

**T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ BÖLÜMÜ
UYGULAMALI PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**TANI- AMELİYAT SÜRECİ YAKIN ZAMANLI OLAN MEME KANSERİ
HASTALARININ ÖFKE, DEPRESYON, STRESLE BAŞA
ÇIKMA VE SOSYAL DESTEK DEĞİŞKENLERİ AÇISINDAN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Güler GÜNDÜZ SÜTCÜ

Ankara, 2010

**T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ BÖLÜMÜ
UYGULAMALI PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**TANI- AMELİYAT SÜRECİ YAKIN ZAMANLI OLAN MEME KANSERİ
HASTALARININ ÖFKE, DEPRESYON, STRESLE BAŞA
ÇIKMA VE SOSYAL DESTEK DEĞİŞKENLERİ AÇISINDAN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Şennur Kışlak

Güler Gündüz Sütçü

Ankara, 2010

**T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ BÖLÜMÜ
UYGULAMALI PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**TANI -AMELİYAT SÜRECİ YAKIN ZAMANLI OLAN MEME KANSERİ
HASTALARININ ÖFKE, DEPRESYON, STRESLE BAŞA
ÇIKMA VE SOSYAL DESTEK DEĞİŞKENLERİ AÇISINDAN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Şennur Kışlak

Tez Jürisi Üyeleri:

Adı ve Soyadı

İmzası

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tez Sınavı Tarihi:

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu belge ile, bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim.(...../...../20...)

Tezi Hazırlayan Öğrencinin

Adı ve Soyadı

.....

İmzası

.....

TEŞEKKÜR

Araştırmanın her aşamasında bilgi birikimi ile bana yol gösteren, destekleyici tutumu ile beni yüreklendiren tez danışmanım Doç. Dr. Şennur Kışlak’a üzerimdeki emeklerinden dolayı çok teşekkür ederim.

Ankara Üniversitesi Psikoloji Bölümü’ndeki tüm hocalarıma lisans ve lisansüstü eğitimim boyunca bana sağladıkları destek ve katkılardan dolayı çok teşekkür ederim. Ayrıca Bolu ABÜ değerli hocalarından Yrd. Doç. Dr. Adviye Esin Yılmaz’a katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Beni bugünlere getiren, tüm hayatım boyunca desteklerini üzerlerimden eksik etmeyen ve beni her konuda cesaretlendiren sevgili babam Oğuz Gündüz’e, sevgili annem Nazi Gündüz’e ve bütün kardeşlerime değerli yardımlarından, sabır ve anlayışlarından dolayı sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Sınırsız desteği ve anlayışı ile her zaman yanımda olan, aydınlatan gülümsemesiyle bu yolculuğun ve kalbimin başkahramanı sevgili eşim Bülent Sütçü’ye çok özel teşekkürlerimi sunarım.

Gün buluşmalarını, veri toplama günlerine dönüştürmekle ilgili içten bir çaba sağlayan sevgili kayınvalidem Makbule Sütçü’ye çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
BÖLÜM 1.....	1
GİRİŞ.....	1
1.1.MEME KANSERİ.....	1
1.1. 1. Kanser ve Psikolojik Süreçler.....	1
1.1.2. Meme Kanseri ve Risk Faktörleri.....	8
1.1.3. Meme Kanseri Tedavisi	9
1.1.4. Meme Kanseri Hastalarında Psikolojik Süreçler.....	11
1. 2. ÖFKE.....	15
1.2.1. Kanser ve Meme Kanseri Hastalarında Öfke.....	20
1.3. DEPRESYON.....	22
1.3.1. Kanser Hastaları ve Depresyon.....	25
1.3.2. Meme Kanseri Hastalarında Depresyon.....	30
1.4. STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI.....	33
1.4.1. Stresle Başa Çıkma ve Sosyal Destek	38
1.4.2. Kanser ve Stresle Başa Çıkma.....	39
1.4.3. Meme Kanseri Hastalarında Stresle Başa Çıkma.....	43
1.5. SOSYAL DESTEK.....	46
1.5.1. Kanser ve Sosyal Destek	52
1.5.2. Meme Kanseri Hastalarında Sosyal Destek.....	55
1.6. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	58
BÖLÜM 2.....	62
YÖNTEM.....	62
2.1. KATILIMCILAR.....	62

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	64
2.2.1. Kişisel Bilgi Formu.....	64
2.2.2. Sürekli Öfke- Öfke Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ).....	64
2.2.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	65
2.2.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ).....	67
2.2.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	68
2.3.İŞLEM.....	70
BÖLÜM 3.....	72
BULGULAR	72
3.1. ARAŞTIRMADA YER ALAN DEĞİŞKENLERE İLİŞKİN BETİMSSEL İSTATİSTİK BULGULARI.....	73
3.2. MEME KANSERİ HASTALARININ ÇEŞİTLİ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR.....	78
3.2.1. Ailedeki Kanser Öyküsü Olanlar İle Olmayanların Ölçek Puan Toplam Ortalamaları Arasındaki Farklar.....	78
3.2.2. Ailede Kanser Nedenli Kayıp Öyküsü Olanlar İle Olmayanların Ölçek Toplam Puan Ortalamaları Arası Farklar.....	79
3.2.3. Geçmiş Öyküsünde Psikiyatrik Hastalık Olan ve Olmayanların Ölçek Toplam Puan Ortalamaları Arası Farklar	79
3.2.4. Eşlik Eden Başka Bir Fiziksel Hastalığı Olan ve Olmayanların Ölçek Toplam Puan Ortalamaları Arası Farklar	80
3.3. MEME KANSERİ HASTALARININ VE KONTROL GRUBUNUN ÖLÇEK TOPLAM PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ FARKLAR	80
3.4. KORELASYON ANALİZ SONUÇLARI.....	83

3.5. REGRESYON ANALİZİ SONUÇLARI.....	87
BÖLÜM 4.....	90
TARTIŞMA.....	90
4.1.ARAŞTIRMA SORULARINA İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ	90
4.1.1. Meme Kanseri Hastalarının Çeşitli Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	90
4.1.2. Meme Kanseri Hastaları ve Kontrol Grubunu Karşılaştırma Bulgularının Değerlendirilmesi	93
4.1.3. Korelasyon ve Regresyon Bulgularının Değerlendirilmesi.....	96
4.2. BULGULARIN GENEL OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ.....	103
4.3. SONUÇ VE GELECEKTEKİ ÇALIŞMALAR İÇİN ÖNERİLER.....	107
TÜRKÇE ÖZET	112
İNGİLİZCE ÖZET.....	114
KAYNAKLAR.....	116
EKLER.....	143

TABLolar

Tablo

Sayfa

Tablo 1.1. Kanseri TNM'e G6re Evreleme.....	5
Tablo 1.2. Meme Kanseri Tanısından Sonra Yaşam Düzeyindeki Değişiklikler... ..	13
Tablo 2.1. Hasta Grubu ve Kontrol Grubunun Demografik Özellikleri.....	63
Tablo 3.1. Meme kanseri hastalarının ameliyat şeklinle göre dağılımları	73
Tablo 3.2. Meme kanseri hastalarının hastalık evrelerine göre dağılımları.....	73
Tablo 3.3. Meme kanseri hastalarının ailesinin kanser öykülerine göre dağılımları	74
Tablo 3.4. Meme kanseri hastalarının ailesinin meme kanseri öykülerine göre dağılımları.....	74
Tablo 3.5. Meme kanseri hastalarının ailesinin kanser nedenli kayıp öyküsüne göre dağılımları.....	74
Tablo 3.6. Meme kanseri hastalarının kanserden önceki, psikiyatrik hastalık öykülerine göre dağılımları.....	75
Tablo 3.7. Meme kanseri hastalarının test aldıkları sırada psikiyatrik ilaç kullanımlarına göre dağılımları.....	75
Tablo 3.8. Meme kanseri hastalarının, kanser hastalığına eşlik eden başka fiziksel hastalığa göre dağılımları.....	76
Tablo 3.9. Meme kanseri hastalarının, menopoz durumlarına göre dağılımları.....	76
Tablo 3.10. Meme kanseri hastalarının, düzenli meme muayenesi yaptırmaları durumuna göre dağılımları.....	77

Tablo 3.11. Meme kanseri hastalarında depresyon durumuna göre dağılımları	77
Tablo 3.12. Ailedeki Kanser Öyküsü Olanlar İle Olmayanların Ölçek Puan Toplam Ortalamaları Arasındaki Farklar.....	78
Tablo 3. 13. Meme Kanseri Hastalarının Ve Kontrol Grubunun Ölçek Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farklar.....	81
Tablo 3.14. Araştırmada kullanılan değişkenler arasındaki pearson korelasyon analiz sonuçları.....	86
Tablo 3. 15. Öfke-içte toplam puanının yordanması.....	87
Tablo 3.16. Depresyon toplam puanlarının yordanması.....	89

ŞEKİLLER

Şekil

Sayfa

Şekil 1.1. Sağlık ve stresle ilgili çalışmalarda sosyal desteğin ölçüm modeli.....49

EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu.....	143
Ek 2. Sürekli Öfke- Öfke Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ).....	145
Ek 3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	148
Ek 4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ).....	152
Ek 5. Çok Boyutlu Algılanana Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	154
Ek 6. Ankara Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Hastanesi Etik Kurulundan Çalışma İçin Alınana İzin Belgesi.....	156

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Tıp alanındaki hızlı gelişmeye rağmen kanser, günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle ölümcül bir hastalık olarak anılması nedeniyle, birçok psikolojik sorun yaşanmasına neden olabilmektedir. Meme kanseri ise kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Potansiyel olarak ölümcül bir hastalık olmasının yanı sıra beden imajında ortaya çıkan bozulmalar, tedavi sürecinin uzun ve zorlu olması meme kanseri hastalarını depresyon açısından risk altına almaktadır. Meme kanseri tanısı ve hastalığın tedavi süreci kişinin öfke hissetmesine, ciddi bir stres yaşamasına neden olabilmektedir. Bu nedenle hastanın stresle başa çıkma tarzı ve hastanın yaşadığı öfke ve öfke ifade tarzı depresyon riskinin artmasında etkisi olabilir. Meme kanseri hastalarının, stres yaratabilen bu zor süreçle baş edebilmeleri için sosyal desteğe olan ihtiyaçlarının artacağı da düşünülmektedir.

Giriş bölümünde, meme kanseri tanısına ve bu tanının getirdiği zorluklar üzerinde durulacak ve yayınlardaki çalışma örneklerine yer verilecektir. Daha sonra, kanser hastaları ve meme kanseri hastalarında yaşanan öfke, depresyon, stresle başa çıkma tarzı, algılanan sosyal destek kavramları tanımlanarak ilgili araştırmalar aktarılacaktır.

1.1. MEME KANSERİ

1.1.1. Kanser ve Psikolojik Süreçler

Çağımızın en karmaşık hastalıklarının başında gelen kanser, sınırsız hücre bölünmesi özelliği gösteren kötü huylu bir hücre hastalığıdır.

Latince yengeç (cancer) kelimesinden gelen kanser, bir hastalık grubudur. Kanserin 100'den fazla çeşidi vardır ve hepsi de canlı varlıkları oluşturan hücrelerinin hastalığıdır. Uluslararası Kanser Savaş Örgütü, kanseri şu şekilde tanımlamaktadır; insanlar tek hücrenin çoğalmasıyla meydana gelirler ve çoğalmaya başlayan hücreler önce birbirlerine benzerler, sonra değişik yönde farklılaşma gösterirler ve sonunda birbirinden çok değişik yapıda dokular ve organlar ortaya çıkar. Hücre çoğalmaları insanın düzenli büyümesini ve sonra bu yapının sürdürülmesini sağlar. Hücrelerin sadece gerektiğinde çoğalmasını sağlayan kurallar vardır. Ancak vücudun her hangi bir yerinde hücreler bu düzenleyici sistemin dışına çıkabilir ve düzensiz bir biçimde çoğalmaya başlayabilir. Bu sisteme uygun olmayan hücrelerin çoğalmasıyla oluşan kütleye tümör denir. Tümörler tutulumları açısından iyi huylu (beling) ve kötü huylu/habis (maling) şeklinde ikiye ayrılırlar. Belling tümörler kanser değildir, kanser olan habis tümörlerdir. Habis tümörler yakındaki organlara girip onları tahrip edebilirler. Kanser hücreleri vücudun diğer bölgelerine de yayılabilir yani metastaz yapabilir ve yeni tümörler oluşturabilirler (çev, Dinçer, 1990).

Bütün kanser hastalıklarında olduğu gibi meme kanserinde de hastalığın evresi oldukça önemlidir. Hastalığın evresi uygulanacak tedavi yöntemlerini belirlemekte ve hayatta kalım süresini etkilemektedir.

Klinik evrelemede kullanılan sistemler arasında ülkemizde en çok kullanılan AJCC (American Joint Committee on Cancer)' in oluşturduğu TMN evreleme sistemidir. Bu sistemde birincil (primer) tümör T, lenf nodu N ve uzak metastaz M

harfleriyle temsil edilmektedir (Topuz ve ark., 2002; Ünal, 2002).

Primer tümör(T):

TO: Primer tümör bulgusu yok,

Tis: In situ karsinom intraduktal karsinom, in situ lobuler karsinom veya tümör kitlesi olmaksızın meme başının Paget hastalığı,

T1: Büyük çapı 2 cm. veya daha az tümör,

T1a: En büyük çapı 0.5 cm. veya daha az tümör,

T1b: En büyük çapı 0.5'den büyük, 1 cm.den küçük tümör,

T1c: En büyük çapı 1cm.den büyük, 2 cm.den küçük tümör,

T2: En büyük çapı 2 cm.den büyük fakat 5 cm.den küçük tümör,

T3: En büyük çapı 5 cm.den büyük tümör,

T4: Boyutu ne olursa olsun, göğüs duvarı veya cilde direkt yayılım gösteren tümör,

T4a: Göğüs duvarına yayılım,

T4b: Ödem, meme derisinin ülserasyonu, veya aynı memede deri nodülleri,

T4c: İki özelliğin birlikte olması (T4a ve T4b), T4d: İnflamatuvar karsinom

Bölgesel lenf bezleri (N):

NO: Bölgesel lenf bezi metastazı yok, N1: Aynı tarafta lenf bezlerine hareketli metastaz varlığı,

N2:Aynı tarafta birbirine veya çevre yapılara fikse lenf bezi metastazı,

N3: Aynı taraf internal mammae lenf bezlerine metastaz

Patalojik sınıflandırma (pN).

pN0: Bölgesel lenf bezi metastazı yok,

pN1: Aynı taraftaki hareketli lenf bezlerine metastaz,

pN1a: Sadece mikrometastaz (hiçbiri 0.2 cm.den büyük değil),

pN1b: Lenf bezlerine 0.2 cm.den büyük metastaz,

pN1bi: En büyük çapı 0.2 cm.den büyük ve tümü 2 cm.den küçük lenf bezlerinde 1-3 metastaz,

pN1bii: Aynı koşullarda 4 veya daha fazla lenf bezine metastaz,

pN1biii: Tümörün lenf bezi kapsülü dışına taşmış olması en büyük çapı 2 cm.den büyük metastaz,

pN1biv: En büyük çapı 2 cm. veya daha fazla olan lenf bezine metastaz,

pN2: Aynı tarafta birbirine veya çevre yapılara fikse lenf bezlerine metastaz,

pN3: Aynı taraf mamma interna lenf bezlerine metastaz.

Hastalığın gidişatını belirleyen en önemli faktörlerden biri, aksiler lenf nodu metastazı olup olmadığıdır. Metastaz varsa tutulan lenf nodunun sayısının fazlalığı prognozu kötüleştirecektir. Aksiler lenf nodu metastazı olmayan hastaların 10 yıllık hastalıksız süreci %70-80 oranındadır. Koltuk altı lenf nodlarının tutulumu yaşam süresinin belirlenmesinin dışında sistemik metastaz riskini, sistemik tedaviye olan gereksinimi ve bu tedaviden alınacak cevabı etkileyecektir (Ünal, 2002).

Uzak metastaz (M):

M0: Uzak metastaz yok,

M1: Uzak metastaz var (aynı taraf supraklaviküler lenf bezlerine metastaz da dahil)

Tablo 1.1 Kanseri TNM'e Göre Evreleme (Topuz ve ark., 2002)

EVRE 0	Tis, N0, M0
EVRE I	T1, N0, M0
EVRE IIA	T0, N1, M0 T1, N1, M0 T2, N0, M0
EVRE IIB	T2, N1, M0 T3, N0, M0
EVRE IIIA	T0, N2, M0 T1, N2, M0 T2, N2, M0 T3, N1, M0 T3, N2, M0
EVRE IIIB	T4, herhangi bir N, M0 Herhangi bir T, N3, M0
EVRE IV	Herhangi bir T, herhangi bir N, M1

Teşhiste hastalık evresi oldukça önemlidir. Evreye bağlı yapılan bir incelemede meme kanseri olanların ameliyattan 5 yıl sonraki hayatta kalma oranları evre I için % 84-93 arasında değişirken, evre II için yaklaşık %75, evre III için % 50

ve evre IV için yaklaşık % 18 olarak belirtilmiştir (Taucher ve Jakesz, 2004). Hastalıkta önemli bir yük olan teşhisteki evrenin, TSSB ile ilişkili belirtileri öngörmeye önemli olabileceği belirtilmektedir (Amir ve Ramati, 2002).

Günümüzde, kanserin tedavisinde önemli adımlar atılmasına rağmen, kanser sinsi gelişen, oluş nedeni yeterince bilinmeyen ve sınırlı ölçüde kontrol edilebilen bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Kanser, ölümün yanı sıra ölüme ağrı içinde yavaş yavaş yaklaşmayı, hastalığın gidişine ya da tedaviye bağlı organ kaybını, sakatlıkları, ağır bir maddi yükü, çok uzun süren tedavi yöntemlerini çağrıştırmaktadır (İliçin ve ark., 1999). Bu nedenle kanser hastaları ve ailelerini, tanının konulmasından itibaren her aşamada farklı çöküntülere sürüklemekte ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Anuk, 1998).

Kanser sık görülen bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırma Kurulu verilerine göre, 2008'de dünya genelinde 12.4 milyon yeni kanser vakası ve 7.6 milyon kanser nedeniyle ölüm meydana gelmiştir (<http://whqlibdoc.who.int/>). Sağlık Bakanlığı 2005 verilerine göre, ülkemizdeki sekiz ilde (Ankara, Antalya, Edirne, Erzurum, Eskişehir, İzmir, Samsun ve Trabzon) 14.575 erkek, 10.240 kadın toplam 24.815 kanser olgusu tespit edilmiştir (<http://www.saglik.gov.tr>).

Kanser tanısı hatta tanı alma olasılığı, kişinin temel dengelerini doğrudan sarsmaktadır. Kanser tanısı konan kişide tanı aşamasından başlayarak tedavi aşamalarının tümünde çeşitli duygusal ve davranışsal tepkiler ortaya çıkabilir. İlgili

yayınlarda farklı araştırma sonuçlarına rastlanmaktadır. Kansere tanısına verilen tepkilerin tümünün psikopatolojik olarak değerlendirilmesi veya hepsinin normal olarak kabul edilmesi yanlış görünmektedir. Kişide tanıya karşı gelişen ruhsal tepkiler uyum sağlama ve başa çıkma amaçlıdır. Hastada uyuma yönelik tepkiler görülebileceği gibi, uyumsuz davranışlar da ortaya çıkabilmektedir (Özkan, 1996).

Tanı aşamasından hastalığın son evresi olan ve hastanın ölüme doğru gittiği terminal döneme kadar kanser sadece hastalar için değil, hasta yakınları için de ciddi stres yaratan, dengeleri ve uyumu zorlayan bir hastalıktır (Hodges ve ark., 2005; McLean ve Jones, 2007; Pitceathly ve Maguire, 2003).

Kanser tanısıyla ilk karşılaşma, yaşam ve ölüm döngüsü gerçeğiyle yüzleşildiği ve bu gerçekliğin kabul edilmeye çalışıldığı ancak aynı zamanda ölümü geçersiz kılma ile ilgilenildiği zaman olarak tanımlanır (O'Connor ve ark., 1990). Bu yazarlar kanser tanısından sonra kişinin anlam arayışı ile ilgili 6 tema tanımlamışlardır:

1. Kişisel anlamlılıkların/önceliklerin araştırılması ve anlaşılması,
2. Kanser tanısının sonuçlarının araştırılması,
3. Yaşamın gözden geçirilmesi,
4. Kendilikteki değişimler,
5. Kanser tanısıyla birlikte yaşamak
6. Umut.

O'Connor ve arkadaşları (1990) inanç ve sosyal desteğin kanser hastalarındaki anlam arayışına yardımcı olduklarını bulmuşlardır.

Kanser tanısı ile başa çıkabilme gücü birçok değişkenle ilişkilidir. Elbi (2001), bu değişkenleri şu şekilde özetlemiştir. Hasta ile ilgili değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kişilik özellikleri), hastalığa ve sağaltıma ilişkin değişkenler (yeti yıkımı yapan belirtiler, kanser yerleşimi, hastalığın seyri, ağrı, yaşam kalitesini ne oranda düşürdüğü), yaşam amaçları, kariyer, evlilik, aile gibi alanları nasıl etkilediği ve çevresel özellikler (sosyal destek ağı, duygusal alanda destekleyici olarak algılanan bir kişinin varlığı, ekonomik olarak tedavileri karşılayabilme gücü) kanser tanısı ile baş etmeyi belirler.

1.1.2. Meme Kanseri ve Risk Faktörleri

Tüm dünyada kadınlar arasında, en sık (% 31) görülen kanser türü meme kanseridir ve kadınlarda kanserden ölüm nedenleri arasında ikinci sırada (% 15) yer almaktadır (American Cancer Society, 2006). 2009 yılında ABD’de, 192.370 yeni hastaya kanser tanısı konmuş ve yaklaşık 40170 kadın kanserden dolayı ölmüştür. Sağlık bakanlığı istatistiklerine göre (2005) Türkiye’de, kadınlarda % 35.7 ile en sık görülen kanser türü meme kanseridir.

Meme kanserinin nedeni tam olarak bilinmese de, bilinen bazı risk faktörleri bulunmaktadır. Bu risk faktörlerinden ilki, kişide meme kanseri öyküsünün varlığıdır. Bir memede tespit edilen kanser, diğer memede de kanser oluşturma riskini her yıl yüzde 1 artırmaktadır. Kişinin birinci derece akrabalarında meme kanserinin varlığı da önemli bir risk faktörüdür. Eğer kişinin annesi 60 yaşından önce meme kanseri tanısı alırsa, kişinin meme kanserine yakalanma riski iki katına

çıkılmaktadır. Ek olarak eğer bireyin iki tane birinci derecede akrabasında meme kanseri oluşmuşsa bu risk 4-6 kat artmaktadır (Ünal, 2002).

Meme kanseri oluşmasındaki genetik faktörlerin % 25 oranında bir etkisi olduğu düşünülmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalar BRCA1 ve BRCA2 olarak isimlendirilen iki genin meme kanserinden sorumlu olduğunu ve bu genlerin mutasyonu sonucunda meme kanserine yatkınlığın oluştuğunu göstermektedir (Ünal, 2002; Bozfakıoğlu ve Asoğlu, 2006).

Menstruasyonun 12 yaşından önce başlaması, geç menopoza girme meme kanseri için risk faktörleridir (Ünal, 2002; Vogel, 2000), hiç doğum yapmama ve ilk doğum yaşının 30-35 yaş ve sonrası olması (Aslan, 2006; Ünal, 2002; Vogel, 2000), hiç emzirmeme kadınların meme kanserine yakalanma riskini, emzirenlere oranla iki kat artırmaktadır (Ünal, 2002).

Beslenme ve meme kanseri arasında bağ vardır. Antioksidan etkileri olan A, E, C vitamini ve selenyumdan fakir bir diyet diğer risk faktörleriyle birleştiğinde meme kanserinin ortaya çıkma riskini artırmaktadır (Ünal, 2002). Alkol alımı da meme kanseri risk faktörlerindendir ve riski 1,4- 1,7 kat artırmaktadır (Aslan, 2006; Ünal, 2002; Vogel, 2000). Son olarak radyasyona maruz kalma süresi de riski arttıran faktörler arasındadır (Ünal, 2002; Vogel, 2000).

1.1.3. Meme Kanseri Tedavisi

Meme kanserinde tedaviler, lokal ve sistemik tedaviler şeklinde ikiye ayrılmaktadır.

A. Lokal tedaviler: Meme kanserinde lokal tedavinin temel amacı kanserin lokal varlığını ortadan kaldırmaktır. Boyutu küçük olan ve evresi elverişli olan tümörlerde tek başına lokal tedaviler ile başarılı sonuçlar elde edilebilir. Bu tedaviler cerrahi ve radyoterapi olarak ayrı ayrı veya birlikte kullanılmaktadır (Burkitt ve ark.,2007; Bozfakıoğlu ve Asoğu, 2006).

1.Cerrahi Tedavi: Cerrahi tedavide önceleri memenin tamamen çıkarılması işlemi olan “mastektomi” tercih edilse de son 30 yıldır etkilenen dokuyla birlikte bir kısım dokunun çıkarılarak meme yapısının korunduğu “meme koruyucu cerrahi” yöntemi tercih edilmektedir (Burkitt ve ark., 2007).

a. Meme Koruyucu Cerrahi: lumpektomi olarak da isimlendirilen meme koruyucu cerrahinin amacı erken evredeki meme kanseri hastalarına mastektomi yerine kozmetik bir alternatif sunmaktır. Burada tümör etrafındaki sağlam dokuyla birlikte çıkarılır ve bu işlemi hastalığın tekrarlanmasının önlenmesi için yapılan radyoterapi takip eder (Ünal, 2002). Erken evre kanserde uygulanabilir.

b. Mastektomi: “Radikal Mastektomi” yöntemi 1880 yılında William Halsted tarafından geliştirilmiştir. Operasyon, memenin aksiler lenf nodlarını, pektoralis majör ve minör kaslarının çıkarılmasından oluşmaktadır (Topuz ve ark., 2003).

Patey ve Dyson, Halsted’in geliştirdiği ameliyatı 1950’li yıllarda modifiye ederek meme dokusu, pektoralis majör kasının bağ dokusu ve koltukaltı lenf dokusunu çıkarmaya gitmişlerdir ve bu tekniğe “Modifiye Radikal Mastektomi” demişlerdir (Topuz ve ark., 2003; Ünal 2002).

2. Radyoterapi: Kanserli hücreleri yok etmek için yüksek enerjili iyonize radyasyon kullanılır. Hücrenin yok edilmesi, hücre fonksiyonunun ve

bölünebilirliğinin bozulması ve DNA molekülünün başkalaşıma uğraması ile gerçekleşir (Topuz ve ark., 2003).

B. Sistemik Tedaviler

1. Kemoterapi: Mikrometastazik yayılımı önlemek amacıyla uygulanmaktadır. Hangi ilaç kombinasyonlarının kullanılacağı hastanın yaşına, fiziksel durumuna ve hastalığın durumuna bağlıdır (Topuz ve ark., 2003).

Kemoterapide sık görülen yan etkiler ise şunlardır:

- Bulantı, kusma
- Somatit (ağızda oluşan yaralar), tat alma değişiklikleri
- Saç dökülmesi(alopesi)
- Kemik iliği depresyonu
- Halsizlik

2. Hormonal Tedavi: Hormonal tedavi için karar vermede östrojen ve progesteron reseptörlerinin biyopsiden alınan örnekte görülüp görülmemesi etkili olmaktadır. Hormonal tedavide overlerin çıkarılması, Tamoksifen gibi selektif östrojen reseptör modulatorleri gibi ilaç kullanımı yer almaktadır (Topuz ve ark., 2003).

1.1.4. Meme Kanseri Hastalarında Psikolojik Süreçler

Kanser tanısı almak, geleceğe yönelik bir tehdit olarak algılanabilmektedir. Meme kanseri ise kadınlar tarafından hem yaşamın hem de kadınlığın tehdidi olarak algılanabilecek bir hastalıktır.

Meme kanseri tanısı çoğunlukla bir “kriz” olarak tanımlanır, çoğu kadın şok

ve şaşkınlık arkasından korku, dehşet, üzüntü yaşayabilir (Lethborg ve ark., 2000). Ölüm ve belirsizliğin aniden farkına varılması, kadınları çoklu fiziksel ve sosyal kayıplarla yüzleşmeye götürebilmektedir (Arman ve Rehnsfeldt, 2003). Kadınlar yaşamlarındaki anlamlı alanların tümünde bir zorlanma hissedebilmektedirler (Loveys ve Klaich, 1991). Meme kanserli hastalarla yapılan çalışmalar sonucunda en çok ortaya çıkan psikiyatrik sorunların uyum bozukluğu, depresyon ve anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmiştir. Nosarti ve arkadaşları (2002) yaptıkları çalışmada hastaların, kanser tanısından önceki yaşamlarına göre, meme kanseri tanısından sonra depresyon, anksiyete bozukluğu, yaşam kalitesiyle ilgili çeşitli sorunları içeren psikiyatrik hastalıklar tanımlanmışlardır. Aygin ve Aslan'ın (2005) yaptığı çalışmada, meme kanserinde uygulanan tedaviler sonrasında hastaların % 57.9'unda cinsel işlev bozukluğu olduğu saptanmıştır.

Tüm bunlar kadınlar için meme kanseri tanısının zor bir süreç olduğunu göstermektedir. Bu durumda arkadaş ve aile desteği oldukça önemlidir. Meme kanseri tanısıyla baş etmeyle ilgili yapılan bir çalışmaya göre, daha yetersiz aile desteği algısına sahip olmanın çaresizlik ve umutsuzlukla olan ilişkisi çarpıcıdır (Inoue ve ark., 2003).

Yayınlara baktığımızda, meme kanseri tanı ve tedavisinin hastalarda anksiyete, depresyon, öfke, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, çaresizlik, kanserin tekrarlayacağı korkusu, benlik saygısının azalması, beden imajının bozulması, dişilik özelliklerini kaybetme korkusu ve ölüm korkusu gibi psikolojik sorunlara neden olduğu görülmektedir. Meme kanseri tanısından sonra oluşan

değişiklikler Arman ve Rehnsfeldt tarafından tablo 1.2’de gösterildiği gibi kavramsallaştırılmıştır.

Tablo 1.2. Meme Kanseri Tanısından Sonra Yaşam Düzeyindeki Değişiklikler (Arman ve Rehnsfeldt, 2003)

Yaşam düzeyi	Belirtiler
Ani varoluşsal bozulma	Şok, travma, kararsızlık, çoklu kayıp, ölüm farkındalığı, önceki inançlarda bozulma, dağılma
Eylem/olay	Diyet, egzersiz gibi günlük yaşam rutinlerinde değişim, yavaşlama, alternatif tedavi arayışı, başkalarından bilgi ve sosyal destek arama, kendine daha çok odaklanma
Değerler ve bilişler	Gerçeklikle yüzleşme, farkındalığın artması, kendilik değerinde değişme, çevreye açılmakta artış, sorumluluklarda artma
Maneviyat/varoluş	Ölüm ve acıyla yüzleşme, anlam arama, ilişkilerde gizlilik, ölüm döngüsünü kabul, din ve maneviyat inancını sorgulama

Meme kanseri tanı ve tedavi deneyimi, fiziksel sağlığın da ötesinde, eşlik eden birçok psikososyal etmenler duygusal iyi oluş halini etkilemektedir (Kornblith ve ark., 2003). Glanz ve Lerman (1992) yaptıkları bir gözden geçirme çalışmasında meme kanseri hastalarının anksiyete bozukluğu, depresyon, öfke, suçluluk, baskı, psikolojik stres ve hastalığın tekrarı (nüks) ile ilgili kötümser korkuları içeren birçok duygusal tepki yaşadığını göstermişlerdir. Ayrıca bu araştırmacılar, ameliyat, kemoterapi, radyoterapi gibi tedavilerin bitkinlik, meme ağrısı, mide bulantısı, kusma, saçların dökülmesi, kilo kaybı, sinirlilik, duygusal stres ve asabiyet gibi birçok rahatsız yan etkileri olduğunu belirtmişlerdir. Bazı kadınlar tedaviyle ilişkili

bedendeki değişikler dolayısıyla öz-saygıda azalma, kontrol duygusu kaybı, beden imajında bozukluk ve kadınlıkta azalma duygularıyla da mücadele ederler (Mustian ve ark., 2002). Bir alışma yetişkin kanser hastalarının % 25 oranında klinik depresyon belirtileri yaşadığını göstermiştir (Deimling ve ark., 2002).

Greer (1991) hastaların kansere verdikleri psikolojik tepkilerdeki tutumun hastalık sürecini etkileyebildiğini ileri sürmüştür. 15 yıl boyunca takip ettiği erken evre meme kanserli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların tepkilerini değerlendirerek kanserle baş etme biçiminin beş başlık altında özetlenebileceğini belirtmiştir.

1. Kaçınma/inkar: Hasta ve ailesi tanıyı reddeder ya da hastalığın ciddiyetini hafife alır. Hastalık hakkında düşünmek ve konuşmaktan kaçınır, hastalığı yok sayar. İnkâr anksiyeteyi kontrol etmede kullanılan en yaygın yollardan birisidir. İnkârı kullanan birey tanıya uyum sağlamak için zaman kazanır.
2. Savaşma ruhu: Hastalığı kabul eder, kanser sözcüğünü kullanır ve iyimser bir tutumla hastalığa meydan okur. Hasta ve ailesi tedaviyle ilgili kararlara katılır ve kanserle ilgili bilgi arar.
3. Sabırlı kabullenme: Hasta tanıyı kabullenir fakat kaderci bir tutum gösterir (kanseri olduğunu biliyorum, kaderimde bunu da yaşamak varmış, yapabileceğim bir şey yok).
4. Çaresizlik ve umutsuzluk: Bireyde tanıdan başka hiçbir şey düşünememe, sürekli ağlama, ölüm düşünceleri ve kararsızlık duyguları vardır. Hasta umutsuzdur, tamamen kötümserdir, her şey bitmiş gibi hisseder.

5. Anksiyete ve endişe: Hasta sürekli olarak kanser ile uğraşır, herhangi bir ağrı veya belirtiyi hastalığın tekrarı olarak görür. Sürekli kanser hakkında araştırma yapar, bilgiler arar ama tüm bilgileri olumsuz yönde yorumlama eğilimi vardır. Omzumda bir ağrı var, acaba hastalık tekrar etmiş olabilir mi? gibi endişeler yaşar.

Kübler-Ross (2008) uzun yıllar terminal dönem kanserli hastalarla yaptığı görüşmeler sonucu kanser gibi ölümcül hastalıklara verilen tepkileri “Ölüm ve Ölmek Üzerine” adlı kitabında şu şekilde tanımlamıştır;

1. İnkâr: Birey yüz yüze geldiği acı gerçekle şok olur ve baş etmesi ilk anlamda zordur. İnkâr, kanser tanısıyla şoka uğrayan hastaya kendini toparlamak ve baş etme mekanizmalarının kullanılması için zaman kazandırır.
2. Öfke: İlk tepkiden sonra hasta neden ben sorusu ile öfke hissetmeye başlar.
3. Pazarlık: Kişi ölüm gerçeğini kabullenmeye başlasa da daha uzun süre yaşamak için pazarlığa girer.
4. Depresyon: Hastalığın ilerlemesiyle, tedavilerin sonuç vermediğini gördüğünde ve harcanan çabanın durumu düzeltmeye yetmediğini fark ettiğinde depresyona girer. Bu aşama kadere hazır olmadır. Kendi ölümünün yasını tutar bu büyütücü bir durum da olabilir.
5. Kabullenme: Bu dönemde hasta öfkelenmeyecek kadar yorgundur ve ölmek kavramına alışmıştır.

1. 2. ÖFKE

Öfkeyle ilgili çalışmalara bakıldığında, psikolojik kavramların birçoğunda olduğu gibi, öfkenin birçok farklı tanımıyla karşılaşılmaktadır. Bu bölümde öfkenin

farklı tanımlamaları, öfke ifadesi ile ilgili görüşler, öfkenin sağlık ve depresyonla ilişkisi ele alınacaktır.

Öfke, kavram olarak tedirginlik ve hafif rahatsızlıktan, kızgınlığa ve hiddete varan duyguları kapsayan bir duygusal durumdur (Stoner ve Spercer, 1987). Gençtan (1999), öfkeyi bireyin hakkı olanı alamadığında ya da önem verdiği bir insanın kişinin beklentileri doğrultusunda davranmadığı zaman yaşanan duygu olarak tanımlamıştır. Köknel (1986) ise, engellenme ve korku gibi hoş olmayan durumlar karşısında ortaya çıkan duygulanım şeklinde öfkeyi tanımlamıştır.

Üstün ve Yavuzaslan (1995) göre ise, öfke; bireysel bir tehdit algılandığında ya da engellenme ile karşılaşıldığında, tehdidin özelliğine göre yaşanan çaresizliğin, güçsüzlüğün, yetersizliğin yarattığı bunalıya karşı gelişen hoşnutsuzluktan, kızgınlığa ve şiddete kadar değişebilen bir duygudur.

Öfke uyarıcı algı eşiğine ulaştığında deneyimlenir. Bu uyarıcı, bir bilgi veya propriyoseptif bir uyarıcı (vücudun içerisinden gelen duyum) veya bellekten gelen bir anı olabilir (Biaggio, 1987). Öfke yönetimi “dışavurumcu” (expressive); öfkenin ifade edilmesi veya “baskılanması” (suppressive); öfke ifadesinin engellenmesi şeklinde iki kategoride ele alınır. Araştırmalar kişilerin durumun özelliklerine bakmadan bir stratejiyi kullanma eğiliminde olduğunu ileri sürerler (Burns ve ark., 1998). Böylece, bazı insanların öfkelerini tipik olarak ifade ettikleri ve bazı insanların ise öfkelerini baskıladıkları ileri sürülmektedir. Bu tanımlama

doğrultusunda öfke-içte kavramı, öfkenin bastırılması anlamına gelirken, öfke-dışa ise öfkenin ifadesini belirtmektedir.

Spielberg, öfke duygusunu süreklilik ve durumsallık açısından ele almıştır.

Durumsal öfke, amaca yönelik davranışın engellenmesi ve haksızlık algılaması karşısında gerginlik, kızgınlık, sinirlilik, hiddet gibi öznel duyumsamaların yaşanmasını yansıtan duygu durumudur. Sürekli öfke ise, durumsal öfkenin ne sıklıkta yaşandığını gösteren bir kavramdır. Spielberger, bu doğrultuda öfke tepkilerinin de kişisel özelliklerden dolayı farklılık gösterdiğini savunur. Spielberg ve arkadaşları (1983), sürekli öfke ölçeğini oluştururken sürekli öfkesi yüksek bireylerin yaşamı ve yaşam olaylarını sıkıcı, rahatsız edici ve hayal kırıklığına uğratabilecek şekilde algılama eğiliminde, duygusal uyarılmaya hazır ve daha kuvvetli öfke tepkileri verme eğiliminde olduklarını belirtmişlerdir. Bu özellikler, sürekli öfkesi yüksek olan kişilerin öfkelerini daha yapıcı ve fonksiyonel şekilde ifade etmelerini engellemekte ve öfkenin bastırılmasına ya da saldırgan davranışlar ile dışa vurmasına neden olmaktadır. Öfke ifadesi ise, bireysel farklılığa göre öfkenin içe atılması, dışa vurulması ve/ya kontrol edilmesi şeklinde olmaktadır (Spielberger, Jacobs, Russell ve Crane, 1983, akt; Deffenbacher ve ark., 1996).

Öfke dışa vurulduğunda insanlara saldırma, nesnelere zarar verme, tehdit, küfür, eleştiri gibi fiziksel etkinlikler şeklinde ifade edilir. Öfke ve saldırganlık çoğu zaman birlikte ele alınmaktadır. Öfke ve saldırganlık ilişkili olmalarına rağmen, farklı kavramlardır. Saldırganlık bir davranış, öfke ise bir duygudur. Öfke bazen

saldırganlığa yol açar, ancak her zaman saldırgan davranışın başlatıcısı değildir (Kellner ve Bry, 1999).

Psikoanalitik açıdan ise içe yönelmiş öfkenin anlamı, öfkeden çok depresyon ve suçluluk duygularının ifadesidir ve bunlar kişinin egosuna ve benliğine yönelmiştir. Öfkenin içte olduğu durumda, düşünceler ve hatırlatan şeyler, öfkeyi harekete geçirici durumla ilişkilidir (Lehnert ve ark., 1994).

İnsanlar kendilerini kötü hissettiklerinde öfkelenebilir, düşmanca düşünceleri olabilir, çünkü olumsuz duygularla, öfke içeren anılar, düşünceler arasında ilişki vardır (Berkowitz, 1989). Yazara göre, kişinin olumsuz bir durumla karşılaşması sonucu zihinsel bir süreç başlar. Bu süreçte ilk olarak bu durumun kişide yarattığı çağrışımlarla duygular oluşmaya başlar. Oluşan bu ilk duyguya göre sürecin geri kalanı şekillenmektedir. Duygunun oluşmasıyla birlikte, kişinin bulunduğu durumu değerlendirdiği, nasıl davranması gerektiğini kararlaştırdığı diğer aşamalar gerçekleşmektedir. Kişi yaşadığı duyguya daha önce yaşadıkları, düşünceleri gibi farklı etkenleri değerlendirerek karar vermektedir.

Kişilerin öfke ifade tarzları ve bunun sağlıkla olan ilişkisi araştırılmıştır. Araştırmalarda, insanların nasıl öfkелendiğinden ziyade öfkelerinin nasıl üstesinden geldikleri daha çok ele alınan bir konudur (Engelbreton, Matthews ve Scheier, 1989). Kronik ağrı hastalarında, ağrı ile öfkenin bastırılması (Kerns ve ark., 1994) ve öfkenin inkarı (Corbishely ve ark., 1990) ilişkili bulunmuştur. Ayrıca sağlıkla ilgili araştırmalarda bastırılmış öfkenin hipertansiyon ve koroner damar hastalıkları ile

ilişkisi olduğu belirtilmiştir (Spielberger ve ark, 1991).

Öfkenin depresyonla ilişkili olduğuna ilişkin araştırma bulguları mevcuttur. Power ve Tarsia (2007), depresyon ve anksiyete bozukluğu hastaları ile herhangi bir klinik psikiyatrik hastalığı olmayan kişilerin basit ve karmaşık duygularını karşılaştırmak amacıyla yaptıkları araştırmada, klinik bozukluğu olan kişilerin öfkelerinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir ancak klinik bozukluğu olan grubu oluşturan depresyon ve anksiyete hastalarının öfke düzeyleri arasında farklılık saptanmamıştır. Biaggio ve Godwin (1987) depresyon ile bastırılmış öfke arasındaki bir ilişki olduğunu göstermişlerdir. Benzer şekilde Bridewell ve Chang (1997) da, içselleştirilmiş öfkenin, depresyonu yordamada önemli bir role sahip olduğunu ileri sürmektedir. Depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısı alan kişiler üzerinde yapılan bir araştırma sonucunda depresyon grubunun, öfkeyi, hem normal gruba, hem de TSSB grubuna göre daha çok bastırdığı saptanmıştır. Depresif grupta, depresyonun şiddeti ile öfke ve düşmanlık arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Bu durum öfke dışavurumuyla değil, sadece öfkenin bastırılmasıyla ilişkilidir. Depresif grup normal gruptan daha fazla öfke yaşantısı belirtirken, öfkeleri TSSB grubundan daha azdır (Riley ve ark. 1989).

Ülkemizde Sayar ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan bir çalışmada, öfke nöbeti olan hastaların olmayanlara göre anlamlı ölçüde daha fazla depresyon, kaygı ve umutsuzluk gösterdikleri bulunmuştur. Ayrıca bu araştırmada öfke-dışa ve sürekli öfke, öfke atakları olan depresyon hastalarında anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Balsamo (2010) öfke ve depresyon ilişkisini geniş getirme

(ruminasyon) eğilimi bakımından incelemiş ve geviş getirmenin öfke ve depresyonla güçlü bir ilişkisi olduğunu, bununda depresyonda görülen öfkeyi açıkladığını belirtmiştir. Şahin ve Batıgün, (2009) intihar riskini belirlemek amacıyla oluşturdukları modellerinde intihar davranışı için öfkeyi önemli bir risk faktörü olarak ele almışlardır.

1.2.1. Kanser ve Meme Kanseri Hastalarında Öfke

Yayınlara baktığımızda diğer değişkelerle karşılaştırıldığında, kanser hastalarında öfkenin daha az çalışıldığını görmekteyiz. Ancak yapılan çalışmalar, öfkenin kanser hastalarında önemli bir değişken olduğunu göstermektedir.

Temoshok (1987) duyguların bastırılmasının birçok kanser hastasında yaygın bir özellik olduğunu vurgulamış ve bunu tip C olarak tanımlamıştır. C tipi bir baş etme stilidir ve işbirlikçi, sakin, iddiasız, sabırlı özellikle kızgınlık gibi olumsuz duyguların açığa çıkarılmadığı ve dışsal otoriteye karşı uysal olmayla tanımlanmıştır. Ancak bu stil yüksek düzeydeki stresle baş etmede başarısızdır ve hastaların çaresizlik ve acizlik hissetmelerine neden olmaktadır (Eysenck, 1994).

Thomas ve arkadaşları (2000) öfkenin kanserle ilişkisinde, öfkeyi bastırmanın sadece teşhisten sonraki süreci değil aynı zamanda kanser riskini artırdığını ileri sürmüşlerdir. Cox ve Mackay (1982) kanser gelişimiyle ilgili en güçlü psikososyal yordayıcının, özellikle öfke olmak üzere, duyguların ifade edilememesi olduğunu belirtmişlerdir. Benzer bir şekilde, Gross (1989) kanser hastalarının incelendiği 18 araştırmayı gözden geçirdiği makalesinde hastalıklara bakışta biyopsikososyal bakış

açısının önemini belirtmiştir. Yazar, makalesinde kanserin gelişimi ve seyri açısından duygu ifadesinin önemini vurgulamıştır.

Öfke, sadece kanserin gelişimi ve seyrini etkilemekle kalmayıp, bu süreçte önemli bir kavram olan sosyal desteği de etkilemektedir. Kanser hastalarında, hasta ve eşinin öfke tarzları ve hastanın algıladığı sosyal destek ilişkisini araştıran bir çalışmada, öfke kontrolünün algılanan eş desteğiyle pozitif ilişkisi, öfkenin bastırılmasının (öfke-içte) ise eş desteğiyle negatif yönde ilişkisi olduğu bulunmuştur. Hasta ve eşinin öfke dışavurum stili aile atmosferini düzenlemektedir ve bu da kanser hastasının uzun dönem yaşam kalitesinin belirlenmesinde önemlidir (Julkunen ve ark., 2009).

Kanser hastalarında öfke ifade tarzı fizyolojik süreçleri de etkileyebilmektedir. Prostat kanseri hastalarda, öfkeyi bastırmanın iyimserlik ve bağışıklık sistemi üzerindeki etkisini araştıran bir çalışmada Penedo ve arkadaşları (2006), öfkenin daha az bastırılmasının daha fazla bağışıklık tepkisine neden olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca bu çalışmada iyimserliğin, bağışıklık tepkilerinin artmasıyla ve depresyon ile öfkenin bastırılmasının azalmasıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Kanser hastalarında öfkenin depresyonla ilişkisine ek olarak, öfkenin stresle ilişkisine bakan bir çalışmada, kanser hastalarında algılanan stresin artmasıyla birlikte, öfke-içte, öfke-dışa ve depresyonun arttığı bulunmuştur. Ayrıca, kanser

hastalarının depresyonunun yordanmasında algılanan stres, öfke-içte değişkenlerinin güçlü bir etkisi olduğu görülmüştür (Lee ve ark., 2005).

Iwamitsu ve arkadaşları (2005) meme kanseri hastalarında duyguların bastırılması ve duygusal stres arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Hastalar, kliniğe ilk başvurdıklarında, meme kanseri oldukları söylendikten hemen sonra, ameliyattan sonra ve taburcu edildikten 3 ay sonra değerlendirilmişlerdir. Olumsuz duygularının ifadesi ve bastırılması ile yaşanan stres ölçülmüş, öfke ve anksiyetesini bastıran hastaların güçlü psikolojik stres yaşadıklarını bulunmuştur. Meme kanseri hastalarında öfkenin bastırılması ve stresle karşılaştıklarında inkarın kullanılması iyi huylu meme hastalarından daha fazla kullanılmaktadır (Morris ve ark., 1981). Meme kanseri hastalarının sağlıklı kadınlara göre duygularını daha fazla baskılayacağı varsayımı ile yapılan bir çalışmada, meme kanseri kadınların öfke dahil duygularını daha fazla kontrol ettikleri ve duygusal tepkilerini bastırdıkları görülmüştür (Pettingale, Watson, ve Greer, 1985). Duygu ifadesinin, stresli yaşıntılarda olumlu psikolojik uyumla ilişkili olduğu varsayımından yola çıkarak meme hastalarında yapılan örneklemin seçkisiz atandığı (randomize kontrollü) bir çalışmada Stanton ve arkadaşları (2002) duygularını yazarak ifade etmesi sağlanan grubun daha az fiziksel yakınma belirttiğini göstermişlerdir.

1.3. DEPRESYON

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

karamsarlık duygu ve düşünceleri içeren bir semptomdur (Öztürk, 2001). Bu semptom birçok ruhsal ve ruhsal olmayan hastalıkla birlikte görülebilir. Bu nedenle birincil ve ikincil olmak üzere iki kümede ele alınmaktadır.

Birincil depresyon; bedensel ya da başka bir psikiyatrik hastalığa bağlı olmadan ortaya çıkan çöküntüdür, ikincil depresyon ise, başka bir hastalığa veya bazı ilaçları sürekli kullanmaya bağlı olarak ortaya çıkan çöküntüdür. Buna örnek olarak addison hastalığı, hipotroidi, beyin uru gibi hastalıklar veya steroidler, sedatifler gibi bazı ilaçların alınması örnek verilebilir. Bu durumlarda bu hastalıkların doğrudan doğruya beyni etkilemesiyle depresyon oluşur (Öztürk, 2001).

Komorbid depresyon ise; kanser, kalp damar hastalıkları, şizofreni gibi hastalıklarda doğrudan doğruya asıl hastalığın beyin işlevlerini etkilemesiyle ortaya çıkmasıyla değil de, asıl hastalığın yarattığı psikososyal stres etkileri, korkular, endişeler, çaresizlik duyguları sonucu gelişen ve asıl hastalığa eklenen bir ikinci hastalıktır (Öztürk, 2001). Bu tez çalışmasında ele alınacak depresyon tanımı çoğunlukla bu doğrultuda olacaktır.

DSM-IV depresif bozuklukları şu başlık altında toplamaktadır; -Majör Depresif Bozukluk, Tek Epizod, -Majör Depresif Bozukluk, Rekürren (Yineleyici), -Majör Depresyon İçin Tanı Ölçütlerini Karşılamıyorsa, Hafif/Orta Derecede/Psikotik Özellikleri Olmayan Ağır/Psikotik Özellikleri Olan Ağır, Kronik, Katatonik Özellikler Gösteren, Melankolik Özellikler Gösteren, Atipik Özellikler

Gösteren, Postpartum Başlangıçlı gibi klinik özelliklerle tanımlamak, -Distimik Bozukluk, -Başka Türlü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000).

Majör depresif epizod için tanı ölçütleri şu şekilde tanımlanmıştır;

(A) İki haftalık dönem işlevsellik değişikliği ile birlikte aşağıdakilerin beşinin bulunması, en az birinin depresif duygu durum ya da ilgi kaybı ya da zevk alamama olması gerekir (1) Her gün, gün boyu süren depresif duygu durum (üzgün, boşlukta hissetme, ağlamaklı görünüm), (2) Her gün ve gün boyu süren etkinliklere ilgide azalma, eskisi kadar zevk alamama, (3) Önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımı, (4) Uykusuzluk ya da aşırı uyuma (insomnia ya da hipersomnia), (5) Davranışlarda aşırı artma ya da gerileme olması (psikomotor ajitasyon ya da retardasyon), (6) Yorgunluk, bitkinlik ve enerji kaybının olması, (7) Değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması, (8) Düşüncesini yoğunlaştırmada azalma ya da kararsızlık, (9) Yineleyen ölüm düşünceleri (intiharla ilgili), (B) Bu semptomlar karışık tekrarlanan tanı ölçütlerini karşılamamaktadır, (C) Toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur, (D) Bu belirtiler madde kullanımına /Genel Tıbbi duruma bağlı değildir, (E) Bu belirtiler yas ile daha iyi açıklanamaz, sevilen birinin kaybindan sonra bu belirtiler 2 aydan fazla sürer, işlevsel bozulma ve değersizlik düşünceleri eşlik eder (APA, 2000 syf 159).

ABD yapılan çalışmalarda majör depresyon yaygınlığının % 3-5.8 olduğu, bir yıllık prevalansının ise % 2.6-6.2 olduğu ve hayat boyu riskin erkekler için % 3-12,

kadınlar için % 10-26 olduğu belirtilmiştir (Yüksel, 2006). Türkiye’de ruh sağlığı profili çalışmalarında yıllık depresyon yaygınlığı kadınlarda % 5.4, erkeklerde % 2.3, tüm nüfuzda % 4 olarak verilmektedir (Yüksel, 2006).

1.3.1. Kanser Hastaları ve Depresyon

Kişi hayatı tehdit eden, nüks ihtimali olan, tedavisi ağır ve bitkinlikle anılan bir hastalıkla yüzleşince üzüntüden duygu durum bozukluklarına birçok deneyim yaşayabilmektedir. Yayınlara bakıldığında kanser hastalarında depresyonun çokça çalışılan bir kavram olduğu görülmektedir. Depresyonun kanser hastalarında sık karşılaşılan bir sorun olmasının yanı sıra, hastanın yaşam süresini de etkileyebildiği belirtilmektedir. Kanser hastalarında depresyon varlığı ile yaşam süresi üzerinde yapılan çalışmalarda meme kanseri (Watson ve ark. 1999) ve yumurtalık kanserinde (Freyer ve ark. 2005) depresyonun yaşam şansını azaltabildiği ile ilgili bulgular gösterilmiştir. Bu anlamda, çalışılması zor bir konu olsa da, depresyon kanser hastalarında dikkatle ele alınan ve çok çalışılan bir psikiyatrik bozukluktur.

Kanser hastalarında depresyonun çalışılmaya başlandığı ilk araştırmalarda, akıl sağlığı çalışanları, onkologlardan kanser hastalarındaki psikiyatrik hastalık prevalansını tahmin etmelerini istemişlerdir ve alınan yaygın cevaplar, “hepsi depresyondadır, çünkü kanserler” den, “hiçbiri depresyonda değil, sadece normal insanlar” gibi geniş bir aralıkta olmuştur (Massie, 2004).

Kansere eşlik eden psikolojik problemleri konu alan araştırmalardaki araçların çeşitliliği dikkat çekmektedir; Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, Beck

Depresyon Ölçeği, SCID, Yaşam Kalitesi Ölçeği ve DSM ölçütleri en sık kullanılan araçlardır, ayrıca öz bildirim ölçekleri dışında yapılandırılmış veya yarı yapılandırılmış klinik görüşmelerin de kullanıldığı görülmektedir (Wedding ve ark. 2007).

Newport ve Nemeroff (1998) kanser popülasyonunda yapılan çalışmalarda, depresyon tanımlamaları, kanser türleri ve evreleri, araştırmayla tanı arasındaki zaman farkları, araştırmanın kanserin değişik tedavi türlerine denk gelmesi, hastaların depresyon öykü ve tedavilerinin farklı olmasından dolayı araştırmaların karşılaştırılmasının zor olduğunu vurgulamış ama yine de genel popülasyona göre kanser hastalarında depresyonla daha sık karşılaşıldığını belirtmişlerdir. Ohaeri ve arkadaşları (1998) çalışmalarda kanser hastalarında depresyon oranının % 9'dan az ve % 45' den fazla gibi geniş bir aralıkta bulunduğunu ancak, bu çalışmalardan bazılarının depresyon hastalığından çok depresif belirtileri sorguladığını ve bu kadar geniş aralığın bundan kaynaklanabileceğini tartışmışlardır.

1980–1994 yılları arasında yapılan çalışmaların kapsayan bir meta analiz çalışmasında, kanser hastalarının genel popülasyona göre daha depresif oldukları ve bunun yaş, cinsiyet ve kanser türüyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Van't Spijker ve ark.1997). Diğer yandan kanser hastalarında depresyonun genel popülasyondan daha sık olmadığını söyleyen çalışmalar da vardır (Lansky ve ark. 1985).

Kanser türleri ve depresyon arasında anlamlı ilişki olduğu bilinmektedir. Farenks, pankreas, akciğer, meme kanseri türleriyle karşılaştırıldığında kolon,

lenfoma kanserlerinde ve jinekolojik kanserlerde depresyon oranları daha az bulunmuştur (Massie 2004). Pankreas kanseri ve diğer kanser türlerinin depresyon açısından değerlendirildiği bir çalışmada pankreas kanseri hastalarının diğer kanser türlerine göre daha depresif oldukları gözlenmiştir (Karen ve ark., 2010).

Kanser hastalarında psikolojik durum ve tedavi sürecindeki aşama da incelenen bir konu olmuştur. Duygu durum bozukluklarının en fazla teşhis konduktan hemen sonra görüldüğünü, ameliyattan sonra belirtilerin anlamlı bir şekilde azaldığını gösteren (Carver ve ark., 1993) çalışmalar bulunmaktadır. Başka çalışmalarda da kemoterapi, metastaz ve meme kanseri terminal evre süreci düşük psikososyal adaptasyon seviyesiyle ilişkili bulunmuştur (Heim ve ark., 1997).

Kanser hastalarında, cinsiyet ve depresyon arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Lloyd ve arkadaşları (1984), hastanede yatan ve ameliyat olan farklı evre lenfoma hastalarıyla yaptığı çalışmada kadınlarda psikiyatrik eşlik eden hastalıkların (anksiyete ve depresyon) anlamlı derecede yüksek olduğunu bulmuşlardır. Aynı şekilde Pettingale ve arkadaşları (1987) meme kanseri ve lenfoma tanıları olan 168 hastayla yaptıkları çalışmada, kadın lenfoma hastalarının, erkek lenfoma ve meme kanseri kadınlardan daha depresif ve anksiyeteli olma eğiliminde olduklarını bulmuşlardır. Bu çalışmada, hastalarla daha sonra yapılan izlemede kadınların 3 ay ve 1 yıl sonra da erkeklerden daha anksiyeteli olduğu ve 1 yıl sonrasında meme kanseri kadınlarında diğer hastalara göre anksiyetenin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Ancak yayınlarda erkeklerin depresyon geçirme oranlarının daha fazla olduğunu gösteren araştırmalar da vardır. Pankreas ve mide kanseri hastalarıyla yapılan bir çalışmada erkek ve kadın hastalar depresif bulunmuş ve erkeklerin depresyon puanı kadınlardan çok az yüksek bulunmuştur (Holland ve ark.1986). Plumb ve Holland (1981) kanserin ileri evresinde olan ve hastanede yatan 80 hasta (erkekler %50) ile yaptıkları çalışmada genel depresyon oranlarında cinsiyetler arasında fark bulmasalar da daha fazla erkeğin (5'e karşı 12) ağır depresyonu olduğunu gözlemlemişlerdir. Bu çalışmadaki ağır depresyonu olan erkeklerin öyküsünde dürtü kontrol bozukluğu varken kadınların öykülerinde fobik belirtiler tespit edilmiştir.

Kanser hastalarında depresyon oranlarında cinsiyetler arasında fark bulamayan çalışmalar da bulunmaktadır. Sneed ve arkadaşları (1992) farklı kanser türlerindeki 133 (% 68'i kadın) hastada depresyon, anksiyete, hostilete, somatizasyon bozukluğu, genel psikolojik stres veya psikolojik iyi oluş açısından cinsiyetler arasında fark bulamamışlardır. Ancak bu çalışmadaki jinekolojik kanserler ve meme kanseri hastalarında, diğer tip kadın ve erkek kanser hastalarına oranla daha az depresyon, anksiyete, hostilete, somatizasyon, genel psikolojik stres bulunmuş ve sözü edilen hastaların psikolojik iyi oluş anlamında da daha iyi oldukları gösterilmiştir. Bu durumu araştırmacılar, iki gruptaki hastaların hastalıklarının ciddiyetini daha az olarak algılamalarından kaynaklandığı şeklinde yorumlamışlardır. Aynı şekilde Fife, Kennedy ve Robinson (1994) kanser hastalarında kadın ve erkeklerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulamamışlardır, ancak bu çalışmada kadın hastaların kansere uyumlarının daha fazla olduğu gösterilmiştir.

Yayınlarda kanser hastalarında, depresyon için farklı risk faktörleri belirtilmektedir. Aapro ve Cull (1999) kanser hastalarında depresyon için risk faktörlerini; ağrı, işlevselliğin bozulması, sosyal sorunlar, hastalığın ileri evrede olması ve kanser tanısı öncesinde depresyon öyküsünün olması olarak belirtmektedirler. Depresyon yaygınlığı hastalığın şiddeti, ağrı, yorgunluk gibi belirtilerin şiddeti ile yükselebilmektedir (Perdrizet-Chevallier ve ark., 2007). Massie ve Holland (1990) ise, kanser hastalarında depresyon açısından en yüksek risk taşıyan hastaları, öyküsünde affektif bozuklular veya alkol bağımlılığı bulunanlar, ilaçla kontrol edilemeyen ağrısı, tedaviyle ilgili ilaç kullanımı veya eşlik eden hastalıkları olanlar ile hastalığın ileri evresinde olanlar şeklinde belirtmişlerdir.

Kanser hastalarında olası depresyon için risk faktörleri dışında, yaşadıkları stres düzeyiyle ilgili yapılan çalışmalar da vardır. Kugaya ve arkadaşları (2000) tek başına yaşamak ve kanserin ileri devresinde olmanın psikolojik stresle anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

Yukarıda özetlenen çalışmalardan da anlaşılabileceği gibi farklı oranlar ve risk faktörleri tanımlansa da genel popülasyona göre, kanser hastalarında depresyonla daha fazla karşılaşılabilir. Ayrıca, çalışmalarda depresyon eşlik eden kanser hastalarının, karşılaştırıldıkları depresyonu olmayan kanser hastalarına oranla yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu gösterilmiştir (Osaba, 1994; Valente ve ark., 1997). Bu bağlamda depresyona girme riskinin fazla olması ve hastanın tedavi uyumu, yaşam kalitesini etkilemesi ve yaşam süresini etkilemesi bakımından onkoloji hastalarında depresyon dikkatle ele alınması gereken bir durum gibi gözükmektedir.

1.3.2. Meme Kanseri Hastalarında Depresyon

Meme kanseri tedavi sürecinde kişi ameliyat, kemoterapi, radyoterapi tedavileri ile karşılaşır. Bu süreçte hasta ağrı, çeşitli yan etkiler, kanserin yayılması veya hastalığın tekrarı endişeleri, beden imajı değişiklikleri, gelecekle ilgili belirsizlik, finansal kararlar, aile ve arkadaşların tepkileri, yaşam ve ölümün anlamı gibi varoluşsal konularla karşı karşıya kalır (Carver ve ark.,1993). Psikososyal etkilerin en çok çalışıldığı kanser türlerinden bir tanesi meme kanseridir.

Meme kanseri hastalarında da depresyon sık çalışılan bir konu olmuştur. Bu çalışmalara baktığımız zaman hastalardaki depresyon yaygınlığını araştıran çalışmalardan başka yapılan ameliyatın türü, yaş gibi değişkenler ile depresyon arasındaki ilişkiler de incelenmektedir. Meme kanseri hastalarında depresyonun yaygınlığına bakılan bir çalışmada bu oran % 1.5 ile % 46 arasında bulunmuştur (Massie 2004).

Ameliyat türüne göre meme kanseri hastalarındaki depresyonu inceleyen çalışmalarda meme koruyucu ameliyat ve mastektomi yapılan kadınlar karşılaştırılmışlardır. Maraste ve arkadaşları (1992) meme koruyucu (lumbektomi) ve mastektomi gibi farklı ameliyat süreçlerinden sonra radyoterapi alan 133 meme kanseri hastasında düşük oranda depresyon (% 1.5) ancak yüksek oranda anksiyete (% 14) bulmuşlardır. Bu çalışmada Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADS) kesme değeri 10 olarak ele alındığında sadece 2 mastektomi hastasının (% 1.5) depresyonda olduğu, ancak kesme değeri 8 olarak alındığında depresyon oranının % 6.7 oranına çıktığı görülmüştür. İkinci durumda 7 mastektomi ameliyatı olan kadın

depresyonda olmasına karşın 2 meme koruyucu ameliyat olmuş hasta depresif olarak değerlendirilmiştir. Lasry ve arkadaşları (1987) cerrahi tarzlarına göre depresyonu araştırdıkları çalışmalarında, örneklem grubunun yarısını mastektomi ameliyatı olanlar, diğer yarısını ise meme koruyucu ve arkasından radyoterapi alan hastalardan oluşturmuşlardır. Karşılaştırılan bu iki grupta sadece meme koruyucu ameliyatı olanlarda, % 41 oranında depresyon belirlenmiştir, ancak yüksek depresyon oranı, depresyonun ölçümünün öz-bildirim ölçekleriyle değerlendirilmesiyle açıklanmıştır. Ülkemizde bu konuda yapılan bir çalışmada da, mastektomi sonrası kadınların depresyon ve kaygı düzeylerinin arttığı, hastaların beden algısı, benlik saygısı ve psikoseksüel açıdan olumsuz olarak etkilendikleri bildirilmiştir (Sertöz ve ark., 2004).

Yapılan ameliyatın şekline göre depresyonu araştıran çalışmaların yanında iyi huylu meme hastaları ve mastektomi yapılan hastalardaki depresyon oranını inceleyen araştırmalarda vardır. Maguire (1978) mastektomi hastalarında % 26 oranında orta ve ağır düzeyde depresyon değerlendirilirken iyi huylu meme hastalarında ise % 12 oranında depresyon belirlenmiştir. Aynı şekilde iyi huylu meme hastalıkları ve meme kanseri tanısı konmuş hastaların değerlendirildiği başka bir araştırmada, biyopsi ile meme kanseri tanısı almış ameliyatı için bekleyen 166 hastada depresyon yaygınlığını % 32 bulunmuşken, meme biyopsisi iyi huylu olarak değerlendirilen 156 hastada ise depresyon yaygınlığı % 24 olarak belirlenmiştir (Goldberg ve ark., 1992). Sneeuw ve arkadaşları (1993) 215 radikal mastektomi ameliyatı ve 341 meme koruyucu ameliyat olmuş toplam 556 evre I ve evre II meme kanseri hastası örneklemiyle çalışmışlardır. Bu kadınlar, araştırmadan 1-2 yıl

öncesinde tedavileri yapılmış ve araştırma sırasında hastalık bulguları olmayan hastalardır. Örnekleme % 4.5 oranında majör depresyon oranı bulunmuştur. Sonuç olarak, tedavi bittikten sonra bile yaşanan sıkıntılar devam edebilmektedir.

Meme kanseri hastalarıyla boylamsal yapılan çalışmalardan biri, Meyer ve Aspergren (1989) tarafından yapılmıştır. Meme kanseri ameliyatı olmuş 58 hastada ameliyattan 5 yıl sonra % 30 oranında depresyon veya anksiyete belirtileri bulmuşlar. Bu çalışmadaki meme koruyucu ameliyat ve arkasından radyoterapi alan hastalarda beden imajı daha olumlu olsa da depresyon, anksiyete belirtileri ve tekrarlama (nüks) korkuları mastektomi olan kadınlarla benzer bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada ise meme kanseri hastaları, iyi huylu meme hastaları ile boylamsal olarak karşılaştırılmıştır. Mastektomi hastalarında saptanan % 22 oranındaki depresyonun 2 yıl sonrada da devam ettiği ve karşılaştırılan iyi huylu meme hastalarında bu oranın % 8 olduğu gösterilmiştir (Morris ve ark. 1977).

Meme kanserinde depresyon ve yaş arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalara bakıldığında farklı sonuçlar görülmektedir. Bir çalışmada, yeni tanı konmuş kadınlarda tedavi yan etkilerini daha şiddetli hissedene, öz-saygıları düşük ve duygusal desteği olmayan daha genç yaştaki kadınların benzer koşullardaki daha yaşlı olanlara oranla daha fazla depresif belirtiler gösterdiği saptanmıştır (Wong-Kim ve Bloom, 2005). 1000 meme kanseri hastasıyla yapılmış, teşhis konulan yaştan ve kanserin etkilerinin araştırıldığı başka bir çalışmada, genç olanların (teşhis konduğunda 40 yaş ve altı) daha anlamlı düzeyde işlevsel azalma hissettikleri bulunmuştur (Kroenke ve ark., 2004). Ülkemizde bu konuda, Bölükbaş ve Çevik'in

(1999) yaptığı çalışmada da genç meme kanserli kadınların ileri yaş grubundaki kadınlara göre depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer yandan, daha yaşlı olan meme kanseri hastalarının tedaviyi takip eden aylarda ve kanserden sonraki yaşama uyumda fiziksel ve zihinsel yönden daha şiddetli etkilendiklerini belirten çalışmalar da vardır (Ganz ve ark., 2003).

1.4. STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI

Başa çıkma, birey tarafından stresli olarak algılanan ve bireysel kaynakları zorlayan belli içsel ve dışsal gereksinimleri ve bunlar arasındaki çatışmaları kontrol altına almak, azaltmak veya tolere etmek için devamlı olarak değişen bilişsel ve davranışsal çabalardır (Folkman ve Lazarus 1980, 1985).

Lazarus'un stres değerlendirme modeline göre; kişi kaynaklarını zorlayan ve aşırı olarak değerlendirdiği bir olayla karşılaştığında, bunları yönetme çabası şeklinde tanımlanan bir süreç içinde potansiyel stresörü üç aşamalı bir değerlendirmeye tabi tutar. İlk olarak “stresör bir tehdit/tehlike midir” diye değerlendirir. İkinci değerlendirmede kişinin bu tehditle baş edip edemeyeceği belirlenir ve son olarak bu ilk iki değerlendirmedeki bilgileri kullanarak yapılan yeniden bir değerlendirme söz konusudur. Kişi birincil değerlendirmede stresörün tehlikesini, uyarıcı ve kişisel özellikler belirler. Birincil değerlendirmeye eş zamanlı bir şekilde ikincil değerlendirme olurken kişi, “bu tehdit/tehlikeyle baş edebilir miyim” sorusunu cevaplamaya çalışır (Blonna 2007).

Stresle başa çıkma genel olarak duygu odaklı ve problem odaklı baş etme yöntemleri şeklinde incelenmektedir. Problem odaklı stresle başa çıkmada doğrudan stres yaratan durumu anlama ve değiştirme çabası vardır. Folkman ve Lazarus (1980) bu yöntemi stres yaratan durumun ortadan kaldırılmasına, etkisinin en aza indirilmesine veya kişinin stres kaynağıyla ilişkisini değiştirmesine yönelik çabalar şeklinde tarif etmişlerdir. Bu başa çıkma mekanizması, bilişsel yeniden yapılandırma süreci içerisinde, stresörün fark edilmesi, aktif olarak değerlendirilmesi, durumla ilgili seçeneklerin seçilmesi ve problemi çözme doğrultusunda, aktif bir şekilde harekete geçilmesi gibi bilişsel ve davranışsal stratejileri içerir.

Duygu odaklı başa çıkma tarzları kullanan kişiler ise stresli durumun yarattığı duygularla başa çıkmaya çalışırlar. Folkman ve Lazarus'a (1980) göre, duygu odaklı başa çıkma yöntemi problemi veya durumu doğrudan değiştirmeye çalışmaz, stresli duruma yeni anlamların verilmesi ve olaya ilişkin duyguların düzenlenmesi, azaltılması veya ortadan kaldırılmasını amaçlar.

Pek çok insan, karşılaştığı stresli durumlarda hem duygu odaklı hem de problem odaklı başa çıkmayı birlikte kullanır (Folkman ve Lazarus 1980,1985). Folkman ve Lazarus (1980) orta yaş örnekleminde olan 100 kadın ve erkekten oluşan grubun son bir yıl süreci içinde rapor ettiği 1300'den fazla stresli dönemleri analiz etmişlerdir. Her stresli dönemde % 98 oranında hem problem hem de duygu odaklı başa çıkma kullanıldığını göstermişlerdir. Daha sonra Folkman ve Lazarus (1985) kolej öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, belirlenen sınav durumlarında (sınavdan önce, sınav sonucunu beklerken, dereceleri açıklanmadan önce ve

dereceleri açıkladıktan sonra vb.) değerlendirmeler yapmışlar ve öğrencilerin her aşamada duygu ve problem odaklı baş etmenin uygun formlarının birleşimlerinden oluşan baş etme kullandıklarını bulmuşlardır. Belli bir durumda biri diğerinden daha baskın olsa da değişik durumlara tepki olarak, farklı başa çıkma stratejileri eş zamanlı kullanılabilir (Parkes, 1984).

Bireylerin, stresli durum karşısında kullanabilecekleri çeşitli baş etme tepkileri vardır. Bunlardan bazıları işlevsel bazıları da işlevsiz olabilir. Her bireyin sağlıklı ve iyi oluş hali uygulanan stratejilere bağlıdır (Lazarus, 1993). Yayınlarda problem odaklı aktif baş etmenin daha etkili olduğuna dair bir çok araştırma vardır (Carver ve ark., 1993; Heim ve ark., 1993; Heim ve ark., 1997 Schnoll, Knowles ve Harlow, 2002). Duygu odaklı baş etmenin daha pasif bir baş etme yöntemi olduğuna dair bulgular bulunsa da; eğer problemi değiştirmekle ilgili bir şey yapılamayacağına dair kanıtlar varsa ve problem odaklı stratejiler başarısız olursa, kişi önemli ölçüde stres yaşayabilir, bu nedenle duygu-odaklı stratejiler seçmek en iyi yöntem olacaktır (Lazarus, 1993).

Stresle başa çıkma tarzları ile ilgili başka sınıflamalar da yapılmıştır. Carver, Scheler ve Weintraub (1989), problem ve duygu odaklı baş etme tarzlarına ek olarak kaçınmacı başa çıkma tarzından bahsetmişlerdir. Kaçınmacı başa çıkma tarzı kullanmada, dikkat dağıtıcı yöntemlere başvurmak, diğer insanlarla zaman geçirmek, televizyon seyretmek gibi farklı etkinliklere yönelmek ya da durumun inkarı vardır. Carver ve arkadaşlarına (1989) göre kaçınan başa çıkma, stres verici durumla ilgili

deneyimlerden veya düşüncelerden uzaklaşmayı, stresle baş etmeye yönelik amaçlar koymamayı ve duruma yönelik herhangi bir girişimde bulunmamayı içerir.

Stresle baş etmeyle ilgili üç faktörlü farklı bir sınıflama daha yapılmıştır.

Pearlin ve Schooler (1978) tarafından tanımlanan üç faktörlü stresle başa çıkma sınıflamasında ilk yapı, zorlayıcı bir yaşantı ortaya çıkmadan önce stresin birincil kaynağını kontrol etmeye, değiştirmeye veya ortadan kaldırmaya yönelik tepkileri içerir. İkincisinde, olay gerçekleştikten sonra, stres yaşantısının ortaya çıkmasını önlemek amaçtır. Bu duruma verilen anlamın kontrolünü ve problemi çözmeye yönelik çabaları içerir. Son olarak, stres ortaya çıktıktan sonra bu stresi kontrol etme ile ilgili tepkiler ortaya çıkar. Bu tepkiler, problemin duygusal sonuçlarını başa çıkılabilir sınırlar içinde tutmayı amaçlar. İnkâr, görmezden gelme, pasif kabul, geri çekilme, ümitsizlik ve ilginin başka yöne çekilmesi gibi çabalar stresi kontrol etmekle ilgili tepkilere örnek verilebilir. Başarılı bir baş etme için gerçekliğin tam doğru bir algısı ve stresörle doğrudan yüzleşmenin (problem odaklı başa çıkma) her zaman gerekli olmadığı ve kontrol edilemeyen strese karşı daha az uyumsal olabileceği belirtilmiştir (Pearlin ve Schooler, 1978).

Parkes (1984) başa çıkma tarzlarını genel başa çıkma, doğrudan başa çıkma ve bastırma yoluyla başa çıkma şeklinde gruplara ayırmıştır. Doğrudan başa çıkma yöntemi, uyumsuz davranışlardan ve bilişsel çarpıtmalardan kaçınmayı gerektiren bir stratejidir. Bu yöntemde, stresli durumun değiştirilmesine yönelik akılcı ve problem odaklı girişimler bulunmaktadır. Bu yöntem Lazarus ve Folkman'ın kavramsallaştırdığı problem odaklı başa çıkmaya karşılık gelmektedir. Bastırma

yöntemiyle başa çıkma, stres yaratan duruma yönelik girişimlerin durdurulması, stresli durumla ilgili duygu ve düşüncelerin bastırılması ve durumun görmezden gelinmesini içerir. Bu yöntem Calver ve arkadaşlarının bahsettiği kaçınmacı baş etme stratejisine karşılık gelmektedir.

Compas ve arkadaşları (2001), başa çıkma tarzları sınıflamasına istemli ve istemsiz başa çıkma şeklinde kavramsallaştırdıkları bir tanımlama getirmişlerdir. Başa çıkma yöntemlerinin iki boyutta incelenebileceğini söyleyen yazarlar, ilk boyutun problem çözme ve sosyal destek aramak gibi tepkileri içerdiğini belirtmişlerdir. Bu ilk boyut, stres yaratan durumla ilgilenme çabası ve stres kaynağına veya kişinin kendi duygu ve düşüncelerine yönelik tepkilerden oluşur. Diğer boyut ise stres yaratandan uzak durmanın ön planda olduğu davranışları içermektedir. Duygu ve düşüncelerden veya stres kaynağından uzağa yönlendirilen bu davranışlar, geri çekilme ve inkar gibi tepkileri içermektedir. Bu ayrımın temellerinin yaklaşma-kaçınma şeklinde kavramsallaştırmaya dayandığını ancak, Compas ve ark.(2001) bunun daha geniş bir kapsama sahip olduğunu belirtmişlerdir.

Lazarus, Kanner ve Folkman (1980), baş etme sürecinde olumlu duygulara da odaklanmışlardır. Olumlu duyguların baş etme sürecini üç yolla etkilediğini bulmuşlardır. İlk olarak, nefes/teneffüs; kişiye stresli durumda nefes alacağı bir olanak sağlar. İkinci olarak, umut gibi olumlu duygular eylemi besler, böylece kişi çaba gerektiren olaylar ve aşırı stresli durumlarda baş etme çabasında azmeder. Son olarak olumlu duygulanım onarıcıdır, direnci/ısrarı artırabilir ve tükeniş/azalmış kaynakları onarmaya yardım eder. Bütün bunlar baş etme sürecinde direnci artırır ve

meme kanseri tedavisi ve iyileşmesindeki kritik problemlerin üstesinden gelmede önemli olabilir (akt; Folkman, 2008).

Kişi stres veren bir durumla karşılaştığında her zamankinden daha fazla sosyal destek ihtiyacı olabilmektedir. Sosyal desteğin psikolojik stres, depresyon, yaşam kalitesi gibi çeşitli ruhsal süreçlerdeki olumlu etkileri sosyal destek bölümünde daha ayrıntılı bir şekilde yapılan araştırma örnekleriyle anlatılacaktır. Sosyal destek çoğu zaman stresle başa çıkmada kişilerin kullandıkları bir başa çıkma yöntemi de olabilmektedir.

1.4.1. Stresle Başa Çıkma ve Sosyal Destek

Stresle başa çıkmada sosyal desteğin öneminin birçok yayında vurgulandığı görülmektedir. Sosyal desteğin, strese karşı tampon etkisi sağlayarak koruyucu olduğu ile ilgili görüşler ve sağlık üzerindeki etkileri sosyal destek başlığı altında ilerleyen bölümde daha ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

Allen ve arkadaşları (2000), sosyal desteğin stres yaratan durumu ortadan kaldırmaya bile, bireylerin kaygı düzeylerini azaltarak, onların iyimser olmalarına, yeni çözümler üretmelerine yardımcı olup çaresizlik duygularını azalttığını belirtmişlerdir. Sosyal izolasyon ve yalnızlık ile yüksek stres aktivasyonu, etkisiz psikolojik sağaltım ve yetersiz bakım süreçleri ilişkilidir (Hawkley ve Cacioppo, 2003). 219 meme kanseri hastasıyla yapılmış bir çalışmada, destekleyici olmayan sosyal ortamın, stres altında kaçınma yönelimli başa çıkmayı harekete geçirebildiği ve hastalarda stresin artacağına yordayıcısı olabildiği, ayrıca hasta eşlerinin

destekleyici olmayan davranışlarının, yaşam kalitesi üzerinde uzun dönem zararlı etkileri olduğu belirtilmektedir (Manne ve ark. 2005).

Kişiler kanser tanısı krizinde aile ve arkadaşlarından sosyal destek arayabilmektedir ve sosyal desteğe başvurma yaklaşımı adı ile problem odaklı stresle başa çıkma stratejidir. Erken evre meme kanseri hastalarının büyük çoğunluğu bu stratejiyi kullanmaktadır (Jarrett ve ark., 1992). Sosyal desteğe başvurma ile kemoterapinin psikolojik ve fiziksel yan etkilerini daha az yaşanması, aktif baş etme ve hastaneye yatışın olumlu yeniden çerçevelendirilmesi arasında olumlu ilişki bulunmuştur (Carver ve ark., 1993; Heim ve ark., 1997). Kanser tanısına uyum ve sosyal destek arasında da ilişki olduğu belirtilmektedir. Holland ve Holahan (2003) 38-58 yaşları arasındaki evre I ve II 56 meme kanseri hastasında sosyal destek, başa çıkma ve tanıya uyum arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında sosyal desteğin tanıya olumlu uyumla ilişkili olduğunu, başa çıkmada sosyal destek alma yaklaşımını kullanmanın psikolojik iyi oluşla doğrudan ve dolaylı ilişkili olduğunu gösterilmişlerdir.

1.4.2. Kanser ve Stresle Başa Çıkma

Hayatı tehdit eden bir hastalıkla karşılaşıldığında birey için günlük yaşamda kullanılan uyum mekanizmalarının sarsılması ya da yeterince kullanılamaması, geleceğe yönelik önemli beklenti ve planların bozulması, sahip olunan gücün yitirilmesi anlamına gelebilmektedir (Eylen, 2001). Kanser tanısı ve tedavisi almak anlamlı düzeyde stres yaratabilmektedir.

İlgili yayınlar, kanser gibi yaşamı tehdit eden hastalıklarla baş etme sürecini anlamının önemli olduğunu göstermektedir. Bununla ilgili olarak, Folkman (1999) kanser gibi hastalıklarda başa çıkmayı anlamının önemiyle ilgili üç önemli neden belirtmiştir. İlk olarak, başa çıkma, yaşamı sürdürme/hayatta kalma için önemli olan biyolojik ve psikolojik süreçlerle ilgilidir. İkinci olarak, başa çıkma olumsuz ve olumlu duyguların düzenlenmesini içerir, bu da stresi düzenler. Son olarak, çeşitli kişilik değişkenlerinin (iyimserlik vb. gibi) karşılaştırılması ve bu alandaki bulgular psikolojik yardımda kullanılabilir, başa çıkma tarzı psikoterapi görüşmeleri içinde kullanılabilir. Faul ve arkadaşları (2010), kanser hastalarında stres yönetme becerileri ile yaşanan stres ve yaşam kalitesinin ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Yazarlar, kanser hastalarıyla yapılan görüşmelerde stresle başa çıkma yeteneklerinin değerlendirilip, görüşmede bunlar üzerinde çalışmanın yararlı olabileceği önerisinde bulunmuşlardır.

Kanser tanısı alan hastalarda stres yaratan durumlar 4 başlıkta toplanabilir (Eylen 2001):

1. Yaşamın anlamı ile ilgili sorunlar
2. Fiziksel hastalıkla ilgili sorunlar
3. Tıbbi tedavi ile ilgili sorunlar
4. Sosyal yalıtılmışlıkla ilgili sorunlar

Kanser hastalarında (Greer, 1991) ve meme kanseri hastalarında (Watson ve ark., 1991) başa çıkma tarzları ile depresyon, anksiyete bozukluğu ve ölüm oranları

ilişkinine bakılmış ve başa çıkma tarzları ile depresyon, ankiyete bozukluğu gibi psikolojik durumların ilişkili olduğu bulunmuştur. Psikolojik ve bedensel stres özellikle tanıdan sonraki bir yıl içerisinde artsa da kanserle ilgili güçlü duygular uzun yıllar sürebilmektedir (Schnoll ve ark., 2002).

Kanser hastalarında, başa çıkma ile ilgili araştırmalara bakıldığında genellikle duygu ve problem odaklı başa çıkma çerçevelerinde araştırmaların yapıldığı görülmektedir. Kanser hastalarında, duygu ve problem odaklı başa çıkmayla ilgili ilk çalışmalarda, aktif-problem odaklı başa çıkma yaklaşımının daha az stres ve daha iyi uyumla ilişkisi bulurken duygu odaklı çabalar genellikle daha az uyumlu psikolojik sonuçlarla ilişkili bulunmuştur (Carver ve ark., 1993; Schnoll ve ark., 2002). Ransom ve arkadaşları (2005) meme kanseri hastalarında problem odaklı başa çıkma yaklaşımlarını kullanmaları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemişler, belirtilere odaklanan kadınlara nazaran hastalıkla ilgili bilgi almaya odaklanan problem odaklı başa çıkmayı kullanan kadınlarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Kaçınma-yönelimli duygu odaklı başa çıkma tarzlarının daha uyumsal olduğu ile ilgili araştırma sonuçları da gösterilmektedir. İnkâr, kaçınma (avoidance), dikkatin başka yöne yönltilmesi (distraction), bastırma, uzak tutma (distancing) ve durumla ilgili bilişsel çarpıtma gibi duygu odaklı başa çıkma stratejileri kanser tedavisi gibi düşük-kontrollü durumlar altında özellikle uyuma yönelik olabilmektedir (Decrynaere ve ark., 2000; Fife, 1995; Holahan ve Moos, 1987).

Sadece kanser hastalarında değil başka hasta gruplarında da inkarın sağlık üzerindeki etkileri incelenmektedir. Levine ve arkadaşları (1987) hastanede yatan erkek miyokart infarktüsü geçirmiş ve koroner bypass ameliyatı olmuş 45 hastayla yaptıkları çalışmada, inkarı daha fazla kullanan hastaların, daha kullananlara oranla yoğun bakımda kalma sürelerinin ve kardiyak disfonksiyon belirtilerinin daha az olduğunu bulmuşlardır. Ancak bu hastalardan 30 tanesi bir yıl sonra takip edildiklerinde aşırı inkar kullananların tedavinin gereklerini yerine getirmede daha uyumsuz oldukları ve yeniden hastaneye yatma günlerinin daha fazla olduğu belirtilmiştir.

Kanser hastalarında inkarın etkileriyle ilgili yapılan bir çalışmada, Watson ve arkadaşları (1984) mastektomi yapılan meme kanseri hastalarından teşhis deneyiminin ciddiyetini inkar edenlerin, hastaneye yatış sürecinde, kabullenicilere göre duygu durum dengesizliğinin anlamlı derecede daha az olduğunu bulmuşlardır. Heim ve arkadaşları (1997) meme kanseri hastalarında özellikle kemoterapi sürecinde inkarın stres seviyesini aşağılarda tuttuğunu bulmuşlardır. Bilgi-arama ve problem çözme stratejileri teşhis ve tedavi planlama süreçlerinde kritik olabilirken, inkar ve kaçınma stratejilerini kullanmak kemoterapi ve radyoterapi tedavilerinde yan etkileri en aza indirerek daha yardımcı olabilmektedir (Glanz ve Lerman, 1992).

Kanser hastalarında bilişsel değerlendirme ve baş etmeyle ilgili yapılmış 15 araştırmanın meta-analiz çalışmasına göre, hastalığını yaşam için tehlikeli bulan kişilerin, kanseri kayıp veya zarar olarak değerlendirdiklerinde daha fazla duygusal odaklı baş etme ve inkarı kullandıkları görülmektedir (Franks ve Roesch, 2006).

Daha sonraki çalışmalarda, bireylerin kanserle başa çıkmada duygu odaklı ve problem odaklı başa çıkma tarzlarını birlikte kullanabildikleri gösterilmiştir. Dunkel-Schetter ve arkadaşları (1992) yeni teşhis konulan hastalardan ve uzun süre öncesinde teşhis almış hastalardan oluşan 668 kişiye (bunların % 78 kadın, %42 meme kanseri) e-posta yoluyla cevapladıkları kapsamlı soru formu göndermişlerdir. Hastaların yanıtlarından sonra baş etme ile ilgili beş faktör tanımlamışlardır: sosyal destek arama ve alma/kullanma, olumluya odaklanma, uzak tutma (distancing), bilişsel kaçınma ve davranışsal kaçınma. Sonuçlar, katılımcıların kanser stresörüyle birden fazla yolla baş ettikleri ve en öncelikli kullanılan baş etmenin uzak tutma (distancing) olduğunu göstermiştir.

Görüldüğü gibi kanser tanısıyla başa çıkmada duygusal ve problem odaklı başa çıkmayla ilgili birçok araştırma yapılmış çoğu zaman iki başa çıkma biçiminin birlikte kullanıldığı ile ilgili sonuçlar bulunmuştur. Folkman ve Lazarus (1980,1985) yoğun duyguların problem çözmek için gerekli bilişleri engelleyebildiğini, bu nedenle, eşzamanlı olarak problem odaklı başa çıkma da kullanılıyorsa, kısmi veya minimal düzeydeki inkârın işlevsel olabileceğini belirtmişlerdir.

1.4.3. Meme Kanseri Hastalarında Stresle Başa Çıkma

Meme kanseri tanısına uyum, stres açısından iki temel süreci kapsar. İlk süreç, kanser tanısı ve tedavisine, istemsiz ve otomatik olarak verilen stres tepkileridir. Olumsuz otomatik düşünceler veya fiziksel aşırı uyarılma gibi durumlar bu sürece örnek verilebilir. İkinci süreç kanser stresiyle baş etmeye yönelik istemli ve kontrollü tepkileri içerir. Bahsedilen iki süreçle ilgili karşılaştırmalı ölçümler

yapmanın problemlili olduğunun bildirilmesine rağmen bu iki süreçle ilgili davranışların, duygusal stresle ilişkili olduğu düşünülmektedir (Compas ve ark., 2001). Birçok alışma süreçleri ayrı ayrı incelemişlerdir. Örneğin Carver ve arkadaşları (1993) yaptıkları çalışmada baş etmenin doğrudan psikolojik uyumla ilişkili olduğunu ve aynı zamanda uyum ve stresle ilişkili olan iyimserlik eğilimine aracılık ettiğini göstermişlerdir. Başa ıkma tepkilerine ek olarak, olumsuz otomatik düşünceler (bozucu düşünceler) gibi otomatik stres tepkileri meme kanseri hastalarında duygusal stresin artması ve kötü uyumla ilişkili bulunmuştur (Andrykowski ve Cordova, 1998).

Heim ve arkadaşları (1993) meme kanseri tanısı almış 74 kadını 3-5 yıl takip ettikleri boylamsal bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada, 3-6 aylık dönmelerde hastalar görülmüş ve meme kanseri ile ilgili sekiz durum tanımlanmıştır: teşhis, hastane yatışı, nekahat (iyileşme dönem), kemoterapi/radyoterapi, rehabilitasyon, metastazik hastalık ve terminal dönem. Baş etmekle ilgili “davranışlar”, “bilişler”, “duygular” üzerine 26 başa çıkma tarzı (modes) lmşlerdir. Meme kanseri hastalarının, hastalığın her durumunda ve her noktada başa çıkma aralığındaki bütün tarzları kullandıkları bulunmuştur. Bu çalışmada, her görüşmede her bir kişi ve durum için ortalama on başa çıkma tarzı bulunmuştur. Daha sonraki analizlerde baş etmeyle ilgili 26 tarz, 5 temel başa çıkma tarzına indirgenmiştir. Bunlar: destek (support), öz-kontrol (self-control), inkar (denial), dikkati başka yöne çevirmek/dağıtmak (diverting), olumsuz duygusal başa çıkmadır (negative-emotional coping). Uyum lmleri temel alınarak, iyi psikososyal uyum ve kötü psikososyal uyum

şeklinde iki derecelendirme sınıflandırılması oluşturulmuştur. Psikososyal uyuma ait varyansın %38'ini, bu beş temel başa çıkma tarzı açıklamıştır.

Meme kanseri hastalarında depresyon ve yaş arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalara benzer olarak stres ve stresle başa çıkma tarzları ile yaş arasındaki ilişkilere de bakıldığı görülmektedir. Meme kanseri tanısının oluşturduğu stres ve yaş değişkeni ile ilgili yapılan bir çalışma, daha genç yaşta olanların daha fazla stres yaşadıklarını göstermektedir (Stanton ve Snider, 1993). Ancak Schnoll ve arkadaşları (1998) ise, daha yaşlı olanların psikolojik uyumsuzluk riskinin daha yüksek olduğunu göstermiş ve yaşın psikolojik uyumun yordayıcısı olmadığını ancak başa çıkma aracılığıyla psikolojik uyuma dolaylı olarak aracılık ettiğini belirtmişlerdir.

Meme kanseri tanısı ve tedavisinde hastaların, başa çıkma yetenekleri ile yaşları arasındaki ilişkileri araştıran çalışmalar da yapılmıştır. Yaptıkları betimsel çalışmada Thewes ve arkadaşları (2004) genç ve yaşlı kadınların aile ve arkadaşlardan araçsal/pratik desteğe, başa çıkma becerilerini öğreten profesyonel desteğe ve tedavinin bitiminde potansiyel duygusal ve fiziksel olasılıklarla ilgili bilgi desteğine ihtiyacı olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmada daha genç olan kadınlar stresle başa çıkmada daha fazla duygusal destek, bilgi desteği ve destek grupları ihtiyacı hissettiklerini belirtmişlerdir.

Stresle başa çıkmada problem odaklı başa çıkma tarzı olarak kabul edilen ve olumlu psikolojik süreçlerle ilişkisi yukarıda verilen örneklerle de gösterilen sosyal destek kanser hastaları için önemli bir diğer kavramdır. Söz konusu nedenlerle bir

sonraki bölümde sosyal destek ağları, işlevleri ve sağlık ile olan ilişkisine yer verilecektir.

1.5. SOSYAL DESTEK

Sosyal destekle ilgili yayınlarda çeşitli tanımlamaların yapıldığı görülmektedir. Bu bölümde sosyal desteğin farklı tanımlamaları, bu tanımla ilgili kavramlar, sosyal desteğin işlevsel ve yapısal yönleri, sosyal desteğin sağlık üzerindeki etkileri ile ilgili denenceler, algılanan destek ve alınan sosyal destek tanımlamaları örneklerle açıklanacaktır.

Değişik tanımlamalar yapılan sosyal destek kavramının temelinde, bireyin çevresi tarafından güvenilme, sevilme, saygı duyulma, ilgi görme, değer verilme ve sorumluluk alma gibi gereksinimlerinin bulunduğu varsayımı yatmaktadır (Cohen ve Wills, 1985). Thoits (1986) ise sosyal desteği, stres ya da güç durumlar altında bireye çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardım olarak tanımlamıştır.

Bu konuda kapsamlı tanımları yetmişli yıllarda Caplan ve Nelson (1973) yapmışlardır. Sosyal desteği duygusal sorunlarıyla baş etmede, insanların psikolojik kaynaklarını harekete geçirici, kişilere gerekli para, materyal ve donanımı sağlayarak ya da beceri, bilgi ve öğüt vererek yüz yüze geldikleri stres yaratan ortamlarla baş etmelerinde yardımcı olan, görevlerini paylaşan yakınlarından aldığı destektir şeklinde tanımlamışlardır (Akt, Eylene, 2001).

Yayınlarda sosyal desteğin sağlık üzerinde birçok yararı olduğu belirtilmektedir. Sosyal desteğin, birey üzerinde psikolojik ve fiziksel sağlık üzerindeki olumlu etkisinin nedenleri aşağıdaki gibi açıklanabilmektedir (Shumar ve Hill, 1991)

- Bağılılık gereksiniminin doyurulmasını sağlar,
- Kimlik duygusunun korunması ve güçlendirilmesini sağlar
- Kendine güvenin atmasını sağlar.

Sosyal destek kavramının değişik yönleriyle ilgili tanımlamaların yapıldığı da görülmektedir. Bir grup araştırmacı (Cohen ve Wills 1985; Cohen 1988; Sherbourne ve Stewart, 1991) sosyal desteği iki boyutta incelemişlerdir.

a.Desteğin işlevsel yönü

b.Kişiler arası ilişki yapısı (desteğin yapısal yönü)

Cohen (1988), sosyal desteğin işlevsel kısmını duygusal destek, bilgi desteği ve araçsal (enstrumetal) destek olmak üzere üçe ayırmıştır. Sosyal desteğin bu üç işlevine ek olarak, Sherbourne ve Stewart (1991) iki işlev (değerlendirme ve arkadaşlık) daha tanımlamıştır. Sosyal desteğin işlevleri şöyle açıklanabilir:

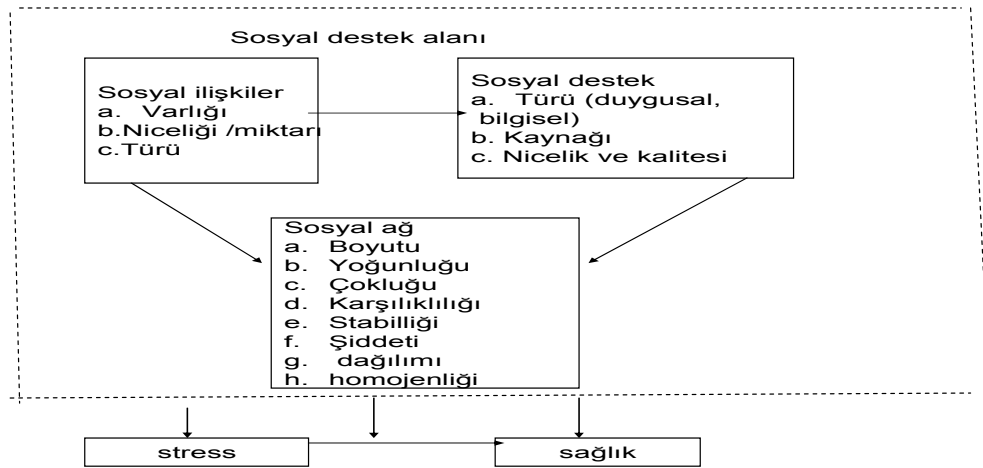
1. Duygusal destek: Empatinin, bakımın ve bireye olan ilginin ifade edilmesidir. Kişinin sevilme, rahatlatılma, şefkat, yakınlık kurma gibi duygusal ihtiyaçlarını giderir. Bireyin sorunlarla duygusal açıdan baş edebilmesini ve özgüvenin artmasını sağlar. Birine güvenmek, sırlarını paylaşmak, yanında ağlayabilmek, sevmek/sevilmek, değerliliği hakkında güvence almak, bağlanma, mahremiyet/içtenlik ihtiyaçlarını karşılar.

2. Araçsal (enstrumantal) destek: Bireye yapmakla yükümlü olduğu günlük işlerde yardımcı olmaktır. Ev işlerinde ve çocuk bakımında yardım etmek, para ve ulaşım desteği sağlamak gibi somut destekle doğrudan yardımları içerir.
3. Bilgi desteği: Bilgi, öğüt vermeyi, yönlendirmeyi içerir. Bireyin ailesinden veya doktorundan hastalık ve tedavi süreci ile ilgili bilgi alması, problem çözmeye yardım edecek tavsiyeler alması, ona yardım alabileceği kaynak ve topluluklar hakkında bilgi verilmesi, davranışlarının değerlendirmesi ve alternatif eylemler önerilmesi buna örnek verilebilir.
4. Değerlendirme desteği: Öz-değerlendirmeye ilgili bilgi sağlamayı, kişinin rollerindeki beklentilerini yeniden tanımlanmasına yardım etmeyi, gerektiğinde yönlendirmeyi içerir.
5. Refakat/arkadaşlık desteği: Aidiyet, sosyalleşme, diğerleriyle bağlantılı hissetme ihtiyaçlarını karşılamak bu desteğe örnek verilebilir.

Sosyal destek ölçümü için önerilen ikinci yaklaşım, kişiler arası ilişkilerin yapısının değerlendirilmesidir (Cohen ve Wills, 1985, Cohen 1988; Sherbourne ve Stewart, 1991). Yapısal değerlendirme, destekleyen kişilerle bağlantının niceliği ve niteliğiyle yapılır. Bu bağlamda, sosyal desteğin yapısal yönü ile sosyal bağların (medeni durum, grup üyelikleri ve arkadaş sayısı) varlığı, karşılıklı ilişkisi ve niteliği kastedilir. Desteğin işlevsel yönü ise, kişiler arası ilişkilerin aidiyet duygusu, şefkat sağlama veya metaryal yardım sağlama gibi birtakım işlevlere hizmet edip etmediğiyle değerlendirilir (Cohen, 1988).

Sosyal desteğin ölçümü için House ve Kahn (1985), şekil 1.1 de gösterildiği gibi, sosyal ilişkiler, sosyal destek ve sosyal ağ adı verdikleri 3 kategori önermişlerdir (akt, Cohen 1988).

Şekil 1.1. Sağlık ve stres ile ilgili çalışmalarda sosyal desteğin ölçüm modeli (House ve Kahn, 1985; akt, Cohen, 1988)



Genel olarak çevresindeki kişilerce bireye yapılan yardım olarak tanımlanan sosyal destekle ilgili yapılan çalışmalarda sosyal destek kavramı algılanan (perceived) ve alınan (received) olarak iki grupta incelenmektedir. Algılanan sosyal destek bireyin ihtiyaç duyduğunda yardım alabileceğine ilişkin inancıdır, alınan sosyal destek ise gerçekte aldığı yardımdır (Norris ve Kaniasty, 1996). Algılanan ve alınan sosyal destek arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır (Schwarzer ve Leppin, 1991). Hatta stresli yaşam olaylarında algılanan ve alınan sosyal destek karşılaştırıldığında, Wethington ve Kessler (1986) bireyin algıladığı sosyal desteğin, aldığı sosyal destekten daha önemli olduğunu belirtmişlerdir (Akt; Norris ve Kaniasty, 1996).

Konuyla ilgili yayınlara baktığımız zaman sosyal destek ve sağlıkla ilgili çalışmalarda iki temel görüş dikkati çekmektedir. Bir tanesi sosyal desteğin sağlık üzerindeki etkisini stres üzerinden tanımlarken, diğer görüş sosyal desteği stresten bağımsız olarak temel etkileriyle ele alır.

“Tampon etkisi modeli” ilk olarak epidemiyolojist olan Cohen ve psikiyatrist Will tarafından tanımlanmıştır. Cohen ve Wills’in (1985) tampon etkisi modeli koruyucu bir model olup, bu modelde sosyal destek potansiyel stresin zararlarını azaltma işlevine sahiptir. Önemli yaşam olaylarında sosyal desteğin varlığı kişiyi stresin zararlı etkilerinden korumaktadır. Bu modelde koruyucu etki strese iki şekilde etki eder. Olayların daha az zarar verici olarak yorumlanmasına ve baş etmeye yardım ederek kişiyi stresten korur. Stres sağlığı, hem sigara içmek, alkol almak, az uyumak gibi zararlı davranışlarla ilişkisi aracılığıyla, hem de sempatik sinir sisteminin (hipotalamik-hipofiz-adrenal-kortizol eksen) psikolojik sistemlerini harekete geçirmesiyle etkilemektedir (Cohen, Kessler ve Gordan, 1995; akt, Cohen, 2004). Bu sistemlerin harekete geçmesi ve süreğenliği fiziksel ve psikiyatrik hastalıkların gelişmesi için risk faktörüdür (Uchino ve ark., 1996). Bu görüşe göre, sosyal destek stresle başa çıkmada kişinin algılama yeteneğini destekleyecek gerekli kaynakları sağlar. Böylece duruma verilen değer değiştirilir ve stresin etkisi azaltılır. Bundan başka alınan destek, olaya karşı duygusal ve psikolojik tepkileri hafifletir veya uyumsuz davranış tepkilerini azaltır (Cohen ve Wills, 1985; Cohen 1988, 2004). Sosyal desteğin, anksiyete, depresyon ve psikolojik sıkıntılara karşı koruyucu etki gösterdiğine dair birçok bulgu vardır (Kawachi ve Berkman, 2001).

Sosyal desteğin etkisini açıklayan ikinci model “temel etkiler modelidir”. Temel etkiler modeli, stres olsun olmasın sosyal desteğin önemini vurgular. Sosyal birleşme/entegrasyon kişinin kendilik algısını ve duygusal durumu etkiler (Cohen 2004). Rol bağlamında, diğer insanlarla paylaşım sosyal etkileşime rehberlik eder. Farklı rollerde nasıl davranılması gerektiği ile ilgili model oluşturur. Normatif rol beklentileri ile bireyler, kimlik duygusu, tahmin edilebilirlik, istikrar, amaç, aidiyet, güvenlik ve özsaygı kazanırlar (Cohen, 1988). Bu olumlu bilişler ve duygular psikolojik çaresizliği/umutsuzluğu azaltırlar ve kişinin kendisine bakımı ile ilgili daha fazla motive olmasıyla sonuçlanır (Cohen 1988) ayrıca nöroendokrin tepkileri baskılayarak ve bağışıklık sisteminin gelişimine katkı sağlar (Cohen, 1988; Uchino ve ark., 1996).

Lieberman (1982), sosyal destek kaynaklarının, stresin oluşumu ve etkileri üzerinde farklı biçimlerde rol oynadığını ileri sürmektedir. Ona göre, ilk olarak sosyal destek kaynakları, stres verici yaşam olaylarının oluşumunu önleyebilmektedir. İkinci olarak, böyle yaşam olayları ortaya çıktığında sosyal destek, olayın algılanış biçimini değiştirerek stres verici etkisini hafifletmektedir. Üçüncü olarak, sosyal destek kişinin başa çıkma yollarını etkileyerek stres verici olay ve sonuçları arasında bağlantıyı değiştirebilmektedir. Dördüncü olarak, sosyal destek bir olayın kişinin yaşamında yaptığı değişikliğin, stres verici etkisini azaltarak sağlıklı olumlu yönde etkileyebilmektedir. Beşinci olarak, sosyal destek stres verici olayların benlik saygısı ve kendine güven üzerindeki olumsuz etkisini ortadan kaldıracıdır. Son olarak da, sosyal destek kaynakları stres verici bir yaşam

olayı olsun ya da olmasın, kişinin uyumunu olumlu yönde etkileyebilmektedir (akt; Sorias, 1988).

1.5.1. Kanser ve Sosyal Destek

Helgeson ve Cohen (1996) kanser hastalarında sosyal çevrenin özellikle önemli bir alan olduğunu ve bunun da en az iki nedeni olduğunu belirtmişlerdir. İlk olarak, sosyal çevre kişiyi stresin zararlı etkilerinden korur; kanser de koruduğu durumlardan biridir. Sosyal desteğin yapısal yönü (büyüklüğü gibi) ve işlevsel yönü (duygusal destek gibi) toplumda görülen kanser ve kanserden dolayı ölüm oranlarıyla ilişkilidir. İkinci olarak kanser kişiler arası ilişkileri etkilemektedir; çünkü kanser potansiyel ölümcül bir hastalık olmasından dolayı kişi yaftalanabilmektedir. Hastanın sosyal destek ağındaki üyeler kendilerini geri çekebilmekte veya uygunsuz davranabilmektedirler. Kanser aynı zamanda, hastanın sosyal aktivitelerini kısıtlamasından dolayı ilişkileri dolaylı olarak etkileyebilmektedir. Böylece kanser tanısı olan kişiler en çok ihtiyaç duydukları zaman sosyal kaynakları temin etmekte zorlanabilmektedir.

Kişiyi kanser tanısı konduğu zaman, sosyal destek ihtiyacı artar, bu ihtiyaçları aile, arkadaşlar, hemşireler, doktorlar ve diğerleri tarafından karşılanır (Bottomley, 1995). Psikososyal destek girişimleri, kanser hastalarda stresi azaltmada, yaşam kalitesini arttırmada ve yaşam süresini uzatmada etkilidir (Baider ve ark., 2001).

Hastalığın farklı aşamalarında, ihtiyaç duyulan destek türleri araştırma konusu olmuştur. Bununla ilgili yapılan bir çalışmada, hastalığın erken aşamalarında

duygusal destek daha değerli bulunurken; fiziksel yetersizliği olan hastalarda, araçsal destek daha faydalı bulunmuştur (Wortman, 1984).

Desteęin kimlerden geldiği ve farklı destek kaynaklarının işlevi ile ilgili yapılan çalışmalarda medeni durum, yař gibi etmenlerin aranan veya faydalı olarak dūřınulen sosyal destek tūrlerinde etkili olduğu bulunmuştur. Őreme sistemi kanseri hastalarında yapılan bir çalışmada, evli kadınlar için en önemli destek kaynağı eşleri iken, bekarlar için en önemli destek kaynağı akrabaları olarak belirtilmiş ve arkadaşların daha az önem taşıdıkları bulunmuştur (Smith ve ark, 1985).

Destek tūrleri ile ilgili yapılan çalışmalarda, Dunkel-Schetter (1984), 79 kolon ve meme kanseri hastalarıyla yaptığı çalışmada, duygusal desteğin kanser hastalarında en önemli destek tūru olduğunu belirtmiştir. Hastaların % 81'i duygusal desteği, % 41'i bilgi desteğini yararlı görürken doğrudan (araçsal) desteği yararlı gören hastaların oranı % 6 olarak bulunmuştur. Duygusal desteğin kaynağının neresi olduğu önemsenmeksizin, her kaynaktan gelen destek duygusal destek yararlı bulunmuştur. Bu çalışmada ayrıca bilgi ve öęüt desteği, hekim ve sağlık personelinden geldiğinde çok faydalı bulunurken, aile ve arkadaştan geldiğinde daha az faydalı olarak bulunmuştur. Bařka bir çalışmada, hastaların kendilerine yakın hissettiği kişilerden aldığı duygusal desteğin oldukça önemli olduğu, bilgi desteğinin hekimler tarafından verildiğinde yararlı olduğu, hemşire tarafından verildiğinde daha az değerli görüldüğü ancak, hemşireler tarafından verilen güven ve duygusal desteğinin hastalar tarafından önemli bulunduğu, araçsal desteğin ise en çok hastalığın kötü seyrettiği hastalarda yardımcı olduğu belirtilmektedir (Dakof ve

Taylor,1990). Benzer bulgular Rose'nin (1990) %59'u meme kanseri olan 64 kanser hastasıyla yaptığı çalışmada da belirtilmiştir. Aile, arkadaş ve sağlık çalışanlarından farklı destek türleriyle ilgili destek beklentileri olduğu belirtilmiştir.

Sosyal destek ve cinsiyet arasındaki ilişkiyle ilgili yapılmış araştırmalarda kadınların daha fazla sosyal destek ihtiyacında oldukları bulunmuştur (Merckaert ve ark., 2010). Merckaert ve arkadaşları % 26'sı kadın olan 381 kanser hastasıyla yaptıkları çalışmada, kadınların erkeklerden daha fazla sosyal destek istediklerini bulmuşlardır. Bu araştırmada ayrıca, psikolojik destek istemek ile daha genç olmak ve sosyal desteğe başvurmak başa çıkma stiline sahip olmanın birbiriyle ilişkili olduğu bulunmuştur.

Alınan destekten memnun olmak ile cinsiyet arasındaki ilişki de incelenmiştir. Clarke ve arkadaşları (2006) sosyal destek ihtiyacı ve alınan destekten memnuniyette, cinsiyet farklılıklarının merkezi bir önemi olduğunu belirtmişlerdir. Bu araştırmada yarı yapılandırılmış görüşme bulgularının analizi sonucu elde edilen verilere göre, kadın hastalar, personelden duygusal destek ve bilgi sağlamasını beklerken; erkek hastaların ise personelden gelen duygusal desteği uygunsuz/münasebetsiz bulduğu ve personelden alacakları bilgi desteğinin, duygularının üstesinden gelmelerinde katkı sağladığına inandıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca erkek hastalar genel olarak desteği daha tatminkar bulurken, kadın hastaların daha memnuniyetsiz oldukları ve personelin sağlayacağı destek için az zaman ayırdıklarına inandıkları belirtilmiştir.

Kanser hastaları için, yaygın bir olumlu anlam kaynağı, diğerleriyle bağlantıda olmak olarak belirtilmiştir (Lazarus, 1999). Kişiler arası ilişkiler, engellerin üstesinden gelmekle ilgili bir umut sağlar. Crothers (2004), kanser hastalarının sosyal destekten aldıkları doyum ile duygu durum ve umut seviyeleri arasındaki ilişkiye bakmıştır. Araştırma sonucunda, umut ve destekleyici ilişkiler arasında olumlu doğrusal ilişki bulunmuştur.

1.5.2. Meme Kanseri Hastalarında Sosyal Destek

Sosyal destek ve destekleyici ilişkilerin meme kanserli kadınların psikososyal uyumları ve yaşam kaliteleri üzerinde olumlu etkilere sahip olduğu ile ilgili birçok araştırma sonucu bildirilmiştir. Meme kanserli kadınlar, yaşamlarında psikososyal problemlerini dinleyen ve hissettiklerini kabul eden ve anlayan kişilerin olmasını, hastalığın verdiği anksiyeteyi azaltmanın bir yolu olarak görmüşler ve hastalıkla ilgili yaşadıkları zorlukları paylaşmanın çok önemli olduğunu belirtmişlerdir (Palsson ve Norberg, 1995; Sammarco, 2001).

Sosyal destek ağlarının ulaşılabilirliği ve gücü, meme kanseri tanısının neden olduğu psikososyal sonuçlar ve stresin olumsuz sonuçlarını iyileştirmeye yardım edebilir. Yayınlarda bununla ilgili birçok çalışma bulunmaktadır. Cope (2002) sosyal desteğin sağlık/iyi oluş üzerindeki etkilerini çalışmış ve biriyle birlikte yaşayan meme kanseri hastalarını tek başına yaşayanlarla karşılaştırmıştır. Biriyle birlikte yaşayan hastaların tek başına yaşayanlara oranla umut düzeylerinin anlamlı derecede daha yüksek olduğunu bulmuştur. Yaşları 20–73 arasında değişen 73 meme kanseri tanısı konmuş kadınla yapılan başka bir çalışmada katılımcıların

sosyal destekleri arttığında baş etme becerileri ve umut düzeylerinde artış olduğu gösterilmiştir (Elbring ve Lyon, 2002).

Gagliardi ve arkadaşlarının (2009) meme kanseri ve sağlıklı kontrol grubuyla yaptıkları bir çalışmada iki grubun depresyon, anksiyete ve sosyal destekleri incelenmiştir. Meme kanseri hastalarında daha fazla depresyon ve anksiyete bulunurken, ilişkilerini tanımlamaları ve sosyal ağlarını şekillendirmelerinde de iki grup farklı bulunmuştur. Meme kanseri hastaları daha küçük ve yoğun bir sosyal ağ tanımlarken, kontrol grubundakiler daha fazla sayıda arkadaş, iş arkadaşı tanımlamışlardır. Her iki grupta da depresyon ve anksiyete ile sosyal ağ ve sosyal destek ilişkili bulunmuştur. Peter-Gorden (1982) yaptığı çalışmada, kanser hastalarının, sosyal ağları içindeki kişilerin tepkilerine göre, üyelerden bazılarını ağdan çıkartarak veya ekleyerek ya da çevresindekilere yeni roller vererek sosyal destek ağını yeniden düzenlediklerini bulmuşlardır. Böylece, hasta sosyal ağ içerisindeki ilişkilerini kontrol edip gereksinim duyduğu desteği çevresinden almaya çalışmaktadır.

Meme kanserinde depresyon ve sosyal destekle ilgili yapılan boylamsal bir çalışmada, eşden alınan duygusal destek arttıkça depresyon düzeyinde düşüş olduğu bulunmuştur. Eşten alınan duygusal ve araçsal yardım algısının düşük olması ileriye dönük depresyonun yordanmasında etkilidir (Talley ve ark., 2010). Meyerowitz'e (1980) göre, destekleyici duygusal ilişkiler özellikle hastanın meme kanseri tanısına karşı geliştirdiği mutsuzluk tepkisinin derecesini etkilemektedir.

Meme kanseri hastalarında, sosyal destek ile hayatta kalım süreleri ve yaşam kalitesi ilişkisi ile ilgili çalışmalar da yapılmıştır. Meme kanseri olan hastalarda sosyal destek yetersizliğinin ölüm oranını artırdığı gösterilmiştir (Kroenke ve ark., 2006). Başka bir çalışmada, sosyal destek ihtiyacının azaltılmasının, fiziksel ve ruhsal iyilik halini artırdığı ve yaşam kalitesini yükselttiği bulunmuştur (Holzner ve ark., 2001). Meme kanseri hastalarında algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi arasında pozitif ilişki gösterilmiş, algılanan sosyal desteğin genç hastalarda (Sammarco, 2001) ve yaşlı hastalarda (50 yaşından büyük) yaşam kalitesi varyansının büyük bir kısmını açıkladığı görülmüştür (Sammarco, 2003).

Sosyal destek ve tanıya uyumla ilgili yapılan çalışmalarda, Peters-Golden (1982) ve Roberts ve Cox (1994) meme kanseri hastalarında sosyal desteğin psikolojik uyumla ilişkisi olduğunu bulmuşlardır.

Kanser hastalarının kimlerden daha çok destek aldıkları incelendiğinde, Dakof ve Taylor (1990) hastaların potansiyel destek sağlayıcılar olarak en çok eşleri gördüğünü bulmuşlardır. Sorunları ele almak üzere, ayrıca diğer aile üyeleri, arkadaşlar, tanıdıklar, doktor ve hemşireler görülmektedir.

Türkiye’de bununla ilgili yapılan bir çalışmada Özyurt (2007) kanser hastalarının en çok eş ve çocuklarından oluşan çekirdek aileden destek aldıkları, ancak bunun da yeterli düzeyde olmadığını bulmuştur. Bu çalışmada hastaların doktor ve hemşirelerden ara sıra destek algıladıkları, hastalıkları ve tedavileriyle ilgili bilgiyi orta düzeyde aldıkları ama bunu yeterli bulmadıkları gösterilmiştir. Meme

kanseri hastalarıyla Türkiye’de yapılmış başka bir çalışmada, Filazoğlu ve Griva (2008) meme kanseri hastalarında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, sosyal destek ve başa çıkma tarzlarını incelemişlerdir. Yaşam kalitesinin yordanmasında sosyal destek ve problem odaklı başa çıkmanın anlamlı değişkenler olduğunu bulmuşlardır.

1.6. ARAŞTIRMANIN AMACI

İlgili yayınlar meme kanseri tanı ve tedavi sürecinin zorlayıcı bir deneyim olduğunu göstermektedir. Adı ağrı, ölüm gibi süreçlerle yaftalanan, beden imajı, kadınlık, cinsellik gibi kavramlarla olumsuz ilişkileri gösterilen meme kanserinin birçok psikolojik süreçle ilişkisi belirtilmektedir. Kanser tanısı almanın kişinin öfke hissetmesine neden olabildiği belirtilmektedir, bu yüzden kişinin yaşadığı öfke ve öfke ifade tarzı önemli olabilir. Aynı zamanda, kanser tanı ve tedavi sürecinde kişinin sosyal destek ihtiyacı artabilir ve kullandığı başa çıkma tarzları önem kazanabilir. Tanının çağrıştırdığı süreçler ve yaşadıkları zorlanmalarla, meme kanseri hastalarında depresyon sık görülebilmektedir. Meme kanseri hastalarıyla yapılan pek çok araştırmada, stresle başa çıkma tarzları, sosyal destek ve öfke ifadesinin, depresyon ve yaşam kalitesiyle ilişkisi gösterilmiştir.

Meme kanser hastalarıyla yapılan çalışmaların, çoğunlukla hastalığın tedavi sürecinin farklı aşamalarındaki bireylerle (tanı, ameliyat, kemoterapi, radyoterapi gibi) yapıldığı görülmektedir. Böylece, hem tedavilerin yan etkilerinin karıştırıcı etkilerini hem de zaman etmeninin etkisini değerlendirebilmek zorlaşabilmektedir. Bu anlamda, tedavinin ayrı süreçlerindeki kesitlerde inceleme yapmak önemli olabilir. Bu çalışmaya tanı ve tedavi süreci yakın olan tedavi süreciyle ilgili olarak

yalnızca ameliyat olmuş hastalar alınmıştır. Giriş bölümünde de belirtildiği gibi kemoterapinin belirtilen bulantı, kusma, saç dökülmesi gibi birçok yan etkisi bulunmaktadır. Radyoterapi tedavisinde de, tedavinin etkisini güçlendirmek amacıyla verilen kemoterapi ilaçlarının yan etkilerine ek olarak verilen ışıdan dolayı yanık, yara gibi sorunlarla karşılaşılabilir. Böylece kemoterapi, radyoterapi tedavileri gören hastalar örnekleme alınmayarak bu tedavilerin yan etkilerinin karıştırıcı etkisi kontrol edilmeye çalışılmıştır ve bu da meme kanseri hastalarıyla ilgili gösterilecek sonuçlarda önemli olabilir. Hasta örnekleminde yer alan meme kanseri hastalarına bakıldığı zaman, hastaların % 90.8'inin tanıyı öğrendikten sonraki ilk ay içinde ameliyat oldukları ve hastaların % 90.4'ü ameliyattaki sonraki ilk hafta içinde değerlendirildiği görülmektedir. Bu bakımdan da tanı ve tedavi süreci yakın olan meme kanseri hastalarla yapılacak çalışma önemli olabilir.

Yayınlarla bakıldığı zaman hastanın geçmiş psikiyatrik öyküsü, ameliyat türü gibi değişkenlerin etkilerinin incelendiği görülmektedir. Bu araştırmada bu değişkenlere ek olarak, hastaların tanı ve tedavi sürecinde etkisi olabileceği düşünülen ailede kanser öyküsü, kanserden dolayı yaşanan kayıp öyküsü bakımından da değişkenler incelenecektir. Bizim şu ana kadar olan bilgilerimize göre yayınlarda, meme kanserinin sözü edilen aşamasındaki hasta grubuyla yapılan başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu bilgiler doğrultusunda araştırmada aşağıda belirtilen sorulara yanıt aranacaktır.

1. Tanı ve ameliyat süreci yakın meme kanseri hastaları içinde;
 - a. ailede kanser öyküsü olanlar ile olmayanların,

- b. ailede kanserden dolayı kayıp öyküsü olanlar ile olmayanların,
- c. geçmiş öyküsünde psikiyatrik hastalık olan ile olmayanların,
- d. eşlik eden başka fiziksel hastalığı olan ile olmayanların,

depresyon toplam puanı, stresle başa çıkma tarzları alt ölçekleri puanları (boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma), çok boyutlu algıladıkları sosyal destek toplam ve alt ölçekleri puanları (aileden alınan destek, özel insandan alınan destek, arkadaştan alınan destek), sürekli öfke ve öfke tarzı alt ölçekleri puanları (öfke içte, öfke dışı ve öfke kontrol) arasında fark var mıdır?

2. Tanı ve ameliyat süreci yakın meme kanseri olan hasta grubu ile sağlıklı kontrol grubunun depresyon toplam puanı, stresle başa çıkma tarzları alt ölçekleri puanları (boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma), çok boyutlu algıladıkları sosyal destek toplam ve alt ölçekleri puanları (aileden alınan destek, özel insandan alınan destek, arkadaştan alınan destek), sürekli öfke ve öfke tarzı alt ölçekleri puanları (öfke içte, öfke dışı ve öfke kontrol) arasında fark var mıdır?

3. Tanı ve ameliyat süreci yakın olan meme kanseri hastalarında, algıladıkları sosyal destek alt ölçek puanları (aileden alınan sosyal destek, arkadaştan alınan sosyal destek, özel insandan alınan sosyal destek), stresle başa çıkma ölçeği alt ölçek puanları (boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım, kendine güvenli

yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma) öfke-içteyi yordamakta mıdır?

4. Tanı ve ameliyat süreci yakın meme kanseri hastalarında, algıladıkları sosyal destek alt ölçek puanları (aileden alınan sosyal destek, arkadaştan alınan sosyal destek, özel insandan alınan sosyal destek), stresle başa çıkma ölçeği alt ölçek puanları (boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma) ve öfke tarz ölçeği alt ölçek puanları (öfke-içte, öfke-dışa, öfke- kontrol) depresyonu yordamakta mıdır?

BÖLÜM 2

YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmada yer alan katılımcılar ve kullanılan veri toplama araçları hakkında bilgi verilmektedir.

2.1. KATILIMCILAR

Araştırma, “meme kanseri grubunu” oluşturan 85 ve “normal grubu” oluşturan 84, toplam 169 kadınla yürütülmüştür. Hasta grubunda yer alan katılımcılar Ankara Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi kliniğinde yatan gönüllü kişilerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılım ölçütleri olarak;

- Meme kanseri tanısı almak
- Meme kanseri ile ilgili ameliyat olmak (ameliyatın türü, mastektomi veya meme koruyucu cerrahi olması, dikkate alınmamıştır),
- Kemoterapi ve radyoterapi almamış olmak,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek, dikkate alınmıştır.

Hasta grubu verileri Aralık 2008 ve Kasım 2009 tarihleri arasında toplanmıştır. Bu tarihler arasında ameliyat olmuş yaklaşık 150 hastayla görüşülmüş, çalışmaya katılmayı kabul eden 100’üne ölçekler verilmiştir. 13 kişi ölçekleri eksik doldurduğundan, 1 kişi ameliyat sonrası biyopsi sonucu juvenil fibroadenom (iyi huylu meme tümörü) tanısı aldığından ve 1 kişi de uç cevaplar verdiği için araştırma örnekleminde çıkarılmıştır. Kontrol grubu için veriler Ağustos 2009-Nisan 2010 tarihleri arasında Ankara Bolu illerinden toplanmıştır. Hasta grubunun sosyo-demografik özelliklerine yakın özellikte olanlara ulaşılmaya çalışılmıştır.

Meme kanseri ve kontrol grubu örnekleminin demografik özellikleri tablo. 2.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Hasta Grubu ve Kontrol Grubunun Demografik Özellikleri

Değişken	Hasta grubu (n=85)		Kontrol grubu (n=84)	
	N	%	N	%
Eğitim Düzeyi				
Okuryazar değil	4	4.7	0	0
Okuryazar	11	12.9	3	3.6
İlköğretim M.	35	41.2	27	32.1
Lise ve Y.O M.	26	30.6	30	35.7
Lisans ve L.üstü M	9	10.6	24	28.6
Medeni Durum				
Bekar	7	8.2	9	10.7
Evli	61	71.8	67	79.8
Dul	17	20	8	9.5
Yaş				
21-40	22	25.9	36	42.9
41-60	43	50.6	39	46.43
61-80	20	23.5	9	10.7
İş				
Ev hanımı	54	63.5	17	20.2
Çalışıyor	16	18.8	50	59.5
Emekli	15	17.6	16	19
Evde birlikte yaşadığı kişiler				
Yalnız	5	5.9	8	9.5
Çekirdek aile	63	74.1	69	82.1
Geniş aile	14	16.5	5	6
Diğer	3	3.5	1	1.2
Aylık gelir				
0-500 TL	9	10.6	2	2.4
500-990 TL	19	22.4	21	25
1000-1900 TL	36	42.4	30	35.7
2000 ve üstü	16	18.8	31	36.9
Sağlık güvencesi				
Yeşil kart	7	8.2	1	1.2
Bağkur	8	9.4	2	2.4
Ssk	36	42.4	39	46.4
Emekli sandığı	32	37.6	41	48.8
Diğer	2	2.4	1	1.2

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplamak için Kişisel Bilgi Formu, Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanılmıştır.

2.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcıların yaş, meslek, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu gibi demografik bilgilerini toplamak amacıyla bir kişisel bilgi formu hazırlanmıştır. Bu formda ayrıca katılımcıların yakınlarındaki kanser öyküsü ve kanser nedenli kayıp öyküsü, kişilerin ameliyat ve psikiyatrik geçmişleri hakkında bilgi toplanmıştır. Kişisel bilgi toplama formunun bir örneği Ek 1’de yer almaktadır.

2.2.2. Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ)

Spielberger ve ark. tarafından iki aşamada 1980 ve 1983 yılları arasında yapılan çalışmalarla geliştirilen SÖÖTÖ, öfke ve öfkenin ifade biçimini değerlendiren bir ölçektir. Orijinal adı “The State – Trait Anger Scale” olan bu ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Özer (1994) tarafından yapılmıştır. 34 maddeden oluşan “hiç tanımlamıyor” yanıtından “tümüyle tanımlıyor” yanıtına 4’lü likert tipi bir ölçektir. İlk 10 madde “Sürekli öfke” alt ölçeğinin maddeleridir. “Öfke İçte” alt ölçeği puanları 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27, 31 maddelerinin toplamıyla; “Öfke Dışa” alt ölçeği puanı 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32, 33 maddelerin toplamıyla; “Öfke Kontrol” alt ölçeğinin puanları ise 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30, 34 maddelerin toplamıyla elde edilir.

Öfke tarz ölçeğinin Türkçe formunun faktör yapısı orijinal ölçeğin faktör yapısını yansıtmaktadır ve “kontrol-öfke”, “dışavurulmuş öfke” ve “bastırılmış öfke” boyutlarından oluşmaktadır (Özer, 1994). Türkçe uyarlama çalışmasında SÖÖTÖ ölçeğinin güvenirlik katsayıları, “Sürekli öfke boyutu” için; .79, “Kontrol altına alınmış öfke” boyutu için; .84, “Dışa vurulmuş öfke” boyutu için; .78 ve “Bastırılmış öfke boyutu” için; .62 bulunmuştur. Geçerliliği değerlendirmek için Sürekli Kaygı, Depresif Sıfatlar Listesi kullanılmış ve korelasyonları anlamlı bulunmuştur (Özer, 1994).

Sürekli öfke’den alınan yüksek puanlar öfke düzeyinin yüksek olduğunu; Kontrol Öfke ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini; Öfke-Dışa ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kolayca ifade ediliyor olduğunu ve Öfke-İçte ölçeğindeki yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir (Özer, 1994).

Araştırmada SÖÖTÖ ölçeği ve alt ölçeklerinin güvenirlik katsayıları hasta ve kontrol grubu için ayrı ayrı incelenmiştir. Hasta grubu için güvenirlik katsayıları; ”Öfke içte” alt ölçeği için .68, “Öfke dışa” için .76 ve “Öfke kontrol” .84 bulunmuştur. Kontrol grubu için güvenirlik kat sayıları ise ”Öfke içte” alt ölçeği için .67, “Öfke dışa” için .74 ve “Öfke kontrol” .84 bulunmuştur. Ölçeğinin bir örneği Ek 2’de verilmiştir.

2.2.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Katılımcıların depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla bu konuda yapılan çalışmalarda çok sık başvurulanan bir araç olan BDÖ kullanılmıştır.

Özgün formu “Beck Depression Inventory” Beck ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır. BDÖ’nin 1961 ve 1978 tarihlerine ait iki versiyonu vardır. Her iki formunda eşdeğer olduğu gösterilmiştir (Akt; Savaşır ve Şahin, 1997).

BDÖ’nin Türkiye’de birbirinden bağımsız iki uyarlama çalışması yapılmıştır. Bunlardan biri Teğin (1980) tarafından yapılmış olup diğeri Hisli tarafından 1988 ve 1989 yıllarında yapılmıştır (Savaşır ve Şahin, 1997). Bu çalışmada Hisli (1988, 1989) tarafından uyarlanan 1978 versiyonu kullanılmıştır. Ölçekteki 21 belirti kategorisinin her biri için dört seçenek vardır ve her madde 0 ve 3 arasında puan alır. Ölçekten alınacak toplam puanlar 0-63 arasında değişmektedir.

Hisli (1988) ölçeği Türkçeye çevirmiş ve geçerlik güvenirlik çalışmasını yapmıştır. Ege Üniversitesi çeşitli bölümlerinde okuyan öğrencilerle ve psikiyatri hastaları ile çalışmış ve BDÖ’nün güvenirliği madde analizi ve yarıya bölme teknikleriyle hesaplanmıştır, korelasyon katsayıları sırasıyla .80 ve .74 olarak bulunmuştur. Ölçeğin geçerliği, MMPI-D skalası ile yapılmış ve BDÖ ile MMPI-D skalası arasındaki korelasyon katsayısı $r = .50$ olarak bulunmuştur (Hisli, 1988).

Araştırmada BDÖ geçerlik katsayıları hasta ve kontrol grubu için ayrı ayrı bakılmıştır. Hasta grubu için ölçeğin geçerlik kat sayısı .78, kontrol grubu için .86 olarak bulunmuştur.

BDÖ’nün bir örneği Ek 3’de yer almaktadır.

2.2.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

SBTÖ Folkman ve Lazarus'un 1980 yılında geliştirdikleri Stresle Başa çıkma Yolları Envanteri (Ways of Coping Inventory)'nden yola çıkılarak üniversite öğrencileri için hazırlanmış, kısa, değişik stresli durumlarda geçerliği olan, özellikle depresyon yalnızlık, psikosomatik sorunlar gibi belirtilerle ilişkili başa çıkma mekanizmaları ölçeğidir. "hiç" "biraz" "oldukça" "tümüyle" şeklide yanıtlanan 4'lü likert tipi 30 maddelik bir ölçektir (Şahin ve Durak,1995). .

Ölçeğin orijinal formu 66 maddedir. Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılan çalışmada ölçek 30 maddeye düşürülmüştür. Kısaltılmış formun faktör yapısı 3 farklı çalışmada ele alınmış ve ölçeğin, stresle başa çıkma tarzını iki ana boyutta ölçtüğü belirtilmiştir. Bunlar "Probleme yönelik/aktif " ve "Duygulara yönelik/pasif " tarzlardır. Aktif tarzları "Sosyal desteğe başvurma", "İyimser yaklaşım" ve "Kendine güvenli yaklaşım" alt ölçekleri, pasif tarzları "Çaresiz yaklaşım" ve "Boyun eğici yaklaşım" alt ölçekleri göstermektedir. Stresle etkili olarak başa çıkabilenlerin "Kendine güvenli" ve "İyimser yaklaşım"ı, başa çıkamayanların ise "Boyun eğici" ve "Çaresiz yaklaşım"ı daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Puanların yüksekliği, kişinin o tarzı daha çok kullandığını göstermektedir (Şahin ve Durak 1995).

"Sosyal desteğe başvurma" ölçeği puanı 1, 9, 29 ve 30 maddelerin toplamıyla, "İyimser yaklaşım" ölçeği puanı 2, 4, 6, 12 ve 18 maddelerin toplamıyla, "Kendine güvenli yaklaşım" ölçeği puanı 8, 10, 14, 16, 20, 23 ve 26 maddelerin

toplamıyla, “Çaresiz yaklaşım” ölçeği puanları; 3, 7, 11, 19, 22, 25, 27 ve 28 maddelerin toplamıyla, “Boyun eğici yaklaşım” ölçeği puanı; 5, 13, 15, 17, 21 ve 24 maddelerin toplamıyla elde edilir.

Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılan üç ayrı çalışmada, SBCTÖ’nün güvenirlik katsayıları .45 ile .80 arasındadır. Ölçeğin geçerliğini değerlendirmek için çalışmada Stres Belirtileri Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği ve BDÖ kullanılmıştır (Şahin ve Durak, 1995).

Araştırmada SBTÖ ve alt ölçekleri için hasta ve kontrol grubu için güvenirlik katsayıları ayrı ayrı hesaplanmıştır. Hasta grubu için SBTÖ güvenirlik katsayıları; “Sosyal desteğe başvurma” alt ölçeği için .29, “İyimser yaklaşım için”.70, “Kendine güvenli yaklaşım” için .82, “Çaresiz yaklaşım” için .63 ve son olarak “Boyun eğici yaklaşım” için .44 bulunmuştur Kontrol grubu için SBTÖ güvenirlik kat sayıları; “Sosyal desteğe başvurma” alt ölçeği için .60, “İyimser yaklaşım için .80, “Kendine güvenli yaklaşım” için .80, “Çaresiz yaklaşım” için .72 ve son olarak “Boyun eğici yaklaşım” için .70 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin bir örneği Ek 4’de verilmiştir.

2.2.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

1988 yılında Zimet ve ark. tarafından geliştirilen, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS) üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren bir ölçektir (Eker ve Arkar, 1995). “kesinlikle hayır” 1, “kesinlikle evet” 7 şeklinde

kategorize edilmiş 7'li likert tipi bir ölçektir ve 12 maddeden ve üç boyuttan oluşmaktadır.

“Aileden alınan destek” boyutu 3, 4, 8 ve 11 maddelerinin toplamıyla, “Arkadaştan alınan destek” boyutu 6, 7, 9 ve 12 maddelerinin toplamıyla ve “Özel kişiden alınan destek” boyutu 1, 2, 5 ve 10 maddelerinin toplamıyla elde edilmektedir.

Eker ve Arkar tarafından 1995 yapılan ilk uyarlama çalışması iki aşamada yapılmıştır. Geçerliği, BDÖ ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ile yapılmış olup bu ölçeklerle yüksek korelasyon bulunmuştur. 5 farklı örneklemden elde edilen güvenirlik katsayıları ise .77 ve .91 arasında bulunmuştur (Eker ve Arkar, 1995).

Eker ve arkadaşları 2001 yılında ölçeği gözden geçirmişlerdir. ÇBASDÖ Türkçe formunun faktör yapısı, güvenirliği ve yapı geçerliği, ülkemizde kullanımı açısından, genel olarak tatmin edici bulunmuşsa da, “özel bir insan” (significant other) alt ölçeğinin yapı geçerliği açısından en zayıf ölçek olduğu ortaya çıkmıştır. Evli bireylerin hem özel bir insan hem de aile alt ölçeklerinde daha fazla destek bildirdikleri, bu iki alt ölçekten hangisinin eşi içerdiği pek açık olmadığı görülmüştür. Aile ve özel bir insan alt ölçeklerini bir parça sınırlar içine almak ve böylece, kültüre daha uygun bir ölçek elde etmek için ikinci çalışma yürütülmüştür. Bunun sonucu olarak, özel bir insan dışlama yoluyla tanımlanmıştır; “ailenin ve arkadaşların dışında olan kişi (örneğin, flört, nişanlı, akraba, komşu, doktor) şeklinde ifadeye dönüştürülmüştür (Eker ve ark., 2001)

Ölçeğin gözden geçirildiği bu ikinci çalışmada, geçerliğini değerlendirmek amacıyla kullanılan UCLA Yalnızlık Ölçeği, Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (PSS-Fa, PSS-Fr), Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), Beck Umutsuzluk Ölçeği ile beklenen düzeyde anlamlı ilişki görülmüş, üç ayrı örnekleme yapılan çalışmada güvenirlik katsayıları 0.80 ile 0.95 arasında bulunmuştur (Eker ve ark., 2001).

Araştırmada hasta ve kontrol grubu için ÇBASDÖ ve alt ölçeklerinin güvenirlik katsayıları ayrı ayrı hesaplanmıştır. Hasta grubu için ÇBASDÖ güvenirlik katsayısı .88, “Aileden alınan sosyal destek” alt ölçeği için .76, “Arkadaştan alınan sosyal destek” için .92 ve “Özel bir insandan alınan sosyal destek” için .85 bulunmuştur. Kontrol grubu için ÇBASDÖ güvenirlik katsayısı .90, “Aileden alınan sosyal destek” alt ölçeği için .91, “Arkadaştan alınan sosyal destek” için .91 ve “Özel bir insandan alınan sosyal destek” için .94 bulunmuştur.

Ölçeğin bir örneği Ek 5’de verilmiştir.

2.3. İŞLEM

Araştırmanın veri toplama çalışmaları hasta grubunda Aralık 2008- Kasım 2009 tarihleri arasında Ankara Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Araştırma ve Eğitim hastanesinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşmeler aracılığıyla yürütülmüştür. Veriler cerrahi klinikleri hafta içi her gün ziyaret edilerek, meme kanseri ameliyatı olmuş kadınlardan çalışmaya katılmayı kabul edenlerden sözlü onam alınarak toplanmıştır. Hastalık evre bilgisine ulaşabilmek için hasta adları ve hastane protokol numaraları kaydedilmiştir. Kontrol gurubu için veriler Ağustos 2009- Nisan 2010 tarihleri arasında Ankara ve Bolu illerinden toplanmıştır. Hasta

grubunun sosyodemografik özelliklerine yakın özellikte olan katılımcılardan toplanmıştır. Kontrol grubunda, cevaplama yanlışlıklarını önlemek amacıyla kimlik bilgileri alınmamıştır. Uygulamalar yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Hasta grubunda okuma yazma bilmeyen dört hastaya uygulama araştırmacı tarafından yapılmıştır. Ölçek soruları okunduktan sonra hasta yanıtları kaydedilmiştir.

Toplanan veriler SSPS 11 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

BÖLÜM 3

BULGULAR

Bu bölümde, betimleyici istatistiklerin ardından, araştırmanın amacı doğrultusunda yapılan istatistiksel analiz sonuçları yer almaktadır. İlk olarak, meme kanseri olan hasta grubundaki katılımcıların, sürekli öfke ve öfke tarz, depresyon, stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal destek düzeylerinin; ailede kanser öyküsü olup olmaması, ailede kanserden dolayı kayıp olup olmaması, kanserden önce olan bir psikiyatrik hastalık, kansere eşlik eden başka bir fiziksel hastalık durumuna bağlı olarak değişip değişmediğini incelemek için yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçlarına yer verilmiştir. Ardından, meme kanseri olan hasta grubu ile kontrol grubunun öfke, depresyon, stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal destek düzeylerini karşılaştırmak için yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçları gelmektedir. Bu sonuçları, öfke ve depresyon için yapılan regresyon analizleri izlemektedir.

Yukarıda sözü edilen analizlere geçmeden önce, uçtaki katılımcıların belirlenmesi için araştırmaya katılan 86 meme kanseri hastasına ve kontrol grubunda yer alan 85 katılımcıya ilişkin veriler kontrol edilmiş her ölçekteki puanlar Z puana çevrilmiştir. Ölçeklerden en az birinden ± 3.29 değerinin üzerinde puan alan 1 meme kanseri hastası ile kontrol grubundan 1 katılımcı analizlerden çıkarılmıştır. Analizlere 85'i meme kanseri ve 84'ü kontrol grubunda yer alan toplam 169 kişi ile devam edilmiştir.

3.1. ARAŞTIRMADA YER ALAN DEĞİŞKENLERE İLİŞKİN BETİMSSEL İSTATİSTİK BULGULARI

Tablo 3.1. Meme kanseri hastalarının ameliyat şekline göre dağılımları

Ameliyat şekli	N	%
Meme koruyucu cerrahi	21	24.7
MRM (modifiye radikal mastektomi)	64	75.3

Araştırmaya katılan meme kanseri hastaların büyük çoğunluğuna radikal modifiye mastektomi (MRM) yapılmıştır. Tabloda görüldüğü gibi hastaların %75.3'üne mastektomi yapılırken, %24.7'si meme koruyucu ameliyat olmuştur. Gruplar arasında, boyun eğici davranış ölçek toplam puanları dışındaki hiçbir ölçek toplam puanları arasında fark bulunamamıştır. Böylece tek bir hasta grubu oluşturulmuştur.

Tablo 3.2. Meme kanseri hastalarının hastalık evrelerine göre dağılımları

Hastalık evresi	N	%
Evre I	19	22.4
Evre II	49	57.6
Evre III	15	17.6
Evre IV	2	2.4

Çalışmaya katılan meme kanseri kadınların büyük çoğunluğu %57.6 oranıyla hastalığın ikinci evresinde olanlardan oluşmaktadır. Bunu % 22.4 oranıyla hastalığın birinci evresinde olanlar izlemektedir. Üçüncü sırada hastalığın üçüncü evresinde olanlar ve bunu dördüncü evre meme kanseri hastaları izlemektedir.

Tablo 3.3. Meme kanseri hastalarının ailesinin kanser öykülerine göre dağılımları

Ailede kanser öyküsü	N	%
Var	53	62.4
Yok	32	37.6

Meme kanseri hastalarının yarısından fazlasında % 62.4'ünün ailesinde kanser öyküsü bulunmaktadır. Burada bahsedilen ailedeki kanser öyküsü sadece meme kanseri oranı değildir. Bütün kanser türleri bu oranın içindedir.

Tablo 3.4. Meme kanseri hastalarının ailesinin meme kanseri öykülerine göre dağılımları

Ailede meme kanser öyküsü	N	%
Var	20	23.53
Yok	65	76.47

Ailesinde kanser öyküsü belirten 53 kişiden 20'sinde meme kanseri öyküsü olduğu belirtilmiştir.

Tablo 3.5. Meme kanseri hastalarının ailesinin kanser nedenli kayıp öyküsüne göre dağılımları

Ailede kanserden dolayı kayıp	N	%
Var	39	45.9
Yok	46	54.1

Ailesinde kanser öyküsü olanların neredeyse yarısı kanserden dolayı en az bir yakınını kaybetmiştir.

Tablo 3.6. Meme kanseri hastalarının kanserden önceki, psikiyatrik hastalık öykülerine göre dağılımları

Geçirilmiş psikiyatrik hastalık	N	%
Var	32	37.6
Yok	46	54.1
Belirtilmemiş	7	8.3

Meme kanseri tanısı konmadan önce, hastaların % 37.6'sı psikiyatrik bir hastalık yaşadığını belirtmişlerdir. Belirtilen hastalıklar arasında depresyon, anksiyete bozukluğu, patolojik yas, bipolar afektif bozukluk gibi hastalıklar tanımlanmışken ancak bazı katılımcılar tanı belirtmemiştir. Geçirilmiş psikiyatrik hastalığı olduğunu bildiren 32 kişinin hepsi ilaç tedavisi almamış, bunlardan sadece 28'i kişi ilaç tedavisi aldığını belirtmiştir.

Tablo 3.7. Meme kanseri hastalarının test aldıkları sırada psikiyatrik ilaç kullanımlarına göre dağılımları

Psikiyatrik ilaç kullanımı	N	%
Var	18	21.2
Yok	66	77.6
Belirtilmemiş	1	1.2

Araştırma verileri toplanırken hastaların %77.6 'sı psikiyatri ilacı kullanmazken, sadece % 21.2'si psikiyatrik ilaç kullanmaktadır. Hastaların kullandıkları ilacın büyük bir bölümünü antidepresan grubundaki ilaçlar oluşturmaktadır.

Araştırmanın analizlerine geçmeden önce, ilaç kullanımının karıştırıcı etkisinin olabileceği dikkate alınarak antidepresan kullanan ve kullanmayan hastaların depresyon puanları arasında fark olup olmadığı incelenmiş ve t testi sonucunda anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Tablo 3.8. Meme kanseri hastalarının, kanser hastalığına eşlik eden başka fiziksel hastalığa göre dağılımları

Başka bir fiziksel hastalık	N	%
Var	34	40
Yok	51	60

Hastalara % 40 oranda başka bir fiziksel hastalık eşik etmektedir. Fiziksel olarak tanımlanan hastalıklar hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi gibi geniş bir aralıkta belirtilmiştir.

Tablo 3.9. Meme kanseri hastalarının, menopoza durumlarına göre dağılımları

Menopoza girmiş mi?	N	%
Evet	50	58.8
Hayır	35	41.2

Çalışmadaki meme kanseri hastalarının %58.8'i menopoza hastalık öncesinde girmişlerdir.

Tablo 3.10. Meme kanseri hastalarının, düzenli meme muayenesi yaptırmaları durumuna göre dağılımları

Düzenli meme muayenesi yaptırmış mı?	N	%
Hayır	61	71.8
Her yıl yaptıran	14	16.5
Düzenli olmasa da yaptıran	10	11.8

Hastaların % 71.8 gibi yüksek bir kısmı tanıdan önce hiç meme muayenesi yaptırmamışlardır.

Tablo 3.11. Meme kanseri hastalarında depresyon durumuna göre dağılımları

Depresyon	N	%
Var	16	18.8
Yok	69	81.2

Bu çalışmada, meme kanseri hastalarında depresyonu belirlemek amacıyla kullanılan BDÖ puan ortalamasından yararlanılarak kesme noktası belirlenmiştir. Ortalamanın bir standart üstü ($13.84 + 7.69 = 21.53$) dikkate alınarak belirlenen 21 ve üstü puan alanlar depresyonu olan grubu oluşturmuştur. 20 ve altında puan alanlar depresyonu olmayan grubuna ayrılmıştır.

Araştırmaya katılan meme kanseri hastalarının % 18.8 oranında depresyonu olduğu (BDÖ'den 21 ve üstü puan aldıkları) görülmüştür.

3.2. MEME KANSERİ HASTALARININ ÇEŞİTLİ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR

3.2.1. Ailedeki Kanser Öyküsü Olanlar İle Olmayanların Ölçek Puan Toplam Ortalamaları Arasındaki Farklar

Meme kanseri hasta grubunda 53 kadının ailesinde kanser öyküsü olduğu, 32 kadının ailesinde ise o güne kadar herhangi bir kanser hastalığı öyküsü olmadığı görülmüştür. Ailesinde kanser öyküsü olan ve ailesinde kanser öyküsü olmayan iki grubun SÖÖTÖ, BDÖ, SBTÖ ve ÇBASD ölçeklerinden ve alt ölçeklerinden aldıkları toplam puanlar arasındaki fark bağımsız gruplar t-testi ile analiz edilmiştir. Tablo 3.12’de gösterildiği gibi, analiz sonuçlarında katılımcılar sadece öfke tarzı alt ölçekleri olan öfke-içte ve öfke-kontrol bakımından farklılaşmışlardır.

Tablo 3.12. Ailedeki Kanser Öyküsü Olanlar İle Olmayanların Ölçek Puan Toplam Ortalamaları Arasındaki Farklar

Ölçekler	Ailede kanser öyküsü N(var): 53, N(yok):32	X	SS	sd	t
SÖÖTÖ -öfke içte	Var	15.96	3.97	63.13	-2.08*
	Yok	14.06	4.16		
SÖÖTÖ -Öfke kontrol	Var	24.62	4.72	52.61	-2.79*
	Yok	21.06	6.21		

*P<.05

Ailesinde kanser öyküsü olan meme kanseri kadınların, öfke-içte alt ölçeği toplam puan ortalaması [X= 15.96 (ss= 3.97)], ailesinde kanser öyküsü olmayan kadınların puan ortalamasından [X=14.06 (ss= 4.16)] anlamlı düzeyde yüksektir [t(63.13) = -2.08 p<.05].

Ailesinde kanser öyküsü olan kadınların öfke-kontrol alt ölçeği toplam puan ortalaması [$X = 24.62$ ($ss = 4.72$)], ailesinde kanser öyküsü olmayan kadınların puan ortalamasından [$X = 21.06$ ($ss = 6.21$)] anlamlı düzeyde yüksektir [$t(52.61) = -2.79$ $p < .05$].

3.2.2. Ailede Kanser Nedenli Kayıp Öyküsü Olanlar İle Olmayanların Ölçek Toplam Puan Ortalamaları Arası Farklar

Meme kanseri hasta grubunda 39 kadının ailesinde kanserden dolayı kayıp öyküsü olduğu, 46 kadının ise ailesinde kanserden dolayı kayıp öyküsü olmadığı görülmüştür. Ailesinde kanserden dolayı kayıp öyküsü olan ve ailesinde kanserden dolayı kayıp öyküsü olmayan iki grup SÖÖTÖ, BDÖ, SBTÖ ve ÇBASD ölçeklerinden ve alt ölçeklerinden aldıkları toplam puanlar arasındaki fark bağımsız gruplar t-testi ile analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre iki grup arasında, sadece öfke-kontrol ölçeğinde anlamlı fark bulunmuştur.

Ailesinde kanserden dolayı kayıp öyküsü olan kadınların öfke-kontrol toplam puan ortalaması [$X = 24.87$ ($ss = 5.10$)], ailesinde kanserden dolayı kayıp öyküsü olmayan kadınların toplam puan ortalamasından [$X = 21.93$ ($ss = 5.65$)] anlamlı düzeyde yüksektir [$t(82.65) = -2.52$, $p < .05$].

3.2.3. Geçmiş Öyküsünde Psikiyatrik Hastalık Olan ve Olmayanların Ölçek Toplam Puan Ortalamaları Arası Farklar

Meme kanseri hasta grubundaki 32 kadın geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü olduğunu, 53 kadın ise geçmiş öyküsünde psikiyatrik bir hastalık olmadığını

belirtmişlerdir. Geçmiş öyküsünde ruhsal hastalık olan ve olmayan bu iki grubun SÖÖTÖ, BDÖ, SBTÖ ve ÇBASD ölçeklerinden ve alt ölçeklerinden aldıkları toplam puanlar arasındaki fark bağımsız gruplar t-testi ile analiz edilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre iki grubun ilgili ölçekler ve alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

3.2.4. Eşlik Eden Başka Bir Fiziksel Hastalığı Olan ve Olmayanların Ölçek Toplam Puan Ortalamaları Arası Farklar

Meme kanseri hasta grubunda 34 kadın eşlik eden başka bir fiziksel hastalığı olduğunu, 51 kadın ise kadın ise başka bir fiziksel hastalığı olmadığını belirtmişlerdir. Eşlik eden başka bir fiziksel hastalık olan ve olmayan meme kanseri iki grubun SÖÖTÖ, BDÖ, SBTÖ ve ÇBASD ölçeklerinden ve alt ölçeklerinden aldıkları toplam puanlar arasındaki fark bağımsız gruplar t-testi ile analiz edilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre iki grup arasında, kullanılan ölçekler ve alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

3.3. MEME KANSERİ HASTALARININ VE KONTROL GRUBUNUN ÖLÇEK TOPLAM PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ FARKLAR

Meme kanseri olan 85 kadın ve benzer sosyo-demografik özelliklerdeki 84 sağlıklı kadından oluşan kontrol grubunun SÖÖTÖ, BDÖ, SBTÖ ve ÇBASD ölçeklerinden ve alt ölçeklerinden aldıkları toplam puanları arasındaki fark bağımsız gruplar t-testi ile analiz edilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre, tablo 3.13 gösterildiği gibi, iki grup arasında depresyon, algıladıkları toplam sosyal destek, özel insandan algıladıkları destek ve boyun eğici yaklaşım ölçek toplam puan ortalamaları bakımından anlamlı farklar bulunmuştur.

Tablo 3. 13. Meme Kanseri Hastalarının ve Kontrol Grubunun Ölçek Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farklar

Ölçekler	Kanser hastalığı N(var): 85, N(yok):84	X	SS	sd	t
BDÖ toplam	Var	13.84	7.69	169.10	3.76*
	Yok	9.51	7.63		
SBTÖ -boyun eğici yk	Var	14.07	3.10	163.07	2.91*
	Yok	12.57	3.58		
ÇBASDÖ toplam	Var	69.51	13.26	158.46	2.86*
	Yok	62.89	16.55		
ÇBASDÖ -Özel insandan Alınan destek	Var	21.93	6.14	154.31	2.45*
	Yok	19.43	8.14		

Meme kanseri olan kadınların BDÖ toplam puan ortalaması [$X= 13.84$ ($ss= 7.69$)], kanser olmayan kontrol grubu kadınların puan ortalamasından [$X= 9.51$ ($ss= 7.63$)] anlamlı düzeyde düşüktür [$t(169.10)= 3.76, p<.05$].

İki grup stresle başa çıkma tarzları bakımından karşılaştırıldığında, boyun eğici yaklaşım toplam puanı arasında anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre, meme kanseri olan kadınların boyun eğici yaklaşım ölçek toplam puan ortalaması [$X= 14.07$ ($ss= 3.10$)] kontrol grubu kadınların puan ortalamasından [$X= 12.57$ ($ss= 3.58$)] anlamlı düzeyde yüksektir [$t(163.07)= 2.91, p<.05$].

İki grup algıladıkları sosyal destek bakımından karşılaştırıldığında, meme kanseri olan kadınların ÇBASD ölçeği toplam puan ortalaması [$X= 69.51$ ($ss= 13.26$)] kontrol grubu kadınların puan ortalamasından [$X= 62.89$ ($ss=16.55$)] anlamlı düzeyde yüksektir [$t(158.46)= 2.86, p<.05$].

Sosyal destek bakımından, iki grup özel insandan algıladıkları sosyal destek bakımında da farklılaşmışlardır. Meme kanseri olan kadınların özel insandan alınan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması [$X= 21.93$ ($ss= 6.14$)] kontrol grubu kadınların puan ortalamasından [$X= 19.43$ ($ss= 8.14$)] anlamlı düzeyde yüksektir [$t(154.31)= 2.45, p<.05$].

Betimleyici istatistik bilgiler başlığı altında meme kanseri hastalarının depresyon oranları belirtildiğinde, 18 kişinin veri toplanırken psikiyatrik ilaç kullandığı ve meme kanseri hastalarında ilaç kullanan ve kullanmayan hastaların depresyon puanı bakımından farklılaşmadıkları belirtilmişti. Meme kanseri hastalarının kontrol grubuyla karşılaştırıldığı bu bölümde, 18 ilaç kullanan meme kanseri hastası ve 8 kontrol grubu katılımcı dışlandıktan sonra kalan 66 hasta ve 76 kontrol grubu katılımcı bağımsız gruplar t testi ile tekrar karşılaştırılmış. Bu karşılaştırmada da, yukarıda belirtildiği gibi meme kanseri hastalarının depresyon, boyun eğici stresle başa çıkma tarzı, alınan toplam sosyal destek ve özel insandan alınan sosyal destek puanlarının kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu buna ek olarak aileden alınan destek puanının da kontrol grubundan yüksek olduğu görülmüştür. İlaç kullanmayan meme kanseri hastası kadınların aileden alınan destek ölçeği toplam puan ortalaması [$X= 25.15$ ($ss= 4.14$)] ilaç kullanmayan

kontrol grubu kadınların puan ortalamasından [$X= 22.38$ ($ss= 6.21$)] anlamlı düzeyde yüksektir [$t(131.60)= 3.16, p<.05$].

3.4. KORELASYON SONUÇLARI

Giriş bölümünde de belirtildiği gibi, araştırmanın amacı meme kanseri kadın hastalarında öfke, depresyon, stresle başa çıkma tarzları ve algıladıkları sosyal destek ilişkisini incelemek ve değişkenlerin depresyonu yordayıp yordamadığını belirlenmektir. Bu nedenle, öncelikle tüm değişkenlerin birbiriyle gösterdikleri ilişkileri belirlemek amacıyla Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmış ve sonuçlar Tablo 3.14’de gösterilmiştir.

BDÖ toplam puanı ile çaresiz başa çıkma tarzı ($r=.54, p<.05$), boyun eğici stresle başa çıkma tarzı ($r=.37, p<.05$), Sürekli öfke ($r=.43, p<.05$), öfke-içte puanı ($r=.39, p<.05$), ve öfke-dışa puanı ($p=.27, p<.05$) arasında pozitif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkiler olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra, BDÖ toplam puanı ile iyimser başa çıkma tarzı ($r=-.26, p<.05$), güvenli başa çıkma tarzı ($r=-.26, p<.05$), ve aileden alınan sosyal destek ($r=-.21, p<.05$) toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler elde edilmiştir.

İyimser yaklaşım ile güvenli yaklaşım ($r=.69, p<.05$), boyun eğici yaklaşım ($r=.17, p<.05$), sosyal desteğe başvurma yaklaşımı ($r=.40, p<.05$), öfke kontrol ($r=.48, p<.05$), ÇBASDÖ-toplam ($r=.21, p<.05$), özel insandan alınan destek ($r=.22, p<.05$) ve aileden alınan destek ($r=.21, p<.05$) toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Ayrıca iyimser yaklaşım ile sürekli öfke

arasında negatif yönde ve anlamlı ilişki ($r=-.16, p<.05$) bulunmuştur.

Çaresiz yaklaşım toplam puanı ile boyun eğici yaklaşım ($r=.52, p<.05$), sosyal desteğe başvurma yaklaşımı ($r=.27, p<.05$), sürekli öfke ($r=.40, p<.05$) ve öfke-içte ($r=.39, p<.05$) ve öfke-dışa ($r=.22, p<.05$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler gözlenmiştir.

Güvenli yaklaşım ile sosyal desteğe başvurma yaklaşımı ($r=.32, p<.05$), öfke kontrol ($r=.35, p<.05$), ÇBASD-toplam ($r=.19, p<.05$), ve aileden alınan destek ($r=.20, p<.05$) toplam puanları arasında pozitif yönde ve anlamlı ilişkiler görülmüştür.

Boyun eğici yaklaşımın yukarıda bahsedilen BDÖ, çaresiz yaklaşımla olan olumlu ve anlamlı ilişkisine ek olarak, ÇBASD-toplam puanıyla ($r=.22, p<.05$) olumlu yönde ve anlamlı ilişkisi vardır.

Sosyal desteğe başvurma yaklaşımı alt ölçeğinin iyimser, güvenli, boyun eğici yaklaşımla olan anlamlı ilişkilerine ek olarak, sürekli öfke ($r=.16, p<.05$) ve öfke kontrol ($r=.30, p<.05$) toplam puanlarıyla olumlu yönde ve anlamlı ilişkisi vardır.

Sürekli öfke ölçeğinin öfke-içte ($r=.47, p<.05$), öfke-dışa ($r=.61, p<.05$) ölçekleriyle pozitif yönde anlamlı ilişkisinin yanı sıra öfke kontrol ($r=-.16, p<.05$) ve

arkadaştan alınan destek ($r=-.18$, $p<.05$) ölçekleriyle negatif yönde anlamlı ilişkisi olduğu belirlenmiştir.

Öfke-dışa ile öfke- kontrol arasında ($r=-.19$, $p<.05$) negatif yönde anlamlı ilişki olduğu görölmüştür.

ÇBASDÖ ile yukarıda belirtilen ilişkilere ek olarak alt ölçekleriyle de beklendiği gibi pozitif yönde güçlü anlamlı ilişkisi görölmüştür.

Tablo 3. 14. Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki pearson korelasyon analizi sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1														
2	-.26*													
3	.54*	-.04												
4	-.26*	.69*	-.05											
5	.37*	.17*	.52*	.05										
6	.11	.40*	.27*	.32*	.22*									
7	.43*	-.16*	.40*	-.02	.11	.16*								
8	.39*	-.12	.39*	-.14	.12	.13	.47*							
9	.27*	-.10	.22*	.04	.04	.14	.61*	.43*						
10	-.05	.48*	.10	.35*	.15*	.30*	-.16*	.07	-.19*					
11	-.17*	.21*	-.09	.19*	-.12	.03	-.05	.01	-.11	.10				
12	-.08	.22*	-.00	.13	.01	.11	.02	.12	-.02	.16*	.81*			
13	-.14	.07	-.14	.10	-.14	.13	-.18*	-.09	-.15	-.01	.65*	.27*		
14	-.21*	.21*	-.09	.20*	-.17*	.05	-.02	-.04	-.13	.09	.84*	.54*	.39*	

1=BDÖ- toplam, 2= SBTÖ- iyimser ykl, 3= SBTÖ- çaresiz ykl, 4= SBTÖ- güvenli ykl, 5= SBTÖ- boyun eğici ykl, 6= SBTÖ- sosyal desteğe başvurma ykl, 7= SÖÖTÖ-sürekli öfke, 8=SÖÖTÖ-öfkeiçte, 9= SÖÖTÖ-öfkedişa, 10= SÖÖTÖ-öfkekontrol, 11= ÇBASDÖ-toplam, 12= ÇBASDÖ -özel insan, 13= ÇBASDÖ-arkadaş, 14= ÇBASDÖ -aile

*P<.05

3.5. REGRESYON ANALİZİ SONUÇLARI

Değişkenler arasında korelasyonun incelenmesinin ardından, meme kanseri hastalarında bastırılmış öfke ve depresyonun hangi değişkenlerin yordadığını araştırmak amacıyla, meme kanseri hastalarından elde edilen verilere hiyerarşik regresyon analizi uygulanmıştır.

Öfke-içteyi (bastırılmış öfke) hangi değişkenlerin yordadığını araştırmak amacıyla yapılan hiyerarşik regresyon analizinde, yordayıcı değişkenler iki blokta analiz edilmiştir. İlk basamakta, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin alt ölçekleri olan; aileden alınan sosyal destek, arkadaştan alınan sosyal destek ve özel insandan alınan sosyal destek toplam puanları, ikinci basamakta stresle başa çıkma tarzları alt ölçekleri olan; iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, kendine güveni yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma toplam puanları analize girmiştir ve değişkenlerinin etkisi aşamalı (stepwise) yöntem kullanılarak incelenmiştir. Analiz sonucunda, sadece çaresiz yaklaşımın etkisi anlamlı bulunmuştur. Stresle başa çıkmada kullanılan çaresiz yaklaşımın öfke-içte düzeyini anlamlı olarak yordadığı (R^2 değişim= .18, $F(1,82) = 17.68$, $p < .05$) görülmüştür.

Tablo 3. 15. Öfke-içte toplam puanının yordanması

Model	Değişkenler	β	t	sd	F değişim	Model R^2
1	Çaresiz ykl	.42	4.20*	1,82	17.68	.18

Depresyonu hangi değişkenlerin yordadığını araştırmak amacıyla yapılan hiyerarşik regresyon analizinde ise, yordayıcı değişkenler üç blokta analiz edilmiştir. İlk basamakta, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin alt ölçekleri olan; aileden alınan sosyal destek, arkadaştan alınan sosyal destek ve özel insandan alınan sosyal destek toplam puanları, ikinci basamakta stresle başa çıkma tarzları alt ölçekleri olan; iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, kendine güveni yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma toplam puanları ve son basamakta öfke tarz ölçeğinin alt ölçekleri olan; toplam öfke-içte, öfke-dışa, öfke kontrol puanları analize girmiştir ve değişkenlerinin etkisi aşamalı (stepwise) yöntem kullanılarak incelenmiştir.

Tablo 3.16’da görüleceği gibi, ilk basamakta aileden alınan desteğin depresyon düzeyini, anlamlı olarak yordadığı (R^2 değişim= .05, $F(1.81) = 4.46$, $p < .05$) ve varyansın % .05’ini açıkladığı görölmüştür. İkinci basamakta, sosyal desteğin etkisi kontrol edildikten sonra, öfke-içte değişkeninin, depresyon düzeyini anlamlı olarak yordadığı ve açıklanan varyansın % 17’ye çıktığı bulunmuştur (R^2 değişim= .12, $F(1.80) = 11.57$, $p < .05$). Üçüncü basamakta, SBTÖ alt ölçeklerinin analize katılmasıyla, stresle başa çıkma tarzlarından olan çaresiz yaklaşım (R^2 değişim= .20, $F(1.79) = 25.44$, $p < .05$) toplam varyansı % 37’ye çıkarmıştır ve son olarak, kendine güvenli yaklaşımın depresyonu anlamlı derecede yordadığı (R^2 değişim= .04, $F(1.78) = 5.85$, $p < .05$) ve aşamanın sonunda açıklanan varyansın % 42’ye yükseldiğı görölmektedir. Sonuç olarak değişkenlerin depresyonu önemli oranda yordadığı bulunmuştur. Son adımda β değerlerine bakıldığında, çaresiz yaklaşım, öfke-içte, aileden alınan sosyal destek ve güvenli yaklaşımın, depresyon toplam puanı üzerinde anlamlı ve güçlü yordayıcılar olduğı görölmektedir (sırasıyla

$\beta = .49, p<.05, .35, p<.05, -.23, p<.05$ ve $-.21, p<.05$). Buna göre, meme kanseri hastalarında stresle başa çıkmada çaresiz yaklaşımın kullanılması, öfkenin bastırılması (öfke-içte) arttıkça yanı sıra aileden alınan sosyal destek ve güvenli yaklaşım azaldıkça depresyon düzeyinin arttığı söylenebilir.

Tablo 3.16. Depresyon toplam puanının yordanması

Model	Değişkenler	β	t	sd	F değişim	Model R ²
1	Aile destek	-.23	-2.11*	1,81	4.46	.05
2	Aile destek Öfke-içte	.35	3.40*	1.80	11.59	.17
3	Aile destek Öfke-içte Çaresiz ykl. Güvenli ykl.	.49 -.21	5.04* -2.42*	1.79 1.78	25.44 5.85	.37 .42

*p<.05

BÖLÜM 4

TARTIŞMA

Bu çalışmada Ankara’da Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Araştırma ve Eğitim hastanesinde meme kanseri tanısı almış, bu tanıyla ilgili ameliyat olmuş ancak kemoterapi ve radyoterapi almamış kadınların öfke, depresyon, stresle başa çıkma tarzları ve sosyal destek düzeyleri ve bu değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla yürütülen çeşitli analizler sonucunda elde edilen bulgular bu bölümde konuyla ilgili bilgiler ışığında tartışılacaktır. Bulgularla ilgili tartışmalar iki bölümde ele alınacaktır. Birinci bölümde araştırma sorularına ilişkin bulgular yer verilirken, ikinci bölümde araştırmadan elde edilen genel bulgular tartışılacaktır. Son olarak da çalışmadaki sınırlılıklar belirtilerek gelecek çalışmalar için önerilerde bulunulacaktır.

4.1. ARAŞTIRMA SORULARINA İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

4.1.1. Meme Kanseri Hastalarının Çeşitli Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Meme kanseri olan hastaların ailesinde kanser hastalığı öyküsünün, kanserden dolayı kaybın, kanserden önce psikiyatrik bir hastalığın ve son olarak da eşlik eden başka bir hastalığın olup olmamasına göre sürekli öfke ve öfke tarzı, depresyon, stresle başa çıkma tarzı ve sosyal destek puanları arasındaki farklara bakılmıştır.

Meme kanseri hastaları, ailesinde kanser hastalığı öyküsünün varlığı ve daha önce kanserden dolayı kayıp yaşayıp yaşamaması bakımından karşılaştırıldığında sadece öfke tarzı puanları bakımından farklılıklar bulunmuştur.

Ailesinde kanser hastalığı öyküsü olanların, öfkelerini daha fazla içe attıkları ancak aynı zamanda da daha fazla kontrol ettikleri görülmüştür. Meme kanserinden dolayı ailesinde kayıp yaşamış hastalar da öfkelerini daha fazla kontrol etmektedirler.

Yayınlarda bu konuda yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak hastalarda öfkedeki bu farklılıklar Kübler-Ross'un kanser gibi ölümcül hastalık tanılarıyla ilgili tepkilerde bahsettiği öfke dönemiyle ilişkili olabileceği söylenebilir. Araştırma örneklerimde olan hastaların % 90.4'ü ameliyattan sonraki bir hafta içerisinde değerlendirilmişlerdir. İlk andaki inkar tepkisinden sonra gelen hastanın başkaları sağ ve sağlıklı kalacakken “neden ben” sorusuyla öfke hissettiği öfke dönemi, araştırmada gösterilen öfke farklılıkları ile ilgili olabilir. Ayrıca ailesinde kanser öyküsü olan grup belki daha önce de ailede kanser krizini yaşamış ve bu konuda acı çekmiş birisi olarak “yine mi ben” diye de sorgulamış ve hissettikleri öfkelerini bastırmış olabilir.

Araştırma bulgularına göre, eşlik eden başka bir fiziksel hastalığın ve öyküsünde psikiyatrik hastalığın varlığı açısından ilgili ölçek puanları arasında anlamlı bir fark yoktur. Meme kanseri hastalarında eşlik eden başka fiziksel hastalıklara baktığımız zaman, hipertansiyon, hiperlipidemi, varis, romatizma gibi geniş aralıkta hastalıklar belirtilmiş olduğu görülmüştür. Bu hastalıkların da yaş grubu içerisinde çok sık karşılaşılan hastalıklar olması, kanserle karşılaştırıldıklarında ciddi bir yaşam tehdidi oluşturmamaları bakımından hastanın depresyon düzeyi üzerinde etki göstermemiş olabilir. Aynı zamanda adı ölümle yaftalanan edilmiş kanser gibi ciddi bir tanı, bu hastalıklara verilen önemin

azalmasına ve yapılan atıfların değişmesine neden etmiş olabilir. Yayınlarda meme kanseri hastalarında ağrı, solunum sıkıntısı, bitkinlik gibi fiziksel belirtilerin depresyon ve anksiyetenin yordanmasında önemli olduğu (Lueboonthavatchai, 2007), depresyon oranı hastalığın şiddeti, ağrı, yorgunluk gibi belirtilerin şiddeti ile arttığı (Perdrizet-Chevallier, 2007) gösterilmiştir. Ancak bu bahsedilen fiziksel rahatsızlıklar daha çok terminal dönem hastalarında veya kemoterapi/radyoterapi gibi tedavilerin yan etkileri olarak karşılaşılabilecek belirtiler gibi gözükmemektedir. Araştırmaya sadece meme ameliyatı olan kadınların alınması, kanserin diğer tedavilerinin yan etkilerinin ve terminal dönem zorluklarının karıştırıcı etkilerini dışlanmış olabileceğinden eşlik eden fiziksel rahatsızlıkların etkileri görülmemiş olabilir.

Araştırmada, meme kanseri hastaları geçmiş öyküsünde psikiyatrik hastalık olup olmaması bakımından karşılaştırıldığında depresyon açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yayınlarda kanser hastalarındaki geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsünün depresyon açısından risk oluşturduğuna ilişkin araştırma sonuçları vardır. Geçmişte depresyon öyküsünün olması (Aapro ve Cull, 1999), affektif hastalıklar veya alkol bağımlılığının bulunması (Massie ve Holland, 1990) depresyon riski açısından anlamlı bulunmuştur. Ancak bu araştırmada bu örneklerden farklı olarak depresyon açısından bir fark bulunamaması, resmi tanıların bilinmemesi ile ilişkili olabilir. Araştırmadaki “Daha önce geçirilmiş hastalık öyküsü var mı” sorusuna verilen cevaplar hastanın öz-bildirimidir. “Evet”, olarak cevaplayan hastalar bir psikiyatrik sağlık birimi tarafından konulan tanıdan ziyade kendisini sıkıntılı hissettiği bir sürece evet demiş olabilirler.

4.1.2. Meme Kanseri Hastaları ve Kontrol Grubunun Karşılaştırma Bulgularının Değerlendirilmesi

Analiz sonuçlarına göre meme kanseri hastalarının kontrol grubuna göre depresyon puanlarının daha yüksek olduğu, stresle başa çıkmada boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullandıkları, algıladıkları toplam desteğin ve özel insandan alınan desteğin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Kanser tanısı kişinin temel dengelerini doğrudan sarsmaktadır. Kanser tanısı konan kişide tanı aşamasından başlayarak tedavi aşamalarının tümünde çeşitli duygusal ve davranışsal tepkiler ortaya çıkabilir. Verilen tepkilerin tümünün psikopatolojik olarak değerlendirilmesi veya hepsinin normal olarak kabul edilmesi yanlış görünmektedir. Kişide gelişen ruhsal tepkiler uyum sağlama ve başa çıkma amaçlıdır. Bu aşamada hastada uyuma yönelik tepkiler görülebileceği gibi, uyumsuz davranışlar da ortaya çıkabilmektedir (Özkan, 1996).

Meme kanseri tedavi sürecinde kişi ağrı, çeşitli yan etkiler, kanserin yayılması veya tekrarı endişeleri, beden imajı değişiklikleri, gelecekle ilgili belirsizlik, finansal kararlar, aile ve arkadaşların tepkileri, yaşam ve ölümün anlamı gibi varoluşsal konularla karşı karşıya kalır (Carver ve ark.,1993). Bu bağlamda zorlayıcı bir yaşantı olabilen meme kanseri süreci depresyon açısından bir risk faktörü olabilir.

Kanser hastalarında sağlıklı popülasyona göre depresyon oranlarının daha fazla olduğunu gösteren (Glanz ve Lerman, 1992; Ohaeri ve ark., 1998;

Van't Spijker ve ark., 1997) çalışma örnekleri vardır. Meme kanseri hastalarında depresyon prevalansına bakılan çalışmalarda bu oran % 1,5 ile % 46 arasında bulunmuştur (Massie 2004).

Benzer biçimde söz konusu araştırmada da, meme kanseri olan kadınların BDÖ toplam puan ortalamasının kontrol grubuna göre yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu yayınlarda meme kanseri sürecinin depresyon için riskli bir grup olabildiği ile ilgili yukarıda örnek verilen çalışmalarla tutarlık göstermektedir.

Hayatı tehdit eden bir hastalıkla karşılaşıldığında birey için günlük yaşamda kullanılan uyum mekanizmalarının sarsılması ya da yeterince kullanılamaması, geleceğe yönelik önemli beklenti ve planların bozulması, sahip olunan gücün yitirilmesi anlamına gelebilmektedir (Eylen 2001). Bu çalışmada da, benzer sonuçların olduğu görülmektedir; meme kanseri hastalarının stresle başa çıkma tarzlarının kontrol grubuyla karşılaştırıldığı araştırma sonuçlarına bakıldığı zaman hastaların kontrol grubuna göre daha fazla boyun eğici yaklaşım kullandıkları görülmüştür.

Kanser hastalarında bilişsel değerlendirme ve baş etmeyle ilgili yapılmış, 15 araştırmayı kapsayan bir meta-analiz çalışmasına göre, hastalığını yaşam için tehlikeli bulan kişilerin, kanseri kayıp veya zarar olarak değerlendirdiklerinde daha fazla duygusal odaklı baş etme kullandıkları (Franks ve Roesch, 2006) belirtilmiştir. Kanser hastalarının problemi değiştirmekle ilgili aktif çaba gerektirmeyen duygu

odaklı başa çıkma tarzlarından olan boyun eğici yaklaşımı kullanmaları bu çerçevede değerlendirilebilir.

Ayrıca Lazarus'a (1993) göre, duygu odaklı baş etmenin daha pasif bir baş etme yöntemi olduğuna dair bilgiler bulunsa da; eğer problemi değiştirmekle ilgili bir şey yapılamayacağına dair kanıtlar varsa, duygu-odaklı stratejiler seçmenin en iyi yöntem olacağını belirtmiştir. Bu anlamda da meme kanseri hastaları, sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla boyun eğici yaklaşımı kullanmış olabilirler.

Inoue ve arkadaşlarının (2003) meme kanseri tanısıyla baş etmeyle ilgili yaptıkları çalışmada, daha az aile desteği algısına sahip olmanın çaresizlik ve umutsuzluk ile olan ilişkisini göstermişlerdir. Bu bakımdan da meme kanseri hastalarında sosyal destek hem depresyon hem de başa çıkmada önemli bir faktördür. Ülkemizde de, Elbi (2001) kanser tanısı ile başa çıkmada sosyal desteğin önemini vurgulamıştır.

Araştırmamızda da iki grup algıladıkları sosyal destek bakımından karşılaştırıldığında, meme kanseri olan kadınların algıladıkları toplam desteğin ve özel insandan alınan desteğin, kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Her ne kadar özel insandan alınan destek regresyon analizinde depresyonu yordamada anlamlı çıkmamış olsa da, özel insan olarak tanımlanan grupta akraba, komşu, nişanlı, sözlü, doktor tanımlanmıştır ve bu bulgu da yayınlardaki çalışmalarla uyumludur. Çünkü yayınlara göre, çalışmalarda kanser hastaları en çok eş ve aileden sosyal destek alsa da, bunu arkadaşların, tanıdıkların,

doktor ve hemşirelerin izlediği (Dakof ve Taylor, 1990; zyurt, 2007; Bottomley, 1995) grlmektedir. Bu anlamda, depresyondan korunmak bakımından aileden alınan destek daha önem kazansa da, meme kanseri hastaları özel insan tanımlamasında yer alan akraba, doktor gibi kişilerden de destek aldıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca bu bulguların Türk kültürü ile de uyumlu olduğu düşünülmüştür. evresinde tanıdığı ve sevdiği birinin hastalanması durumunda, onu hastanede, evinde ziyaret etmek, telefon açarak, yanında bulunduğunu göstermek kültürümüzde sık karşılaşılan davranışlardır. Tanıdıkları insanların ilgisi hastalarda kontrol grubuna göre daha fazla sosyal destek hissetmelerine neden olmuş olabilir. Meme kanseri hastalarının sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığı bir diğer çalışmada, Gagliardi ve arkadaşları (2009), meme kanseri hastalarında daha fazla depresyon bulmuşlar ve meme kanseri hastalarının küçük ama daha yoğun sosyal ağ tanımladıklarını belirtmişlerdir. Bu araştırmada, meme kanseri hastaları kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, depresyon ve sosyal destek yoğunluğu bakımından farklılaşmaktadır ve bulgular sözü edilen çalışma sonuçlarıyla tutarlık göstermektedir.

4.1.3. Korelasyon ve Regresyon Bulgularının Değerlendirilmesi

Meme kanseri tanısı çoğunlukla bir “kriz” olarak tanımlanır, çoğu kadın şok ve şaşkınlığın arkasından korku, dehşet gibi duyguları deneyimler (Lethborg ve ark., 2000). Ölüm ve belirsizliğin aniden farkına varılması, kadınları çoklu fiziksel ve sosyal kayıplara ait olasılıklarla yüzleşmeye götürebilmektedir (Arman ve Rehnsfeldt, 2003). Kadınlar yaşamlarındaki anlamlı alanların tümüne bir zorlanma hissedebilmektedirler (Loveys ve Klaich, 1991). Nosarti ve arkadaşlarının (2002)

yaptıkları bir çalışmada, hastaların kanser tanısından önceki yaşamlarına göre, meme kanseri tanısından sonra depresyon, anksiyete, yaşam kalitesiyle ilgili çeşitli sorunları içeren psikiyatrik hastalıklar tanımlanmıştır.

Kişi kaynaklarını zorlayan ve aşırı olarak değerlendirdiği bir olayla karşılaştığında bunları yönetme çabası şeklinde tanımlanan Lazarus'un stres değerlendirme modeline göre potansiyel stresörle karşılaştığında ilk olarak “stresör bir tehdit/tehlike midir” diye değerlendirir (Blonna 2007). Buna göre hayatı tehdit eden bir hastalık olarak meme kanseri tanısının stres yaratacağı ve bu stresle başa çıkma tarzının psikolojik süreçlerle ilişkili olduğu düşünülebilir. Faul ve arkadaşları (2010) stres yönetme becerilerinin kanser hastalarında psikolojik stres ve yaşam kalitesiyle ilişkili olduğunu bulmuştur. Yayınlara bakıldığında, kanser hastalarında (Greer, 1991) ve meme kanseri hastalarında (Watson ve ark., 1991) başa çıkma tarzları ile depresyon, anksiyete oranlarının ilişkili olduğu görülmektedir.

Korelasyon analizi sonuçlarına baktığımız zaman, başa çıkma tarzlarından iyimser ve kendine güvenli yaklaşımın depresyonla negatif yönde anlamlı ilişkisi olduğu görülmektedir. Çaresiz yaklaşımla depresyon arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu dikkate alınırsa pasif bir başa çıkma tarzı olan çaresiz yaklaşımı kullanmanın depresyonu arttırabileceği öne sürülebilir. Bu açıklamalar yayınlardaki bulgularla ve araştırmanın diğer sonuçlarıyla tutarlık göstermektedir.

Araştırmada, meme kanseri hastalarında depresyonun yordanmasında stresle başa çıkma tarzlarının önemli bir yeri olduğu görülmüştür. Problemi değiştirmekle

ilgili aktif çaba gerektirmeyen pasif bir başa çıkma tarzı olan çaresiz yaklaşımın, depresyonun en güçlü yordayıcısı olduğu görülmektedir. Kendine güvenli yaklaşım da depresyonun yordanmasında güçlü bir etkiye sahip diğer bir başa çıkma stratejisidir. Hastalarda stresle başa çıkma stratejilerinden çaresiz yaklaşımın kullanımının artması ve kendine güvenli yaklaşımın azalması depresyon riskinin yordanmasında önemli olduğu görülmüştür. Bunlar yayınlarda, meme kanseri hastalarında duygu odaklı başa çıkma tarzlarının olumsuz duygu durumla ilişkisini gösteren (Holland ve Holahan, 2003; Hosaka ve ark., 1995), problem odaklı aktif baş etmenin daha etkili olduğunu (Carver ve ark., 1993; Heim ve ark., 1993; Heim ve ark., 1997; Schnoll ve ark., 2002) gösteren çalışmalarla tutarlılık göstermektedir.

Sonuç olarak, meme kanseri hastalarında problem odaklı başa çıkma tarzlarından kendine güvenli yaklaşımların kullanılması ve çaresiz yaklaşımın daha az kullanılması depresyon açısından önemli bir faktördür ve bu bulgu yayınlardaki bilgilerle tutarlı bir sonuçtur.

Öfkenin kanserle olan ilişkisine bakıldığı zaman, öfkeyi bastırmanın sadece teşhisten sonraki süreci etkilemekle kalmayıp aynı zamanda kanser riskini de artırdığı (Thomas ve ark., 2000; Gross 1989) belirtilmiştir. Penedo ve arkadaşları (2006), prostat kanseri hastalarında öfkenin daha az bastırılmasının bağışıklık tepkilerini güçlendirdiğini bulmuşlardır. Bu anlamda öfkenin kanser hastalarında önemli bir değişken olduğu görülmektedir.

Araştırma bulgularında öfke tarz alt ölçekleri olan öfke-içte ve öfke-dışa'nın depresyonla pozitif yönde anlamlı ilişkisi olduğu görülmektedir. Depresyon ve öfke arasındaki bu ilişki, diğer bulgularla tutarlık göstermektedir. Biaggio ve Godwin (1987) depresyon ile bastırılmış öfke arasındaki ilişki olduğunu, Bridewell ve Chang (1997) ise içselleştirilmiş öfkenin, depresyonu yordamada önemli bir role sahip olduğunu ileri sürmektedirler. Lee ve arkadaşları (2005) kanser hastalarının depresyonunun yordanmasında algılanan stres, öfke-içte puanlarının güçlü bir etkisi olduğu belirtmişlerdir. Araştırmamızda bu bulgulara benzer sonuçlar elde edilmiştir. Meme kanseri hastalarında öfke-içte puanlarının depresyonun yordanmasında güçlü bir etkiye sahip olduğu görülmektedir.

İçe yönelmiş öfkenin psikoanalitik açıdan anlamı, depresyon ve suçluluk duygularının ifadesidir ve bunlar kişinin egosuna ve benliğine yönelmiştir (Lehnert ve ark., 1994). Bu bakımdan depresyonda içe atılmış öfkenin yüksek olması beklenen bir durum olabilir ve bu da araştırma bulguları ve sözü edilen literatür örnekleriyle tutarlık göstermektedir.

Korelasyon analizinde ayrıca sosyal desteğe başvurma ile öfke kontrol arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir. Kanserde, hasta ve eşinin öfke stilleri ve hastanın algıladığı sosyal destek ilişkisini araştıran bir çalışmada, öfke tarzının aile atmosferini etkilediği, öfke kontrolün algılanan eş desteğiyle olumlu bir ilişkisi olduğu bulunmuştur (Julkunen ve ark., 2009). Araştırmadaki sosyal destek ve öfke kontrol arasındaki pozitif yöndeki ilişkiyi gösteren bu bulguyla, hastaların öfke kontrolünün artmasının sosyal desteği artırabileceği öne sürülebilir ve bu Julkunen ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarıyla tutarlık göstermektedir.

Temoshok (1987) duyguların bastırılmasının birçok kanser hastasında yaygın bir özellik olduğunu vurgulamış ve bunu tip C olarak tanımlamıştır. C tipi bir baş etme stilidir ve işbirlikçi, sakin, iddiasız, sabırlı özellikle kızgınlık gibi olumsuz duyguların açığa çıkarılmadığı ve dışsal otoriteye karşı uysal olmayla tanımlanmıştır. Ancak bu stil yüksek düzeydeki stresle baş etmede başarısızdır ve hastaların çaresizlik ve acizlik hissetmelerine neden olmaktadır (Eysenck, 1994). Korelasyon analizinde öfke toplam ve öfke-içte puanlarının stresle başa çıkma, çaresiz yaklaşımla olan pozitif yöndeki anlamlı ilişkisi bu bakımdan araştırma bulgularıyla tutarlılık göstermektedir.

Kübler-Ross'un ölüm ve ölümcül hastalıklara verilen tepkileri açıkladığı yaklaşımında yola çıkılarak meme kanseri tanısından sonra kişide yaşanan şok ve şaşkınlığın ardından öfke tepkisinin yaşanacağı beklenebilir. Araştırmadaki hastaların tanı ve tedavi süreçlerinin yakın olmasından yola çıkılarak öfkenin önemli bir değişken olduğu söylenebilir. Kontrol grubuyla yapılan karşılaştırma bulguları bunu destekler nitelikte bulunmuş ve hastaların kontrol grubuna göre öfkelerini daha fazla bastırdıkları bulunmuştur. Meme kanseri hastalarında depresyonun yordanmasında değişkenler arasında en güçlü etkinin bastırılmış öfke olduğu görülmüştür. Bastırılmış öfkenin yordanması için yapılan regresyon analizi sonucunda, hastaların kendini çaresiz hissetmesin önemi ortaya çıkmıştır. Çaresiz yaklaşımın ayrıca depresyonun yordanmasında da önemli bir değişkendir.

Sosyal desteğin, tampon etkisi modelinden yola çıkarak, meme kanseri hastalarında kanser tanısının oluşturduğu stresle başa çıkmada ve depresyon düzeyinde etkili olabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle, araştırmada sosyal destek

de incelenmiş, elde edilen bulgular, meme kanseri hastalarında sosyal desteğin önemli bir değişken olduğunu göstermiştir.

Sağlıkla ilgili çalışmalarda, tampon etkisi modeli sosyal desteğin kişiyi stresin zararlı etkilerinden koruduğu, olaya karşı duygusal ve psikolojik tepkilerini ve uyumsuz davranış tepkilerini azalttığını (Cohen ve Wills, 1985; Cohen 1988, 2004) belirtir. Sosyal desteğin stres yaratan durumu ortadan kaldırmasa bile, bireylerin kaygı düzeylerini azaltarak, kişinin iyimser olmasına, yeni çözümler üretmesine yardımcı olup çaresizlik duygularını azalttığı görülmektedir (Allen ve ark., 2000). Sosyal desteğin, anksiyete, depresyon ve psikolojik sıkıntılara karşı koruyucu olduğu (Kawachi ve Berkman, 2001; Lueboonthavatchai, 2007) da gösterilmiştir. Kanser hastalarında sosyal desteğin stresi azaltmada, yaşam süresini uzatmada (Blaidler ve ark., 2001), tanıya uyumda (Holland ve Holahan 2003) ve bağışıklık sistemini güçlendirmede (Firshein, 1999) ölüm oranlarını azaltmada (Kroenke ve ark., 2006) olumlu sonuçları gösterilmiştir. Ayrıca, sosyal desteğin kanser hastalarında, yaşam kalitesini artırma ile (Blaidler ve ark., 2001; Holzner ve ark., 2001; Sammarco, 2001; 2003), umut düzeylerini artırma (Crothers, 2004) ve tanıya uyumu kolaylaştıracak olumlu psikolojik süreçler ile ilişkisi (Peters-Golden, 1982; Roberts ve Cox, 1994) üzerine birçok araştırma sonuçları vardır. Görüldüğü gibi sosyal destek, kanser hastalarında sıkça araştırma konusu olmuş ve birçok alanda kanser hastalarının fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerindeki olumlu sonuçları gösterilmiştir.

Araştırmada aileden alınan sosyal desteğin depresyonun yordanmasında anlamlı olduğu görülmüştür, aileden alınan desteğin azalmasının depresyon riski artıracak bulgusu yukarıda örnekleri gösterilen yayınlardaki araştırmalarla tutarlıdır.

Ayrıca çalışmalarda kanser hastalarının desteği en fazla ailesinden ve arkadaşlarından aldığıyla ilgili bulgular diğer çalışmalarla (Dakof ve Taylor, 1990; Özyurt, 2007; Bottomley) da tutarlıdır.

Kugaya ve arkadaşları (2000) kanser hastalarında tek başına yaşamının psikolojik stresle anlamlı bir ilişkisi olduğunu belirtmişlerdir. Meme kanseri hastalarında tek başına yaşama ile umut düzeyi arasındaki ilişkiyi gösteren (Cope 2002), yine meme kanseri hastalarında sosyal destekleri arttığında baş etme becerileri ve umut düzeyleri arasında ilişkiyi gösteren araştırma (Elbring ve Lyon, 2002) örnekleri araştırmamızdaki sosyal destek ve başa çıkma arasındaki ilişkiyi gösteren sonuçlarla tutarlık göstermektedir.

Korelasyon analizinde, sosyal desteğin başa çıkma tarzlarından iyimser ve kendine güvenli yaklaşımlarla pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Lazarus (1999), kanser hastaları için, yaygın bir olumlu anlam kaynağı olarak, başka insanlarla bağlantıda olmanın önemini belirtmiştir ve başa çıkma sosyal desteğin önemini vurgulamıştır. Bu da literatürde meme kanseri hastalarında depresyonun yordanmasında sosyal destek ve başa çıkma ilişkilerinin önemli olduğuyla ilgili araştırma sonuçlarıyla tutarlıdır. Ülkemizde Filazoğlu ve Griva (2008) tarafından meme kanseri hastalarıyla yapılmış bir çalışmada araştırmadaki sonuçlarla benzer sonuçlar gösterilmiştir. Her ne kadar Filazoğlu ve Griva (2008) meme kanseri hastalarında depresyonu değil de yaşam kalitesini incelemişler de, sosyal destek ve başa çıkma tarzlarının güçlü etkisini vurgulamışlar ve yaşam kalitesinin yordanmasında, yine sosyal destek ve problem odaklı başa çıkmanın anlamlı derecede ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

Özetlemek gerekirse, meme kanseri hastalarında aileden alınan sosyal desteğin, stresle başa çıkma tarzlarının ve öfke tarzının önemli olduğu görülmüştür, ayrıca bu değişkenlerin birbirleriyle anlamlı ilişkilerinin bulunduğu ve depresyonu yordamada güçlü etkileri olduğu, kişinin kendini çaresiz olarak görmesinin öfkesini bastırılmasının yordanmasında önemli olduğu görülmüştür.

4.2. BULGULARIN GENEL OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Sağlıkla ilgili istatistiksel çalışmaların gösterdiği gibi, meme kanseri dünyada ve Türkiye'deki kadınlar arasında sık görülmektedir ve kanserden dolayı kadın ölümleri nedenleri arasında başı çekmektedir. Ölümü çağrıştıran bir hastalıkla yüz yüze gelindiğinde kişide derin duygusal sıkıntılar yaşanabilmektedir. Meme kanseri tedavi sürecinin uzun, yorucu ve maliyetli olması, sadece hastayı değil aile sistemini etkilemesi bakımından da önemli bir sağlık sorundur.

1980–1994 yılları arasındaki çalışmaları kapsayan bir meta analiz çalışmasında, Van't Spijker ve arkadaşları (1997) kanser hastalarının genel popülasyona göre daha depresif olduklarını belirtmişlerdir. Meme kanseri hastalarında depresyon oranına bakılan çalışmalarda bu oran %1,5 ile %46 arasında bulunmuştur (Massie 2004). Bu anlamda meme ve diğer kanser hastalarının sağlıklı popülasyona göre depresyon açısından daha riskli bir grupta olduğu söylenebilir.

Kanser hastalarında depresyon varlığı ile yaşam süresi üzerine yapılan çalışmalarda depresyonun yaşam sansını azalttığı gösterilmiştir (Watson ve ark., 1999; Freyer ve ark., 2005). Depresyonun yaşam süresi üzerindeki bu etkisine ek

olarak, depresyon eşlik eden kanser hastalarının, depresyonu olmayan kanser hastalarına oranla yaşam kalitelerinin de daha düşük olduğu gösterilmiştir (Osaba, 1994; Valente ve ark., 1997). Bu bakımdan da, kanser hastalarıyla yapılacak depresyonla ilgili çalışmalar önemli görünmektedir.

Araştırmaya katılan meme kanseri hastalarının 16'sında depresyon olduğu, (BDÖ'den 21 ve üstü puan aldığı), 69 hastada ise depresyonun olmadığı, böylece örneklemdaki hastalarının % 18.8 oranında depresyonda olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda ise 8 kadının depresyonu olduğu (BDÖ'den 21 ve üstü puan aldığı) 76'sında ise depresyon olmadığı görülmüştür. Meme kanseri grupta depresyon % 18.8 oranında bulunmuşken, bu oran kontrol grubunda meme kanseri hastalarının yaklaşık yarısı kadar % 9.5 oranındadır. Buna ek olarak, meme kanseri hastalarının sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığı analizde, depresyon puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmada saptanan bu sonuçlar, yayınlarda meme kanseri hastalarında depresyonun sık karşılaşılan bir sorun olduğu ile ilgili yukarıda örnekleri verilen araştırmalarla tutarlılık göstermektedir.

Stres tanımı içinde, meme kanseri gibi kişinin hayatı tehdit eden bir hastalık tanısıyla karşılaşmasının ciddi bir stres yükü getirebileceği ve bu stresle başa çıkma tarzının ruhsal durumunda önemli bir yeri olacağı beklenen bir durumdur.

Japonya'da yapılan bir çalışmada Hosaka ve arkadaşları (1995) meme kanseri hastaların hem aktif, hem de pasif/kaçıngan başa çıkma yöntemlerini birlikte

kullandıklarını ve pasif/kaçınan başa çıkmanın olumsuz duygu durumla ilişkisi olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmada problemi değiştirmekle ilgili aktif çaba gerektirmeyen pasif bir başa çıkma tarzı olan çaresiz yaklaşımın, depresyonun en güçlü yordayıcısı olduğu gösterilmiştir. Kendine güvenli yaklaşım da depresyonun yordanmasında güçlü bir etkiye sahip diğer bir başa çıkma stratejisidir. Hastalarda stresle başa çıkma stratejilerinden çaresiz yaklaşımın kullanılmasının artması ve kendine güvenli yaklaşımın azalması depresyon riskinin yordanmasında önemli olduğu görülmüştür. Bunlar yayınlarda, meme kanseri hastalarında duygu odaklı başa çıkma tarzlarının olumsuz duygu durumla (Hosaka ve ark., 1995; Holland ve Holahan, 2003) ilişkisini gösteren çalışmalarla tutarlılık göstermektedir.

Shumar ve Hill (1991) sosyal desteğin, bağlılık gereksiniminin doyurulmasını, kimlik duygusunun korunması ve güçlendirilmesini, kendine güvenin atmasını sağladığını belirtmişlerdir. Chen ve arkadaşları (1996) kanser tanısı krizinde hastaların aile ve arkadaşlarından sosyal destek arayabildiklerini göstermişlerdir. Araştırmada meme kanseri hastalarında sosyal desteğin önemli bir değişken olduğu bulunmuştur. Meme kanseri hastalarında aileden alınan sosyal desteğin depresyonun yordanmasında önemli bir faktör olduğu, aileden alınan desteğin azaldığında depresyonun artacağı bulunmuştur. Araştırma sonucu, kanser hastalarının sosyal desteği en çok aile ve arkadaşlarından aldıklarını gösteren araştırmalarla (Dakof ve Taylor, 1990; Özyurt, 2007; Bottomley, 1995) tutarlılık göstermektedir.

Araştırmada, meme kanseri hastalarında öfke ve öfke tarzları da incelenen bir başka değişkendir. Berkowitz (1989) insanlar kendilerini kötü hissettiklerinde öfkelenebildiklerini ve olumsuz duygularla, öfke arasında ilişki olduğunu ileri sürmektedir.

Bridewell ve Chang (1997), içselleştirilmiş öfkenin, depresyonu yordamada önemli bir role sahip olduğunu ileri sürmektedirler. Araştırmada da öfkenin içe atılmasının depresyonun yordanmasında güçlü bir değişken olduğu gösterilmiştir. Araştırmadaki bu bulgu görüldüğü gibi yayınlarla tutarlılık göstermektedir.

Araştırmadaki korelasyon analizinde de yukarıdaki bulgularla tutarlı sonuçlar gösterilmiştir. Depresyonun, çaresiz ve boyun eğici stresle başa çıkma tarzlarıyla, öfke içte ve öfke dışa, tarzlarıyla pozitif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda depresyonun, iyimser ve güvenli başa çıkma tarzlarıyla, arkadaştan ve aileden alınan sosyal destekle negatif yönde anlamlı ilişkisi görölmektedir.

Özetlemek gerekirse, meme kanseri hastalarının yayınlarda da gösterildiği gibi öfkelerini bastırdıkları, depresyon oranlarının yüksek olduğu ve depresyon açısından aileden alınan sosyal desteğin, stresle başa çıkma tarzlarının ve öfke tarzlarının önemli olduğunu ve bu değişkenlerin birbirleriyle anlamlı ilişkilerinin bulunduğu ve depresyonu yordamada güçlü etkilere sahip oldukları gösterilmiştir.

4.3. SONUÇ VE GELECEKTEKİ ÇALIŞMALAR İÇİN ÖNERİLER

Bu araştırmada, tanı ve ameliyat süreci yakın olan meme kanseri hastalarında öfke, depresyon, başa çıkma tarzları ve sosyal destek incelenmiş ve bu değişkenler bakımından sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılmışlardır. Değişkenler arasında nasıl bir ilişki olduğu, tanı ve ameliyat süreci yakın olan hastaların öfke tarzının ve meme kanserinde sık karşılaşılan depresyonu nasıl yordadıkları incelenmiştir. Sonuçlar meme kanserinde depresyon oranının yüksek olduğu, stresle başa çıkmada problem odaklı başa çıkma tarzlarının, aileden alınan sosyal desteğin ve öfkenin bastırılmasının önemli olduğunu gösterilmiştir.

Araştırmada belli sınırlılıklar bulunmaktadır. Bu nedenle, araştırmadaki sınırlılıklar belirtildikten sonra ileride yapılacak çalışmalar için önerilerde bulunulacaktır.

Söz konusu çalışmada karıştırıcı değişkenlerin etkilerini en aza indirmek amacıyla kanserle ilgili tedavilerden sadece ameliyat olmuş kadınlar alınmıştır. Kemoterapi, radyoterapi ve hormonal tedavilerle ilgili belirtilen birçok yan etkinin karıştırıcı etkisini dışlamak amacıyla örneklem grubuna dar bir tanımlama içindikiler alınmıştır. Ancak, bu yöntem de az sayıda hastaya ulaşmaya neden olmuştur. Veriler bir yıla yakın bir sürede toplamıştır. Gelecek çalışmalarda daha uzun sürede veriler toplanarak, daha fazla sayıda ameliyat olmuş hastaya ulaşılabilir. Ayrıca hastanın yaşam olayları ve tedavi süreçleri karşısındaki değişimi, sağlık davranışları, düşünsel yapısı ile hastalığın gidişatı arasındaki ilişkileri araştırmak açısından boylamsal araştırmaların yapılması faydalı olabilir.

Sadece ameliyat olmuş kadınlar araştırmaya katılınca, araştırmadaki hastalar kanser evreleri bakımından eşit olamamıştır. Evre I ve II hastaları ağırlıklı olmuştur. Daha ileri evredeki meme kanseri hastaları tümörü küçülttükten sonra ameliyata alınmak amacıyla operasyondan önce kemoterapi alabilmektedirler. Kemoterapi almamış olma koşulundan dolayı ileri evre meme kanser hastalarına ulaşmak konusunda araştırmanın sınırlılığı bulunmaktadır. Yayınlarda yapılan ameliyat şeklinin depresyon, anksiyete, beden imajı gibi değişkenlerle ilişkisi gösterilmiştir. Araştırmada gruplar arasında, ilgili değişkenler açısından sadece boyun eğici davranışlarda fark bulunmuştur. Ancak meme koruyucu ve modifiye radikal ameliyat olmuş hastaların sayıları yeterli değildir, Söz konusu nedenle daha büyük örneklemle ameliyat şekline göre farklara bakılması yararlı olacaktır.

Bir başka sınırlılık ise depresyon ve psikolojik sıkıntılar açısından en riskli olarak değerlendirilen terminal dönem hastalarının alınamamış olmasıdır.

Araştırmanın hasta örnekleminin sadece bir ildeki bir hastaneden alınmış olması da başka bir sınırlılıktır. Farklı illerdeki birçok hastaneden verilerin alınması araştırmayı daha güçlü kılacaktır.

Yayınlardaki çalışmalar meme kanseri hastalığının etkilerinin uzun yıllar sürebildiğini göstermektedir. Tedavisi uzun zaman alan ve tedavi bittikten sonra kontrolleri yıllarca devam eden meme kanseri hastalarında sadece ameliyat olmuş kadınları alarak tanının ilk andaki etkileri değerlendirilmiş, uzun dönem etkileri görülmemiş olabilir. Örneklem grubuna baktığımız zaman hastaların % 90.8'inin

tanıyı öğrendikten sonraki ilk 30 gün içinde ameliyat olduklarını görmekteyiz. Hastaların % 90.4'ünden ameliyattan sonraki 7 gün içerisinde veriler alınmıştır. Görüldüğü gibi örneklem tanı ve tedavi sürecinin başında olan hastalardan oluşmaktadır. Ancak hastaların gelecekteki psikolojik sağlıkları, alınabilecek önlemler, koruyucu ruh sağlığı açısından, bu dönemle ilgili veriler çok kıymetlidir. Gelecekte, araştırma bulgularına dayalı, bu dönemde verilecek psikolojik destek sonrasında, uzun dönemde tekrar ölçümler alınıp, psikoterapinin etkililiği incelenebilir.

Kendi bildirim ölçekleriyle değerlendirilme yapılmış olması, araştırmanın diğer bir sınırlılığını oluşturmaktadır. Depresyonu olan grubun kendi bildirim ölçeğiyle tanımlanması bir sınırlılık oluşturmaktadır. BDÖ, özellikle somatizasyon bölümünde yer alan soruların bu hasta grubunda depresyonu belirlemede sorun olabileceği düşünülmüştür. Yayınlarda da kanser hastaları örnekleminde kendi bildirim ölçeklerinin sık kullanıldığı görülmektedir, ancak depresyon için DSM-IV tanısının kullanılması gelecekteki araştırmaları daha güçlü kılabilceği düşünülmektedir.

Araştırma sonuçları meme kanseri hastalarında depresyon oranının yüksek olduğunu gösteren yayınlarla tutarlılık göstermektedir. Depresyonun yaşam kalitesi ve süresini etkileyebileceği ile ilgili yayınlarda dikkate alındığında, hastaların tanı konulduğundan itibaren psikolojik yardım sağlanması ve hastalarda belli aralıklarla depresyonun taranması ve düzenli psikolojik yardımın tedavinin bir parçası haline getirilmesi faydalı olabilir. Klinik bir depresyon tanısı almasa bile hastalara düzenli

profesyonel psikolojik destek sağlamanın, hem hasta hem alanla ilgili elde edilebilecek kalitatif bilgilerin toplanmasına faydası olacaktır.

Kanser hastalarında sosyal desteğin önemi açıktır. Bu bakımdan da hasta ailelerine verilecek bilgilendirme görüşmeleri veya toplantıları yararlı olabilir. Hastaya verilecek desteğin önemi ve desteğin nasıl sağlanacağı ile ilgili verilecek eğitimler hastaya yarar sağlamaktan başka hastanın ailesindeki bireyler için de faydalı olacaktır. Çünkü kanser aileler içinde zorlayıcı bir yaşantı olabilmektedir. Hasta yakınlarının bir araya geldiği ve zorluklarını paylaştığı toplantılar yapılabilir. Bu toplantılarda aynı zaman da riskli aile bireyleri fark edilip profesyonel yardım için yönlendirilebilmesi için de fırsat sağlayabilir.

Meme kanseri hastalarında özellikle öfke olmak üzere duyguların ifade edilmesi oldukça önemli olabileceğinden hasta ve ailesine iletişim becerileri, öfke ifadesi ile ilgili eğitimler sağlanabilir.

Öfkenin bastırılması ve depresyonun yordanmasında önemli olduğu görülen çaresizlik duygusuyla baş etmeyi öğretmek ve tedavi süreçleriyle ilgili umut verici sonuçları paylaşmak yararlı olacaktır. Bu konuda doktorun bilgi vermesini sağlanmanın yanında, daha önce benzer süreçlerden geçmiş hastalardan da yararlanabilir. Meme kanseri tedavilerini bitirip, hastalığı yenmiş kişilerle yapılan toplantılar veya etkinliklerde duygu ve bilgi paylaşımı umudu artırarak çaresizlik duygusunu azaltabilir.

Meme kanseri ile çalışan sağlık ekibine hastanın yaşadığı psikolojik süreçlerle ilgili bilgilerin verilmesi, düzenli hizmet içi eğitimlerin yapılması hem hasta hem de sağlık çalışanları açısından faydalı olacaktır. Sağlık ekibinin özellikle depresyon için riskli olan hastaları tanınması ve yönlendirmesi önemlidir. Duygularını ifade etmeyen, kızgınlık göstermeyen, aşırı uyumlu ve itaatkar davranan, yeterince sosyal desteği olmayan hastalar depresyon açısından riskli bir grupta olabilirler ve bu riskli profildeki hastaların tanınması erken müdahale edilebilmesi için önemlidir Sağlık ekibi çalışanlarına, hastanın bilgi ihtiyacının doyrurulması, gerçekçi bir yaklaşımla umut sağlanması öneminin anlatılmasını yanı sıra riskli hasta profili, bu hastalara yaklaşımın nasıl olacağı ve ekip çalışmasının önceden belirlenmiş yol haritası anlatılabilir.

Sonuç olarak bazı sınırlılıklarına rağmen, kanser tedavisinin sadece bir dönemini ele alan ve kanser tanısı ve tedavisinin ilk aşamalarında olan meme kanseri hastalarında depresyon oranlarının ve depresyon için riskli faktörlerin belirlenmesi bakımından, bu araştırmanın ilgili yayınlara önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte sonuçların yeni araştırmalarla desteklenmesi önerilmektedir.

ÖZET

Bu araştırmanın amacı tanı ve ameliyat süreci yakın olan meme kanseri hastalarında öfke, depresyon, stresle başa çıkma tarzları ve sosyal destek düzeylerinin incelemektir ve söz konusu düzeyler açısından hasta grubu ile kontrol grubunu karşılaştırmaktır.

Bu amaç doğrultusunda 85 meme kanseri ameliyatı olmuş, kemoterapi ve radyoterapi tedavileri almamış kanser hastası ve benzer demografik özelliklere sahip 84 sağlıklı, toplam 169 kadın ile çalışılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak, Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanılmıştır.

Meme kanseri kadınların depresyon oranı % 18.8 olarak bulunmuştur. Ailesinde kanser öyküsü olan kadınların ailesinde kanser öyküsü olmayanlara göre, öfke-içte ve öfke-kontrol bakımından farklılaştıkları ve ailesinde kanserden dolayı kayıp öyküsüne göre ise sadece öfke-kontrol puanlarında farklılaştıkları görülmüştür. Meme kanseri hastalarında geçmiş psikiyatrik öykü ve eşlik eden başka fiziksel hastalık açısından ise farklılaşmadığı görülmüştür.

Meme kanseri hastalar ile kontrol grubundaki kadınların öfke, depresyon, stresle başa çıkma tarzları ve algıladıkları sosyal destek puanları arasındaki farklar bağımsız gruplar t-testi ile analiz edilmiş ve meme kanseri hastalarının depresyon, boyun eğici yaklaşım, aileden ve özel insandan alınan destek puanlarının kontrol

grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu gör÷lmüştür.

Meme kanseri hastaları için yapılan korelasyon analizde depresyonun, stresle başa çıkma tarzlarından çaresiz ve boyun eğici yaklaşımlarla, sürekli öfke, öfke-içte ve öfke-dışa tarzlarıyla pozitif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda depresyonun, iyimser ve güvenli başa çıkma tarzlarıyla, arkadaştan ve aileden alınan sosyal destekle negatif yönde anlamlı ilişkisi gösterilmiştir.

Regresyon analizi sonuçları meme kanseri hastalarında depresyonun yordanmasında çaresiz yaklaşım ve öfke-içte'nin pozitif yönde ve aileden alınan destek ve iyimser yaklaşımın negatif yönde etkileri olduğu göstermiştir.

Anahtar sözcükler: meme kanseri, öfke, depresyon, stresle başa çıkma tarzı, sosyal destek

ABSTRACT

The aim of this research is to investigate the levels of anger, depression, ways of coping with stress and social support in breast cancer patients who have recently experience diagnosis and surgery process and comparing these levels between the patient group and the control group.

In line with this purpose, 85 patients who underwent breast cancer operation but were not receive to chemotherapy and radiotherapy and 84 healthy subjects who had similar demographic properties, in total 169 female subjects were included in this study. As means of data collection The State – Trait Anger Scale (STAS), Beck Depression Inventory (BDI), Ways of Coping Inventory (WCI) and Multidimensional Scale of Percieved Social Support (MSPSS) were applied.

The depression prevalence was found to be 18.8 % among the breast cancer women. Women who had a family history for cancer were found to differ from women who had no family history in the anger-inside and anger-control scores. According to this history of loss in te family due to cancer, there was a difference only in the anger-control scores. Patients with breast cancer did not differ in past psychiatric history and accompanying disorders that physical.

Breast cancer patients and women in the control group were analysed for the differences in anger, depression, ways of coping with stres and perceieved social support scores by the independent- samples t test and breast cancer patients were

found to receive significantly higher scores than the control group on depression, submissive approach, support recieved from family and the significant other.

In the correlation analysis done for the breast cancer patients, depression was found to be correlated positively and significantly with the subscales of helpless approach and submissive approach of the ways of coping with stress, the expression of anger-inside and anger-outside. At the same time depression was found to be negatively and significantly correlated with optimistic approach and self-confident approach ways of coping, social support recieved from family and friends.

Accoring to the regression analysis, to predict depression among the relatives of breast cancer patients, helpless approach and anger-inside was found to be positively whereas social support from family and optimistic approach to be negatively effective.

Keywords: breast cancer, anger, depression, ways of coping, social support.

KAYNAKLAR

Aapro, M., Cull, A. (1999). Depression in breast cancer patients: the need for treatment. **Annual Oncology**, 10, 627-636.

Allen, S.M., Ciambrone, D. ve Welch, L.C. (2000). Stage of life course and social support as a mediator of mood person with disability. **Journal of Aging and Health**, 13 (3), 318-342.

American Cancer Society. <http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2005BrFacspdf2005.pdf>. Erişim tarihi, 24.5.2010.

Amerikan Psikiyatri Birliği: **Psikiyatriye Hastalıkların Tanımlanması Ve Sınıflanması Elkitabı**, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı(DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E,Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.

Amir, M.,ve Ramati, A. (2002). Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer: a preliminary research. **Anxiety Disorders**, 16, 1191-2006.

Andrykowski, M.A. ve Cordova, M.J. (1998). Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer: test of the Andersen model. **Journal of Traumatic Stress**, 11(2),189-203.

Anuk, D. (1998). Kanser, kanserli hasta, hasta ailesi ve tedavi ekibi etkileşimi. **V. Ulusal Konsiltasyon-Liyezon Psikiyatri Kongresi Kitabı**, 166-172.

Arman, M. ve Rehnsfeldt, A. (2003). The hidden suffering among breast cancer patients: A qualitative metasynthesis. **Qualitative Health Research**, 13(4), 510-527.

Aslan, G. (2006). Meme kanseri olan bireylerin birinci derece akrabalarının bilgi ve destek gereksinimlerinin saptanması. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Aygin, D. ve Aslan, F.E . (2005). Meme kanseri ve tedavilerin cinsel işleve etkisi. **VIII. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi, Kongre Özet Kitabı**, 21-24 Eylül, İstanbul, 358.

Baider, L., Peretz, T., Hadani, P.E. ve Koch, U. (2001). Psychological intervention in cancer patients: A randomised study. **General Hospital Psychiatry**, 23 (5), 272-277.

Balsamo, M. (2010). Anger and depression: evidence of a possible mediating role for rumination. **Psychological Reports**, 106 (1), 3-12.

Baron, R.S., Cutrona, C.E., Hicklin, D. ve ark. (1990). Social support and immune function among spouses of cancer patients. **Journal of Personality and Social Psychology**, 59 (2), 344-352.

Berkman, L.F. ve Syme, S.L. (1979). Social network, host resistance and mortality: a nine-year follow up study of Alameda County resident. **American Journal Epidemiology**, 109 (2), 186-204.

Berkowitz, L. (1989). Frustration-Aggression Hypothesis: Examination and Reformulation. **Psychological Bulletin**, 106 (1), 59-73.

Biaggio, M.K. (1987). Clinical dimension of anger management. **American Journal of Psychotherapy**, 41 (3), 417-424.

Biaggio, M.K. ve Godwin, W.H. (1987) Relation of depression to anger and hostility constructs. **Psychological Reports**, 61, 87-90.

Blonna, R. (2007). **Coping With Stress in A Changing World**. 4th edition . McGraw-Hill: New York.

Bottomley, A. (1995). The development of Bottomley Cancer Social support Scale. **European Journal of Cancer Care**, 14, 126-131.

Bozfakioğlu, Y. ve Asoğlu, O. (2006). **Genel Cerrahi**. Değerli, Ü. ve Erbil, Y.(ed.). 8. baskı. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. şti., Nobel Matbaacılık.

Bölükbaş, N. ve Çevik, R. (1999). Mastektomili hastalarda depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. **VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı**, 116-121.

Bridewell, W.B. ve Chang, E.C. (1997). Distinguishing between anxiety, depression and hostility: Relations to anger-in, anger-out, and control. **Journal Personality and Individual Differences**, 22, 587-590.

Burkitt, H.G., Quick, C.R.G. ve Reed, J.B. (2007). **Essential Surgery: Problems, Diagnosis and Management**, 4th edition. Churchill Livingstone, China.

Burns, J.W., Evon, D. ve Strain-Saloum, C. (1998). Repressed anger and pattern of cardiovascular, self-report and behavioral responses: Effects of harassment. **Journal of Psychosomatic Research**, 47, 569-581.

Carver, C.S., Scheler, M.F. ve Weintraub J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. **Journal of Personality and Social Psychology**, 56 (2), 267-283.

Carver, C.S., Pozo, C., Haris, S.D., ve ark. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. **Journal of Personality and Social Psychology**, 65, 375-390.

Chen, C.C., David, A., Thompson, K. ve ark. (1996). Coping strategies and psychiatric morbidity in women attending breast assessment. **Clinical Journal of Psychosomatic Research**, 40, 265-270.

Clarke, S.A , Booth, L., Velikova, G. ve Hewison, J. (2006). Social Support: Gender Differences in Cancer Patients in the United Kingdom. **Cancer Nursing**, 29 (1), 66-72.

Cohen, S. ve Wills T.A. (1985). Stres, social support and buffering hypothesis. **Psychological Bulletin**, 98 (2), 310-357.

Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. **Health Psychology**, 7, 269 -297.

Cohen, S. (2004). Social relationships and health. **American Psychologist**, 59, 676-684.

Compas, B.E., Connor-Smith, J.K., Saltzman, H. ve ark. (2001). Coping with stres during childhood and adolescence: Problems, progress, and potantial in theory and research. **Psychology Bulletin**, 127 (1), 87-127.

Cope, D. (2002). Facilitating hope in patients with cancer. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, 6 (6), 375- 376.

Corbishely, M.A., Hendricson. R., Beutler. L.E. ve Engle. D. (1990). Behavior, affect, and cognition among psychogenic pain patients in group expressive psychotherapy. **Journal of Pain Symptom Management**, 5, 241-248.

Cox, T. ve Mackay, C. (1982). Psychosocial factors and psychophysiological mechanism in the aetiology and development of cancers. **Social Science & Medicine**, 16, 381-396.

Crothers, M.K. (2004). The relationship between satisfaction with social support, affect balance and hope in cancer patients. **Journal of Psychosocial Oncology**, 23 (4), 103-118.

Dakof, G.A ve Taylor, S.E. (1990)Victims' perceptions of social support: what is helpful from whom? **Journal of Personality and Psychology**, 58 (1), 80-89

Decryenaere, M., Evers-Kiebooms, G., Welkenhuysen, M., ve ark. (2000). Cognitive representations of breast cancer, emotional distress and preventive health behaviour: a theoretical perspective. **Psycho-Oncology**, 9 (6), 528-536.

Deffenbacher, J.L., Oetting, E. R., Thwaites, G. A., ve ark. (1996). State-Trait anger theory and the utility of trait anger scale. **Journal of Counseling Psychology**. 43 (2), 131-148.

Deimling, G. T., Kohana, B., Bowman, K. F., ve Schaefer, M.L. (2002). Cancer survivorship and psychological distress later in life . **Psycho- Oncology**, 11, 479-494

Dunkel-Schetter, C. (1984). Social Support and Cancer: Findings Based on Interviews and Their Implications. **Journal of Social Issues**, 40 (4), 77-98.

Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L.G., Taylor, S.E. ve Falke, R.L. (1992). Patterns of coping with cancer. **Health Psychology**, 11 (2), 79-87.

Dünya Sağlık Örgütü Kanser Verileri.http://whqlibdoc4who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p1-104.pdf. Erişim tarihi, 24.05.2010.

Elbright, P.R. ve Lyon, B. (2002). Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer. **Oncology Nursing Forum**, 29 (3), 561-568.

Eker, D., ve Arkar, H. (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirliği. **Türk Psikoloji Dergisi**, 10 (34), 45-55.

Eker, D., Arkar, H. ve Yıldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 12 (1), 17-25.

Elbi, H. (2001). Kanser ve depresyon. **Psikiyatri Dünyası**, 5, 5-10.

Engelbreton, T.O., Matthews, K.A., ve Scheier, M.F. (1989). Relations between anger expression and cardiovascular reactivity: Reconciling inconsistent finding through a matching hypothesis. **Journal of Personality and Social Psychology**, 57, 513-521.

Eylen, B. (2001). Bilgi verici danışmanlığın kanser hastalarının ailelerinin sosyal destek becerileri üzerine etkisi. Doktora tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara

Eysenck, H.J. (1994). Cancer, personality and stres: Prediction and prevention. **Advances in Behavior Research and Therapy**, 16, 167-215.

Faul, L.A., Jim, H.S., Williams C., ve ark. (2010). Relationship of stres manegement skill to psychological distrss and quality of life in adult with cancer. **Psycho-Oncology**, 19, 102-109.

Fife, B.L., Kennedy. V.N. ve Robinson, L. (1994). Gender and adjustment to cancer: clinical applications. **Journal of Psychosocial Oncology**, 12, 1-21

Fife, B.L. (1995). The measurement of meaning in llness. **Social Science Medicine**, 40 (8), 1021-1028.

Filazoğlu, G ve Griva, K. (2008) Coping and social support and health related quality of life in women with breast cancer in Turkey. **Psychology Health and Medicine** 13 (5), 559-573.

Firshein, R. (1999). Life Support. **Psychology Today**, 32 (4), 28-29.

Folkman, S. ve Lazarus R.S. (1980). An anaysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of Health and Social Behavior**, 21, 219-239.

Folkman, S. ve Lazarus R.S. (1985). If changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of colloge examination. **Journal of Personality and Social Psychology**, 48, 150-170.

Folkman, S. (1999). Thoughts about psychological factors, PNI, and cancer. **Advences in Mind-Body Medicine**, 15 (4), 55-259.

Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. **Anxiety, Stress & Coping**, 21 (1), 3 – 14.

Franks, H.M. ve Roesch, S.C. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis. **Psycho-Oncology**, 15 (12), 1027-1037.

Freyer, G., Geay, J.F., Touzet, S. ve ark. (2005). Comprehensive geriatric assessment predicts tolerance to chemotherapy and survival in elderly patients with advenced ovarian carcinoma: a GINECO study. **Annual Oncology**, 16, 1795-1800.

Gagliardi, C., Vespa, A., Papa, R. ve ark. (2009). Social Support Networks and Depression of Women Suffering from Early-Stage Breast Cancer: A Case Control Study. **Journal of Psychosocial Oncology**, 27 (1), 216-229.

Ganz, P.A., Guadagnoli, E., Landrum, M.B., ve ark. (2003). Breast cancer in older women: Quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. **Journal of Clinical Oncology**, 21 (21), 4027-4033.

Gençtan, E. (1999). **İnsan Olmak**. 20. basım. Remzi kitapevi. İstanbul.

Glanz, K. ve Lerman, C. (1992). Psychosocial impact of breast cancer: A literature review. **Annals of Behavioral Medicine**, 14 (3), 204-212.

Goldberg, J.A., Scott, R.N. ve Davidson, P.M. (1992). Psychological morbidity in the first year after breast surgery. **European Surgery Oncology**, 18, 327-331

Greer, S. (1991). Psychological response cancer and survival. **Psychological Medicine**, 21 (1), 43-49.

Gross, J. (1989). Emotional expression in cancer onset and progression. **Social Science & Medicine**, 28 (12), 1239-1248.

Hawkey, L. ve Cacioppo, J. (2003). Loneliness and pathways to disease. **Brain Behavior Immunology**, 17, 98-105.

Heim, E., Augustiny, F.K., Schaffner, L. ve Valach, L. (1993). Coping with breast cancer over time and situation. **Journal of Psychosomatic Research**, 17 (5), 523-542.

Heim, E., Valach, L., ve Schaffer, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: Longitudinal effects over time and stage in breast cancer. **Psychosomatic Medicine**, 59, 340-347.

Helgeson, V.S. ve Cohen S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Recording descriptive, correlational and interventional research. **Health Psychology**, 15 (2), 135-148.

Hisli, N. (1988), Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. **Psikoloji Dergisi**, 6 (22),118-122.

Hodges, L.J., Humphris, G.M., ve Macfarlane, G. (2005). A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer. **Social Science & Medicine** 60 (1), 1-12.

Holahan, K.D., ve Moos, R.H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. **Journal of Personality and Social Psychology**, 52 (5), 946-955.

Holland, C.J., Korzan, A.H., Tross, S., ve ark. (1986). Comparative psychological disturbance in patients with pancreatic ang gastric cancer. **Amerieican Journal of Psychiatry**, 143, 982-986.

Holland, K.D., ve Holahan, C.J. (2003). The relation of social support and coping to pozitive adaptation to breast cancer. **Psychology and Health**, 18 (1), 15-30.

Holzner, B., Kemler, G., Kopp, M., ve ark. (2001). Quality of life in breast cancer patients: not enough attention for long-term survivors? **Psychosomatics**, 42 (2), 117-123.

Hosaka, T., Tokuya, Y., Aoki, T. ve Kojoh, Y. (1995). Coping styles among Japanese women with breast cancer. **The Tokyo Journal of Experimental and Clinical Medicine**, 20 (2), 137-141.

Inoue, S., Saeki, T., Mantani, T., ve ark. (2003). Factors related to patient's mental adjustment to breast cancer: Patient characteristics and family functioning. **Support Care Cancer**, 11, 178-184.

Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., ve ark. (2005). The Relation Between Negative Emotional suppression and Emotional Distress in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. **Health Communication**, 18 (3), 201-215.

İliçin, G., Biberoglu, K., Süleymanlar, G., ve Ünal, S. (1999). **Temel İç Hastalıkları**. Güneş Kitapevi. Ankara.

Jarrett, S.R., Ramirez, A.J., Richards, M.A. ve ark. (1992). Measuring coping in breast cancer. **Journal of Psychosomatic Research**, 36 (6), 593-602.

Julkunen, J., Gustavsson-Lilius, M. ve Hietanen, P. (2009). Anger expression, partner support, and quality of life in cancer patients. **Journal of Psychosomatic Research**, 66 (3), 235-244.

Karen, L. Clark K.L, Loscalzo M., ve ark. (2010) Psychological distress in patients with pancreatic cancer - an understudied group. **Psycho-oncology**. Early view. Published online, 29 Jan 2010.

Kawachi, I.ve Berkman L. (2001). Social ties and mental health. **Journal of Urban Health**, 78 (3), 458-467.

Kellner, M.H., ve Bry, B.H. (1999). The effects of anger manegement groups in a day school for emotionally disturbed adolescenta. **Adolescence**, 34 (136),645-651.

Kerns, R.D., Rosenberg, R., ve Jakob, M.C. (1994). Anger expression and chronic pain. **Journal of Behavioral Medicine**, 15, 57-67.

Kroenke, C.H., Rosner, B., Chen, W.Y., ve ark. (2004). Functional impact of breast cancer by age at diagnosis. **Journal of Clinical Oncology**, 22, 1849-1856.

Kroenke, C.H., Kubzansky, L.D., Schernhammer, E.S., ve ark. (2006) Social Networks, social support and survival after breast cancer diagnosis. **Journal of Clinical Oncology**, 24, 1105-1111

Kornblith, A.B., Herndon, J.E., Weiss, R.B., ve ark. (2003). Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. **Cancer**, 98 (4), 679-689.

Köknel, Ö. (1986). **Kaygıdan Mutluluğa Kişilik**. Altın Kitaplar Yayınevi. İstanbul.

Kugaya, A., Akechi, T., Okuyama, T., ve ark. (2000). Prevalance, predictive factors and sceening for psychologic distress in patient with newly diagnosed head and neck cancer. **Cancer**, 88, 2817-2823.

Kübler-Ross, E. (2008). **Ölüm ve Ölmek Üzerine**. çev; Banu Büyükkal. Boyner Yayıncılık. İstanbul.

Lansky, S.B., List, M.A., Herrmann, C.A., ve ark. (1985). Absence of major depressive disorder in female cancer patients. **Journal of Clinical Oncology**, 3, 1553-1560.

Larsy, J.C.M., Margolese, R.G., Poisson, R., ve ark. (1987) Depression and body image following mastectomy and lumpectomy. **Journal of Chronice Diases**, 40, 529-534.

Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: Past, present and future. **Psychosomatic Medicine**, 55, 234-247.

Lazarus, R.S. (1999). Hope: An emotions and vital coping resource against despair. **Social Research**, 66 (2), 653-678.

Lee, P.S., Sohn, J.N., Lee, Y.M., ve ark.. (2005). A correlational study among perceived stress, anger expression, and depression in cancer patients. **Journal of Korean Academy of Nursing** 35 (1), 195-205.

Lehnert, K., Overholser, J. ve Spirito, A. (1994). Internalized and externalized anger in adolescent suicide attempters. **Journal of Adolescent Research**, 9, 105-119.

Lethborg, C.E., Kissane, D., Burns, W.I., ve Snyder, R. (2000). "Cast adrift: the experience of completing treatment among women with early stage breast cancer. **Journal of Psychosocial Oncology**, 18 (4), 73-90.

Lueboonthavatchai, P. (2007). Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. **Journal of Medical Association of Thailand**, 90(10), 2164-2174.

Levine, J., Warrenburg, S., Kerns, R., ve ark. (1987). The role of denial in recovery from coronary heart disease. **Psychosomatic Medicine**, 49 (2), 109-117.

Lloyd, G.G., Parker, A.C., Ludlam, C.A. ve McGuire, R.J. (1984). Emotional impact of diagnosis and early treatment of lymphomas. **Journal of Psychosomatic Research**, 28, 157-162

Loveys, B.J. ve Klaich, K. (1991). Breast Cancer. **Oncology Nursing Forum**, 18 (1), 75-80.

Maguire, G.P., Lee, E., Bevington, D., ve ark. (1978). Psychiatric problems in the first year after mastectomy. **Cancer**, 1, 963-965

Manne, S.L., Osttroff, J., Winkel, G., ve ark. (2005). Partner unsupportive responses avoidant coping and distress among women with early stage breast cancer: patient and partner perspectives. **Health Psychology**, 24, 635-641.

Massie, M.J. ve Holland J.C. (1990). Depression and the cancer patien. **Journal of Clinic Psychiatry**, 51, 12-9.

Massie, M.J. (2004). Prevalence of Depression in patient with cancer. **Journal of National Cancer Institute Monographs**, 32, 57-71.

Maraste, R., Brandt, I., Olson, H. ve Ryde-Brandt, B. (1992). Anxiety and depression in breast cancer patients at start of adjuvant radiotherapy. **Acta Oncologica**, 31, 641-643.

Merckaert, I., Libert, Y., Messin, S., ve ark. (2010). Cancer patients' desire for psychological support: prevalence and implications for screening patients' psychological needs. **Psycho-Oncology**, 19 (2), 141-149.

Meyer, L, ve Aspergren, K. (1989). Long-term psychological sequelae of mastectomy and breast conserving treatment for breast cancer. **Acta Oncology**, 28, 13-18.

Meyerowitz, B.D. (1980). Psychosocial Correlates of Breast Cancer and its Treatments. **Psychological Bulletin**, 87, 108-131.

McLean, L.M. ve Jones, J.M. (2007). A review of distress and its management in couples facing end-of-life cancer. **Psycho-Oncology**, 16 (7), 603-616.

Mustian, K.M., Katuls, J.A., ve Gill, D.L. (2002). Exercise: Complementary therapy for breast cancer rehabilitation. **Women & Therapy**, 25 (2), 105-117.

Morris, T., Greer, H.S., ve White, P. (1977). Psychological and social adjustment to mastectomy. **Cancer**, 40, 2381.

Morris, T., Greer, S., Pettingale, K.W., ve Watson, M. (1981). Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. **Journal of Psychosomatic Research**, 25 (2), 111-117.

Newport, D.J. ve Nemeroff, C.B. (1998). Assessment and treatment of depression in the cancer patient. **Journal of Psychosomatic Research**, 45, 215-37.

Norris, F.H. ve Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: a test of the social support deterioration deterrence model. **Journal of Personality and Social Psychology**, 71 (3), 498-511.

Nosarti, C., Roberts, J.V., Crayford, T., ve ark. (2002). Early psychological adjustment in breast cancer patients: A prospective study. **Journal of Psychosomatic Research**, 53, 1123-1130.

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

Ohaeri, J.U., Campbell, O.B., Ilesanmi, A.O., ve ark. (1998). Psychosocial concerns of Nigerian women with breast and cervical cancer. **Psychooncology**, 78, 494-501.

Osaba, D.(1994). Lessons learned from measuring health-related quality of life in oncology. **Journal of Clinical Oncology**, 12, 608-616.

Özer, A.K. (1994). Sürekli öfke (SL-Öfke) ve öfke ifade tarzı (Öfke-Tarz) ölçekleri ön çalışması. **Türk Psikoloji Dergisi**, 9 (31), 26-35.

Özkan, M.B. (1996). Psikiyatri. **4. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı**, 21-26.

Öztürk, O. (2001). **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**. 8. baskı. Nobel tıp Kitapevleri, Ankara.

Özyurt, B.E. (2007). Kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeylerine ilişkin betimsel bir çalışma. **Kriz Dergisi**, 15 (1), 1-15.

Palsson, M.B.E., ve Norberg, A. (1995). Breast cancer experiences of nursing care with the focus on emotional support: The implication of a nursing intervention. **Journal of Advanced Nursing**, 21, 277-285.

Parkes, K.R. (1984). Locus of control, cognitive appraisal and coping in stressful episodes. **Journal of Personality and Social Psychology**, 46(3), 655-668.

Pearlin, L.I., ve Schooler, C. (1978). The structure of coping. **Journal of Health and Social Behavior**, 19, 2-21.

Penedo, F.J., Dahn, J.R., Kinsinger, D., ve ark. (2006). Anger suppression mediates the relationship between optimism and natural killer cell cytotoxicity in men treated for localized prostate cancer. **Journal of Psychosomatic Research**, 60 (4), 423-427.

Perdrizet-Chevallier, C., Reich, M., ve Lesur, A. (2007). Mood disorder and anxiety in ovarian and cervical cancer. Workshop 18 abstracts, **15th AEP Congress abstract book./european psychiatry**, 22, 482-483.

Peter-Golden, H. (1982). Breast Cancer: Varied Perceptions of Social Support in the Illness Experience. **Social Science and Medicine**, 16, 483-492.

Pettingale, K.W., Watson, M., ve Greer, G. (1985). The Validity of Emotional Control as a Trait in Breast Cancer Patients. **Journal of Psychosocial Oncology**, 2 (3&4), 21-30.

Pettingale, K.W., Burgess, C., ve Greer, S. (1987). Psychological response to cancer diagnosis . correlations with prognostic variables. **Journal of Psychosomatic Research**, 32, 255-261.

Plumb, M., ve Holland, J. (1981). Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer. II. Interviewer-rated current and past psychological symptoms. **Psychosomatic Medicine**, 43, 243-254.

Pitceathly, C.ve Maguire, P. (2003). The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: A review. **European Journal of Cancer**, 39 (11), 1517-1524.

Power, M. J. ve Tarsia, M.(2007). Basic and Complex Emotions in Depression and Anxiety, **Clinical Psychology and Psychotherapy**, 14 (1), 19-31.

Ransom, S., Jacobsen, P.B., Schmidt. J.E., ve ark. (2005). Relationship of problem-focused coping strategies to changes in quality of life following treatment for early stage breast cancer. **Journal of Pain Syptom Managemant**, 30 (3), 243-253.

Riley, W.T, Treiber F.A., ve Woods, M.G. (1989). Anger and hostility in depression. **Journal Nervous Mental Disorder**, 177, 668-674.

Robert, C.S. ve Cox, C.E.(1994). A Closer Look at Social Support As A Moderator of Stress in Breast Cancer. **Health and Social Work**, 19 (3), 157-164.

Rose, J.H.(1990). Social support and cancer. Adult patients' desire for support from family, friends and health professionals. **American Journal of Community Psychology**, 18, 439-464.

Sağlık Bakanlığı Kanseri İstatistikleri <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF71BE64510F6C8BC92747D9FFF7A1226>) Erişim tarihi, 24.05.2010.

Sammarco, A. (2001). Perceived Social Support, Uncertainty, and Quality of Life of Younger Breast Cancer Survivors. **Cancer Nursing**, 24(3), 212-219.

Sammarco, A. (2001). Psychosocial stages and quality of life of women with breast cancer. **Cancer Nursing**, 24(4), 272-277.

Sammarco, A. (2003). Quality of Life Among Older Survivors of Breast Cancer **Cancer Nursing**, 26 (6), 431-438.

Savaşır, I. ve Şahin, N.H (1997). **Bilişsel-davranışçı terapilerde sık kullanılan Ölçekler**. Türk Psikolojisi Yayınları No:9. Ankara.

Sayar, K., Güzelhan, Y., Solmaz, M., ve ark. (2000). Anger attacks in depressed Turkish outpatients. **Annual Clinical Psychiatry**, 12, 213-218.

Schnoll, R.A., Harlow, L.L., Stolbach L.L., ve ark. (1998). A structural model of the relationships among stage of disease, age, coping and psychological adjustment in women with breast cancer. **Psycho-Oncology**, 7, 69-77.

Schnoll, R.A., Knowles, J.C., ve Harlow, L. (2002). Correlates of adjustment among cancer survivors. **Journal of Psychosocial Oncology**, 20(1), 37-60.

Schwarzer, R., ve Leppin, A.(1991). Social support and health: a theoretical and empirical overview. **Journal of Social and Personal Relationships**, 8, 99-127.

Sertöz, Ö.Ö., Mete, H.E., Noyan, A., ve ark. (2004). Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri: kontrollü bir çalışma. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 15 (4), 264-275.

Sherbourne, C.D. ve Stewart, A.L. (1991). The MOS social support survey. **Social Science and Medicine**, 32 (6), 705-714.

Shumar, S.A. ve Hill, D.R.(1991). Gender differences in social support and physical health. **Health Psychology**, 10, 102-111.

Smith, E.M., Redman, R., Burns, T.L., ve ark. (1985). Perceptions of social support among Patients with Recently Diagnosed Breast, Endometrial and Ovarian Cancer. **Journal of Psychosocial Oncology**, 3, 65-81.

Sneed, N.V., Edlund, B., Dias, J.K. (1992). Adjustment of gynecological and breast cancer patients to the cancer diagnosis: comparisons with males and females have other cancer sites. *Health Care Women* , 13, 11-22

Sneeuw, K.C.A., Aaronson, N.K., Van Wouwe, M.C.C., ve ark. (1993). Prevalence and screening of psychiatric disorder in patient with early stage breast cancer. **Quality Life Research**, 2, 50-51

Sorias, O. (1988). Sosyal destekler ve ruh sağılığı. **E.Ü. Tıp Fakóltesi Dergisi**. 27 (1), 359-363.

Sorias, O.(1988). Sosyal Destek Kavramı. **E.Ü. Tıp fakóltesi Dergisi**, 27 (1), 353-357.

Spielberger, C.D., Crane R.S., Kearns, W.D. (1991). Anger and anxiety in essential hypertension. *Stress and Emotion: **Anxiety, Anger and Curiosity***, 265–279

Stanton, A.L. ve Snider, P.R. (1993). Coping with breast cancer diagnosos: A prospective study. ***Health Psychology***, 12, 16-23.

Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Sworowski, L.A., ve ark. (2002). Randomized, Controlled Trial of Written Emotional Expression and Benefit Finding in Breast Cancer Patients. ***Journal of Clinical Oncology***, 20 (20), 4160-4168.

Stoner, S.B. ve Spencer, W.B. (1987). Age and gender differences with the Anger Expression Scale. ***Educational and Psychological Measurement***, 47 (2), 487-492.

Şahin, N.H., ve Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. ***Türk Psikoloji Dergisi***, 10 (34), 56-73.

Şahin, N.H. ve Batıgün, A.D. (2009). Lise ve Üniversite Öğrencilerinde İntihar Riskini Belirlemeye Yönelik Bir Modelin Sınanması. ***Türk Psikiyatri Dergisi***, 20 (1), 28-36.

Talley, A., Molix L., Schlegel R.J., ve ark. (2010). The influence of breast cancer survivors' Perceived partner social support and need satisfaction on depressive symptoms: A longitudinal analysis. ***Psychology & Health***, 25 (4), 433-449.

Taucher, S. ve Jakesz, R. (2004). Survival after surgical treatment of breast cancer. **Current Concepts in Clinical Surgery**, 389, 75-82.

Temoshok, L.(1987) Personality, coping style, emotion and cancer: Toward an integrative model. **Cancer Surveys**, 6, 545-567

Thewes B., Putow P., Girgis A., ve ark. (2004). The psychosocial needs of breast cancer survivors: A qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. **Psycho-Oncology**, 13, 177-189.

Thoits, PA.(1986). Social support as coming assistance. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 54 (4), 416-423.

Thomas, S.P., Groer, M., Davis, M., ve ark. (2000). Anger and cancer: an analysis of the linkages. **Journal of Cancer Nursing**, 23 (5), 344-349.

Topuz, E., Aydın, A. ve Dinçer, M. (2003). **Meme Kanseri**. Nobel Tıp Kitapevleri. Ankara.

Uchino, B.N., Cacioppo, J.T. ve Kiecolt-Glaser, J.K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. **Psychological Bulletin**, 119 (3), 488-531.

Uluslararası Kansere Savaş Örgütü (UICC). **Klinik Onkoloji**. Genova IV.baskı çeviri
Dinçer, F. (1990). Sağlık Bakanlığı Türk Kansere Araştırma ve Savaş Kurumu Ortak
Yayını, Ankara,

Ünal, M. (2002). **Genel Cerrahi**. Kalaycı, G. (ed.). Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.,
Tayf Ofset.

Üstün, B. ve Yavuzaslan, F.(1995). Öfkenin gücü. **Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 2(2), 42-46.

Valante, S.M. ve Saunders, J.M. (1997). Diagnosis and treatment of major
depression among people with cancer. **Cancer Nursing**, 20, 168-177.

Van't Spijker, A., Trijsburg, R.W. ve Deuivenvoorden, H.J. (1997).Psychological
sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980.
Psyhosomatic Medicine, 59, 280-93.

Vogel, V.G. (2000). Breast Cancer Prevention: A review of current evidence.
Cancer Journal for Clinicians, 50 (3), 156-170.

Watson, M., Greer, S., Blake, S., ve Shrapnell, K. (1984). Reaction to a diagnosis of
breast cancer. Relationship between denial, delay and rates of psychological
morbidity. **Cancer**, 53 (9), 2008-2012.

Watson, M., Greer, S., Rowden, L., ve ark. (1991). Relationship between emotional control, adjustment to cancer, depression and anxiety in breast cancer patients. **Psychological Medicine**, 21, 51-57.

Watson, M., Haviland, J.S., Greer, S., ve ark. (1999) Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. **Lancet** 354, 1331-1336.

Wedding, U., Koch, A., Röhrig, B., ve ark. (2007). Requestioning depression in patients with cancer: Contribution of somatic and affective symptoms to Beck's depression inventory. **Annals of Oncology**, 18 (11), 1875-1881.

Wong-Kim, E.C. ve Bloom, J.R. (2005). Depression experienced by younger women newly diagnosed with breast cancer. **Psycho-Oncology**, 14, 564-573.

Wortman CB.(1984). Social Support and Cancer Patient. **Cancer**, 53, 2339-2357.

Yüksel, N. (2006). **Ruhsal Hastalıklar**. 3.baskı. MN medikal&Nobel. Ankara.

Ek 1

Bilgi formu

Hasta no

Adı soyadı:	Evde birlikte yaşadığı kişiler:
Tarih:	Eğitim durumu:
Doğum tarihi ve yeri:	İşi:
Medeni durumu: Çocuk sayısı:	Sağlık güvencesi:
Adresi:	Aylık gelir(ailenin):

1. Hastalık hakkında bilgisi

- Doktoru tarafından kanser olduğu söylenmiş
- Bilgilendirme yapılmamış, kendisi öğrenmiş
- Ailesi tarafından söylenmiş
- Kanser dışında başka bir hastalığı olduğunu düşünüyor.
- Yakınları başka bir rahatsızlığı olduğunu söylemiş.

2. Hastalığınızı ilk ne zaman öğrendiği:

3. Ne zaman ameliyat olduğu:

4. Ameliyat şekli:

Evre:

5. Daha önce geçirilmiş operasyon(ameliyat) öyküsü: 1-yok 2-var?.....

6. Ailenizden veya yakın çevrenizden kanser öyküsü: 1-yok 2-var?.....

7. Aile veya yakınlarınızda kanserden dolayı kayıp öyküsü: 1-yok 2-var?.....

8. Daha önce geçirilmiş ruhsal hastalık öyküsü 1-yok 2-var ?.....
9. Daha önce kullandığınız psikiyatri ilaçları nelerdi:
10. Şuanda kullandığınız psikiyatri ilaçları var mı, hangileri?
- 11.Başka bir fiziksel hastalık var mı?
12. Hasta menopaza girmiş mi 1-hayır 2-evet(ne zamandır).....
13. Daha önce düzenli meme muayenesi yaptırmışmı: 1. hayır
2.evet(heryıl)
3. evet(düzenli değil)

Ek 2

SÖÖTÖ

I. BÖLÜM

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonrada **genel** olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadenin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayanı seçerek üzerine (X) işareti koyun. Doğru yada yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin, **genel** olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç		Tümüyle	
1. Çabuk parlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kızgın mizaçlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Öfkesi burnunda bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkır.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Öfkelenişimde ağzıma geleni söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Engellendiğimde içinden birilerine vurmaya gelir.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılına dönerim.	(1)	(2)	(3)	(4)

II. BÖLÜM

YÖNERGE: herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Ancak, kişilerin öfke duyguları ile ilgili tepkileri farklıdır. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duyduğunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (X) işaretini koyarak belirtin. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeyin

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

ÖFKENELDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA.....

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç		Tümüyle	
11. Öfkemi kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Kızgınlığımı gösteririm.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Öfkemi içime atarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Başkalarına karşı sabırlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Somurtur ya da surat asarım.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKENELDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA.....

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç		Tümüyle	
16. İnsanlardan uzak dururum	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Başkalarına iğneli sözler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Soğukkanlılığımı korurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. İçin için köpürür ama göstermem.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKENELDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA.....

Sizi ne kadar tanımlıyor?

Hiç **Tümüyle**

21. Davranışlarımı kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Başkalarıyla tartışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. İçimde, kimseye söylemediğim kinler beslerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Öfkem kontrolden çıkmadan durdurabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKENELDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA.....

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç		Tümüyle	
26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Kötü şeyler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKENELDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA.....

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç		Tümüyle	
31. İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Sinirlerime hakim olamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Beni sinirlendirene ne hissettiğimi söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek 3

BDÖ

Bu form, son bir hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı okuduktan sonra, size en çok uyanı yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1- (0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

- (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- (3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- (0) Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

- (1)Gelecek hakkında karamsarım.
- (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- (3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- (0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

- (1) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
- (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

- (1) Birçok eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (3) Her şeyden sıkılıyorum.

5- (0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) Çoğunlukla kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- (0) Kendimden memnunum..

(1) Kendimden pek memnun değilim

(2) Kendime kızgınım.

(3) Kendimden nefret ediyorum.

7- (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünüyorum

(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.

(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatali bulurum.

8- (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

(1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapamıyorum.

(2) Kendimi öldürmek isterdim.

(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

9- (0) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

(1) Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.

(2) Çoğu zaman ağlıyorum.

(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10- (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.

(1) eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.

(2) Şimdi hep sinirliyim.

(3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

11- (0) Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

(1) Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

(2) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.

(3) Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

12-(0) Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

(1)Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

(2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

(3) Artık hiç karar veremiyorum.

13- (0) Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

(1) Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

(2) Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.

(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14- (0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

(1) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.

(2) Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

(3) Hiçbir şey yapamıyorum.

15- (0) Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

(1) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

(2) Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

(3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

16- (0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

(1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

(2) Yaptığım her şey beni yoruyor.

(3) Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

17- (0) İştahım her zamanki gibi.

(1) iştahım her zamanki kadar iyi değil.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Artık hiç iştahım yok.

18- (0) Son zamanlarda kilo vermedim.

(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az iki kilo verdim.

(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az dört kilo verdim.

(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az altı kilo verdim.

19- (0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

(1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.

(2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.

(3) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20- (0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

(1) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.

(2) Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.

(3) Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

21- (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum

(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılacağı düşünüyorum

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum

(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Ek 4**SBTÖ**

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarımızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. ***Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına işaret koyun.***

<i>Bir sıkıntım olduğunda....</i>	%0	%30	%70	%100
1- Kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
2- İyimser olmaya çalışırım	()	()	()	()
3- Bir mucize olmasını beklerim	()	()	()	()
4- Olayları büyütmeyip üzerinde durmamaya çalışırım	()	()	()	()
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm	()	()	()	()
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	()	()	()	()
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum	()	()	()	()
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	()	()	()	()
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendime bulurum	()	()	()	()
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	()	()	()	()
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	()	()	()	()
13- İş olacağına varır diye düşünüyorum	()	()	()	()
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunu için uğraşırım	()	()	()	()
15- Problemin çözümü için adak adarım	()	()	()	()
16- Herşeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	()	()	()	()
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	()	()	()	()

18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	()	()	()	()
19- Herşeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım	()	()	()	()
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	()	()	()	()
21- Mücadeleden vazgeçerim	()	()	()	()
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	()	()	()	()
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım	()	()	()	()
24- Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim	()	()	()	()
25- “Keşke daha güçlü olsaydım” diye düşünürüm	()	()	()	()
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim	()	()	()	()
27- “Benim suçum ne” diye düşünürüm	()	()	()	()
28- “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm	()	()	()	()
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	()	()	()	()
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır	()	()	()	()

Ek 5

ÇBASDÖ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1’den 7’ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır Kesinlikle Evet
1 - 2 - 3 - 4- 5 - 6 - 7

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır Kesinlikle Evet
1 - 2 - 3 - 4- 5 - 6 - 7

3. Ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır Kesinlikle Evet
1 - 2 - 3 - 4- 5 - 6 - 7

4. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.

Kesinlikle hayır Kesinlikle Evet
1 - 2 - 3 - 4- 5 - 6 - 7

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır Kesinlikle Evet
1 - 2 - 3 - 4- 5 - 6 - 7

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır Kesinlikle Evet
1 - 2 - 3 - 4- 5 - 6 - 7

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.

Kesinlikle hayır Kesinlikle Evet
1 - 2 - 3 - 4- 5 - 6 - 7

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır Kesinlikle Evet
1 - 2 - 3 - 4- 5 - 6 - 7

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır Kesinlikle Evet
1 - 2 - 3 - 4- 5 - 6 - 7

10. Ailem ve arkadaşlarımdan dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır Kesinlikle Evet
1 - 2 - 3 - 4- 5 - 6 - 7

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır Kesinlikle Evet
1 - 2 - 3 - 4- 5 - 6 - 7

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır Kesinlikle Evet
1 - 2 - 3 - 4- 5 - 6 - 7

ETİK KURUL İZİN BELGESİ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Dr.ABDURRAHMAN YURTASLAN ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ
İLAÇ ARAŞTIRMALARI YEREL ETİK KURULU

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU			
	PROTOKOL ADI	"Meme Kanseri Hastaların Depresyon düzeyleri, stresle başa çıkma tarzları,öfke,sosyal desteğin incelenmesi"		
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Psikolog Güler GÜNDÜZ		
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Dr.Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Klinikleri		
	DESTEKLEYİCİ FİRMA			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER VE FAZİ	☐ Tek Merkez ☒ Çok Merkez ☐ Ulusal ☐ Uluslararası		

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	BELGE ADI	TARİH	DEĞİŞİKLİK NO.SU	DİLİ
	Çalışmaya Dosyası	03.03.2009		X Türkçe ☐ İngilizce
				☐ Türkçe ☐ İngilizce
				☐ Türkçe ☐ İngilizce

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 129	Toplantı Tarihi : 30.04.2009
	Hastanemizde psikolog olarak çalışan Güler GÜNDÜZ' ün Hastanemiz Cerrahi Kliniklerinde opere olmuş meme Ca'lı hastalarıyla ilgili olarak yapmayı planladığı ve yukarıda bilgileri verilen çalışma Yerel Etik Kurulumuzca incelenmiş,etik yönden uygun bulunmuştur.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

İlaç araştırmaları hakkında yönetmelik, Helsinki bildirgesi, iyi klinik uygulamalar kılavuzu, KOU insan araştırmaları etik kurulu yönetmeliği

ÜYELER

Ünvanı/Adı/Soyadı Ek Üyeligi	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	Katılım	İmza
Doç. Dr. Nurullah ZENGİN BAŞKAN	Başhekim (Tıbbi Onk.)	Ankara Onkoloji Hastanesi		☒ Evet ☐ Hayır	
Prof. Dr. B.Şafak GÜNGÖR Üye	Ortop.ve Trav.	Ankara Onkoloji Hastanesi		☒ Evet ☐ Hayır	
Doç. Dr. Haluk ALAGÖL Üye	Genel Cerrahi	Ankara Onkoloji Hastanesi		☒ Evet ☐ Hayır	
Doç. Dr. Fevzi ALTUNTAŞ Üye	Hematoloji	Ankara Onkoloji Hastanesi		☒ Evet ☐ Hayır	
Uz. Dr. Süleyman DEMİR Üye	Patoloji	Ankara Onkoloji Hastanesi		☒ Evet ☐ Hayır	
Doç. Dr. M. Can ATALAY Üye	Genel Cerrahi	Ankara Onkoloji Hastanesi	E	☒ Evet ☐ Hayır	
Uz. Dr. Ekmel OLCAY Üye	Farmakoloji	Refik Saydam Hıfızsihha Merk.		☐ Evet ☐ Hayır	
Fatma MERİÇ Üye	Eczacı	Ankara Onkoloji Hastanesi	K	☒ Evet ☐ Hayır	
Uz. Dr. Aygül ULUOCAK	Biyokimya	Ankara Onkoloji Hastanesi	K	☒ Evet ☐ Hayır	