilemediğini tespit edilmiştir. Yani yakınları negatif tutum gösteren ve göstermeyen hastaların ortalama aynı büyüme puanları aldığı görülmüştür. Bu durum yine tanıdan sonra geçen sürenin ortalama 5 yıl olmasından ve hastaların kabullenme ve baş etme ile ilgili süreçlerini tamamlamış olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Aynı zamanda hastaların travma sonrası büyümesinin yakınlarının psikiyatrik durumlarından etkilenmedikleri gibi kansere ilişkin tutumlarından da etkilenmemesi, hastaların, yakınlarının hastalıkları ile ilgili düşünce ve tutumlarından ziyade kendileri olan ilişkilerinden olumlu veya olumsuz şekilde etkilendikleri çıkarımına neden olmaktadır. Bazı çalışmalarda ise kanser tanısını açıklama konusundaki isteksizliğin, kanserden kurtulanlar için destekleyici olmayan damgalayıcı bir sosyal ortamı yansıttığı ifade edilmektedir [203]. Bazı araştırmalar, teşhis ve tedavi bilgilerinin sosyal ağ üyelerine açıklanmasının, kanser hastalarının durumlarına ilişkin algılarını etkileyerek başa çıkmalarına yardımcı olduğunu, daha fazla iyilik halini teşvik edici davranışlarda bulunmalarını ve diğerleriyle etkileşimlerini kolaylaştırmalarını sağladığını göstermiştir [208]. Bu bağlamda kansere ilişkin stigmanın hem hasta hem toplumsal boyutuna yönelik, kapsamlı kanser bakımı sağlamak, kanserden kurtulanlara karşı ayrımcılığı azaltmak veya ortadan kaldırmak, sistemik ve yasal değişiklikler yapmak, kanserin önlenmesi ve taranması eğitimi ile halkın daha iyi anlaşılması için diğer destekleyici faaliyetlerinde arttırılması gerekmektedir [209].

Kanser hastalarının normal toplumdan daha sık psikiyatrik komorbid bozukluklar yaşadığı düşünülecek olursa, kansere ilişkin stigmanın TSB üzerine etkisi kadar hastaların psikolojik durumuna olan etkileri de göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmamızda hem hasta grubu hem de hasta yakını grubunda kansere ilişkin negatif tutumu olan ve olmayan gruplar HAD puanları açısından karşılaştırılmıştır. Hastalarda her iki grup arasında HAD anksiyete ve depresyon alt ölçeği ve toplam puanları arasında oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır. KİTÖA'nın tüm alt ölçekleri ve toplamında negatif tutumu olan hastaların olmayanlara göre daha yüksek HAD puanları aldığı tespit edilmiştir. Hatta sosyal ayrımcılık yaşama ve iyileşmenin imkânsız olması alt ölçekleri ve toplamda negatif tutumu olan hastaların HAD-A ve HAD-D'de kesme puanı olan 8'in üstünde puan ortalaması aldıkları tespit edilmiştir. Bu da kansere ilişkin negatif tutumu olan hastaların yani stigma algısının, psikiyatrik komorbidite oranını yükseltmekte olduğunu göstermektedir. Yapılmış olan benzer bir çalışmada da depresif belirtilerin kansere ilişkin stigma ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir [128]. Yine akciğer kanseri hastalarla yapılmış olan çalışmalarda da stigmatın depresif belirtileri arttırdığı gösterilmiştir [210].

Hasta yakınlarında, kansere ilişkin negatif tutumunu olmayanların olanlardan daha düşük HAD puanları aldığı tespit edilmiştir. Fakat hasta yakınlarında sadece hastalık tanısını ortaya çıkarma/yayma ve ayrımcılık alt ölçeğinde HAD ölçekleri açısından gruplar arasındaki fark anlamlı olarak bulunmuştur. Daha önce de bahsedildiği gibi hasta yakını grubunda kansere ilişkin negatif tutumu olanların oranı çok düşük olduğundan gruplar arasında anlamlı istatistiksel değerlendirme yapmak güç olsa da bulgularımız hem hastalarda hem de hasta yakınlarında kansere ilişkin stigmatın depresif belirtiler ve anksiyete belirtilerini tetiklediğini ya da arttırdığını göstermektedir. Bu durum kanser hastalarına yönelik korku, endişe, kaçınma ve olumsuz tutum sergileme davranışlarını şiddetlendirebilir ve hastaların toparlanma sonrası topluma tam entegrasyonu için ek engeller oluşturabilir [128]. Stigma hasta ve yakınlarının sosyal destek sistemlerinin azalmasına, daha zayıf sosyal destek depresif semptomların artmasına, artan depresif semptomlarda işlevsellik bozulmasına neden olacaktır [210]. Stigmaya maruz kalan hastaların depresyona daha yatkın olduğu, bu durumun reddedilme korkusuna, potansiyel sosyal desteğin azalmasına ve depresif belirtilerle birlikte kötü tedaviye uyumuna, sağlığın kötüleşmesi ve yaşam süresini kısılmasına neden olacağı ileri sürülmektedir [200]. Bu nedenle stigmatın neden olduğu psikososyal sorunların etkisini göz önünde bulundurarak sağlık ekibinin, hasta ve yakınlarının stigma ile ilgili algı ve düşüncelerini dikkate alıp, duruma özgün bakım

planlarını tasarlayarak yaşam kalitesini yükseltmeye yardımcı olmaları ve psikolojik destek gereken durumlarda gerekli tedavi yaklaşımını sağlamaları gerekmektedir [187].

Stigma ile yaşamak kişinin kimliğini, tedaviyi ve sosyal ilişkileri kapsayan bir yelpazede hayatı etkiler. Mevcut çalışma, bu faktörlerin hastaların hayatını nasıl etkilediğini farklı yönleriyle ele almakta, çoğu insanın stigmaya maruz kalması sonrasında hem psikiyatrik sorunlar yaşayabileceğini hem de buna rağmen olumlu yönde gelişim gösterebileceğini göstermektedir. Sonuçta, amaç damgalanmış gruplar içindeki hangi kişilerin olumsuz hangilerinin olumlu değişimler yaşayabileceğini ve bu değişimlerin neden olduğunu anlayabilmektir.

Çalışmamızın önemli hedeflerinden birisi de hastaların ve yakınlarının travma sonrası büyümeleri arasındaki ilişkinin nasıl olduğunu incelemektir. Bu doğrultuda hasta ve yakınlarının TSBE ölçeklerinin korelasyonuna bakılmış ve yakınları ile hastaların büyümeleri arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Özellikle hastaların başkalarıyla ilişkilerde değişim alt ölçeği ve toplam büyüme puanları ile yakınlarının başkalarıyla ilişkilerde değişim alt ölçeği dışındaki büyüme alt ölçekleri ve toplam puanları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Yani yakınları ne kadar büyüdüyse hastalarında o kadar travma sonrası büyüme gösterdiği görülmektedir. Bu yöndeki bulgumuz, hastaların travma sonrası büyümelerinin yakınlarının psikiyatrik semptomları, negatif tutumları gibi olumsuz yönlerinden etkilenmezken; sosyal destek gibi olumlu yönlerinden pozitif yönde etkilendiğini göstermektedir. Literatürde az sayıda çalışmanın ikili grupların TSB'si arasındaki ilişki ya da korelasyonu değerlendirdiği görülmektedir. Meme kanseri hastaları ve sağlıklı kontrollerle yapılan bir çalışmada aynı zaman aralığında iki grubun büyüme ilişkisine bakılmış, meme kanseri hastalarının daha fazla büyüme gösterdikleri bulunmuş, fakat iki grup arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır [123]. Meme kanseri hastaları ve eşleri ile yapılan başka bir çalışma hastanın kanserden mi yoksa sağlıklı partneri sayesinde mi olduğuna bakılmaksızın, her ikisinde TSB geliştiği ve çiftler arasında pozitif korele bir ilişki olduğunu bildirmektedir [211]. Psiko-onkoloji konusundaki bazı araştırmalar, pozitif psikolojik deneyimlerin her iki ortak tarafından da paylaşılabileceğini, çiftlerin süreçlerinin hastanın klinik durumuyla ilişkili faktörlerden daha fazla yarar sağlamada daha önemli bir işlevi olabileceğini öne sürmektedir [212]. Çalışmamız ve literatür

bulguları doğrultusunda TSB'nin hasta ve yakınları için ortak olumlu gelişimin ve yaşam kalitesinin belirleyicilerinden biri olduğu söylenebilir. Bu nedenle psikolojik sorunların önlenmesi ya da tedavisi kadar, kanser hastaları ve toplum için olumlu gelişimin katkı sağlayıcı faktörlerinin de ele alınması oldukça önemlidir.

Psikoonkolojinin gelişimi, özellikle palyatif bakımda, kanserli hastaların bakımına giderek daha fazla bağlı olan hümanizme katkıda bulunmaktadır. Hastalarla yaşam kalitesi ile ilgili kaygıları ve sağlık durumlarının geleceği ile ilgili gelişmiş bir iletişim tedavi düzenlenmesinde daha fazla hasta katılımını sağlayacaktır. Sağlık personellerinin duyarlılığının ve araştırmalardan elde edilen verilerin artması, kanser hastalarının olumlu ve olumsuz etkilendiği faktörlerin daha iyi tanınmasını ve hastaların tedaviye katılım ve uyumlarının artarak yaşam kalitesinin artmasını sağlayacaktır [213].

SONUÇ

Çalışmamızda, meme kanseri hastalarında stigmanın psikiyatrik komorbidite ve travma sonrası büyüme ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Hastaların sosyodemografik ve klinik verileri, beden imge algıları, kansere ilişkin tutumları ve sosyal destek algıları ile hasta yakınlarının; kansere ilişkin tutumları ve psikiyatrik komorbid durumlarının travma sonrası büyümeye etkisi ve psikiyatrik komorbidite ile ilişkisi araştırılmıştır.

Kanser hastalarında yaş ve kanser tanısı alınan yaş ile travma sonrası büyüme arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmış, genç hastaların daha fazla travma sonrası büyüme gösterdiği bulunmuştur. Ayrıca çalışan hastaların çalışmayan hastalara göre daha fazla TSB gösterdiği tespit edilmiştir.

Son 1 yılda hastalık dışı stresör tarifleyen ve psikiyatrik bir hastalığı olmayan kanser hastalarının TSBE'nin benlik algısında değişim alt ölçeğinde stresör tariflemeyen ve psikiyatrik hastalık öyküsü olanlara göre anlamlı bir farkla daha fazla büyüme gösterdikleri bulunmuştur.

Hastaların HAD toplamı ve HAD-A alt ölçeği ile TSBE'nin başkalarıyla ilişkilerde değişim alt ölçeği arasında anlamlı negatif korele bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Kesme puanlarına göre bakıldığında ise HAD-A alt ölçeğinde kesme puanının altında puan alan hastaların kesme puanı ve üzerinde puan alanlara göre TSBE'nin başkalarıyla ilişkilerde değişim alt ölçeğinde daha yüksek puanlar aldığı bulunmuştur.

Hastaların BİYNEÖ'nün kendilik değeri üzerine etkisi alt ölçeği ile TSBE'nin tüm alt ölçekleri arasında pozitif korelasyon; BİYNEÖ'nün günlük yaşam üzerine etkisi alt ölçeği ve toplamı ile TSBE'nin benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim alt ölçekleri ve toplamı ile pozitif korelasyon; BİYNEÖ'nün karşı cinsle etkileşime etkisi alt ölçeği ile TSBE'nin yaşam felsefesinde değişim alt ölçeği arasında pozitif korelasyon istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Kanser hastası sosyal destek algısı ile travma sonrası büyüme ilişkisi değerlendirildiğinde KHSDAÖ'nün güven desteği, duygusal destek alt ölçekleri ve

toplamı ile TSBE'nin tüm alt ölçekleri ve toplamı arasında pozitif korelasyon gösterilmiştir.

Hasta yakınlarının psikiyatrik durumu ile hastaların travma sonrası büyümesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Hastalar ile hasta yakınlarının travma sonrası büyüme ilişkisine bakıldığında ise hastaların TSBE'nin başkalarıyla ilişkilerde değişim alt ölçeği ve toplamı ile hasta yakınlarının TSBE'sinin başkalarıyla ilişkilerde değişim alt ölçeği dışındaki alt ölçekler ve toplamı arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir. Ayrıca her iki grubun TSBE'nin benlik algısında değişim alt ölçeklerinde de pozitif korelasyon bulunmuştur.

Hasta grubunda KİTÖA'nın iyileşmenin imkânsız olması alt ölçeğinde negatif tutumu olanların, olmayanlara göre TSBE'nin yaşam felsefesinde değişim ve başkalarıyla ilişkilerde değişim alt ölçeklerinde anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldığı; KİTÖA'nın toplamında kansere ilişkin negatif tutumu olmayan hastaların olanlara göre TSBE'nin başkalarıyla ilişkilerde değişim alt ölçeğinde anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldığı tespit edilmiştir.

Hasta yakınlarında ise KİTÖA'nın iyileşmenin imkânsız olması alt ölçeğinde negatif tutumu olmayanların olanlara göre TSBE'nin alt ölçekleri ve toplamında anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldığı bulunmuştur. Hasta yakınlarının kansere ilişkin tutumları ile hastaların travma sonrası büyümeleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

Kansere ilişkin tutum ve psikiyatrik belirti ilişkisine baktığımızda, hastalardan KİTÖA'nın tüm alt ölçekleri ve toplamında negatif tutumu olanların HAD toplamı, HAD-A ve HAD-D alt ölçeklerinde anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları tespit edilmiştir. Hasta yakınlarından KİTÖA'nın kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma ve ayrımcılık alt ölçeklerinde negatif tutumu olanların olmayanlara göre HAD toplam, HAD-A ve HAD-D alt ölçeklerinde anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları bulunmuştur.

Bulgularımız kanser hastalarında genç yaşın, çalışmanın, artmış sosyal desteğin ve olumlu beden imgesi algısının TSB'yi pozitif yönde etkilediğini gösterirken; bazı alanlarda kansere ilişkin negatif tutumun ve psikiyatrik komorbid belirtilerin TSB'yi olumsuz etkilediğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. 1994, Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc. xxvii, 886-xxvii, 886.
2. Kanat BB and Özpolat AGY, Kanser hastalarında travma sonrası büyüme kavramı. Turkish Journal of Clinics and Laboratory, 2016. 7(4): 106-110.
3. Gyllenskold K, [On having breast cancer--psychologic reactions at discovery and information about the diagnosis]. Lakartidningen, 1974. 71(24): 2471-4.
4. Kılıç C, Ruhsal travma sonrası stres bozukluğu gelişiminin belirleyicileri: Bir gözden geçirme. Aker ve ME Önder. Psikolojik travma ve sonuçları, 2003: 51-77.
5. Gallagher MW, Long LJ, Tsai W, Stanton AL, and Lu Q, The unexpected impact of expressive writing on posttraumatic stress and growth in Chinese American breast cancer survivors. Journal of clinical psychology, 2018. 74(10): 1673-1686.
6. Fertig DL, Depression in patients with breast cancer: prevalence, diagnosis, and treatment. The Breast Journal, 1997. 3(5): 292-302.
7. Carlson LE and Bultz BD, Cancer distress screening: needs, models, and methods. Journal of psychosomatic research, 2003. 55(5): 403-409.
8. Shakespeare-Finch J, G. Smith S, M. Gow K, Embelton G, and Baird L, The Prevalence of Post-Traumatic Growth in Emergency Ambulance Personnel. Vol. 9. 2003. 58-71.
9. Tedeschi RG and Calhoun LG, The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. J Trauma Stress, 1996. 9(3): 455-71.
10. Tedeschi RG and Calhoun LG, " Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence". Psychological inquiry, 2004. 15(1): 1-18.
11. İnci F and Boztepe H, Post traumatic growth: if something not killing could be strengthened?/Travma sonrası büyüme: öldürmeyen acı güçlendirir mi? Journal of Psychiatric Nursing, 2013. 4(2): 80-85.

12. Karanci AN and Erkam A, Variables related to stress-related growth among Turkish breast cancer patients. *Stress and health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 2007. 23(5): 315-322.
13. Affleck G and Tennen H, Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of personality*, 1996. 64(4): 899-922.
14. Carpenter BN, *Personal coping: Theory, research, and application*. 1992: ABC-CLIO.
15. Jones EE, *Social stigma: The psychology of marked relationships*. 1984: WH Freeman.
16. DeFleur ML, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. By Erving Goffman. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1963. 147 pp. Cloth, 4.50;paper, 1.95. 1964, The University of North Carolina Press.
17. Goffman E, *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. 2009: Simon and Schuster.
18. Threader J and McCormack L, Cancer-related trauma, stigma and growth: the 'lived' experience of head and neck cancer. *European journal of cancer care*, 2016. 25(1): 157-169.
19. Fife BL and Wright ER, The dimensionality of stigma: A comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer. *Journal of health and social behavior*, 2000: 50-67.
20. Peters-Golden H, Breast cancer: Varied perceptions of social support in the illness experience. *Social science & medicine*, 1982. 16(4): 483-491.
21. Tod AM, Craven J, and Allmark P, Diagnostic delay in lung cancer: a qualitative study. *Journal of advanced nursing*, 2008. 61(3): 336-343.
22. Bakanlığı S, *Türkiye Onkoloji Hizmetleri Yeniden Yapılanma Programı 2010-2023*. TC Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2010.
23. WHO, *Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020* 2003.

24. Boyle P and Levin B, World cancer report 2008. 2008: IARC Press, International Agency for Research on Cancer.
25. Eser S, Olcayto E, Karakilinç H, Karaoğlanoğlu O, Yakut C, Ozalan S, et al., Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı, Epidemiyoloji ve Koruma Şube Müdürlüğü, 2004-2006 yılları Türkiye kanser insidansı. Erişim: <http://www.kanser.gov.tr/folders/file/8iL-2006-SON.pdf>.
26. Özkan S, Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. İstanbul: Roche Yayınları, 1993.
27. Tünel M, Vural A, Evlice YE, and Tamam L, Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2012. 21(3): 189-219.
28. İzci F, İlgün AS, Fındıklı E, and Özmen V, Psychiatric symptoms and psychosocial problems in patients with breast cancer. The journal of breast health, 2016. 12(3): 94.
29. Sedat Özkan ZA, Psiko-onkoloji. 2007, İstanbul: Form Reklam Hizmetleri.
30. Holland JC, History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. Psychosomatic medicine, 2002. 64(2): 206-221.
31. Gagnon P, Massie M, and Holland J, The woman with breast cancer: Psychosocial considerations. CANCER BULLETIN-HOUSTON-, 1993. 45: 538-538.
32. Baider L, Andritsch E, Uziely B, Ever-Hadani P, Goldzweig G, Hofmann G, et al., Do different cultural settings affect the psychological distress of women with breast cancer? A randomized study. European Journal of Cancer Care, 2003. 12(3): 263-273.
33. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, and Thun MJ, Cancer statistics, 2009. CA: a cancer journal for clinicians, 2009. 59(4): 225-249.
34. Tuncer M, Significance of cancer in Turkey, the burden of disease and cancer control policies. Cancer Control in Turkey, Ankara, Onur Press, Health Ministry Publication, 2008. 74: 5-9.

35. Siegel RL, Miller KD, and Jemal A, Cancer statistics, 2015. *CA: a cancer journal for clinicians*, 2015. 65(1): 5-29.
36. Oeffinger KC, Fontham ET, Etzioni R, Herzig A, Michaelson JS, Shih Y-CT, et al., Breast cancer screening for women at average risk: 2015 guideline update from the American Cancer Society. *Jama*, 2015. 314(15): 1599-1614.
37. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Dyba T, Randi G, Bettio M, et al., Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. *European Journal of Cancer*, 2018.
38. Kayser K and Scott JL, Helping couples cope with women's cancers: An evidence-based approach for practitioners. 2008: Springer Science & Business Media.
39. Rosner B, Colditz GA, and Willett WC, Reproductive risk factors in a prospective study of breast cancer: the Nurses' Health Study. *American journal of epidemiology*, 1994. 139(8): 819-835.
40. Lynch HT, Watson P, Conway TA, and Lynch JF, Clinical/genetic features in hereditary breast cancer. *Breast cancer research and treatment*, 1990. 15(2): 63-71.
41. Ellisen LW and Haber DA, Hereditary breast cancer. *Annual review of medicine*, 1998. 49(1): 425-436.
42. Cancer CGoHFIB, Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58 209 women with breast cancer and 101 986 women without the disease. *The Lancet*, 2001. 358(9291): 1389-1399.
43. John EM and Kelsey JL, Radiation and other environmental exposures and breast cancer. *Epidemiologic reviews*, 1993. 15(1): 157-162.
44. Kelsey JL, Fischer DB, Holford TR, LiVolsi VA, Mostow ED, Goldenberg IS, et al., Exogenous estrogens and other factors in the epidemiology of breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 1981. 67(2): 327-333.
45. Anothaisintawee T, Wiratkapun C, Lerdsitthichai P, Kasamesup V, Wongwaisayawan S, Srinakarin J, et al., Risk factors of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Asia Pac J Public Health*, 2013. 25(5): 368-87.

46. İnan FŞ and Üstün B, Breast cancer and posttraumatic growth. The journal of breast health, 2014. 10(2): 75.
47. Hoorens I, Vossaert K, Pil L, Boone B, De Schepper S, Ongenaes K, et al., Total-body examination vs lesion-directed skin cancer screening. JAMA dermatology, 2016. 152(1): 27-34.
48. Kübler-Ross E, Ölüm ve ölmek üzerine [On death and dying](B. Büyükkal, Trans.). İstanbul, Turkey: Boyner Holding Yayınları, 1997.
49. Smaldone MC and Uzzo RG, The Kubler-Ross model, physician distress, and performance reporting. Nature Reviews Urology, 2013. 10(7): 425.
50. Carlsson M and Hamrin E, Psychological and psychosocial aspects of breast cancer and breast cancer treatment. A literature review. Căncer nursing, 1994. 17(5): 418-428.
51. Ferrell BR, Grant M, Funk B, Otis-Green S, and Garcia N, Quality of life in breast cancer: Part II Psychological and spiritual well-being. Cancer Nursing, 1998. 21(1): 1-9.
52. Landmark BT and Wahl A, Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. Journal of advanced nursing, 2002. 40(1): 112-121.
53. Kilpatrick MG, Kristjanson LJ, Tatarzyn DJ, and Fraser VH. Information needs of husbands of women with breast cancer. in Oncology nursing forum. 1998.
54. Andrykowski MA and Manne SL, Are psychological interventions effective and accepted by cancer patients? I. Standards and levels of evidence. Annals of Behavioral Medicine, 2006. 32(2): 93-97.
55. Elbi H, Kanser ve depresyon. Psikiyatri Dünyası, 2001. 5: 5-10.
56. Ganz PA, Psychological and social aspects of breast cancer. Oncology, 2008. 22(6): 642-642.
57. Schmid-Büchi S, Halfens RJ, Dassen T, and Van Den Borne B, A review of psychosocial needs of breast-cancer patients and their relatives. Journal of clinical nursing, 2008. 17(21): 2895-2909.

58. Fadıloğlu Ç, Kronik hastalıklarda bakım I. İzmir: İnertıp Tıbbi Yayıncılık & Bilgisayar, 2002.
59. Weiss T, Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 2004. 13(4): 260-268.
60. Moyer A, Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: a meta-analytic review. *Health psychology*, 1997. 16(3): 284.
61. Kissane DW, Ildn J, Bloch S, Vitetta L, Clarke DM, Smith GC, et al., Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early-stage breast cancer: a cross-sectional survey. *Medical Journal of Australia*, 1998. 169(4): 192-196.
62. Koopman C, Nouriani B, Erickson V, Anupindi R, Butler LD, Bachmann MH, et al., Sleep disturbances in women with metastatic breast cancer. *The breast journal*, 2002. 8(6): 362-370.
63. Coates A, Abraham S, Kaye SB, Sowerbutts T, Frewin C, Fox R, et al., On the receiving end—patient perception of the side-effects of cancer chemotherapy. *European Journal of Cancer and Clinical Oncology*, 1983. 19(2): 203-208.
64. Byrne J, Campbell H, Gilchrist M, Summersby E, and Hennessy B, Barriers to care for breast cancer: A qualitative study in Ireland. *European journal of cancer care*, 2018. 27(5): e12876.
65. Drageset S and Lindstrøm TC, Coping with a possible breast cancer diagnosis: demographic factors and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 2005. 51(3): 217-226.
66. Tavoli A, Mohagheghi MA, Montazeri A, Roshan R, Tavoli Z, and Omidvari S, Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: does knowledge of cancer diagnosis matter? *BMC gastroenterology*, 2007. 7(1): 28.
67. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltarlı B, Karadağ F, Özdel O, and Karagöz N, Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Derg*, 2003. 14: 145-152.

68. Bolund C, Crisis and coping—learning to live with cancer, in Psychosocial aspects of oncology. 1990, Springer. 13-25.
69. Ziyalar A, Beden İmajı Kavramı. Yeni Sempozyum, Cerahpasa Tıp Fakültesi Dergisi, 1985: 1-2.
70. Bulman A and Heyderman E, Calcitonin not a cellular tumour marker in breast cancer. The Lancet, 1983. 321(8320): 351.
71. Jim HS and Jacobsen PB, Posttraumatic stress and posttraumatic growth in cancer survivorship: a review. The Cancer Journal, 2008. 14(6): 414-419.
72. Berard R, Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective. The Journal of clinical psychiatry, 2001. 62: 58-61; discussion 62-3.
73. Jemal A, Siegel R, Xu J, and Ward E, Cancer statistics, 2010. CA: a cancer journal for clinicians, 2010. 60(5): 277-300.
74. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, et al., The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. Jama, 1983. 249(6): 751-757.
75. Pfister D, National comprehensive cancer network clinical practice guidelines in oncology. Head and neck cancers. J Natl Compr Canc Netw, 2011. 9: 596-650.
76. Massie MJ, Prevalence of depression in patients with cancer. JNCI Monographs, 2004. 2004(32): 57-71.
77. Nelson CJ, Cho C, Berk AR, Holland J, and Roth AJ, Are gold standard depression measures appropriate for use in geriatric cancer patients? A systematic evaluation of self-report depression instruments used with geriatric, cancer, and geriatric cancer samples. Journal of Clinical Oncology, 2010. 28(2): 348.
78. Breitbart WS and Alici Y, Psycho-oncology. Harvard review of psychiatry, 2009. 17(6): 361-376.
79. Strain J, Adjustment disorders. In: Holland JC, ed. Psychooncology. New York: Oxford University Press, 1998.

80. Kangas M, Henry JL, and Bryant RA, Correlates of acute stress disorder in cancer patients. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 2007. 20(3): 325-334.
81. Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD, Zhang B, and Prigerson HG, Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 2005. 104(12): 2872-2881.
82. Schairer C, Brown LM, Chen BE, Howard R, Lynch CF, Hall P, et al., Suicide after breast cancer: an international population-based study of 723 810 women. *Journal of the National Cancer Institute*, 2006. 98(19): 1416-1419.
83. Yetkin N and İncesu C, Cinsel İşlev Bozuklukları. İstanbul, Roche, Ocak 2001; 16, 2001. 17.
84. Takahashi M and Kai I, Sexuality after breast cancer treatment: Changes and coping strategies among Japanese survivors. *Social science & medicine*, 2005. 61(6): 1278-1290.
85. Can G, Meme kanseri tanısı ile radyoterapi, kemoterapi hormonoterapi alan hastalarda cinsellik. 2. Uluslararası-9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kadın ve Erkek Cinsel Sağlığı Kursu, Antalya: Türkiye, 2003: 105-117.
86. Schover LR, The impact of breast cancer on sexuality, body image, and intimate relationships. *CA: a cancer journal for clinicians*, 1991. 41(2): 112-120.
87. Savard J and Morin CM, Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem. *Journal of clinical oncology*, 2001. 19(3): 895-908.
88. Simeit R, Deck R, and Conta-Marx B, Sleep management training for cancer patients with insomnia. *Supportive care in Cancer*, 2004. 12(3): 176-183.
89. Jiménez-Gordo A, Feliu J, Martínez B, De-Castro J, Rodríguez-Salas N, Sastre N, et al., Descriptive analysis of clinical factors affecting terminally ill cancer patients. *Supportive care in cancer*, 2009. 17(3): 261.

90. Carpenter JS, Elam JL, Ridner SH, Carney PH, Cherry GJ, and Cucullu HL. Sleep, fatigue, and depressive symptoms in breast cancer survivors and matched healthy women experiencing hot flashes. in *Oncology nursing forum*. 2004.
91. Desai K, Mao JJ, Su I, DeMichele A, Li Q, Xie SX, et al., Prevalence and risk factors for insomnia among breast cancer patients on aromatase inhibitors. *Supportive Care in Cancer*, 2013. 21(1): 43-51.
92. Van Brakel WH, Measuring health-related stigma—a literature review. *Psychology, health & medicine*, 2006. 11(3): 307-334.
93. Link BG and Phelan JC, Stigma and its public health implications. *The Lancet*, 2006. 367(9509): 528-529.
94. Gökler-Danışman I, Yalçınay-İnan M, and Yiğit İ, Experience of grief by patients with cancer in relation to perceptions of illness: The mediating roles of identity centrality, stigma-induced discrimination, and hopefulness. *Journal of psychosocial oncology*, 2017. 35(6): 776-796.
95. Neal C, Beckjord E, Rechis R, Schaeffer J, Berno D, and Duchover Y, *Cancer stigma and silence around the world*. Austin, TX: LIVESTRONG Foundation, 2007.
96. Sontag S, *Illness as Metaphor* [1978] and *Aids and its Metaphors* [1989]. New York: Picador, 1991.
97. Balmer C, Griffiths F, and Dunn J, A qualitative systematic review exploring lay understanding of cancer by adults without a cancer diagnosis. *Journal of advanced nursing*, 2014. 70(8): 1688-1701.
98. Knapp-Oliver S and Moyer A, Visibility and the Stigmatization of Cancer: Context Matters 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 2009. 39(12): 2798-2808.
99. Harcourt D and Frith H, Women's experiences of an altered appearance during chemotherapy: an indication of cancer status. *Journal of Health Psychology*, 2008. 13(5): 597-606.
100. Lally RM, Hydeman JA, Schwert KT, and Edge SB, Unsupportive social interactions in the weeks immediately following breast cancer diagnosis. *Journal of psychosocial oncology*, 2013. 31(4): 468-488.

101. Koopman C, Hermanson K, Diamond S, Angell K, and Spiegel D, Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 1998. 7(2): 101-111.
102. Manne SL, Ostroff J, Winkel G, Grana G, and Fox K, Partner unsupportive responses, avoidant coping, and distress among women with early stage breast cancer: Patient and partner perspectives. *Health Psychology*, 2005. 24(6): 635.
103. Quinn DM and Chaudoir SR, Living with a concealable stigmatized identity: the impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological distress and health. 2015.
104. Batson CD, Polycarpou MP, Harmon-Jones E, Imhoff HJ, Mitchener EC, Bednar LL, et al., Empathy and attitudes: Can feeling for a member of a stigmatized group improve feelings toward the group? *Journal of personality and social psychology*, 1997. 72(1): 105.
105. Bloom JR, Grazier K, Hodge F, and Hayes WA, Factors affecting the use of screening mammography among African American women. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 1991. 1(1): 75-82.
106. Cox T, Postavaru G-I, Munir F, Hassard J, and MacLennan S, Cancer survivorship, cancer-Related PTSD, and positive change. *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice*, 2017: 472.
107. Helgeson VS, Reynolds KA, and Tomich PL, A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2006. 74(5): 797.
108. Greer S, Morris T, and Pettingale KW, Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *The Lancet*, 1979. 314(8146): 785-787.
109. Elliott TR, Kurylo M, and Rivera P, Positive growth following acquired physical disability. *Handbook of positive psychology*, 2002: 687-699.
110. Linley PA and Joseph S, Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 2004. 17(1): 11-21.

111. Park CL and Fenster JR, Stress-related growth: Predictors of occurrence and correlates with psychological adjustment. *Journal of social and clinical psychology*, 2004. 23(2): 195-215.
112. Tomich PL and Helgeson VS, Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 2004. 23(1): 16.
113. Tedeschi RG, Violence transformed: Posttraumatic growth in survivors and their societies. *Aggression and Violent Behavior*, 1999. 4(3): 319-341.
114. Matthews LT and Marwit SJ, Examining the assumptive world views of parents bereaved by accident, murder, and illness. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 2004. 48(2): 115-136.
115. Affeck G and Tennen H, Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 1996. 64(4): 899-922.
116. Tedeschi RG, Park CL, and Calhoun LG, Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis. 1998: Routledge.
117. Carnelley KB and Janoff-Bulman R, Optimism about love relationships: General vs specific lessons from one's personal experiences. *Journal of Social and Personal Relationships*, 1992. 9(1): 5-20.
118. Bellizzi KM and Blank TO, Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 2006. 25(1): 47.
119. Bower JE, Meyerowitz BE, Bernaards CA, Rowland JH, Ganz PA, and Desmond KA, Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: Predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 2005. 29(3): 236-245.
120. Andrykowski MA, Cordova MJ, Mcgrath PC, Sloan DA, and Kenady DE, Stability and change in posttraumatic stress disorder symptoms following breast cancer treatment: a 1-year follow-up. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 2000. 9(1): 69-78.

121. Manne S, Ostroff J, Winkel G, Goldstein L, Fox K, and Grana G, Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic medicine*, 2004. 66(3): 442-454.
122. Sears SR, Stanton AL, and Danoff-Burg S, The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 2003. 22(5): 487.
123. Cordova MJ, Cunningham LL, Carlson CR, and Andrykowski MA, Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology*, 2001. 20(3): 176.
124. Schulz U and Mohamed NE, Turning the tide: Benefit finding after cancer surgery. *Social science & medicine*, 2004. 59(3): 653-662.
125. Thornton AA and Perez MA, Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 2006. 15(4): 285-296.
126. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Kyriakopoulos D, Malamos N, and Damigos D, Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer. *The Breast*, 2008. 17(4): 382-386.
127. Zebrack B, Walsh K, Burg MA, Maramaldi P, and Lim J-w, Oncology social worker competencies and implications for education and training. *Social Work in Health Care*, 2008. 47(4): 355-375.
128. Cho J, Choi Ek, Kim SY, Shin DW, Cho BL, Kim Ch, et al., Association between cancer stigma and depression among cancer survivors: a nationwide survey in Korea. *Psycho-Oncology*, 2013. 22(10): 2372-2378.
129. Yılmaz M, Dişsiz G, Demir F, Irız S, and Alacacioglu A, Reliability and validity study of a tool to measure cancer stigma: Patient version. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 2017. 4(2): 155.

130. Yılmaz M, Dişsiz G, Göçmen F, Usluoğlu Ak, And Alacacioğlu A, Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme Anketi-Toplum Versiyonu'nun Türkçe Geçerlilik Ve Güvenirlik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017(2).
131. Zigmond AS and Snaith RP, The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 1983. 67(6): 361-370.
132. Anksiyete AÖH, Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1997. 8(4): 280-7.
133. Eylon B, "Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği" Nin Geçerlik, Güvenirlik Ve Faktör Yapısı Üzerine Bir Çalışma. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* Cilt: XV, Sayı: 1, 2002
134. Cash TF and Fleming EC, The impact of body image experiences: development of the body image quality of life inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 2002. 31(4): 455-460.
135. Demiralp M, Demiralp B, Sarikoç G, Iyigün E, Açikel C, and Basbozkurt M, Beden İmgesinin Yasam Niteliğine Etkisi Ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması/Turkish version of the Body Image Quality of Life Inventory (BIQLI): a validity and reliability study. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2015. 16: 82.
136. Kılıç C, Depremzedelerde travma sonrası büyümenin yordayıcıları. *Uluslararası Ruhsal Travma Toplantıları IV, Özet Kitabı*, 2005.
137. Kağan M, Güleç M, Boysan M, and Çavuş H, Travma Sonrası Büyüme Envanteri'nin Türkçe Versiyonunun Normal Toplumda Hiyerarşik Faktör Yapısı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2012. 11(5).
138. Kağan M, Güleç M, Boysan M, and Çavuş H, Travma Sonrası Büyüme Envanteri. 2013.
139. Powell S, Rosner R, Butollo W, Tedeschi RG, and Calhoun LG, Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of clinical psychology*, 2003. 59(1): 71-83.

140. Tanyi Z, Szluha K, Nemes L, Kovács S, and Bugán A, Positive consequences of cancer: exploring relationships among posttraumatic growth, adult attachment, and quality of life. *Tumori Journal*, 2015. 101(2): 223-231.
141. Bellizzi K and Blank T. A methodological examination of psychological growth after breast cancer: Is it a multidimensional or global construct. in Poster session presented at the Annual Society of Behavioral Medicine Conference, Baltimore. 2004.
142. Brandão T, Schulz MS, and Matos PM, Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Psycho-oncology*, 2017. 26(7): 917-926.
143. Maly RC, Liu Y, Liang LJ, and Ganz PA, Quality of life over 5 years after a breast cancer diagnosis among low-income women: effects of race/ethnicity and patient-physician communication. *Cancer*, 2015. 121(6): 916-926.
144. Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, Rowland JH, Meyerowitz BE, and Belin TR, Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 2002. 94(1): 39-49.
145. Fromm K, Andrykowski MA, and Hunt J, Positive and negative psychosocial sequelae of bone marrow transplantation: Implications for quality of life assessment. *Journal of behavioral medicine*, 1996. 19(3): 221-240.
146. Sarısoy G, Travma sonrası büyümenin derecesinin ve travma sonrası büyümeyi yordayan etkenlerin meme kanseri hastalarında incelenmesi (yüksek lisans tezi). 2012, Hacettepe Üniversitesi: Ankara.
147. Danhauer SC, Case LD, Tedeschi R, Russell G, Vishnevsky T, Triplett K, et al., Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 2013. 22(12): 2676-2683.
148. Brunet J, McDonough MH, Hadd V, Crocker PR, and Sabiston CM, The Posttraumatic Growth Inventory: An examination of the factor structure and invariance among breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 2010. 19(8): 830-838.

149. McFarland C and Alvaro C, The impact of motivation on temporal comparisons: Coping with traumatic events by perceiving personal growth. *Journal of personality and social psychology*, 2000. 79(3): 327.
150. Park CL, The notion of growth following stressful life experiences: Problems and prospects. *Psychological Inquiry*, 2004. 15(1): 69-76.
151. Schroevers M, Ranchor AV, and Sanderman R, Adjustment to cancer in the 8 years following diagnosis: a longitudinal study comparing cancer survivors with healthy individuals. *Social science & medicine*, 2006. 63(3): 598-610.
152. Helgeson VS, Snyder P, and Seltman H, Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology*, 2004. 23(1): 3.
153. Stanton AL, Bower JE, and Low CA, Posttraumatic growth after cancer. *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*, 2006: 138-175.
154. McDonough MH, Sabiston CM, and Wrosch C, Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors: the role of social support and stress. *Psycho-Oncology*, 2014. 23(1): 114-120.
155. Lechner SC, Zakowski SG, Antoni MH, Greenhawt M, Block K, and Block P, Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 2003. 12(5): 491-499.
156. Cormio C, Muzzatti B, Romito F, Mattioli V, and Annunziata MA, Posttraumatic growth and cancer: a study 5 years after treatment end. *Supportive Care in Cancer*, 2017. 25(4): 1087-1096.
157. Taylor SE, Klein LC, Lewis BP, Gruenewald TL, Gurung RA, and Updegraff JA, Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological review*, 2000. 107(3): 411.
158. Updegraff JA and Taylor SE, From vulnerability to growth: Positive and negative effects of stressful life events. *Loss and trauma: General and close relationship perspectives*, 2000. 25: 3-28.

159. Tedeschi RG, Calhoun LG, and Groleau JM, Clinical applications of posttraumatic growth. *Positive psychology in practice: Promoting human flourishing in work, health, education, and everyday life*, 2015: 503-518.
160. Park CL, Implications of posttraumatic growth for individuals, in *Posttraumatic growth*. 1998, Routledge. 157-180.
161. Smith DM, Loewenstein G, Rozin P, Sherriff RL, and Ubel PA, Sensitivity to disgust, stigma, and adjustment to life with a colostomy. *Journal of research in personality*, 2007. 41(4): 787-803.
162. Waljee JF, Ubel PA, Atisha DM, Hu ES, and Alderman AK, The choice for breast cancer surgery: can women accurately predict postoperative quality of life and disease-related stigma? *Annals of surgical oncology*, 2011. 18(9): 2477-2482.
163. Katz SJ, Lantz PM, Janz NK, Fagerlin A, Schwartz K, Liu L, et al., Surgeon perspectives about local therapy for breast carcinoma. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 2005. 104(9): 1854-1861.
164. Alderman AK, Hawley ST, Waljee J, Morrow M, and Katz SJ, Correlates of referral practices of general surgeons to plastic surgeons for mastectomy reconstruction. *Cancer*, 2007. 109(9): 1715-1720.
165. Tomita M, Takahashi M, Tagaya N, Kakuta M, Kai I, and Muto T, Structural equation modeling of the relationship between posttraumatic growth and psychosocial factors in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 2017. 26(8): 1198-1204.
166. Silva SM, Moreira HC, and Canavarro MC, Examining the links between perceived impact of breast cancer and psychosocial adjustment: the buffering role of posttraumatic growth. *Psycho-Oncology*, 2012. 21(4): 409-418.
167. Groarke A, Curtis R, Groarke JM, Hogan MJ, Gibbons A, and Kerin M, Post-traumatic growth in breast cancer: how and when do distress and stress contribute? *Psycho-Oncology*, 2017. 26(7): 967-974.

168. Bortolon C, Krikorian A, Carayol M, Brouillet D, Romieu G, and Ninot G, Cancer-related fatigue in breast cancer patients after surgery: a multicomponent model using partial least squares—path modeling. *Psycho-Oncology*, 2014. 23(4): 444-451.
169. Barakat LP, Alderfer MA, and Kazak AE, Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. *Journal of pediatric psychology*, 2005. 31(4): 413-419.
170. Bellizzi KM, Smith AW, Reeve BB, Alfano CM, Bernstein L, Meeske K, et al., Posttraumatic growth and health-related quality of life in a racially diverse cohort of breast cancer survivors. *Journal of Health Psychology*, 2010. 15(4): 615-626.
171. Chan CM, Wan Ahmad WA, Yusof MM, Ho GF, and Krupat E, Effects of depression and anxiety on mortality in a mixed cancer group: a longitudinal approach using standardised diagnostic interviews. *Psychooncology*, 2015. 24(6): 718-25.
172. Schaefer JA and Moos RH, The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*, 1998. 99: 126.
173. Berterö CM, Types and sources of social support for people afflicted with cancer. *Nursing & Health Sciences*, 2000. 2(2): 93-101.
174. Dunn J, Occhipinti S, Campbell A, Ferguson M, and Chambers SK, Benefit finding after cancer: The role of optimism, intrusive thinking and social environment. *Journal of Health Psychology*, 2011. 16(1): 169-177.
175. Prati G and Pietrantonio L, Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of loss and trauma*, 2009. 14(5): 364-388.
176. Schroevers MJ, Helgeson VS, Sanderman R, and Ranchor AV, Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 2010. 19(1): 46-53.
177. Luszczynska A, Mohamed NE, and Schwarzer R, Self-efficacy and social support predict benefit finding 12 months after cancer surgery: The mediating role of coping strategies. *Psychology, Health & Medicine*, 2005. 10(4): 365-375.

178. Kinsinger DP, Penedo FJ, Antoni MH, Dahn JR, Lechner S, and Schneiderman N, Psychosocial and sociodemographic correlates of benefit-finding in men treated for localized prostate cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 2006. 15(11): 954-961.
179. Costa-Requena G, Ballester Arnal R, and Gil F, Perceived social support in Spanish cancer outpatients with psychiatric disorder. *Stress and Health*, 2013. 29(5): 421-426.
180. Akechi T, Okamura H, Yamawaki S, and Uchitomi Y, Predictors of patients' mental adjustment to cancer: patient characteristics and social support. *British Journal of Cancer*, 1998. 77(12): 2381.
181. Roberts KJ, Lepore SJ, and Helgeson V, Social-cognitive correlates of adjustment to prostate cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 2006. 15(3): 183-192.
182. Kołodziejczyk A and Pawłowski T, Negative body image in breast cancer patients. *Advances in clinical and experimental medicine: official organ Wroclaw Medical University*, 2019.
183. Rezaei M, Elyasi F, Janbabai G, Moosazadeh M, and Hamzehgardeshi Z, Factors influencing body image in women with breast cancer: A comprehensive literature review. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 2016. 18(10).
184. Boquiren VM, Esplen MJ, Wong J, Toner B, Warner E, and Malik N, Sexual functioning in breast cancer survivors experiencing body image disturbance. *Psycho-Oncology*, 2016. 25(1): 66-76.
185. Boquiren VM, Esplen MJ, Wong J, Toner B, and Warner E, Exploring the influence of gender-role socialization and objectified body consciousness on body image disturbance in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 2013. 22(10): 2177-2185.
186. Woertman L and Van den Brink F, Body image and female sexual functioning and behavior: A review. *Journal of Sex Research*, 2012. 49(2-3): 184-211.

187. Hasan Shiri F, Mohtashami J, Nasiri M, Manoochehri H, and Rohani C, Stigma and Related Factors in Iranian People with Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2018. 19(8): 2285-2290.
188. Mellette SJ, The cancer patient at work. *CA: a cancer journal for clinicians*, 1985. 35(6): 360-373.
189. Greene K and Banerjee SC, Disease-related stigma: Comparing predictors of AIDS and cancer stigma. *Journal of Homosexuality*, 2006. 50(4): 185-209.
190. Kagawa-Singer M, Padilla GV, and Ashing-Giwa K. Health-related quality of life and culture. in *Seminars in oncology nursing*. 2010. Elsevier.
191. Berrenberg JL, Finlay KA, Stephan WG, and Stephan C, Prejudice toward people with cancer or AIDS: Applying the integrated threat model. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 2002. 7(2): 75-86.
192. Bloom JR and Kessler L, Emotional support following cancer: A test of the stigma and social activity hypotheses. *Journal of Health and Social Behavior*, 1994: 118-133.
193. Wortman CB and Dunkel-Schetter C, Interpersonal relationships and cancer: A theoretical analysis. *Journal of social issues*, 1979. 35(1): 120-155.
194. Rosman S, Cancer and stigma: experience of patients with chemotherapy-induced alopecia. *Patient education and counseling*, 2004. 52(3): 333-339.
195. Tsai W, Wu IH, and Lu Q, Acculturation and Quality of Life among Chinese American Breast Cancer Survivors: The Mediating Role of Self-stigma, Ambivalence over Emotion Expression, and Intrusive Thoughts. *Psycho-Oncology*, 2019.
196. Ernst J, Mehnert A, Dietz A, Hornemann B, and Esser P, Perceived stigmatization and its impact on quality of life-results from a large register-based study including breast, colon, prostate and lung cancer patients. *BMC cancer*, 2017. 17(1): 741.

197. Shen MJ, Coups EJ, Li Y, Holland JC, Hamann HA, and Ostroff JS, The role of posttraumatic growth and timing of quitting smoking as moderators of the relationship between stigma and psychological distress among lung cancer survivors who are former smokers. *Psycho-Oncology*, 2015. 24(6): 683-690.
198. Hilton S, Emslie C, Hunt K, Chapple A, and Ziebland S, Disclosing a cancer diagnosis to friends and family: a gendered analysis of young men's and women's experiences. *Qualitative health research*, 2009. 19(6): 744-754.
199. Brown Johnson CG, Brodsky JL, and Cataldo JK, Lung cancer stigma, anxiety, depression, and quality of life. *Journal of psychosocial oncology*, 2014. 32(1): 59-73.
200. Cataldo JK, Jahan TM, and Pongquan VL, Lung cancer stigma, depression, and quality of life among ever and never smokers. *Eur J Oncol Nurs*, 2012. 16(3): 264-9.
201. Yeung NCY, Lu Q, and Mak WWS, Self-perceived burden mediates the relationship between self-stigma and quality of life among Chinese American breast cancer survivors. *Support Care Cancer*, 2019.
202. Aziz NM and Rowland JH. Cancer survivorship research among ethnic minority and medically underserved groups. in *Oncology Nursing Forum-Oncology Nursing Society*. 2002. [Pittsburgh, PA, etc.] Oncology Nursing Society.
203. Cho J, Smith K, Choi EK, Kim IR, Chang YJ, Park HY, et al., Public attitudes toward cancer and cancer patients: a national survey in Korea. *Psycho-Oncology*, 2013. 22(3): 605-613.
204. Ahn E, Cho J, Shin DW, Park BW, Ahn SH, Noh D-Y, et al., Impact of breast cancer diagnosis and treatment on work-related life and factors affecting them. *Breast cancer research and treatment*, 2009. 116(3): 609-616.
205. Lee M, Lee K, Bae J, Kim S, Kim Y, Ryu K, et al., Employment status and work-related difficulties in stomach cancer survivors compared with the general population. *British journal of cancer*, 2008. 98(4): 708.
206. Kagawa-Singer M, Valdez Dadia A, Yu MC, and Surbone A, Cancer, culture, and health disparities: time to chart a new course? *CA: a cancer journal for clinicians*, 2010. 60(1): 12-39.

207. Kennedy F, Haslam C, Munir F, and Pryce J, Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *European journal of cancer care*, 2007. 16(1): 17-25.
208. Montazeri A, Tavoli A, Mohagheghi MA, Roshan R, and Tavoli Z, Disclosure of cancer diagnosis and quality of life in cancer patients: should it be the same everywhere? *BMC cancer*, 2009. 9(1): 39.
209. Yoo GJ, Aviv C, Levine EG, Ewing C, and Au A, Emotion work: disclosing cancer. *Supportive Care in Cancer*, 2010. 18(2): 205-215.
210. Gonzalez BD and Jacobsen PB, Depression in lung cancer patients: the role of perceived stigma. *Psychooncology*, 2012. 21(3): 239-46.
211. Avila M, Coimbra JL, Park CL, and Matos PM, Attachment and posttraumatic growth after breast cancer: A dyadic approach. *Psychooncology*, 2017. 26(11): 1929-1935.
212. Zwahlen D, Hagenbuch N, Carley MI, Jenewein J, and Buchi S, Posttraumatic growth in cancer patients and partners--effects of role, gender and the dyad on couples' posttraumatic growth experience. *Psychooncology*, 2010. 19(1): 12-20.
213. Holland JC, *Psycho-oncology: Overview, obstacles and opportunities*. *Psychooncology*, 2018. 27(5): 1364-1376.

EKLER

EK-1

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU-HASTA

Aşağıdaki sorular sizin sosyodemografik bilgilerinizi ve hastalığınıza yönelik bazı bilgileri öğrenmeye yöneliktir. Lütfen soruları boş bırakmadan soruların yanına (X) işareti koyarak cevaplayınız.

Ad:

Soyad:

Cinsiyetiniz: 1.Kadın () 2. Erkek ()

Yaşınız:

Eğitim durumunuz:

Eğitim yılı:

- | | | |
|------------------------|-------------------|---------------------------|
| 1. Okuryazar değil () | 2. Okur yazar () | 3. İlkokul () |
| 4. Ortaokul () | 5. Lise () | 6. Üniversite ve Üstü () |

Medeni Durumunuz:

1. Evli () 2. Bekâr () 3. Dul ()

Çoğunuz var mı? (varsa sayı belirtiniz)

- 1.Var () 2.Yok ()

Kiminle Yaşıyorsunuz:

1. Yalnız () 2. Anne-Baba ile () 3. Eş ve Çocuklar ile ()
4. Bir yakınıyla () 5. Eş, çocuk, yakını ile () 6. Eşi ile ()

Hastalık sürecinde değişiklik oldu mu? (Yaşadığınız yer ve kişilerde)

- 1.Evet () 2.Hayır ()

Yaşamınızın Çoğunu geçirdiğiniz Yer:

1. Şehir () 2. İlçe () 3.Köy/Kırsal

Çalışma Durumunuz:

1. Çalışıyorum ()
2. Çalışmıyorum ()
3. Hastalıktan dolayı çalışmayı bıraktım ()

Mesleğiniz:

1. Memur () 2. İşçi () 3. Serbest ()
4. Emekli () 5. Ev Hanımı () 6. Öğrenci ()

Ekonomik Durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Yüksek () 2.Orta () 3. Düşük ()

Sigara kullanımı: Var() Yok()

Hastalığım nedeniyle bıraktım () Hastalığımдан sonra başladım ()

Alkol kullanımı: Var() Yok()

Hastalığım nedeniyle bıraktım () Hastalığımдан sonra başladım ()

Düzenli egzersiz yapar mı? (En az haftada 5 gün 30 dk. Yürüme):

Evet() Hayır()

Hastalığım nedeniyle bıraktım () Hastalığımдан sonra başladım ()

Meme hastalığı dışında herhangi bir kronik ya da sistemik hastalığınız var mı?

- 1.Var (ise açıklayınız.....)
- 2.Yok

Kaç yaşında meme hastalığı tanısı aldınız?

Hastalığınızın süresi (Şu anki hastalığınızın tanısından itibaren geçen süre, ay ya da yıl olarak belirtiniz):

Şu anki hastalığınızın evresi (Tıbbi kayıtlara ve/veya/kendine göre):

Hastalığınızı kimden öğrendiniz? (kim anlattı?)

1. Hekim () 2. Bir yakını () 3. Diğer sağlık personeli () 4. Kimse bilgi vermedi ()

Şu anki hastalığınıza yönelik aldığınız tedavi ya da tedaviler (Birden fazla tedavi aldıysanız aldıklarınıza işaret koyunuz.):

1. Kemoterapi () 2. Hormon tedavisi () 3. Radyoterapi ()
4. Cerrahi Müdahale () 5. Tedavi almadım ()

Ameliyat olduğunuz tarih.....

Ameliyattan bu yana geçen süre ne kadar?

1-.....ay 2-.....yıl

Yapılan ameliyat sonucundan memnun musunuz?

1. Çok memnunum 2. Oldukça memnunum 3. Kararsızım
4. Pek memnun değilim 5. Hiç memnun değilim

Cerrahi tedavide uygulanan ameliyat tipi nedir?

1. Total mastektomi (Koltuk altı lenf diseksiyonu var/yok)
2. Modifiye radikal mastektomi (Koltuk altı lenf diseksiyonu var/yok)
3. Radikal mastektomi (Koltuk altı lenf diseksiyonu var/yok)
4. Diğer (lütfen açıklayınız.....)

Plastik ve rekonstrüktif cerrahi ameliyatı oldunuz mu? 1. Evet () 2. Hayır ()

Aldığınız tedaviler sürmekte mi? 1. Evet () 2. Hayır ()

Eğer aldığınız tedavi/tedaviler sürmekteyse hangi tür tedavi/tedaviler sürmekte?

Kanser tanısı almadan önce herhangi bir psikolojik/psikiyatrik sorunuz var mıydı (Örneğin; depresyon kaygı bozukluğu, uyku bozukluğu gibi vb.) ?

1. Evet () 2. Hayır ()

Şu an herhangi bir psikolojik/psikiyatrik sorunuz var mı?

1. Evet () 2. Hayır ()

Bu hastalık dışında son 1 yıl içinde sizi etkileyen önemli bir olay/stres oldu mu?

1. Evet () 2. Hayır ()

EK-2

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

HASTA YAKINI

Ad: **Soyad:** **Yaşınız:**

Cinsiyetiniz: 1.Kadın () 2. Erkek ()

Eğitim durumunuz:

Eğitim yılı:

1. Okuryazar değil () 2. Okur-yazar () 3. İlkokul ()
4. Ortaokul () 5. Lise () 6. Üniversite ve Üstü ()

Medeni Durumunuz:

1. Evli () 2. Bekâr () 3. Dul ()

Hastaya yakınlık dereceniz:

1. Anne 2. Baba 3. Çocuk 4. Eş 5. Kardeş 6.Diğer(.....)

Kiminle Yaşıyorsunuz: (hastalık sürecinde değişiklik oldu mu?)

1. Yalnız () 2. Anne-Baba ile () 3. Eş ve Çocuklar ile ()
4. Bir yakınıyla () 5. Eş, çocuk, yakını ile () 6. Eşi ile ()

Çalışma Durumunuz:

1. Çalışıyorum () 2. Çalışmıyorum ()
3. Bakım vermekten dolayı çalışmayı bıraktım ()

Mesleğiniz:

1. Memur () 2. İşçi () 3. Serbest () 4. Emekli () 5. Ev Hanımı () 6. Öğrenci ()

Ekonomik Durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Yüksek () 2.Orta () 3. Düşük ()

Hastanız bakıma muhtaç mı? 1.Evet() 2. Hayır()

Hastanıza ne zamandır bakım veriyorsunuz:

Psikiyatrik hastalık öykünüz var mı? 1.Evet() 2. Hayır()

EK-3

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

- 1) Kendimi gergin, patlayacak gibi hissediyorum.
 - ☐ Çoğu zaman
 - ☐ Birçok zaman
 - ☐ Zaman zaman, bazen
 - ☐ Hiçbir zaman
- 2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.
 - ☐ Aynı eskisi kadar
 - ☐ Pek eskisi kadar değil
 - ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
 - ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil
- 3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.
 - ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli.
 - ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil.
 - ☐ Biraz ama beni endişelendirmiyor.
 - ☐ Hayır, hiç de öyle değil.
- 4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.
 - ☐ Her zaman olduğu kadar.
 - ☐ Şimdi pek o kadar değil.
 - ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil.
 - ☐ Artık hiç değil.
- 5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.
 - ☐ Çoğu zaman.
 - ☐ Birçok zaman.
 - ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil.
 - ☐ Yalnızca bazen.
- 6) Kendimi neşeli hissediyorum.
 - ☐ Hiçbir zaman
 - ☐ Sık değil
 - ☐ Bazen
 - ☐ Çoğu zaman
- 7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.
 - ☐ Kesinlikle
 - ☐ Genellikle
 - ☐ Sık değil.
 - ☐ Hiçbir zaman

- 8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.
- ☐ Hemen hemen her zaman
 - ☐ Çok sık
 - ☐ Bazen
 - ☐ Hiçbir zaman
- 9) Sanki içim pır pır atıyormuş gibi tedirginliğe kapılıyorum.
- ☐ Hiçbir zaman
 - ☐ Bazen
 - ☐ Oldukça sık
 - ☐ Çok sık
- 10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.
- ☐ Kesinlikle
 - ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum.
 - ☐ Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum.
 - ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum.
- 11) Kendimi sanki hep bir şeyler yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.
- ☐ Gerçekten de çok fazla.
 - ☐ Oldukça fazla
 - ☐ Çok fazla değil.
 - ☐ Hiç değil.
- 12) Olacakları zevkle bekliyorum.
- ☐ Her zaman olduğu kadar
 - ☐ Her zamankinden biraz daha az
 - ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
 - ☐ Hemen hemen hiç.
- 13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.
- ☐ Gerçekten de çok sık
 - ☐ Oldukça sık
 - ☐ Çok sık değil
 - ☐ Hiçbir zaman.
- 14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.
- ☐ Sıklıkla
 - ☐ Bazen
 - ☐ Pek sık değil
 - ☐ Çok seyrek

EK-4

Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği

Bu ölçek, hasta ile ailesi arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılacak bir çalışmaya ait bilgileri toplamak üzere hazırlanmıştır. Aşağıda çoğu hastanın ailesiyle ilişkilerinde yaşadığı duygu ve deneyimleri yansıtan ifadeler verilmiştir. Her ifade için **"benim durumuma çok uygun"**, **"benim durumuma uygun"**, **"benim durumuma kısmen uyuyor"**, **"benim durumuma uygun değil "** ve **"benim durumuma hiç uygun değil "** olmak üzere beş yanıt vardır. Lütfen her ifadeyi okuyarak, duygularınızı ya da durumunuzu en iyi yansıtan yanıtı boş bırakılan seçenekler kısmında " X " işareti yaparak belirtiniz. Sorulara vereceğiniz yanıtlar hiçbir kurum ya da şahsa iletilmeyecektir ve yanıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Yardımlarınız için teşekkür eder, sağlıklı günler dilerim.

	Çok uygun	Uygun	Kısmen uygun	Uygun değil	Hiç uygun değil
1. Kendimi kötü hissettiğimde ailem beni teselli eder.					
2. Aileme kızgınlık, üzüntü, gibi duygularımı ifade edebilirim.					
3. Ailem aldığım kararları destekler					
4. Ailemle hastalığım hakkında rahatça konuşabiliyorum.					
5. Sohbetlerde konu benim hastalığıma geldiğinde ailem konuyu hemen değiştirmeye çalışır.					
6. Ailemden ilgi ve yakınlık görüyorum.					
7. Bir sorunla karşılaştığımda ailem bu sorunu çözebilmem için önerilerde bulunur.					
8. Ailem bir sorunu çözmek için giriştiğim çabaları destekler.					

9. Bazen ailemin neler yaşadığını anlamadığımı hissediyorum.					
10. Ailem uzun süren ve yıpratıcı olan tedavilerim sırasında acılarımı paylaştı.					
11. Ailem ilaçlarımı zamanında almam ve tedavilerime aksatmadan devam etmem konusunda bana yardımcı oldu.					
12. Ailem uzun süren ve yıpratıcı olan tedaviler sırasında işimi kolaylaştıracak önlemleri aldı.					
13. Ailem hastalandığımdan beri benden uzak durmaya çalışıyor					
14. Gelecekle ilgili endişelerimi ailemle paylaşmıyorum.					
15. Ailem birine ihtiyaç duyduğumda daima yanımdadır.					
16. Ailem beni dinlemek için daima zaman ayırır.					
17. Ailem benim neler hissettiğimi anlamaya çalışır.					
18. Ailem hastalığımla ilgili ya da hastalığımın yarattığı sorunlara daima uygun çözüm yolları bulur.					
19. Ailem ihtiyaç duyduğumda bana yeni seçenekler sunar, sorunumu nasıl çözebileceğimi gösterir.					
20. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.					
21. Ailemle hastalığım konusunda daha açık ve özgürce konuşabilmeyi isterdim.					
22. Bazen aile üyelerinin bana neler olduğunu gerçekten anlamadıklarını düşünüyorum.					
23. Ailemle aramızda kendimi duygusal açıdan					

güvenli ve iyi hissetmemi sağlayan yakın ilişkilerim var.					
24. Ailem bana maddi yönden destek olmaya çalışır.					
25. Ailemle sevinç ve kederlerimi paylaşıyorum.					
26. Hastalandığımdan bu yana ailemle olan sosyal ilişkilerim azaldı.					
27. Ailemle ilişkilerim bana hastalandığımdan önce olduğunda daha az doyum sağlıyor.					
28. Kaygılarımı ve korkularımı ailemden birisiyle rahatça paylaşabilirim.					
29. Ailem hastalığımla ilgili bilgileri benden saklıyor.					
30. Hastalığıma ilişkin bilgileri ailemden tam ve doğru olarak alamıyorum.					
31. Ailem hastalığım ile ilgili konuşmamamın daha iyi olduğunu hissetmeme neden oluyor.					
32. Hastalığımla ilgili bir konuşma başladığında ailem konuyu mümkün olduğunca çabuk değiştirir.					
33. Ailem hastalığımla ilgili Şeyleri sonuna kadar dinlemeye asla sabır göstermez.					
34. Ailem bana hastalığım konusunda yol gösterir ve yararlı öğütler verir.					
35. Ailem hastalığımanın yarattığı sorunların üstesinden gelebileceğim konusunda daima beni destekleyecek sözler söyler.					

EK-5**BEDEN İMGESİNİN YAŞAM NİTELİĞİNE ETKİSİ ÖLÇEĞİ**

	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
1. Kendimle ilgili temel duygularım (kişisel yeterlilik ve özdeğer duyguları)							
2. Bir kadın veya erkek olarak yeterliliğime ilişkin duygularım (erkeklik veya dişilik duyguları)							
3. Kendi cinsiyetimden olan insanlarla (hemcinslerimle) etkileşimlerim							
4. Karşı cinsten olan insanlarla etkileşimlerim							
5. Yeni insanlarla tanıştığımındaki deneyimlerim							
6. İşte ya da okuldaki deneyimlerim							
7. Arkadaşlarımla ilişkilerim							
8. Aile üyelerimle ilişkilerim							
9. Günlük yaşadığım duygularım							
10. Genel olarak yaşamımla ilgili memnuniyetim							
11. Karşı cins için eş olarak kabul edilebilirlik hissim							
12. Karşı cins için çekiciliğimle ilgili memnuniyetim							
13. Neyi ne kadar yiyeceğimi kontrol edebilme yeteneğim							
14. Kilomu kontrol edebilme yeteneğim							
15. Fiziksel egzersiz için aktivitelerim							
16. Görünüşüme dikkat çekebilecek şeyleri yapma isteğim							
17. Günlük kişisel bakım faaliyetlerim (örneğin, giyinmek ve güne fiziksel olarak hazır olmak)							
18. Günlük yaşantımda ne kadar güvenli hissettiğim							
19. Günlük yaşantımda ne kadar mutlu hissettiğim							

EK-6

Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi (Kanser Etiketi)- Hasta Versiyonu

Alanlar	Maddeler	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
İyileşmenin imkânsız olması	Kanser tedavisi ne kadar gelişmiş olursa olsun tedavi edilmesi mümkün değildir				
	Bir kez kanser tanısı aldım mı bir daha sosyal olarak aktif olamam				
	Başarılı kanser tedavisinden sonra bile işyerinde görev yeteneği azalabilir				
	Kanser tanısı olan bir kişinin bir daha sağlıklı olması çok zordur				
Kanser hastalarının etiketlenmesi	Kanser hastaları görünümlerinden dolayı kolayca tanınır				
	Kanser hastalarının cinsel ilişkide bulunması zordur				
	Kanser hastaları toplumda korunmayı hak ederler				
	Kanser hastalarının topluma katkıda bulunması mümkün olmaz				
Sosyal yırımcılık Yaşama	Kanser olduğum için bazı arkadaşlarım benden kaçar				
	Kanser hastası olduğum için bazı komşularım benimle iletişim kurmaktan kaçınma eğiliminde				
	Kanser nedeniyle eşimle/ailemle sorunlarım var				
	Çalışma arkadaşlarım bana karşı ayrımcılık /dışlama yapıyor				

EK-7**Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi (Kanser Etiketi) – Toplum Versiyonu**

Alanlar	Maddeler	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
İyileşmenin imkânsız olması	1. Kanser tedavisi ne kadar gelişmiş olursa olsun tedavi edilmesi mümkün değildir				
	2. Kanser hastaları bir kez tanı aldı mı bir daha sosyal olarak aktif olamazlar				
	3. Kanser hastalarının başarılı kanser tedavisinden sonra bile işyerinde görev yeteneği azalabilir				
	4. Kanser tanısı olan bir kişinin bir daha sağlıklı olması çok zordur				
	5. Kanser hastalarının topluma katkıda bulunması mümkün olmaz				
Ayrımcılık	6. Kanser hastaları ile birlikte olduğumda rahatsızlık hissederim				
	7. Kanser tanısı olan komşularla iletişim kurmaktan kaçınma eğilimindeyim				
	8. Kanserli kişilerle çalışmaktan kaçınırım				
Kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma	9. Eğer kanser tanısı alırsam aileme söylemem				
	10. Eğer kanser tanısı alırsam arkadaşlarıma söylemem				
	11. Eğer kanser tanısı alırsam komşularıma söylemem				
	12. Eğer kanser tanısı alırsam iş arkadaşlarıma/meslektaşlarıma söylemem				

EK-8

Travma Sonrası Büyüme Envanteri

Sizden öğrenmek istediğimiz, yaşamınızda önemli yer tutan travmatik yaşam olaylarının, hayatınızda ne ölçüde pozitif değişikliklere sebep olduğudur. Geçmişte yaşadığınız krizden/krizlerden sonra yaşamınızda ve düşüncelerinizde meydana gelen değişimleri lütfen aşağıda verilen puanlama ölçütlerine göre 0 ve 5 arasında değerlendiriniz.

0	1	2	3	4	5
Stresli olay(lar) sonucu bu değişimi hiçbir şekilde yaşamadım.	Çok az bir düzeyde	Bir miktar	Orta düzeyde	Oldukça fazla	Stresli olay(lar) sonucu bu değişimi çok büyük ölçüde yaşadım.

- Yaşamda önem verdiğim şeylerin öncelik sırası değişti. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Kendi hayatıma verdiğim değerde büyük bir artış oldu. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Yeni ilgi alanları keşfettim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Kendime güven hissinde artış oldu. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Manevi konuları daha iyi anlamaya başladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Başım sıkıştığında insanlara güvenebileceğimi daha iyi anladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Yaşamım için yeni bir yön belirledim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Kendimi diğer insanlarla çok daha yakın hissetmeye başladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Duygularımı ifade etmeye daha çok istekliyim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Zorlukları göğüsleyebileceğimi daha iyi anladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Yaşamımda daha iyi şeyler yapabiliyorum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Her şeyi olduğu gibi, daha çok kabullenebiliyorum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Her günümü daha iyi değerlendirebiliyorum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Daha önce var olmayan yeni olanaklara kavuştum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Diğer insanlara karşı daha şefkatliyim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- İlişkilerime daha çok emek sarf etmeye başladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Değişmesi gereken şeyleri değiştirebilmek için daha çok çaba harcıyorum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Daha güçlü bir inanca sahibim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Düşündüğümde çok daha güçlü olduğumu keşfettim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- İnsanların ne kadar mükemmel olabildiklerine dair çok şey öğrendim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Başkalarına ihtiyaç duyuyor olmayı daha çok kabullendim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)

Türkçe Forma İlişkin Puanlama Yönergesi

Benlik algısında değişim = Madde 5 + Madde 10 + Madde 11 + Madde 12 + Madde 13 + Madde 15 + Madde

16 + Madde 17 + Madde 18 + Madde 19

Yaşam felsefesinde değişim = Madde 1 + Madde 2 + Madde 3 + Madde 4 + Madde 7 + Madde 14

Başkalarıyla ilişkilerde değişim = Madde 6 + Madde 8 + Madde 9 + Madde 20 + Madde 21

Orijinal Forma İlişkin Puanlama Yönergesi

Başkalarıyla ilişkiler, Yeni olanaklar, Kişisel dayanıklılık, Manevi değişim, Hayata değer verme

“Meme kanserli hastalarda stigmanın (damgalanmanın) psikiyatrik morbidite ve travma sonrası büyüme ile ilişkisi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve sorularınıza açık yanıtlar isteyin. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

- **Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?**

Bu çalışmada kanser tanısı almış olan hastalarda damgalanmanın(ayrımcılık) travma sonrası büyüme ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Yapılan çalışmalarda kanser hastalarında birçok faktörün travma sonrası büyüme; yani kanser tanısı aldıktan sonra hastaların başetme kapasitelerinde meydana getirdiği değişiklikler üzerine olan etkisi değerlendirilmiştir. Fakat kanser hastalarında damgalanmanın ve dışlanmanın travma sonrası büyüme üzerine olan etkisi ile ilgili yapılmış kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır.

Araştırmada yer alması için öngörülen süre yaklaşık en az 30 dakika en fazla 90 dakikadır.

Araştırmada 100 kişinin katılımı planlanmıştır. Araştırma Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ile Tıbbi Onkoloji Anabilim Dallarında yapılacaktır.

- **Bu çalışmaya katılmalı mıyım?**

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar vererseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin

çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz.

- **Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?**

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, sizinle 30-45 dakika arası bir görüşme yapılacak ve size hastalığınızla ilgili; her biri ile ilgili bilgilendirme yapıldıktan sonra ölçekler doldurmanız istenecektir.

- **Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?**

Çalışmamız daha çok araştırma amaçlıdır. Ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar, kanser hastalarında ve aslında toplumda damgalamanın etkisi ve kanser tanısı aldıktan sonra gözlemlenebilen büyüme kavramı ile ilişkisini açıklama açısından oldukça önemli sonuçlar verecek, dolayısıyla başka hastaların yararına kullanılabilecektir.

- **Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?**

Çalışmaya katılmakla herhangi bir parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

- **Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?**

Araştırmamız kişisel bilgilerinizi; araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve kimlik bilgileriniz çalışma boyunca araştırmamız tarafından gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, araştırma sonucu ile ilgili olarak bilgi istemeye hakkınız vardır. Yazılı izniniz olmadan, sizinle ilgili bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Çalışma sonuçları çalışma tamamlandığında bilimsel yayınlarda kullanılabilecektir, ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

- **Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?**

Çalışma ile ilgili bir sorunuz ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI :

GÖREVİ :

TELEFON :

(Gönüllünün/Hastanın Beyanı)

..... Anabilim Dalında / Kliniğinde, Dr. tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili **yukarıdaki bilgiler** bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış

bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

- a. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.
- b. Sorumlu araştırmacı/hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim).*
- c. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı/hekim, çalışma programının gereklerini yerine getirme konusundaki ihmali nedeniyle tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.
- d. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.
- e. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili olarak herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.
- f. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Bilgilendiren Araştırmacı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

EK-10

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ

(Hasta yakını grubu için)

Prof. Dr. Gülfizar Varma'nın sorumlu araştırmacısı olduğu, "Meme kanserli hastalarda stigmanın (damgalanmanın) psikiyatrik morbidite ve travma sonrası büyüme ile ilişkisi" isimli bir araştırma yapılması planlanmaktadır.

Çalışmanın amacı kanser tanısı almış hasta ve yakınlarında hastalık nedeniyle oluşabilecek olumlu ve olumsuz değişikliklerin daha iyi anlaşılması ve bu değişikliklerde damgalanmanın etkisini anlamaktır.

Bu çalışmanın bilimsel olarak yürütülebilmesi için, araştırmaya katılan hasta kişiler dışında, hasta ile bu sürece yakından tanık olmuş ve deneyimlemiş bir yakınının da değerlendirilmesi ile elde edilen veriler karşılaştırılabilecektir.

Bu çalışmaya, "**hasta yakını grubu**" olarak katılmayı kabul ederseniz, sizden istenen tek şey, size ayrıntılı olarak anlatılacak ve açıklanacak olan 4 adet ölçek doldurmanızdır.

Bu ölçeklerde ve görüşmelerde elde verilerle damgalanma ve travmatik bir yaşantı olarak kanser ilişkisi araştırılacaktır. Araştırmamız sizden elde edilen sonuçları, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimliğiniz gizli tutulacaktır.

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirsiniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir.

(Katılımcının Beyanı)

..... Anabilim Dalında / Kliniğinde, Dr..... tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana

aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu koşullarla “kontrol grubu” olarak çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı:

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı:

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih: