Makale geliş: 22.09.2017
Makale kabul ediliş: 28.11.2017

MEME KANSERİ HASTALARININ BAŞ ETME STRATEJİLERİNİN SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ

Ercüment ERBAY,* Hande ALBAYRAK,** Ferman ERİM,*** Filiz BEK****

Öz

Gerekçe: Meme kanseri ülkemizde en sık rastlanan kanser türlerinden biridir. Yol açtığı psikososyal sorunlar ve stres nedeniyle hastaların başetme stratejilerini kullanmasını gerektirir. Hastalarla psiko-sosyal iyilik hali için çalışmalar yapan profesyonellerin bireyin baş etme stratejilerini etkileyen değişkenlerin farkında olarak çalışmalar yapmaları gereklidir.
Amaç: Bu çalışmada meme kanseri hastalarının baş etme stratejilerinin ortaya çıkarılması ve kullandıkları başetme stratejileri ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.
Gereç ve Yöntem: Kanserle Mücadeleyi Destekleme Derneği'nden destek alan meme kanseri hastası 151 kadın çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Bu betimleyici niceliksel çalışmada veri toplamak amacıyla Başa Çıkma Stratejileri Kısa Formu (Brief-COPE) ve araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgi formu kullanılmıştır.
Bulgular: Katılımcıların meme kanseri ile baş etme süreçlerinde en çok, dikkatini başka yöne yöneltme ve aktif başa çıkmayı; en az ise duyguları açığa vurmayı kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların başetme stratejileri çeşitli değişkenlere göre değişim göstermekte olup 41-50 yaş arası olanların kabullenme tutumlarının; lisans ve üstü mezunu olanların reddetme tutumları puanının, tedavi gördüğü süre 2-3 yıl arası olanların duygusal sosyal destek arama ve kendini suçlama stratejilerinin yüksek olduğu; tedavi gördüğü süre 3 yıl üstü olanların amaca yönelik sosyal destek arama tutumlarının ve bekâr olanların ise kabullenme tutumu puanı en yüksek olduğu görülmüştür. Psikolojik destek alanların özellikle ölçeğin Planlama alt boyutundan aldıkları puan daha yüksektir.
Sonuç: Baş etme stratejileri hastaların yaşamını çeşitli şekillerde etkilemektedir bunun yanında kadınların bio-psiko-sosyal durumları ve tedavi süreçleri gibi değişkenler de baş etme stratejilerini etkilemektedir. Bütüncül iyilik halinin sağlanması için başetme stratejilerinin tanımlanması ve psikososyal destek programları doğrultusunda bireysel ve grup çalışmaları düzenlenmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: *Meme kanseri, Başa çıkma stratejileri, Tıbbi sosyal hizmet, Profesyoneller.*

ANALYSIS OF BREAST CANCER PATIENTS' COPING STRATEGIES IN TERMS OF SOCIO-DEMOGRAPHIC VARIABLES

Abstract

Background: Breast cancer is one of the most common cancer types in our country. It is necessary that patients use coping strategies because of psychosocial problems and stress. Professionals working (with patients for their psycho-social well-being need to be aware of the variables affecting coping strategies.

Aims: In this study, it is aimed to investigate coping strategies and the relationship between coping strategies of breast cancer patients and socio-demographic variables.

Materials and Method: The sample includes 151 women with breast cancer who received support from the Cancer Struggle Support Association. In this descriptive quantitative study, Brief-COPE and socio-demographic information form prepared by researcher are (used for collecting data.

* Doç. Dr. Hacettepe Üniversitesi İİBF Sosyal Hizmet Bölümü, Ankara. ercumenterbay@gmail.com
** Arş. Gör. Hacettepe Üniversitesi İİBF Sosyal Hizmet Bölümü, Ankara. hndalbayrak@gmail.com
*** Arş. Gör. Hacettepe Üniversitesi İİBF Sosyal Hizmet Bölümü, Ankara. fermanerim88@gmail.com
**** Hemşire, Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Medikal Onkoloji Servisi, Ankara. filiz2969@gmail.com

Findings: It is reached that participants' coping processes with breast cancer most commonly use self-distraction and active coping; whereas they use revealing emotions at the very least. Participants' coping strategies show a change according to various variables, it is seemed that acceptance attitudes of those aged 41-50, scores of rejection attitudes of graduates and undergraduates, self-blame and seeking emotional support strategies those with a period of 2-3 years of treatment are high; attitudes of social assistance seeking those with a period of above 3 years of treatment and acceptance attitude score of single patients are highest. Participants using psychological support have a higher score particularly in the Scale Planning subscale.

Conclusions: Besides the coping strategies influence the lives of the patients in various ways (variables such as the bio-psycho-social situation of patients and treatment processes effect coping strategies. In order to ensure that individuals' holistic well-being; it needs to be described coping strategies and organized individual and group works in line with psychosocial support programs.

Keywords: *Breast cancer, Coping strategies, Medical social work, Professionals.*

1. Giriş

Sosyal hizmet mesleği, "sosyal değişme ve kalkınmayı, sosyal içermeyi, insanların güçlenmesi ve özgürleşmesini hedefleyen uygulama temelli bir meslek ve akademik bir disiplin olarak tanımlanmakta, sosyal adalet, insan hakları, ortak sorumluluk ve farklılıklara saygının sosyal hizmet için temel olduğu, sosyal hizmet mesleğinin; sosyal bilimler, insani bilimler, sosyal hizmet bilgisi ve yerel bilgi aracılığıyla insanların yaşam mücadelesine işaret etmek ve refahı yükseltmek için insanları ve yapıları bir araya getirdiği vurgulanmaktadır (IFSW-IASSW, 2014). Birey, aile, grup ve toplulukların bireysel ve toplumsal iyilik hallerini artırmayı hedefleyen sosyal hizmet mesleğinde doğal afet, savaş, yoksulluk, kronik hastalıklar, şiddet, madde kullanımı vs. gibi bireyin ve toplumun etkileşimsel olarak işlevsizleştiği sosyal-çevresel sorunlar karşısında sosyal hizmet disiplini, dönüştürücü kaynaklar yaratır ve sistemleri-bireyleri bu kaynaklarla irtibatlandırır. Bu kaynaklardan en önemlileri, bireyi sosyal gerçekliği içerisinde güçlü kılan becerileri, donanımları ve toplumsal ilişkileridir.

Sosyal hizmet mesleğinin çalışma alanlarından biri olan tıbbi sosyal hizmet alanında yirminci yüzyılın başlarında sağlık paradigmasında yaşanan dönüşümde, sosyal hizmet mesleğinin rolü önemlidir. Sosyal hizmet, değişen sosyal koşullar karşısında bireylerin sosyal gerçekliğe uyum sağlamasını ve sosyal yapı içerisindeki işlevselliklerinin arttırılmasını desteklerken; sosyal kurumların da bireyin öznel ihtiyaçlarına insancıl cevaplar verilebilmesi amacıyla sürekli yeniden yorumlanmasını ve inşa edilmesini amaçlar. Sağlık kurumlarında verilen sosyal hizmetlerin yeniden yapılandırılmasında da, bireylerin başvurdukları baş etme mekanizmalarının keşfi önemlidir. Tıbbi sosyal hizmet alanlarından biri olan onkolojik sosyal hizmet çalışmaları içerisinde meme kanseri hastalığı, hem kadın hastaların beden algılarında yarattığı değişiklik, hem de hastalık öncesi sosyal rol ve sorumlulukları sürdürme noktasında yarattığı zorlukların varlığı profesyoneller için de çalışılması güç alanlardan biridir. Bu noktada, hem hastalığın kendisi, hem de tedavi süreçleri karşısında hastaların başvurdukları baş etme mekanizmalarına yönelik bilgi sahibi olmak, sağaltım sürecinin interdisipliner sosyal boyutunu oluşturması bağlamında değerlidir. Meme kanseri dünyada olduğu gibi Türkiye'de de kadınlarda en sık görülen kanser türü olup, etkilenen kadınları fiziksel ve psikososyal

strese maruz bırakan bir hastalıktır. Uluslararası Kanser Ajansının (GLOBOCAN) 2012 yılı istatistiklerinde dünyada en çok tanı konulan kanser türleriarasında ilk sırada (akciğer (% 13,0), ikinci sırada meme (% 11,9) kanseri, üçüncü sırada ise kolon (% 9,7) kanserleri yer almaktadır. GLOBOCAN 2012 verilerinde dünyada kanser olan her 4 kadından biri meme kanseri olduğu belirtilirken Türkiye'de son 5 yıllık meme kanseri kadınlarda yaygınlığının oranının 52.360 kişi sayısı ile % 34.0 olduğu, tahmini insidansı % 24.5 (15230 kişi) ve mortalite oranı ise 15.7 (5199) olarak belirtilmektedir (GLOBOCAN, 2012).

Yaygınlığı bu kadar çok olan kanser hastalığı, bireylerde tanı, nüks, tedavi ve sonrasını da kapsayacak şekilde psikolojik, ekonomik ve sosyal olarak psikolojik, ekonomik ve sosyal üç sorun alanı yaratmaktadır. Literatür gözden geçirildiğinde kadınların meme kanserine bağlı meme kanserine bağlı anksiyete, depresyon, öfke, umutsuzluk, sosyal izolasyon, uyum bozukluğu, yaşam kalitesinde azalma, gelecek hakkında belirsizlik, özkıyım düşünceleri, beden imajı ve benlik saygısı cinsel işlev bozukluğu gibi psikolojik sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir (Bower, 2008; Lengacher ve diğ, 2009; Babaoğlu Akdeniz, 2012; Yu ve Sherman, 2015). Ekonomik olarak ise; tedaviye devam ederken iş hayatına devam edememe ve gelir kaybı, tıbbi bakım, muayene, ilaç gibi tedavi masraflarını karşılayamama ve bu konuda sağlık sigortasının yetersizliği, hastanelere ulaşım hizmetlerinde sorunlar, aile içinde varsa çocuk veya yaşlı bakımı sorunu ve bakım imkânına erişim eksikliği gibi sorunlar yaşandığı yaşanabilmektedir (Burg ve diğ., 2010). Sosyal sorunlar ise; başkalarına bağımlı olma korkusu, ilaç kullanımına bağlı sıkıntılar, beslenme konusunda sınırlılıklar yaşanması, günlük alışkanlıkları değiştirilmesi (Altınova ve Duyan, 2013), hastalık hakkında bilgi eksikliği (Burg ve diğ., 2010), sosyal ve aile rollerinin bozulması, özerkliğini kaybolması ve işlevselliğinin bozulması olarak tanımlanabilir (Hilton ve diğ., 2000).

Hastalığın durumu ne olursa olsun, meme kanseri tanısı her kadın için bir krizdir ve bu krizin aşılması içindoktor, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi birçok disiplinin hastayla birlikte çalışma yapması gerekmektedir. İnterdisipliner çalışmalar içerisinde tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları da meme kanseri hastalarına ve ailelerine ilk yönlendirme noktasında ihtiyaçlarını değerlendirerek ona göre bilgi verme, gereksinimlere ulaşma noktasında yönlendirmeler yapma, danışmanlık, grup ve eğitim programlarına destek verme, duygusal sıkıntı azaltılmasına yönelik çalışma, belirli psikososyal sorunlar üzerinde çalışma (çocukların bakımı, geçim, iş, sağlık sigortası..) ve toplumsal kaynakları bulma konusunda çalışmalar yapmaktadırlar. Bunun yanında ameliyat kararı, ameliyat ve tedavi sonrası sorunlar (benlik saygısı, cinsel ilişki, ilişkiler, mesleki hedefler ve varoluşsal sorunlar hakkında endişeler) gibi süreçlerde destek, insanları bilinçlendirme noktasında çeşitli seminerler vererek eğitim hizmeti, savunuculuk, vaka yönetimi ve hekimlerle ve diğer bakım verenlerle hastalar ve durumlarına ilişkin en iyi çalışmayı yapabilmek için konsültasyon gibi hizmetler sunmaktadır (Schnipper, 2011). Bu bağlamda sosyal hizmet uzmanlarının yukarıdaki çalışmalar gibi kanser hastası bireylerle yaptığı çalışmaların baş etme süreçlerinde etkili olduğu görülmelidir.

Kanser hastalarının tıbbi tedaviden en iyi faydayı elde etmeleri için kanser hastalarının süreç içerisindeki duygusal tepkilerinin hangi etkenlerden dolayı ortaya çıktığını anlayabilmek, kanser hastalarının hastalıkla ilgili algılamalarının ve baş etme yollarının sağaltım sürecine olan etkilerini fark edebilmek sorunların çözümünde önemlidir (Işıkhan, 2007, s. 6). Görüldüğü üzere hastaların yaşamını birçok yönden etkileyen meme kanseri hastalığında tedavi süreci, hastanın yaşadıklarının anlayarak interdisipliner yardım ve desteği sağlamayı ve hastalık tanısının fiziksel bileşenlerinin yanı sıra duygusal ve sosyal bileşenleri ile çalışmayı gerektirir. Bu çalışmada, fiziksel tedavi sürecinde olan meme kanseri hastalarının baş etme stratejilerinin ve sosyodemografik değişkenler açısından baş etme statejilerinin farklılaştığı durumların ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Buradan elde edilen bilgilerle özellikle hastanın psikososyal iyilik hali ile ilgili çalışmalar yapan profesyonellerin, hastanelerde yaptıkları çalışmalara da katkı sağlaması amaçlanmıştır.

1.1. Baş Etme Stratejileri

Hastalıklar, bireylerin yaşantılarında beklenmedik değişikliklere sebep olabilmektedir. Bu durum, bireyin sosyal işlevselliğinde önemli değişikliklere yol açar ve kriz meydana getirir. Bu kriz süreci, hasta ve yakınlarını, tedavinin her aşamasında baş edilmesi gereken farklı bilinmezlerle karşı karşıya bırakır. Sosyal hizmet mesleği, bireyin koşullar karşısında özgürleşmesi ve güçlenmesi için mikro, mezzo ve makro boyutlu müdahaleler kullanır. Bireyin başetme stratejilerinin, müdahale süreci içinde önemli bir yeri vardır.

"Baş etme, stres unsuru olarak değerlendirilen, içsel ve dışsal, özel gereksinimlerin yönetilebilmesi için, sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalardır" (Folkman ve Lazarus, 1984, s. 223). Özkan ve Alçalar (2009) ne olduğunu bilmediğimiz, tanımadığımız yabancısı olduğumuz şey karşısında doğan korku ve stresin kafamızda çeşitli çağrışımlarla daha da büyüdüğünü belirtimişlerdir. Yazarlara göre hastaların kendi durumlarını doğru algılayıp, bu durumu kendi gerçekleri içinde değerlendirerek bir anlam vermelerine yardımcı olunduğunda, durumlarıyla baş etmede ve dirençlerinin artmasında yarar sağlanabilmektedir. Profesyonel desteğin yanısıra birçok çalışmada bireylerin psikososyal iyilik halini ve kanserle baş etmesini etkileyen faktörler arasında hastanın kanserle ilgili olarak yaşadıklarını paylaşmasının, ilişki tatmininin, aile üyelerinin, arkadaşların ve özellikle eşlerin sosyal desteğinin önemli olduğu ifade edilmektedir (Manne ve diğ., 2003, Kraemer ve diğ., 2011). Bunun yanında özellikle kanserin yarattığı depresyon, anksiyete ve stresin eşler arasındaki iletişim sürecindeki etkisi üzerinde de sıkça durulmaktadır (Manne ve diğ., 2003; Yu ve Sherman, 2015, s.566). Bireylerin meme kanseri ile baş etme stratejileri geçen zaman ve duruma göre çeşitlilik gösterdiği (Geyer ve diğerleri, 2015; Wang ve diğerleri., 2014), zaman içerisinde ise yaşadıkları fiziksel ve duygusal sorunlara ve bu sorunları algılama ve yorumlama şekillerine göre değişiklik göstermektedir. Kanser hastalarının hayatlarındaki yeni değişikliklere nasıl uyum sağlayacakları, teşhis sonrası stresli deneyimler karşısında tercih edecekleri baş etme stratejilerine bağlıdır. Ancak hangi başetme stratejilerinin ya da biçimlerinin, sorunların çözümünde ve gelecekteki sorunların hafifletilmesinde daha etkili olduğu konusunda fikir birliği bulunmamaktadır (Tuncay ve diğerleri, 2008).

Meme kanseri ile mücadele edenler tarafından Ursin'in bilişsel davranışçı ve Lazarus'un değerlendirme, stres ve baş etme teorisinin de dahil olduğu pek çok teori, meme kanseri ile mücadele edenler tarafından kullanılabilmektedir (Mehrabi ve diğ., 2015, s.1576). Problem odaklı baş etme, problemin çözümüne yönelmiş davranışla yeni beceriler öğrenme, alternatif çözümler üretebilme gibi stresin kaynağını değiştirme (Folkman ve Lazarus, 1984), planlama, sosyal destek arama ve duyguları bastırma olarak tanımlanır. Bir başka deyişle, problem odaklı stratejiler, stresli koşulların azaltılması veya değiştirilmesi için yapıcı eylemleri içerir. Duygu odaklı baş etme ise, stresli durumların duygusal sonuçlarını kontrol etmeyi, düzenlemeyi ve denge kurmayı amaçlayan stratejilerdir (Carver, Scheier ve Weintraub, 1989; Mehrabi ve diğ., 2015, s. 1576). Sosyal destek arama, yaşananlardan kaçınma ve bunlara mesafe koyma gibi davranışsal tepkiler ile stres yaratan duygusal tepkileri yönetme çabasını içerir (Folkman ve Lazarus, 1984). Çeşitli araştırmalarda ileri sürüldüğü gibi, problem odaklı baş etme stratejilerinin (mücadele) planlama-problem çözme, olumu yeniden çerçeveleme, kabullenme gibi olumlu stratejilerinin psikolojik ve fiziksel iyilik halinin daha iyi olmasıyla ilişkili olarak depresyon seviyesinin azaltılması ve psikolojik zorlayıcıların azaltılmasında önemli etkisi olduğu saptanmıştır (Holland ve Holahan, 2003; Ben-Zur, Gilbar ve Lev, 2001, Bussell ve Naus, 2010; Stanton, Danoff-Burg, ve Huggins, 2002). Bunun yanında duygusal baş etmenin eylemleri olan, geri çekilme, dikkatini başka yöne yöneltme, reddetme, kendini suçlama, bilişsel kaçınma ve davranışsal uzaklaşmanın ise tedavi sürecinde psikososyal uyumun zayıflaması ve depresyon belirtilerinin artması ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Ben-Zur, Gilbar ve Lev, 2001; David, Montgomery, Bovbjerg, 2006; Alcalar ve diğerleri, 2012; Bussell ve Naus, 2010).

Bir diğer baş etme stratejisi olan Ursin'in bilişsel davranışçı baş etme stratejisi ise şu şekilde tanımlanmaktadır: "Baskılayıcı koşulları yönetme konusunda, insan kapasitesine dair olumlu beklentiler taşıma". Ursin bu tanımda, baş etmenin, gerçekliği çarpıtan korumacı bir tutum yerine, gerçeklik hakkında doğru ve makul bir tutum üzerine temellendiğini belirtmektedir (Ursin, 1988 akt: Mehrabi ve diğ., 2015: 1576). Kanser hastaları ile yapılacak çalışmalarda bireylerin psikososyal durumları ile ilişkili olan baş etme stratejilerinin keşfedilmesi, tedavi sürecine de katkı sağlayacak bilgilerin elde edilmesi açısından önemlidir.

2. Gereç ve Yöntem

Kanserle Mücadeleyi Destekleme Derneği'nden destek alan 151 meme kanseri hastası kadının örneklem olarak seçildiği bu çalışma, betimleme amaçlı kesitsel bir araştırmadır. Veri toplamak için araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgi formu ve "Başa Çıkma Stratejileri Kısa Formu (Brief-COPE)" kullanılmıştır. Görüşmelerden önce katılımcıların tümüne araştırma hakkında bilgi verilerek Aydınlatılmış Gönüllü Onam Formu imzalatılmıştır. Brief-COPE kanser alanında anlamlı sonuçlar sağlayan birçok araştırmada kullanılmıştır (Carver ve diğ., 1993; Walker ve diğ., 2006 vb.). Carver, Scheier ve Weintraub tarafından 1989'da geliştirilen Baş etme Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE), daha sonra 1997'de Carver tarafından kısaltılarak yeniden düzenlenmiştir. Brief-COPE sorun ve duygu odaklı baş etme

stratejilerini betimleyen 28 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte her biri iki ifade içeren 14 alt ölçek mevcuttur (Aktif Başa Çıkma, Planlama, Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama, Kabullenme, Mizah, Din, Duygusal Sosyal Destek Arama, Amaca Yönelik Sosyal Destek Arama, Dikkatini Başka Yöne Yöneltme, Reddetme, Duyguları Açığa Vurma, Madde Kullanımı, Davranışsal Uzaklaşma, Kendini Suçlama).

Ölçeğin Türkiye'deki geçerlik ve güvenirlik çalışmasını içeren psikometrik değerlendirmesi Tuna (2003) tarafından yapılmıştır ve eserde alt ölçeklerin özellikleri belirtilmiştir. Buna göre Aktif Başa Çıkma, "stresi ya da etkilerini ortadan kaldırmaya yönelik adım atma süreci"; Planlama, "stresle nasıl başa çıkılacağı hakkında düşünme"; Amaca Yönelik Sosyal Destek Arama, "yönlendirme, yardım, bilgi arama"; Duygusal Sosyal Destek Arama, "moral destek, sempati ve anlayış sağlama"; Duyguları Dışa Vurma, "kişinin yaşadığı strese odaklanması ve duygularını dışa vurması eğilimi"; Davranışsal Uzaklaşma, "kişinin stresle mücadele etme çabalarının azalması, hatta amaca ulaşmak için çaba göstermemesi"; Dikkatini Başka Yöne Yöneltme, "kişinin dikkatini stres durumundan başka bir şeye yönlendirmesi"; Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama, "stres durumunu olumlu olarak yeniden oluşturma"; Reddetme, "stresli durumun var olduğuna inanmayı reddetme"; Kabullenme, "stresli durumun varlığını kabul etme"; Din,"durumu olumlu yönde yeniden yorumlama yoluyla duygusal bir destek kaynağı oluşturma"; Madde kullanımı, "alkol ve diğer maddelerin kullanımı"; Mizah,"stres durumuyla ilgili şaka yapılması ya da dalga geçilmesi"; Kendini suçlama,"kişinin kendisini eleştirme eğilimi" olarak tanımlanmıştır. Verilerin analizi SPSS 23 programı ile yapılmış ve % 95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Çalışmada parametrik olmayan test tekniklerinden Spearman korelasyon, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Tanımlayıcı bulgular arasında sayı ve yüzde dağılımları bulunmaktadır. Bilgi düzeyinin sosyodemografik değişkenler ile ilişkisi Spearman Korelasyon Testiyle, Brief-COPE puanları ile ilişkisi ise Mann Whitney ve Kruskal Wallis testleri ile analiz edilmiştir.

3. Bulgular

Araştırma bulguları, katılımcıların sosyodemografik özellikleri, Brief-COPE'un ve alt boyutlarının puanları ile değişkenler arasındaki ilişkiyi gösteren betimleyici istatistik verilerinden oluşmaktadır. Katılımcıların yaşı, gelir düzeyi, eğitim ve medeni durumu, kanser tedavisi gördüğü süreyi içeren sosyodemografik özellikleri ile kanser tedavisi gördükleri süre, Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1: Kişisel Bilgiler

Özellikler		N	%
Yaş	40 yaş ve altı	27	18,0%
	41-50 yaş arası	45	30,0%
	51-60 yaş arası	44	29,3%
	61 yaş ve üstü	34	22,7%
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	2	1,3%
	Okuryazar	2	1,3%
	İlkokul	44	29,1%
	Ortaokul	13	8,6%
	Lise veya dengi okul	41	27,2%
	Lisans	43	28,5%
	Yüksek Lisans-Doktora	6	4,0%
Medeni Durum	Bekar	21	14,1%
	Evli	119	79,9%
	Eşi vefat etmiş	4	2,7%
	Boşanmış	5	3,4%
Aylık ortalama geliriniz	1000 TL ve altı	23	15,6%
	1001-1500 TL	45	30,6%
	1501-2000 TL	45	30,6%
	2001 TL ve üstü	34	23,1%
Ne kadar süredir tedavi görüyorsunuz?	1 yıl ve altı	78	52,0%
	1-2 yıl arası	37	24,7%
	2-3 yıl arası	15	10,0%
	3 yıl üstü	20	13,3%
Tedavim boyunca hiç kimseden ekonomik destek görmedim	Evet	74	49,0%
	Hayır	77	51,0%
Tedavim boyunca ailemden ekonomik destek aldım	Evet	76	50,3%
	Hayır	75	49,7%
Tedavim boyunca arkadaşımdan ekonomik destek aldım	Evet	2	1,3%
	Hayır	149	98,7%
Tedavim boyunca komşumdan ekonomik destek aldım	Evet	1	,7%
	Hayır	150	99,3%
Tedavim boyunca hiç kimseden sosyal destek görmedim	Evet	5	3,3%
	Hayır	146	96,7%
Tedavim boyunca ailemden sosyal destek aldım	Evet	146	96,7%
	Hayır	5	3,3%
Tedavim boyunca arkadaşımdan sosyal destek aldım	Evet	89	58,9%
	Hayır	62	41,1%
Tedavim boyunca akrabamdan sosyal destek aldım	Evet	65	43,0%
	Hayır	86	57,0%
Tedavim boyunca komşumdan sosyal destek aldım	Evet	58	38,4%
	Hayır	93	61,6%
Tedavim boyunca bu süreçte tanıştığım diğer hastalardan sosyal destek aldım	Evet	5	3,3%
	Hayır	146	96,7%
Tedaviniz boyunca psikolojik destek aldınız mı?	Evet	20	13,2%
	Hayır	131	86,8%

Alınan cevaplara göre katılımcılardan 40 yaş ve altı olanlar % 18,0 ile en düşük oranı; 41-50 yaş arası olanlar ise %30,0 ile en yüksek oranı oluşturmaktadırlar. Eğitim durumlarına bakıldığında okuryazar olmayanların ve okuryazar olanların oranı % 1,3 ile en düşük, ilkokul mezunu olanların oranı % 29,1 ile en yüksek ortalamayı göstermektedir. Bunu % 28.5 ortalama ile yüksek lisans ve doktora mezunu olanlar ve % 27.2 ile lisans mezunu olanlar izlemektedir. Medeni duruma bakıldığında; evli olanların oranı % 79,9 ile en yüksek ortalamayı göstermektedir. Bunun % 2,7 ile eşi vefat etmiş olanların oranı izlemektedir. Bekâr olanların oranı % 14,1, boşanmış olanların oranı % 3,4'tür. Aylık ortalama gelire bakıldığında ise 1000 TL ve altı olanların oranı % 15,6; 1001-1500 TL arası olanların ve 1501-2000 TL arası olanların oranı % 30,6; 2001 TL ve üstü olanların oranı % 23,1'dir.

Katılımcılardan tedavi görme süresi 1 yıl ve altı olanların oranı % 52,0 ile en yüksek ortalamayı, 2-3 yıl arası olanların oranı % 10,0 ile en düşük ortalamayı göstermektedir. Tedavisi boyunca psikolojik destek alanların oranı % 13,2 iken destek almayanların oranı % 86,8'dir. Katılımcılardan tedavisi boyunca hiç kimseden ekonomik destek almayanların oranı % 49,0; ekonomik desteği ailesinden alanların oranı % 50,3'tür. Bu ekonomik desteği arkadaşından alanların oranı % 1,3; komşusundan alanların oranı % 0,7'dir.Katılımcılardan tedavisi boyunca hiç kimseden sosyal destek almayanların oranı % 3,3; sosyal desteği ailesinden alanların oranı % 96,7'dır. Arkadaşından destek alanların oranı % 58,9; akrabasından alanların oranı % 43,0; komşusundan alanların oranı % 38,4; bu süreçte tanıştığı diğer hastalardan alanların oranı % 3,3'tür.

Katılımcılardan alınan cevaplara bakıldığında, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Kısa Formu puanları ve alt boyutlarının betimsel istatistiklerinde (n=151) ankete cevap veren katılımcıların Problem Odaklı Başa Çıkma Stratejileri puanı ortalaması 37,35±3,83 iken; Duygu Odaklı Başa Çıkma Stratejileri puanı ortalaması 36,26±4,32'dir.

Alt boyutları açısından bakıldığında ise, ankete cevap veren katılımcıların Dikkatini Başka Yöne Yöneltme puanı ortalaması ve Aktif Başa Çıkma puanı ortalaması, 6,91±1,16 ile en yüksek puanı vermektedir. İçini Dökme puanı ortalaması ise 3,45±1,06 ile en düşük puan ortalamasını vermektedir. İnkâr puanı ortalaması 4,45±1,14, Madde Kullanımı puanı ortalaması 5,06±,77; Duygusal Sosyal Destek Arama puanı ortalaması 5,18±1,03; Amaca Yönelik Sosyal Destek Arama puanı ortalaması 4,03±1,26; Davranışsal Uzaklaşma puanı ortalaması 6,19±1,59; Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama puanı ortalaması 6,57±1,25; Planlama puanı ortalaması 3,53±1,26; Mizah puanı ortalaması 6,65±1,32; Kabullenme puanı ortalaması 4,94±,76;Din puanı ortalaması 5,16±,78; Kendini Suçlama puanı ortalaması 4,58±,98'dur; Başa ÇıkmaStratejileri Kısa Formu Puanı envanteri puanı ortalaması 73,62±7,42'dir. Bu sonuçlara göre, katılımcıların meme kanseri ile baş etme süreçlerinde en çok, "Dikkatini Başka Yöne Yöneltme" ve "Aktif Başa Çıkma"; en az ise "Duyguları Açığa Vurma "yi kullandıkları söylenebilir.

Ölçeğin iki genel çerçevede değerlendirmesini yaptığımızda Problem Odaklı Başa Çıkma Stratejileri ile Duygusal Odaklı Başa Çıkma Stratejileri arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki (p<0,05 rho=,716) bulunduğu ortaya çıkmıştır.

Betimsel istatistiklerden sonra Brief-COPE Tablo 1'de ifade edilen değişkenler açısından farklılaşma durumlarının tespit edilmesi önemlidir. Aşağıda buna ilişkin tablolara yer verilmiştir.

Tablo 2: Brief-COPE Puanı ve Alt Boyutlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumunun İncelenmesi

Yaş		N	Sıra Ort.	X2	p
Kabullenme	40 yaş ve altı	27	84,72	12,382	,006
	41-50 yaş arası	45	88,36		
	51-60 yaş arası	44	61,60		
	61 yaş ve üstü	34	69,15		

Tablo 2'de görüldüğü üzere farklı yaş grupları arasında Kabullenme tutumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). 40 yaş ve altı olanların söz konusu tutum için puan sıra ortalamaları 84,72; 41-50 yaş arası olanların ortalamaları 88,36; 51-60 yaş arası olanların ortalamaları 61,60; 61 yaş ve üstü olanların ortalamaları 69,15'tir. Buna göre 41-50 yaş arası olanların Kabullenme tutumları en yüksek iken 51-60 yaş arası olanların en düşüktür. Farklı yaş grupları arasında Problem Odaklı ve Duygusal Odaklı BaşaÇıkma Stratejileri puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 3: Brief-COPE Puanı ve Alt Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Farklılaşmasınınn İncelenmesi

Eğitim Durumu		N	Sıra Ort.	X2	p
Reddetme	İlkokul ve altı	48	60,85	18,506	,000
	Ortaokul	13	56,38		
	Lise veya dengi okul	41	78,35		
	Lisans ve üstü	49	94,07		

Tablo 3'de Brief-COPE Puanı ve alt boyutlarının eğitim durumuna göre farklılaşması incelenmektedir. Brief-COPE Puanı Envanteri ve alt boyutlarının eğitim durumu açısından karşılaştırıldığında eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Reddetme tutumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). İlkokul mezunu veya altı olanların söz konusu tutum için puan sıra ortalamaları 60,85; ortaokul mezunu olanların ortalamaları 56,38; lise veya dengi okul mezunu olanların ortalamaları 78,35; lisans ve üstü mezunu olanların ortalamaları 94,07'dir. Buna göre lisans ve üstü mezunu olanların Reddetme tutumları en yüksek iken ortaokul mezunu olanların en düşüktür. Başa Çıkma kategorilerine bakıldığında ise, eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Problem Odaklı ve Duygusal Odaklı Başa Çıkma Stratejileri puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 4: Brief-COPE Puanı ve Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşmasının İncelenmesi

Medeni Durum		N	Sıra Ort.	X2	p
Kabullenme	Bekar	21	95,81	8,860	,012
	Evli	119	70,21		
	Boşanmış/eşi vefat etmiş	9	89,83		

Tablo 4'te Brief-COPE Puanı Envanteri ve alt boyutlarının medeni durum açısından karşılaştırılması (Kruskal Wallis) yapılmıştır. Medeni durumu farklı olan gruplar arasında yalnızca "Kabullenme" tutumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Bekârların söz konusu tutum için puan sıra ortalamaları 95,81; evli olanların ortalamaları 70,21; boşanmış veya eşi vefat etmiş olanların ortalamaları 89,93'tür. Buna göre bekâr olanların "Kabullenme" tutumları en yüksek iken, evli olanların en düşüktür. Medeni durumu farklı olan gruplar arasında Problem ve Duygusal Odaklı Başa Çıkma Stratejileri puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 5: Brief-COPE Puanı ve Alt Boyutlarının Aylık Ortalama Gelire Göre Farklılaşma Durumunun İncelenmesi

Aylık ortalama geliriniz		N	Sıra Ort.	X2	p
Reddetme	1000 TL ve altı	23	47,91	16,074	,001
	1001-1500 TL	45	74,43		
	1501-2000 TL	45	73,42		
	2001 TL ve üstü	34	91,84		
Din	1000 TL ve altı	23	61,22	8,028	,045
	1001-1500 TL	45	77,56		
	1501-2000 TL	45	67,02		
	2001 TL ve üstü	34	87,18		
Duygusal Odaklı BaşaÇıkma Stratejileri	1000 TL ve altı	23	53,46	8,497	,037
	1001-1500 TL	45	73,58		
	1501-2000 TL	45	75,30		
	2001 TL ve üstü	34	86,74		

Tablo 5'te, Brief-COPE Puanı ve alt boyutlarının aylık ortalama gelire göre farklılaşma durumunu incelenmiştir. Brief-COPE Puanı envanteri ve alt boyutlarının aylık ortalama gelir açısından karşılaştırıldığında aylık ortalama geliri farklı olan gruplar arasında Reddetme tutumu ve Din tutumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05).

Geliri 1000 TL ve altı olanların "İnkâr" tutumu için puan sıra ortalamaları 47,91; 1001-1500 TL arası olanların ortalamaları 74,43; 1501-2000 TL arası olanların ortalamaları 73,42; 2001 TL ve üstü olanların ortalamaları

91,84'tür. Buna göre aylık 2001 TL ve üstü geliri olanların İnkâr tutumları en yüksek iken 1000 TL ve altı olanların en düşüktür.

"Din" tutumuna bakıldığında ise, geliri 1000 TL ve altı olanların s puan sıra ortalamaları 61,22; 1001-1500 TL arası olanların ortalamaları 77,56; 1501-2000 TL arası olanların ortalamaları 67,02; 2001 TL ve üstü olanların ortalamaları 87,18'dir. Buna göre aylık 2001 TL ve üstü geliri olanların "Din" tutumları en yüksek iken 1000 TL ve altı olanların en düşüktür.

Başa Çıkma Stratejilerine kategorik olarak bakıldığında aylık ortalama geliri farklı olan gruplar arasında Problem Odaklı Başa Çıkma Stratejileri puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Aylık ortalama geliri farklı olan gruplar arasında Duygusal Odaklı BaşaÇıkma Stratejileri puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Geliri 1000 TL ve altı olanların puan sıra ortalamaları 53,46; 1001-1500 TL arası olanların ortalamaları 73,58; 1501-2000 TL arası olanların ortalamaları 75,30; 2001 TL ve üstü olanların ortalamaları 86,74'tür. Buna göre aylık ortalama geliri 2001 TL ve üstü olanların Duygusal Odaklı Başa Çıkma Strateji tutumları en yüksektir. Katılımcıların aylık ortalama gelirleri arttıkça Duygusal Odaklı Başa Çıkma Stratejileri tutumları da artmaktadır.

Tablo 6: Brief-COPE Puanı ve Alt Boyutlarının Tedavi Görülen Süreye Göre Farklılaşma Durumunun İncelenmesi

Ne kadar süredir tedavi görüyorsunuz?		N	Sıra Ort.	X2	p
Dikkatini Başka Yöne Yöneltme	1 yıl ve altı	78	86,12	12,082	,007
	1-2 yıl arası	37	64,61		
	2-3 yıl arası	15	72,60		
	3 yıl üstü	20	56,40		
Aktif Başa Çıkma	1 yıl ve altı	78	87,93	18,563	,000
	1-2 yıl arası	37	63,78		
	2-3 yıl arası	15	75,57		
	3 yıl üstü	20	48,65		
Duygusal Sosyal Destek Arama	1 yıl ve altı	78	78,88	24,852	,000
	1-2 yıl arası	37	84,54		
	2-3 yıl arası	15	90,53		
	3 yıl üstü	20	34,30		
Amaca Yönelik Sosyal Destek Arama	1 yıl ve altı	78	64,15	12,709	,005
	1-2 yıl arası	37	83,95		
	2-3 yıl arası	15	88,40		
	3 yıl üstü	20	94,48		
Davranışsal Uzaklaşma	1 yıl ve altı	78	85,02	15,713	,001
	1-2 yıl arası	37	71,85		
	2-3 yıl arası	15	77,70		
	3 yıl üstü	20	43,48		
Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama	1 yıl ve altı	78	89,26	24,129	,000
	1-2 yıl arası	37	68,43		
	2-3 yıl arası	15	68,37		
	3 yıl üstü	20	40,28		
Mizah	1 yıl ve altı	78	84,79	10,735	,013
	1-2 yıl arası	37	68,55		
	2-3 yıl arası	15	73,87		
	3 yıl üstü	20	53,35		
Kabullenme	1 yıl ve altı	78	83,13	11,415	,010
	1-2 yıl arası	37	77,16		
	2-3 yıl arası	15	63,27		
	3 yıl üstü	20	51,85		
Kendini Suçlama	1 yıl ve altı	78	81,35	8,873	,031
	1-2 yıl arası	37	69,05		
	2-3 yıl arası	15	87,47		
	3 yıl üstü	20	55,63		
Duygusal Odaklı BaşaÇıkma Stratejileri	1 yıl ve altı	78	84,56	7,969	,047
	1-2 yıl arası	37	68,36		
	2-3 yıl arası	15	69,13		
	3 yıl üstü	20	58,13		
		n	Ortalama	ss	F	p
Problem Odaklı Başa Çıkma Stratejileri	1 yıl ve altı	78	38,18	3,20	8,609	,000
	1-2 yıl arası	37	37,41	3,67		
	2-3 yıl arası	15	37,60	5,12		
	5 yıl üstü	20	33,65	3,38		

Tablo 6'da, Brief-COPE Puanı ve alt boyutlarının tedavi görülen süreye göre farklılaşma durumunu incelenmiştir. Brief-COPE Puanı envanteri ve alt boyutlarının tedavi görülen süre açısından karşılaştırılması yapıldığında tedavi gördüğü süre farklı olan gruplar arasında "Dikkatini Başka Yöne Yöneltme tutumu", "Aktif Başa Çıkma", "Duygusal Sosyal Destek Arama , "Amaca Yönelik Sosyal Destek Arama", "Davranışsal Uzaklaşma", "Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama", "Mizah", "Kabullenme", "Kendini Suçlama" tutumları ve "Brief-COPE Puanı Envanteri" açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$).

Dikkatini Başka Yöne Yöneltme tutumuna bakıldığında, tedavi gördüğü süre 1 yıl ve altı olanların (% 86,12) puan sıra ortalamaları en yüksek iken, 3 yıl üstü olanların (%56,40) en düşüktür. Aktif Başa Çıkma tutumu açısından bakıldığında ise, 1 yıl ve altı olanların (87,93) Aktif Başa Çıkma tutumları en yüksek iken 3 yıl üstü olanların (48,65) en düşüktür.

Duygusal Sosyal Destek Arama tutumu açısından, tedavi gördüğü süre 2-3 yıl arası olanların (90,53) Duygusal Sosyal Destek Arama tutumları puanı sıra ortalaması en yüksek iken 3 yıl üstü olanların (34,30) en düşüktür.

Amaca Yönelik Sosyal Destek Arama tutumu açısından bakıldığında, tedavi gördüğü süre 3 yıl üstü olanların (94,48) Amaca Yönelik Sosyal Destek Arama tutumları en yüksek iken, 1 yıl ve altı olanların (64,15) en düşüktür. Tedavi görülen süre arttıkça katılımcıların Amaca Yönelik Sosyal Destek Arama tutumları da artmaktadır.

Davranışsal Uzaklaşma tutumu açısından bakıldığında ise tedavi gördüğü süre 1 yıl ve altı olanların (85,02) Davranışsal Uzaklaşma tutumları en yüksek iken 3 yıl üstü olanların (43,48) en düşüktür.

Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama tutumu açısından tedavi gördüğü süre 1 yıl ve altı olanların (89,26) Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama tutumları en yüksek iken 3 yıl üstü olanların (40,28) en düşüktür. Tedavi görülen süre arttıkça katılımcıların Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama tutumları azalmaktadır.

Mizah tutumu açısından tedavi gördüğü süre 1 yıl ve altı olanların (84,79) Mizah tutumları en yüksek iken 3 yıl üstü olanların (53,35) en düşüktür.

Kabullenme tutumu açısından bakıldığında ise tedavi gördüğü süre 1 yıl ve altı olanların (83,13) Kabullenme tutumları en yüksek iken 3 yıl üstü olanların (51,85) en düşüktür. Tedavi görülen süre arttıkça katılımcıların Kabullenme tutumları azalmaktadır. Kendini Suçlama tutumu açısından tedavi gördüğü süre 2-3 yıl arası olanların (87,47)Kendini Suçlama tutumları en yüksek iken 3 yıl üstü olanların(55,63) en düşüktür.

Brief-COPE Puanı envanteri açısından istatistiksel olarak bakıldığında ise tedavi gördüğü süre 1 yıl ve altı olanların (86,45) Brief-COPE Puanı envanter tutumları en yüksek iken 3 yıl üstü olanların (44,53) en düşüktür.

Tedavi görme süresi farklı olan gruplar arasında Duygusal Odaklı Başa Çıkma Stratejileri puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Tedavi görme süresi 1 yıl ve altı olanların puan sıra ortalamaları 84,56; 1-2 yıl arası olanların ortalamaları 68,36; 2-3 yıl arası olanların ortalamaları 69,13; 5 yıl üstü olanların ortalamaları 58,13'tür. Buna göre tedavi görme süresi 1 yıl ve altı olanların Duygusal Odaklı Başa Çıkma Strateji tutumları en yüksek iken 5 yıl üstü olanların en düşüktür.

Tedavi görme süresi farklı olan gruplar arasında Problem Odaklı Başa Çıkma Stratejileri puanı açısından, ANOVA testine göre incellendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Tedavi görme süresi 1 yıl ve altı olanların katılım düzeyleri ortalaması 38,18; 1-2 yıl arası olanların ortalaması 37,41; 2-3 arası olanların ortalaması 37,60; 5 yıl ve üstü olanların ortalaması 33,65'tir. Buna göre tedavi görme süresi 1 yıl ve altı olanların Problem Odaklı Başa Çıkma Strateji tutumları en yüksek iken 5 yıl üstü olanların en düşüktür

Tablo 7: Brief-COPE Puanı ve Alt Boyutlarının Tedavi Boyunca Psikolojik Destek Alınıp Alınmama Durumuna Göre Farklılaşmasının İncelenmesi

Tedaviniz boyunca psikolojik destek aldınız mı?		n	Sıra Ort.	U	p
Aktif Başa Çıkma	Evet	20	43,88	667,500	,000
	Hayır	131	80,90		
Davranışsal Uzaklaşma	Evet	20	56,20	914,000	,026
	Hayır	131	79,02		
Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama	Evet	20	50,23	794,500	,003
	Hayır	131	79,94		
Planlama	Evet	20	106,58	698,500	,000
	Hayır	131	71,33		

Tablo 7'de Brief-COPE Puanı Envanteri ve alt boyutlarının tedavi boyunca psikolojik destek alınıp alınmama durumu açısından karşılaştırılması (Mann Whitney) yapılmıştır. Tedavisi boyunca psikolojik destek alıp almama durumu farklı olan gruplar arasında "Aktif Başa Çıkma", "Davranışsal Uzaklaşma", "Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama" ve "Planlama" tutumları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05).

Aktif Başa Çıkma tutumu açısından psikolojik destek alanların puan sıra ortalamaları 43,88 iken destek almayanların ortalamaları 80,90'dır. Tedavisi boyunca psikolojik destek almayanların Aktif Başa Çıkma tutumları daha yüksektir.

Davranışsal Uzaklaşma tutumu açısından bakıldığında ise puan sıra ortalamaları 56,20 iken destek almayanların ortalamaları 79,02'dir. Tedavisi boyunca psikolojik destek almayanların Davranışsal Uzaklaşma tutumları daha yüksektir.

Psikolojik destek alanların Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama tutumu için puan sıra ortalamaları 50,23 iken destek almayanların ortalamaları 79,94'tür. Tedavisi boyunca psikolojik destek almayanların Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama tutumları daha yüksektir.

Planlama tutumu açısından bakıldığında psikolojik destek alanların söz konusu tutum için puan sıra ortalamaları 106,58 iken destek almayanların ortalamaları 71,33'tür. Tedavisi boyunca psikolojik destek alanların Planlama tutumları daha yüksektir.

Başa çıkma stratejileri kategorik olarak incelendiğinde tedavisi boyunca psikolojik destek alıp almama durumu farklı olan gruplar arasında Problem Odaklı ve Duygusal Odaklı Başa Çıkma Stratejileri puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

4. Tartışma ve Sonuç

Meme kanseri dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek artan oranlarda görülmektedir. Literatürde yer alan çalışmalar meme kanserinin tedavi süreci ve sonrasında baş etme stratejilerinin olumlu etkisini göstermektedir. Meme kanseri hastalarının baş etme stratejilerinin ortaya çıkarılması ve kullandıkları başetme stratejileri ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinin amaçlandığı bu çalışmada fiziksel tedavi sürecindeki 151 meme kanseri hastası ile yapılmıştır. Buna göre katılımcıların meme kanseri ile baş etme süreçlerinde en çok, dikkatini başka yöne yöneltme ve aktif başa çıkmayı; en az ise duyguları açığa vurma'yı kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır. Bu noktada, meme kanseri hastası kadınlarla yapılacak sosyal hizmet müdahalelerinde kadınların, duyguların kontrollü ifadesi ve dışa vurulması noktasında desteklenmesi önemli olacaktır. Ölçeğin alt boyut puanları ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde, problem odaklı başa çıkma stratejilerinden kabullenme tutumunun yaşa göre farklılık gösterdiği; 41-50 yaş arası olanların kabullenme tutumları en yüksek iken 51-60 yaş arası olanların en düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Eğitim durumu açısından duygu odaklı baş etme stratejilerinden reddetme tutumu, lisans ve üstü mezunu olanlarda en yüksek iken ortaokul mezunu olanların en düşüktür. Kabullenme tutumu bekâr olanların en yüksek iken evli olanların en düşüktür. Duygu odaklı baş etme stratejilerinden reddetme ve din tutumları Aylık 2001 TL ve üstü geliri olanların en yüksek iken 1000 TL ve altı olanların en düşüktür. Başa Çıkma Stratejilerine kategorik olarak bakıldığında, Problem odaklı başa çıkma stratejilerinin genel puanının 1 yıl ve altı tedavi görülen sürede en yüksek, 5 yıl ve üstü arası tedavi görülen sürede ise en düşük olduğu görülmüştür. Duygu odaklı başa çıkma stratejileri, tedavi görme süresi 1 yıl ve altı olanların en yüksek iken 5 yıl üstü olanların en düşük oranda görülmüştür. Benzer şekilde Stanton, Danoff-burg ve Huggins (2002) tarafından 70 meme kanseri hastası kadınla yapılan boylamsal bir çalışmada kanserinin evresine ve tedavi süresine göre baş etme stratejilerinin değişiklik gösterdiği ortaya çıkarılmıştır.

Tedavisi boyunca psikolojik destek almayanların aktif başa çıkma, davranışsal uzaklaşma ve olumlu yönde yeniden yorumlama tutumları daha yüksek iken psikolojik destek alanların planlama tutumları daha yüksektir. Alt ölçek ve Demografik bilgi karşılaştırmalarında, elde edilen farklılıklar, neden sonuç ilişkisini vermemektedir. Psikolojik destek almayan kadınlarda, aktif başa çıkma; davranışsal uzaklaşma ve olumlu yönde yeniden yorumlama tutumlarının sıra ortalamalarının daha yüksek çıkması, psikolojik desteğin bu baş etme stratejileri üzerindeki etkisinin olumsuz olduğu şeklinde yorumlanamaz. Kadınların psikolojik destek alma oranlarının dikkat çekici derecede az olması, böylesi bir neden sonuç ilişkisinin kurulmasını zorlaştırmaktadır.

Yapılan literatür taramasında, kanser ve baş etme stratejileri arasındaki ilişkiyi ele alan ulusal ve uluslararası araştırmalara ulaşılmıştır. İran'da 62 meme kanseri hastası kadın ile yapılan bir çalışmada,en çok kullanılan baş etme stratejilerinin din, kabullenme, dikkatini başka yöne yöneltme, planlama, aktif başa çıkma, olumlu yönde yeniden yorumlama ve reddetme olduğu ortaya çıkmıştır (Khalili ve diğ., 2013). Mehrabi ve diğ.(2015:1575) tarafından meme kanseri hastası olan kadınların kullandıkları baş etme stratejileri ile ilgi yapılan bir metaanaliz çalışmasının sonucunda ise, ulaştıkları baş etme stratejilerinin kullanım sıklığı, çoktan aza doğru şöyle sıralanmıştır: 1. Duygusal Sosyal Destek Arama, 2. Din/spiritüel odaklı çabalar, 3. Problem odaklı strateji olarak Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama ve Davranışı Yeniden Değerlendirme 4. Kaçınma yönelimli stratejiler olarak Davranışsal Uzaklaşma ve Dikkatini Başka Yöne Yöneltme 5. Olumlu duygu odaklı stratejiler olarak Duygularını Açığa Vurma. Yapılan bu çalışmada farklı etnik kökenlere ve eğitim düzeyine sahip meme kanseri hastası olan kadınların hastalığın farklı evrelerinde farklı stratejiler kullandıkları da saptanmıştır. Reynolds ve diğ. (2000) bireyin gösterdiği baş etme stratejilerinin aktif veya pasif olmasının farklı kültür, etnik köken ve geleneklerle etkilenmekte olduğu belirtmişlerdir. Baş etme stratejileriyle ilgili önemli araştırmaları olan Lazarus ve Folkman (1984)'da stres ve baş etmenin transaksiyonel teorisinde baş etmenin statik olmadığını zamanla değiştiği ifade edilmektedir. Stanton, Danoff-burg ve Huggins (2002) tarafından 70 meme kanseri hastası kadınla yapılan boylamsal bir çalışmada kanserin I ve II aşamasında kanseri tanısını Kabullenme, 1 yıl sonra psikolojik iyilik halinin iyi olmasıyla ilişkili olduğu, bununla birlikte kaçınma baş etme stratejisinin yineleme korkusuyla bağlantılı olduğu bulunmuştur. Tuncay (2014)'ın çalışmasında ise yumurtalık kanseri olup kemoterapi alan 228 kadınla görüşülmüş ve hem duygu odaklı ve problem odaklı baş etme stratejilerinin kullanımı, hem de dört boyutlu yaşam kalitesi (fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal) ile ilişkisi araştırılmıştır. Bu çalışmada ortaya konulan verilere göre, en sık kullanılan problem odaklı baş etme stratejileri sırasıyla kabullenme, din, duygusal destek ve olumlu yönde yeniden yorumlamadır.

Baş etme biçimlerinin, hastanın psikososyal durumu ile kuvvetli bir ilişki içinde olduğuna dikkat çeken Vos ve diğ. (2004) "meme koruma uygulaması" içerisindeki kadınların, masketomi (meme alınması) ameliyatı geçirmiş kadınlara göre, hastalıklarını daha az tehdit edici buldukları, bedensel bozulma gibi stres unsurları ile daha az mücadele etmek zorunda kaldıklarını ileri sürmüşlerdir. Meme kanseri hastalığında geçirilen

ameliyat sonucunda uzuv kaybının yaşanmasının kişilerin stres durumunu etkilediği ve dolayısıyla baş etme stratejileri açısından değişiklik gösteren bir faktör olduğu ileri sürülebilir.

Ülkemizde de meme kanseri hastalarının baş etme stratejileri ile ilgili yapılacak akademik çalışmalarda, kadının beden imajı algısının, bedene yönelik kültürel olarak atfedilen anlamlarla ilişkisinin kurulması önemlidir. Hastalığın farklı dönemlerinde, değişen sosyokültürel koşullar altındaki kadınların, hangi baş etme stratejilerine başvurduğunun ortaya konulması, sosyal hizmetlerin ve buna yönelik politikaların insancıllaştırılması ve bireyin içinde bulunduğu duruma uygun hale getirilmesinde önemli bir yer tutacaktır.

Sonuç olarak, tüm sağlık sorunlarında olduğu gibi kanser tedavisine yaklaşımda da bireyin biyopsikososyal bir varlık olarak ele alınması ve sosyal modelin bakış açsısının gerekliliği ortadadır. Tıbbi sosyal hizmet alanında koruyucu-önleyici, geliştirici ve tedavi edici sağlık hizmeti sunulmasında meme kanseri hastalarının fiziksel sağlığının yanında ruhsal ve sosyal sağlığının korunması sürecinde bireyin yaşadığı hastalıkla başetmesini ve tedavi sürecini etkileyen değişkenlerin öğrenilmesi sonrasında bunun çözümüne yönelik müdahaleler gerçekleştirilmesinde sosyal hizmet müdahalesini gerçekleştirilmektedir. Bu çalışmada meme kanseri hastaları ile hastalıkla problem odaklı baş etmeleri için tıbbi sosyal hizmet birimlerinde yapılacak psikososyal müdahalelerin oluşturulmasında sosyo-demografik açıdan bireyin başetmesini etkileyen değişkenlerin önemini ortaya koymuştur. Hastaların hastalıktan nasıl etkilendikleri ve nasıl başettikleri sorusunun yanıtlayan araştırmalar tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan profesyonellerin araştırma sonuçlarına bağlı uygulamalarını şekillendirmelerine yardımcı olacaktır. Araştırma sürecinde yapılan gözlem sonucunda hastaların hastalığa dair algıları, bilgi eksikliğine paralel sosyal işlevselliklerini kısıtlamaları, psikolojik destek alma ve paylaşım ihtiyacından dolayı psikososyal tedavi programları kapsamında bireyin ihtiyacına göre bireysel görüşmeler ve grup çalışmaları yapılması gerektiği ortaya çıkmıştır.

Bu çalışmada kesitsel bir araştırma tekniğiyle çalışılması ve küçük bir örnekleme sahip olması, meme kanseri hastalığının tanı, hastalığın evreleri, ameliyet ve tedavi sonrası olarak dönemlere ayrılarak incelenemeyişi, sadece kestisel olarak ele alınan bir tarih içerisinde gerçekleştirilmesi dolayısıyla bireylerin psiko-sosyal durumlarını ayrıntılı olarak incelenememiştir. Bu konuda yapılacak olan gelecek araştırmalarda daha büyük bir örneklemle hem meme kanseri hastalarının yaşadıkları psiko-sosyal sorunlar hem de hastalığın evrelerine göre başetme stratejilerinin değişen durumlarına bakılmalıdır.

Kaynakça

Altınova, H.H. ve Duyan, V. (2013). Onkolojik Sosyal Hizmet. *T.J.F.M.P.C.*. 7(3), 40-45 doi:10.5455/tjfmpc.45290.

Altpeter, M., Mitchell, J. & Pennel, J.,(2005). Advancing social workers' responsiveness to health disparities: the case of breast cancer screening. *Health&SocialWork.* Vol.30.

Babaoğlu Akdeniz, E.(2012). Meme kanseri olan evli kadın hastaların eşler arası uyum ve baş etme biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşirliği Dergisi*, 3(2), 53-60.

Babu, G. R., Samari, G., Cohen, S.P, Mahapatra, T., Wahbe R.M., Mermash S.& diğ. (2011). Breast cancer screening among females in ıran and recommendations for improved practice are view. *Asian Pac. J. Cancer Pev*. *12*(7), 1647-55.

Ben-Zur, H. & Gilbar, O., Lev S. (2001). Coping With Breast Cancer: Patient, Spouse and Dyad Models. *Psychosom Med*. , *63* (1), 32-39.

Bond, G.G. & Wellish, K. D.(1990). *Psycho social care in Cancer treatment*. Haskell, C.M.(ed). Philadelphia, W.B.Saunders.

Bower, J. E. (2008). Behavioral symptoms in patients with breast cancer and survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 26,768–777.

Burg, M. A.,Zebrack, M., Walsh, K., Maramaldi, P., Lim, J. W., Smolinski, K.M. & Lawson K.(2010). Barriers to accessing quality health care for cancer patients: a survey of members of the association of oncology Social Work. *Social Work in HealthCare*. *49* (1), 38-52. doi: 10.1080/00981380903018470.

Bussell, V. A., & Naus, M. J. (2010). A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. Journal of Psychosocial Oncology, 28, 61-78. doi: 10.1080/07347330903438958

Carver, C. S.(1997) .You want to measure coping but your protocol' too long: consider the brief cope. *Int. J. Behav. Med.*; 492, 100.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping strategies: a theoretically based approach. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 56, 267-283.

David, D., Montgomery, G.H. & Bovbjerg, D.H.(2006). Relations between coping responses and optimism-pessimism in predicting anticipatory psychological distress in surgical breast cancer patients. *Pers. Indiv. Differ.40*(2), 203-213.

Geyer, S., Koch-Giesselmann, H.& Noeres, D. (2015). Coping with breast cancer and relapse: stability of coping and long-term outcomes in an observational study over 10 years, *Soc. Sci. Med. 135,* 92-98.

GLOBAN. (2012). http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx.

Hilton, B. A., Crawford, J. A..& Tarko, M. A. (2000). Men's perspectives on individual and family coping with their wives' breast cancer and chemotherapy. *Western Journal of Nursing Research*, *22*, 438–459.

Holland, K.D. & Holahan, C.K. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *PsycholHealth*. *18* (1), 15-29.

IFSW. (2014). Global definition of social work, http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/.

Işıkhan, V. (2007). Kanser ve sosyal destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, *18* (1), 15-29.

Khalili, N., Farajzadegan, Z., Mokarian, F. & Bahrami, F.(2013). Coping strategies, quality of life and pain in women with breast cancer, *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. *18* (2), 105-111.

Knobf, M. T.,Ferruci, L. M., Cartmel, B., Jones, B. A., Stevens, D., Smith, M. & diğ.,(2012). Needs assesment of cancer survivors in connecticut. *J. Canser Surviv*. *6* (1), 1-10.

Kornblith, A. B.,Herdon, J. E., Zuckerman, E., Viscoli, C. M., Horwitz, R. I., Cooper, M. R. & et al. (2001). Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer*. *91* (2), 443-454.

Kraemer, L.M., Stanton, A.L., Meyerowitz, B.E., Rowland, J.H. & Ganz, P.A.(2011). A longitudinal examination of couples coping strategies as predictors of adjustment to breast cancer. *J. Fam. Psychol*. *25* (6), 963-972.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Lengacher, C.A., Johnson-Mallard, V., Post-White, J., Moscoso, M.S., Jacobsen, P.B., Klein T.W. & diğ.(2009). Randomized controlled trial of mindfulness-based stres reduction [mbsr] for survivors of breast cancer. *Psycho-Oncology,* 18, 1261-1272.

Manne, S. L.,Ostroff, J. S., Sherman, M., Glassman, M., Ross, S., Goldstein, L., & Fox, K. (2003). Buffering effects of family and friends support on associations between partner unsupportive behaviors and coping among women with breast cancer. *Journal of Social and Personal Relationships*, *20*, 771-792.

Mehrabi E.,Hajian S., Simbar M., Hoshyar M. İ & Zayeri F. (2015). *Coping response following a diagnosis of breast cancer: a systematic review. Electron Physician*, *7* (8), 1575–1583. ICID: 1204378.

Özkan, S. ve Alçalar, N. (2009). Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi.* (5), 60-4.

Reynolds, P., Hurley, S., Torres, M., Jackson, J., Boyd, P.& Chen, V.W. (2000). Use of coping strategies and breast cancer survival: results fromthe black/white cancersurvivalstudy. *Am. J. Epidemiol* , *152,* 940–949.

Schnipper, H.H. (2011). Social work and breast cancer care. Dirbasand, F.M.,Scott-Conner, C.E.H.(eds.), Breast surgical techniques and ınterdisciplinary management, s. 27-34, doi:10.1007/978-1-4419-6076-4_4.

Stanton, A.L., Danoff-Burg, S. Huggins, M.E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*. *11* (2), 93-102.

Tuncay, T. (2014). Coping and quality of life in turkish women living with ovarian cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 15 (9), 4005-4012. doi: 10.7314/APJCP.2014.15.9.4005

Tuncay, T., Musabak, I., Gok, D.E.& Kutlu, M. (2008). The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health Qual Life Outcomes, 6,* 79. doi:10.1186/1477-7525-6-79

Tuna, M. E. (2003). *Cross-cultural differences in coping strategies as the predictors of university adjustment of turkish and u.s. students* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı.(2016). Türkiye'de Kanser kayıtçılığı http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-kayitciligi/108-türkiyede-kanser-kayitcigi.html, Erişim tarihi: 16 Kasım 2016.

Vos, P. J., Garssen, B., Visser, A. P., Duivenvoorden, H. J. & De Haes, H. C. J. M. (2004). Early stage breast cancer: explaining level of psychosocial adjustment using structural equation modeling. *Journal of Behavioral Medicine*, 27 (6), 557-580. doi:10.1007/s10865-004-0003-z

Wang, A.W.-T.,Chang, C.-S., Chen, S.-T., Chen, D.-R., Hsu, W.-Y. (2014). Identification of posttraumatisk growth trajectories in the first year after breast cancer surgery. *PsychoOncol. 23,* 1399-1405.

Yu, Y.& Sherman,K.A. (2015). Communication avoidance, coping and psychological distress of women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 38, 565–577. DOI 10.1007/s10865-015-9636-3